

INGRID DA SILVA MACÊDO DE SOUZA

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS
DE UMA INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA
PARA IDOSOS DE UBÁ-MG**

Dissertação apresentada à
Universidade Federal de Viçosa,
como parte das exigências do
Programa de Pós-Graduação em
Economia Doméstica, para obtenção
do título de *Magister Scientiae*.

VIÇOSA
MINAS GERAIS – BRASIL
2010

INGRID DA SILVA MACÊDO DE SOUZA

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS
DE UMA INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA
PARA IDOSOS DE UBÁ-MG**

Dissertação apresentada à
Universidade Federal de Viçosa,
como parte das exigências do
Programa de Pós-Graduação em
Economia Doméstica, para obtenção
do título de *Magister Scientiae*.

APROVADA: 11 de março de 2010.

Prof. Adelson Luiz Araújo Tinôco
(Coorientador)

Profa. Simone Caldas Tavares Mafra
(Coorientadora)

Pesq. Eveline Torres Pereira

Pesq. Leonice Aparecida Doimo

Profª. Karla Maria Damiano Teixeira
(Orientadora)

Ao meu esposo Thiago Lívio.

Aos meus pais Deusdete e Vera Lúcia.

Aos meus irmãos, cunhados, sogros e sobrinhos.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter me concedido a coragem, a serenidade e a oportunidade para alcançar mais este objetivo profissional e intelectual.

Ao meu amado esposo Thiago Lívio, pelo apoio constante, companheirismo, carinho, afeto, atenção e compreensão.

Aos meus pais, Deusdete e Vera Lúcia, pelo incentivo, pela educação, pelo carinho e amor.

Aos meus irmãos, cunhados, sogros e sobrinhos, pelo carinho, apoio, pela amizade e solidariedade.

À minha orientadora, professora Karla Maria Damiano Teixeira, pela orientação, pela confiança e amizade, pelo apoio e incentivo.

Aos meus coorientadores, professores Adelson Luiz Araújo Tinôco e Simone Caldas Tavares Mafra, pelas sugestões, pela amizade e atenção sempre a mim dispensadas.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG), pelo auxílio financeiro, indispensável para a realização deste trabalho.

Aos meus colegas do Curso de Pós-Graduação em Economia Doméstica da UFV, Turma 2007, pelo convívio.

A todos os meus amigos e funcionários do Departamento de Economia Doméstica, pelo convívio amistoso e sempre muito agradável.

Aos meus familiares, amigos, colegas e, enfim, a todos que contribuíram, de alguma forma, para a realização deste trabalho.

BIOGRAFIA

INGRID DA SILVA MACÊO DE SOUZA, filha de Deusdete Xavier de Macêdo e Vera Lúcia da Silva Macêdo, nasceu em Teófilo Otoni, Minas Gerais, em 26 de setembro de 1978.

Em 1998, concluiu o ensino médio na Escola Estadual Bom Jesus, em Teófilo Otoni, Minas Gerais.

Em 2002, iniciou o Curso de Economia Doméstica na Universidade Federal de Viçosa (UFV), em Viçosa, Minas Gerais, colando grau em maio de 2006 como Bacharela em Economia Doméstica. No período de sua graduação, desenvolveu atividades no Projeto de Extensão Universitária Viva Idade – Uma Proposta de Lazer para Idosos, ao qual a Pró-Reitoria de Extensão e Cultura conferiu Menção Honrosa pela apresentação do trabalho Atividades de Lazer – Qualidade de Vida no Envelhecimento no IV Simpósio de Extensão Universitária – IV SEU em 2006. Ainda durante a graduação, foi coordenadora do Centro Acadêmico de Economia Doméstica, na gestão 2002/2004.

No ano de 2007, iniciou o Curso de Mestrado no Programa de Pós-Graduação em Economia Doméstica da UFV, na área de “Família, Bem-Estar Social e Qualidade de Vida”, submetendo-se à defesa da dissertação em 11 de março de 2010.

SUMÁRIO

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| LISTA DE ABREVIATURAS | viii |
| RESUMO | ix |
| ABSTRACT | x |
| 1. Aspectos Introdutórios: Contextualização do Problema e Justificativa..... | 1 |
| 2. OBJETIVOS | 4 |
| 2.1. Objetivo Geral..... | 4 |
| 2.2. Objetivos Específicos | 4 |
| 3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS..... | 5 |
| 3.1. Local de Estudo, População e Amostra | 5 |
| 3.2. Tipo, Método e Técnicas da Pesquisa..... | 6 |
| 3.3. Procedimentos de Análise dos Dados | 7 |
| 4. ESTRUTURA DA APRESENTAÇÃO..... | 8 |
| 5. REFERÊNCIAS..... | 9 |
| ARTIGO 1. INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS (ILPIs) – REALIDADE VIVENCIADA: O CASO DA ILPIs SÃO VICENTE DE PAULO DE UBÁ-MG..... | 11 |
| RESUMO | 11 |
| 1. INTRODUÇÃO | 12 |
| 2. METODOLOGIA | 17 |
| 2.1. Local de Estudo | 17 |
| 2.2. Tipo de Pesquisa, Forma de Coleta e Análise dos Dados..... | 18 |
| 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO | 19 |

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 3.1. Dados de Identificação e Recursos Humanos da ILPIs São Vicente de Paulo de Ubá, MG..... | 19 |
| 3.2. Perfil da População Residente na ILPIs São Vicente de Paulo de Ubá-MG .. | 22 |
| 3.3. Condições Gerais e Processos Operacionais da ILPIs São Vicente de Paulo de Ubá-MG | 27 |
| 3.4. Infraestrutura Física | 28 |
| 3.5. Processamento de Roupas..... | 29 |
| 3.6. Alimentação | 30 |
| 3.7. Saúde..... | 30 |
| 3.8. Monitoramento e Avaliação do Funcionamento..... | 31 |
| 4. CONCLUSÕES | 32 |
| 5. REFERÊNCIAS..... | 34 |
| ARTIGO 2. RASTREAMENTO COGNITIVO DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS EM INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS..... | 38 |
| RESUMO | 38 |
| 1. INTRODUÇÃO | 40 |
| 2. METODOLOGIA | 44 |
| 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO | 46 |
| 4. CONCLUSÕES | 51 |
| 5. REFERÊNCIAS..... | 53 |
| ARTIGO 3 - AVALIAÇÃO DA PERCEPÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS DE UM ASILO DE UBÁ, MG | 56 |
| RESUMO | 56 |
| 1. INTRODUÇÃO | 58 |
| 2. METODOLOGIA..... | 61 |
| 2.1. Características do Local de Estudo | 61 |
| 2.2. Sujeito | 61 |
| 2.3. Desenho do Estudo e Forma de Coleta e Análise dos Dados | 62 |
| 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO | 68 |
| 3.1. A Percepção dos Idosos Quanto os Domínios de Qualidade de Vida | 68 |
| 3.2. Valores médios dos diferentes domínios do WHOQOL- <i>Bref</i> | 73 |
| 3.3. Descrição do Módulo de Qualidade de Vida Específico para Idosos WHOQOL- <i>Old</i> | 77 |
| 3.4. Valores Médios das Diferentes Facetas do WHOQOL- <i>Old</i> | 80 |
| 4. CONCLUSÕES | 85 |
| 5. REFERÊNCIAS..... | 87 |

| | |
|------------------------------|-----|
| 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 91 |
| ANEXOS | 93 |
| ANEXO 1..... | 94 |
| ANEXO 2..... | 108 |
| ANEXO 3..... | 110 |
| ANEXO 4..... | 114 |
| ANEXO 5..... | 115 |
| ANEXO 6..... | 119 |
| ANEXO 7..... | 124 |

LISTA DE ABREVIATURAS

| | |
|---------------------|------------------------------------------------------------------|
| ANVISA | Agencia Nacional de Vigilância Sanitária |
| ILPIs | Instituições de Longa Permanência para Idosos |
| MEEM | Miniexame do Estado Mental |
| PMTI | Programa Municipal da Terceira Idade |
| QV | Qualidade de Vida |
| RDC | Resolução da Diretoria Colegiada |
| SBGG | Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia |
| SEDESE | Secretaria de Estado de Desenvolvimento Social |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| WHOQOL- <i>Bref</i> | World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument |
| WHOQOL- <i>Old</i> | World Health Organization Quality of Life Instrument- <i>Old</i> |

RESUMO

SOUZA, Ingrid da Silva Macêdo, M. Sc., Universidade Federal de Viçosa, março de 2010. **Avaliação da qualidade de vida de idosos de uma instituição de longa permanência par idosos de Ubá-MG.** Orientadora: Karla Maria Damiano Teixeira. Coorientadores: Adelson Luiz Araújo Tinôco e Simone Caldas Tavares Mafra.

Em virtude do rápido processo de envelhecimento da população mundial e devido à escassez de estudos sobre idosos brasileiros moradores em Instituições de Longa Permanência para Idosos – ILPIs, este estudo teve como objetivo geral avaliar a qualidade de vida (QV) de idosos residentes na ILPIs São Vicente de Paulo da cidade de Ubá, MG. Os objetivos específicos foram: verificar se a ILPIs São Vicente de Paulo cumpria com os critérios estabelecidos na RDC Nº 283, de 26 de setembro de 2005; caracterizar o perfil sociodemográfico dos idosos residentes na instituição; avaliar o declínio cognitivo dos idosos institucionalizados na ILPIs São Vicente de Paulo, analisar a percepção dos idosos institucionalizados com relação à sua QV e identificar os possíveis fatores que interferem na qualidade de vida dos idosos institucionalizados, nos aspectos referentes a capacidade física, bem-estar psicológico, relações sociais e meio ambiente, funcionamento sensorial, autonomia, atividades passadas, presentes e futuras, participação social, morte e morrer e intimidade. A amostra foi composta por idosos de ambos os sexos selecionados no Miniexame do Estado Mental – MEEM. Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa e de caráter descritivo-exploratório. A coleta de dados foi operacionalizada em três etapas: a primeira consistiu na caracterização da ILPIs em estudo, em que se fez uso do questionário desenvolvido pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA para avaliar as ILPIs quanto aos critérios mínimos

de funcionamento. Na segunda etapa, o perfil dos idosos institucionalizados foi traçado, fazendo-se uso de um questionário socioeconômico. A terceira etapa consistiu da avaliação da qualidade de vida dos idosos institucionalizados. Para tanto, utilizaram-se o questionário WHOQOL-Bref (*World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument*) e o módulo WHOQOL-Old (*World Health Organization Quality of Life Instrument-Old*), específico para adultos idosos. Os dados evidenciaram que a ILPIs em estudo descumpria alguns itens das normas de funcionamento para ILPIs, o que não a caracterizava como inadequada para o atendimento dos idosos, mas, sim, transgressora da lei. Verificou-se também que a ausência de rede social (família, cônjuge, amigos), baixo nível educacional e longo tempo de residência em ILPIs são fatores que podem favorecer o desenvolvimento de doenças que acometem o estado mental do idoso; e que os idosos residentes na ILPIs não apresentavam baixa QV. No entanto, sugere-se que as ações adotadas para melhorar a QV considerem as diferenças no modo de vida, a personalidade, a privacidade, os hábitos, a autonomia e o espaço, bem como identifiquem o que os idosos realmente valorizam.

ABSTRACT

SOUZA, Ingrid da Silva Macêdo, M. Sc., Universidade Federal de Viçosa, March, 2010. **Assessment of quality of life of elderly in a long stay institution for aged pair Ubá-MG.** Adviser: Karla Maria Damiano Teixeira. Co-Advisers: Adelson Luiz Araújo Tinôco and Simone Caldas Tavares Mafra.

Due to the rapidly aging world population, and because of the scarcity of studies on Brazilian elderly residents in institutions for Long Term Elderly Care - NHs, this study aimed to evaluate the quality of life (QOL) of elderly residents NHs St. Vincent de Paul City Uba / MG. The specific objectives were: to determine whether NHs St. Vincent de Paul, meets the criteria of RDC No. 283 of September 26, 2005, to characterize the epidemiological profile of elderly residents in the institution, evaluate the cognitive decline of institutionalized elderly in NHs St. Vincent de Paul, analyze the perception of institutionalized elderly in relation to their QOL and to identify possible factors that affect the quality of life of institutionalized elderly people in aspects related to physical capacity, psychological well-being, social relationships and environment, functioning sensory, autonomy, activities past, present and future, social participation, death and dying and intimacy. The sample consisted of elderly men and women selected on the Mini Mental State Examination - MMSE. This is a study of quantitative approach and a descriptive and exploratory. Data collection was implemented in three stages: the first step was to characterize the NHs in the study, in which, it was made use of the questionnaire developed by the National Agency for Sanitary Vigilance - ANVISA to assess the NHs, the minimum

criteria for operation. In the second step the profile of the institutionalized elderly has been mapped, by making use of a socioeconomic questionnaire. The third phase consisted of evaluating the quality of life of institutionalized elderly. For this, we used the WHOQOL-Bref (World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument) and the WHOQOL-Old module (World Health Organization Quality of Life Instrument-Old), specific for older adults. The data show that the study NHs on some items not comply with the standards of operation for NHs, which characterizes not inappropriate for the treatment of the elderly but, transgression of the law. It was also noted that the lack of social network (family, spouse, friends), low educational level and long residence time in NHs are factors that can promote the development of diseases that affect the mental state of the elderly. And that elderly residents in NHs showed no low QoL. However, it is suggested that the actions taken to improve QOL, consider the differences in lifestyle, personality, privacy, habits, autonomy, space and identify what older people really value.

1. ASPECTOS INTRODUTÓRIOS: CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA E JUSTIFICATIVA

O interesse em realizar este estudo em Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) surgiu da experiência vivenciada durante a graduação em Economia Doméstica no projeto de Extensão Universitária “Viva Idade: Uma proposta de lazer para idosos”, da Universidade Federal de Viçosa – UFV, em Viçosa, Minas Gerais. O projeto foi implantado em 2003, na Associação Beneficente de Amparo aos Idosos – ABAI, no Município de Guaraciaba, MG, na Zona da Mata mineira. A população residente na ABAI não contava com trabalhos que estimulassem o contato social e familiar e não dispunha de atividades físicas, de lazer, artísticas e sociais. A sensação na ABAI era de que o tempo tivesse estagnado, e, com a implementação do projeto, os residentes manifestaram mudanças positivas em seu comportamento e humor. Desde então, o interesse em conhecer mais sobre esse universo estimula a pesquisadora, autora desta dissertação, na busca de entendimento sobre a realidade vivenciada pelos residentes em ILPIs, bem como na busca de respostas e soluções, para garantir que os adultos jovens de hoje, idosos de amanhã, possam ter qualidade de vida, respeito, dignidade e reconhecimento social.

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial caracterizado como “Revolução Demográfica”, vivenciada tanto em países desenvolvidos, quanto em desenvolvimento (KALACHE, 1987). Dados da *United Nations* (2007) retrataram que em 1950 apenas 8% da população mundial estava com 60 anos ou mais. Até 2005, essa porcentagem tinha aumentado para 10%, e espera-se que nos próximos 45 anos a população idosa venha a duplicar-se, atingindo 22% em 2050. Ou seja, o

número de pessoas idosas (60 anos ou mais) irá quase triplicar, passando de 673 milhões, em 2005, para dois bilhões, em 2050.

No mundo, o aumento da população idosa será mais visível e mais rápido nos países em desenvolvimento, nos quais se prevê que a população idosa se quadruplicará nos próximos 50 anos (ONU, 2003). Assim, como foi previsto nas prospecções, o Brasil vem passando por uma transição demográfica rápida e irreversível, pois o contingente de pessoas com 60 anos ou mais tem crescido em passo acelerado nos últimos anos, devido a redução da taxa de fecundidade, aumento da expectativa de vida, declínio da mortalidade e longevidade¹, fruto dos avanços na medicina moderna (KALACHE, 2007).

Com isso, leis específicas que regulamentam e asseguram direitos a esse segmento da população foram elaboradas. A exemplo da Lei Nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, que dispõe sobre o Estatuto do Idoso, no Art. 3, reza que é dever da família, da comunidade e do poder público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, o direito à vida, contemplando os aspectos relacionados à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária. E a Lei Nº 8.842, de 04 de janeiro de 1994, que institui princípios e diretrizes para a implementação da Política Nacional do Idoso, com objetivo de assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade. No entanto, embora a legislação nomeie a família para cuidar e amparar os seus idosos, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida (BRASIL, 1988), muitas não dispõem de condições psicossociais e econômicas para manter e arcar com os cuidados demandados pela velhice, recorrendo, segundo Alcântara (2004), aos serviços de amparo ao idoso, conhecidos como asilos.

Atualmente existem várias terminologias dirigidas aos locais que prestam assistência a idosos, como abrigos, asilos, lares e casas de repouso, clínicas geriátricas, ancionatos e, a mais recente, Instituições de Longa Permanência para Idosos – ILPIs, adotada neste trabalho (GORZONI; PIRES, 2006).

Estudos sobre idosos brasileiros moradores em ILPIs são escassos, conforme já relatado por Alcântara (2004). A escassez de informações dificulta o diagnóstico

¹ Segundo Carvalho e Garcia (2003), a longevidade é o número de anos vividos por um indivíduo ou o número de anos que, em média, as pessoas de uma mesma geração ou coorte viverão.

holístico da real situação dessa parcela da população, principalmente no que se refere à sua qualidade de vida. Embora o percentual de idosos institucionalizados não seja um dado de fácil delimitação, é importante que se discuta a qualidade de vida deles, visando salvaguardá-la.

De acordo com o estudo de Dias *et al.* (2007), realizado em uma ILPIs de Viçosa, MG, alguns dos fatores que levaram a família a institucionalizar seu idoso foram as limitações de ordens pessoal, financeira e social. Segundo essas autoras, um ponto importante que faz a diferença no asilamento do idoso é a forma como isso é realizado, porque pode interferir no modo como o idoso irá vivenciar sua experiência no asilo e gerar sentimentos de abandono e rejeição por parte da família. Essas mesmas autoras ainda afirmaram que, embora haja na legislação brasileira leis que asseguram direitos às pessoas com 60 anos ou mais de idade, muitas vezes suas determinações são descumpridas pela inadequação dessas normas à realidade brasileira e pela falta de suporte e incentivo do Estado para com as famílias e as instituições asilares.

Dessa maneira, problematiza-se que a percepção do idoso com relação à sua qualidade de vida será positiva ou negativa se sua avaliação de alguns fatores, como o sentir-se útil e cuidado ou abandonado, prevalecer. Para responder ao problema em questão, têm-se os seguintes questionamentos: A instituição São Vicente de Paulo de Ubá atende às normas de funcionamento para as ILPIs, regidas pela Resolução da Diretoria Colegiada – RDC Nº 283, de 26 de setembro de 2005? Como os idosos residentes nessa instituição asilar percebiam sua qualidade de vida?

Nesse sentido, uma avaliação da qualidade de vida de idosos institucionalizados justifica-se, pois permitirá uma análise dos possíveis fatores que interferem na qualidade de vida desse grupo etário. Essa medida, além de necessária em virtude da atual escassez de informações desta natureza, é estratégica, uma vez que o Brasil, em um futuro próximo, ocupará a sexta posição entre as nações mais envelhecidas do mundo. Pretende-se que os resultados deste estudo contribuam para a formulação de políticas públicas e a implementação das existentes, voltadas para esse segmento da população.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

O objetivo deste estudo foi avaliar a qualidade de vida de idosos residentes na ILPI São Vicente de Paulo no Município de Ubá, MG, a partir do cumprimento da legislação para funcionamento de ILPIs e dos fatores pessoais, sociais e ambientais que podem interferir na qualidade de vida desse grupo.

2.2. Objetivos Específicos

Estes objetivos foram os seguintes:

- Verificar se a ILPIs São Vicente de Paulo cumpria critérios estabelecidos na RDC N° 283, de 26 de setembro de 2005.
- Caracterizar o perfil sociodemográfico dos idosos residentes na instituição asilar São Vicente de Paulo.
- Avaliar o declínio cognitivo dos idosos institucionalizados na ILPIs São Vicente de Paulo.
- Analisar a percepção dos idosos institucionalizados com relação à sua qualidade de vida.
- Identificar os possíveis fatores que interferem na qualidade de vida dos idosos institucionalizados, nos aspectos referentes a capacidade física, bem-estar psicológico, relações sociais e meio ambiente, funcionamento sensorial, autonomia, atividades passadas, presentes e futuras, participação social, morte e morrer e intimidade.

3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Para atender aos objetivos propostos, os procedimentos metodológicos foram estruturados considerando-se população e amostra do estudo, tipo, metodologia e técnicas de pesquisa, bem como os procedimentos de análise dos dados.

3.1. Local de Estudo, População e Amostra

O trabalho foi realizado na Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) São Vicente de Paulo, localizada no Município de Ubá, MG, pertencente à região da Zona da Mata mineira. A cidade possui uma área de 408 km² e uma população estimada, em 2007, de 94.228 habitantes (IBGE, 2007). Segundo os dados da Secretaria Municipal de Saúde de Ubá – SMS, dos 94.228 habitantes, 9.278 são de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, ou seja, aproximadamente 10% da população de Ubá é constituída de pessoas idosas (dados obtidos por meio de contato pessoal com a secretaria da Secretaria Municipal de Saúde de Ubá – MG).

A ILPIs São Vicente de Paulo foi fundada em 1937, pelo Cônego José Xavier de Maria, com o nome de Dispensário São Vicente. É uma instituição de assistência social beneficente, sem fins lucrativos, que presta assistência integral, em regime de internato e em caráter de abrigo, a idosos em situação de riscos pessoal e social. A instituição possui instalações divididas de acordo com o sexo e o grau de dificuldade do interno em desempenhar suas atividades de vida diária, possuindo um coletivo feminino, um coletivo masculino e um pensionato. A escolha da instituição para desenvolver o estudo foi com base na facilidade ao acesso decorrente da proximidade

com a Universidade Federal de Viçosa e por apresentar condições de atender mais de 100 idosos entre as demais ILPIs nas cidades circunvizinhas à universidade.

A amostra foi composta por idosos de ambos os sexos selecionados no Miniexame do Estado Mental (MEEM). Os critérios de inclusão e exclusão estabelecidos para participar do estudo foram:

- Critérios de Inclusão

- Ter idade igual ou superior a 60 anos (idosos).
- Ser residente da ILPI São Vicente de Paulo de Ubá, MG.

- Critérios de Exclusão

- Os idosos que obtiverem na avaliação cognitiva do MEEM escores inferiores a: 13 pontos para analfabetos, 18 para baixa (de 1 a 4 anos incompletos) e média escolaridade (de 4 a 8 anos incompletos) e 26 para alta escolaridade (> 8 anos), seguindo as recomendações de Bertolucci *et al.* (1994).
- Idosos com impossibilidade de participar da pesquisa, por motivos de saúde, problemas na fala ou na audição e doenças mentais.

3.2. Tipo, Método e Técnicas da Pesquisa

A pesquisa assumiu caráter descritivo-exploratório, dentro do contexto de um estudo transversal, com abordagem quantitativa. A coleta de dados foi operacionalizada em três etapas.

A primeira etapa consistiu na caracterização da ILPIs em estudo. Para tal, foram levantadas informações sobre a identificação da instituição, características da clientela, condições gerais e processos operacionais, recursos humanos, processamento de roupas, alimentação, saúde, monitoramento e avaliação do funcionamento e infraestrutura física, por meio de um questionário desenvolvido pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA para avaliar as ILPIs, quanto aos critérios mínimos de funcionamento.

A segunda etapa teve por objetivo traçar o perfil dos idosos institucionalizados, fazendo-se uso de um questionário socioeconômico composto por informações referentes a sexo, faixa etária, estado civil, nível de escolaridade, renda, tempo de asilamento e grau de dependência. Nesta etapa, procurou-se, ainda,

identificar os idosos com problemas no estado mental, tendo sido realizado um rastreamento cognitivo por meio do instrumento MEEM.

A terceira etapa consistiu na avaliação da qualidade de vida dos idosos, sendo, para isso, utilizado o questionário WHOQOL-Bref (*World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument*) e o módulo WHOQOL-Old (*World Health Organization Quality of Life Instrument-Old*), específico para adultos idosos (WHO, 1996; CHACHAMOVICH, 2005; POWER et al., 2005).

Optou-se por aplicar os instrumentos por meio de entrevistas individuais, uma vez que a população amostral foi composta por idosos institucionalizados, por causa da dificuldade de leitura e do analfabetismo, comum nesse seguimento etário. As entrevistas foram realizadas por um único entrevistador, após o esclarecimento dos objetivos da pesquisa e a assinatura do termo de consentimento informado.

3.3. Procedimentos de Análise dos Dados

Os dados socioeconômicos foram analisados utilizando-se o método estatístico descritivo, e, para descrever e caracterizar a ILPIs São Vicente de Paulo, as informações foram transcritas e categorizadas segundo as categorias temáticas contidas no questionário da ANVISA, que foram: características da clientela, condições gerais e processos operacionais, infraestrutura física, processamento de roupas, alimentação, saúde, monitoramento e avaliação do funcionamento.

A análise dos dados do instrumento Miniexame do Estado Mental foi realizada pela Correlação de Pearson para verificar a associação entre a pontuação obtida e as variáveis idade e nível educacional. Para tanto, foi adotado o escore de acordo com o grau de escolaridade: 13 pontos para analfabetos, 18 para baixa (de 1 a 4 anos incompletos) e média escolaridades (de 4 a 8 anos incompletos) e 26 para alta escolaridade (> 8 anos), seguindo-se as recomendações de Bertolucci *et al.* (1994).

A análise dos dados referentes aos instrumentos WHOQOL-Bref e WHOQOL-Old foi realizada utilizando-se a estatística descritiva (frequência e média), o teste t de Student, o coeficiente de correlação de Pearson, a recodificação dos itens expressos negativamente, o cálculo do escore bruto e o escore médio padronizado dos domínios e das facetas dos instrumentos.

4. ESTRUTURA DA APRESENTAÇÃO

A partir dos objetivos específicos e da metodologia adotada neste estudo, foram elaborados três artigos, conforme delimitados nos parágrafos subsequentes:

O primeiro artigo, intitulado “Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) – Realidade Vivenciada: o caso da ILPIs São Vicente de Paulo de Ubá, MG”, discorre sobre as características da ILPIs São Vicente de Paulo de Ubá, MG, bem como apresenta o perfil dos idosos residentes.

O artigo 2, “Rastreamento Cognitivo de Idosos Institucionalizados em Instituição de Longa Permanência para Idosos”, identifica os idosos que apresentavam comprometimento cognitivo, como também os possíveis fatores associados ao baixo desempenho destes no instrumento de rastreamento Miniexame do Estado Mental.

O terceiro artigo, “Avaliação da Percepção de Qualidade de Vida de Idosos de um Asilo de Ubá/MG”, por meio dos instrumentos WHOQOL-*Bref* e do módulo WHOQOL-*Old*, avalia a percepção dos idosos sobre os diferentes domínios de qualidade de vida, além de identificar os possíveis fatores que interferem em sua qualidade de vida.

5. REFERÊNCIAS

ALCÂNTARA, A. O. **Velhos institucionalizados e família**: entre abafos e desabafos. Campinas, SP: Editora Alínea, 2004. p. 149.

ANVISA – Agencia Nacional de Vigilância Sanitária. **Idosos**: novas regras para instituições em prol da saúde. Reportagens Especiais, 2007. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br>>. Acesso em: 15 out. 2009.

BERTOLUCCI, P. H. F.; OKAMOTO, I. H.; BRUCKI, S. M. D.; SIVEIRO, M. O.; NETO, J. T.; RAMOS, L. R. Applicability of the CERAD neuropsychological battery to Brazilian elderly. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, v. 59, n. 3A, p. 532-536, 2001.

BRASIL, 1988. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, 1988. p. 310.

CARVALHO, J. A. M.; GARCIA, R. A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. **Caderno de Saúde Pública**, v. 19, n. 3, p. 725-733, 2003.

CHACHAMOVICH, E. **Qualidade de vida em idosos**: desenvolvimento e aplicação do módulo WHOQOL-Old e teste do desempenho do instrumento WHOQOL-Bref em uma amostra de idosos brasileiros. 2005. 154 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

DIAS, I. G.; TEIXEIRA, K. M. D.; LORETO, M. D. S.; MAFRA, S. C. T. Reflexão dos idosos e de seus familiares acerca do relacionamento intergeracional antes e após a institucionalização asilar. **Oikos**, Viçosa, v. 18, p. 67-87, 2007.

GORZONI, M. L.; PIRES, S. L. Idosos asilados em hospitais gerais. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, n. 6, p. 1124-1130, 2006.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades @**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidades/topwindow.htm>>. Acesso em: 13 nov. 2007.

KALACHE, A.; VERAS, R. P.; RAMOS, L. R. O envelhecimento da população mundial: um desafio novo. **Revista de Saúde Pública**, v. 21, n. 3, p. 200-210, 1987.

KALACHE, A. Fórum – Envelhecimento populacional e as informações do PNAD: demandas e desafios contemporâneos. Posfácio. **Caderno de Saúde Pública**, v. 23, n. 10, p. 2503-2505, 2007.

Lei Nº 8.842, de 04 de janeiro de 1994, p. 06. **Política nacional do idoso**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8842>. Acesso em: 28 out. 2007.

Lei Nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, p. 23. **Estatuto do Idoso**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.741>. Acesso: 28 outubro e 2007.

ONU - Organização das Nações Unidas. **Plano de Ação Internacional Contra o Envelhecimento, 2002**. Organização das Nações Unidas; tradução de Arlene Santos. — Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, p. 49: 21 cm. (Série Institucional em Direitos Humanos, v. 1), 2003.

POWER, M.; QUINN, K.; SCHMIDT, S.; WHOQOL-OLD Group. Development of the WHOQOL-Old module. **Quality of Life Research**, v. 14, p. 2197-2214, 2005.

RDC - Resolução da Diretoria Colegiada Nº 283, de 26 de setembro de 2005. **Regulamento Técnico que Define as Normas de Funcionamento para as Instituições de Longa Permanência para Idosos - ILPIs**, 2005. p. 11.

UNITED NATIONS, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. **World Population Prospects: The 2006 Revision, Highlights**, Working Paper No. ESA/P/WP.202, 2007.

WHO - World Health Organization. **WHOQOL-Bref**: introduction, administration, scoring and generic version of the assessment [S.l.: s.n.]: 1996.

**ARTIGO 1 - INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS
(ILPIs) – REALIDADE VIVENCIADA: O CASO DA ILPIs SÃO VICENTE
DE PAULO DE UBÁ-MG**

RESUMO

Pesquisas com idosos têm apontado que, em um futuro próximo, a demanda por ILPIs irá crescer, visto que muitas famílias não dispõem de condições socioeconômicas e, ou, emocionais e de tempo para arcar com os cuidados do seu idoso. Este trabalho discorre sobre a instituição de longa permanência para idosos e a realidade vivenciada, objetivando caracterizar a ILPIs São Vicente de Paulo e traçar o perfil dos idosos residentes, a fim de conhecer melhor as peculiaridades tanto da instituição quanto de seus residentes e verificar se essa entidade cumpre com a legislação vigente. A população residente na ILPIs em estudo constituiu-se de 84 idosos, sendo 52,38% mulheres e 47,62% homens, com idade entre 70 e 79 anos, sendo a maioria de solteiros e a metade de analfabetos. Na avaliação da ILPIs, destaca-se a ausência do alvará de licenciamento expedido pela vigilância sanitária local. A ILPIs São Vicente de Paulo descumpre alguns itens das normas de funcionamento para ILPIs, o que não a torna inadequada para o atendimento aos idosos, mas, sim, transgressora da lei, sujeita a processos e penalidades. Nesse sentido, considera-se necessário maior incentivo do governo, em forma de verbas, para auxiliar as despesas institucionais, e que a legislação vigente seja adequada à realidade das ILPIs, para que estas possam ser cumpridas.

Palavras-chave: Instituição de longa permanência. Idoso. Legislação.

1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população é um fenômeno de amplitude mundial. A Organização Mundial de Saúde (OMS) prevê que, no ano de 2025, existirá 1,2 bilhão de pessoas com mais de 60 anos, em que os muitos idosos², com 80 anos ou mais, constituem o grupo etário de maior crescimento relativo. Estima-se que, no Brasil, haverá cerca de 34 milhões de idosos em 2025, o que conduzirá o país à sexta posição no *ranking* dos países com maior taxa de envelhecimento do mundo (DAVIM *et al.*, 2004).

Os idosos, a velhice e o processo de envelhecimento³ humano são temas que vêm ganhando espaços cada vez maiores no cenário nacional, desde a segunda metade do século XX (PRADO; SAYD, 2004).

Com o crescimento da população idosa, leis específicas que regulamentam e asseguram direitos a esse segmento da população são elaboradas, a exemplo dos Arts. 229 e 230 da Constituição de 1988, que rezam que:

Art. 229 Os pais têm o dever de assistir, criar e educar os seus filhos menores, e os filhos maiores têm o dever de ajudar e amparar os pais na velhice, carência ou enfermidade. Art. 230 A família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade, bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida (BRASIL, 1988, p. 129).

² Neste estudo, consideram-se idosas as pessoas com idade igual ou superior a 60 anos (Estatuto do Idoso, 2003).

³ Envelhecimento, “em termos biológicos, compreende os processos de transição do organismo que ocorrem após a maturação sexual e que implicam na diminuição gradual da probabilidade de sobrevivência” (CALDAS, 2006, p. 18).

A Lei Nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, que dispõe sobre o Estatuto do Idoso, no Art. 3, reafirma as obrigações da família, da comunidade e do poder público para com o idoso, conforme demonstrado a seguir:

É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do poder público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária (LEI Nº 10.741, 2003, p. 01).

