UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Anne Karelyne de Faria Furtunato

ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO À SAÚDE DA PESSOA IDOSA INSTITUCIONALIZADA: DESAFIOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Natal – RN
2016

Anne Karelyne de Faria Furtunato

ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO À SAÚDE DA PESSOA IDOSA INSTITUCIONALIZADA: DESAFIOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Trabalho de Conclusão de Mestrado apresentado à banca defesa do Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, Universidade Federal do rio Grande do Norte.

Orientador (a): Profa. Dra. Vilani Medeiros Araújo Nunes.

Área de Concentração: Saúde da Família

Linha de Pesquisa: Promoção da Saúde

Natal – RN

2016

Catalogação da Publicação na Fonte
Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN
Sistema de Bibliotecas - SISBI
Catalogação de Publicação na Fonte. UFRN - Biblioteca Setorial do Centro Ciências da Saúde - CCS

Furtunato, Anne Karelyne de Faria.
Estratégias de promoção à saúde da pessoa idosa institucionalizada: desafios da atenção primária / Anne Karelyne de Faria Furtunato. - Natal, 2016.
99f: il.

Orientadora: Profa. Dra. Vilani Medeiros Araújo Nunes.
Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família no Nordeste. Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

1. Idoso - Dissertação. 2. Instituição de Longa Permanência - Dissertação. 3. Estratégia Saúde da Família - Dissertação. I. Nunes, Vilani Medeiros Araújo. II. Título.

RN/UF/BSCCS CDU 616-053.9

Anne Karelyne de Faria Furtunato

ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO À SAÚDE DA PESSOA IDOSA INSTITUCIONALIZADA: DESAFIOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família no Nordeste da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Banca Examinadora:

Profa Dra. Vilani Medeiros de Araújo Nunes- Orientadora
Departamento de Saúde Coletiva da UFRN

Profa Dra. Maria Goretti da Cunha Lisboa – Membro externo à instituição
UEPB

Profa Dra Jacileide Guimarães – Membro Titular Interno ao Programa de Mestrado em Saúde da Família
Escola de Saúde da UFRN

Prof Dr João Carlos Alchieri – Membro Externo ao Programa de Mestrado em Saúde da Família - UFRN

Aprovado em 10 de Junho de 2016

Natal – RN

2016

Dedico esse trabalho aos meus pais, que nunca mediram esforços para realizar meus sonhos e sempre confiarem no meu potencial. Com vocês cheguei até aqui e é por vocês que seguirei em frente.

AGRADECIMENTOS

A Deus pelo dom da vida e por provar diariamente sua existência;

Aos meus pais, Francisco e Nelzira que em sua humildade despertaram em mim o apreço pelo estudo. Nunca terei consciência das suas renúncias para que eu tivesse uma formação de qualidade e fosse uma pessoa de bem. Muito obrigada por tudo! Espero que um dia possa retribuir!

Agradeço a Secretaria Municipal de Pombal e à direção do Centro de Convivência da Terceira Idade Odilon Lopes que gentilmente cederam as autorizações para que o estudo fosse realizado;

Aos idosos participantes pela gentileza e aprendizado que me proporcionaram nesse tempo. Cada momento com vocês fez com que eu crescesse como pessoa e profissional;

Aos profissionais que abraçaram a ideia e acreditaram que é possível uma assistência digna ao idoso institucionalizado;

Aos meus irmãos, sobrinhos e cunhados por compreenderem que minhas ausências em diversos momentos; foi por um bem maior e que finalmente se concretiza;

À minha orientadora Vilani Nunes por acreditar na minha capacidade, até quando eu mesma duvidei. Sua paciência e zelo comigo foram revigorantes quando pensei em fraquejar. As suas palavras de incentivo e conforto foram o meu guia durante todo o processo, como a mesma diz: “Vai dar tudo certo! ”

Aos professores da banca examinadora que gentilmente aceitaram o convite de avaliar o trabalho. Acredito que suas participações serão de grande enriquecimento para o trabalho.

Não podia deixar de citar os meus colegas de turma que tornaram a caminhada um do outro mais leve, cada um de lugares diferentes. Foram muitas horas de viagem e renúncia em busca do conhecimento.

Agradeço especialmente a Anna Cristina, Anne Christine, Laianny e Marcela, por toda amizade, carinho, apoio e cumplicidade nesses dois anos. A amizade que construí com vocês pretendo levar por toda a vida. Torço para que cada uma de nós não fraqueje em nossos sonhos e que tenhamos a determinação que foi

característica em comum sempre nos unindo em busca do melhor. Essa conquista também é de vocês!

Aos meus amigos próximos e distantes que bem sei o quanto torcem por meu sucesso. É injusto citar nomes daqueles que me incentivam das mais diversas maneiras. Obrigada pelo incentivo e alegria de sempre!

Aos meus tios Maria do Ó e Manoel por todo o zelo que tiveram comigo nesse período, abrindo as portas da sua casa e oferecendo sempre o melhor que podiam para que eu fosse bem acolhida.

RESUMO

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo pesquisa-ação, utilizando a abordagem quantitativa para caracterização dos profissionais e de abordagem qualitativa, utilizando o recurso metodológico relato de experiência realizado com profissionais que atuam numa equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF) e no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e com idosos residentes em uma instituição de longa permanência para idosos (ILPI) localizada na sua área de abrangência. O estudo tem como objetivo geral cconhecer as condições de saúde de idosos institucionalizados no município de Pombal – PB e sua relação com a ESF na perspectiva de propor estratégias de melhoria da assistência junto a equipe de saúde. A população do estudo é constituída por doze idosos residentes em uma ILPI, e para a identificação das ações realizadas pela ESF com os idosos residentes na instituição a população é constituída pelos profissionais que atuam na ESF Kellyson Ramalho, perfazendo um total de dezesseis profissionais. Foram aplicados dois instrumentos de coleta de dados: um instrumento aplicado aos idosos residentes em uma ILPI e outro para os profissionais da ESF e NASF para a identificação de ações desenvolvidas pela ESF junto a tais idosos. O instrumento aplicado aos idosos consta de um formulário para caracterização sócio demográfica, condições de saúde, além de conter a escala de Katz e o Mini-mental. O instrumento de coleta de dados aplicado aos profissionais consta de questões de múltiplas escolhas contendo informações referentes ao perfil do profissional, serviços de atenção ao idoso, conhecimento acerca da legislação destinada à pessoa idosa e ações desenvolvidas em instituições de longa permanência para idosos. Os dados coletados foram agrupados por categorias de sujeitos (idosos e profissionais) e analisados separadamente. O armazenamento dos dados foi feito no programa Microsoft Excel, sendo estes confrontados e corrigidos se apresentarem erros e inconsistências. Os dados foram discutidos à luz da literatura pertinente ao tema. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Onofre Lopes e aprovado sob parecer de nº 1.144 em 09 de julho de 2015. Foi verificado o déficit em conhecimento sobre idosos institucionalizados por parte dos profissionais, as ações de cunho pontual realizadas com os idosos participantes do estudo. Desse modo, foi ministrada uma oficina sobre as especificidades da pessoa idosa institucionalizada aos profissionais, a qual foi registrada por meio de diários de campo, tendo como produto um instrumento de avaliação multidimensional para o idoso institucionalizado. O instrumento já está sendo utilizado pelos profissionais da ESF, considerado de grande importância para o planejamento do cuidado destinado aos idosos, servindo de referência não para a população idosa usuária da ESF.

Palavras – Chaves: Idoso; Instituição de Longa Permanência; Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

This was a descriptive, action research study, with a qualitative approach, in which it was used a quantitative approach in order to characterize the professionals. It was also carried out an experience report with the professionals who work at the Family Health Strategy (FHS) and at the Family Health Support Nucleus (FHSN) as well as with elderly people who reside at a long-term care institution in the area. The objective of this study was to be aware of the health condition of institutionalized elderly in the city of Pombal, in Paraíba and its relation with the FHS, with a perspective of proposing strategies to improve the assistance of the healthcare staff. The sample of the study was constituted by all the elderly who reside in the long-term care institution and for the identification of the actions carried out by the FHS, the sample was constituted by the professionals who work at the FHS Kellyson Ramalho, totalizing sixteen professionals. It was used two instruments for data collection: one for the elderly and another one for the professionals in order to identify the actions which were being developed for these elderly people. The instrument used with the elderly was a form for social – demographic characterization, health status, which contained the Katz scale and the Mini-mental. The instrument used with the professionals was a form containing multiple choice questions related to the professional profile, elderly care service, knowledge about the legislation destined to the elderly person and actions developed in long-term care institutions. The data collected was divided by categories of subjects (elderly and professionals) and analyzed separately. The data was stored on the Microsoft Excel program, and they were compared and corrected in case of errors and inconsistences. The data was discussed based on the existent literature. The project was submitted to the Research Ethic Committee of the Onofre Lopes University Hospital and approved under the position number 1.144 on 9th July, 2015. It was verified a deficit on the knowledge by the professionals about the institutionalized elderly. Thus, it was carried out a workshop about the specificities of the institutionalized elderly person, which was registered through diaries, and having as a product an instrument of multidimensional evaluation for the elderly. The instrument is already being used by the professionals of the FHS, and it is considered of highly importance for the elderly care.

Key – words: Elderly; long-term care institution; Family Health Strategy.

LISTA DE SIGLAS

AB - Atenção Básica 15

CECOL - Centro de Convivência da Terceira Idade Odilon Lopes 32

ESF- Estratégia Saúde da Família.....16

ILPI - Instituição de Longa Permanência para Idosos 15

NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família 32

OMS - Organização Mundial de Saúde 19

PMAQ - Programa de Melhoria e Acesso da Qualidade 32

SUS - Sistema Único de Saúde..... 16

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido 34

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Caracterização dos idosos quanto às características sociodemográficas. Pombal/PB 2016..... 38

Tabela 2: Caracterização dos idosos quanto às condições de saúde. Pombal/PB 2016..... 41

Tabela 3: Descrição do grau de capacidade funcional dos idosos residentes no CECOL, segundo o índice de Katz. Pombal/PB 2016..... 44

Tabela 4: Descrição da avaliação da capacidade cognitiva dos idosos residentes no CECOL segundo o mini exame do estado mental. Pombal/PB 2016 46

Tabela 5: Caracterização dos profissionais quanto às características sociodemográficas. Pombal/PB 2016..... 46

Tabela 6: Caracterização dos profissionais quanto às informações sobre ILPI. Pombal/PB 2016..... 47

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Distribuição dos fármacos utilizados pelos idosos..... 42

Gráfico 2: O que você acha necessário para que a assistência ao idoso institucionalizado seja efetiva e equânime 49

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 15
1.1 OBJETIVOS 18
1.1.1 Geral 18
1.1.2 Específicos: 18
1.2 JUSTIFICATIVA 19
2 REFERENCIAL TEÓRICO 21
2.1 Envelhecimento Populacional e Transição Epidemiológica 21
2.2 Políticas Públicas e Envelhecimento 23
2.3 Atenção Primária à Saúde e a Pessoa Idosa 25
2.4 Instituições de Longa Permanência para Idosos - ILPI 27
2.5 Instituições de Longa Permanência para Idosos X Sistema Único de Saúde 30
3 METODOLOGIA 32
3.1 Tipo de estudo 32
3.2 Local da Pesquisa 32
3.3 Universo do estudo 33
3.4 Critérios de Inclusão do estudo 33
3.6 Instrumentos de Coleta de Dados 34
3.7 Procedimento de Coleta de Dados 35
3.7 Processamento e Análise dos Dados 36
3.8 Contribuições do estudo 36
3.9 Aspectos Éticos 36
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO 38
4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS IDOSOS RESIDENTES NO CECOL 38
4.2 CARACTERIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA ESF 45