E a Lei Nº 8.842, de 04 de janeiro de 1994, que institui princípios e diretrizes para a implementação da Política Nacional do Idoso, tendo por objetivo assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade. Esta lei rege-se pelos seguintes princípios:

I - A família, a sociedade e o estado têm o dever de assegurar ao idoso todos os direitos da cidadania, garantindo sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade, bem-estar e o direito à vida; II - O processo de envelhecimento diz respeito à sociedade em geral, devendo ser objeto de conhecimento e informação para todos; III - O idoso não deve sofrer discriminação de qualquer natureza; IV - O idoso deve ser o principal agente e o destinatário das transformações a serem efetivadas através desta política; V - As diferenças econômicas, sociais, regionais e, particularmente, as contradições entre o meio rural e o urbano do Brasil deverão ser observadas pelos poderes públicos e pela sociedade em geral, na aplicação desta lei (LEI Nº 8.842, 1994, p. 01).

Ainda de acordo com a Lei Nº 8.842, no Art. 18, estabelece-se que “Fica proibida a permanência em instituições asilares, de caráter social, de idosos portadores de doenças que exijam assistência médica permanente ou de assistência de enfermagem intensiva, cuja falta possa agravar ou pôr em risco sua vida ou a vida de terceiros”.

Muitas famílias, no entanto, não dispõem de condições psicossociais e econômicas para manter e arcar com os cuidados demandados pela velhice, recorrendo, segundo Alcântara (2004), aos serviços de amparo ao idoso. Isso porque os idosos passam a representar um ônus que nem sempre os familiares conseguem absorver, em virtude das próprias carências ou do qual se eximem por razões diversas⁴ (GOMEZ *et al.*, 2002). Entre essas razões, vale salientar a inserção dos membros familiares, principalmente as mulheres, tradicionalmente as principais

⁴ A limitação do espaço físico das habitações, as dificuldades de dedicação permanente aos velhos e a inserção da mulher no mercado de trabalho, que a impede de exercer o papel que lhe é tradicionalmente atribuído, de cuidadora das crianças e idosos, motivam os familiares a colocarem os idosos nas instituições asilares (ARAÚJO *et al.*, 2006).

cuidadoras, no mercado de trabalho. Bons empregados são vistos como aqueles para os quais o trabalho remunerado é seu papel mais importante, requerendo deles a atitude de colocar “primeiro o trabalho” e não “primeiro o cuidado”, a fim de permanecerem empregados (APPELBAUM *et al. apud* KEATING *et al.*, 2008). É sabido que o emprego reduz as chances de se tornar um cuidador, sugerindo que essa responsabilidade dentro das famílias recaia sobre aqueles que não estão empregados (KEATING *et al.*, 2008). Isso se confirma em trabalhos como o de Dias *et al.* (2007), realizado em um asilo em Viçosa, MG, o qual verificou que as limitações de ordens pessoal, financeira e social foram fatores importantes para a família institucionalizar seu idoso. Outros fatores que também podem ser considerados como relevantes na busca de instituições asilares são a redução da rede de apoio social dos idosos, o abandono familiar, a presença de alcoolismo ou doenças intercorrentes, deficiências mentais ou doenças mentais (SILVA *et al.*, 2006; XIMENES; CÔRTE, 2007).

Há de se ressaltar, ainda, que existem idosos que buscam as ILPIs como opção de moradia por terem acesso a medicamentos, abrigo, horários determinados para a realização das refeições e medicação e atenção médica, entre outros, o que, talvez, não possuíssem se estivessem residindo com familiares.

No Brasil, tradicionalmente quem abriga os idosos que se encontram à margem da sociedade são os asilos (BENEDETTI, 1999). O termo asilo pode ser definido como casa de assistência social onde são recolhidas, para sustento ou também para educação, pessoas pobres e desamparadas, como mendigos, crianças abandonadas, órfãos e velhos (GORZONI; PIRES, 2006). Os asilos constituem a modalidade mais antiga e universal de atendimento ao idoso fora do seu convívio familiar, tendo como inconveniente o favorecimento de seu isolamento, sua inatividade física e mental (BRITO; RAMOS, 2005). Segundo Oliveira *et al.* (2006), a instituição asilar não se apresenta como o ambiente mais adequado para que os idosos envelheçam em pleno convívio social e possam exercer sua cidadania, pois se tornam limitados ao convívio entre si, não participando da sociedade em sua totalidade política, produtiva e cultural. Os asilos, em sua maioria, são filantrópicos com visão caritativa, ou seja, cama e comida, sem infraestrutura adequada e sem pessoal qualificado para cuidar dos idosos (MENDONÇA, 2006). Para Goffman (1987), asilo é um dos tipos de Instituição Total, assim como manicômios, prisões e conventos. Esse autor conceituou Instituição Total como: “um local de residência e trabalho onde um número de indivíduos com situações semelhantes, separados da

sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada” (GOFFMAN, 1987, p. 11). De acordo com Pavan *et al.* (2008), as instituições asilares lembram grandes alojamentos, que raramente articulam propostas para incentivar a independência e autonomia dos usuários. Os internos vivem, na maioria das vezes, com possibilidades limitadas de vida social, afetiva e sexual, o que, segundo esses mesmos autores, caracteriza o asilo como uma instituição total. Esse modelo de asilo ainda é notório nos dias de hoje na maioria das ILPIs, onde os cidadãos são violados em sua individualidade, não controlam a própria vida, têm sua privacidade desrespeitada, sem pleno convívio social e, em muitos casos, com relação difícil ou inexistente com funcionários.

No Art. 3 do Decreto Nº 1.948, de 03 de julho de 1996, que regulamenta a Lei nº 8.842, de 04 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso,

Entende-se por modalidade asilar o atendimento em regime de internato ao idoso, sem vínculo familiar ou sem condições de prover a própria subsistência de modo a satisfazer as suas necessidades de moradia, alimentação, saúde e convivência social. E a assistência asilar ocorre no caso da inexistência do grupo familiar, abandono, carência de recursos financeiros próprios ou da própria família (DECRETO Nº 1.948, 1996, p. 01).

Atualmente, existem várias terminologias dirigidas aos locais de assistência a idosos, como abrigos, asilos, lares e casas de repouso, clínicas geriátricas e ancionatos. No intuito de padronizar a nomenclatura desses locais, surge a denominação Instituições de Longa Permanência para Idosos – ILPIs, conforme adotado neste trabalho (GORZONI; PIRES, 2006).

Segundo a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG, biênio 2002-2003), as ILPIs são estabelecimentos voltados para o atendimento integral institucional, tendo como público-alvo pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, dependentes ou independentes, que não dispõem de condições para permanecer com a família ou em seu domicílio. Essas instituições devem proporcionar serviços nas áreas social, médica, psicológica, de enfermagem, fisioterapia, terapia ocupacional, odontologia e outras, conforme as necessidades desse segmento etário. Esses locais devem reproduzir o ambiente residencial, mantendo as características de um lar, e não ser marcados pelo isolamento e afastamento da vida urbana, nem constituir espaço de uniformização da vida de seus usuários.

Na Resolução da Diretoria Colegiada – RDC Nº 283, de 26 de setembro de 2005, que dispõe sobre as Normas de Funcionamento para as ILPIs, as instituições têm que atender, entre outras normas, às seguintes premissas

I. A ILPIs é responsável pela atenção ao idoso; II. A instituição deve propiciar o exercício dos direitos humanos (civis, políticos, econômicos, sociais, culturais e individuais) de seus residentes; III. Observar os direitos e garantias dos idosos, inclusive o respeito à liberdade de credo e a liberdade de ir e vir, desde que não exista restrição determinada no Plano de Atenção à Saúde; IV. Preservar a identidade e a privacidade do idoso, assegurando um ambiente de respeito e dignidade; V. Promover ambiência acolhedora; VI. Promover a convivência mista entre os residentes de diversos graus de dependência; VII. Promover integração dos idosos, nas atividades desenvolvidas pela comunidade local; VIII. Favorecer o desenvolvimento de atividades conjuntas com pessoas de outras gerações; IX. Incentivar e promover a participação da família e da comunidade na atenção ao idoso residente; X. Desenvolver atividades que estimulem a autonomia dos idosos; XI. Promover condições de lazer para os idosos tais como: atividades físicas, recreativas e culturais. XII. Desenvolver atividades e rotinas para prevenir e coibir qualquer tipo de violência e discriminação contra pessoas nela residentes (RDC Nº 283, 2005, p. 03).

Problematiza-se, portanto, que, apesar da existência da legislação que define as normas de atendimento das ILPIs, devido a dificuldades financeiras, essas instituições funcionam de maneira precária, não correspondendo às necessidades de cuidado físico, psicológico e social dos idosos por elas atendidos. Considerando o rápido processo de envelhecimento da população brasileira, a situação é preocupante, uma vez que o país está envelhecendo de forma contrária às sociedades desenvolvidas, que tiveram o envelhecimento de sua população de forma gradual e acompanhada do crescimento socioeconômico (KALACHE, 2007). Com isso, estima-se que, em futuro próximo, a demanda por instituições que prestem atendimento a idosos cresça, visto que, para muitas famílias, as ILPIs são a única alternativa para preservar a vida do idoso, diante das dificuldades socioeconômicas, habitacionais e da limitada disponibilidade de tempo para arcar com os cuidados de seus idosos (ARAÚJO, 2006).

Nesse sentido, os objetivos deste artigo foram caracterizar e descrever a ILPIs São Vicente de Paula, da cidade de Ubá, MG, e verificar se essa instituição cumpre as normas de funcionamento para as ILPIs estabelecidas na RDC Nº 283, de 26 de setembro de 2005 (Anexo 7), bem como caracterizar socioeconômica e demograficamente os idosos residentes.

2. METODOLOGIA

A metodologia adotada neste estudo está descrita em termos de local de estudo, tipo de pesquisa e forma de coleta e análise dos dados.

2.1. Local de Estudo

O estudo foi realizado na Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) São Vicente de Paulo, localizada no Município de Ubá, MG, pertencente à região da Zona da Mata mineira. A cidade possui uma área de 408 km² e população estimada, em 2007, de 94.228 habitantes (IBGE, 2008). Segundo os dados da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Ubá, MG, dos 94.228 habitantes, 9.278 são de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, ou seja, aproximadamente 10% da população de Ubá são de pessoas idosas (dados obtidos por meio de contato pessoal com a Secretaria da SMS de Ubá, MG).

A escolha da instituição São Vicente de Paulo para a realização do estudo foi feita intencionalmente, por ser a que atende a um número maior⁵ de idosos entre as demais ILPIs circunvizinhas à instituição de ensino Universidade Federal de Viçosa, localizada na cidade de Viçosa, MG (Tabela 1).

⁵ Isso porque esse artigo apresenta dados parciais de uma pesquisa que também objetivou caracterizar o estado mental dos idosos residentes e analisar a percepção dos idosos institucionalizados com relação à sua qualidade de vida, com o intuito de identificar os possíveis fatores que interferem na qualidade de vida dos idosos institucionalizados.

Tabela 1 - Cidades circunvizinhas ao Município de Viçosa, MG, que possuem ILPIs

| Cidade | Distância até Viçosa | Nome da ILPIs | Capacidade | Ocupação Atual |
|---------------|----------------------|------------------------------------------------------------|------------|----------------|
| Coimbra | 17,6 km | Centro Social São Sebastião – Vila Vicentina (Particular) | 10* | 10 |
| Guaraciaba | 51,2 km | Associação Beneficente de Amparo aos Idosos (Filantrópica) | 30 | 27 |
| Paula Cândido | 20,1 km | Casa Esperança (Particular) | 22 | 21 |
| Ponte Nova | 49,5 km | Asilo Municipal de Ponte Nova (Governamental) | 56 | 56 |
| Porto Firme | 34,5 km | Asilo Dom Silvério (Filantrópica) | 40 | 20 |
| Teixeiras | 14,5 km | Lar São Vicente de Paula (Filantrópica) | 46 | 46 |
| Ubá | 63,0 km | Asilo São Vicente de Paulo Filantrópica) | 110 | 100 |
| Viçosa | | Lar dos Velinhos (Filantrópica) | 40 | 32 |

*Parte da vila está interdita para obras, mas a capacidade seria para 25 idosos.

Fonte: Dados da pesquisa.

2.2. Tipo de Pesquisa, Forma de Coleta e Análise dos Dados

Esta pesquisa, exploratório-descritiva, utilizou dados secundários, coletados por meio de um questionário preenchido pela Secretaria Executiva da ILPIs São Vicente de Paulo, sendo essa responsável pela administração da referida instituição.

Esse questionário foi desenvolvido pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, com o objetivo de avaliar as ILPIs devido à necessidade de prevenção e redução de riscos à saúde, aos quais ficam expostos os idosos moradores em instituições de longa permanência, e à importância de definir critérios mínimos de funcionamento, considerando-se a necessidade de qualificar os serviços públicos e privados das ILPIs. O instrumento é composto por questões relacionadas aos dados de identificação da ILPIs, características da clientela, condições gerais e processos operacionais, recursos humanos, processamento de roupas, alimentação, saúde, monitoramento e avaliação do funcionamento e infraestrutura física (Anexo 1). Foi, ainda, utilizado um questionário socioeconômico, com o objetivo de traçar o perfil dos idosos moradores na ILPIs (Anexo 2). Os questionários foram aplicados pela pesquisadora, no período de 06 de maio a 1º de junho de 2009.

Para descrever e caracterizar a ILPIs São Vicente de Paulo, as informações foram transcritas e organizadas segundo as categorias temáticas contidas no questionário da ANVISA, que são: características da clientela, condições gerais e processos operacionais, infraestrutura física, processamento de roupas, alimentação, saúde, monitoramento e avaliação do funcionamento. Para a análise dos dados socioeconômicos dos idosos residentes, foi utilizado o método estatístico descritivo.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1. Dados de Identificação e Recursos Humanos da ILPIs São Vicente de Paulo de Ubá-MG

A ILPIs São Vicente de Paulo foi fundada em 25 de agosto de 1937, pelo Cônego José Xavier de Maria, com o nome de Dispensário São Vicente. É uma instituição filantrópica, sem fins lucrativos, que presta assistência integral, em regime de internato e em caráter de abrigo, a idosos em situação de riscos pessoal e social. A instituição está localizada no centro da cidade, o que favorece o acesso da comunidade aos eventos realizados pela ILPIs, assim como facilita o contato desta com os residentes.

A ILPIs possui imóvel próprio, apresenta registro no Conselho de Idosos em nível Estadual, registro de Entidade Social e está inscrita no Conselho Nacional de Assistência Social. Porém, ainda não dispõe do alvará de licenciamento expedido pela Vigilância Sanitária local, visto que, para a emissão desse documento, são necessárias a adequação do imóvel e a aprovação no laudo de inspeção do corpo de bombeiros do município.

A instituição conta com uma equipe de 49 profissionais para atenderem às necessidades dos internos. A equipe de profissionais com vínculo formal cumpre uma jornada de trabalho diária na instituição, enquanto o grupo de profissionais com vínculo informal (voluntários) se organiza em escalas para atender os idosos em suas visitas, que ocorrem uma vez por mês, uma vez por semana, de 15 em 15 dias ou quando necessário. Desse modo, não é necessária a terceirização dos serviços (Tabela 2). Para gerir as despesas, a ILPIs recebe auxílio pecuniário mensal do município, no valor de R\$3.500,00⁶, e utiliza o benefício dos residentes do coletivo feminino e masculino, que corresponde a R\$44.024,00. O asilo ainda dispõe de uma ala

⁶ O que correspondia a 7,5 salários mínimos (R\$465,00) vigente na época do estudo.

particular, o pensionato. A arrecadação dessa ala corresponde a R\$11.300,00, que também são utilizados para gerir as despesas. E, a fim de complementar o orçamento, a instituição conta com o aluguel de alguns imóveis, doações diversas, eventos (bazar, baile e bingo) e aplicações financeiras. Totaliza, assim, uma verba mensal de aproximadamente R\$86.000,00. A Tabela 3 descreve a receita e as despesas referentes ao mês de julho de 2009 da ILPIs São Vicente de Paulo.

Tabela 2 - Equipe de funcionários, voluntários e estagiários que prestam serviços a ILPIs São Vicente de Paulo de Ubá, MG, 2009

| Servidores da ILPIs São Vicente de Paulo | Quantidade | |
|------------------------------------------------------------------------------|----------------|-----------------------|
| | Vínculo Formal | Voluntário (informal) |
| Administrador* | 01 | - |
| Administrativos (secretaria e outros) | 05 | - |
| Médicos** | - | 01 |
| Enfermeiros | 01 | - |
| Assistente Social | 01 | - |
| Psicólogo | 01 | - |
| Fisioterapeuta | 01 | - |
| Terapia Ocupacional | - | - |
| Nutricionista | 01 | - |
| Farmacêutico | - | - |
| Cirurgião-dentista | - | 01 |
| Técnico e Auxiliar de Enfermagem | 10 | - |
| Técnico em Farmácia | 01 | - |
| Outros Profissionais de Saúde | | |
| Fonoaudiólogo | 01 | - |
| Urologista | - | 01 |
| Oftalmologista | - | 03 |
| Psiquiatra | - | 01 |
| Dermatologista | - | 02 |
| Angiologista | - | 01 |
| Otorrinolaringologista | - | 01 |
| Outros Profissionais | | |
| Cuidadores de Idosos | 08 | - |
| Limpeza/Serviços Gerais (lavanderia, manutenção, motorista, almoxarife etc.) | 09 | - |
| Cozinha/copa | 06 | - |
| Setor de Compras | 01 | - |
| Advogado | - | 01 |
| Educador Físico | - | 01 |
| Músico-Terapeuta | - | - |
| Cabeleireiro | - | 03 |
| Manicure | - | 01 |
| Oficineiro de artes manuais | - | 01 |
| Estagiários | | |
| Serviço social: | 02 | |
| Enfermagem: | 02 | |

*O coordenador da instituição São Vicente de Paulo tem formação em Serviço Social e Gerontologia.

**Médico cedido pelo Sistema Único de Saúde para prestar serviços a ILPIs São Vicente de Paulo de Ubá, MG.

Fonte: Dados da pesquisa.

Tabela 3 - Proveniência dos recursos e despesa da ILPIs São Vicente de Paulo de Ubá, MG, referentes ao mês de junho de 2009

| Fonte | Valor (R\$) | Despesas | Valor (R\$) |
|----------------------|----------------------|--------------------------------|----------------------|
| Aposentadoria | 44.024,00 | Funcionários | 27.372,68 |
| Aluguel | 15.034,25 | Alimentação | 13.675,96 |
| Pensionato | 11.300,00 | Obra/Reforma | 11.233,50 |
| Doações/diversos | 7.236,80 | Medicamento | 8.991,20 |
| Subvenção Municipal* | 7.000,00 | Impostos e Taxas | 5.622,82 |
| Aplicação Financeira | 777,40 | Encargos Sociais | 3.712,64 |
| Eventos | 593,60 | Material de Consumo | 3.450,29 |
| | | Diversos | 2.085,48 |
| | | Material de Limpeza | 1.987,66 |
| | | Outros Benefícios Distribuídos | 1.783,50 |
| | | Despesas Fazenda | 812,37 |
| | | Manutenção | 616,65 |
| | | Equipamentos | 126,00 |
| | | Casa Alida | 93,24 |
| | | Rouparia | ----- |
| TOTAL: | R\$ 85.966,05 | TOTAL: | R\$ 81.563,99 |

* Esse valor é referente ao repasse municipal de dois meses.

Fonte: Dados da pesquisa.

Em um estudo realizado no Estado de Minas Gerais, identificou-se que a população idosa do Estado correspondia a 9,1% da população mineira (1,62 milhão), dos quais aproximadamente 1% residia em ILPIs (IBGE, 2007). De acordo com o banco de dados do Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Justiça de Defesa dos Direitos das Pessoas Portadoras de Deficiência e Idosas – CAOPPDI (2005), o Estado de Minas Gerais possui um total de 654 ILPIs, sendo 82% de caráter filantrópico, 11% de natureza particular e 8% não informaram a natureza jurídica. Dos 853 municípios, 453 (53%) possuíam ILPIs, e apenas 134 (22%) das instituições tinham o alvará de funcionamento expedido pela Vigilância Sanitária. Também se identificou que a maioria das ILPIs era mantida por entidades religiosas ligadas à Sociedade São Vicente de Paulo e com recursos de doações e contribuições previdenciárias dos próprios idosos. Ou seja, nenhuma ILPIs era mantida exclusivamente pelo poder público, em que 16% das ILPIs recebiam subvenção do governo federal, 13% municipal, 69% não recebiam nenhuma fonte de recurso público e 2% não informaram.

Na Zona da Mata, onde se localiza a ILPIs em estudo, constatou-se que a região possui 91 ILPIs, o que representa 15% das ILPIs de Minas Gerais, e que

dessas instituições apenas 19% recebiam subvenção do governo federal, 7,6% do municipal e 73,4% não recebiam nenhuma ajuda financeira do governo (CAOPPDI, 2005).

Essas informações vão ao encontro da realidade vivenciada na ILPIs São Vicente de Paulo de Ubá, MG, o que sinaliza a necessidade de maior fiscalização por parte do governo, para que as ILPIs possam se adequar às normas vigentes. Em estudos como o de Dias *et al.* (2007), também ficou claro que não há incentivos dos governo Federal, Estadual e Municipal às instituições asilares, o que, segundo esses mesmos autores, favorece o descumprimento das leis, pois a falta de apoio financeiro torna difícil a adequação das instituições asilares às legislações vigentes, a exemplo das normas de funcionamento das ILPIs, que constam na RDC N° 283, de 26 de setembro de 2005. Outro questionamento é que, embora existam as leis que assegurem os direitos dos idosos, elas ainda apresentam fragilidades diante da realidade da população brasileira.

3.2 Perfil da População Residente na ILPIs São Vicente de Paulo de Ubá-MG

A Instituição São Vicente de Paulo dispõe de 110 leitos. Desses, 84 estão sendo utilizados por idosos, 44 (52,38%) mulheres e 40 (47,62%) homens, oriundos do próprio município, da região e até de outros estados. Maior percentual de mulheres residentes em ILPIs também foi encontrado nos estudos de Chaimowicz e Greco (1999) e Santos (2007). Além disso, de acordo com o banco de dados das ILPIs de Minas Gerais, elaborado pelo Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Justiça de Defesa dos Direitos das Pessoas Portadoras de Deficiência e Idosas – CAOPPDI, em 2005, 57% da população idosa residente nas ILPIs era predominantemente formada pelo sexo feminino, totalizando 5.102 mulheres. Uma explicação para a feminização da população idosa nas instituições asilares é a diferença de expectativa de vida entre os sexos. Em 2006, a esperança de vida ao nascer era de 76,1 anos para o sexo feminino e de 68,5 para o sexo masculino, ou seja, as mulheres vivem, em média, 7,62 anos mais que os homens, conforme apresentado na Tabela 4 (IBGE, 2007a).

Tabela 4 - Esperança de vida ao nascer no Brasil, por sexo, no período de 1960 a 2007

| Ano | Esperança de Vida ao Nascer | | | Diferença M-H |
|------|-----------------------------|-------|-------|------------------|
| | AS | H | M | |
| 1960 | 54,6 | 53,1 | 56,1 | 3,0 |
| 1980 | 62,6 | 59,7 | 65,8 | 6,1 |
| 1991 | 67,0 | 63,2 | 70,9 | 7,8 |
| 2000 | 70,5 | 66,7 | 74,4 | 7,6 |
| 2005 | 71,9 | 68,2 | 75,8 | 7,6 |
| 2006 | 72,3 | 68,5 | 76,1 | 7,6 |
| 2007 | 72,57 | 68,82 | 76,44 | 7,62 |

Fonte: IBGE, 2007a e 2008.

Legenda: AS (ambos os sexos), H (homem) e M (mulher).

Na ILPIs estudada, 15 residentes não eram considerados idosos, segundo a definição do Estatuto do Idoso, mas portadores de necessidades especiais. De acordo com a coordenadora do asilo, o motivo do abrigo a pessoas com menos de 60 anos é devido a questões psiquiátricas e situação de riscos social e pessoal eminentes. Ainda se justifica que a maioria dessas pessoas não tem condições de retornar ao lar e que já residia na ILPIs antes de vigorar o Estatuto do Idoso. Estudos como de Ximenes e Côrte (2007) também identificaram a presença de pessoas com idade abaixo da faixa etária considerada limite para a institucionalização em ILPIs, sendo os motivos desta o alcoolismo ou doenças intercorrentes, deficiências intelectuais ou doenças mentais.

Em relação à faixa etária, prevaleceu os idosos com idade entre 70 e 79 anos (36,90%), seguidos dos que estavam entre 60 e 69 anos (25%) e mais de 80 anos (38,09%). A média de idade da população idosa foi de $79,96 \pm 9,83$ anos. Referente à média de idade dos homens e das mulheres, verificou-se que a média feminina foi superior à masculina, 78,79 e 74,95, respectivamente (Tabela 5).

Na caracterização dos idosos institucionalizados, identificou-se que 56% eram solteiros, 29% viúvos, 8,33% separados e 6% casados, dados que corroboram aqueles encontrados nos estudos de Chaimowicz e Greco (1999), Converso e Iartelli (2007) e Santos (2007). É importante ressaltar que o percentual de solteiros (56%), somado ao de viúvos (29%), demonstrou que a ausência de companheiro(a) pode ser fator determinante na busca por instituições asilares.

Quanto ao grau de escolaridade, 50% dos idosos eram analfabetos, 29,76% possuíam ensino fundamental incompleto, 11,9% ensino fundamental

completo, 4,79% curso técnico, 2,38% ensino médio completo e 1,19%, ensino médio incompleto. Em média, os idosos frequentaram o ensino formal 1,97 ano, sendo a média de escolaridade dos homens de 1,42 anos e das mulheres, 2,47 anos.

O tempo de asilamento dos idosos na ILPIs varia de um mês a mais de 10 anos, sendo o dado de maior prevalência entre 1 e 5 anos (39,28%). Os *outliers* referentes ao tempo de asilamento (1 mês e 10 anos) foram retirados do estudo para não comprometerem o caráter comparativo da pesquisa. Resultado semelhante ao de Oliveira *et al.* (2006), que também verificaram o predomínio de idosos com 1 a 5 anos (48,48%) de permanência na instituição “Lar Barão do Amparo”, foco do seu estudo. Constatou-se, também, que 15,47% dos idosos permanecem institucionalizados há mais de 10 anos na ILPIs São Vicente de Paulo, o que favorece a sua exclusão social. Ao avaliar a população como um todo, em média os idosos residiam na instituição há 6,28 anos. Segundo Harvey *et al.* (1997 *apud* LAKS *et al.*, 2000, p. 160), o longo tempo de permanência em instituições asilares pode causar o aparecimento de déficits cognitivos em idosos devido ao fato de o ambiente ser pouco estimulante e ao excesso de medicação, podendo influenciar na qualidade de vida do residente.

Uma questão abordada refere-se ao grau de dependência dos residentes, apresentando três classificações: Grau de Dependência I (idosos independentes, mesmo que requeiram uso de equipamentos de autoajuda); Grau de Dependência II (idosos com dependência em até três atividades de autocuidado para a vida diária, como: alimentação, mobilidade, higiene; sem comprometimento cognitivo ou com alteração cognitiva controlada); e Grau de Dependência III (idosos com dependência que requeiram assistência em todas as atividades de autocuidado para a vida diária e, ou, com comprometimento cognitivo) (RDC nº 283, 2005).

Seguindo esse critério de classificação do grau de dependência, é possível determinar os tipos de cuidados que serão necessários para atender os idosos, uma vez que a dependência não é um estado permanente, mas um processo dinâmico cuja evolução pode ser modificada, prevenida e, ou, reduzida se houver adequação do ambiente e qualificação dos serviços prestados (CALDAS, 2003).

A instituição em estudo dispunha de um banco de dados no qual as informações do perfil do idoso eram atualizadas de acordo com a necessidade de especificá-las, sendo coletadas por uma equipe multidisciplinar (enfermeira, fisioterapeuta, assistente social e psicóloga), por meio da análise dos prontuários dos idosos. Assim, segundo as informações relatadas no questionário da ANVISA, que são referentes ao ano de 2009, na ILPIs 50% dos idosos apresentavam grau de Dependência I; 35,71%, grau de Dependência II; e 14,28%, grau de Dependência III. Os resultados de Converso e Iartelli (2007) mostraram que grande número de idosos (75,65%) apresentou independência para desempenhar as atividades de vida diária, ou seja, eles possuíam a capacidade de cuidar de si mesmos, executar seus papéis e suas tarefas básicas e sociais. A Tabela 5 ilustra as características demográficas da população residente na ILPI São Vicente de Paulo de Ubá, MG.

Na população residente na ILPIs São Vicente de Paula, as doenças crônicas não transmissíveis também se faziam presentes, sendo as principais causas de morbidade, incapacidade e mortalidade. As principais doenças crônicas relatadas foram: Alzheimer; câncer (diagnóstico ou em tratamento); cegueira e diminuição da visão; doenças cardiovasculares; doenças mentais (distúrbios cognitivos ou psiquiátricos); derrame; diabetes; feridas crônicas (úlceras vasculares, úlcera de pressão/escaras, pé diabético e, outras); hipertensão e mal de Parkinson.

No Brasil, as pessoas idosas (≥ 60 anos de idade) representam cerca de 10% da população, aproximadamente 17 milhões de brasileiros (BRASÍLIA, 2008). Desse total, 81% apresentaram algum tipo de doença, como hipertensão, diabetes, problemas de vista, doenças cardiovasculares, colesterol alto, reumatismo, problemas de circulação (dormência e varizes), osteoporose, problemas de memória, entre outras. (NERI, 2007). De acordo com Veras (1994; 2001; 2003), as doenças dos idosos são crônicas e múltiplas, perduram por vários anos, exigindo acompanhamento médico constante, medicação contínua e exames periódicos. Com relação ao uso dos serviços de saúde, isso significa maior número de problemas de longa duração, com intervenções caras, envolvendo tecnologia complexa para o cuidado adequado e enormes custos humanos e sociais, que irão absorver quantidade maior de ações, procedimentos e serviços de saúde (MALTA *et al.*, 2006).

Tabela 5 - Características demográficas da população interna no mês de junho de 2009

| | Gênero | | |
|--------------------------------|---------------|------------------|-----------------|
| | TOTAL | Masculino | Feminino |
| Número de Residentes | N (%) | N (%) | N (%) |
| Pessoas com menos de 60 anos | 15 | 08 (53,33%) | 07 (46,66%) |
| Número de idosos | 84 | 40 (47,61%) | 44 (52,38%) |
| Idade | | | |
| 60-69 | 21 (25%) | 15 (17,85%) | 06 (7,14%) |
| 70-79 | 31 (36,90%) | 12 (14,28%) | 19 (22,61%) |
| 80-89 | 22 (26,19%) | 08 (9,52%) | 14 (16,66%) |
| 90-100 | 09 (10,71%) | 04 (4,79%) | 05 (5,95%) |
| > 100 | 01(1,19%) | 01(1,19%) | - |
| Média | 79,96 | 74,95 | 78,79 |
| Desvio-padrão | 9,83 | 10,57 | 8,84 |
| Estado Civil dos Idosos | | | |
| Casados | 05 (5,95%) | 02 (2,38%) | 03 (3,57%) |
| Viúvos | 23 (27,38%) | 07 (8,33%) | 16 (19,04%) |
| Solteiros | 48 (57,14%) | 26 (30,95%) | 22 (26,19%) |
| Separados/Divorciados | 08 (9,52%) | 06 (7,14%) | 02 (2,38%) |
| Escolaridade dos Idosos | | | |
| Ensino fundamental completo | 10 (11,90%) | 05 (5,95%) | 05 (5,95%) |
| Ensino fundamental incompleto | 25 (29,76%) | 15 (17,85%) | 10 (11,9%) |
| Ensino médio completo | 02 (2,38%) | | 02 (2,38%) |
| Ensino médio incompleto | 01 (1,19%) | | 01 (1,19%) |
| Curso técnico | 04 (4,79%) | | 04 (4,79%) |
| 3º grau | | | |
| Analfabetos | 42 (50%) | 20 (24%) | 22 (26%) |
| Média | 1,97 | 1,42 | 2,47 |
| Desvio-padrão | 2,74 | 1,56 | 3,43 |
| Tempo de Asilamento | | | |
| < 1 ano | 10 (11,90%) | 04 (4,79%) | 06 (7,14%) |
| 1 – 5 anos | 39 (46,42%) | 21 (25%) | 18 (24,42%) |
| 6 – 10 anos | 23 (27,38%) | 10 (11,90%) | 13 (15,47%) |
| Mais de 10 anos | 12 (14,28%) | 05 (5,95%) | 06 (7,14%) |
| Média | 6,28 | 6,53 | 6,05 |
| Desvio-padrão | 6,22 | 7,10 | 5,37 |
| Grau de Dependência | | | |
| Grau de dependência I | 42 (50%) | 20 (50%) | 22 (50%) |
| Grau de dependência II | 30 (35,71%) | 16 (40%) | 14 (31,81%) |
| Grau de dependência III | 12 (14,28%) | 04 (10%) | 08 (18,18%) |

Fonte: Dados da pesquisa.

Os fatores de risco podem ser os de natureza comportamental, como dieta inadequada, sedentarismo e dependência química – tabaco, álcool e outras drogas. Os gastos decorrentes dessa demanda são denominados Custos Diretos, contabilizados mediante a realização de estimativas das internações e atendimentos ambulatoriais (MALTA *et al.*, 2006). Segundo as estimativas de gastos do Ministério da Saúde, no Brasil, em 2002 o Sistema Único de Saúde – SUS gastou aproximadamente R\$ 7,5

bilhões/ano com as doenças crônicas não transmissíveis. Porém, a Lei Nº 8.842, de 04 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, estabelece no seu Art. 18 que “Fica proibida a permanência em instituições asilares, de caráter social, de idosos portadores de doenças que exijam assistência médica permanente ou de assistência de enfermagem intensiva, cuja falta possa agravar ou pôr em risco sua vida ou a vida de terceiros”. Como lidar com essa situação se as doenças que acometem os idosos institucionalizados, em sua maioria, necessitam de assistência médica constante e medicação contínua?

Embora a legislação proíba a permanência de idosos com problemas de saúde que necessitem de assistência médica permanente nas instituições asilares, a ILPIs São Vicente de Paulo de Ubá, MG, presta atendimento a esses idosos utilizando o Centro de Saúde Pública (SUS), serviços/profissionais particulares (pagos pelos residentes ou familiares), hospitais públicos e profissionais de saúde da própria instituição.

É importante ter o conhecimento desses casos em que a Lei ampara o idoso, mas impede o atendimento institucional a eles, considerando as enfermidades que demandam maior atenção por parte dos profissionais, para que as ações governamentais possam ter subsídios que norteiem a elaboração de políticas públicas e programas de assistência a idosos. É imprescindível a adequação das ações à realidade das ILPIs, contribuindo, assim, para a elaboração de novas leis ou a reestruturação das vigentes para esse seguimento etário.

3.3. Condições Gerais e Processos Operacionais da ILPIs São Vicente de Paulo de Ubá-MG

O primeiro Estatuto da ILPIs São Vicente de Paulo foi elaborado em 1947, tendo sido reformado em 1997, 2004 e em 2009, para melhor atender ao desenvolvimento da instituição, ao Novo Código Civil (Lei nº. 10.406, de 10 de janeiro de 2002), ao Estatuto do Idoso e seguindo as exigências da SEDESE – Secretaria de Estado de Desenvolvimento Social. A instituição também possui Regimento Interno, no qual dispõe sobre os regulamentos para: admissão, responsabilidades da instituição, da contribuição mensal, da ordem interna e disciplina, das visitas, dos ofícios religiosos, dos serviços médicos e de enfermagem, dos serviços de nutrição, do falecimento, dos acompanhantes (quando o residente

desejar ter acompanhante), das reuniões e eleições e das disposições gerais e transitórias.

Na instituição, as decisões de cunho administrativo, o cumprimento das leis vigentes e a aprovação de projetos são realizados pelo Conselho Deliberativo, que é composto por 30 conselheiros, residentes no Município de Ubá. O Conselho Fiscal é composto por três membros, tendo por funções examinar e dar parecer sobre os balancetes mensais e anuais da instituição. A Diretoria Executiva é composta por provedor, vice-provedor, 1º e 2º secretários, 1º e 2º tesoureiros e um procurador, sendo de sua responsabilidade promover a realização dos fins da instituição, elaborar o Regimento Interno, promover campanhas de levantamento de fundos financeiros, criar e prover cargos necessários aos serviços técnicos e administrativos e respeitar e fazer respeitar o Estatuto. Ambos os conselhos e a Diretoria Executiva cumprem mandato de três anos.

Como na maioria das ILPIs, os horários para alimentação, higiene pessoal e visitas eram definidos, a fim de não interferir no desempenho das atividades dos funcionários. Na ILPIs São Vicente de Paulo de Ubá, os horários das refeições eram rígidos e diferenciados quanto ao sexo, ou seja, os horários das refeições das mulheres e dos homens ocorriam em horários diferentes. O banho normalmente acontecia na parte da manhã, mas poderia ser também à tarde ou em outro horário, quando necessário ou quando o idoso preferia. As visitas podiam ser diárias, das 13 às 17 horas.

3.4. Infraestrutura Física

A ILPIs São Vicente de Paulo está localizada em uma área urbana e central da cidade, próxima à Prefeitura Municipal de Ubá, clínicas médicas, escola e comércio. Embora estivesse próxima a outros pontos de referencia na cidade, ela não mantinha identificação externa e visível, mas isso já estava sendo providenciada pelos seus responsáveis. É composta por três pavilhões com funções diferentes, construídos e adaptados em épocas distintas. Os pavilhões eram divididos de acordo com o sexo e o grau de dificuldade do interno em desempenhar suas atividades de vida diária, e para garantir a acessibilidade, as rampas e escadas dispunham de corrimão, sinalizações e piso antiderrapante. Havia também um pavilhão coletivo feminino, um coletivo masculino e o pensionato. Os coletivos eram constituídos por

dormitórios para no máximo quatro pessoas, dotados de banheiro, com área para guarda de roupa e pertences dos residentes. Já o pensionato possuía os quartos individuais dos moradores, todos com banheiro, área para guarda de roupa e pertences, e mobiliados com geladeira, televisão, rádio, quadros, porta retratos etc. No total, 12 idosas residiam no pensionato. Assim, a ILPIs era constituída de 52 quartos, sendo 26 com um leito, 12 com dois, cinco com quatro e oito com cinco ou mais, totalizando 110 leitos.

Em termos de segurança, os quartos ainda não possuíam luz de vigília e campainha de alarme, mas a instituição contava com um sistema interno de câmeras que fazia o monitoramento de toda a área física, correspondente a 4.680 m², sendo 3.950 m² de área física construída.

A instituição ainda contava com sala de reunião, salas de televisão, salas de controle dos produtos farmacêuticos, pátios internos e externos, espaço ecumênico, refeitório, cozinha e despensa, lavanderia com áreas de separação (área limpa e área suja), local para guardar as roupas de uso coletivo, banheiros de uso exclusivo dos funcionários e almoxarifado para os produtos de limpeza. Porém, ainda não possuía área externa para o armazenamento de resíduos (lixos) até o momento da coleta.

3.5. Processamento de Roupas

A ILPIs mantinha disponíveis e em funcionamento as rotinas técnicas no processamento de roupas de uso coletivo e pessoal, sendo os produtos sanitizantes regularizados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Para realizar as atividades do processamento de roupas, os funcionários faziam uso dos equipamentos de proteção individual, luvas, avental impermeável e botas, na lavanderia.

Quanto ao enxoval da instituição, havia roupas de cama em quantidades suficientes para a demanda, o que permitia a troca da roupa de cama todos os dias e mais vezes ao dia, de acordo com a necessidade.

A instituição possibilitava aos idosos independentes realizar todo o processamento das roupas de uso pessoal e também garantia a privacidade do uso da roupa pessoal. Para o controle das roupas dos residentes, algumas eram identificadas.

3.6. Alimentação

Os idosos da ILPIs São Vicente de Paulo tinha assegurado o fornecimento de alimentos de acordo com os aspectos relacionados à saúde (dietas especiais) e culturais, recebendo seis refeições diárias. Os cardápios de dietas especiais eram elaborados e assinados por um nutricionista.

De acordo com RDC nº 216, de 15 de setembro de 2004, que dispõe sobre o Regulamento Técnico de Boas Práticas para Serviços de Alimentação, a ILPIs seguia o estabelecido, no que se refere a manipulação, preparação e fracionamento, armazenamento, transporte (interno e externo) e distribuição dos alimentos, a fim de garantir as condições higiênico-sanitárias do alimento preparado.

A instituição também possuía normas e rotinas técnicas para o serviço de alimentação, incluindo limpeza e descontaminação dos alimentos, armazenagem, preparo dos alimentos e boas práticas para prevenção e controle de vetores, sendo os responsáveis pelas atividades de manipulação dos alimentos e os manipuladores de alimentos comprovadamente capacitados para desempenhar essas tarefas.

3.7. Saúde

A ILPIs em estudo não tinha um Plano de Atenção Integral à Saúde dos residentes, em articulação com o gestor local de saúde, que contemple, no mínimo, três aspectos (acesso, resolubilidade e humanização). Porém, dispõe de rotinas e procedimentos escritos e implantados, referentes aos cuidados dos idosos.

Os medicamentos em uso pelos idosos ficam sob a responsabilidade do responsável técnico da instituição, respeitando-se os regulamentos de vigilância sanitária quanto à guarda e à administração.

A equipe de saúde que cuida dos residentes tem a responsabilidade de notificar a vigilância epidemiológica da ocorrência de eventos sentinela (quedas com lesão e tentativa de suicídio) e de informar a ocorrência de doenças de notificação compulsória.

Na instituição, também foi verificado que ela mantém controle das atividades de vacinação obrigatória dos residentes, conforme estipulado pelo Plano Nacional de Imunização do Ministério da Saúde, não tendo dificuldades para comprovar, quando solicitada.

3.8. Monitoramento e Avaliação do Funcionamento

Com referência à avaliação contínua do desempenho e funcionamento da ILPIs São Vicente de Paulo de Ubá, constatou-se que a instituição realiza o cálculo e avalia os indicadores estabelecidos pela RDC nº 283/2005, taxa de mortalidade, incidência de doenças como diarréica aguda, incidência de escabiose, incidência de desidratação, taxa de prevalência de úlcera de decúbito e taxa de prevalência de desnutrição, encaminhando as ocorrências para a Vigilância Sanitária local a cada três meses.

4. CONCLUSÕES

Na Instituição São Vicente de Paulo, constatou-se o não cumprimento de alguns requisitos da RDC N° 283, de 26 de setembro de 2005, que dispõe sobre as normas de funcionamento para as ILPIs. Destacou-se a ausência do alvará de licenciamento expedido pela Vigilância Sanitária local de um profissional com formação de nível superior para o desenvolvimento das atividades de lazer, de um profissional para serviços de limpeza para cada 100 m² de área interna e de um profissional que garanta a cobertura de dois turnos de oito horas no setor de alimentação para cada 20 idosos. Além disso, a instituição não possuía um Plano de Atenção Integral à Saúde dos residentes em articulação com o gestor local de saúde, e os dormitórios não dispunham de luz de vigília e campainha de alarme. O descumprimento desses requisitos era em decorrência da falta de recursos financeiros, o que não a tornava inadequada para o atendimento aos idosos, mas, sim, sujeita a processos e penalidades.

Diante do exposto, considera-se necessária uma ponderação das normas de funcionamento para as ILPIs, pois a generalização dessas normas a todas as ILPIs de caráter governamental ou não governamental, mas destinadas à moradia coletiva de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar, nem sempre é viável, diante das dificuldades econômicas das instituições. Em muitos casos, mesmo quando a ILPIs utiliza o benefício do idoso e recebe subvenção do governo, como é o caso da instituição estudada, os recursos financeiros não são suficientes para suprir as necessidades dos idosos quanto ao uso de produtos farmacêuticos e contratação de profissionais qualificados em quantidade satisfatória

para o atendimento, dependendo de doações diversas e eventos (bazar, baile e bingo) para incrementar a renda. Porém, os eventos, apesar de serem importantes para garantir a sobrevivência financeira da instituição, podem ser considerados inoportunos pelos residentes, devido ao sentimento de invasão de privacidade e aos incômodos decorrentes, como barulho. Deve-se lembrar que a ILPIs é a “casa” dos idosos.

Igualmente, destaca-se a necessidade da caracterização das ILPIs no Brasil, no que se refere ao acesso a subvenções do governo (considerando nesse caso também o perfil do atendido para essa subvenção), recursos financeiros, despesas, capacidade de atendimento e perfil dos moradores quanto às enfermidades, pois é comum encontrar idosos em ILPIs com doenças crônicas degenerativas, doenças não-transmissíveis, além de portadores de deficiência física, o que contribui para elevar as despesas institucionais. É importante, ainda, conhecer as peculiaridades da cidade em que se encontra a ILPIs para que as políticas públicas promovam ações acerca da sociedade e da população idosa, considerando a realidade local e valorizando as diferentes necessidades, a fim de que o cuidado à pessoa idosa possa ser um trabalho em conjunto entre equipe de saúde, o idoso e a família.

Desse modo, os governantes poderão direcionar melhor os subsídios e intensificá-los, de acordo com a realidade da ILPIs, para que os idosos possam continuar a envelhecer com dignidade, respeito, segurança e qualidade de vida. Assim, permitirá que familiares que venham a depender dos serviços institucionais possam ter perspectivas mais positivas na tomada de decisão quanto ao asilamento do seu idoso, bem como entender a corresponsabilidade que essa atitude agrega à ILPIs. Vale ainda ressaltar que as dimensões continentais do país fazem que diferenças culturais e as diferentes necessidades não possam ser negligenciadas na elaboração das leis.

5. REFERÊNCIAS

ALCÂNTARA, A. O. **Velhos institucionalizados e família: entre abafos e desabafos**. Campinas, SP: Editora Alínea, 2004. p. 149.

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Idosos: novas regras para instituições em prol da saúde**. Reportagens Especiais, 2007. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br>>. Acesso em: 15 out. 2009.

ARAÚJO, L. F.; COUTINHO, M. P. L.; SANTOS, M. F. O Idoso nas Instituições Gerontológicas: um estudo na perspectiva das representações sociais. **Psicologia Sociedade**, v. 18, n. 2, p. 89-98, 2006.

BRASIL, 1988. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, 1988.p. 310.

BRASÍLIA, 2008. **Relatório de inspeção a instituições de longa permanência para idosos (ILPIs)**. Brasília, 2008. p. 112.

BRITO, F. C.; RAMOS, L. R. Serviços de atenção à saúde do idoso. In: PAPALETTO, M. **Gerontologia – A Velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, 2005.

BENEDETTI, T. R. B. **Idosos asilados e a prática de atividade física**. 1999. 138 f. Dissertação (Mestrado em Educação Física) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1999.

CALDAS, C. P. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. **Caderno de Saúde Pública**, v. 19, n. 3, p. 773-781, 2003.

CALDAS, C. P. **Introdução à Gerontologia**. In: VERAS, R.; LOURENÇO, R. (Eds.) **Formação humana em geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: UNATI/UERJ, 2006.

CAOPPDI – Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Justiça de Defesa dos Direitos das Pessoas Portadoras de Deficiência e Idosas. **Banco de dados às Instituições de longa Permanência para Idosos do Estado de Minas Gerais, 2005**. Disponível em: <<http://www.mp.mg.gov.br>>. Acesso em: 22 set. 2009.

CHAIMOWICZ, F.; GRECO, D. B. Dinâmica da Institucionalização de Idosos em Belo Horizonte, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 33, n 5, p. 454-460, 1999.

CONVERSO, M. E. R.; LARTELLI, I. Caracterização e análise do estado mental e funcional de idosos institucionalizados em instituições públicas de longa permanência. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 56, n. 4, p. 267-272, 2007.

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

DECRETO Nº 1.948, de 03 de julho de 1996 – **Regulamenta a Lei Nº 8.842**, p 05, 1996. Disponível em: <<http://www.planalto.gov>>. Acesso em: 18 abr. 2008.

DIAS, I. G., TEIXEIRA, K. M. D.; LORETO, M. D. S.; MAFRA, S. C. T. Reflexão dos idosos e de seus familiares acerca do relacionamento intergeracional antes e após a institucionalização asilar. **Oikos**, v. 18, p. 67-87, 2007.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. 2. ed. São Paulo, 1987. p. 312.

GOMEZ, C. M.; SOUZA, E. R.; BRITO, J. C.; ESCOREL, S.; COSTA, S. M. T. A construção do socioambiente insustentável. **Informe Epidemiológico do SUS – IESUS**, v. 11, n. 3, p. 177-194, 2002.

GORZONI, M. L.; PIRES, S. L. Idosos asilados em hospitais gerais. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, n. 6, p. 1124-1130, 2006.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Tendências demográficas: uma análise da população com base nos resultados dos Censos de 1940 e 2000**. Comunicação Social, 25 de maio 2007. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 05 mar. 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Tábuas completas de mortalidade – 2006**. Comunicado Social, 03 de dezembro de 2007a. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 15 set. 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Tábuas completas de mortalidade – 2007**. Comunicado Social, 01 de dezembro de 2008. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 05 dez. 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Cidades @**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 13 nov. 2008.

KALACHE, A. Fórum – Envelhecimento populacional e as informações do PNAD: demandas e desafios contemporâneos. Posfácio. **Caderno de Saúde Pública**, v. 23, n. 10, p. 2503–2505, 2007.

KEATING, N.; DOSMAN, D.; SWINDLE, J.; FAST, J. Sharing the Work: Care networks of frail seniors in Canada (p. 165-183). In: MARTIN-MATTHEWS, A.; PHILLIPS, J. E. **Ageing and caring at the intersection of work and home life**. New York: Taylor & Francis, 2008.

LAKS, J.; VEJA, Ú.; SILBERMAN, C.; ROZENTHAL, M.; NIGRI, F. N.; FREITAS, R. C.; MACHADO, M.; ENGELHARDT, E. Rastreamento cognitivo em idosos esquizofrênicos institucionalizados. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 22, n 4, p. 159-63, 2000.

Lei Nº 8.842, de 04 de janeiro de 1994, p. 06. **Política nacional do idoso**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8842>. Acesso em: 28 out. 2007.

Lei Nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, p. 23. **Estatuto do idoso**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.741>. Acesso em: 28 Out. 2007.

MALTA, D. C.; CEZÁRIO, A. C.; MOURA, L.; NETO, O. L. M.; JUNIOR, J. B. S. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do sistema único de saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 15, n. 1, p. 47-65, 2006.

MENDONÇA, J. M. B. Instituição de Longa Permanência para Idosos e Políticas Públicas. **Revista Kairós**, v. 9, n. 2, p. 169-190, 2006.

NERI, A. L. **Idosos no Brasil** – Vivências, desafios e expectativas na 3ª idade. São Paulo: Editora Perseu Abramo 2007. p. 288.

OLIVEIRA, C. R. M.; SOUZA, C. S.; FREITAS, T. M.; RIBEIRO, C. Idosos e Família: asilo ou casa, 2006. **Portal dos psicólogos**. Disponível em: <<http://www.psicologia.com.pt>>. Acesso em: 12 nov. 2009.

PAVAN, F.J.; MENEGHEL, S. N.; JUNGES, J. R. Mulheres idosas enfrentando a institucionalização. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 9, p. 2187-2190, 2008.

PRADO, S. D.; SAYD, J. D. A Pesquisa sobre envelhecimento humano no Brasil: grupos e linhas de pesquisa. **Ciência Saúde Coletiva**, v. 9, n. 11, p. 57-68, 2004.

RESOLUÇÃO DA DIRETORIA COLEGIADA – RDC Nº 283, de 26 de setembro de 2005. **Regulamento Técnico que Define as Normas de Funcionamento para as Instituições de Longa Permanência para Idosos – ILPIs**, Brasília, 2005. 11p.

SANTOS, K. R. **Imagens e narrativas de uma instituição asilar e da velhice, construídas por três segmentos distintos: idosos moradores, gestores e voluntários**. 2007. 265 f. Dissertação (Mestrado em Gerontologia) Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, 2007.

SILVA, C. A.; MENEZES, M. R.; SANTOS, A. C. P. O.; CARVALHO, L. S.; BARREIROS, E. X. Relacionamento de amizade na instituição asilar. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 27, n. 2, p. 274-83, 2006.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA – **SBGG**. **Instituição de Longa Permanência para Idosos**: manual de funcionamento. Biênio 2002-2003.

VERAS, R. P. **País jovem com cabelos brancos**: a saúde do idoso no Brasil. Rio de Janeiro: Relume-Dumará/Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1994.

VERAS, R. P. Modelos contemporâneos no cuidado à saúde: novos desafios em decorrência da mudança do perfil epidemiológico da população brasileira. **Revista USP**, v. 51, p. 72-85, 2001.

VERAS, R. P. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. **Caderno de Saúde Pública**, v. 19, n. 3, p. 705-715, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Envelhecimento ativo**: uma política de saúde/World Health Organization. Trad. por Suzana Gontijo. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005, p. 60.

XIMENES, M. A.; CÔRTE, B. A instituição asilar e seus Fazeres Cotidianos: um estudo de caso. **Estudos Interdisciplinares sobre Envelhecimento**, v. 11, p. 29-52, 2007.

ARTIGO 2 - RASTREAMENTO COGNITIVO DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS EM INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS

RESUMO

Este estudo objetivou caracterizar o estado mental dos idosos institucionalizados residentes na instituição de longa permanência para idosos São Vicente de Paulo de Ubá, MG, e verificar se há correlação entre as variáveis idade e nível educacional. Para a coleta de dados foram utilizados o questionário socioeconômico e o Miniexame do Estado Mental (MEEM). Para análise das informações socioeconômicas, empregaram-se o método estatístico descritivo simples e a correlação de Pearson, para verificar a associação entre a pontuação do MEEM e a variável idade e nível educacional. A população avaliada consistiu de 49 idosos com idades entre 60 e 95 anos, sendo 43% do sexo feminino e 57% do sexo masculino. Dos idosos, 53% possuíam baixa escolaridade (1 a 4 anos incompletos) e média escolaridade (4 a 8 incompletos), 39% analfabetos e 8% tinham alta escolaridade (> 8 anos). Quanto ao estado civil, predominaram os solteiros (61%) e viúvos (22%). Considerando o estado mental, observou-se alta taxa de idosos apresentando déficit cognitivo (51%). Os resultados indicaram que não houve correlação entre a variável idade e a pontuação do MEEM, no entanto esse instrumento sofreu influência da variável nível educacional. Outro resultado observado foi o longo tempo de permanência dos idosos nas instituições. O baixo nível educacional e o longo tempo de residência em ILPIs são fatores que tendem a favorecer o desenvolvimento de doenças que acometem o estado mental do idoso.

Contudo, sugere-se que novas investigações sobre as alterações cognitivas dos idosos institucionalizados na ILPIs São Vicente de Paulo sejam realizadas, pois o MEEM é um instrumento de detecção de perdas cognitivas, sendo necessária avaliação neuropsicológica mais detalhada para o diagnóstico de demência.

Palavras-chave: Déficit cognitivo. Idoso. ILPIs.

1. INTRODUÇÃO

A proporção de idosos na população brasileira tem crescido de forma rápida, e, com isso, o Brasil vem deixando de ser um país jovem. O envelhecimento da população brasileira tornou-se mais evidente nos anos de 1990, com a redução generalizada da fecundidade e da mortalidade iniciadas nos anos de 1960 (MOREIRA, 2000). Outros fatores que também têm contribuído para o aumento da população idosa nas últimas décadas são os avanços da medicina moderna, que permitem melhores condições de saúde e, conseqüentemente, o aumento da esperança de vida em todos os segmentos etários (KALACHE, 2007).

O acelerado crescimento da população idosa trás grandes desafios e preocupações para os governantes, pois o processo de envelhecimento está ocorrendo de forma contrária em relação aos países desenvolvidos, onde o aumento da população idosa ocorreu lentamente e acompanhado do crescimento econômico, permitindo, assim, o planejamento de políticas públicas para que essas alterações demográficas não interferissem negativamente na qualidade de vida da população (KALACHE, 2007).

Em razão das desigualdades sociais, dificuldades econômicas e indisponibilidade de um membro que tenha tempo para cuidar do idoso, muitas famílias recorrem aos serviços das instituições de longa permanência para idosos – ILPIs, a fim de preservar a vida do seu idoso, pois já não dispõem de recursos para manter e arcar com os cuidados demandados pela velhice. Isso porque os idosos passam a representar um ônus que nem sempre os familiares conseguem absorver em virtude das próprias carências ou do qual se eximem por razões diversas, como

limitação do espaço físico das habitações, dificuldades para dedicação permanente aos velhos e inserção da mulher no mercado de trabalho, o que a impede de exercer o papel que lhe é tradicionalmente atribuído, de cuidadora das crianças e dos idosos, e isso motiva os familiares a colocarem os seus idosos nas instituições asilares (GOMEZ *et al.*, 2002; ARAÚJO *et al.*, 2006).

Em muitos casos, a busca por instituições asilares ocorre devido à redução da rede de apoio social dos idosos, já que o envelhecimento é um processo universal, evolutivo e gradual que pode conduzir o idoso à perda de seus entes queridos, ao abandono familiar e a uma debilitação da saúde (SILVA *et al.*, 2006; CAOPPDI, 2005). De acordo com Ximenes e Côrte (2007), outros motivos que levam à institucionalização são a presença do alcoolismo ou doenças intercorrentes e o transtorno mental. Além dessas razões para o asilamento, há de se considerar que muitos idosos optam por residir em ILPIs por encontrarem nessas instituições a prestação de serviços que atenda às suas necessidades básicas.

Devido ao processo de envelhecimento, as doenças mentais são mais prevalentes na população idosa, sendo ocasionadas tanto por fatores intrínsecos (genéticos) quanto extrínsecos, afetando, por conseguinte, as funções mais nobres do organismo, como aquelas que capacitam o indivíduo para a vida social, diminuindo a capacidade intelectual, com alterações na memória, raciocínio lógico, juízo crítico, fala e outras formas de comunicação, além da falta de orientação espacial, e, ainda, alterações na afetividade, na personalidade e na conduta (CONVERSO, 2007).

O meio ambiente físico e social onde o processo de envelhecimento ocorre constitui elemento importante para o envelhecer bem-sucedido (WILMOTH, 2002). Diante disso, alguns autores têm argumentado que a instituição asilar é um instrumento de controle, sendo ao mesmo tempo uma estrutura decorrente de necessidades sociais, indispensáveis ainda em nossos dias (XIMENES; CÔRTE, 2007). No entanto, o longo tempo de institucionalização pode desencadear déficits cognitivos em idosos devido ao ambiente pouco estimulante, ao excesso de medicação e a outros fatores que são encontrados nesses locais (HARVEY *et al.*, 1997 *apud* LAKS *et al.*, 2000, p. 160). Assim, a realização do rastreamento cognitivo nos idosos institucionalizados pode trazer informações úteis que subsidiem tanto o diagnóstico etiológico do quadro em questão quanto o planejamento e execução das medidas terapêuticas e de reabilitação a serem desempenhadas em cada caso (REYS, 2006).

Nos últimos anos foram desenvolvidos instrumentos para auxiliar na investigação de possíveis déficits cognitivos em indivíduos de risco, como é o caso dos idosos. Por exemplo, tem-se o Miniexame do Estado Mental (MEEM), que é uma escala de avaliação cognitiva que auxilia na averiguação e monitoração da evolução de possíveis déficits cognitivos em pessoas com risco de demência.

A primeira versão do MEEM foi elaborada em 1975, nos Estados Unidos, por Folstein e colaboradores, sendo traduzido e validado no Brasil em 1994, por Bertolucci e colaboradores (KUSUMOTA, 2005). Em 2003, uma equipe de pesquisadores realizou modificações no MEEM, a fim de uniformizá-lo para uso na cultura brasileira, adequando-o para ser aplicado em ambientes hospitalares, ambulatoriais e estudos populacionais (BRUCKI *et al.*, 2003). De fácil aplicação, o MEEM é um instrumento de rastreio de comprometimento cognitivo, podendo ser utilizado na detecção de perdas cognitivas. Esse instrumento envolve respostas verbais e não verbais. Os subtestes verbais medem, em particular, a orientação espaço-temporal, a memória imediata, a evocação e memória de procedimento, a atenção e a linguagem. Os subtestes não verbais medem a coordenação perceptivo-motora e a compreensão de instruções (SANTANA; FILHO, 2007). É um teste semiestruturado composto por diversas questões tipicamente agrupadas em sete categorias, cada uma desenhada com o objetivo de avaliar funções específicas e com determinada pontuação como orientação temporal (05 pontos), orientação espacial (05 pontos), memória imediata (03 pontos), cálculo e atenção (05 pontos), evocação das palavras (03 pontos), linguagem (08 pontos) e construção visual (01 ponto). Os escores podem variar de, no mínimo, zero até um total de 30 pontos (KUSUMOTA, 2005). Porém, a escolaridade e idade do indivíduo influenciam nos escores do MEEM, e a pontuação diminui com o avançar da idade e aumenta com o nível educacional. Com as influências significativas da idade e da escolaridade no resultado do teste, é necessária a utilização de pontos de corte diferenciados de acordo com a escolaridade (ALMEIDA, 1998). Na Tabela 1, mostram-se alguns estudos nacionais e os respectivos escores médios e, ou, medianos por escolaridade encontrados no MEEM para o diagnóstico de demência.

Tabela 1 - Escores do MEEM em diferentes estudos no Brasil

| Autores | Ano | Escores/Nível educacional | Amostra |
|------------------------------|------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| Bertolucci <i>et al.</i> | 1994 | Analfabetos: 13; 1 a 7 anos de escolaridade: 18 e 26 para 8 anos ou mais de escolaridade | 530 controles/ 94 pacientes |
| Almeida | 1998 | Corte por escolaridade: analfabetos: 19; escolarizados: 23 | 211 idosos (≥ 60 anos) |
| Herrera Junior <i>et al.</i> | 1998 | Analfabetos: 19; 1 a 3 anos de escolaridade: 23; 4 a 7 anos: 24 e > 8 anos: 28 | 1.660 idosos (≥ 65 anos) |
| Bertolucci <i>et al.</i> | 2001 | Escolaridade média de 7,9 anos, nível de corte: 26 | 85 idosos saudáveis e 31 pacientes com doença de Alzheimer |
| Laks <i>et al.</i> | 2003 | Médias por escolaridade: analfabetos: 17.08 (4.42); alfabetizados: 22.34 (4.94) | 341 idosos (≥ 65 anos) |
| Brucki <i>et al.</i> | 2003 | Analfabetos: 20; para idade de 1 a 4 anos: 25; de 5 a 8 anos: 26,5; de 9 a 11 anos: 28; para indivíduos com escolaridade > 11 anos: 29 | 433 controles (16 a 92 anos) |
| Valle <i>et al.</i> | 2009 | Os escores foram estratificados em percentis: abaixo do 5º (≤ 13), entre o 5º e abaixo do 25º (14-21) e quartis superiores (≥ 22) | 1.558 idosos (≥ 60 anos). |

Além dos fatores genéticos, a idade, a escolaridade e o longo tempo de institucionalização podem causar déficits cognitivos em idosos. Dessa forma, problematiza-se que os idosos institucionalizados há mais tempo possuirão menores escores no MEEM, quando estratificados de acordo com a idade e o grau de escolaridade.

2. METODOLOGIA

A ILPIs São Vicente de Paula, no período da pesquisa, maio de 2009, abrigava 99 pessoas, oriundas do próprio município, da região e de outros Estados.

A amostra foi constituída por 49 idosos com idade igual ou superior a 60 anos, estratificada por sexo, idade e escolaridade. Foram excluídos 31 idosos, que apresentavam impossibilidade de participar da pesquisa, por motivos de saúde, problemas na fala ou audição e doenças mentais. Três idosas se recusaram a participar do estudo, e um faleceu. Também foram excluídos 15 indivíduos que não eram considerados idosos, segundo a definição do Estatuto do Idoso, mas portadores de necessidades especiais.

A coleta de dados consistiu na aplicação de dois instrumentos. O primeiro consistiu de um questionário socioeconômico (Anexo 2), fundamentado em um roteiro semiestruturado, que teve a finalidade de caracterizar a população residente na ILPIs São Vicente de Paulo, quanto aos aspectos de identificação, idade, sexo, local de nascimento, escolaridade, estado civil, renda e tempo de residência na instituição. O segundo instrumento utilizado foi o Miniexame do Estado Mental – MEEM (Anexo 3), proposto por Bertolucci *et al.* (1994) e por Brucki *et al.* (2003), com as respectivas modificações, como podem ser observadas no Quadro 1. Esse instrumento teve por objetivo realizar o rastreamento cognitivo dos idosos, ou seja, indicar que funções devem ser mais bem investigadas. Esse método não serve para diagnóstico e não substitui uma avaliação mais detalhada, embora avalie vários domínios (orientação temporal, espacial, memória imediata e de evocação, cálculo, linguagem-nomeação, repetição, compreensão, escrita e cópia de desenho). Os escores utilizados foram

adotados de acordo com a escolaridade: 13 pontos para analfabetos, 18 para baixa (de 1 a 4 anos incompletos) e média escolaridades (de 4 a 8 anos incompletos) e 26 para alta escolaridade (> 8 anos), seguindo-se as recomendações de Bertolucci *et al.* (1994).

Os instrumentos foram aplicação pela própria pesquisadora, após o esclarecimento dos objetivos da pesquisa e a assinatura do termo de consentimento informado (Anexo 4). As entrevistas foram realizadas individualmente durante as visitas à instituição no período de 06 de maio a 1º de junho de 2009.

Para a análise dos dados socioeconômicos, foram utilizados o método estatístico descritivo simples e a correlação de Pearson, para verificar a associação entre a pontuação do MEEM e as variáveis idade e nível educacional.