4.3 OFICINA REALIZADA COM PROFISSIONAIS ESF E ILPI SOBRE AS ESPECIFICIDADES DO ENVELHECIMENTO HUMANO COM FOCO AO IDOSO INSTITUCIONALIZADO 50

4.3.1 Primeiro encontro 50

4.3.2 Segundo encontro 52

4.3.3 Terceiro encontro 54

4.3.4 Aplicação do teste piloto 56

REFERÊNCIAS 59

ANEXOS 69

ANEXO A - MINI EXAME DO ESTADO MENTAL 70

ANEXO B- ÍNDICE DE KATZ – AVALIAÇÃO DE CAPACIDADE FUNCIONAL 71

ANEXO C PARACER CONSUBSTANCIADO DO CEP 72

ANEXO D – AUTORIZAÇÕES INSTITUCIONAIS E CARTAS DE ANUÊNCIA 75

APÊNDICES 81

APÊNDICE A - FORMULÁRIO DOS IDOSOS 82

APÊNDICE B - FORMULÁRIO PARA OS PROFISSIONAIS 85

APÊNDICE C - TERMOS DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO 87

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO 89

APÊNDICE E - PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DO IDOSO INSTITUCIONALIZADO /CENTRO DE CONVIVÊNCIA ODILON LOPES 91

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional vem ocorrendo em uma resposta às mudanças de alguns indicadores de saúde, especialmente a queda da fecundidade e da mortalidade e o aumento da expectativa de vida. Com o crescimento do número de idosos se faz necessária a reorganização da estrutura social e o planejamento de políticas públicas que assegurem o envelhecimento saudável e digno.

Cançado e Horta (2006) apontam que pesquisas demográficas têm demonstrado um aumento considerável do número de idosos. Por outro lado, Lourenço et al., chamam atenção para a necessidade de alterações no tratamento de idosos com morbidades e graus de funcionalidades diversos.

Tal processo vivido nos últimos anos traz preocupações acerca do modo viver na fase da vida mais avançada. A redução da disponibilidade de cuidado familiar, a inexistência de serviços de apoio social e de saúde, o alto custo do cuidado domiciliar, residências com espaço físico reduzido e estruturas com riscos para quedas e a violência contra o idoso são considerados fatores de risco que poderão levar a pessoa idosa vir a ser institucionalizada.

Desse modo, as mudanças socioeconômicas vêm repercutindo sobre as organizações familiares, de modo que os idosos acabam vivendo seus últimos anos sozinhos, com parentes ou em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) (BORN, 2007). É importante frisar que há também relações entre os fatores sociais como abandono, rejeição familiar, inexistência de familiares, baixa renda, falta de recursos humanos para a assistência, entre outros, e os motivos de inserção dos idosos nas diferentes modalidades assistenciais (DIOGO, 2006).

Ferreira, Bansi e Paschoal (2014) definem instituições de longa permanência para idosos (ILPI) como domicílios coletivos que oferecem cuidados e algum tipo de serviço de saúde. A questão das ILPI, especialmente quando o foco são instituições para assistência ao idoso de baixa renda, é considerada problema crônico, aparentemente sem solução na sociedade brasileira. Tais espaços demandam a necessidade de maior acompanhamento e integração por parte dos dispositivos sociais e de saúde existentes em seu território.

A Atenção Básica (AB) deve ser a porta de entrada dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade

e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. (BRASIL, 2012)

A atual Política Nacional de Atenção Básica descreve que a realização do cuidado em saúde da população idosa de área adscrita à Estratégia de Saúde da Família (ESF), se dá tanto no âmbito da unidade de saúde quanto no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros), e que a escuta qualificada das necessidades dos usuários em todas as ações, proporciona atendimento humanizado e viabiliza o estabelecimento do vínculo, e estão entre as atribuições que são comuns a todos os membros da equipe de Saúde da Família.

Desse modo a ESF deve desenvolver ações nas ILPI quando estas forem existentes na sua área de abrangência. Entretanto especialmente nos serviços de saúde de atenção básica, não há o reconhecimento da ILPI como pertencente à área geográfica de abrangência sob sua responsabilidade ou quando ações são desenvolvidas pela ESF estas são insuficientes para as necessidades dos idosos institucionalizados.

De acordo com Del Duca et al., (2010), dados sobre as condições de saúde da população residente em ILPI e de suas demandas por serviços médicos são necessários para o planejamento dos serviços de saúde, de forma a atender as necessidades atuais e manter preservados os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente, a equidade e a integralidade.

Dessa forma, se faz necessária a realização sistemática de uma avaliação geriátrica abrangente junto aos idosos, abordando aspectos relacionados a história clínica, exame físico, estado funcional e mental, além dos fatores socioeconômicos, aliados à colaboração do paciente e da família (BRITO; NUNES; YUASO, 2007). A dependência física ou mental é um fator de risco importante para mortalidade, até mais relevante que as doenças que trouxeram debilidades ao indivíduo (VERAS, 2006).

A capacidade funcional tem sido considerada a chave da atenção ao idoso e o indicador mais relevante do bem-estar dessa população (PAPALÉO NETTO, 2006), (DIOGO, 2006). Embora muitos considerem que o envelhecimento tem como uma de suas características a alteração mental, esta ocorre, porém, com alterações reais mínimas, incapazes de interferirem nas funções do indivíduo (SCHUNK, 2002).

O declínio cognitivo está relacionado à deficiência funcional e maiores riscos de desenvolvimento de demências, além de ser importante preditor do desempenho físico e social (BRITO; NUNES; YUASO, 2007), (GUIMARÃES, 2006), (PASCHOAL, 2010). Quando os déficits cognitivos coexistem com as alterações funcionais, o diagnóstico precoce possibilita uma vantagem no desenvolvimento de estratégias para auxiliar nas atividades cotidianas e na manutenção da independência (MINOSSO et al., 2010).

Autores observam uma discrepância já conhecida entre as limitações funcionais e incapacidades apresentadas por idosos institucionalizados e as ocorridas naqueles residentes nas comunidades (GUCCIONE, 2002). A institucionalização muitas vezes impõe um caráter de dependência aos idosos, por meio da rotina imutável e assim estes perdem sua autonomia e identidade contribuindo ainda mais para seu declínio funcional e cognitivo.

Estudos enfocam a importância de haver uma equipe multidisciplinar no cuidado do idoso, pois assim tem-se uma avaliação mais ampla e precisa que culminará em tratamentos mais eficientes, além de promover a saúde (BRITO; NUNES; YUASO, 2007), (PAPALÉO NETTO, 2006), (DIOGO, 2006).

No Brasil, a Política Nacional do Idoso corrobora prevendo a criação e implementação de múltiplas e variadas ações e serviços, considerando a articulação inter e intra-setorial, de órgãos não governamentais e de todos os segmentos da sociedade (BRASIL, 1994).

Diante do exposto e da problemática apresentada, o presente estudo se propõe responder a seguinte indagação: Qual o papel da ESF em termos de assistência às pessoas idosas residentes em instituições de longa permanência?

Assim faz-se necessária a incorporação, na atenção básica, de mecanismos que promovam a melhoria da qualidade e aumento da resolutividade da atenção à pessoa idosa institucionalizada, com envolvimento dos profissionais da atenção básica e das equipes de Saúde da Família, incluindo a atenção domiciliar e ambulatorial, com incentivo à utilização de instrumentos técnicos validados, como de avaliação funcional e psicossocial (BRASIL, 2006).

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Geral: Conhecer as condições de saúde de idosos institucionalizados no município de Pombal – PB e sua relação com a Estratégia Saúde da Família da área adscrita, na perspectiva de propor estratégias de melhoria da assistência junto a equipe de saúde.

1.1.2 Específicos:

- Descrever os serviços de atenção à saúde da pessoa idosa existentes no município de Pombal, identificando quais destes são direcionados aos idosos institucionalizados;
- Realizar oficinas de sensibilização sobre as especificidades do envelhecimento humano junto aos profissionais da ESF e ILPI na perspectiva da elaboração de um protocolo de atendimento para a pessoa idosa institucionalizada;
- Identificar as ações desenvolvidas pela ESF nas ILPI;
- Caracterizar os idosos residentes em uma ILPI, quanto à capacidade funcional e cognitiva dos mesmos.

1.2 JUSTIFICATIVA

O envelhecimento populacional consiste em um dos maiores desafios para a saúde pública contemporânea, especialmente nos países em desenvolvimento, onde tal fenômeno ocorre em ambiente de pobreza e grande desigualdade social. Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) estimam que, em 2025, o Brasil será o sexto país no mundo com o maior número de idosos (OMS, 2005).

A proporção de usuários idosos de todos os serviços prestados tende a ser cada vez maior, quer pelo maior acesso às informações do referido grupo etário, quer pelo seu expressivo aumento relativo e absoluto na população brasileira.

Dessa forma, o processo de transição demográfica, como o que hoje o Brasil atravessa em ritmo acelerado, associou-se, em diversos países, ao aumento da demanda por instituições de longa permanência para idosos e também por serviços de saúde.

Na realidade brasileira, a ESF foi planejada para reorientar a atenção à saúde da população, fomentando a qualidade de vida, por exemplo, mediante a promoção do envelhecimento saudável. Embora as políticas públicas priorizem a família como signatária do cuidado ao idoso, em alguns casos as ILPI, se tornam alternativa importante devendo assegurar a qualidade de vida das pessoas.

De acordo com Creutzberg et al. (2007) cabe à ILPI a função de assistir ao idoso assistir ao idoso “sem vínculo familiar ou sem condições de prover à própria subsistência de modo a satisfazer as suas necessidades de moradia, alimentação, saúde e convivência social” ou “idosos dependentes e/ou independentes em estado de vulnerabilidade social”.

Hoje a procura de ILPI é uma questão de saúde pública e surge não só por parte dos idosos com alta dependência, mas também por idosos jovens, entre 60 e 65 anos, independentes, que foram excluídos do mercado de trabalho e da proteção familiar, em decorrência das transformações socioeconômicas em curso na sociedade.

Brasil (2006) ressalta que a Atenção Básica/Saúde da Família, com base no princípio de territorialização, deve ser responsável pela atenção à saúde de todas as pessoas idosas que estão na sua área de abrangência, inclusive, aquelas que se encontram em instituições, públicas ou privadas.

Uma vez que a ILPI se configura como residência para os idosos nela institucionalizados, é função da ESF desenvolver ações e prestar assistência aos seus moradores, pois esse espaço não deixa de ser uma residência da área geográfica adscrita.

Além de que a literatura relacionada a essa temática é escassa, a maioria dos estudos não consideram os idosos institucionalizados como integrantes da comunidade da área adscrita da Estratégia Saúde da Família.

Logo, como o envelhecimento não é um processo homogêneo, necessidades e demandas dos idosos variam, sendo preciso fortalecer o trabalho em rede para contemplar a atenção aos idosos saudáveis e atender àqueles com diferentes graus de incapacidade ou enfermidade. O adequado cuidado ao idoso demanda um sistema de saúde coordenado, com cada instância contribuindo para as ações das demais.