Quadro 1 - Miniexame do estado mental

| |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Orientação temporal – pergunte ao indivíduo: (dê um ponto para cada resposta correta) <ul style="list-style-type: none">• Que dia é hoje?• Em que mês estamos?• Em que ano estamos?• Em que dia da semana estamos?• Qual a hora aproximada? (considere a variação de mais ou menos uma hora) |
| Orientação espacial – pergunte ao indivíduo: (dê um ponto para cada resposta correta) <ul style="list-style-type: none">• Em que local nós estamos? (consultório, dormitório, sala, apontando para o chão)• Que local é este aqui? (apontando ao redor num sentido mais amplo: hospital, casa de repouso, própria casa)• Em que bairro nós estamos ou qual o nome de uma rua próxima• Em que cidade nós estamos?• Em que Estado nós estamos? |
| Memória imediata – eu vou dizer três palavras, e você irá repeti-las a seguir: (dê um ponto para cada palavra repetida acertadamente na 1ª vez, embora possa repeti-las até três vezes para o aprendizado, se houver erros). Use palavras não relacionadas <ul style="list-style-type: none">• Carro, vaso, tijolo |
| Cálculo – subtração de setes seriadamente. Considere um ponto para cada resultado correto. Se houver erro, corrija-o e prossiga. Considere correto se o examinado espontaneamente se autocorriger <ul style="list-style-type: none">• $100-07= 93$; $93-07= 86$; $86-07= 79$; $79-07= 72$; $72-07= 65$ |
| Evocação das palavras – pergunte quais as palavras que o sujeito acabara de repetir: dê um ponto para cada resposta correta |
| Nomeação – peça para o sujeito nomear os objetos mostrados (relógio, caneta): dê um ponto para cada resposta correta |
| Repetição – preste atenção, vou lhe dizer uma frase e quero que você repita depois de mim. Considere somente se a repetição for perfeita (01 ponto) <ul style="list-style-type: none">• <i>Nem aqui, nem ali, nem lá</i> |
| Comando – pegue este papel com a mão direita (01 ponto), dobre-o ao meio (01 ponto) e coloque-o no chão (01 ponto). Total de 03 pontos. Se o sujeito pedir ajuda no meio da tarefa não dê dicas. |
| Leitura – mostre a frase escrita <i>FECHE OS OLHOS</i> e peça para o indivíduo fazer o que está sendo mandado. Não auxilie se pedir ajuda ou se só ler a frase sem realizar o comando (01 ponto) |
| Frase – peça ao indivíduo para escrever uma frase. Se não compreender o significado, ajude com alguma frase que tenha começo, meio e fim; alguma coisa que aconteceu hoje; alguma coisa que queira dizer. Para a correção não são considerados erros gramaticais ou ortográficos (01 ponto) |
| Cópia do desenho – mostre o modelo e peça para fazer o melhor possível. Considere apenas se houver dois pentágonos interseccionados (10 ângulos) formando uma figura de quatro lados ou com dois ângulos (01 ponto) |

Fonte: Tradução proposta por BERTOLUCCI *et al.*, 1994, e modificada por RUCKI *et al.*, 2003.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dentre os 49 idosos que participaram deste estudo, 21 (43%) eram mulheres e 28 (57%), homens. Ao contrário da proporção aqui verificada, em termos gerais, notou-se prevalência do sexo feminino nas instituições de longa permanência para idosos – ILPIs. Chaimowicz e Greco (1999), Souza e Santos (2007) e Santos (2007) afirmaram que a porcentagem de mulheres em seus estudos desenvolvidos em ILPIs foi de 81,1, 62,8; e 56,4%, respectivamente. As informações contidas no banco de dados do Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Justiça de Defesa dos Direitos das Pessoas Portadoras de Deficiência e Idosas de Minas Gerais – CAOPPD/ MG, obtidas em 2005, também demonstraram que 57% da população residente em ILPIs era do sexo feminino. Isso indica que, em Minas Gerais, mais de cinco mil mulheres residem em asilos. Uma explicação para esse fato é que as mulheres vivem mais do que os homens e o grau de dependência para atividades da vida diária é menor, adaptando de forma mais rápida à situação de asilamento. Isso se deve, provavelmente, ao fato de as mulheres participarem mais do que os homens de atividades extradomésticas e apresentarem maior flexibilidade para desempenhar novos papéis sociais e maior habilidade para estabelecer e manter amizades e relações com familiares, amigos, vizinhos e outros (SALGADO, 2002). Outra explicação é que as mulheres ficam viúvas mais cedo e apresentam dificuldades para casar novamente após a separação ou a viuvez (CHAIMOWICZ; GRECO, 1999).

Vinte e quatro dos 49 idosos entrevistados apresentaram comprometimento cognitivo (48,97%), sendo 14 (28,57%) mulheres e 10 (20,44%) homens. O resultado médio do MEEM foi similar para ambos os sexos (Tabela 2). Em um estudo com

idosos participantes do Programa Municipal da Terceira Idade – PMTI, em Viçosa, MG, Machado *et al.* (2007) observaram que a porcentagem de homens com declínio cognitivo foi ainda menor em relação às mulheres (4,05 e 32,40%, respectivamente).

Tabela 2 - Representação das médias do MEEM em relação às características socioeconômicas dos idosos da ILPIs São Vicente de Paulo de Ubá, MG, em 2009

| Variáveis | Categoria | Total | | Média do MEEM | Com Déficit Cognitivo | | Sem Déficit Cognitivo | |
|--------------------------|---------------|-------|-------|---------------|-----------------------|-------|-----------------------|-------|
| | | N | % | | N | % | N | % |
| Sexo | Masculino | 28 | 57 | 16,82 | 10 | 20,44 | 18 | 36,73 |
| | Feminino | 21 | 43 | 16,47 | 14 | 28,57 | 07 | 14,28 |
| Faixa etária | 60-69 | 17 | 34,69 | 17,64 | 07 | 14,28 | 10 | 20,40 |
| | 70-79 | 19 | 38,77 | 16,52 | 09 | 18,36 | 10 | 20,40 |
| | 80 ou mais | 13 | 26,53 | 15,69 | 08 | 16,32 | 05 | 10,20 |
| Escolaridade e (em anos) | Analfabetos | 19 | 38,77 | 13,05 | 09 | 18,36 | 10 | 20,40 |
| | Baixa e média | 26 | 53,06 | 18,03 | 13 | 26,53 | 13 | 26,53 |
| | 08 ou mais | 04 | 8,16 | 25,00 | 02 | 4,08 | 02 | 4,08 |
| Estado civil | Solteiro | 30 | 61,22 | 16,33 | 15 | 30,61 | 15 | 30,61 |
| | Casado | 01 | 2,04 | 22,00 | 00 | 00 | 01 | 2,04 |
| | Separado | 07 | 14,28 | 18,00 | 02 | 4,08 | 05 | 10,20 |
| | Viúvo | 11 | 22,44 | 16,27 | 07 | 14,28 | 04 | 8,16 |
| Tempo (em anos) | Mais de 02 | 33 | 67,34 | 15,90 | 19 | 38,77 | 14 | 28,57 |
| | Menos de 01 | 07 | 14,28 | 19,00 | 04 | 8,16 | 03 | 6,12 |
| | De 01 a 02 | 04 | 8,16 | 21,5 | 01 | 2,04 | 03 | 6,12 |

Fonte: Dados da pesquisa.

Com relação à faixa etária, constatou-se predominância de idosos com idade entre 70 e 79 anos (38,77%), seguidos dos que tinham entre 60 e 69 anos (34,69%) e os com mais de 80 anos (26,53%). A idade da amostra variou de 60 a 95 anos, com média de 73,51 anos e desvio-padrão de 8,58 anos (Tabela 3). Ao relacionar a faixa etária ao declínio cognitivo, verificou-se que a maioria dos idosos com déficit cognitivo pertencia ao grupo etário de 70-79 anos (18,36%) e ao grupo dos com mais de 80 anos (16,32%). Observou-se que 14,28% dos idosos com idade entre 60-69 anos também apresentaram comprometimento cognitivo. Engelhaerd *et al.* (1998), ao realizarem o rastreamento cognitivo de idosos institucionalizados, verificaram que 67,29% dos idosos com mais de 85 anos apresentavam declínio cognitivo. Machado *et al.* (2007) averiguaram que a maioria dos idosos com idade entre 60-69 anos demonstrou problemas cognitivos. Contudo, ao comparar a variável idade aos

resultados do MEEM, observou-se que não houve correlação ($r = -0,12$) entre as variáveis. Resultado semelhante também foi observado por Converso e Iartelli (2007).

Quanto ao grau de escolaridade dos entrevistados, 38,77% eram analfabetos, 53,06% com baixa e média escolaridades e 8,16% com alta escolaridade. Em outros estudos com idosos institucionalizados foi observada maior porcentagem de idosos analfabetos. Por exemplo, Converso e Iartelli (2007) verificaram que 50,45% dos idosos não eram alfabetizados, e Oliveira (2006) constatou que 66,66% nunca estiveram em uma escola.

Ao relacionar o nível de escolaridade dos idosos com o déficit cognitivo, observou-se que 26,56% com baixa e média escolaridades apresentaram problemas cognitivos, 18% dos analfabetos e 4,08% com alta escolaridade. Avaliando o grau de associação entre a variável escolaridade e os resultados do MEEM, observou-se correlação positiva moderada ($r = 0,61$). Esse dado comprova que os resultados do instrumento podem sofrer a influência da variável escolaridade. Resultado similar também foi observado por Converso e Iartelli (2007). Da mesma forma, Diniz *et al.* (2007), ao avaliarem 127 idosos do Centro de Saúde Amílcar Vianna Martins, na região oeste de Belo Horizonte, MG, encontraram que tanto a idade quanto o nível educacional influenciam na *performance* cognitiva dos idosos na pontuação do MEEM. Assim, pode-se inferir que, quanto mais jovem o indivíduo e quanto mais alto o nível educacional, maior o escore final do MEEM (ALMEIDA *et al.*, 1998; HERRERA *et al.*, 1998; LACKS *et al.*, 2003). Desse modo, conclui-se que elevado nível educacional pode contribuir para a manutenção da capacidade cognitiva e, como consequência, agir como fator protetor do déficit cognitivo.

Em relação ao estado civil, 2% dos idosos eram casados – embora não vivessem com seu cônjuge na instituição, 61,22% solteiros, 22,44% viúvos e 14,28% separados. A presença de idosos solteiros e viúvos também foi encontrada nos resultados de Chaimowicz e Greco (1999), Converso e Iartelli (2007), Dias *et al.* (2007) e Santos (2007). Ao verificar se o estado civil dos idosos influenciava os resultados do MEEM, observou-se que 30,61% ($n = 15$) dos idosos solteiros e 14,28% ($n = 7$) dos idosos viúvos apresentaram comprometimento cognitivo. Característica também associada ao baixo desempenho no MEEM nos estudos de Valle *et al.* (2009). Fratiglioni *et al.* (2000) também observaram que indivíduos solteiros estão sob maior risco de deterioração cognitiva. Segundo esses autores, a

ausência de uma extensa rede social (família, cônjuge, amigos) pode acarretar o surgimento de problemas cognitivos. Ao contrário, ampla rede de apoio social pode proteger o indivíduo contra a demência. Para Lesbaupin e Malerbi (2006), à medida que se envelhece, a rede social enfraquece. Os idosos passam a ter menos oportunidades sociais para renovar seus vínculos e estabelecer novos contatos, ao mesmo tempo que tendem a adoecer mais e afastar ainda mais daquelas relações anteriormente firmadas. Pouco a pouco, o idoso vai perdendo seu interesse em expandir a rede e fechando-se naquele centro mínimo e mais próximo, geralmente composto pela família nuclear.

Com relação ao tempo de asilamento dos idosos com problemas cognitivos na ILPIs São Vicente de Paulo, constatou-se que o longo tempo de institucionalização também foi uma das características associadas ao baixo desempenho dos idosos no MEEM. Observou-se que 38,77% dos idosos com déficit cognitivo já residiam na instituição há mais de dois anos, 8,16% menos de um ano e um idoso (2,04%) há um ano e 11 meses. Em termos gerais, os idosos com deterioração cognitiva já conviviam, em média, há 7,83 anos na instituição, o que favorece a exclusão social, pois se tornam limitados ao convívio entre si, passando a não dispor de autonomia para exercer seu direito como cidadão tanto nas questões política quando produtiva e cultural (OLIVEIRA, 2006). Esse resultado confirma que a longa permanência em asilos pode desencadear problemas cognitivos nos idosos, devido ao fato de o ambiente de isolamento do cotidiano externo da vida ser considerado pouco estimulante cognitivamente (HARVEY *et al.*, 1997 *apud* LAKS *et al.*, 2000). Porém, isso não pode ser considerado fator determinante no surgimento de déficits cognitivos.

Analisando as categorias do MEEM (Tabela 4), verificou-se que os idosos apresentaram mais dificuldade⁷ em responder às questões dos itens cópia do desenho (91,83%), cálculo e atenção (61,22%) e evocação das palavras (36,73%). O item linguagem se dividia nos subitens nomeação, repetição de frase, comando, leitura e escrita (frase). Entre esses, os idosos demonstraram mais dificuldade na escrita (77,55%) e na leitura (73,46%). Observou-se que os resultados de dificuldade no MEEM em cálculo, escrita e leitura podem se associar ao baixo nível educacional da

⁷ Classificaram-se como dificuldade os idosos que obtiveram nos itens e nos subitens do teste MEEM nota zero (0).

população residente na ILPIs São Vicente de Paulo de Ubá, não possuindo muita influência com o estado cognitivo deles.

Embora o MEEM tenha sido adaptado, validado para a cultura brasileira e indicado para o rastreio de possíveis transtornos da memória em idosos com a doença de Alzheimer, os resultados desse instrumento, portanto, não servem para diagnóstico e, sim, para advertir que funções cognitivas precisam de investigações mais detalhadas (BRASIL, 2006), não devendo ser o único parâmetro de análise cognitiva. É importante ressaltar que os testes cognitivos são influenciados por variáveis sociodemográficas, como escolaridade, idade e nível socioeconômico, o que dificulta a interpretação de seus resultados e, em muitos casos, redundaram em resultados falso-positivos, que podem precipitar gastos desnecessários, bem como em angústia familiar e do próprio paciente ao se realizar um diagnóstico estigmatizado. Da mesma forma, resultados falso-negativos podem ser prejudiciais se causas remediáveis e tratáveis deixarem de ser diagnosticadas (BERTOLUCCI *et al.*, 1994; DIAS *et al.*, 2007). Portanto, sugere-se a utilização de avaliações complementares ao MEEM, como Desenho do Relógio, o Teste de Fluência Verbal por Categorias Semânticas e o Questionário Pfeffer (QPAF – Questionário Pfeffer de Avaliação Funcional). Caso ao final dos testes ainda haja dúvidas acerca do diagnóstico, a pessoa idosa deverá ser encaminhada para testes neuropsicológicos mais elaborados (BRASIL, 2006).

Em síntese, entre os resultados obtidos com o instrumento de avaliação cognitiva foi observada a existência de associações entre o baixo desempenho no MEEM com as variáveis escolaridade, estado civil e tempo de permanência na instituição. E, ao contrário de alguns estudos, não houve, neste trabalho, a associação entre a variável idade e os resultados do MEEM.

4. CONCLUSÕES

Considerando que o envelhecimento é um processo heterogêneo e que, para cada pessoa, as mudanças físicas, comportamentais e sociais desenvolvem-se em ritmos diferentes, sendo a idade cronológica apenas um dos aspectos que podem ou não afetar as funções cognitivas dos idosos, neste estudo foi possível concluir que o baixo nível educacional e o longo tempo de residência em ILPIs são fatores que tendem a favorecer o desenvolvimento de doenças que acometem o estado mental do idoso. Cabe ressaltar que essa inferência não é passível de generalizações, por se tratar de um estudo restrito a uma pequena amostra e a uma única instituição asilar, mas os resultados são similares aos de outros estudos, conforme discutido anteriormente.

Sugere-se, contudo, que novas investigações sobre as alterações cognitivas dos idosos institucionalizados na ILPIs São Vicente de Paulo sejam realizadas, pois o MEEM é um instrumento de detecção de perdas cognitivas que ajuda no seguimento evolutivo de doenças e no monitoramento de tratamentos ministrados, sendo necessária uma avaliação neuropsicológica mais detalhada para o diagnóstico de demência.

É importante, assim, que novos estudos sejam realizados no âmbito institucional para subsidiarem o diagnóstico etiológico, o planejamento e execução de medidas terapêuticas e de reabilitação a serem implementadas em cada caso, além de poderem orientar as políticas públicas para a prevenção e diagnóstico precoce da demência.

Apesar de alguns fatores que podem interferir no processo de demência não poderem ser minimizados, como é o caso da idade, nível educacional e tempo de residência, há de se considerar que outros podem ser trabalhados tanto pela família do idoso quanto pelos funcionários da instituição asilar. À família cabe maior envolvimento com o idoso, por meio da realização de visitas periódicas e de demonstração de cuidado, afeto e comprometimento, visto que o asilamento não pode ser visto por ela como uma forma de transferir o cuidado e atenção para o outro, mas a ampliação da rede de apoio. Embora afastados do convívio familiar diário, os idosos não são impedidos da convivência com os membros familiares e do sentir-se cuidado por estes. Com relação aos funcionários da instituição asilar, as consequências dos anos de asilamento poderiam ser reduzidas pela realização de atividades estimulantes aos cinco sentidos, bem como pela realização de atividades físicas e recreativas, momentos lúdicos, atividades e celebrações.

Neste estudo são ressaltados os aspectos mencionados anteriormente, visto que os fatores psicossociais que podem contribuir para o envelhecimento saudável incluem família, educação e cuidados com a própria saúde, além de motivação e iniciativa da própria pessoa idosa.

5. REFERÊNCIAS

ALMEIDA, O. P. Miniexame do estado mental e o diagnóstico de demência no Brasil. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, v. 56, n 3-B, p. 605-612, 1998.

ARAÚJO, L. F.; COUTINHO, M. P. L.; SANTOS, M. F. O Idoso nas Instituições Gerontológicas: um estudo na perspectiva das representações sociais. **Psicologia Sociedade**, v. 18, n. 2, p. 89-98, 2006.

BERTOLUCCI, P. H. F.; BRUCKI, S. M. D.; CAMPACCI, S. R.; JULIANO, Y. O Mini-Exame do Estado Mental em uma população geral – impacto da escolaridade. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, v. 52, n. 1, p. 1-7, 1994.

BERTOLUCCI, P. H. F.; OKAMOTO, I. H.; BRUCKI, S. M. D.; SIVEIRO, M. O.; NETO, J. T.; RAMOS, L. R. Applicability of the CERAD neuropsychological battery to Brazilian elderly. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, v. 59, n. 3A, p. 532-536, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa – Brasília: Ministério da Saúde. Série A. Normas e Manuais Técnicos. **Cadernos de Atenção Básica**, n. 19, p. 192, 2006.

BRUCKI, S. M. D.; NITRINI, R.; CARAMELLI, P.; BERTOLUCCI, P. H. F.; OKAMOTO, I. H. Sugestões para o uso do miniexame do estado mental no Brasil. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, v. 61, n. 3-B, p. 777-781, 2003.

CAOPPDI - Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Justiça de Defesa dos Direitos das Pessoas Portadoras de Deficiência e Idosas. **Banco de dados às Instituições de longa Permanência para Idosos do Estado de Minas Gerais**. Disponível em: <<http://www.mp.mg.gov.br>>. Acesso em: 22 set. 2009.

CHAIMOWICS, F.; GRECO, D. B. Dinâmica da institucionalização de idosos em Belo Horizonte, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 33, n. 5, p. 454-460, 1999.

CONVERSO, M. E. R.; IARTELLI, I. Caracterização e análise do estado mental e funcional de idosos institucionalizados em instituições públicas de longa permanência. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 56, n 4, p.267-272, 2007.

DIAS, I.G.; TEIXEIRA, K. M. D.; LORETO, M. D. S.; MAFRA, S. C. T. Reflexão dos idosos e de seus familiares acerca do relacionamento intergeracional antes e após a institucionalização asilar. **Oikos**, v. 18, p. 67-87, 2007.

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

ENGELHARDT, E.; LAKS, J.; ROZENTHAL, M.; MARINHO, V. M. Idosos institucionalizados: rastreamento cognitivo. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 25, n. 2, 1998.

FRATIGLIONI, L.; WANG, H. X.; ERICSSON, K.; MAYTAN, M.; WINBLAD, B. Influence of social network on occurrence of dementia: a community-based longitudinal study. **The Lancet**, v. 355, p.1315-1319, 2000.

GOMEZ, C. M.; SOUZA, E. R.; BRITO, J. C.; ESCOREL, S.; COSTA, S. M. T. A Construção do socioambiente insustentável. **Informe Epidemiológico do SUS – IESUS**, v. 11, n. 3, p. 177-194, 2002.

HERRERA JUNIOR, E.; CARAMELLI, P.; NITRINI, R. Estudo epidemiológico populacional de demência na cidade de Catanduva – Estado de São Paulo – Brasil. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 25, n. 2, p. 70-73, 1998.

KALACHE, A. Fórum – Envelhecimento populacional e as informações do PNAD: demandas e desafios contemporâneos. Posfácio. **Caderno de Saúde Pública**, v. 23, n. 10, p. 2503-2505, 2007.

KUSUMOTA, L. **Avaliação da qualidade e vida relacionada à saúde de pacientes em hemodiálise**. 2005. 150 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

LAKS, J.; VEJA, Ú.; SILBERMAN, C.; ROZENTHAL, M.; NIGRI, F. N.; FREITAS, R. C.; MACHADO, M.; ENGELHARDT, E. Rastreamento cognitivo em idosos esquizofrênicos institucionalizados. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 22, n 4, p. 159-63, 2000.

LAKS, J.; BATISTA, E. M. R.; GUILHERME, E. R. L.; CONTINO, A. L. B.; FARIA, M. E. V.; FIGUEIRA, I.; ENGELHARDT, E. O Minixame do Estado Mental em idosos de uma comunidade. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, v. 61, n. 3-B, p. 782-785, 2003.

LESBAUPIN, S. F.; MALERBI, F. O idoso por ele mesmo. **Revista Kairós**, v. 9. n. 2, p. 51-67, 2006.

MACHADO, J. C.; RIBEIRO, R. C. L.; LEAL, P. F. G.; COTTA, R. M. M. Avaliação do declínio cognitivo e sua relação com as características socioeconômicas dos idosos em Viçosa-MG. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 10, n. 4, p. 592-605, 2007.

MOREIRA, M. M. Determinantes demográficos do envelhecimento brasileiro. In: ENCONTRO NACIONAL DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESTUDOS POPULACIONAIS – ABEP, 2000. **Anais...** [S.l.: s.n], 2000.

OLIVEIRA, C. R. M.; SOUZA, C. S.; FREITAS, T. M.; RIBEIRO, C. **Idosos institucionalizados: rastreamento cognitivo (2006)**. Psicologia.com.pt - O Portal dos Psicólogos. Disponível em: <<http://www.psicologia.com.pt/artigos>>. Acesso em: 07 mar. 2009.

REYS, B. N.; BEZERRA, A. B.; VILELA, A. L. S.; KEUSEN, A. L.; MARINHO, V.; PAULA, E.; LAKS, J. Diagnóstico de demência, depressão e psicose em idosos por avaliação Cognitiva breve. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 52, n. 6, p. 401-404, 2006.

SALGADO, C. D. S. Mulher idosa: a feminização da velhice. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, Porto Alegre, v. 4, p. 7-19, 2002.

SANTANA, A. J.; FILHO, J. C. B. Prevalência de sintomas depressivos em idosos institucionalizados na cidade do Salvador. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 31, n. 1, p. 134-146, 2007.

SANTOS, K. R. **Imagens e narrativas de uma instituição asilar e da velhice, constituídas por três segmentos distintos: idosos moradores, gestores e voluntários**. 2007. 253 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, 2007.

SILVA, C. A.; MENEZES, M. R.; SANTOS, A. C. P. O.; CARVALHO, L. S.; BARREIROS, E. X. Relacionamento de amizade na instituição asilar. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 27, n. 2, p. 274-83, 2006.

SOUZA, D. M. S. T.; SANTOS, V. L. C. G. Fatores de risco para o desenvolvimento de úlceras por pressão em idosos institucionalizados. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 15, n. 5, 2007.

VALLE, E. A.; CASTRO-COSTA, E.; FIRMO, J. O. A.; UCHOA, E.; LIMA-COSTA, M. F. Estudo de base populacional dos fatores associados ao desempenho no Mini Exame do Estado Mental entre idosos: Projeto Bambuí. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 918-926, 2009.

WILMOTH, J. Arranjos de vida de idosos nos Estados Unidos. **Sociologias**, v. 4, n 7, p. 136-155, 2002.

XIMENES, M. A.; CÔRTE, B. A instituição asilar e seus Fazeres Cotidianos: um estudo de caso. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, v. 11, p. 29-52, 2007.

ARTIGO 3 - AVALIAÇÃO DA PERCEPÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS DE UM ASILO DE UBÁ, MG

RESUMO

O presente estudo objetivou avaliar a QV dos idosos residentes na instituição de longa permanência para idosos São Vicente de Paulo de Ubá, MG, e verificar os possíveis fatores intervenientes. Métodos: foram utilizados o questionário sociodemográfico e os instrumentos WHOQOL-*Bref* e o módulo WHOQOL-*Old*. Para a análise das informações sociodemográficas foi utilizado o método estatístico descritivo simples. Para os dados referentes aos instrumentos WHOQOL-*Bref* e o WHOQOL-*Old*, utilizou-se a análise univariada, o teste t de Student, o coeficiente de correlação de Pearson, a recodificação dos itens expressos negativamente, o cálculo do escore bruto e o escore médio padronizado dos domínios e das facetas dos instrumentos. Resultados: a população avaliada foi composta por 20 idosos com idades entre 62 e 87 anos, sendo 70% do sexo masculino e 30% do sexo feminino. Dos idosos 60% possuíam baixa escolaridade (1 a 4 anos incompletos) e média escolaridade (4 a 8 incompletos), 30% analfabetos e 10% tinham alta escolaridade (> 8 anos); quanto ao estado civil predominaram os solteiros (55%). Quanto à avaliação de QV, observou-se que os idosos não apresentavam baixa QV e os fatores que interferiram na QV foram capacidade física, autonomia, ambiente físico e intimidade. Conclusão: é importante investir em ações que objetivem melhorar a QV do idoso institucionalizado, considerando as diferenças no modo de vida, a personalidade, a privacidade, os hábitos, a autonomia, o espaço e, identificar os fatores que os idosos

realmente valorizam. Assim, as ILPIs poderão possibilitar que os seus residentes mantenham um cotidiano de respeito, dignidade e qualidade de vida.

Palavras-chave: Qualidade de vida. Envelhecimento. ILPIs.

1. INTRODUÇÃO

O termo qualidade de vida (QV) tornou-se expressão popular, sendo utilizada diariamente em diferentes contextos: em campanhas publicitárias, discursos políticos, saúde, sentimentos e relacionamentos pessoais (PAIS-RIBEIRO, 2004). De acordo com o estudo de Pais-Ribeiro (2004), os esforços para mensurar a QV tiveram início com o relatório do presidente da Comissão Nacional de Metas, Eisenhower's, em 1960. O objetivo principal desse relatório foi desenvolver qualidade de vida para a população americana, por meio da educação, saúde e crescimento econômico. Em 1964, a expressão “qualidade de vida” foi utilizada, pela primeira vez, pelo presidente dos Estados Unidos Lyndon Baines Johnson, ao declarar que “os objetivos não podem ser medidos através do balanço dos bancos. Eles só podem ser medidos através da qualidade de vida que proporcionam às pessoas” (FLECK *et al.*, 1998).

Desde então, o interesse para conceituar e mensurar a QV tem crescido no mundo científico, envolvendo grupos de pesquisa de todos os continentes, com o objetivo de dar respaldos social, político e econômico à sociedade.

Historicamente, o desenvolvimento do conceito de QV passou por várias fases de interesse científico distintas, criando um espaço rico e dinâmico que proporcionou a formação de um sólido grupo teórico e prático, porém sem a consolidação de um consenso conceitual (CHACHAMOVICH, 2005).

Para este estudo foi utilizado o conceito de qualidade de vida elaborado pela Organização Mundial de Saúde (WHOQOL GROUP, 1994): “qualidade de vida é a percepção do indivíduo, de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de

valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. Esse conceito é multidimensional, ou seja, abrange aspectos físicos, psicológicos e sociais; subjetivo, por ser passível à percepção do indivíduo e por incluir elementos de avaliação positivos e negativos (FLECK, 1999; PAIS-RIBEIRO, 2004; CHACHAMOVICH, 2005; SCATTOLIN, 2006; COMERLATO, 2007).

O envelhecimento da população trouxe para os estudiosos um interesse por estudar as condições que permitem uma boa QV na velhice. O tema QV no envelhecimento tem aparecido em diferentes meios de comunicação, como debates na televisão, entrevistas em rádio, na internet e em publicações de caráter científico. As pesquisas buscam identificar e promover condições que permitam uma velhice longa e saudável, com relação custo benefício favorável aos indivíduos e às instituições sociais (NERI, 2001).

As investigações sobre a QV no processo do envelhecimento indicam que as escolhas feitas pela pessoa ao longo da vida interferem na percepção da qualidade de vida do idoso, como: estilo de vida adotado, tipo de personalidade, presença ou ausência de parceiro amoroso, vida sexual, atividade laborativa e, ou, intelectual, vida social, lazer, prática de exercícios físicos, dieta saudável, entre outros fatores, que vão conceber um perfil diferenciado do envelhecimento (MELO, 2003).

Com o crescente contingente de idosos na população, estima-se que, em futuro próximo, a demanda por instituições que prestem atendimento a idosos cresça, visto que muitas famílias não dispõem de condições socioeconômicas, habitacionais e de tempo para arcar com os cuidados de seus idosos, sendo as instituições de longa permanência para idosos (ILPIs) a única alternativa para preservar a vida do idoso, diante das dificuldades da família (ARAÚJO, 2006).

De acordo com Santos *et al.* (2002), a QV do idoso pode estar relacionada à sua capacidade funcional, ao estado emocional, à interação social, à atividade intelectual e à autoproteção da saúde. Esses autores afirmaram que as condições do modo de viver, como saúde, moradia, educação, lazer, transporte, liberdade, trabalho, autoestima, entre outras, também estão associadas a uma percepção positiva da QV.

Nesse sentido, uma avaliação da qualidade de vida de idosos institucionalizados justifica-se, pois permitirá a análise dos possíveis fatores que interferem na qualidade de vida desse grupo etário. Essa medida, além de necessária

em virtude da atual escassez de informações desta natureza, é estratégica, uma vez que o Brasil, em um futuro próximo, estará entre as nações mais envelhecidas do mundo (DAVIM *et al.*, 2004).

Assim, o objetivo deste estudo foi avaliar a qualidade de vida da população com 60 anos ou mais, residente na ILPI São Vicente de Paulo de Ubá, MG.

2. METODOLOGIA

2.1. Características do Local de Estudo

O estudo foi realizado na Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) São Vicente de Paulo, localizada no Município de Ubá, MG, pertencente à região da Zona da Mata mineira. A instituição São Vicente de Paulo foi fundada em 25 de agosto de 1937, pelo Cônego José Xavier de Maria, com o nome de Dispensário São Vicente. É uma instituição filantrópica, sem fins lucrativos, que presta assistência integral em regime de internato e em caráter de abrigo, com capacidade de atendimento a 110 idosos em situação de risco pessoal e social.

2.2. Sujeito

Foram envolvidos no estudo idosos⁸ residentes na ILIPs São Vicente de Paulo, que aceitaram participar do estudo e assinaram o termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 4) na ocasião da realização do trabalho.

A amostra foi selecionada com base nos resultados do Miniexame do Estado Mental – MEEM (Anexo 3). A aplicação desse exame se fez necessária, uma vez que o instrumento utilizado para avaliar a qualidade de vida é fundamentado na memória, e, através do MEEM, foi possível identificar os idosos que apresentavam condições de participar do estudo, pois aqueles com comprometimentos cognitivos poderiam mascarar os resultados, por terem dificuldades de entendimento dos itens do instrumento utilizado. Assim, foram excluídos 25 idosos que obtiveram na avaliação

⁸ Neste estudo, consideraram-se idosos as pessoas com idade igual ou superior a 60 anos (LEI nº 10.741, 2003 – Estatuto do Idoso).

cognitiva do MEEM escores inferiores a 13 pontos para analfabetos, 18 pontos para baixa (1 a 4 anos incompletos) e média escolaridades (4 a 8 incompletos) e 26 para alta escolaridade (> 8 anos) (BERTOLUCCI *et al.*, 1994). Também foram excluídos do estudo 31 idosos, porque apresentavam impossibilidade de participar por motivos de saúde, problemas na fala ou audição e doenças mentais. Três idosas recusaram participar do estudo, e um idoso faleceu. Além desses idosos, 15 indivíduos também foram excluídos, porque não eram considerados idosos segundo a definição do Estatuto do Idoso, mas deficientes físicos.

Deste modo, houve a exclusão de 60 (71,42%) indivíduos, totalizando 24 idosos a serem pesquisados. Porém, desses 24 idosos uma idosa recusou continuar na pesquisa, dois demonstraram confusão ao responder o questionário e um estava muito debilitado no período em que foi aplicado o instrumento. Assim, o trabalho contou com a participação de 20 idosos, sendo 14 homens e seis mulheres.

2.3. Desenho do Estudo e Forma de Coleta e Análise dos Dados

Para alcançar o objetivo desta pesquisa, tendo em vista que o objeto de pesquisa é um segmento social específico – idosos –, partiu-se para um estudo exploratório e descritivo, em que foram realizadas entrevistas com os idosos residentes na instituição asilar São Vicente de Paulo, as quais ocorreram entre os meses de maio e agosto de 2009. Optou-se por aplicar os instrumentos por meio de entrevistas individuais, dada a dificuldade de leitura e o analfabetismo, comum nesse seguimento etário. As entrevistas foram realizadas por um único entrevistador.

O instrumento de coleta de dados foi composto por dois questionários: WHOQOL-*Bref* – *World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument* (Anexo 5), elaborado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e validado no Brasil por Fleck *et al.* (2000) e WHOQOL-*Old* – *World Health Organization Quality of Life Instrument-Old* (Anexo 6), que foi adaptado para o português sob a supervisão de Fleck *et al.* (2003). Para complementar o inquérito, foi acrescentado um questionário sociodemográfico com a finalidade de traçar o perfil dos idosos na ILPIs São Vicente de Paulo, quanto aos aspectos de identificação, idade, sexo, escolaridade e estado civil.

O WHOQOL-*Bref* é uma versão reduzida do WHOQOL-100 para avaliar a qualidade de vida. Esta versão foi desenvolvida com o objetivo de promover o uso

prático em grandes estudos, auditorias e trabalhos clínicos, em que o uso de longos questionários seria inviável (WHO, 1997). Para fornecer ampla e abrangente avaliação, um item de cada uma das 24 facetas contidas no WHOQOL-100 foi incluído no WHOQOL-Bref. As 24 facetas do WHOQOL-Bref estão divididas em quatro domínios: *capacidade física, bem-estar psicológico, relações sociais e meio ambiente* (Quadro 1). Além disso, dois itens de caráter geral de qualidade de vida foram incluídos, totalizando 26 questões (WHO, 1996). O WHOQOL-Bref pode ser autoadministrado se os inquiridos tiverem capacidade suficiente para a autorresposta. Caso contrário, o instrumento pode ser aplicado pelo entrevistador, devendo este ter o cuidado para não influenciar nas respostas do inquirido (FLECK, 2000).

O grupo WHOQOL em 1999 iniciou o desenvolvimento do projeto WHOQOL-Old, com a cooperação científica de 22 centros, representando todos os continentes. O objetivo do projeto foi testar uma medida genérica de avaliação da qualidade de vida em adultos idosos, para ser utilizada nos aspectos transculturais e internacionalmente. O instrumento WHOQOL-Old é composto por seis facetas (*funcionamento sensorio, autonomia, atividades passadas, presentes e futuras, participação social, morte e morrer e intimidade*), sendo cada faceta composta por quatro itens (Quadro 2). A *faceta funcionamento sensorio* avalia a atividade sensorial e o impacto da perda destas na qualidade de vida. A *faceta autonomia* refere-se à independência na velhice e, portanto, descreve até que ponto se é capaz de viver de forma autônoma e tomar suas próprias decisões. A *faceta atividades passadas, presentes e futuras* descreve a satisfação sobre conquistas na vida e coisas a que se anseia. A *faceta participação social* delinea a participação em atividades do cotidiano, especialmente na comunidade. A *faceta morte e morrer* relaciona-se a preocupações, inquietações e temores sobre a morte e o morrer, ao passo que a *faceta intimidade* avalia a capacidade de se terem relações pessoais e íntimas (CHACHAMOVICH, 2005; POWER *et al.*, 2005).

Quadro 1 - Domínios e facetas do *World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument – WHOQOL-Bref*

| |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Domínio 1 – Domínio físico |
| Dor e desconforto Energia e fadiga Sono e repouso Mobilidade Atividades da vida cotidiana Dependência de medicação ou de tratamentos Capacidade de trabalho |
| Domínio 2 – Domínio psicológico |
| Sentimentos positivos/aproveitar a vida Pensar, aprender, memória e concentração Autoestima Imagem corporal/aparência física Sentimentos negativos Espiritualidade/religião/crenças pessoais |
| Domínio 3 – Domínio relações sociais |
| Relações pessoais Suporte (apoio) social Atividade sexual |
| Domínio 4 – Domínio meio ambiente |
| Segurança física e proteção Ambiente no lar Recursos financeiros Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades Participação em e oportunidades de recreação/lazer Ambiente físico: (poluição/ruído/trânsito/clima) Transporte |

Fonte: FLECK *et al.*, 2000.

O módulo *WHOQOL-Old* pode ser utilizado em ampla variedade de estudos, abarcando investigações transculturais, epidemiologia populacional, monitoramento de saúde, desenvolvimento de serviços e estudos de intervenção. Com essa escala é possível avaliar o impacto da prestação de serviços e de diferentes estruturas de atendimento social e de saúde sobre a qualidade de vida, principalmente na identificação das possíveis consequências das políticas sobre qualidade de vida para idosos, permitindo, ainda, uma compreensão mais clara das áreas de investimento para se obterem melhores ganhos na qualidade de vida (MANUAL WHOQOL-OLD).

Quadro 2 - Facetas e itens do *World Health Organization Quality of Life Instrument-Old* - WHOQOL-Old

| |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Faceta 1 - Funcionamento sensorio |
| Perdas no sentido afetam a vida diária Avaliação do funcionamento dos sentidos Perda do funcionamento dos sentidos afeta a participação em atividades Problemas com o funcionamento dos sentidos interferindo na habilidade de interagir |
| Faceta 2 – Autonomia |
| Liberdade para tomar suas próprias decisões Sente que controla seu futuro Consegue fazer as coisas que gostaria de fazer Pessoas ao seu redor respeitam a sua liberdade |
| Faceta 3 - Atividades passadas, presentes e futuras |
| Feliz com as coisas que pode esperar daqui para frente Satisfeito com as suas oportunidades para continuar alcançando outras realizações Recebeu o reconhecimento que merece na sua vida Satisfeito com aquilo que alcançou em sua vida |
| Faceta 4 - Participação social |
| Tem o suficiente para fazer em cada dia Satisfeito com a maneira com a qual você usa seu tempo Satisfeito com o seu nível de atividade Satisfeito com as oportunidades para participar de atividades na comunidade |
| Faceta 5 - Morte e morrer |
| Preocupado com a maneira pela qual irá morrer Medo de não poder controlar sua morte Medo de morrer Teme sofrer dor antes de morrer |
| Faceta 6 - Intimidade |
| Tem um sentimento de companheirismo em sua vida Sente amor em sua vida Oportunidades para amar Oportunidades para ser amado |

Fonte: CHACAMOVICH, 2005.

Dessa forma, o WHOQOL-Old possui 24 itens, com respostas construídas a partir da escala de Likert⁹ de 01 a 05. É um instrumento autoadministrado, administrado com a ajuda do entrevistador ou completamente administrado pelo entrevistador. Para ser utilizado, recomenda-se que seja em conjunto com o WHOQOL-100 ou WHOQOL-Bref (CHACHAMOVICH, 2005; FLECK *et al.*, 2006).

Após a coleta dos dados, realizou-se a descrição simples das variáveis sociodemográficas. Nos dados do instrumento WHOQOL-Bref e WHOQOL-Old,

⁹ A escala Likert é um método usado comumente para medição do grau de intensidade de satisfação com o objeto em estudo. Foi desenvolvida por Rensis Likert e é um método bem apurado para obtenção de dados acerca da satisfação do indivíduo sobre algo ao qual este é inquirido (MAFRA, 1999, p. 90).

fez-se uma análise univariada, sendo feito também o teste *t* de Student para comparar as médias entre os grupos feminino e masculino. Para tanto, utilizou-se o Programa Genes – Análises Genéticas e Estatísticas (CRUZ, 2006). No caso do WHOQOL–Bref, o coeficiente de correlação de Pearson foi calculado entre os domínios (*físico, ambiental, social e psicológico*) e a qualidade de vida global. Quanto ao WHOQOL–Old, o cálculo do escore bruto dos domínios e das facetas (*funcionamento sensorio, autonomia, atividades passadas, presentes e futuras, participação social, morte e morrer e intimidade*) e o escore médio padronizado também foram mensurados.

Para obter o escore bruto dos domínios WHOQOL–Bref e das facetas do módulo WHOQOL–Old, os itens expressos negativamente foram recodificados, de modo que os valores numéricos atribuídos fossem invertidos: 1 = 5, 2 = 4, 3 = 3, 4 = 2, 5 = 1. Ao recodificar, os escores altos em itens expressos positivamente refletirão uma qualidade de vida mais elevada e escores baixos representariam baixa qualidade de vida. As Tabelas 1 e 2 ilustram os itens pertencentes a cada domínio e a cada faceta, assim como os itens a serem recodificados no WHOQOL–Bref e no módulo WHOQOL–Old. Para considerar os resultados do escore médio padronizado dos instrumentos, fez-se uso de qualquer valor decimal entre 1 e 5. Desse modo, o valor 1 representa uma avaliação da qualidade de vida mais baixa possível e o valor 5, uma avaliação da qualidade de vida mais alta possível para o indivíduo (MANUAL WHOQOL–OLD).

Os instrumentos foram aplicados pela própria pesquisadora e as entrevistas, realizadas individualmente durante as visitas à instituição, no período de 07 de julho a 04 de agosto de 2009.

Tabela 1 - Lista de escores para o Módulo WHOQOL–Bref

| Facetas | Escores |
|-------------------------------------|---------------------------------------|
| Domínio global de qualidade de vida | Q-01 Q-02 |
| Domínio físico | Q-3* Q-4* Q-10 Q-15 Q-16 Q-17 Q-18 |
| Domínio psicológico | Q-5 Q-6 Q-7 Q-11 Q-19 Q-26* |
| Domínio relações sociais | Q-20 Q-21 Q-22 |
| Domínio meio ambiente | Q-8 Q-9 Q-12 Q-13 Q-14 Q-23 Q-24 Q-25 |

Fonte: FLECK, 2000.

* Itens recodificados.

Tabela 2 - Lista de escores para o Módulo WHOQOL-Old

| Facetas | Escores |
|------------------------------------------------|---------------------------------|
| Funcionamento sensorio (FS) | old_01* old_02* old_10* old_20 |
| Autonomia (AUT) | old_03 old_04 old_05 old_11 |
| Atividades passadas, presentes e futuras (PPF) | old_12 old_13 old_15 old_19 |
| Participação social (PSO) | old_14 old_16 old_17 old_18 |
| Morte e morrer (MEM) | old_06* old_07* old_08* old_09* |
| Intimidade (INT) | old_21 old_22 old_23 old_24 |

Fonte: MANUAL WHOQOL-OLD.

* Itens recodificados.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1. A Percepção dos Idosos Quanto aos Domínios de Qualidade de Vida

Entre os 20 idosos analisados, 70% (n = 14) eram homens e 30% (n = 06), mulheres. Com relação à faixa etária, constatou-se que a idade dos idosos concentrava-se entre 62 e 79 anos (80%), seguidos dos que tinham mais de 80 anos (20%). A idade variou de 62 e 87 anos, com média de 72,7 (\pm 7,71 anos). No que se refere à escolaridade, observou-se que 30% eram analfabetos, 60% com baixa escolaridade (1 a 4 anos incompletos) e 10% com alta escolaridade (> 8 anos). Em relação ao estado civil, 55% dos idosos eram solteiros, 25%, separados, 15% viúvos, e 5% casados. Assim, os idosos caracterizam-se, na sua maioria, por apresentar baixa escolaridade e serem solteiros. Esses dados também coincidem com os da literatura pesquisada, que mostra a predominância de idosos solteiros e com baixa escolaridade (CHAIMOWICS; GRECO, 1999; OLIVEIRA *et al.*, 2006; CONVERSO; IARTELLI, 2007; DIAS *et al.*, 2007; SANTOS, 2007).

Na descrição das informações geradas no questionário WHOQOL-Bref, verificou-se que no *domínio global de QV* (Tabela 3), quando os idosos foram questionados sobre como avaliariam sua qualidade de vida e quanto satisfeito estavam com sua saúde, a maioria (40%) respondeu que tinha *boa* qualidade de vida e 30% consideraram-na nem ruim e nem boa, estando 45% *satisfeitos*, 20% *muito satisfeitos* e 20% nem satisfeitos nem insatisfeitos com sua saúde.

Os questionamentos que compreendem o *domínio físico* são referentes a dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, mobilidade, atividades da vida

cotidiana, dependência de medicação ou de tratamentos e capacidade de trabalho. As respostas com maior abarcamento da população foram: 65% estavam *satisfeitos* com a capacidade de desempenhar as atividades do dia a dia, 50% responderam que precisavam *bastante* de algum tratamento médico para levar a sua vida diária, 45% estavam *satisfeitos* com o seu sono, 40% estavam *satisfeitos* com sua capacidade para o trabalho e 40% achavam que a dor física os impedia *bastante* de fazer o que precisavam, enquanto no item energia e fadiga as respostas dividiram-se em *muito pouco* e *médio* (35%), respectivamente.

Ao comparar as respostas do *domínio físico* com as do *domínio global de QV*, percebeu-se que há incongruência nas respostas. Enquanto 65% se consideravam satisfeitos ou muito satisfeitos com sua saúde, 50% disseram precisar *bastante* de algum tratamento médico para levar a sua vida diária e 40% achavam que a dor física os impedia *bastante* de fazer o que precisavam. Resultado similar também foi observado por Lindgren (1994) com idosos institucionalizados que apresentavam acuidade visual e problemas auditivos. Assim, apesar da incoerência nas respostas, pode-se inferir que a necessidade de tratamento médico e as limitações na vida diária geradas pela dor física não afetaram a percepção subjetiva dos idosos com relação à sua saúde. Desse modo, a autoavaliação no *domínio global de QV* está relacionada à percepção subjetiva do indivíduo, a aspectos físicos, psicológicos e sociais e a elementos de avaliação positivos e negativos.

No *domínio psicológico*, quando indagados sobre quanto aproveitavam a vida, 35% disseram que aproveitavam *mais ou menos*, 30% que não aproveitavam *nada* e 30% que aproveitavam *bastante*. Embora a instituição promova atividades lúdicas e recreativas, as respostas encontradas nesse domínio podem ser indicativo de que as atividades de lazer realizadas na ILPIs não contemplavam toda a população residente. Dado que pode ser diferenciado quando os estímulos para realizar atividades físicas, de lazer, de trabalho, artísticas e sociais atenderem aos interesses dos idosos da instituição, uma vez que os estímulos a essas atividades contribuem para o equilíbrio físico, psicoemocional e social do idoso. Da mesma forma, a ausência de estímulos às atividades físicas, de lazer, de trabalho, artísticas e sociais podem levar o idoso ao declínio de sua capacidade física pela inatividade das funções do corpo (XIMENES; CÔRTE, 2007). Assim, medidas que favoreçam as atividades lúdicas e recreativas também devem ser priorizadas nas ILPIs, de modo que proporcione os contatos sociais, a

participação na comunidade, a autonomia e o sentir-se útil para que os idosos possam continuar a viver com qualidade de vida, dignidade e produzindo e se relacionando.

Ainda no *domínio psicológico*, 65% responderam que estavam *satisfeitos* consigo mesmos, embora 40% tenham dito que aceitavam sua aparência física *mais ou menos*, 65% se consideravam capazes de se concentrarem, 45% afirmaram que a vida tinha *bastante* sentido e 45% que nunca apresentaram sentimentos negativos, como mau humor, desespero, ansiedade e depressão, embora 15% tenham afirmado sentir tais sentimentos sempre.

Os dados relativos ao *domínio relações sociais* mostraram que 80% dos idosos estavam *satisfeitos* ou *muito satisfeitos* com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas), e apenas um disse estar *insatisfeito*. Dos 20 idosos participantes, 70% declararam que estavam *satisfeitos* com o apoio que recebiam de seus amigos. Com relação à vida sexual, mais da metade (55%) referiu estar *satisfeito*, mesmo com o predomínio de idosos solteiros e 30% alegaram insatisfação. Resultado contraditório à realidade vivenciada na ILPIs, porém retrata a percepção dos idosos com suas relações pessoais.

Embora 80% dos idosos tenham relatado satisfação com as relações sociais, por sua vez a maioria confirmou que não aproveita a vida. Dado esse que gera necessidade de reflexão, pois as relações sociais permitem que os idosos estabeleçam contatos que levam à maior proximidade e intimidade, favorecendo a participação na comunidade em atividades lúdicas e recreativas (XIMENES; CÔRTE, 2007). Para Ximenes e Côrte (2007), o descontentamento por não “aproveitar a vida” é porque os idosos não se sentiam parte integrante do espaço onde vivem. Contrariando o sentimento de comunidade, vivem num mundo à parte, entrando aos poucos num processo de isolamento e deixando de “existir”. Assim, negam as possibilidades de elaboração de projetos e as oportunidades de integração social, por viverem num mundo sem significado pessoal. No entanto, as ILPIs, por serem em sua maioria sistemas organizados com horários definidos para favorecer o desempenho de suas funções, impedem o idoso de realizar atividades dentro e fora do âmbito da instituição.

No *domínio meio ambiente*, na questão referente à satisfação com as condições do local onde os idosos moravam, a maioria respondeu que estava *satisfeita* (65%) ou *muito satisfeita* (15%). No que se refere à segurança física e

proteção em sua vida diária, 60% se sentiam *bastante* seguros. Com relação ao ambiente físico (poluição/ruído/trânsito/clima), 40% disseram que o ambiente é *mais ou menos* saudável, enquanto 40% achavam o ambiente *bastante* saudável. Apesar de grande porcentagem de idosos estarem satisfeitos com a condição do local de residência, 20% da população não considerava o ambiente saudável. Resultado que pode estar relacionado ao fato de a grande maioria das instituições não estarem preparadas para proporcionar aos seus residentes serviços individualizados que respeitem a personalidade, privacidade e modos de vida diversificados, acreditando que o cuidar de idosos se resume ao acesso a profissionais de saúde capacitados, condições de espaço físico e ambiental adequadas, alimentação, vestuário, higiene, oportunidades de atividades de lazer e contato social com a comunidade. E, na tentativa de combater a ociosidade dos residentes, os funcionários dessas instituições acabavam desrespeitando os hábitos, o espaço, o poder de decisão, a autonomia e a história de vida (constituída a partir dos seus objetos pessoais). Isso porque eles não dispunham de um calendário especificando os dias e horas para receber visitantes (sem vínculo de parentesco), voluntários, eventos (bazar, bingos, bailes), o que gera desconforto no ambiente físico em virtude do barulho, movimentação e invasão de privacidade (FERREIRA, 2005; XIMENES; CÔRTE, 2007). Além disso, a localização da instituição estudada, que fica na área central da cidade, sendo um local de fácil acesso à população, da existência de uma igreja aberta à comunidade, podem estar contribuindo para a baixa satisfação dos idosos em relação a este domínio.

Quando questionados se dispunham de dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades, 45% responderam *muito pouco* e 30%, *mais ou menos*. Para 45% dos entrevistados, as informações que precisavam de dinheiro no dia a dia estavam *muito disponíveis*. Os idosos também disseram estar *satisfeitos* ou *muito satisfeitos* com o seu meio de transporte e com o seu acesso aos serviços de saúde (65% e 55%, respectivamente). Porém, no item “em que medida você tem oportunidade de atividades de lazer”, os idosos ficaram bem divididos, pois 30% disseram ter muita oportunidade, 30% médio, 25% nada, 10% muito pouco e um idoso (5%) relatou ter completamente.

Tabela 3 - Descrição em números e porcentagem dos idosos nos domínios do WHOQOL-Bref, considerando-se a ILPI São Vicente de Paulo, Ubá, MG

| DOMÍNIOS/ITENS | ESCALA* | | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| | 1 N(%) | 2 N(%) | 3 N(%) | 4 N(%) | 5 N(%) |
| DOMÍNIO GLOBAL | | | | | |
| 1. Como você avaliaria sua qualidade de vida? | 1(5) | 1(5) | 6(30) | 8(40) | 4(20) |
| 2. Quão satisfeito você está com sua saúde? | 1(5) | 2(10) | 4(20) | 9(45) | 4(20) |
| DOMÍNIO FÍSICO | | | | | |
| 3. Em que medida você acha que sua dor física impede você de fazer o que você precisa? | 7(35) | 2(10) | 3(15) | 8(40) | 0 |
| 4. Quanto você precisa de algum tratamento médico para levar a vida? | 2(10) | 6(30) | 2(10) | 10(50) | 0 |
| 10. Você tem energia suficiente para seu dia a dia? | 1(5) | 7(35) | 7(35) | 5(25) | 0 |
| 15. Quão bem você é capaz de se locomover? | 2(10) | 3(15) | 7(35) | 4(20) | 4(20) |
| 16. Quão satisfeito(a) você está com seu sono? | 1(5) | 2(10) | 3(15) | 9(45) | 5(25) |
| 17. Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia? | 0 | 4(20) | 1(5) | 13(65) | 2(10) |
| 18. Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho? | 0 | 2(10) | 3(15) | 8(40) | 3(15) |
| DOMÍNIO PSICOLÓGICO | | | | | |
| 5. Quanto você aproveita a vida? | 6(30) | 1(5) | 7(35) | 6(30) | 0 |
| 6. Em que medida você acha que sua vida tem sentido? | 1(5) | 3(15) | 6(30) | 9(45) | 1(5) |
| 7. Quanto você consegue se concentrar? | 1(5) | 2(10) | 4(20) | 13(65) | 0 |
| 11. Você é capaz de aceitar sua aparência física? | 0 | 2(10) | 8(40) | 6(30) | 4(20) |
| 19. Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo? | 0 | 1(5) | 3(15) | 13(65) | 3(15) |
| 26. Com que frequência você tem sentimentos negativos como mau humor, desespero, ansiedade, depressão? | 9(45) | 5(25) | 1(5) | 2(10) | 3(15) |
| DOMÍNIO RELAÇÕES SOCIAIS | | | | | |
| 20. Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)? | 0 | 1(5) | 3(15) | 10(50) | 6(30) |
| 21. Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual? | 0 | 6(30) | 3(15) | 11(55) | 0 |
| 22. Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos? | 0 | 1(5) | 3(15) | 14(70) | 2(10) |
| DOMÍNIO MEIO AMBIENTE | | | | | |
| 8. Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária? | 2(10) | 3(15) | 3(15) | 11(55) | 1(5) |
| 9. Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)? | 1(5) | 3(15) | 8(40) | 7(35) | 1(5) |
| 12. Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades? | 1(5) | 9(45) | 6(30) | 3(15) | 1(5) |
| 13. Quão disponíveis para você estão as informações de que precisa no seu dia-a-dia? | 0 | 1(5) | 2(10) | 8(40) | 9(45) |
| 14. Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer? | 5(25) | 2(10) | 6(30) | 6(30) | 1(5) |
| 23. Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora? | 1(10) | 0 | 3(15) | 13(65) | 3(15) |
| 24. Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde? | 0 | 5(25) | 4(20) | 10(50) | 1(5) |
| 25. Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte? | 0 | 4(20) | 3(15) | 13(65) | 0 |

Fonte: Dados da pesquisa. *Nas respostas, a escala de 1-5 cresce em grau de satisfação, frequência ou intensidade.

3.2. Valores Médios dos Diferentes Domínios do WHOQOL-Bref

O resultado do instrumento demonstrou que, entre os domínios do questionário WHOQOL-Bref, *relações sociais* apresentou a maior média (14,86), seguida do *domínio global de QV* (14,60) (Tabela 4).

Em relação ao *domínio físico*, o que mais influenciou para que este estivesse abaixo da média¹⁰ de referência (12) foram as questões referentes a *dor* (10,4), *energia e fadiga* (11,2) e *mobilidade* (9,0). As questões sobre *sono* (15,0), *capacidade para o trabalho* (14,8) e *atividade da vida cotidiana* (14,6) foram as que mais contribuíram positivamente com o *domínio físico*. Em um estudo realizado por Santos (2008), em Viçosa, MG, com indivíduos dependentes de cuidados, no contexto do Programa Saúde da Família (PSF), observou-se também que as questões que mais influenciaram na média desse domínio foram semelhantes às encontradas neste estudo. Resultado esse que está relacionado à percepção do indivíduo sobre sua condição física, ou seja, sua capacidade funcional em desempenhar as atividades diárias. Segundo Néri (1993), quanto mais ativo o idoso, maior sua satisfação com a vida e, conseqüentemente, melhor sua qualidade de vida.

Verificou-se que a *auto-estima* e *aparência física* obtiveram as melhores médias do *domínio psicológico*, 15,6 e 14,4, respectivamente. As questões relacionadas à *sentimento negativo* (9,00) e *aproveitar a vida* (10,60), foram aquelas que apresentaram menor contribuição para o domínio, com médias inferiores à de referência. Assim, pode-se inferir que por se tratar de ILPIs que traz na sua trajetória características que geram inconveniências ao idoso, como o isolamento do idoso, a inatividade física e mental, ausência de convívio social, ausência de rede de apoio (família, cônjuge, amigos), falta de afeto e pouco incentivo à independência e autonomia dos seus usuários, isto pode ter contribuído para uma percepção negativa (BRITO e RAMOS, 2005; OLIVEIRA *et al.*, 2006; PAVAN *et al.*, 2008). Os resultados, segundo os referidos autores, podem ter sofrido influências dessas características, justificando, assim, uma menor contribuição nas questões relacionadas ao *domínio psicológico*.

¹⁰ A média encontrada para cada domínio de qualidade de vida foi comparada com o valor máximo da escala de referência, escala de 4 a 20 (MURPHY *et al.*, 2000).

Tabela 4 - Valores médios dos diferentes domínios do WHOQOL-Bref

| Domínios | Variáveis | Escala | | | | | Média** Ponderada | Média Simples |
|------------------|------------------------------|--------|--------|-------|-------|-------|----------------------|------------------|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| QV Global | QV | 1 | 1 | 6 | 8 | 4 | 14,6 | 14,60 |
| | Saúde | 1 | 2 | 4 | 9 | 4 | 14,6 | |
| Físico | Dor e desconforto | 0(5)* | 8(4)* | 3(3)* | 2(2)* | 7(1)* | 10,4 | 12,42 |
| | Energia e fadiga | 1 | 7 | 7 | 5 | 0 | 11,2 | |
| | Sono e repouso | 1 | 2 | 3 | 9 | 5 | 15,0 | |
| | Mobilidade | 2 | 3 | 7 | 4 | 4 | 9,0 | |
| | Atividades da vida cotidiana | 0 | 4 | 1 | 13 | 2 | 14,6 | |
| | Tratamento médico | 0(5)* | 10(4)* | 2(3)* | 6(2)* | 2(1)* | 12,0 | |
| | Capacidade de trabalho | 6 | 6 | 3 | 8 | 3 | 14,8 | |
| Psicológico | Sentimentos positivos | 6 | 1 | 7 | 6 | 0 | 10,6 | 12,76 |
| | Concentração | 1 | 2 | 4 | 13 | 0 | 13,8 | |
| | Autoestima | 0 | 1 | 3 | 13 | 3 | 15,6 | |
| | Imagem corporal e aparência | 0 | 2 | 8 | 6 | 4 | 14,4 | |
| | Sentimentos negativos | 3(5)* | 2(4)* | 1(3)* | 5(2)* | 9(1)* | 9,0 | |
| | Espiritualidade/religião | 1 | 3 | 6 | 9 | 1 | 13,2 | |
| Relações Sociais | Relações pessoais | 0 | 1 | 3 | 10 | 6 | 16,2 | 14,86 |
| | Suporte (apoio) social | 0 | 1 | 3 | 14 | 2 | 15,4 | |
| | Atividade sexual | 0 | 6 | 3 | 11 | 0 | 13,0 | |
| Meio Ambiente | Segurança física e proteção | 2 | 3 | 3 | 11 | 1 | 13,2 | 12,95 |
| | Ambiente do lar | 1 | 0 | 3 | 13 | 3 | 15,4 | |
| | Recursos financeiros | 1 | 9 | 6 | 3 | 1 | 10,8 | |
| | Acesso a serviços de saúde | 0 | 5 | 4 | 10 | 1 | 13,4 | |
| | Informações | 1 | 2 | 8 | 9 | 0 | 13,0 | |
| | Lazer | 5 | 2 | 6 | 6 | 1 | 11,2 | |
| | Ambiente físico | 1 | 3 | 8 | 7 | 1 | 12,8 | |
| Transporte | 0 | 4 | 3 | 13 | 0 | 13,8 | | |

Fonte: dados da pesquisa.

*Itens recodificados.

**Para calcular a média ponderada, multiplicou-se o número de respostas pelo referido valor da escala e dividiu pelo número de respondentes (20). Em seguida, multiplicou-se por 4 para que todos os valores ficassem numa escala de 4 a 20.

No *domínio das relações sociais*, todas as questões apresentaram média superior à média de referência (14,86), sendo as que mais contribuíram para esse domínio as *relações pessoais* (16,2) e o *apoio social* (15,4) que os idosos da ILPIs recebem de seus amigos, sendo estes os próprios idosos residentes da instituição e amigos da comunidade de Ubá. O item *atividade sexual* foi o que demonstrou menor contribuição (13,0), fato que pode ser justificado devido ao fato de a população amostral do estudo ser constituída, em sua maioria, por idosos solteiros.

Os dados relativos ao *domínio meio ambiente, recursos financeiros* (10,8) representaram a menor contribuição para a média do domínio (12,95), seguido das *oportunidades para atividades de lazer* (11,2). As condições do local onde os idosos moravam, ou seja, *ambiente do lar* (15,4), bem como *segurança física e proteção* (13,2), foram os elementos que mais contribuíram, seguidos da satisfação destes com o meio de *transporte* (13,8), *acesso aos serviços de saúde* (13,4), disponibilidade a *informações* que precisam no seu dia a dia (13,0) e *ambiente físico*, incluindo clima, barulho, poluição e atrativos (15,4).

Ao comparar as médias dos escores dos *domínios da qualidade de vida* entre os sexos feminino e masculino, observou-se que não houve diferenças estatisticamente significativas entre as médias dos diferentes domínios (*global, físico, psicológico, social e ambiental*) para os dois grupos (Tabela 5). Resultados diferentes desses foram verificados por Pereira *et al.* (2006), que identificaram uma diferença significativa nos *domínios físico, psicológico e ambiental* ao comparar as médias entre os sexos.

Tabela 5 - Comparação entre as médias dos domínios de QV entre os grupos masculino e feminino da ILPIs São Vicente de Paulo, Ubá, MG

| Domínios | Masculino (média ± dp) | Feminino (média ± dp) | Teste t | P |
|------------------|---------------------------|--------------------------|---------|-------|
| QV global | 7,28 ± 1,77 | 7,33 ± 1,75 | 0,5428 | 0,956 |
| Físico | 22,35 ± 2,52 | 22,66 ± 2,54 | 0,2431 | 0,805 |
| Psicológico | 19 ± 3,30 | 19,5 ± 3,16 | 0,3158 | 0,753 |
| Relações sociais | 11,14 ± 1,47 | 11,16 ± 1,46 | 0,3251 | 0,972 |
| Meio ambiente | 25,07 ± 4,69 | 27,83 ± 4,77 | 1,1980 | 0,245 |

Fonte: dados da pesquisa.

Na avaliação do grau de associação entre os diferentes domínios e o *domínio global de QV*, verificou-se correlação positiva em todos os casos. Os maiores coeficientes de correlação de Pearson foram identificados para os domínios *relações sociais* (0,70) e *meio ambiente* (0,67). Já no que se refere aos domínios *físico e psicológico*, constatou-se que houve, respectivamente, correlação moderada (0,47) e baixa (0,27). Observou-se também que 90% dos idosos apresentaram, na média padronizada do escore total, valores iguais ou superiores a 3 (Tabelas 6 e 7), e apenas dois idosos obtiveram valores inferiores a 3, um homem e uma mulher.

Tabela 6 - Representação dos escores médios padronizados dos domínios do WHOQOL-Bref para o grupo masculino

| Domínios | Escore Bruto do Domínio (Escore Médio Padronizado do Domínio) | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------------|---------------------------------------------------------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|-----------|
| | Idosos do Sexo Masculino | | | | | | | | | | | | | |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |
| Físico | 20(2,85) | 22(3,14) | 21(3,00) | 21(3,00) | 24(3,42) | 23(3,28) | 23(3,28) | 20(2,85) | 27(3,85) | 22(3,14) | 24(3,42) | 19(2,71) | 21(3,00) | 26(3,71) |
| Psicológico | 18(3,00) | 19(3,16) | 17(2,83) | 19(3,16) | 19(3,16) | 23(3,83) | 15(2,50) | 25(4,16) | 16(2,66) | 22(3,66) | 19(3,16) | 11(1,83) | 21(3,50) | 22(3,66) |
| Relações sociais | 11(3,66) | 11(3,66) | 13(4,33) | 11(3,66) | 10(3,33) | 12(4,00) | 12(4,00) | 13(4,13) | 10(3,33) | 11(3,66) | 10(3,33) | 7(2,33) | 13(4,13) | 12(4,00) |
| Meio ambiente | 23(2,87) | 24(3,00) | 23(2,87) | 25(3,12) | 26(3,25) | 23(2,87) | 24(3,00) | 22(2,75) | 28(3,50) | 28(3,50) | 28(3,50) | 13(1,62) | 33(4,12) | 31(3,87) |
| Escore total (média) | 78(3,00) | 83(3,19) | 82(3,15) | 83(3,19) | 85(3,26) | 85(3,26) | 83(3,19) | 87(3,34) | 90(3,46) | 92(3,53) | 90(3,46) | 53(2,03) | 97(3,73) | 100(3,84) |

Tabela 7 - Representação dos escores médios padronizados dos domínios do WHOQOL-Bref para o grupo feminino

| Domínios | Escore Bruto do Domínio (Escore Médio Padronizado do Domínio) | | | | | |
|-----------------------------|---------------------------------------------------------------|----------|----------|----------|----------|----------|
| | Idosos do Sexo Feminino | | | | | |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Físico | 26(3,71) | 25(3,57) | 24(3,42) | 17(2,42) | 23(3,28) | 21(3,00) |
| Psicológico | 21(3,50) | 22(3,66) | 19(3,16) | 19(3,16) | 16(2,66) | 20(3,00) |
| Relações sociais | 11(3,66) | 10(3,33) | 11(3,66) | 10(3,33) | 12(4,00) | 13(4,33) |
| Meio ambiente | 33(4,12) | 32(4,00) | 24(3,00) | 21(2,62) | 29(3,62) | 28(3,50) |
| Escore total (média) | 100(3,84) | 97(3,75) | 86(3,30) | 74(2,84) | 86(3,30) | 88(3,38) |

Considerando o estudo realizado, os resultados do WHOQOL-*Bref* demonstraram que todos os domínios apresentaram médias superiores ao valor médio de referência (12), na escala de 4 a 20. Além disso, 90% dos idosos na análise da média padronizada do escore total obtiveram valores iguais ou superiores a 3, o que permite inferir que os idosos residentes na ILPI São Vicente de Paulo não possuem baixa qualidade de vida. Isso porque os escores da média padronizada podem ter qualquer valor de 1 a 5, ou seja, quanto maior o valor, melhor a qualidade de vida.