Assim esse estudo torna-se relevante por possibilitar a investigação das relações entre ESF e ILPI para idosos além de trazer elementos que possam expandir a literatura que aborda tal problemática.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Envelhecimento Populacional e Transição Epidemiológica

Segundo Carvalho e Garcia (2003), o envelhecimento populacional é definido como a mudança na estrutura etária da população, na qual se observa um aumento do peso relativo de pessoas acima de determinada idade, considerada como definidora do início da velhice.

Médice e Beltrão (1993) descrevem as etapas do processo de transição demográfica. A primeira etapa é caracterizada por elevadas taxas de natalidade e mortalidade, ocasionando baixo crescimento populacional. Em um segundo momento é observado um crescimento populacional significativo devido às elevadas taxas elevadas de natalidade e declínio das taxas de mortalidade. Após isso, as taxas de natalidade também começam a cair. E por fim, na terceira fase, novamente é perceptível baixo crescimento populacional, entretanto causado por baixos índices de natalidade e mortalidade.

Veras (2006) aponta que entre os fatores que contribuíram para o envelhecimento populacional estão o desenvolvimento científico e tecnológico atrelado à inserção da mulher no mercado de trabalho e aos efeitos da industrialização e a diminuição do movimento migratório.

Chegar à velhice é uma realidade populacional mesmo nos países mais pobres. Ainda que a melhora substancial dos parâmetros de saúde das populações observada no século XX esteja longe de se distribuir de forma equânime nos diferentes países e contextos socioeconômicos, envelhecer não é mais privilégio de poucos (VERAS 2009).

No Brasil, o envelhecimento populacional vem aumentando proporcionalmente e de maneira bastante acelerada. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), atualmente existem no Brasil, aproximadamente, 20 milhões de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, o que representa pelo menos 10% da população brasileira (BRASIL, 2010).

Pereira et al. (2005), caracterizam o processo de envelhecimento populacional no país como acúmulo de incapacidades progressivas nas suas atividades funcionais e de vida diária, associada a condições socioeconômicas adversas. A mortalidade é substituída por comorbidades e a manutenção da

capacidade funcional surge, como um novo paradigma de saúde, relevante para o idoso.

Concomitante, as alterações demográficas incidem diretamente nos perfis epidemiológico, econômico e social peculiar a esta faixa etária em ascensão. Do ponto de vista dos fatores que determinam a saúde da população idosa em países em desenvolvimento, percebe-se que ao longo da vida as características do contexto social, que geram desigualdades nas exposições e vulnerabilidades, são as que mais interferem no seu bem-estar, na independência funcional e na sua qualidade de vida (GEIB, 2012).

Atrelado a essas mudanças demográficas, também são observadas mudanças no comportamento da mortalidade e morbidade da população. Tais mudanças originaram o termo transição epidemiológica, proposto por Onram (2005). Segundo Onram (2005), a teoria da transição epidemiológica tem como foco a complexa mudança dos padrões de saúde e doença e nas interações entre esses padrões, seus determinantes e consequências. Essas mudanças dos padrões dizem respeito à diminuição da mortalidade por doenças infecciosas e ao aumento de doenças não transmissíveis.

Vários fatores explicam a transição epidemiológica. Por um lado, está a transição das condições de saúde, isto é, os processos de saúde e doença que definem o perfil epidemiológico de uma população, expresso em termos de morte, doença e invalidez. Por outro lado, está a resposta social organizada a essas condições, que se instrumentaliza por meio do sistema de atenção à saúde. (LEBRÃO, 2007.) Desse modo, a transição da atenção à saúde tem influído de maneira importante sobre a transição epidemiológica, pois as novas tecnologias têm sido aplicadas à população por meio do sistema de atenção à saúde (LEBRÃO, 2007).

E consequentemente, doenças próprias do envelhecimento passaram a ganhar maior expressão no conjunto da sociedade (VERAS, 2009).

Assim, o envelhecimento populacional desafia a habilidade de produzir políticas de saúde que respondam às necessidades das pessoas idosas. A proporção de usuários idosos de todos os serviços prestados tende a ser cada vez maior, quer pelo maior acesso às informações do referido grupo etário, quer pelo seu expressivo aumento relativo e absoluto na população brasileira (Lima-Costa & Veras, 2003).

2.2 Políticas Públicas e Envelhecimento

O acelerado ritmo de envelhecimento no Brasil cria novos desafios para a sociedade brasileira contemporânea, onde esse processo ocorre num cenário de profundas transformações sociais, urbanas, industriais e familiares (PEREIRA et al., 2005).

Essas variações na estrutura etária resultam em maiores pressões sobre os sistemas de saúde brasileiros, que registram aumento significativo de demanda, e sobre a previdência social, uma vez que o tempo de concessão do benefício de aposentadoria será naturalmente ampliado (CARNEIRO et al., 2007).

De acordo com Veras (2009), a OMS recomenda que as políticas de saúde destinadas a idosos devem considerar os determinantes de saúde ao longo de todo o curso de vida (sociais, econômicos, comportamentais, pessoais, culturais, além do ambiente físico e acesso a serviços), com particular ênfase sobre as questões de gênero e as desigualdades sociais.

No Brasil, a Política Nacional do Idoso (BRASIL, 1994) o Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006), a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, 2006) e o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003) são dispositivos que norteiam ações sociais e de saúde, garantem os direitos das pessoas idosas e obrigam o Estado à proteção dos mesmos.

Entretanto, para Martins, Schier e Erdman (2007), a efetivação de uma política pública requer a atitude consciente, ética e cidadã dos envolvidos e interessados em viver envelhecendo de modo mais saudável possível, na qual o Estado, os profissionais da saúde, o idoso e a sociedade em geral sejam corresponsáveis por esse processo. Andrade et al., (2005) corroboram afirmando que as políticas para idosos no Brasil devem seguir em consonância com a realidade de nosso país e primar sempre para uma política de estar saudável, seja biológica, psicológica ou socialmente.

A Política Nacional do Idoso, promulgada em 1994 pela Lei nº 8.842/94 e regulamentada em 1996 pelo Decreto nº 1.948/96, assegura direitos sociais à pessoa idosa, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade e reafirmando o direito à saúde nos diversos níveis de atendimento do SUS (BRASIL, 1996).

De acordo com essa lei, cabe aos setores da saúde prover o acesso dos idosos aos serviços e às ações voltadas à promoção, recuperação e proteção da saúde. Para Martins, Schier, Erdmann (2007) é necessário desenvolver a cooperação entre as esferas de governo e entre os diversos setores sociais e de saúde que atendem ao ser que envelhece. Para tanto, nessa política estão definidas as diretrizes que devem nortear todas as ações no setor saúde, e indicadas as responsabilidades institucionais para o alcance do propósito já explicitado.

Em 2003, o Congresso Nacional aprova e o Presidente da República sanciona o Estatuto do Idoso, elaborado com intensa participação de entidades de defesa dos interesses dos idosos. Tal documento prevê que seja assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde - SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças próprias do envelhecimento (BRASIL, 2003).

Apesar do Estatuto do Idoso ampliar a resposta do Estado e da sociedade às necessidades da população idosa, não traz consigo meios para financiar as ações propostas (BRASIL, 2006).

Em 2006, o Pacto pela Saúde estabelece como uma de suas prioridades a implantação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, 2007). Veras (2009) considera as diretrizes básicas dessa política como bons exemplos das preocupações com a promoção do envelhecimento saudável, com a manutenção e a melhoria, ao máximo, da capacidade funcional dos idosos, com a prevenção de doenças, com a recuperação da saúde dos que adoecem e com a reabilitação daqueles que venham a ter a sua capacidade funcional restringida.

Como diretrizes para este seguimento vale citar a promoção do envelhecimento ativo e saudável; atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa; estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção; a implantação de serviços de atenção domiciliar; o acolhimento preferencial em unidades de saúde, respeitado o critério de risco e provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa (BRASIL, 2007).

Em consonância com as prioridades do Pacto pela Saúde, o Ministério da Saúde lança no ano de 2006 a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa com a finalidade de recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos

indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS. É alvo dessa política todo cidadão e cidadã brasileiros com 60 anos ou mais de idade (BRASIL, 2006).

Desse modo, o conjunto de políticas, considerada no todo, estatutariamente, marca um compromisso nacional com o fortalecimento da democracia e dos direitos humanos, por intermédio do reconhecimento explícito do respeito às diversas idades. Trata-se, portanto, de afirmar o compromisso constitucional e democrático de tratamento dos cidadãos idosos, sem distinções fundadas em preferências de gerações etárias: fortalece-se o respeito a todos os homens e mulheres (ANDRADE et al., 2013).

2.3 Atenção Primária à Saúde e a Pessoa Idosa

O SUS apresenta como porta de entrada no sistema a Atenção Básica à Saúde, nível em que aproximadamente 80% das necessidades de saúde de uma comunidade adstrita devem ser abordadas de maneira resolutiva. Neste nível, a ESF ocupou destacado papel nos últimos anos como estratégia indutora de equidade (PICCINI et al., 2006). De acordo com Brasil (2012), a Estratégia Saúde da Família deve ser desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas.

A Atenção Básica é caracterizada como:

> “Um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde objetivando desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades” (BRASIL, 2012, p.21).

A ESF é definida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial tendo como princípios: a família como foco de abordagem, território definido, adscrição de clientela, trabalho em equipe interdisciplinar, corresponsabilização, integralidade, resolutividade, intersetorialidade e estímulo à participação social (BRASIL, 2011).

A Atenção à Saúde da pessoa idosa na ESF quer por demanda espontânea, quer por busca ativa – que é identificada por meio de visitas domiciliares deve consistir em um processo diagnóstico multidimensional (BRASIL, 2006).

De acordo com Brasil (2012), a realização do cuidado em saúde da população idosa de área adscrita à ESF, se dá tanto no âmbito da unidade de saúde quanto no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros), e que a escuta qualificada das necessidades dos usuários em todas as ações, proporciona atendimento humanizado e viabiliza o estabelecimento do vínculo, e estão entre as atribuições que são comuns a todos os membros da equipe de Saúde da Família.

Cabe ressaltar que, com base no princípio de territorialização, a Atenção Básica/ Saúde da Família deve ser responsável pela atenção à saúde de todas as pessoas idosas que estão na sua área de abrangência, inclusive, aquelas que se encontram em instituições, públicas ou privadas (BRASIL, 2012). Motta, Aguiar e Caldas (2011) reforçam que em redes pouco estruturadas, recai sobre as equipes básicas a responsabilidade sobre o cuidado de indivíduos dependentes (idosos ou não).

A ESF tem papel fundamental na atenção à saúde da pessoa idosa; e deve ter conhecimento sobre algumas questões, segundo Santos et al. (2008), como as demográficas e epidemiológicas e também saber diferenciar as alterações fisiológicas e patológicas no processo de envelhecimento; conhecer a legislação nacional e políticas públicas voltadas às pessoas idosas, procurando difundi-las entre os próprios idosos, família e comunidade; desenvolver ações considerando as limitações e a presença das Doenças Crônicas Não Transmissíveis, a exemplo de hipertensão arterial e diabetes.