3.3. Descrição do Módulo de Qualidade de Vida Específico para Idosos WHOQOL-*Old*

Com base na pontuação do módulo WHOQOL-*Old*, observou-se que, na *faceta funcionamento sensorio*, as questões sobre as perdas nos sentidos (audição, visão, paladar olfato, tato) obtiveram respostas positivas, 55% dos idosos afirmaram que as perdas nos sentidos em *nada* afetavam sua vida diária, 65% disseram que não atrapalhavam em *nada* a participação em atividades e 80% responderam que em *nada* afetavam a sua capacidade de interagir com outras pessoas. Ainda nesta faceta, quando questionados sobre como avaliariam o funcionamento de seus sentidos, 50% responderam que *nem boa e nem ruim* (Tabela 8).

Na faceta autonomia, 45% dos idosos disseram ter bastante liberdade para tomar as suas próprias decisões, 45% sentiam que controlavam mais ou menos o seu futuro, 50% afirmaram que as pessoas ao seu redor respeitavam a sua liberdade e 25% e 35% responderam que conseguiam fazer o que gostariam de fazer mais ou menos e bastante, respectivamente.

Nos dados referentes à *faceta atividades passadas, presentes e futuras*, 30% relataram que estavam *mais ou menos* satisfeitos e 40%, *bastante* satisfeitos com suas oportunidades para continuar alcançando outras realizações na vida, e apenas 10% disseram que não estavam *nada* satisfeitos. Dos 20 idosos participantes, 50% declararam que sentiam que receberam *bastante* o reconhecimento que mereciam na sua vida. No item quão satisfeito você está com aquilo que alcançou em sua vida, 50% afirmaram que estavam *satisfeitos* e, na questão quão feliz você está com as coisas que você pode esperar daqui para

frente, as respostas foram felizes e muito felizes (80%). Resultado importante, pois confirma que esses idosos não deixaram de planejar o futuro, não deixaram de “existir” em função da institucionalização e, sim, demonstraram vontade de viver e esperança de uma vida longínqua.

Com relação à *faceta participação social*, 35% dos idosos sentiam que *nada* tinham para fazer, considerando-se o dia a dia, e 30% afirmaram ter o *bastante* para fazer em cada dia. Nas questões referentes à satisfação dessas pessoas com a maneira com a qual usavam o seu tempo, com seu nível de atividade e com as oportunidades para participar de atividades da comunidade, esse grupo relatou que estavam *satisfeitos* (85, 50 e 70%, respectivamente).

Os questionamentos que compreendem a *faceta morte e morrer* são referentes a preocupações, inquietações e temores sobre a morte e sobre morrer, estando 50% não preocupados com a maneira pela qual irão morrer, 45% não tinham medo de não poder controlar a sua morte, 75% não temiam morrer e 40% não temiam sofrer dor antes de morrer, porém 40% relataram ter um pouco de medo de sofrer dor antes de morrer.

Na faceta intimidade, 40% dos idosos responderam que tinham sentimento de companheirismo em sua vida, 70% sentiam bastante amor em sua vida, 40% afirmaram ter bastante oportunidade para amar e 50% disseram que tinham bastantes oportunidades e estavam disponíveis para serem amados.

Tabela 8 - Tabela descritiva, em frequência e porcentagem, do módulo WHOQOL-Old

| FACETAS/ITENS | ESCALA* | | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| | 1 N(%) | 2 N(%) | 3 N(%) | 4 N(%) | 5 N(%) |
| FUNCIONAMENTO SENSORIO | | | | | |
| 1. Até que ponto as perdas nos seus sentidos (audição, visão, paladar olfato, tato) afetam sua vida diária? | 11(55) | 0 | 7(35) | 2(10) | 0 |
| 2. Até que ponto a perda de, por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato afeta a sua capacidade de participar em atividades? | 13(65) | 2(10) | 3(15) | 2(10) | 0 |
| 10. Até que ponto o funcionamento dos seus sentidos (audição, visão, paladar olfato, tato) afeta a sua capacidade de interagir com outras pessoas? | 16(80) | 0 | 3(15) | 1(5) | 0 |
| 20. Como você avalia o funcionamento dos seus sentidos (audição, visão, paladar olfato, tato)? | 0 | 2(10) | 6(30) | 10(50) | 2(10) |
| AUTONOMIA | | | | | |
| 3. Quanta liberdade você tem de tomar as suas próprias decisões? | 3(15) | 4(20) | 3(15) | 9(45) | 1(5) |
| 4. Até que ponto você sente que controla o seu futuro? | 0 | 5(25) | 9(45) | 5(25) | 1(5) |
| 5. Quanto você sente que as pessoas ao seu redor respeitam a sua liberdade? | 2(10) | 3(15) | 5(25) | 10(50) | 0 |
| 11. Até que ponto você consegue fazer as coisas de que gostaria de fazer? | 3(15) | 4(20) | 5(25) | 7(35) | 1(5) |
| ATIVIDADES PASSADAS, PRESENTES E FUTURAS | | | | | |
| 12. Até que ponto você está satisfeito com suas oportunidades para continuar alcançando outras realizações na sua vida? | 2(10) | 3(15) | 6(30) | 8(40) | 1(5) |
| 13. Quanto você sente que recebeu o reconhecimento que merece na sua vida? | 2(10) | 4(20) | 3(15) | 10(50) | 1(5) |
| 15. Quão satisfeito você está com aquilo que alcançou na sua vida? | 0 | 1(5) | 2(10) | 10(50) | 7(35) |
| 19. Quão feliz você está com as coisas que você pode esperar daqui para frente? | 0 | 1(5) | 3(15) | 8(40) | 8(40) |
| PARTICIPAÇÃO SOCIAL | | | | | |
| 14. Até que ponto você sente que tem o suficiente para fazer em cada dia? | 7(35) | 5(25) | 2(10) | 6(30) | 0 |
| 16. Quão satisfeito você está com a maneira com a qual você usa o seu tempo? | 0 | 1(5) | 1(5) | 17(85) | 1(5) |
| 17. Quão satisfeito você está com seu nível de atividade? | 1(5) | 2(10) | 3(15) | 10(50) | 4(20) |
| 18. Quão satisfeito você está com as oportunidades que você tem para participar de atividades da comunidade? | 0 | 3(15) | 2(10) | 14(70) | 1(5) |
| MORTE E MORRER | | | | | |
| 6. Quão preocupado você está com a maneira pela qual irá morrer? | 10(50) | 2(10) | 1(5) | 7(35) | 0 |
| 7. Quanto você tem medo de não poder controlar a sua morte? | 9(45) | 2(10) | 3(15) | 6(30) | 0 |
| 8. Quanto você tem medo de morrer? | 15(75) | 2(10) | 2(10) | 1(5) | 0 |
| 9. Quanto você teme sofrer dor antes de morrer? | 8(40) | 4(20) | 0 | 8(40) | 0 |
| INTIMIDADE | | | | | |
| 21. Até que ponto você tem sentimento de companheirismo em sua vida? | 3(15) | 3(15) | 6(30) | 8(40) | 0 |
| 22. Até que ponto você sente amor em sua vida? | 0 | 5(25) | 1(5) | 14(70) | 0 |
| 23. Até que ponto você tem oportunidades para amar? | 6(30) | 4(20) | 2(10) | 8(40) | 0 |
| 24. Até que ponto você tem oportunidades para ser amado? | 4(20) | 3(15) | 3(15) | 10(50) | 0 |

*Nas respostas, a escala de 1-5 cresce em grau de satisfação, frequência ou intensidade.

3.4. Valores Médios das Diferentes Facetas do WHOQOL-Old

Entre as facetas do módulo WHOQOL-Old, *funcionamento sensorio* apresentou a maior média (16,45), seguido da *faceta morte e morrer* (15,60), conforme descrito na Tabela 9.

Na *faceta funcionamento sensorio*, o que mais influenciou para que esta faceta estivesse acima da média de referência (12) foram as questões referentes a como você avalia o funcionamento dos sentidos (17,20) e quanto a perda do funcionamento dos sentidos afeta a participação em atividades (18,20). Resultado esse que está relacionado com a percepção subjetiva do indivíduo em relação à sua saúde.

Verificou-se que a *faceta autonomia*, com média de 12,25, não ficou abaixo da média de referência (12). Considerando o local onde foi realizado o estudo, as questões da faceta podem ter sofrido influências, uma vez que a maioria das ILPIs dispunha de horários definidos para realizar a alimentação, higiene pessoal e visitas, levando uma vida fechada e formalmente administrada (GOFFMAN, 1987). Assim, as instituições asilares lembram grandes alojamentos, que raramente articulam propostas para incentivar a independência e autonomia dos usuários, o que, na maioria das vezes, limita as possibilidades de uma vida social, afetiva e sexual (PAVAN *et al.*, 2008).

Com relação à *faceta atividades passadas, presente e futuras*, todas as questões apresentaram média superior à média de referência, sendo que a questão sobre o quanto estavam satisfeitos com as oportunidades para continuar alcançando outras realizações (12,80) e o quanto estavam felizes com o que podiam esperar daqui para frente (12,60) foram as que menos contribuíram para uma avaliação positiva da faceta. O fato é que o idoso, ao se ver excluído de seu contexto familiar e, em muitos casos, perdendo o vínculo afetivo com seus entes e amigos, pode assumir uma postura de distanciamento da realidade e da vida social (OLIVEIRA *et al.*, 2006; SILVA *et al.*, 2006). Por conseguinte, o idoso apresenta dificuldades em estabelecer novos contatos, trocar experiências e traçar planos para o futuro.

Tabela 9 - Valores médios dos diferentes domínios do WHOQOL-Bref

| Facetas | Variáveis | Escala | | | | | Média** Ponderada | Média Simples |
|--------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|--------|-------|-------|-------|-------|----------------------|------------------|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| Funcionamento Sensório | Perdas no sentido afetam a vida diária | 11(5)* | 0(4)* | 7(3)* | 2(2)* | 0(1)* | 16,00 | 16,45 |
| | Perda do funcionamento dos sentidos afeta a participação em atividades | 16(5)* | 0(4)* | 3(3)* | 1(2)* | 0(1)* | 18,20 | |
| | Problemas com o funcionamento dos sentidos interferindo no interagir | 0 | 2 | 6 | 10 | 2 | 14,40 | |
| | Avaliação do funcionamento dos sentidos | 13(5)* | 2(4)* | 3(3)* | 2(2)* | 0(1)* | 17,20 | |
| Autonomia | Liberdade para tomar suas próprias decisões | 3 | 4 | 3 | 9 | 1 | 12,20 | 12,25 |
| | Sente que controla seu futuro | 0 | 5 | 9 | 5 | 1 | 12,40 | |
| | Consegue fazer as coisas que gostaria de fazer | 2 | 3 | 5 | 10 | 0 | 12,60 | |
| | Pessoas ao seu redor respeitam a sua liberdade | 3 | 4 | 5 | 7 | 1 | 11,80 | |
| Atividades Passadas Presentes e Futuras | Feliz com as coisas que pode esperar daqui para frente | 2 | 3 | 6 | 8 | 1 | 12,60 | 14,55 |
| | Satisfeito com as suas oportunidades para continuar alcançando outras realizações | 2 | 4 | 3 | 10 | 1 | 12,80 | |
| | Recebeu o reconhecimento que merece na sua vida | 0 | 1 | 2 | 10 | 7 | 16,60 | |
| | Satisfeito com aquilo que alcançou em sua vida | 0 | 2 | 3 | 7 | 8 | 16,20 | |
| Participação Social | Tem o suficiente para fazer em cada dia | 7 | 5 | 2 | 6 | 0 | 9,40 | 13,6 |
| | Satisfeito com a maneira com a qual você usa seu tempo | 0 | 1 | 1 | 17 | 1 | 15,60 | |
| | Satisfeito com o seu nível de atividade | 1 | 2 | 3 | 10 | 4 | 14,80 | |
| | Satisfeito com as oportunidades para participar de atividades na comunidade | 0 | 3 | 2 | 14 | 1 | 14,60 | |
| Morte e Morrer | Preocupado com a maneira pela qual irá morrer | 10(5)* | 2(4)* | 1(3)* | 7(2)* | 0(1)* | 15,00 | 15,60 |
| | Medo de não poder controlar sua morte | 9(5)* | 2(4)* | 3(3)* | 6(2)* | 0(1)* | 14,80 | |
| | Medo de morrer | 15(5)* | 2(4)* | 2(3)* | 1(2)* | 0(1)* | 18,20 | |
| | Teme sofrer dor antes de morrer | 8(5)* | 4(4)* | 0(3)* | 8(2)* | 0(1)* | 14,40 | |
| Intimidade | Tem um sentimento de companheirismo em sua vida | 3 | 3 | 6 | 8 | 0 | 11,80 | 11,95 |
| | Sente amor em sua vida | 0 | 5 | 1 | 14 | 0 | 13,80 | |
| | Oportunidades para amar | 6 | 4 | 2 | 8 | 0 | 10,40 | |
| | Oportunidades para ser amado | 4 | 3 | 3 | 10 | 0 | 11,80 | |

* Itens recodificados.

**Para calcular a média ponderada, multiplicou-se o número de respostas pelo referido valor da escala e dividiu pelo número de respondentes (20). Em seguida, multiplicou-se por 4 para que todos os valores ficassem numa escala de 4 a 20.

Os dados relativos à *participação social*, a menor contribuição para a média da faceta (9,4), foram os da questão: até que ponto você sente que tem o suficiente para fazer em cada dia? Esse resultado está associado ao fato de que os idosos vivem em ambientes pouco estimulantes, onde as inatividades física, mental, política, produtiva, cultural e afetiva contribuem para o isolamento, gerando apatia (BRITO; RAMOS, 2005; OLIVEIRA *et al.*, 2006).

Observou-se que os idosos, na *faceta morte e morrer*, demonstraram não terem medo da morte e não estavam preocupados com a maneira pela qual iriam morrer. Essas questões foram as que mais contribuíram para a média da faceta (15,60), com média de 15,00 e 18,20, respectivamente.

A *faceta intimidade* foi a que apresentou a menor média (11,95) entre as diferentes facetas do instrumento WHOQOL-Old. Esse resultado pode ser justificado pelo fato de a maioria dos idosos ser solteira, não ter oportunidade para amar e ser amada e pela ausência de um sentimento de companheirismo em suas vidas. Outra explicação é a ausência da família na vida desses idosos, o que pode causar sentimento de abandono, visto que o contato com a família é de suma importância em todas as idades do desenvolvimento humano. Isso porque a família é considerada, social e culturalmente, a base e o hábitat de uma pessoa, que exige mais cuidados e atenção na infância e na velhice, devido às alterações hormonais, culturais e psicossociais (OLIVEIRA *et al.*, 2006). Assim, o afastamento do idoso institucionalizado dos seus filhos e netos, entre outros, pode comprometer-lhe a QV e o bem-estar. Ao contrário, o contato com a família permite que os idosos mantenham-se próximos ao seu meio natural, preservando o seu autoconhecimento, valores, respeito, companheirismo e dignidade (PAPALEO NETO, 2000; OLIVEIRA *et al.*, 2006).

Na comparação das médias dos escores¹¹ bruto total das facetas (EBF) do WHOQOL-Old entre os sexos feminino e masculino (Tabela 10), observou-se que não houve diferenças entre as médias das facetas (*funcionamento sensorio, autonomia, atividades passadas, presentes e futuras, participação social, morte e morrer e intimidade*). Constatou-se também que, ao analisar o escore (médio) padronizado da faceta, 95% dos valores encontrados foram superiores ou iguais a 3, o que sinaliza que os idosos não apresentam baixa QV, uma vez que no escore da

¹¹ A soma dos itens que pertencem a uma faceta produz o escore bruto da faceta (EBF). Sua amplitude situa-se entre o mais baixo valor possível (número de itens (n) x 1) e o mais alto valor possível (número de itens (n) x 5) da respectiva faceta (MANUAL WHOQOL-OLD).

média padronizada o valor 1 representa avaliação da QV mais baixa possível e o valor 5, uma avaliação da QV mais alta (Tabelas 11 e 12).

Tabela 10 - Comparação das médias das facetas do módulo WHOQOL-Old entre os grupos masculino e feminino

| Facetas | Masculino (média ± dp) | Feminino (média ± dp) | Teste t | P |
|------------------------------------------|---------------------------|--------------------------|---------|-------|
| Funcionamento sensorio | 15,78 ± 2,59 | 18,00 ± 2,54 | 1,9029 | 0,702 |
| Autonomia | 11,92 ± 3,25 | 13,00 ± 3,09 | 0,7003 | 0,500 |
| Atividades passadas, presentes e futuras | 14,28 ± 2,14 | 15,50 ± 2,18 | 1,1495 | 0,264 |
| Participação social | 13,00 ± 2,54 | 15,00 ± 2,54 | 1,6890 | 0,105 |
| Morte e morrer | 16,00 ± 4,14 | 14,66 ± 3,97 | 0,6768 | 0,513 |
| Intimidade | 12,35 ± 3,33 | 11,00 ± 3,23 | 0,8533 | 0,590 |

Em síntese, os resultados do módulo WHOQOL-Old demonstraram que apenas a *faceta intimidade* apresentou média inferior ao valor médio de referência (12), na escala de 4 a 20. Na análise da média padronizada do escore total, 90% dos idosos obtiveram valores iguais ou superiores a 3, o que permite inferir que os idosos institucionalizados na ILPIs São Vicente de Paulo não apresentam baixa qualidade de vida.

Tabela 11 - Representação dos escores médios padronizados das facetas do módulo WHOQOL-Old para o grupo masculino

| Facetas (sigla) | Escore Bruto da Faceta (Escore Médio Padronizado da Faceta) | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------------|-------------------------------------------------------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|-----------|
| | Idosos do Sexo Masculino | | | | | | | | | | | | | |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |
| FS | 16(4,00) | 13(3,25) | 15(3,75) | 14(3,50) | 16(4,00) | 16(4,00) | 14(3,50) | 14(3,50) | 19(4,75) | 15(3,75) | 19(4,75) | 11(2,75) | 20(5,00) | 19(4,75) |
| AUT | 9(2,25) | 12(3,00) | 11(2,75) | 8(2,00) | 16(4,00) | 14(3,50) | 8(2,00) | 7(1,75) | 14(3,50) | 16(4,00) | 15(3,75) | 7(1,25) | 16(4,00) | 14(3,50) |
| APPF | 16(4,00) | 14(3,50) | 17(4,25) | 11(2,75) | 13(3,25) | 15(3,75) | 14(3,50) | 12(3,00) | 15(3,75) | 13(3,25) | 16(4,00) | 11(2,75) | 16(4,00) | 17(4,25) |
| PSO | 12(3,00) | 10(2,50) | 13(3,25) | 11(2,75) | 11(2,75) | 14(3,50) | 12(3,00) | 18(4,50) | 13(3,25) | 15(3,75) | 17(4,25) | 8(2,00) | 13(3,25) | 15(3,75) |
| MEM | 9(2,25) | 17(4,25) | 18(4,50) | 19(4,75) | 15(3,75) | 11(2,75) | 14(3,50) | 16(4,00) | 20(5,00) | 15(3,75) | 20(5,00) | 11(2,75) | 20(5,00) | 19(4,75) |
| INT | 15(3,75) | 13(3,25) | 8(2,00) | 10(2,50) | 16(4,00) | 14(3,50) | 8(2,00) | 10(2,50) | 16(4,00) | 14(3,50) | 12(3,00) | 7(1,25) | 14(3,50) | 16(4,00) |
| Escore Total (média) | 77(3,20) | 79(3,29) | 83(3,45) | 73(3,04) | 87(3,62) | 84(3,50) | 70(2,91) | 77(3,20) | 97(4,04) | 88(3,66) | 99(4,12) | 55(2,29) | 99(4,12) | 100(4,16) |

Legenda: FS = Funcionamento do sensório; AUT = Autonomia; APPF = Atividades passadas, presentes e futuras; PSO = Participação social; MEM = Morte e morrer; e INT = Intimidade.

84

Tabela 12 - Representação dos escores médios padronizados das facetas do módulo WHOQOL-Old para o grupo feminino

| Facetas (sigla) | Escore Bruto da Faceta (Escore Médio Padronizado da Faceta) | | | | | |
|-----------------------------|-------------------------------------------------------------|----------|----------|----------|----------|----------|
| | Idosos do Sexo Feminino | | | | | |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| FS | 19(4,75) | 18(4,50) | 19(4,75) | 19(4,75) | 18(4,50) | 15(3,75) |
| AUT | 12(3,00) | 16(4,00) | 12(3,00) | 14(3,50) | 13(3,25) | 11(2,75) |
| APPF | 17(4,25) | 18(4,50) | 12(3,00) | 13(3,25) | 16(4,00) | 17(4,25) |
| PSO | 17(4,25) | 16(4,00) | 16(4,00) | 13(3,25) | 14(3,50) | 14(3,50) |
| MEM | 18(4,50) | 8(2,00) | 18(4,50) | 20(5,00) | 10(2,50) | 14(3,50) |
| INT | 12(3,00) | 13(3,25) | 11(2,75) | 10(2,50) | 5(1,25) | 15(3,75) |
| Escore Total (média) | 95(3,95) | 89(3,70) | 88(3,66) | 89(3,70) | 76(3,16) | 86(3,58) |

Legenda: FS = Funcionamento do sensório; AUT = Autonomia; APPF = Atividades passadas, presentes e futuras; PSO = Participação social; MEM = Morte e morrer; e INT = Intimidade.

4. CONCLUSÃO

O envelhecimento é um processo natural que pode conduzir o idoso a perdas na sua rede de apoio social, culminando, na sua institucionalização. Historicamente, as ILPIs surgiram com um perfil assistencialista e uma visão caritativa. Atualmente, seus serviços são indispensáveis para a sociedade, porém com a responsabilidade de reproduzir um ambiente residencial, um lugar de vida, de aconchego, de identidade, de cuidados, e, ao mesmo tempo, com qualidade de vida.

Assim, ao avaliar a QV dos idosos residentes na ILPIs São Vicente de Paulo, identificou-se que os aspectos referentes à capacidade física, autonomia, ambiente físico e intimidade foram os fatores que interferiram na qualidade de vida dos envolvidos. Contudo, verificou-se que os idosos não apresentaram baixa qualidade de vida, uma vez que, obtiveram nos instrumentos *WHOQOL-Bref* e do módulo *WHOQOL-Old* médias superiores ao valor de referência que são 1, como uma avaliação negativa baixa e 5 como uma avaliação positiva alta, visto que foram obtidas no estudo nota igual ou superior a 3. Porém, os instrumentos utilizados na avaliação de QV, não contemplaram as expectativas da pesquisa, pois a disposição dos questionamentos e o vocabulário utilizado geraram dúvidas e dificuldade de entendimento.

Em vista dos resultados obtidos, sugere-se que novos estudos sejam desenvolvidos para construir um instrumento mais adequado à realidade dos idosos brasileiros, uma vez que estudos que avaliem a QV de idosos institucionalizados ainda são escassos.

É importante considerar que muitas das medidas funcionais adotadas e qualificação dos profissionais que lidam diariamente com os idosos, devido à estrutura

do espaço, falta de profissionais em número suficiente e à necessidade de atender a diferentes demandas, podem contribuir para o desrespeito à privacidade, à personalidade, aos hábitos, ao espaço, à autonomia e à vida social, política e afetiva de seus residentes. Pode, assim, haver uma perda na percepção com relação à qualidade de vida, pois os idosos ao não se identificarem com seu local de residência, tendem a rejeitar as possibilidades de alcançar novas realizações, fazendo com que vivam em um mundo à parte, isolados.

Do mesmo modo, ações que objetivem melhorar a QV do idoso institucionalizado devem ser repensadas e/ou reestruturadas considerando as diferenças no modo de vida, além de identificar o que realmente os idosos valorizam para que possam continuar a viver com respeito, dignidade e qualidade de vida, considerando o espaço das ILPIs.

5. REFERÊNCIAS

ARAÚJO, L. F.; COUTINHO, M. P. L.; SANTOS, M. F. O idoso nas instituições gerontológicas: um estudo na perspectiva das representações sociais. **Psicologia Sociedade**, v. 18, n. 2, p. 89-98, 2006.

BERTOLUCCI, P. H. F.; BRUCKI, S. M. D.; CAMPACCI, S. R.; JULIANO, Y. O Mini-Exame do Estado Mental em uma população geral – impacto da escolaridade. **Arquivos de Neuropsiquiatria**. v. 52, n. 1, p. 1-7, 1994.

BRITO, F. C.; RAMOS, L. R. **Serviços de Atenção à Saúde do Idoso**. In: NETTO, PAPALEO M. **Gerontologia – A velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, 2005.

CHACHAMOVICH, E. **Qualidade de vida em idosos: desenvolvimento e aplicação do módulo WHOQOL-Old e teste do desempenho do instrumento WHOQOL-Bref em uma amostra de idosos brasileiros**. 2005. 154 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

CHAIMOWICS, F.; GRECO, D. B. Dinâmica da institucionalização de idosos em Belo Horizonte, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 33, n. 5, p. 454-460, 1999.

COMERLATO, E. M. B.; GUIMARÃES, I.; ALVES, E. D. Tempo de Ampliar e tempo de colher: as representações sociais de profissionais de saúde e idosos sobre o processo de envelhecimento. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 09, n. 03, p. 736-747, 2007.

CONVERSO, M. E. R.; IARTELLI, I. Caracterização e análise do estado mental e funcional de idosos institucionalizados em instituições públicas de longa permanência. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 56, n. 4, p. 267-272, 2007.

CRUZ, C. D. **Programa GENES: estatística experimental e matrizes**. Viçosa, MG: Editora UFV, 2006.

DIAS, I. G.; TEIXEIRA, K. M. D.; LORETO, M. D. S.; MAFRA, S. C. T. Reflexão dos idosos e de seus familiares acerca do relacionamento intergeracional antes e após a institucionalização asilar. **Oikos**, Viçosa, v. 18, p. 67-87, 2007.

DAVIM, R. M. B.; TORRES, G. V.; DANTAS, S. M. M.; LIMA, V. M. Estudo com Idosos de Instituições Asilares no Município de Natal/RN: características socioeconômicas e de saúde. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 12, n. 3, p. 518-24, 2004.

FLECK, M. P. A.; LOUZADA, S.; XAVIER, M.; LEAL, O.; SHANSIS, F.; GREVET, E.; PARIZOTTO, L.; CHACHAMOVICH, E.; SANTOS, L.; VIEIRA, G. M.; PINZON, V.; TATSCH, M.; TERUCHKIN, B. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal. **Versão em Português dos Instrumentos de Avaliação de Qualidade de Vida (WHOQOL)**, 1998. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol1.html>>. Acesso em: 08 mar. 2008.

FLECK, M. P. A.; LUOZADA, S.; XAVIER, M.; CHACHAMOVICH, E.; VIEIRA, G.; SANTOS, L.; PINZON, V. Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100). **Revista de Saúde Pública**, v. 33, n. 2, p. 198-205, 1999.

FLECK, M. P. A.; LUOZADA, S.; XAVIER, M.; CHACHAMOVICH, E.; VIEIRA, G.; SANTOS, L.; PINZON, V. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref”. **Revista de Saúde Pública**, v. 34, n. 2, p. 178-83, 2000.

FLECK, M. P. A.; CHACHAMOVICH, E.; TRENTINI, C. M. Projeto WHOQOL-OLD: método e resultados de grupos focais no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 37, n. 6, p. 793-799, 2003.

FLECK, M. P. A.; CHACHAMOVICH, E.; TRENTINI, C. Development and validation of the Portuguese version of the WHOQOL-OLD module. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, n. 5, p. 785-91, 2006.

FERREIRA, P. A. Qualidade de vida nas instituições de longa permanência para idosos do Estado de Minas Gerais. Psicóloga do Ministério Público – **CAOPPI**, 2005. Disponível em: <<http://www.mp.mg.gov.br>>. Acesso em: 23 fev. 2010.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. 2. ed. São Paulo, 1987, p. 312.

LEI Nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, p. 23. **Estatuto do idoso**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.741>. Acesso em: 28 out. 2007.

LINDGREN, A. M.; SVARDSUDD, K.; TIBBLIN, G. Factors related to perceived health among elderly people: the Albertina Project. **Age and Ageing**, v. 23, n. 4, p. 328-333, 1994.

MAFRA, S. C. T. **Elaboração de check list para desenvolvimento de projetos de eficientes de cozinhas a partir de mapas mentais e escala de Likert**. 1999. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1999.

MANUAL WHOQOL-OLD POWER, M.; SCHMIDT, S.; WHOQOL-OLD Group. **Organização Mundial de Saúde**. [S.l.: s.n.t.].

MELO, D. M. **Envelhecimento saudável** – Uma questão de opção. 2003. Disponível em: <<http://www.jfsservice.com.br/viver/arquivo/psique/2003>>. Acesso em: 23 jun. 2008.

MURPHY, B.; HERRMAN, H.; HAWTHORNE, G.; PINZONE, T.; EVERT, H. Australian WHOQOL-100, WHOQOL-BREF and CA-WHOQOL Instruments: user's manual and interpretation guide. **Australian WHOQOL Field Study Centre**, 2000.

NERI, A. L. **Qualidade de vida e idade madura**. Campinas, SP: Papyrus, 1993.

NERI, A. L. Envelhecimento e qualidade de vida na mulher. In: CONGRESSO PAULISTA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA, 2., 2001, Campinas. **Anais...** Campinas, SP: UNICAMP/GERP, 2001.

OLIVEIRA, C. R. M.; SOUZA, C. S.; FREITAS, T. M.; RIBEIRO, C. Idosos e família: asilo ou casa, 2006. **Portal dos Psicólogos**. Disponível em: <www.psicologia.com.pt>. Acesso em: 12 nov. 2009.

PAIS-RIBEIRO, J. L. Quality of life is a primary end-point in clinical settings. **Clinical Nutrition**, n. 23, p. 121-130, 2004.

PAPALEO NETTO, M. **Gerontologia**: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo, Editora Atheneu, 2000 – Conceito de Velhice, O idoso e a Família (p. 92-97), Cuidado ao Idoso em Instituição (403-414), 2000.

PAVAN, F. J.; MENEGHEL, S. N.; JUNGES, J. R. Mulheres idosas enfrentando a institucionalização. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 9, p. 2187-2190, 2008.

PEREIRA, R. J.; COTTA, R. M. M.; FRANCESCHINI, S. C. C.; RIBEIRO, R. C. L.; SAMPAIO, R. F.; PRIORE, S. E.; CECON, P. R. Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. **Revista de Psiquiatria**, v. 28, n. 1, p. 27-38, 2006.

POWER, M.; QUINN, K.; SCHMIDT, S.; WHOQOL-OLD Group. Development of the WHOQOL-Old module. **Quality of Life Research**, v. 14, p. 2197-2214, 2005.

SANTOS, S. R.; SANTOS, I. B. C.; FERNANDES, M. G. M.; HENRIQUES, M. E. R. M. Qualidade de vida do idoso na COMUNIDADE: aplicação da escala de Flanagan. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 10, n. 6, p. 757-64, 2002.

SANTOS, K. R. **Imagens e narrativas de uma instituição asilar e da velhice, construídas por três segmentos distintos: idosos moradores, gestores e voluntários**. 2007. 253 f. Dissertação (Mestrado em Gerontologia) – Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, 2007.

SANTOS, A. J. **Cotidiano familiar e qualidade de vida de usuários dependentes de cuidado** – Programa de Saúde da Família. 2008. 106 f. Dissertação (Mestrado em Economia Doméstica) – Universidade federal de Viçosa, Viçosa, MG, 2008.

SCATTOLIN, F. A. A. Qualidade de vida – a evolução do conceito e os instrumentos de medida. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**, v. 8, n. 4, p. 1- 5, 2006

SILVA, C. A.; MENEZES, M. R.; SANTOS, A. C. P. O.; CARVALHO, L. S.; BARREIROS, E. X. Relacionamento de amizade na instituição asilar. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 27, n. 2, p. 274-283, 2006.

THE WHOQOL Group. The development of the World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument (the WHOQOL). In: ORLEY, J.; KUYKEN, W. **Quality of life assessment: international perspectives**. Heidelberg: Springer Verlag, 1994. p. 41-60.

WHO – World Health Organization. **WHOQOL-Bref: introduction, administration, scoring and generic version of the assessment**, 1996.

WHO – World Health Organization. **WHOQOL measuring quality of life**. Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse World Health Organization, 1997.

XIMENES, M. A.; CÔRTE, B. A instituição asilar e seus fazeres cotidianos: um estudo de caso. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, Porto Alegre, v. 11, p. 29-52, 2007.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo desta pesquisa foi avaliar a qualidade de vida de um seguimento social específico – idosos institucionalizados, a partir do cumprimento da legislação para funcionamento de ILPIs e dos fatores pessoais, sociais e ambientais que podem interferir na qualidade de vida desse grupo. Embora o estudo tenha sido restrito a uma única instituição e, assim, a um grupo específico de idosos, não podendo, pois, os dados ser generalizados, o estudo atingiu seus objetivos e algumas considerações são necessárias.

A análise dos dados revelou que a institucionalização, em ambientes muitas vezes despreparados para atender os idosos em sua individualidade devido à falta de recursos financeiros tanto para a contratação de pessoal qualificado e em quantidade suficiente quanto para o próprio sustento das diferentes necessidades da instituição e, conseqüentemente, dos idosos atendidos, faz que seus residentes não tenham garantido a privacidade, o poder de decisão e o acesso a uma vida social, política e afetiva. As ILPIs apresentam dificuldades econômicas para suprir as necessidades dos idosos, pois a grande maioria não recebe subvenção do governo para se adequar às normas de funcionamento, o que as tornam transgressoras da lei. Tal situação é agravada devido à elaboração de leis não contingenciais e que, portanto, não consideram as diferenças culturais e as diferentes necessidades dessas instituições.

Os idosos constituem um grupo particular que apresenta especificidades de importante relevância para se entender os aspectos que interferem em sua qualidade de vida. A ausência de rede social (família, cônjuge, amigos), o baixo nível educacional e o longo tempo de residência em ILPIs são fatores que contribuem para o desenvolvimento

de doenças que acometem o estado mental do idoso. Logo, aspectos referentes a capacidade física, autonomia, ambiente físico e intimidade são fatores que interferem na qualidade de vida.

As limitações encontradas ao desenvolver este estudo pautam-se no processo de coleta de dados, tendo sido necessária a adequação do tempo do pesquisador ao dos pesquisados, o que tornou o processo mais demorado do que o previsto. Além disso, os instrumentos utilizados para aferir estado mental e qualidade de vida em forma de entrevistas, embora sejam adequados para esse fim, são totalmente dependentes do livre arbítrio, humor e estado de saúde dos entrevistados.

Nesse sentido, sugere-se que novas pesquisas sejam realizadas no âmbito institucional para que informações sobre a realidade vivenciada nas ILPIs sejam de conhecimento da sociedade e dos governantes, a fim de que as ações possam ser mais bem direcionadas para o atendimento das necessidades iminentes dos idosos residentes em instituições asilares, considerando as diferenças culturais e as diferentes necessidades. Assim, isso permitirá que os familiares que venham a depender dos serviços institucionais possam ter perspectivas mais positivas na tomada de decisão quanto ao asilamento do seu idoso e a garantia de que ele receberá as condições para continuar a vida com dignidade, respeito e reconhecimento social.

ANEXOS

ANEXO 1



INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO PARA INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS – ILPI

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

1.1. Razão Social:

1.2. Nome Fantasia:

CNPJ: _____ Inscrição municipal

Data do Início do funcionamento: ____/____/____

Data da avaliação : ____/____/____

Contato na instituição:

Endereço:

Município: UF:

Fone: () _____ Fax: () _____

e-mail:

2. Situação do imóvel: () Alugado () Próprio

3. Registro no Conselho de Idosos: municipal - sim () não ()

estadual - sim () não ()



4. Natureza Jurídica

Filantrópica* Pública, em caso afirmativo: () municipal

() estadual

() federal

Privada Mista

* Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993 e Decreto nº 2.536, de 6 de abril de 1998 e suas alterações

5. Número do Conselho Nacional de Assistencial Social (inscrição no CNAS):

6. Recebe subvenção do governo? sim não Qual fonte? _____

7. Utiliza aposentadoria dos residentes? sim não

8. Alvará de licenciamento expedido pela vigilância sanitária local: sim não

8.1 Nº do Alvará de licenciamento sanitário _____ Válido até:

9. Nome do responsável legal pelo estabelecimento (proprietário, diretor ou administrador): _____

9.1 Grau de escolaridade: () nível fundamental () médio () superior

RG _____ e CPF _____

9.2 Carga horária semanal: _____

9.3 Registro no conselho profissional, se

houver: _____

| 10. Recursos Humanos (Solicitar documento que comprove carga horária) | Quantidade | | Observações (Detalhar carga horária) |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|------------------------|-----------------------------------------|
| | Com vínculo formal | Voluntários (informal) | |
| Administrador | | | |
| Administrativos (secretária e outros) | | | |
| Médico | | | |
| Enfermeiro | | | |
| Assistente Social | | | |
| Psicólogo | | | |
| Fisioterapeuta | | | |
| Terapeuta Ocupacional | | | |
| Nutricionista | | | |
| Farmacêutico | | | |
| Cirurgião-dentista | | | |
| Técnico e Auxiliar de Enfermagem | | | |
| Outros Profissionais de saúde (especificar): | | | |
| Cuidadores de idosos OBS: Considerar como cuidador aqueles que a instituição indicar como tendo essa função. | | | Escolaridade dos cuidadores: |
| Limpeza/Serviços Gerais (lavanderia, manutenção, motorista, etc.) | | | |
| Cozinha | | | |
| Outros (especificar): | | | |
| Total: | | | |

CARACTERÍSTICAS DA CLIENTELA (quantificar)

| | Homens | Mulheres |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|----------|
| 11. Capacidade instalada (quantidade planejada de residentes) | | |
| 12. Quantidade de residentes no dia da avaliação | | |
| 13. Existem residentes com menos de 60 anos? Motivos: | | |
| 14. Grau de dependência I (idosos independentes mesmo que usem equipamentos de auto-ajuda) | | |
| 15. Grau de dependência II (idosos com dependência em até três atividades da vida diária tais como: alimentação, mobilidade, higiene; sem comprometimento cognitivo ou com alteração cognitiva controlada) | | |
| 16. Grau de dependência III (idosos com dependência que requeiram assistência em todas as atividades de autocuidado para a vida diária e ou comprometimento cognitivo) | | |

| | Sim | Não |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|
| 17. A instituição realiza visita ao idoso/família antes de sua admissão? | | |
| 18. Há idosos com distúrbio cognitivo ou psiquiátrico? | | |
| 19. Há idosos em uso de sonda para alimentação? (nasogástrica, gastrostomia, etc.) | | |
| 20. Há idosos portadores de feridas crônicas? (úlceras vascular, úlcera de pressão/escara, pé diabético, outras) | | |
| 21. Há idosos dependentes de oxigenoterapia? (em uso de oxigênio) | | |
| 22. Há idosos com ventilação mecânica? | | |
| 23. Há idosos sob cuidado de serviços de atenção domiciliar (<i>home care</i>)? | | |
| 24. Há idosos com sonda vesical ou coletor de urina? | | |
| 25. Há idosos com diagnóstico ou em tratamento de câncer? | | |
| 26. Há idosos com diabetes ou hipertensão? | | |
| 27. Outras patologias (Citar): | | |
| 28. Onde os residentes são atendidos conforme Plano de Atenção à Saúde (assinalar as opções utilizadas) a. <input type="checkbox"/> Centro de Saúde público (SUS) b. <input type="checkbox"/> Equipe de Saúde da Família (SUS) c. <input type="checkbox"/> Serviços/profissionais particulares (plano de saúde ou pagos pelo residente/família) d. <input type="checkbox"/> Hospital público (SUS) e. <input type="checkbox"/> Serviço próprio da ILPI (profissionais de saúde da própria instituição) Qual dessas opções (a, b, c, d ou e) é a mais utilizada? | | |
| Observações: | | |

CONDIÇÕES GERAIS E PROCESSOS OPERACIONAIS

| | Sim | Não |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------------|
| 29. A instituição possui contrato formal de prestação de serviço com o residente ou seu responsável legal ou curador? | | |
| 30. O funcionamento da instituição está sob responsabilidade técnica de profissional de nível superior? | | |
| a. Este responsável técnico cumpre carga horária mínima de 20 horas por semana? | | |
| 31. A instituição possui: | | |
| a. Estatuto Registrado? | | |
| | Sim | Não |
| b. Contrato Social? | | |
| c. Inscrição do seu programa junto ao Conselho do Idoso? | | |
| d. Regimento Interno? | | |
| e. Registro de Entidade Social? | | |
| 32 Existe contrato formal com os seguintes serviços terceirizados: | | |
| a. alimentação | | |
| b. limpeza | | |
| c. esterilização | | |
| d. lavanderia | | |
| e. serviço de remoção | | |
| f. outros (especificar) | | |

| 33 Os serviços terceirizados possuem alvará de licenciamento atualizado? | Sim | Não | Não se aplica |
|--------------------------------------------------------------------------|------------|------------|----------------------|
|--------------------------------------------------------------------------|------------|------------|----------------------|

| | Sim | Não |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------------|
| 34 A instituição atende às condições gerais estabelecidas na RDC nº 283/2005? OBS: Observar os idosos, avaliar o Regimento interno, observar o Plano de Atenção à saúde, observar fotos, cartazes na instituição sobre programações realizadas na instituição, entre outros. | | |
| 35 Existe a garantia de visita aberta? | | |

| | Sim | Não |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|
| <p>36 Existe registro atualizado de cada idoso?</p> <p>OBS: Verificar por amostragem a existência dos registros/anotações sobre o idoso em conformidade com o estabelecido no Art. 50, inciso XV, da Lei 10.741 de 2003 “Manter arquivo de anotações onde constem data e circunstâncias do atendimento, nome do idoso, responsável, parentes, endereços, cidade, relação de seus pertences, bem como o valor de contribuições e suas alterações, se houver, e demais dados que possibilitem a sua identificação e a individualização do atendimento.”</p> | | |
| 37 A instituição tem Plano de Trabalho conforme item 5.1.1 da RDC 283 e artigo 48 do Estatuto? | | |
| 38 A instituição comunica à Secretaria Municipal de Assistencial Social ou congêneres, bem como ao Ministério Público, a situação de abandono familiar ou a ausência de identificação civil? | | |
| 39 Os equipamentos, produtos, mobiliários e utensílios estão disponíveis, em quantidade suficiente, em condições de uso, compatíveis com a finalidade a que se propõem e de acordo com a legislação vigente? | | |
| <p>40 Existem equipamentos de auto-ajuda e materiais em condições de uso em quantidade suficiente para atender à necessidade dos residentes, de acordo com o grau de dependência?</p> <p>OBS: Equipamento de Auto-Ajuda - qualquer equipamento ou adaptação, utilizado para compensar ou potencializar habilidades funcionais, tais como bengala, andador, óculos, aparelho auditivo, prótese odontológica e cadeira de rodas, entre outros com função assemelhada.</p> | | |
| <p>Observações: Item 30 – Formação do RT: Conselho do RT, se houver</p> | | |

RECURSOS HUMANOS

| | Sim | Não | Não se aplica |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|---------------|
| 41 Dimensionamento da equipe de cuidadores de idosos: OBS: Considerar como cuidador aqueles que a instituição indicar como tendo essa função. | | | |
| a. Grau de Dependência I: um cuidador para cada 20 idosos, ou fração, com carga horária de 8 horas/dia; | | | |
| b. Grau de Dependência II: um cuidador para cada 10 idosos, ou fração, por turno; | | | |
| c. Grau de Dependência III: um cuidador para cada 6 idosos, ou fração, por turno | | | |
| d. Os cuidadores possuem capacitação formal? OBS: Verificar comprovação da capacitação formal | | | |

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|
| 42 Para as atividades de lazer: um profissional com formação de nível superior para cada 40 idosos, com carga horária de 12 horas por semana. | Sim | Não |
| 43 Para serviços de limpeza: um profissional para cada 100m ² de área interna ou fração por turno diariamente. | | |
| 44 Para o serviço de alimentação: um profissional para cada 20 idosos, garantindo a cobertura de dois turnos de 8 horas. | | |
| 45 Para o serviço de lavanderia: um profissional para cada 30 idosos, ou fração, diariamente. | | |
| 46 Há política de educação permanente, especialmente na área de gerontologia? | | |
| 47 Os profissionais cuja profissão é regulamentada por conselhos de classe estão registrados e estão legalizados nos mesmos? | | |
| Observações: Item 41 – Quantos cuidadores tem capacitação formal: Item 42 – Formação do profissional de lazer | | |

PROCESSAMENTO DE ROUPAS

| | Sim | Não |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|
| 48 A instituição possui, mantém disponível e implementa as rotinas técnicas do processamento de roupas de uso pessoal e coletivo? | | |
| 49 Os saneantes usados estão regularizados junto a ANVISA? | | |
| 50 Existem luvas, avental impermeável e botas para os funcionários da lavanderia? | | |
| 51 Com que frequência é trocada a roupa de cama? Especifique: | | |
| 52 Existe quantidade de roupas suficiente para a demanda? | | |
| 53 A Instituição possibilita aos idosos independentes efetuarem todo o processamento de roupas de uso pessoal? OBS: Observar se há área e recursos para que os idosos independentes que assim o desejarem efetuem o processamento de roupas de uso pessoal. | | |
| 54 A instituição garante a privacidade do uso da roupa pessoal? As roupas estão identificadas? | | |
| Observações: | | |

ALIMENTAÇÃO

| | Sim | Não |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|
| 55 A instituição segue o estabelecido na RDC nº. 216/2004 que dispõe sobre Regulamento Técnico de Boas Práticas para Serviços de Alimentação no que se refere a: | | |
| a. manipulação, preparação, fracionamento dos alimentos. | | |
| b. armazenamento dos alimentos | | |
| c. transporte dos alimentos (interno e externo) | | |
| d. distribuição dos alimentos | | |
| 56 A instituição possui normas e rotinas técnicas para o serviço de alimentação incluindo: | | |
| a. limpeza e descontaminação dos alimentos | | |
| b. armazenagem de alimentos | | |
| c. preparo dos alimentos com enfoque nas boas práticas | | |
| d. boas práticas para prevenção e controle de vetores | | |
| e. acondicionamento de resíduos | | |

| | Sim | Não |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------------|
| 57 É assegurado aos idosos o fornecimento de alimentação, respeitando os aspectos relacionados à saúde (como dietas especiais) e culturais locais, oferecendo, no mínimo, seis refeições diárias? | | |
| 58 Existe cardápio de dietas especiais que atenda à necessidade dos idosos elaborado e assinado por Nutricionista? | | |
| 59 O responsável pelas atividades de manipulação dos alimentos e os manipuladores de alimentos são comprovadamente capacitados, de acordo com a RDC nº 216/2004? OBS: Verificar se capacitação do responsável abordou, no mínimo, os seguintes temas: Contaminantes alimentares; Doenças transmitidas por alimentos; Manipulação higiênica dos alimentos; Boas Práticas. OBS: Verificar se a capacitação dos manipuladores é realizada periodicamente e se aborda os seguintes conteúdos: higiene pessoal, manipulação higiênica dos alimentos e doenças transmitidas por alimentos | | |
| Observações: | | |

SAÚDE

| | Sim | Não |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------------|
| 60 A instituição tem um Plano de Atenção Integral à Saúde dos residentes contemplando, no mínimo, 3 aspectos (acesso, resolubilidade e humanização), elaborado a cada dois anos, avaliado anualmente e implantado? | | |
| 61 São realizados procedimentos invasivos? (p.ex.: passagem de sonda vesical de demora ou enteral, injetáveis, aspiração, dentre outros) | | |

| | Sim | Não |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------------|
| 62 Sobre o Plano de Atenção à Saúde: | | |
| a. É compatível com os princípios da universalização, equidade e integralidade? | | |
| b. Indica os recursos de saúde disponíveis para cada residente, em todos os níveis de atenção, sejam eles públicos ou privados, bem como referências, caso se faça necessário? | | |
| c. Prevê a atenção integral à saúde do idoso, abordando os aspectos de promoção, proteção e prevenção? | | |
| d. Contém informações acerca das patologias incidentes e prevalentes nos residentes? | | |
| 63 A unidade, em caso de intercorrência médica, dispõe de um serviço de remoção e providencia o encaminhamento imediato do idoso ao serviço de saúde de referência previsto no Plano de Atenção à Saúde e comunica a sua família ou representante legal? OBS: considerar também a utilização do SAMU. Se utilizar SAMU, colocar essa informação no campo “observações”. | | |
| 64 O serviço de remoção é terceirizado? | | |
| 65 A instituição dispõe de rotinas e procedimentos escritos e implantados, referentes aos cuidados com os idosos? | | |
| 66 Os medicamentos em uso pelos idosos estão sob responsabilidade do Responsável Técnico – RT da instituição, respeitados os regulamentos de vigilância sanitária quanto à guarda e administração? | | |
| 67 Os medicamentos controlados estão acondicionados em armários fechados com chaves ou equivalentes? | | |
| 68 Os medicamentos estão dentro do prazo de validade? | | |
| 69 Há prescrição médica para todos os medicamentos encontrados na instituição? | | |
| 70 Informa aos órgãos competentes a ocorrência de Doenças de Notificação Compulsória? OBS: A instituição mantém registro sobre doenças de notificação compulsória. (equipe de saúde responsável pelos residentes informa as Doenças de Notificação Compulsória). Conforme a Portaria nº 5, de 21 de fevereiro de 2006. | | |
| 71 A instituição informa aos órgãos competentes a ocorrência de eventos sentinela (queda com lesão e tentativa de suicídio)? | | |

| | Sim | Não |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|
| 72 A instituição comprova, quando solicitada, a vacinação obrigatória dos residentes conforme estipulado pelo Plano Nacional de Imunização do Ministério da Saúde? | | |
| OBS: Verificar se há registros de imunização: Gripe, Pneumonia, DT (Difteria e Tétano). | | |
| 73 A instituição comprova a inscrição do residente no Serviço de Saúde mais próximo ou em Plano de Saúde? | | |
| 74 Os residentes com patologia de saúde mental estão participando dos programas de Saúde Mental? | | |
| 75 Existe o acesso a um cirurgião-dentista quando necessário? | | |
| Observações: | | |

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO FUNCIONAMENTO

| | Sim | Não |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|
| 76 Calcula, avalia e encaminha para a vigilância sanitária local os indicadores mensais estabelecidos na RDC nº 283/2005? | | |
| a. Taxa de mortalidade - (Número de óbitos de idosos residentes no mês / Número de idosos residentes no mês) x 100 [%] | | |
| b. Incidência de doença diarreica aguda - (Número de novos casos de doença diarreica aguda em idosos residentes no mês / Número de idosos residentes no mês) x 100 [%] | | |
| c. Incidência de escabiose - (Número de novos casos de escabiose em idosos residentes no mês / Número de idosos residentes no mês) x 100 [%] | | |
| d. Incidência de desidratação - (Número de idosos que apresentaram desidratação / Número de idosos residentes no mês) x 100 [%] | | |
| e. Taxa de prevalência de úlcera de decúbito - (Número de idosos residentes apresentando úlcera de decúbito no mês / Número de idosos residentes no mês) x 100 [%] | | |
| f. Taxa de prevalência de desnutrição - (Número de idosos residentes com diagnóstico de desnutrição no mês / Número de idosos residentes no mês) x 100 [%] | | |
| Observações | | |

INFRA-ESTRUTURA FÍSICA

| | Sim | Não |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|
| 77 Realiza limpeza dos reservatórios de água e controle microbiológico da qualidade da água? | | |
| OBS: verificar registros e periodicidade no mínimo trimestral. | | |
| 78 Os efluentes são lançados na rede pública de coleta e tratamento de esgoto? | | |
| 79 Oferece instalações físicas em condições de habitabilidade (temperatura, odores, umidade, entre outros), higiene e salubridade? | | |
| Verificar a existência de ralos escamoteáveis, manutenção e limpeza do ambiente interno e externo (jardim e proteção da caixa de água e outros), registros de limpeza, desratização, descupinização, desinsetização, entre outros. | | |
| - Sobre os ambientes e dimensões: | | |
| 80 Possui dormitórios separados por sexos, para no máximo 4 pessoas, dotados de banheiro? | | |
| a. Os dormitórios de 01 pessoa possuem área mínima de 7,50 m ² , incluindo área para guarda de roupas e pertences do residente? | | |
| b. Os dormitórios de 02 a 04 pessoas possuem área mínima de 5,50m ² por cama, incluindo área para guarda de roupas e pertences dos residentes? | | |
| c. Os dormitórios são dotados de luz de vigília e campainha de alarme? | | |
| d. Existe uma distância mínima de 0,80 m entre duas camas? | | |
| e. Existe cama com grade de proteção? | | |
| 81 O banheiro possui área mínima de 3,60 m ² , com 1 bacia, 1 lavatório e 1 chuveiro, sem desnível em forma de degrau para conter a água e sem o uso de revestimentos que produzam brilhos e reflexos? | | |
| 82 Há áreas para o desenvolvimento das atividades voltadas aos residentes com graus de dependência I e II ? | | |
| a. Há sala para atividades coletivas para no máximo 15 residentes, com área mínima de 1,0 m ² por pessoa? | | |
| b. Há sala de convivência com área mínima de 1,3 m ² por pessoa? | | |
| c. Há sala para atividades de apoio individual e sócio-familiar com área mínima de 9,0 m ² ? | | |

| | Sim | Não |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|
| 83 Há banheiros coletivos, separados por sexo, com no mínimo, um box para vaso sanitário que permita a transferência frontal e lateral de uma pessoa em cadeira de rodas? | | |
| 84 As portas dos compartimentos internos dos sanitários coletivos têm vãos livres de 0,20m na parte inferior? | | |
| 85 Há espaço ecumênico ou para meditação? | | |
| 86 Há sala administrativa ou de reunião? | | |
| 87 Há refeitório com área mínima de 1m ² por usuário, acrescido de local para guarda de lanches, de lavatório para higienização das mãos e luz de vigília? | | |
| 88 Há cozinha e despensa? | | |
| 89 Há lavanderia com área específica para o desenvolvimento dessa atividade? | | |
| a. Há separação de fluxos (entrada e saída de roupas)? | | |
| b. Há local para guarda de roupas de uso coletivo? | | |
| c. Possui área para recepção da roupa? | | |
| d. Possui área para lavagem? | | |
| e. Possui vestiário e banheiro exclusivo para funcionário deste setor? | | |
| 90 Há local para guarda de material de limpeza? | | |
| 91 Há almoxarifado indiferenciado com área mínima de 10,0 m ² ? | | |
| 92 Há vestiário e banheiro para funcionários, separados por sexo? | | |
| a. O banheiro possui área mínima de 3,6 m ² , contendo 1 bacia, 1 lavatório e 1 chuveiro para cada 10 funcionários ou fração? | | |
| b. A Área de vestiário possui área mínima de 0,5 m ² por funcionário/turno? | | |
| 93 Há lixeira ou abrigo externo à edificação para armazenamento de resíduos até o momento da coleta? | | |
| 94 Há área externa descoberta para convivência e desenvolvimento de atividades ao ar livre (solarium com bancos, vegetação e outros)? | | |
| 95 Os colchões e travesseiros são revestido de material impermeável de fácil limpeza e higienização? | | |

| | Sim | Não |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------------|
| 96 A instituição mantém identificação externa e visível? OBS: artigo 37 parágrafo 2º da lei 10741/2003. Verificar o Artigo 62 da Lei 10741/2003. | | |
| 97 As instalações físicas garantem a segurança, integridade física e acessibilidade? OBS: Verificar as condições de segurança em caso de incêndio: extintores e sua validade, sinalização, vias de escape, escada de incêndio, porta resistente ao fogo e outros. Verificar a existência de placas de sinalização, orientação, sirenes, luzes indicadoras e outros. | | |
| 98 Existem, no mínimo, duas portas de acesso externo, sendo uma exclusivamente de serviço? | | |
| 99 Os pisos externos e internos (inclusive as rampas e escadas) são de fácil limpeza e conservação, uniformes, com ou sem juntas e com mecanismo antiderrapante? | | |
| 100 As rampas e escadas favorecem a acessibilidade, possuem, no mínimo, 1,20m de largura, corrimão e sinalização? | | |
| 101 As circulações internas principais possuem largura mínima de 1,00m? | | |
| a. As circulações internas secundárias possuem largura mínima de 0,80m; contando com luz de vigília permanente? | | |
| b. As circulações internas com largura maior ou igual a 1,50 m possuem corrimão dos dois lados? OBS: As circulações com largura menor que 1,50 m podem possuir corrimão em apenas um dos lados. | | |
| 102 O projeto físico do estabelecimento foi aprovado pelos órgãos competentes? | | |
| 103 Realiza manutenção predial preventiva e corretiva? | | |

ANEXO 2

FICHA DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. Nome Completo:

2. Sexo:

- Masculino
- Feminino

3. Data de nascimento: ___/___/___ Idade: _____

4. Raça (observar a cor que predomina na aparência)

- Branca
- Parda
- Amarela
- Negra

5. Local de nascimento Urbana

- Rural
- Cidade: _____ Estado: _____ País: _____

6. Estado civil atual:

- Solteiro (nunca casou)
- Casado
- Vivendo maritalmente
- Separado/Divorciado (sem companheiro atual)
- Viúvo

7. Quantos filhos o senhor (a) teve? _____

8. Teve algum adotado?

- Sim
- Não
- Quantos? _____

9. Mais alto nível de escolaridade alcançado:

- Ensino Fundamental () Completo () Incompleto
- Ensino Médio () Completo () Incompleto
- Curso Técnico () Completo () Incompleto
- Curso Superior () Completo () Incompleto
- Analfabeto (incapaz de ler ou escrever)
- Outra: Por favor, especifique _____

10. Fonte de renda:

- Aposentadoria
- Pensão
- Doações (família, amigos, instituições)
- Aluguel
- Outra _____

11. Qual a sua renda mensal? _____

12. Há quanto tempo o senhor (a) está morando no Asilo São Vicente de Paulo de Ubá - MG? _____

ANEXO 3

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO COGNITIVA MINEXAME DO ESTADO MENTAL (MEM)

1. Pergunte ao indivíduo:

- Que dia é hoje? (___)
- Em que mês estamos? (___)
- Em que ano estamos? (___)
- Em que dia da semana estamos? (___)
- Qual à hora aproximada? Considere a variação de mais ou menos uma hora (___)

TOTAL: _____

Obs: Dê um ponto para cada resposta correta.

ORIENTAÇÃO ESPACIAL

2. Pergunte ao indivíduo:

- Em que local nós estamos? (consultório, dormitório, sala, apontando para o chão) (___)
- Que local é este aqui? (Apontando ao redor num sentido mais amplo: hospital, casa de repouso, própria casa) (___)
- Em que bairro nós estamos ou qual o nome de uma rua próxima. (___)
- Em que cidade nós estamos? (___)
- Em que Estado nós estamos? (___)

TOTAL: _____

Obs: Dê um ponto para cada resposta correta

MEMÓRIA IMEDIATA

3. Eu vou dizer três palavras e você irá repeti-las a seguir:

- Carro (___)
- Vaso (___)
- Tijolo (___).

TOTAL: _____

Obs: Dê um ponto para cada palavra repetida acertadamente na 1ª vez, embora possa repeti-las até três vezes para o aprendizado, se houver erros. Use palavras não relacionadas.

CÁLCULO

4. O senhor (a) sabe fazer cálculos?

___ Sim (vá para a 4a)

___ Não

Se de R\$ 100,00 fossem tirados R\$ 7,00 quanto restaria? E se tirarmos mais R\$ 7,00? (total 05 subtrações)

- $100-7= 93$ (___)
- $93-7= 86$ (___)
- $86-7= 79$ (___)
- $79-7=72$ (___)
- $72-7= 65$ (___)

TOTAL: _____

Obs: Considere um ponto para cada resultado correto. Se houver erro, corrija-o e prossiga. Considere correto se o examinado espontaneamente se autocorrigir.

EVOCAÇÃO DAS PALAVRAS

5. Peça para o idoso repetir as palavras que disse há pouco.

- Carro (___)
- Vaso (___)
- Tijolo (___).

TOTAL: _____

Obs: Anote um ponto para cada resposta correta em qualquer ordem.

NOMEAÇÃO

6. Peça para o idoso nomear os objetos mostrados:

- Relógio (___)
- Caneta (___)

TOTAL: _____

Obs: Dê um ponto para cada resposta correta

REPETIÇÃO

7. Preste atenção: vou lhe dizer uma frase e quero que você repita depois de mim:

NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ. (___)

TOTAL: _____

Obs: Considere somente se a repetição for perfeita - 1 ponto.

COMANDO

8. Siga uma ordem de três estágios:

- Pegue este papel com a mão direita (___),
- Dobre-o ao meio (___)
- Coloque-o no chão (___).

TOTAL: _____

Obs: Total de três pontos. Se o sujeito pedir ajuda no meio da tarefa não dê dicas. Se o sujeito for canhoto mão esquerda.

LEITURA

9. Mostre a frase escrita: “FECHE OS OLHOS” e peça para o idoso fazer o que está sendo mandado.

TOTAL: _____

Obs: Não auxilie se pedir ajuda ou se só ler a frase sem realizar o comando - 1 ponto.

FRASE

10: Peça ao idoso para escrever uma frase.

TOTAL: _____

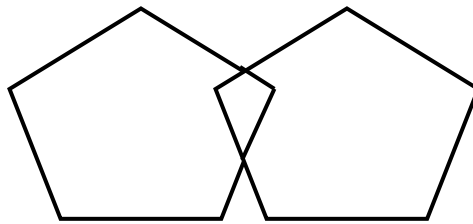
Obs: Se não compreender o significado, ajude com: alguma frase que tenha começo, meio e fim; alguma coisa que aconteceu hoje; alguma coisa que queira dizer. Para a correção não são considerados erros gramaticais ou ortográficos - 1 ponto.

CÓPIA DO DESENHO

11. Mostre o modelo e peça para fazer o melhor possível.

TOTAL: _____

Obs: Considere apenas se houver dois pentágonos interseccionados (10 ângulos) formando uma figura de quatro lados ou com dois ângulos - 1 ponto.



ANEXO 4

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu _____, concordo em participar da pesquisa intitulada Avaliação da Qualidade de Vida de Idosos Institucionalizado de Ubá/MG, de responsabilidade da estudante de mestrado da Universidade Federal de Viçosa, Ingrid da Silva Macedo de Souza, sob a orientação da Profª Drª Karla Maria Damiano Teixeira, que tem por principal objetivo avaliar a qualidade de vida dos idosos residentes na Instituição de Longa Permanência para Idosos São Vicente de Paulo no município de Ubá.

Tenho ciência que a minha participação neste estudo não trará qualquer risco ou transtorno para a minha saúde e minha vida diária no asilo.

Estará assegurado que todas as informações prestadas por mim são sigilosas e serão utilizadas somente para esta pesquisa. A divulgação das informações será anônima e em conjunto com as respostas de um grupo de pessoas.

O presente estudo não acarretará em gastos adicionais para a minha pessoa.

Data: ___/___/___

Nome do entrevistado: _____

Assinatura: _____

Nome do entrevistador: _____

Assinatura: _____

Responsável pela pesquisa:

- Karla Maria Damiano Teixeira - kdamiano@ufv.br
Telefone: 3899-1632

- Ingrid da Silva Macedo de Souza - ingridsouza@vicosa.ufv.br
Telefone: 3899-2432

Departamento de Economia Doméstica - Universidade Federal De Viçosa
Av. PH Rolfs s/n - Campus Universitário
CEP: 36570 000 - Viçosa - MG

ANEXO 5

WHOQOL - ABREVIADO Versão em Português

PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE GENEBRA

Coordenação do GRUPO WHOQOL no Brasil
Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck
Professor Adjunto
Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal
Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Porto Alegre – RS – Brasil

WHOQOL - ABREVIADO

Versão em Português

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor, responda a todas as questões.** Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

| | nada | muito pouco | médio | muito | completamente |
|--------------------------------------------------|------|-------------|-------|-------|---------------|
| Você recebe dos outros o apoio de que necessita? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

| | nada | muito pouco | médio | muito | completamente |
|--------------------------------------------------|------|-------------|-------|-------|---------------|
| Você recebe dos outros o apoio de que necessita? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

| | | muito ruim | Ruim | nem ruim nem boa | boa | muito boa |
|-------|--------------------------------------------|------------|------|------------------|-----|-----------|
| 1(G1) | Como você avaliaria sua qualidade de vida? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | muito insatisfeito | Insatisfeito | nem satisfeito nem insatisfeito | satisfeito | muito satisfeito |
|-------|-----------------------------------------------|--------------------|--------------|---------------------------------|------------|------------------|
| 2(G4) | Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

As questões seguintes são sobre o quanto você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

| | | nada | muito pouco | mais ou menos | bastante | extremamente |
|----------|---------------------------------------------------------------------------------------|------|-------------|---------------|----------|--------------|
| 3(F1.4) | Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4(F11.3) | O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5(F4.1) | O quanto você aproveita a vida? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6(F24.2) | Em que medida você acha que a sua vida tem sentido? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7(F5.3) | O quanto você consegue se concentrar? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8(F16.1) | Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9(F22.1) | Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

As questões seguintes perguntam sobre Quão completamente você tem sentido ou J capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

| | | nada | muito pouco | médio | muito | completamente |
|-----------|-------------------------------------------------------------------------------|------|-------------|-------|-------|---------------|
| 10(F2.1) | Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11(F7.1) | Você J capaz de aceitar sua aparência física? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12(F18.1) | Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13(F20.1) | Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14(F21.1) | Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

As questões seguintes perguntam sobre **Quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

| | | muito ruim | ruim | nem ruim | bom | muito bom |
|----------|----------------------------------------|------------|------|----------|-----|-----------|
| 15(F9.1) | Quão bem você é capaz de se locomover? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | muito insatisfeito | Insatisfeito | nem satisfeito nem insatisfeito | satisfeito | muito satisfeito |
|-----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|--------------|---------------------------------|------------|------------------|
| 16(F3.3) | Quão satisfeito(a) você está com o seu sono? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17(F10.3) | Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18(F12.4) | Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19(F6.3) | Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20(F13.3) | Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21(F15.3) | Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22(F14.4) | Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23(F17.3) | Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24(F19.3) | Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25(F23.3) | Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

| | | nunca | Algumas vezes | freqüentemente | muito freqüentemente | sempre |
|----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|---------------|----------------|----------------------|--------|
| 26(F8.1) | Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?.....

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?.....

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

ANEXO 6



WHOQOL-OLD

Instruções

ESTE INSTRUMENTO NAO DEVE SER APLICADO INDIVIDUALMENTE, MAS SIM EM CONJUNTO COM O INSTRUMENTO WHOQOL-BREF

Este questionário pergunta a respeito dos seus pensamentos, sentimentos e sobre certos aspectos de sua qualidade de vida, e aborda questões que podem ser importantes para você como membro mais velho da sociedade.

Por favor, responda todas as perguntas. Se você não está seguro a respeito de que resposta dar a uma pergunta, por favor escolha a que lhe parece mais apropriada. Esta pode ser muitas vezes a sua primeira resposta.

Por favor tenha em mente os seus valores, esperanças, prazeres e preocupações. Pedimos que pense na sua vida **nas duas últimas semanas**.