Dessa maneira, Oliveira e Tavares (2010) afirmam que a ESF se constitui em espaço privilegiado para atenção integral à saúde do idoso, pois sua proximidade com a comunidade e a atenção domiciliar possibilita atuar de forma contextualizada na realidade vivenciada pelo idoso no seio familiar. A efetiva inserção do idoso em Unidades de Saúde, sobretudo aquelas sob a ESF, pode representar para ele o vínculo com o sistema de saúde.

Assim, o cuidado dos idosos implica ofertar serviços cuja estrutura apresente características que possibilitem o acesso e o acolhimento de maneira adequada, respeitando as limitações que proporções relevantes de idosos apresentam. Os trabalhadores destes serviços devem estar capacitados em termos de conhecimentos, habilidades e atitudes para elaborar e operar protocolos para ações

programáticas específicas às necessidades deste grupo populacional de maneira integrada com as demais práticas da rede de cuidado social (PICCINI, 2006).

2.4 Instituições de Longa Permanência para Idosos - ILPI

A família tem uma importância central na vida e na manutenção do bem-estar do idoso, pois pode ser considerada uma fonte de suporte àqueles que necessitam de cuidados. Entretanto, o convívio entre gerações pode gerar conflitos e problemas de relacionamento, que podem se agravar quando os membros da família não são capazes de compreender o comportamento de seus idosos ou quando não conseguem desempenhar a função de cuidadores (NÉRI et al., 2012).

Para os idosos que não dispõem desse suporte familiar quando necessitam de auxílio para a realização de atividades da vida diária resta a possibilidade de inserção em uma instituição de longa permanência para idosos – ILPI (TIER et al., 2004). Tal inserção também ocorre quando a família não possui estrutura (financeira, emocional, espaço físico, cuidadores), nem conta com o suporte do Estado e de organizações comunitárias para cuidar do familiar idoso no domicílio (BORN, 2002; 2008).

Os programas sociais e de saúde voltados tanto para a promoção da independência como para a manutenção do idoso dependente no seu domicílio ainda são incipientes. Fato que leva, em muitos casos, à internação precoce em instituições de longa permanência como casas de repouso e asilos, que deveriam ser utilizadas como última alternativa por anciãos muito frágeis e dependentes que não pudessem ser mantidos em seus lares (REIS e CEOLIM, 2007).

As ILPI são estabelecimentos que visam acolher pessoas que possuem 60 anos ou mais, dependentes ou não, que indispõem de condições para permanecer com a família e/ou no seu domicílio. Tais espaços buscam prestar a estas pessoas um cuidado integral, por meio de atividades realizadas por um cuidador (SBGGSP, 2007).

A ILPI compõe a rede de habitação e de serviços da assistência social, atendendo às necessidades da comunidade. No entanto, o envelhecimento da população e o aumento da sobrevivência de pessoas com redução da capacidade física, cognitiva e mental requerem que as instituições deixem de fazer parte apenas

da rede de assistência social e integrem a rede de assistência à saúde. (CAMARANO e KANSO, 2010)

A institucionalização do idoso conduz a um distanciamento progressivo da família, às vezes resultando no abandono (SILVA, CARVALHO, SANTOS & MENEZES, 2007). Alves-Silva; Scorsolini-Comin e Santos (2013) afirmam que a ideia, largamente difundida em nosso país, de que as instituições são “depósitos de idosos” foi construída a partir da concepção de que nesses locais há pessoas solitárias e privadas de laços familiares, que ali vivem devido à solidão, ao desprezo e ao abandono.

Entretanto, Tier et. al., (2004) defendem que antes de apenas enumerar críticas a esse *status quo*, é necessário analisar o contexto familiar no qual o idoso estava inserido anteriormente. Em muitos casos, é melhor que eles vivam sob as regras impessoais de uma instituição total do que em casa com a família. Não se pode desconsiderar a importância das instituições de longa permanência para idosos, afinal eles se tornam um lar, um lugar de proteção e cuidado.

Pereira (2005) e Gonçalves et al. (2008) corroboram que idosos institucionalizados apresentam um perfil diferenciado, grande nível de sedentarismo, carência afetiva, perda de autonomia causada por incapacidades físicas e mentais, ausência de familiares para ajudar no autocuidado e insuficiência de suporte financeiro sendo reflexo das influências de fatores biológicos, doenças e outras causas externas comuns a essa fase da vida. Estes fatores contribuem para a grande prevalência de limitações físicas e comorbidades refletindo em sua independência e autonomia.

As ILPI apresentam aspectos singulares e determinam, mediante normas institucionais vigentes e práticas decorrentes de costumes historicamente institucionalizados, condutas e comportamentos próprios. Na maioria dessas instituições, as atividades são realizadas num mesmo ambiente e sob uma única autoridade; a rotina e praticamente igual para todos. São ignoradas diferenças individuais bem como a história da vida de cada um. Nesse contexto, via de regra, o idoso vai perdendo sua identidade e sua autonomia, transformando-se num sujeito passivo, convivendo em um ambiente estranho (OLIVEIRA e ROZENDO, 2014).

O funcionamento das ILPI é regulamentado pela Resolução nº283 de 26 de Setembro de 2005, na qual dispõe sobre vários aspectos entre estes a saúde na qual prevê que 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, o qual deve conter as seguintes características: Ser compatível com os princípios da universalização, equidade e integralidade; 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; prever a atenção integral à saúde do idoso, abordando os aspectos de promoção, proteção e prevenção; conter informações acerca das patologias incidentes e prevalentes nos residentes. Deve avaliar anualmente a implantação e efetividade das ações previstas no plano, considerando, no mínimo, os critérios de acesso, resolubilidade e humanização e a Instituição deve comprovar, quando solicitada, a vacinação obrigatória dos residentes conforme estipulado pelo Plano Nacional de Imunização de Ministério da Saúde (BRASIL, 2005).

No Brasil, apesar dos avanços na legislação que protege o idoso, pouco se fez em relação aos idosos institucionalizados. Para alguns idosos, a institucionalização representa, ainda, a única forma de sobrevivência. Essa perspectiva é gerada pela precariedade das condições socioeconômicas e culturais que incidem sobre o envelhecer e por ele são reforçadas (VECCHIA et al., 2005).

Segundo Castro e Prudente (2012) é observada uma discrepância já conhecida entre as limitações funcionais e incapacidades apresentadas por idosos institucionalizados e as ocorridas naqueles residentes nas comunidades. Estudos enfocam a importância de haver uma equipe multidisciplinar no cuidado do idoso, pois assim tem-se uma avaliação mais ampla e precisa que culminará em tratamentos mais eficientes, além de promover a saúde.

Pesquisadores contemporâneos têm salientado a necessidade de desconstrução das ILPI como meras derivações das instituições asilares (sobre as quais pesam estigmas e preconceitos), promovendo leituras críticas que possibilitem a construção de uma noção de ILPI que justamente seja um espaço privilegiado de desenvolvimento para os idosos, cotejando as principais políticas públicas relacionadas a essa população e em vigência no Brasil (ALVES-SILVA, SCORSOLINI-COMIN e SANTOS, 2013).

Para além de uma visão focada na assistência a um sujeito que necessita de cuidados, as ILPI devem ser reconhecidas também como espaços promotores de desenvolvimento, aprendizado e saúde.

2.5 Instituições de Longa Permanência para Idosos X Sistema Único de Saúde

A Política Nacional do Idoso prevê a criação e implementação de múltiplas e variadas ações e serviços, considerando a articulação inter e intra-setorial, de órgãos não governamentais e de todos os segmentos da sociedade. (BRASIL, 1994). O que se percebe, no entanto, é a dificuldade de operacionalizar e implantar tais propostas em nível local, também no que se refere à relação entre as ILPI e o Sistema de Saúde (CREUTZBERG et al., 2007).

Em estudo realizado por Creutzberg et al., (2007) foi possível identificar três diferentes tendências na relação das ILPI com o SUS: públicas, a assistência unicamente nos serviços públicos de saúde; nas ILPI filantrópicas, a utilização da rede do SUS e, em outros casos, para evitar as dificuldades que percebem nessa relação, a busca de convênios com serviços da iniciativa privada ou a utilização de serviços previstos nos planos de saúde individuais de idosos. Essa última é mais rara, uma vez que são poucos os idosos que mantêm um plano de saúde privado.

Brasil (2006) destaca a importância da atuação da Atenção Básica junto ao idoso institucionalizado:

> "Na Atenção Básica espera-se oferecer à pessoa idosa e à sua rede de suporte social, incluindo familiares e cuidadores (quando existente), uma atenção humanizada com orientação, acompanhamento e apoio domiciliar, com respeito às culturas locais, às diversidades do envelhecer. [...] Cabe ressaltar que, com base no princípio de territorialização, a Atenção Básica/Saúde da Família deve ser responsável pela atenção à saúde de todas as pessoas idosas que estão na sua área de abrangência, inclusive, aquelas que se encontram em instituições, públicas ou privadas" (BRASIL, 2006, p. 13).

Porém, é verificado que a integração entre a ILPI e a ESF é deficiente e por muitas vezes inexistentes. Creutzberg et al. (2007) afirmam que as comunicações entre a ILPI e o Sistema Único de Saúde têm, como pano de fundo, a desconsideração do idoso institucionalizado como morador da área de abrangência dos serviços de atenção básica. É repassada à ILPI a responsabilização pelo cuidado, havendo, como ressonância, a exclusão do idoso das ações programáticas em saúde.

No centro dessas discussões, vale ressaltar que, em termos dos cuidados oferecidos aos idosos, Camarano e Kanso (2010) salientam a premência de se abordar a tríade família-instituições-Estado no sentido de prover serviços de

cuidados para a população dependente. Ainda, autores propõem uma desconstrução do conceito de família como uma instituição idealizada e com um único perfil, o que pode contribuir para que a assistência ao idoso não busque por uma família “ideal”, mas pela “concreta” e “possível” (NÉRI et al., 2012).

Alves-Silva*,* Scorsolini-Comin e Santos (2013) destacam o fato de que o idoso institucionalizado não deve ser compreendido como alguém que não foi cuidado ou que não teve outras oportunidades de inserção e de apoio. As ILPI visam a uma oferta de cuidados que ultrapassam a visão assistencialista, privilegiando a assunção de posturas que efetivamente compreendam os idosos como cidadãos.

Assim, o maior desafio na atenção à pessoa idosa é conseguir contribuir para que, apesar das progressivas limitações que possam ocorrer, elas possam redescobrir possibilidades de viver sua própria vida com a máxima qualidade possível. Essa possibilidade aumenta na medida em que a sociedade considera o contexto familiar e social e consegue reconhecer as potencialidades e o valor das pessoas idosas. Portanto, parte das dificuldades das pessoas idosas está mais relacionada a uma cultura que as desvaloriza e limita (BRASIL, 2006).

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo pesquisa-ação, utilizando a abordagem quantitativa para caracterização dos profissionais e de abordagem qualitativa, utilizando o recurso metodológico diários de campo a ser realizado com profissionais que atuam na ESF Professor Kellysson Ramalho e no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e com idosos residentes em uma instituição de longa permanência para idosos localizada na área de adstrita dessa ESF.

De acordo com Thiollent (1998), a pesquisa-ação é definida como uma pesquisa social com base empírica, concebida em associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo e no qual os pesquisadores e os participantes representativos da situação ou do problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo.