Por exemplo, pensando nas duas últimas semanas, uma pergunta poderia ser :

O quanto você se preocupa com o que o futuro poderá trazer?

| | | | | |
|------|-------------|---------------|----------|--------------|
| Nada | Muito pouco | Mais ou menos | Bastante | Extremamente |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Você deve circular o número que melhor reflete o quanto você se preocupou com o seu futuro durante as duas últimas semanas. Então você circularia o número 4 se você se preocupou com o futuro "Bastante", ou circularia o número 1 se não tivesse se preocupado "Nada" com o futuro. Por favor leia cada questão, pense no que sente e circule o número na escala que seja a melhor resposta para você para cada questão.

Muito obrigado(a) pela sua colaboração!

As seguintes questões perguntam sobre o **quanto** você tem tido certos sentimentos nas últimas duas semanas.

old_01 Até que ponto as perdas nos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato), afetam a sua vida diária?

| | | | | |
|------|-------------|---------------|----------|--------------|
| Nada | Muito pouco | Mais ou menos | Bastante | Extremamente |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

old_02 Até que ponto a perda de, por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato, afeta a sua capacidade de participar em atividades?

| | | | | |
|------|-------------|---------------|----------|--------------|
| Nada | Muito pouco | Mais ou menos | Bastante | Extremamente |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

old_03 Quanta liberdade você tem de tomar as suas próprias decisões?

| | | | | |
|------|-------------|---------------|----------|--------------|
| Nada | Muito pouco | Mais ou menos | Bastante | Extremamente |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

old_04 Até que ponto você sente que controla o seu futuro?

| | | | | |
|------|-------------|---------------|----------|--------------|
| Nada | Muito pouco | Mais ou menos | Bastante | Extremamente |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

old_05 O quanto você sente que as pessoas ao seu redor respeitam a sua liberdade?

| | | | | |
|------|-------------|---------------|----------|--------------|
| Nada | Muito pouco | Mais ou menos | Bastante | Extremamente |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

old_06 Quão preocupado você está com a maneira pela qual irá morrer?

| | | | | |
|------|-------------|---------------|----------|--------------|
| Nada | Muito pouco | Mais ou menos | Bastante | Extremamente |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

old_07 O quanto você tem medo de não poder controlar a sua morte?

| | | | | |
|------|-------------|---------------|----------|--------------|
| Nada | Muito pouco | Mais ou menos | Bastante | Extremamente |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

old_08 O quanto você tem medo de morrer?

| | | | | |
|------|-------------|---------------|----------|--------------|
| Nada | Muito pouco | Mais ou menos | Bastante | Extremamente |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

old_09 O quanto você teme sofrer dor antes de morrer?

| | | | | |
|------|-------------|---------------|----------|--------------|
| Nada | Muito pouco | Mais ou menos | Bastante | Extremamente |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

As seguintes questões perguntam sobre **quão completamente** você fez ou se sentiu apto a fazer algumas coisas nas duas últimas semanas.

old_10 Até que ponto o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato) afeta a sua capacidade de interagir com outras pessoas?

| | | | | |
|------|-------------|-------|-------|---------------|
| Nada | Muito pouco | Médio | Muito | Completamente |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

old_11 Até que ponto você consegue fazer as coisas que gostaria de fazer?

| | | | | |
|------|-------------|-------|-------|---------------|
| Nada | Muito pouco | Médio | Muito | Completamente |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

old_12 Até que ponto você está satisfeito com as suas oportunidades para continuar alcançando outras realizações na sua vida?

| | | | | |
|------|-------------|-------|-------|---------------|
| Nada | Muito pouco | Médio | Muito | Completamente |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

old_13 O quanto você sente que recebeu o reconhecimento que merece na sua vida?

| | | | | |
|------|-------------|-------|-------|---------------|
| Nada | Muito pouco | Médio | Muito | Completamente |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

old_14 Até que ponto você sente que tem o suficiente para fazer em cada dia?

| | | | | |
|------|-------------|-------|-------|---------------|
| Nada | Muito pouco | Médio | Muito | Completamente |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

As seguintes questões pedem a você que diga o quanto você se sentiu **satisfeito, feliz ou bem** sobre vários aspectos de sua vida nas duas últimas semanas.

old_15 Quão satisfeito você está com aquilo que alcançou na sua vida?

| | | | | |
|--------------------|--------------|---------------------------------|------------|------------------|
| Muito insatisfeito | Insatisfeito | Nem satisfeito nem insatisfeito | Satisfeito | Muito satisfeito |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

old_16 Quão satisfeito você está com a maneira com a qual você usa o seu tempo?

| | | | | |
|--------------------|--------------|---------------------------------|------------|------------------|
| Muito insatisfeito | Insatisfeito | Nem satisfeito nem insatisfeito | Satisfeito | Muito satisfeito |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

old_17 Quão satisfeito você está com o seu nível de atividade?

| | | | | |
|--------------------|--------------|---------------------------------|------------|------------------|
| Muito insatisfeito | Insatisfeito | Nem satisfeito nem insatisfeito | Satisfeito | Muito satisfeito |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

old_18 Quão satisfeito você está com as oportunidades que você tem para participar de atividades da comunidade?

| | | | | |
|--------------------|--------------|---------------------------------|------------|------------------|
| Muito insatisfeito | Insatisfeito | Nem satisfeito nem insatisfeito | Satisfeito | Muito satisfeito |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

old_19 Quão feliz você está com as coisas que você pode esperar daqui para frente?

| | | | | |
|---------------|---------|-----------------------|-------|-------------|
| Muito infeliz | Infeliz | Nem feliz nem infeliz | Feliz | Muito feliz |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

old_20 Como você avaliaria o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato)?

| | | | | |
|------------|------|------------------|-----|-----------|
| Muito ruim | Ruim | Nem ruim nem boa | Boa | Muito boa |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

As seguintes questões se referem a qualquer **relacionamento íntimo** que você possa ter. Por favor, considere estas questões em relação a um companheiro ou uma pessoa próxima com a qual você pode compartilhar (dividir) sua intimidade mais do que com qualquer outra pessoa em sua vida.

old_21 Até que ponto você tem um sentimento de companheirismo em sua vida?

| | | | | |
|------|-------------|---------------|----------|--------------|
| Nada | Muito pouco | Mais ou menos | Bastante | Extremamente |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

old_22 Até que ponto você sente amor em sua vida?

| | | | | |
|------|-------------|---------------|----------|--------------|
| Nada | Muito pouco | Mais ou menos | Bastante | Extremamente |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

old_23 Até que ponto você tem oportunidades para amar?

| | | | | |
|------|-------------|-------|-------|---------------|
| Nada | Muito pouco | Médio | Muito | Completamente |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

old_24 Até que ponto você tem oportunidades para ser amado?

| | | | | |
|------|-------------|-------|-------|---------------|
| Nada | Muito pouco | Médio | Muito | Completamente |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

VOCÊ TEM ALGUM COMENTÁRIO SOBRE O QUESTIONÁRIO?

OBRIGADO(A) PELA SUA COLABORAÇÃO!

ANEXO 7

| | |
|----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| titulo: | Resolução RDC nº 283, de 26 de setembro de 2005 |
| ementa não oficial: | Aprova o Regulamento Técnico que define normas de funcionamento para as Instituições de Longa Permanência para Idosos. |
| publicação: | D.O.U. - Diário Oficial da União; Poder Executivo, de 27 de setembro de 2005 |
| órgão emissor: | ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária |
| alcance do ato: | federal - Brasil |
| área de atuação: | Tecnologia de Serviços de Saúde |
| | ■ Anexo alterada(o) por: Resolução RDC nº 94, de 31 de dezembro de 2007 |
| relacionamento(s): | |
| atos relacionados: | |
| | ■ Lei nº 6437, de 20 de agosto de 1977 |
| | ■ Resolução RDC nº 94, de 31 de dezembro de 2007 |
| | ■ Lei nº 10098, 2000 |
| | ■ Lei nº 10741, de 01 de outubro de 2003 |
| | ■ Decreto nº 49974, de 21 de janeiro de 1961 (A) |
| | ■ Portaria nº 1943, de 18 de outubro de 2001 |
| | ■ Lei nº 8842, 1994 |
| | ■ Decreto nº 1948, 1996 |
| | ■ Portaria nº 73, 2001 |
| | ■ Decreto nº 77052, de 19 de janeiro de 1976 |

RESOLUÇÃO DA DIRETORIA COLEGIADA - RDC Nº 283, DE 26 DE SETEMBRO DE 2005.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, no uso da atribuição que lhe confere o art. 11 inciso IV do Regulamento da ANVISA aprovado pelo Decreto 3.029, de 16 de abril de 1999, c/c do Art. 111, inciso I, alínea "b" § 1º do Regimento Interno aprovado pela Portaria nº 593, de 25 de agosto de 2000, republicada no DOU de 22 de dezembro de 2000, em reunião realizada em 20, de setembro de 2005, e:

considerando a necessidade de garantir a população idosa os direitos assegurados na legislação em vigor;

considerando a necessidade de prevenção e redução dos riscos à saúde aos quais ficam expostos os idosos residentes em instituições de Longa Permanência;

considerando a necessidade de definir os critérios mínimos para o funcionamento e avaliação, bem como mecanismos de monitoramento das Instituições de Longa Permanência para idosos;

considerando a necessidade de qualificar a prestação de serviços públicos e privados das Instituições de Longa Permanência para Idosos,

adota a seguinte Resolução de Diretoria Colegiada e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação:

Art. 1º Aprovar o Regulamento Técnico que define normas de funcionamento para as Instituições de Longa Permanência para Idosos, de caráter residencial, na forma do Anexo desta Resolução.

Art. 2º As secretarias de saúde estaduais, municipais e do Distrito Federal devem implementar procedimentos para adoção do Regulamento Técnico estabelecido por esta **RDC**, podendo adotar normas de caráter suplementar, com a finalidade de adequá-lo às especificidades locais.

Art. 3º. O descumprimento das determinações deste Regulamento Técnico constitui infração de natureza sanitária sujeitando o infrator a processo e penalidades previstas na Lei nº 6437, de 20 de agosto de 1977, ou instrumento legal que venha a substituí-la, sem prejuízo das responsabilidades penal e civil cabíveis.

Art. 4º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação,

DIRCEU RAPOSO DE MELLO

ANEXO

REGULAMENTO TÉCNICO PARA O FUNCIONAMENTO DAS INSTIITUÇÕES DE LONGA PERMANENCIA PARA IDOSOS.

1. OBJETIVO

Estabelecer o padrão mínimo de funcionamento das Instituições de Longa Permanência para Idosos.

2. ABRANGÊNCIA

Esta norma é aplicável a toda instituição de longa permanência para idosos, governamental ou não governamental, destinada à moradia coletiva de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar.

3. DEFINIÇÕES

3.1 - Cuidador de Idosos- pessoa capacitada para auxiliar o idoso que apresenta limitações para realizar atividades da vida diária.

3.2 - Dependência do Idoso - condição do indivíduo que requer o auxílio de pessoas ou de equipamentos especiais para realização de atividades da vida diária.

3.3 - Equipamento de Auto-Ajuda - qualquer equipamento ou adaptação, utilizado para compensar ou potencializar habilidades funcionais, tais como bengala, andador, óculos, aparelho auditivo e cadeira de rodas, entre outros com função assemelhada.

3.4 - Grau de Dependência do Idoso

a) Grau de Dependência I - idosos independentes, mesmo que requeiram uso de equipamentos de auto-ajuda;

b) Grau de Dependência II - idosos com dependência em até três atividades de autocuidado para a vida diária tais

como: alimentação, mobilidade, higiene; sem comprometimento cognitivo ou com alteração cognitiva controlada;

c) Grau de Dependência III - idosos com dependência que requeiram assistência em todas as atividades de autocuidado para a vida diária e ou com comprometimento cognitivo.

3.5 - Indivíduo autônomo - é aquele que detém poder decisório e controle sobre a sua vida.

3.6 - Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) - instituições governamentais ou não governamentais, de caráter residencial, destinada a domicílio coletivo de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar, em condição de liberdade e dignidade e cidadania.

4. CONDIÇÕES GERAIS

4.1 - A Instituição de Longa Permanência para Idosos é responsável pela atenção ao idoso conforme definido neste regulamento técnico.

4.2 - A instituição deve propiciar o exercício dos direitos humanos (civis, políticos, econômicos, sociais, culturais e individuais) de seus residentes.

4.3 - A instituição deve atender, dentre outras, às seguintes premissas:

4.3.1 - Observar os direitos e garantias dos idosos, inclusive o respeito à liberdade de credo e a liberdade de ir e vir, desde que não exista restrição determinada no Plano de Atenção à Saúde;

4.3.2 - Preservar a identidade e a privacidade do idoso, assegurando um ambiente de respeito e dignidade;

4.3.3 - Promover ambiência acolhedora;

4.3.4 - Promover a convivência mista entre os residentes de diversos graus de dependência;

4.3.5 - Promover integração dos idosos, nas atividades desenvolvidas pela comunidade local;

4.3.6 - Favorecer o desenvolvimento de atividades conjuntas com pessoas de outras gerações;

4.3.7 - Incentivar e promover a participação da família e da comunidade na atenção ao idoso residente;

4.3.8 - Desenvolver atividades que estimulem a autonomia dos idosos;

4.3.9 - Promover condições de lazer para os idosos tais como: atividades físicas, recreativas e culturais.

4.3.10 - Desenvolver atividades e rotinas para prevenir e coibir qualquer tipo de violência e discriminação contra pessoas nela residentes.

4.4 - A categorização da instituição deve obedecer à normalização do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome, Coordenador da Política Nacional do Idoso.

4.5. Organização

4.5.1 - A Instituição de Longa Permanência para Idosos deve possuir alvará sanitário atualizado expedido pelo órgão sanitário competente, de acordo com o estabelecido na Lei Federal nº. 6.437, de 20 de agosto de 1977 e comprovar a inscrição de seu programa junto ao Conselho do Idoso, em conformidade com o Parágrafo Único, Art. 48 da nº Lei 10.741 de 2003.

4.5.2 - A Instituição de Longa Permanência para Idosos deve estar legalmente constituída e apresentar:

- a) Estatuto registrado;
- b) Registro de entidade social;
- c) Regimento Interno.

4.5.3 - A Instituição de Longa Permanência para Idosos deve possuir um Responsável Técnico - RT pelo serviço, que responderá pela instituição junto à autoridade sanitária local.

4.5.3.1 - O Responsável Técnico deve possuir formação de nível superior

4.5.4 - A Instituição de Longa Permanência para idosos deve celebrar contrato formal de prestação de serviço com o idoso, responsável legal ou Curador, em caso de interdição judicial, especificando o tipo de serviço prestado bem como os direitos e as obrigações da entidade e do usuário em conformidade com inciso I artigo 50 da Lei nº 10.741 de 2003.

4.5.5 - A Instituição de Longa Permanência para Idosos deve organizar e manter atualizados e com fácil acesso, os documentos necessários à fiscalização, avaliação e controle social.

4.5.6 - A instituição poderá terceirizar os serviços de alimentação, limpeza e lavanderia, sendo obrigatória à apresentação do contrato e da cópia do alvará sanitário da empresa terceirizada.

4.5.6.1 A instituição que terceirizar estes serviços está dispensada de manter quadro de pessoal próprio e área física específica para os respectivos serviços.

4.6 - Recursos Humanos

4.6.1 - A Instituição de Longa Permanência para Idosos deve apresentar recursos humanos, com vínculo formal de trabalho, que garantam a realização das seguintes atividades:

4.6.1.1 - Para a coordenação técnica: Responsável Técnico com carga horária mínima de 20 horas por semana.

4.6.1.2 - Para os cuidados aos residentes:

- a) Grau de Dependência I: um cuidador para cada 20 idosos, ou fração, com carga horária de 8 horas/dia;
- b) Grau de Dependência II: um cuidador para cada 10 idosos, ou fração, por turno;
- c) Grau de Dependência III: um cuidador para cada 6 idosos, ou fração, por turno.

4.6.1.3 - Para as atividades de lazer: um profissional com formação de nível superior para cada 40 idosos, com carga horária de 12 horas por semana.

4.6.1.4 - Para serviços de limpeza: um profissional para cada 100m² de área interna ou fração por turno diariamente.

4.6.1.5 - Para o serviço de alimentação: um profissional para cada 20 idosos, garantindo a cobertura de dois turnos de 8 horas.

4.6.1.6 - Para o serviço de lavanderia: um profissional para cada 30 idosos, ou fração, diariamente.

4.6.2 - A instituição que possuir profissional de saúde vinculado à sua equipe de trabalho, deve exigir registro desse profissional no seu respectivo Conselho de Classe.

4.6.3 - A Instituição deve realizar atividades de educação permanente na área de gerontologia, com objetivo de aprimorar tecnicamente os recursos humanos envolvidos na prestação de serviços aos idosos.

4.7 - Infra-Estrutura Física

4.7.1 - Toda construção, reforma ou adaptação na estrutura física das instituições, deve ser precedida de aprovação de projeto arquitetônico junto à autoridade sanitária local bem como do órgão municipal competente.

4.7.2 - A Instituição deve atender aos requisitos de infra-estrutura física previstos neste Regulamento Técnico, além das exigências estabelecidas em códigos, leis ou normas pertinentes, quer na esfera federal, estadual ou municipal e, normas específicas da ABNT - Associação Brasileira de Normas Técnicas referenciadas neste Regulamento.

4.7.3 - A Instituição de Longa Permanência para Idosos deve oferecer instalações físicas em condições de habitabilidade, higiene, salubridade, segurança e garantir a acessibilidade a todas as pessoas com dificuldade de locomoção segundo o estabelecido na Lei Federal 10.098/00.

4.7.4 - Quando o terreno da Instituição de Longa Permanência para idosos apresentar desníveis, deve ser dotado de rampas para facilitar o acesso e a movimentação dos residentes.

4.7.5 - Instalações Prediais - As instalações prediais de água, esgoto, energia elétrica, proteção e combate a incêndio, telefonia e outras existentes, deverão atender às exigências dos códigos de obras e posturas locais, assim como às normas técnicas brasileiras pertinentes a cada uma das instalações.

4.7.6 - A instituição deve atender às seguintes exigências específicas:

4.7.6.1 - Acesso externo - devem ser previstas, no mínimo, duas portas de acesso, sendo uma exclusivamente de serviço.

4.7.6.2 - Pisos externos e internos (inclusive de rampas e escadas) - devem ser de fácil limpeza e conservação, uniformes, com ou sem juntas e com mecanismo antiderrapante.

4.7.6.3 - Rampas e Escadas - devem ser executadas conforme especificações da NBR 9050/ABNT, observadas as exigências de corrimão e sinalização.

a) A escada e a rampa acesso à edificação devem ter, no mínimo, 1,20m de largura.

4.7.6.4 - Circulações internas - as circulações principais devem ter largura mínima de 1,00m e as secundárias podem ter largura mínima de 0,80 m; contando com luz de vigília permanente.

a) circulações com largura maior ou igual a 1,50 m devem possuir corrimão dos dois lados;

b) circulações com largura menor que 1,50 m podem possuir corrimão em apenas um dos lados.

4.7.6.5 - Elevadores - devem seguir as especificações da NBR 7192/ABNT e NBR 13.994.

4.7.6.6 - Portas - devem ter um vão livre com largura mínima de 1,10m, com travamento simples sem o uso de trancas ou chaves.

4.7.6.7 - Janelas e guarda-corpos - devem ter peitoris de no mínimo 1,00m.

4.7.7 - A Instituição deve possuir os seguintes ambientes :

4.7.7.1 - Dormitórios separados por sexos, para no máximo 4 pessoas, dotados de banheiro.

a) Os dormitórios de 01 pessoa devem possuir área mínima de 7,50 m², incluindo área para guarda de roupas e pertences do residente.

b) Os dormitórios de 02 a 04 pessoas devem possuir área mínima de 5,50m² por cama, incluindo área para guarda de roupas e pertences dos residentes.

c) Devem ser dotados de luz de vigília e campainha de alarme.

d) Deve ser prevista uma distância mínima de 0,80 m entre duas camas e 0,50m entre a lateral da cama e a parede paralela.

e) O banheiro deve possuir área mínima de 3,60 m², com 1 bacia, 1 lavatório e 1 chuveiro, não sendo permitido qualquer desnível em forma de degrau para conter a água, nem o uso de revestimentos que produzam brilhos e reflexos.

4.7.7.2 Áreas para o desenvolvimento das atividades voltadas aos residentes com grau de dependência I, II e que atendam ao seguinte padrão:

a) Sala para atividades coletivas para no máximo 15 residentes, com área mínima de 1,0 m² por pessoa

b) Sala de convivência com área mínima de 1,3 m² por pessoa

4.7.7.3 Sala para atividades de apoio individual e sócio-familiar com área mínima de 9,0 m²

4.7.7.4 - Banheiros Coletivos, separados por sexo, com no mínimo, um box para vaso sanitário que permita a transferência frontal e lateral de uma pessoa em cadeira de rodas, conforme especificações da NBR9050/ABNT.

a) As portas dos compartimentos internos dos sanitários coletivos devem ter vãos livres de 0,20m na parte inferior.

4.7.7.5 - Espaço ecumênico e/ou para meditação

4.7.7.6 - Sala administrativa/reunião

4.7.7.7 - Refeitório com área mínima de 1m² por usuário, acrescido de local para guarda de lanches, de lavatório para higienização das mãos e

luz de vigília.

4.7.7.8 - Cozinha e despensa

4.7.7.9 - Lavanderia

4.7.7.10 - Local para guarda de roupas de uso coletivo

4.7.7.11 - Local para guarda de material de limpeza

4.7.7.12 - Almojarifado indiferenciado com área mínima de 10,0 m².

4.7.7.13 - Vestiário e banheiro para funcionários, separados por sexo.

a) Banheiro com área mínima de 3,6 m², contendo 1 bacia, 1 lavatório e 1 chuveiro para cada 10 funcionários ou fração.

b) Área de vestiário com área mínima de 0,5 m2 por funcionário/turno.

4.7.7.14 -Lixeira ou abrigo externo à edificação para armazenamento de resíduos até o momento da coleta.

4.7.7.15 - Área externa descoberta para convivência e desenvolvimento de atividades ao ar livre (solarium com bancos, vegetação e outros)

4.7.7.16 - A exigência de um ambiente, depende da execução da atividade correspondente.

4.7.8 - Os ambientes podem ser compartilhados de acordo com a afinidade funcional e a utilização em horários ou situações diferenciadas.

5 - Processos Operacionais

5.1 - Gerais

5.1.1 - Toda ILPI deve elaborar um plano de trabalho, que contemple as atividades previstas nos itens 4.3.1 a 4.3.11 e seja compatível com os princípios deste Regulamento.

5.1.2 - As atividades das Instituições de Longa Permanência para idosos devem ser planejadas em parceria e com a participação efetiva dos idosos, respeitando as demandas do grupo e aspectos sócio-culturais do idoso e da região onde estão inseridos.

5.1.3 - Cabe às Instituições de Longa Permanência para idosos manter registro atualizado de cada idoso, em conformidade com o estabelecido no Art. 50, inciso XV, da Lei 1.0741 de 2003.

5.1.4 - A Instituição de Longa Permanência para idosos deve comunicar à Secretaria Municipal de Assistência Social ou congêneres, bem como ao Ministério Público, a situação de abandono familiar do idoso ou a ausência de identificação civil.

5.1.5 - O responsável pela instituição deve manter disponível cópia deste Regulamento para consulta dos interessados.

5.2 - Saúde

5.2.1 - A instituição deve elaborar, a cada dois anos, um Plano de Atenção Integral à Saúde dos residentes, em articulação com o gestor local de saúde.

5.2.2 - O Plano de Atenção à Saúde deve contar com as seguintes características:

5.2.2.1 - Ser compatível com os princípios da universalização, equidade e integralidade

5.2.2.2 - Indicar os recursos de saúde disponíveis para cada residente, em todos os níveis de atenção, sejam eles públicos ou privados, bem como referências, caso se faça necessário;

5.2.2.3 - prever a atenção integral à saúde do idoso, abordando os aspectos de promoção, proteção e prevenção;

5.2.2.4 - conter informações acerca das patologias incidentes e prevalentes nos residentes.

5.2.3 - A instituição deve avaliar anualmente a implantação e efetividade das ações previstas no plano, considerando, no mínimo, os critérios de acesso, resolubilidade e humanização.

5.2.4 - A Instituição deve comprovar, quando solicitada, a vacinação obrigatória dos residentes conforme estipulado pelo Plano Nacional de Imunização de Ministério da Saúde.

5.2.5 - Cabe ao Responsável Técnico - RT da instituição a responsabilidade pelos medicamentos em uso pelos idosos, respeitados os regulamentos de vigilância sanitária quanto à guarda e administração, sendo vedado o estoque de medicamentos sem prescrição médica.

5.2.6 A instituição deve dispor de rotinas e procedimentos escritos, referente ao cuidado com o idoso

5.2.7 - Em caso de intercorrência médica, cabe ao RT providenciar o encaminhamento imediato do idoso ao serviço de saúde de referência previsto no plano de atenção e comunicar a sua família ou representante legal.

5.2.7.1 - Para o encaminhamento, a instituição deve dispor de um serviço de remoção destinado a transportar o idoso, segundo o estabelecido no Plano de Atenção à Saúde

5.3 - Alimentação

5.3.1 A Instituição deve garantir aos idosos a alimentação, respeitando os aspectos culturais locais, oferecendo, no mínimo, seis refeições diárias.

5.3.2 - A manipulação, preparação, fracionamento, armazenamento e distribuição dos alimentos devem seguir o estabelecido na RDC nº. 216/2004 que dispõe sobre Regulamento Técnico de Boas Práticas para Serviços de Alimentação.

5.3.3 - A instituição deve manter disponíveis normas e rotinas técnicas quanto aos seguintes procedimentos:

- a) limpeza e descontaminação dos alimentos;
- b) armazenagem de alimentos;
- c) preparo dos alimentos com enfoque nas boas práticas de manipulação;
- d) boas práticas para prevenção e controle de vetores;
- e) acondicionamento dos resíduos.

5.4 - Lavagem, processamento e guarda de roupa

5.4.1 - A instituição deve manter disponíveis as rotinas técnicas do processamento de roupas de uso pessoal e coletivo, que contemple:

- a) lavar, secar, passar e reparar as roupas;
- b) guarda e troca de roupas de uso coletivo.

5.4.2 - A Instituição deve possibilitar aos idosos independentes efetuarem todo o processamento de roupas de uso pessoal.

5.4.3 - As roupas de uso pessoal devem ser identificadas, visando a manutenção da individualidade e humanização.

5.4.4 - Os produtos utilizados no processamento de roupa devem ser registrados ou notificados na Anvisa/MS

5.5 - Limpeza

5.5.1 - A instituição deve manter os ambientes limpos, livres de resíduos e odores incompatíveis com a atividade

5.5.2 - A instituição deve manter disponíveis as rotinas quanto à limpeza e higienização de artigos e ambientes;

5.5.3 - Os produtos utilizados no processamento de roupa devem ser registrados ou notificados na Anvisa/MS

6. Notificação Compulsória

6.1 - A equipe de saúde responsável pelos residentes deverá notificar à vigilância epidemiológica a suspeita de doença de notificação compulsória conforme o estabelecido no Decreto nº. 49.974-A - de 21 de janeiro de 1961, Portaria Nº 1.943, de 18 de outubro de 2001, suas atualizações, ou outra que venha a substituí-la.

6.2 - A instituição deverá notificar imediatamente à autoridade sanitária local, a ocorrência dos eventos sentinelas abaixo:

6.2.1 - Queda com lesão

6.2.2 - Tentativa de suicídio

6.3 - A definição dos eventos mencionados nesta Resolução deve obedecer à padronização a ser publicada pela Anvisa, juntamente com o fluxo e instrumentos de notificação.

7. Monitoramento e Avaliação do Funcionamento das Instituições

7.1 - A constatação de qualquer irregularidade no funcionamento das instituições deve ser imediatamente comunicada a vigilância sanitária local.

7.2 - Compete às Instituições de Longa Permanência para idosos a realização continuada de avaliação do desempenho e padrão de funcionamento da instituição.

7.3. A avaliação referida no item anterior deve ser realizada levando em conta, no mínimo, os seguintes indicadores:

| Nº | Indicador | Fórmula e Unidade | Frequência de Produção |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|
| 1 | Taxa de mortalidade em idosos residentes | $(\text{Número de óbitos de idosos residentes no mês} / \text{Número de idosos residentes no mês}) * 100$ [%] | Mensal |
| 2 | Taxa incidência ² de doença diarréica aguda ³ em idosos residentes | $(\text{Número de novos casos de doença diarréica aguda em idosos residentes no mês} / \text{Número de idosos residentes no mês}) * 100$ [%] | Mensal |
| 3 | Taxa de incidência de escabiose ⁴ em idosos residentes | $(\text{Número de novos casos de escabiose em idosos residentes no mês} / \text{Número de idosos residentes no mês}) * 100$ [%] | Mensal |
| 4 | Taxa de incidência de desidratação ⁵ em idosos residentes | $(\text{Número de idosos que apresentaram desidratação} / \text{Número de idosos residentes no mês}) * 100$ [%] | Mensal |
| 5 | Taxa de prevalência ⁶ de úlcera de decúbito em idosos residentes | $(\text{Número de idosos residentes apresentando úlcera de decúbito no mês} / \text{Número de idosos residentes no mês})$ | Mensal |

| | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| | | *100 [%] | |
| 6 | Taxa de prevalência de desnutrição ⁷ em idosos residentes | (Número de idosos residentes com diagnóstico de desnutrição no mês/ Número de idosos residentes no mês ¹) *100 [%] | Mensal |
| 1 - População exposta: considerar o número de idosos residentes do dia 15 de cada mês. | | | |
| 2 - Taxa de incidência: é uma estimativa direta da probabilidade ou risco de desenvolvimento de determinada doença em um período de tempo específico; o numerador corresponde aos novos casos, ou seja, aqueles iniciados no período em estudo. | | | |
| 3- Doença diarréica aguda: Síndrome causada por vários agentes etiológicos (bactérias, vírus e parasitas), cuja manifestação predominante é o aumento do número de evacuações, com fezes aquosas ou de pouca consistência. Com frequência, é acompanhada de vômito, febre e dor abdominal. Em alguns casos, há presença de muco e sangue. No geral, é autolimitada, com duração entre 2 e 14 dias. As formas variam desde leves até graves, com desidratação e distúrbios eletrolíticos, principalmente quando associadas à desnutrição prévia. | | | |
| 4- Escabiose: parasitose da pele causada por um ácaro cuja penetração deixa lesões em forma de vesículas, pápulas ou pequenos sulcos, nos quais ele deposita seus ovos. As áreas preferenciais da pele onde se visualizam essas lesões são as regiões interdigitais, punhos (face anterior), axilas (pregas anteriores), região peri-umbilical, sulco interglúteo, órgãos genitais externos nos homens. Em crianças e idosos, podem também ocorrer no couro cabeludo, nas palmas e plantas. O prurido é intenso e, caracteristicamente, maior durante a noite, por ser o período de reprodução e deposição de ovos. | | | |
| 5- Desidratação: (perda de água) Falta de quantidade suficiente de líquidos corpóreos para manter as funções normais em um nível adequado. Deficiência de água e eletrólitos corpóreos por perdas superiores à ingestão. Pode ser causadas por: ingestão reduzida (anorexia, coma e restrição hídrica); perda aumentada gastrointestinal (vômitos e diarreia), ou urinária (diurese osmótica, administração de diuréticos, insuficiência renal crônica e da supra-renal), ou cutânea e respiratória (queimaduras e exposição ao calor). | | | |
| 6 - Taxa de prevalência: mede o número de casos presentes em um momento ou em um período específico; o numerador compreende os casos existentes no início do período de estudo, somados aos novos casos. | | | |
| 7 - Desnutrição: Condição causada por ingestão ou digestão inadequada de nutrientes. Pode ser causada pela ingestão de uma dieta não balanceada, problemas digestivos, problemas de absorção ou problemas similares. É a manifestação clínica decorrente da adoção de dieta inadequada ou de patologias que impedem o aproveitamento biológico adequado da alimentação ingerida. | | | |

7.4. Todo mês de janeiro a instituição de Longa Permanência para idosos deve encaminhar à Vigilância Sanitária local o consolidado dos indicadores do ano anterior

7.5 O consolidado do município deverá ser encaminhado à Secretaria Estadual de Saúde e o consolidado dos estados à ANVISA e à Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde.

8. Disposições Transitórias

8.1. As instituições existentes na data da publicação desta **RDC**, independente da denominação ou da estrutura que possuam, devem adequar-se aos requisitos deste Regulamento Técnico, no prazo de vinte e quatro meses a contar da data de publicação desta.

9. Referencia Bibliográfica

- BRASIL. LEI Nº. 10.741/2003 - Lei Especial - Estatuto do Idoso. Diário Oficial da União, Brasília, 2003.

- BRASIL. LEI Nº. 8.842/1994 - Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras

providências. Diário Oficial da União, Brasília, 1994.

- BRASIL. DECRETO Nº. 1.948/1996 - Regulamenta a Lei 8.842 de 1994 e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 1996.

- BRASIL. PORTARIA Nº. 73, DE 2001 - Normas de Funcionamento de Serviços de Atenção ao Idoso no Brasil, Secretaria de Políticas de Assistência Social Departamento de Desenvolvimento da Política De Assistência Social, Gerência de Atenção a Pessoa Idosa. Diário Oficial da União, Brasília, 2001.

- BRASIL. LEI Nº. 6.437, 1977 - Configura infrações à legislação sanitária federal, estabelece as sanções respectivas, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 1977.

- BRASIL. DECRETO Nº 77052, de 1976 - Dispõe sobre a fiscalização sanitária das condições de exercício de profissões e ocupações técnicas e auxiliares, relacionadas diretamente com a saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 1976.