Prodanov e Freitas (2013) completam que a pesquisa-ação não é resumida a um simples levantamento de dados, pois permite que os pesquisadores desempenhem um papel ativo na própria realidade dos fatos observados.

3.2 Local da Pesquisa

O estudo foi desenvolvido no município de Pombal, localizado no sertão paraibano. Segundo dados do IBGE, o município conta com uma população de 32110 habitantes, sendo que destes 4794 são idosos (2025 homens e 2769 mulheres) correspondendo a 14,93% dos munícipes (IBGE, 2010).

A atenção básica de saúde neste município está organizada em 12 Unidades com Estratégias de Saúde da Família, sendo três localizadas na zona rural e nove na zona urbana, apoiadas por dois Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), além de uma equipe do Programa Melhor em Casa. O território do município dispõe de total cobertura pela Estratégia Saúde da Família. Onze equipes são integrantes do Programa de Melhoria e Acesso da Qualidade (PMAQ) e sete equipes foram contempladas pelo Programa Mais Médicos.

No Município de Pombal existe uma ILPI denominada Centro de Convivência da Terceira Idade Odilon Lopes (CECOL) fundado no ano de 1952 com o nome de

Serviço de Amparo aos Pobres e Inválidos por Odilon Lopes, em razão de uma promessa religiosa. Segundo relatos da coordenação local, a instituição chegou a abrigar mais de 50 idosos até meados dos anos 1950, mantendo-se nessa época de doações e verbas governamentais.

A instituição não tem fins lucrativos, caracterizada como filantrópica, sendo mantida pelos benefícios de seus internos, doações e ajuda financeira do governo municipal, contando atualmente com 12 pessoas idosas de ambos os sexos, ali residindo. A direção é composta por voluntários e por um conselho fiscal eleitos a cada dois anos e realiza reuniões ordinárias mensais. O quadro de funcionários da instituição é composto por um cuidador do sexo masculino para os homens e uma cuidadora do sexo feminino para as mulheres que trabalham em horário comercial com uma folga por semana sendo substituído por folguistas. Há um guarda 24 horas e uma técnica de enfermagem disponibilizada pela secretaria municipal de saúde durante o dia, além de auxiliares de limpeza e cozinheiros.

O CECOL fica localizado na área de cobertura da ESF Professor Kellyson Ramalho. A equipe de saúde da família é composta por médico, enfermeira, técnica de enfermagem, odontólogo, auxiliar de saúde bucal, cinco agentes comunitários de saúde e apoiada pelo NASF II (Núcleo de Apoio à Saúde da Família). Na sua área de abrangência estão cadastrados 384 idosos.

3.3 Universo do estudo

Para a caracterização dos idosos residentes no CECOL, a população do estudo é composta por todos idosos (n=12) residentes na instituição definida como local da pesquisa, e para a identificação das ações realizadas pela ESF com os idosos residentes na instituição a população é constituída pelos profissionais que atuam na ESF Kellyson Ramalho (médico, enfermeiro, cirurgião dentista, técnica de enfermagem, cinco agentes comunitários de saúde e auxiliar de saúde bucal) e profissionais do NASF (psicóloga, nutricionista, assistente social, educadora física, duas fisioterapeutas), perfazendo um total de dezesseis profissionais.

3.4 Critérios de Inclusão do estudo

- Idoso: ter idade superior a 60 anos, residir no Centro de Convivência Odilon Lopes, apresentar comunicação verbal, ter compreensão sobre os instrumentos de coleta de dados utilizados e ter disponibilidade voluntária de participar da pesquisa, após leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

- Profissionais: estar atualmente trabalhando em um desses serviços - ESF Professor Kellyson Ramalho ou NASF, ter disponibilidade voluntária de participar da pesquisa, após leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

3.5 Critérios de Exclusão

3.6 Instrumentos de Coleta de Dados

a) Instrumento de caracterização sócio demográfica, condições de saúde dos idosos, avaliação de quedas e mobilidade, avaliação social / institucional e situação familiar / aspectos gerais.
b) Escalas para avaliação funcional (Escala ou Índex de Katz) dos idosos: tem ampla utilização em pesquisas nacionais e internacionais além de ser reconhecido como o instrumento para a avaliação funcional da pessoa idosa na atenção básica de acordo com a publicação do Caderno de Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa do Ministério da Saúde. Foi desenvolvida por Sidney Katz no ano de 1963 consta de seis itens que medem o desempenho do indivíduo nas atividades de autocuidado, os quais obedecem a uma hierarquia de complexidade, da seguinte forma: alimentação, controle de esfíncteres, transferência, higiene pessoal, capacidade para se vestir e tomar banho (LINO, 2008).
c) Questionário de Avaliação cognitiva (Mini Exame do Estado Mental – MEEM): De acordo com Lourenço e Veras (2006), o Mini Exame do Estado Mental (MEEM), elaborado por Folstein et al (1975), é um dos testes mais empregados e mais estudados em todo o mundo. Usados isoladamente ou incorporado a instrumentos mais amplos, permite a avaliação da função cognitiva e rastreamento de quadros demenciais.

Almeida (1998) descreve o Mini Exame do Estado Mental como sendo composto por diversas questões tipicamente agrupadas em 7 categorias, cada uma delas desenhada com o objetivo de avaliar “funções” cognitivas específicas: orientação para tempo (5 pontos), orientação para local (5 pontos), registro de 3 palavras (3 pontos), atenção e cálculo (5 pontos), lembrança das 3 palavras (3 pontos), linguagem (8 pontos), e capacidade construtiva visual (1 ponto). O escore do MMSE pode variar de um mínimo de 0 até um total máximo de 30 pontos.

d) Instrumento para os profissionais da ESF e NASF para a identificação de ações desenvolvidas pela ESF junto aos idosos residentes no CECOL: consta de questões de múltipla escolha contendo informações referentes ao perfil do profissional, tempo de serviço na unidade, serviços de atenção ao idoso, conhecimento acerca da legislação destinada à pessoa idosa e ações desenvolvidas em instituições de longa permanência para idosos.
e) Diário de campo para registro das informações coletadas durante a oficina e das impressões manifestadas diante de perguntas, dificuldades nas respostas, valores e crenças, para aprofundamento da pesquisa de campo e evidenciar a complexidade de fatos e processos (MINAYO, 2010).

3.7 Procedimento de Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada em duas etapas: com os idosos participantes do estudo por meio da aplicação dos instrumentos de coleta de dados durante entrevistas feitas pela pesquisadora na ILPI local do estudo durante visitas. Já com os profissionais serão realizadas reuniões com a equipe de saúde da família, profissionais do NASF na oportunidade as entrevistas serão realizadas individualmente pela pesquisadora.

Aos instrumentos de coleta de dados estão anexados os termos de consentimento livre e esclarecido (TCLE), específicos para cada grupo.

Para coleta dos dados das oficinas, os discursos dos sujeitos foram registrados em forma de diário de campo. A oficina foi planejada pela pesquisadora e sua orientadora, selecionando as temáticas a serem trabalhadas e elaboração do material a ser utilizado pelos participantes. As datas dos encontros foram definidas

de acordo com a disponibilidade dos profissionais da ESF, NASF e ILPI. O local dos encontros foi a própria unidade de saúde pela estrutura física e por ser de fácil acesso para todos os participantes. Foram realizados três encontros na unidade para elaboração do protocolo e uma atividade coletiva para aplicação do teste piloto na ILPI com os idosos residentes no local.

3.7 Processamento e Análise dos Dados

Os dados coletados estão agrupados por categorias de sujeitos (idosos e profissionais) e analisados separadamente. O armazenamento dos dados foi feito no programa Microsoft Excel, sendo estes confrontados e corrigidos os que apresentaram erros e inconsistências. Os diários de campo foram transcritos em forma de texto sendo separados por cada encontro da oficina, a partir das impressões da pesquisadora. Os dados foram discutidos à luz da literatura pertinente ao tema.

3.8 Contribuições do estudo

Após análise e discussão dos dados, estes foram apresentados à equipe integrante da ESF onde posteriormente foi ministrada uma oficina sobre as especificidades do envelhecimento e do idoso institucionalizado junto aos profissionais da ESF, propondo a construção de um protocolo de estratégias de ações que visem a promoção da saúde desse segmento. Como produto da oficina foi criado um instrumento de avaliação multidimensional para o idoso institucionalizado, procurando estabelecer condições para que o cuidado seja planejado de forma que atenda as reais necessidades de seus usuários.

3.9 Aspectos Éticos

Durante o processo de realização do estudo foram observados os aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, sendo solicitada à Secretaria Municipal de Saúde e a direção do Centro de Convivência Odilon Lopes autorização

para realização da pesquisa (ANEXO D) e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos participantes (APÊNDICES C e D) Tal documento esclarece os profissionais sobre o conteúdo da pesquisa, da liberdade de escolha de participar ou não do estudo, de poder desistir em qualquer fase de investigação e pedir esclarecimento sobre andamento do mesmo.

Para tanto, a pesquisa foi realizada conforme as diretrizes regulamentadoras da resolução nº. 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde/MS e suas complementares, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado (BRASIL, 2013). Todas as informações obtidas serão sigilosas onde não teve identificação em nenhum momento. Os dados foram guardados em local seguro e a divulgação dos resultados foi feita de forma a não identificar os voluntários.

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Onofre Lopes, a coleta de dados foi iniciada após parecer nº 1.144.525 do referido Comitê, fornecido em 09 de julho de 2015. (ANEXO C).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS IDOSOS RESIDENTES NO CECOL

Os dados foram coletados com todos os doze idosos residentes na ILPI selecionada para o estudo. Deste número de idosos, sete conseguiram responder o instrumento de coleta de dados sozinhos; três responderam com o auxílio de um cuidador e dois idosos não conseguiram responder, sendo colhidas a partir de informações fornecidas pelos cuidadores.

Tabela 1 – Caracterização dos idosos quanto às características sociodemográficas. Pombal/PB, 2016.

	N	**%**
Sexo		
Masculino	8	66,67
Feminino	4	33,33
Estado civil		
Solteiro	6	54,55
Viúvo	5	45,45
Profissão		
Agricultor	9	75,01
Pensionista	1	8,33
Do lar	1	8,33
Agente penitenciário	1	8,33
Aposentado		
Sim	11	91,67
Não	1	8,33
Escolaridade		
Analfabeto	6	50,00
Ensino Fundamental	5	41,67
Ensino Médio	1	8,33
Filhos		
Sim	5	45,45
Não	6	54,55

Fonte: Autora. 2016.

Média de idade 79,83 (±13,63) em anos
Média de tempo de institucionalização 5,91 (±4,30) em anos

Foram avaliados 12 idosos, sendo 04 mulheres e 08 homens, com a média de idade de 79,83 anos. Quanto ao estado civil, seis idosos eram solteiros e cinco idosos eram viúvos. A agricultura aparece como atividade econômica predominante entre os idosos participantes, e de baixa escolaridade, sendo cinco analfabetos, cinco com o ensino fundamental e um com o ensino médio. Apenas um idoso não recebe aposentadoria. Metade dos idosos relatou não possuir filhos.

A distribuição de idosos quanto ao sexo contradiz os dados expostos em estudos sobre a temática. O predomínio feminino observado em muitas pesquisas é em geral explicado pelo fato de as mulheres viverem mais que os homens, logo têm maior possibilidade de vivenciar doenças e incapacidades; e ainda por serem em maior número (ALENCAR et al., 2012).

Entretanto, os achados corroboram com dois estudos, um realizado em uma ILPI no Distrito Federal e o outro em Fortaleza que verificaram predomínio do sexo masculino nos idosos residentes na ILPI, respectivamente, de 58,8% e 50,6%. Estes diferentes achados, descritos na literatura, podem ser reflexo da mudança da dinâmica familiar e da sociedade nos últimos anos, e/ou pode estar nos mostrando uma diferença no perfil dos institucionalizados nas várias regiões do país. (CASTELLAR et al, 2007; GAIÃO, ALMEIDA e HEUKELBACH, 2005)

A agricultura aparece como atividade econômica predominante entre os idosos participantes, indicando que estes viveram em situação de pobreza na maior parte da vida. Segundo Nunes (2007), a maioria dos idosos integrada à população economicamente ativa, possui um rendimento proveniente do trabalho que é inferior ou igual a dois salários mínimos e exercem atividades pouco compatíveis com a idade, tais como serviços de pedreiro e trabalhos domésticos.

A fonte de renda dos idosos participantes do estudo é de forma hegemônica a aposentadoria. A aposentadoria tem sido a temática de várias discussões na atualidade, devido ao expressivo crescimento da população acima de 60 anos. O homem no mercado de trabalho é valorizado porque produz para a sociedade, contribuindo por um período de 30 a 35 anos para a seguridade social. Entretanto, quando precisa garantir recursos para uma melhor qualidade de vida, na terceira idade, os benefícios são insuficientes para suprir as necessidades do idoso nos aspectos relacionados à alimentação, moradia, saúde, vestuário, higiene, lazer e educação (NUNES, 2007).

Quanto ao estado civil, segundo Carreira et al. (2011), as situações de viuvez são esperadas de se encontrar entre os residentes das instituições de longa permanência, pois, muitas vezes, são encaminhados para tal instituição por não terem condições de continuar sozinhos após a morte ou separação do companheiro. Os novos arranjos familiares, como aqueles em que a mulher mora só, são mães solteiras ou casais sem filhos e filhos que emigraram, reduzem a perspectiva de

envelhecimento com um suporte familiar, aumentando o risco para a institucionalização (LISBOA e CHIANCA, 2012).

Andrade et al. (2005) explica que a condição de solteiros também direciona os idosos à institucionalização, quando não mais apresentam condições de residirem sozinhos e não têm filhos para auxiliar nos cuidados, acabam por recorrerem às instituições asilares.

Tratando-se de escolaridade, observou-se que metade dos idosos era analfabeta, cinco cursaram o ensino fundamental e apenas um idoso tinha o ensino médio. Em estudo realizado por Lisboa e Chianca (2012), os idosos apresentavam baixo nível de escolaridade, e esse declinava ainda mais com o aumento da idade, sendo essa situação mais frequente nas mulheres, quando comparadas com os homens. Segundo Mansano-Schlosser, et al. (2014), na época em que esses idosos cresceram o nível de instrução formal não era apreciado. Aos meninos, cabia o cultivo da terra e as meninas, os afazeres domésticos. Além disso, muitos deles vivenciaram condições socioeconômicas precárias, dificultando o acesso à escola.

Metade dos idosos avaliam sua saúde como boa, três idosos consideram regular e três consideram ruim. Atualmente, a percepção de saúde, ou a auto avaliação da saúde, é um dos indicadores mais utilizados em pesquisas gerontológicas. Seu uso é justificado porque a pior percepção de saúde é um preditor robusto e consistente de mortalidade. (ALENCAR, 2012)

Apenas dois idosos referem ser tabagistas. De acordo com Oliveira, Gomes e Paiva (2011), o hábito do tabagismo pode ser considerado um importante fator agravante à condição de saúde do idoso, por representar um conflito para o fumante crônico, que considera o hábito irrelevante pela presença de uma doença crônica já existente; pela ausência desta na presença do hábito, consideram-se imunes aos malefícios do cigarro.

A maioria dos idosos referem que tem dificuldade para dormir, acordando durante a noite ou demorando para adormecer. Dentre os principais fatores que contribuem para o sono fragmentado e para os distúrbios do sono dos idosos institucionalizados encontram-se os despertares noturnos frequentes, que podem produzir sonolência diurna excessiva. Esses despertares podem ser gerados por fatores extrínsecos, tais como a entrada de funcionários no quarto para realizar cuidados e a agitação dos residentes com quem o quarto e compartilhado. Fatores intrínsecos são também causas de sono fragmentado e de distúrbios do sono,

destacando-se as condições clínicas e psiquiátricas, prevalentes nas ILPI (MANSANO-SCHLOSSER et al., 2014).

Tabela 2 – Caracterização dos idosos quanto às condições de saúde. Pombal/PB, 2016.

	N	%
Como avalia sua saúde		
Boa	6	50,00
Regular	3	25,00
Ruim	3	25,00
Fuma		
Sim	2	18,18
Não	9	81,82
Dificuldade para dormir		
Sim	8	72,73
Demora para adormecer	5	62,50
Acorda durante à noite	3	37,50
Não	4	36,36
Quedas		
Nenhuma	4	33,33
Uma	1	8,33
2 a 4	5	41,67
5 ou mais	2	16,67
Motivo da queda		
Acidental	2	25,00
Tropeçou	3	37,50
Vertigem	3	37,50
Consequência da queda		
Nenhuma	4	50,00
Ferida	3	37,50
Fratura	1	12,50

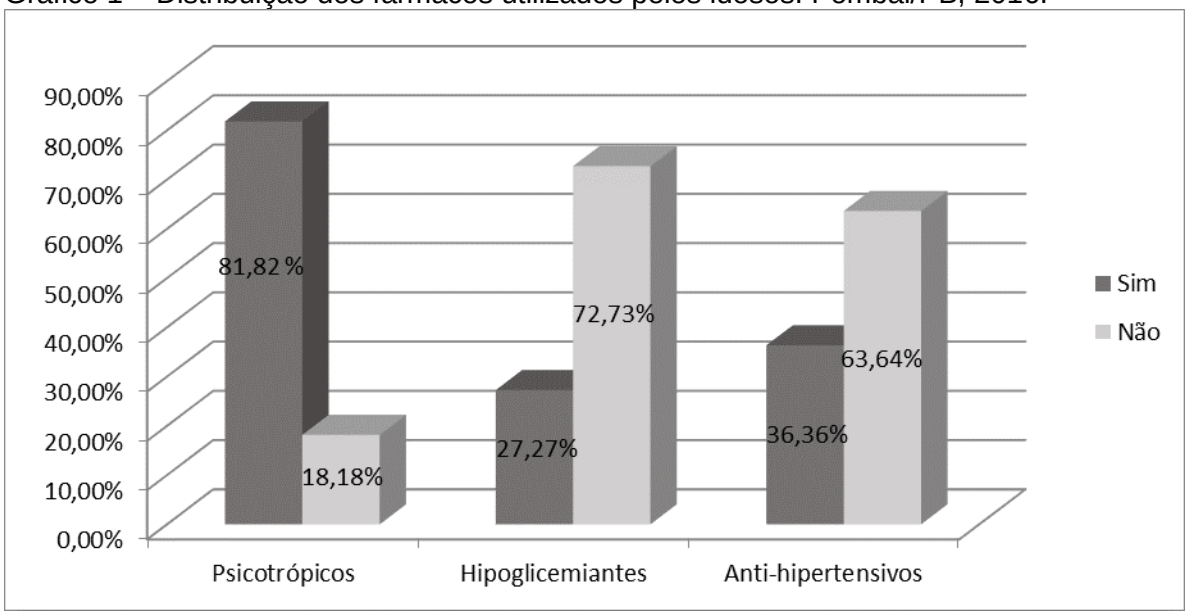
Fonte: Autora. 2016.

A maior parte dos idosos referem ter sofrido quedas no último ano, com etiologias variadas: acidental, tropeço ou vertigem. Geralmente, a realidade do idoso institucionalizado é marcada pelo sedentarismo, incapacidade funcional e ausência familiar, questões essas, que influenciam o processo de adoecimento. De acordo com Gomes et al., (2014) a ocorrência de quedas em idosos institucionalizados pode ser considerada um problema de saúde pública, devido ao elevado índice do evento e por estar associada a fatores múltiplos, decorrentes da condição de saúde em que se encontram os idosos, falta de qualificação dos profissionais de saúde e das inadequações nas infraestruturas dessas instituições.

Entre as consequências citadas emergiram ferimentos e fraturas. As fraturas parecem atribuir aos idosos maior vulnerabilidade a novos episódios, independentemente de sua frequência. Maia et al., (2011) explica que devido a esses ferimentos, os idosos comumente sofrem com a limitação de suas atividades, ocasionando um declínio funcional nas atividades de vida diária e isolamento social com diminuição de atividades sociais, sensação de insegurança e fragilidade, gerando assim um medo das consequências ligadas à queda.

Em estudo realizado na cidade de João Pessoa-PB no ano de 2014, tendo como temática a ocorrência de quedas em idosos institucionalizados, onde a amostra foi de 15 idosos, foi possível constatar que o maior número de idosos caiu três vezes ou mais, dentre as causas destacaram-se a fraqueza/distúrbios de equilíbrio e marcha, seguida por causas associadas ao meio ambiente e fraqueza/distúrbios de equilíbrio e marcha concomitantes, redução da visão e síncope/tontura/vertigem. As consequências das quedas relatadas pelos idosos foram ferimentos graves e fraturas (ALVES et al., 2016). Portanto, tais dados corroboram com o estudo em discussão, que foi realizado no mesmo estado (Paraíba) e com número de participantes parecido.

Gráfico 1 – Distribuição dos fármacos utilizados pelos idosos. Pombal/PB, 2016.



Fonte: Autora, 2016.

Quanto ao uso de medicamentos, os grupos de fármacos mais usados são psicotrópicos (81,82%), hipoglicemiantes (72,3%) e anti-hipertensivos (63,64%).

Gautério et al. (2012), em estudo realizado com idosos residentes em ILPI no Rio Grande do Sul, teve resultados contrários ao presente estudo, já que os grupos mais utilizados evidenciados na sua pesquisa foram em ordem decrescente: anti-hipertensivos, hipoglicemiantes e por último, psicotrópicos. Sendo assim, faz-se necessária a revisão dos medicamentos usados pelos idosos do CECOL.

O uso de psicotrópicos por idosos pode provocar reações adversas com desfechos clínicos críticos como quedas, fraturas de quadril, prejuízo na memória, confusão e isolamento social. A identificação de reações adversas a esses medicamentos ou de suas interações com outros pode se tornar difícil, uma vez que é possível as manifestações imitarem síndromes geriátricas, confusão, incontinências e quedas, o que, para muitos profissionais e familiares, pode ser interpretado como evolução do quadro clínico do idoso e não como uma consequência do regime terapêutico (SECOLI, 2009).

Os anti-hipertensivos são considerados responsáveis pelas maiores frequências de interações e, consequentemente, de possíveis reações adversas a medicamentos e os hipoglicemiantes não estão livres de riscos. A clorpropramida predispõe à hipoglicemia, que no idoso pode ser mascarada, especialmente quando há quadro confusional presente, aumentando o número de quedas (GAUTÉRIO, 2012).

O grau de capacidade funcional, segundo o índice de Katz, teve distribuição uniforme entre as categorias: sendo quatro idosos com classificação A (independente para todas as atividades); dois idosos são independentes para todas as atividades avaliadas, exceto uma (categoria B), enquanto três idosos são enquadrados na categoria C, dois idosos são totalmente dependentes (categoria G) e um idoso foi classificado na categoria outro.

Entre os idosos que apresentaram dependência foi perceptível uma dependência maior para o banho. Isso confirma a teoria de que a habilidade para realizar as funções mais complexas declina primeiro, preservando assim por mais tempo as funções que tem um impacto na sobrevivência (CHAIMOWICZ, 1997). De acordo com Katz (1963), o banho e o vestir-se são considerados funções culturalmente aprendidas, ou seja, que tem significados diferentes de acordo com a época e a sociedade estudada.

Tabela 3: Descrição do grau de capacidade funcional dos idosos residentes no CECOL, segundo o índice de Katz – Pombal, 2016.

Grau	Categorias	N	%
Grau A	Independente nas 6 funções	04	33,3
Grau B	Independente em todas, exceto 1	02	16,66
Grau C	Dependente no banho e outra função	03	25
Grau D	Dependente no banho, vestir e outra função	00	00
Grau E	Dependente no banho, vestir, higiene, transferência e em outra função	00	00
Grau F	Dependente no banho, vestir, higiene, transferência e outra função	00	00
Grau G	Dependente em todas as funções	02	16,66
Outro	Dependente em pelo menos 2 funções, mas que não se classificam em C, D, E e F	01	8,33
Total		12	99,98

Fonte: Autora, 2016

Uma das formas de propiciar maior autonomia e estimular maior independência em idosos institucionalizados é capacitando os funcionários que trabalham com esta população adequadamente. Para isso é necessário entender que a dependência é um processo dinâmico, resultante de um conjunto de fatores e passível de modificações (CALDAS, 2003).

O fato de se tornar dependente faz com que o idoso se sinta desvalorizado, o que pode resultar no desenvolvimento de problemas psicológicos e baixa qualidade de vida. (MOREIRA e BORGES, 2009). A dependência por si só, entretanto, não constitui evento negativo. Em diferentes etapas da vida, a pessoa pode ou não ser dependente, temporária ou definitivamente (CHARCHAT-FICHMAN, 2005).

Quanto à avaliação da capacidade cognitiva foi aplicado aos idosos o mini exame do estado mental. Quatro idosos não conseguiram responder, sendo três por déficit cognitivo severo e um por ser deficiente visual. Entre os idosos que foi possível aplicar o teste em questão, seis foram considerados analfabetos e um com 4 a 7 anos de escolaridade e dois com baixa escolaridade.

A avaliação da capacidade cognitiva é representada na tabela 4:

Tabela 4: Descrição da avaliação da capacidade cognitiva dos idosos residentes no CECOL segundo o mini exame do estado mental – Pombal, 2015

Classificação	Ponto de corte	N	%
Analfabeto	13 pontos	06	50,00
Baixa escolaridade	14 a 18 pontos	02	16,66
Média escolaridade	19 a 26 pontos	00	00,00
Alta escolaridade	Acima de 26 pontos	00	00,00
Não respondeu		04	33,33
Total		12	99,99

Fonte: Autora, 2016

Os resultados mostram um elevado número de idosos com declínio cognitivo. Uma possível explicação para este resultado seria a escolha do ponto de corte tradicional no MEEM (23 pontos) utilizado, que se mostrou elevado para idosos com baixa escolaridade.

O declínio cognitivo dificulta a realização das atividades da vida diária e as relações sociais e familiares, prejudicando gradativamente a autonomia do idoso. Na velhice, a manutenção da qualidade de vida está intimamente ligada à capacidade do idoso de desempenhar as funções necessárias à manutenção da sua vida diária e prática, de modo a torná-lo independente dentro do seu contexto socioeconômico e cultural (MACHADO, 2007). Segundo Abreu, Forlenza e Barros (2005), o diagnóstico precoce de declínio cognitivo possibilita intervenção terapêutica, diminui os níveis de estresse para os familiares, reduz o risco de acidentes, prolonga a autonomia e, em alguns casos, retarda o início do processo demencial.

4.2 CARACTERIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA ESF

Todos os profissionais da ESF e NASF responderam ao instrumento de coleta de dados durante visitas da pesquisadora às reuniões de equipe, entrevistando cada profissional. Os dados estão expostos a seguir:

Tabela 5 – Caracterização dos profissionais quanto às características sociodemográficas. Pombal/PB, 2016.

	N	%
Sexo		
Masculino	1	6,66
Feminino	14	93,34
Função na ESF		
Profissional do NASF	6	37,50
Técnico de enfermagem	2	12,50
Agente comunitário de saúde	5	31,25
Enfermeiro	2	12,50
Dentista	1	6,25
Formação complementar com a temática de envelhecimento humano		
Sim	0	-
Não	16	100,00

Fonte: Autora. 2016

Média de idade 39,75 (±8,09) em anos

Média de tempo de ESF 4,70 (±5,62) em anos

A categoria dos profissionais é caracterizada pelo predomínio do sexo feminino, sendo bem diversificadas as funções e formações dentro da equipe. Todos os profissionais referiram não ter formação complementar na temática do envelhecimento humano, o que revela a necessidade de capacitações que abordem o tema. Assim, tais profissionais não estão preparados para lidar com idosos, especialmente com suas necessidades específicas e para o trabalho com ênfase na prevenção. Esta realidade pode comprometer a qualidade do atendimento aos idosos e sua qualidade de vida.

Este estudo evidencia que a capacitação de profissionais de saúde na ESF é insuficiente para a atenção à saúde do idoso. Segundo Mota, Aguiar e Caldas (2011) é necessário investir no desenvolvimento de competências para lidar com o desafio do envelhecimento, abrangendo a prevenção, a reabilitação e a melhor

compreensão dos determinantes socioambientais do processo saúde/doença. A Educação Permanente, voltada para a problematização baseando-se na realidade do processo de trabalho, no contexto local é fundamental para o desenvolvimento das equipes e melhor integração dos serviços em redes.

A opinião dos profissionais quanto às especificidades do idoso institucionalizado e sua relação com os idosos residentes na ILPI, bem como a frequência das atividades realizadas está descrita na tabela 6:

Tabela 6 – Caracterização dos profissionais quanto às informações sobre ILPI. Pombal/PB, 2016.

	N	%
Há ILPI na área da ESF		
Sim	14	87,50
Não	2	12,50
Considera idosos residentes em ILPI como integrantes da área de abrangência		
Sim	13	86,67
Não	2	13,33
Considera que a atenção a idosos institucionalizados deve ser diferenciada dos demais idosos		
Sim	5	31,25
Não	11	68,75
ESF é responsável pela assistência à saúde a idosos institucionalizados		
Sim	16	100,00
Não	-	-
A equipe de saúde da família que você atua desenvolve algum trabalho com idosos institucionalizados		
Sim	15	93,75
Semanal	4	26,67
Mensal	11	73,33
Não	1	6,25
Os serviços de atenção ao idoso trabalham de forma integrada		
Sim	4	25,00
Não	12	75,00

Fonte: Autora. 2016.

Os profissionais reconhecem os idosos institucionalizados como integrantes da área de abrangência e que é de responsabilidade da ESF a assistência a tais

idosos, porém não considera necessário que essa assistência seja diferenciada. Além de que a frequência das atividades realizadas por esses profissionais é aquém do que é necessário, já que a maioria destes referem que a frequência é mensal e que os serviços de atenção ao idoso não trabalham de forma integrada.

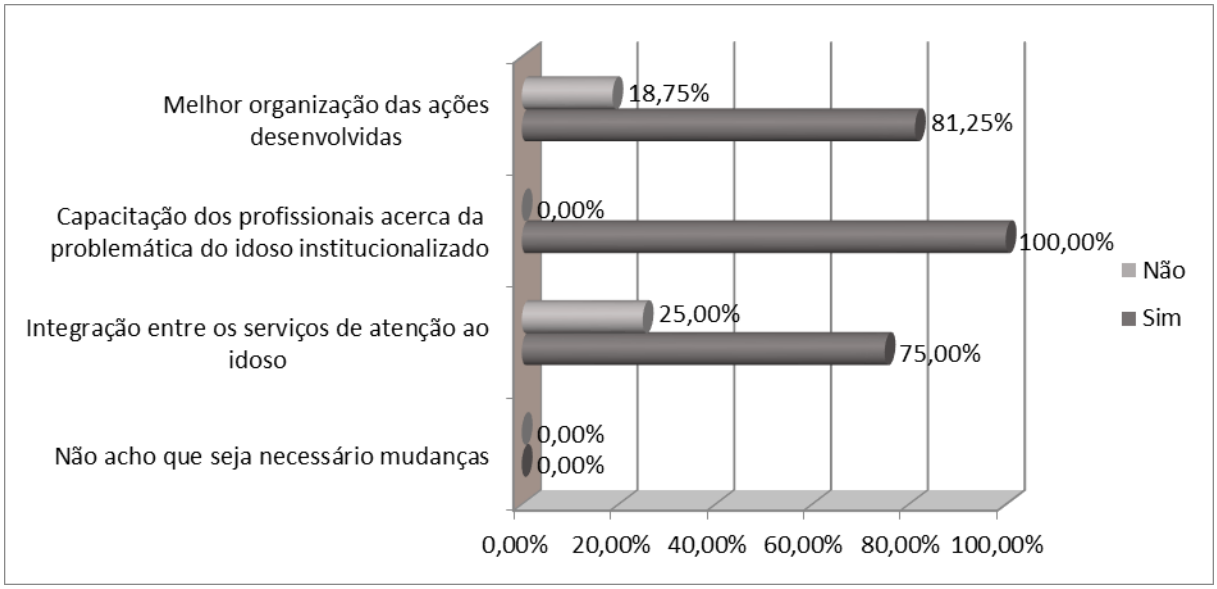
Envelhecer é um processo complexo que exige capacitação específica dos profissionais para a contemplação dos seus múltiplos aspectos. Ao se remeter ao envelhecimento em ILPI, o desafio se torna ainda maior, pois tal processo se apresenta com um significado próprio e diferente, exigindo dos profissionais, além das suas habilidades específicas, um sentimento aguçado para compreender a subjetividade de se residir em tais instituições. (NUNES et al., 2014 – procurar referência)

Os serviços de atenção ao idoso disponibilizados no município de Pombal que foram elencados pelos profissionais: igreja, a própria ILPI, Centro de Referência de Assistência Social (CRASS) e ESF. É perceptível como o número de serviços que esses idosos contam é escasso, além de que serviços como a ESF tem periodicidade das ações muito longa, caracterizando sua assistência em ações pontuais, sem resultados efetivos. Assim é preciso que os profissionais estudem e analisem a possibilidade de maior presença na ILPI, com uma maior integração entre suas ações como também com outros serviços.

De acordo com Motta, Aguiar e Caldas (2011), o envelhecimento não é um processo homogêneo, necessidades e demandas dos idosos variam, sendo preciso fortalecer o trabalho em rede para contemplar a atenção aos idosos saudáveis e atender àqueles com diferentes graus de incapacidade ou enfermidade, inclusive nos domicílios. Assim, o adequado cuidado ao idoso demanda um sistema de saúde coordenado, com cada instância contribuindo para as ações das demais.

Quando questionados ao que seria necessário para que a assistência ao idoso institucionalizado seja mais efetiva e equânime, todos os profissionais reconhecem a necessidade de capacitação acerca da problemática em questão, as ações desenvolvidas com melhor organização, bem como melhor integração dos serviços disponíveis ao idoso institucionalizado no município de Pombal – PB. Tais informações estão representadas numericamente no gráfico 2:

Gráfico 2 – O que você acha necessário mudar para que a assistência ao idoso institucionalizado seja mais efetiva e equânime. Pombal/PB, 2016.



Fonte: Autora, 2016

Apesar dos profissionais reconhecerem a gama de problemas, a frágil apropriação de conhecimentos de geriatria e sobre as peculiaridades do idoso institucionalizado dificulta a abordagem de questões características da atenção ao idoso. Apesar de identificarem componentes do problema, os profissionais não expressavam formas de solucionar ou minimizar os problemas, dentro das especificidades do conhecimento acerca do envelhecimento.

Segundo Mota e Aguiar (2007) possuir competências mínimas para operacionalização da concepção ampliada de saúde na atenção aos idosos, implica, entre outros fatores, na identificação precoce das situações de risco para a fragilização, isto é, risco de perda de autonomia e independência, na utilização de medidas preventivas e de suporte, e na prática do trabalho em equipe.

4.3 OFICINA REALIZADA COM PROFISSIONAIS ESF E ILPI SOBRE AS ESPECIFICIDADES DO ENVELHECIMENTO HUMANO COM FOCO AO IDOSO INSTITUCIONALIZADO

A I oficina de cuidados para idosos institucionalizados do município de Pombal integrou o estudo “Estratégias de promoção à saúde da pessoa idosa institucionalizada: desafios da atenção primária”, vinculado ao Mestrado Profissional em Saúde da Família UFRN/Fiocruz que tem como objetivo Conhecer as condições de saúde de idosos institucionalizados no município de Pombal – PB e sua relação com a Estratégia Saúde da Família da área adscrita, na perspectiva de propor estratégias de melhoria da assistência junto a equipe de saúde. O estudo foi realizado em um primeiro momento por meio da aplicação de questionários com os idosos residentes uma instituição de longa permanência para idosos e com os profissionais atuantes na Estratégia de Saúde da Família que cobre a área da referida instituição. O cenário do estudo foi o município de Pombal-PB.

Diante dos dados obtidos com as duas categorias de sujeitos – idosos e profissionais - e em cumprimento aos objetivos específicos propostos no estudo foi realizada uma oficina junto aos profissionais da ESF, NASF na perspectiva da elaboração de um protocolo de atendimento para a pessoa idosa institucionalizada.

A oficina pretendeu construir um instrumento para auxiliar os profissionais de saúde que atuam no CECOL a realizarem diagnósticos da situação de saúde em idosos, a fim de contribuir na elaboração de projetos terapêuticos individuais, de acordo com as necessidades apresentadas e contemplando as várias dimensões do ser humano em processo de envelhecimento.

A pesquisadora fez o convite formal aos profissionais envolvidos e teve a preocupação da oficina acontecer em datas que a maior parte dos profissionais da ESF e NASF pudesse participar.

4.3.1 Primeiro encontro

O primeiro encontro foi realizado no dia 17 de março de 2016 e contou com a presença de profissionais da ESF, NASF e a técnica de enfermagem da ILPI. Foram distribuídas pastas para os participantes contendo o material a ser utilizado na oficina.

A participação de um representante da ILPI faz-se necessária, pois conhece em profundidade as possibilidades e limitações da instituição. Segundo Ferreira, Bansi e Paschoal (2014) a ESF é um instrumento para a implantação de programas com foco nos cuidadores, uma vez que, por sua proximidade com o território e com a comunidade, tem uma visão mais ampla do contexto de vida cotidiana desses idosos.

O primeiro encontro abordou a temática da oficina e expôs os dados obtidos na pesquisa, através de apresentação em projetor multimídia. Foi elaborado um material impresso a ser distribuído entre os participantes contendo a justificativa do trabalho, a proposta da oficina e os dados, a fim de que pudessem conhecer a realidade dos idosos institucionalizados de sua área adscrita e como o idoso institucionalizado demanda atenção com diferencial.

Lisboa e Chianca (2012) reforçam a importância da assistência diferenciada, pois os idosos que estão institucionalizados despertam uma preocupação ainda maior pela fragilidade social, psicológica e física em que podem se encontrar. Percebe-se que estes idosos demandam, progressivamente, cuidados de saúde mais qualificados, justificados pelo nível de dependência, patologias instaladas, número de medicamentos utilizados e riscos de complicações apresentadas.

As discussões foram surgindo à medida que os dados eram apresentados, com os participantes levantando questões e refletindo como a assistência ao idoso institucionalizado necessitava de mudanças emergentes, como o aumento da frequência das atividades realizadas e melhor organização das ações.

Os participantes mostraram-se bastante interessados e dispostos a participar da elaboração do protocolo de atendimento para implementar em seus atendimentos. Também perceberam que a assistência oferecida aos idosos é feita de forma pontual e sem continuidade, com os profissionais trabalhando de forma independente, sem qualquer tipo de interdisciplinaridade.

Tais falas corroboram o estudo de Carvalho, Assunção e Bocchi (2010), no qual os autores observaram que alguns fatores dificultam a relação da ESF com idosos, incluindo o ineficaz planejamento do serviço, irregularidade de assistência das equipes e reduzida capacitação profissional.

Durante a discussão foi sugerido que representantes de outros serviços participem da oficina, como a equipe do Melhor em casa e ação social, já que algumas ações necessitam desses dois setores para serem realizadas, reforçando a

importância da integração dos serviços. Ficou acordado que a pesquisadora faria o convite formal a esses dois setores.

De acordo com Veras (2009), o peso assistencial ainda é preponderante e o notável grau de desarticulação dentro do sistema de saúde dificulta a operacionalização de qualquer lógica baseada em uma avaliação capaz de abranger os múltiplos aspectos da vida do idoso.

Em meio às discussões foi sugerido pelos profissionais a criação de um instrumento de avaliação multidimensional para o idoso institucionalizado contendo informações sobre a identificação do idoso, informações quanto às condições de saúde, avaliação funcional e cognitiva, mobilidade e uso de medicamentos.

O propósito de tal instrumento seria facilitar a assistência, pois todos os profissionais teriam um panorama holístico do idoso em questão. Ao final, ficou acordado que o protocolo seria elaborado no segundo encontro da oficina.

4.3.2 Segundo encontro

O segundo encontro da oficina aconteceu no dia 05 de abril de 2016 e foi trabalhada pelos profissionais a construção do instrumento de avaliação multidimensional sugerido no primeiro encontro, além de ter sido discutido com mais profundidade as peculiaridades do idoso institucionalizado.

O discurso dos sujeitos revela dualidade na percepção do atendimento recebido, emergindo aspectos positivos e negativos. Elegem a visita domiciliar e a própria assistência na ILPI como positivos e a frequência, ações individuais e demora entre os atendimentos como negativos. Revelam desconhecerem o direito à saúde e apresentam demanda de ações individualizadas de cuidado, e, embora algumas vezes necessitem de cuidados complexos em saúde, sequer demandam cuidado em rede integrada. Assim possa ser que exista grau de integralidade nas ações de uma equipe bem articulada em sua prática, mas que a integralidade plena do cuidado à saúde só pode ser alcançada em rede integrada.

A pesquisadora fez tentativas para convidar para participar da oficina a equipe do Melhor em casa e a ação social, porém o primeiro não deu resposta até o dia da capacitação e o segundo alegou que não podia participar pois estava envolvido em outros projetos que a seu ver tem mais emergência para serem efetivados.

Fonseca e Rizzotto (2008) afirmam que para perseguir os objetivos de promover o envelhecimento saudável e manter os idosos com independência pelo maior tempo possível, é necessário que os profissionais que atuam nos serviços de atenção à saúde tenham disponíveis tecnologias que permitam realizar diagnósticos corretos da situação de cada idoso, para, assim, planejarem as intervenções com segurança, uma vez que o processo de envelhecimento assume características particulares em cada indivíduo.

O instrumento foi elaborado na tentativa de contemplar todas as informações pertinentes à saúde do idoso, sendo semelhante a um roteiro de anamnese, dividido por sistemas do organismo humano, com a preocupação de citar patologias e sintomas mais comuns do envelhecimento. As escalas de avaliação funcional (Katz) e cognitiva (Mini-mental) foram inseridas, porém os profissionais propuseram que fossem feitas adaptações a fim de simplificar seu uso. Outras informações continham questões como mobilidade, avaliação nutricional e antropometria, atividade física, imunização e quedas. Todas as informações foram inseridas em comum acordo pelos participantes do encontro.

Os parâmetros contidos nas escalas de avaliação funcional ajudam a avaliar o grau de dependência do idoso, tornando-se fator essencial do cuidado. Permitem uma abordagem sistematizada para avaliar as dificuldades da pessoa idosa, auxiliam na identificação de problemas, na utilização de recursos adequados e na definição de terapêutica que envolvem vários profissionais, além de proporcionar um meio para avaliar o processo de desgaste que ocorre com o tempo e auxiliam na avaliação da capacidade da pessoa idosa de viver sozinha com segurança (GO, 2004).

Apesar das várias informações contidas no instrumento, a pesquisadora identificou que os profissionais não tinham inserido informações importantes como histórico familiar, aspectos sociais e familiares e o plano de cuidados. É importante que a ESF considere todos os aspectos da vida do idoso já que se configura como principal modalidade de atuação da atenção básica. Seus princípios são: atuar no território focado no diagnóstico situacional, enfrentamento dos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo; buscar a integração com instituições e organizações sociais; e ser espaço de construção da cidadania. A integralidade, ao longo da construção do SUS, passou a ser assumida como prática social e prática política, o

que torna necessário conhecer e compreender o modo de vida das pessoas a fim de viabilizar o cuidado integral (MATTIONI, BUDÓ e SCHIMITH, 2011).

Segundo Ferreira e Rizzoto (2008) a literatura disponibiliza vários instrumentos sobre diagnóstico de saúde em idosos, muitos destinados à avaliação da capacidade funcional e consequentemente para a definição do grau de dependência de idosos. Tais instrumentos, em sua maioria, contemplam apenas aspectos fisiológicos e partem de uma concepção de saúde centrada na biologia.

Um instrumento que seja capaz de atender as informações pertinentes a todos os aspectos que envolvem o idoso institucionalizado não deve se restringir a apenas informações de saúde, deve considerar as questões sociais e familiares daquele indivíduo.

O terceiro encontro vai pautar pela revisão dos instrumentos pelos profissionais, periodicidade de aplicação/alteração do mesmo e planejamento da aplicação do teste piloto.

4.3.3 Terceiro encontro

O terceiro encontro aconteceu no dia 12 de abril de 2016, a fim de que o instrumento fosse finalizado. Ao repassarmos o instrumento de avaliação multidimensional, a psicóloga e a assistente social identificaram que não constava que o mesmo não abordava questões como depressão e história familiar e social. A médica e a enfermeira sugeriram a inclusão de um item ao final que pudesse sintetizar todas as informações colhidas, assim foi inserido o diagnóstico situacional global, lista de problemas, cuidados e orientações por parte de cada área profissional (medicina, enfermagem, fisioterapia, nutrição, psicologia, serviço social e odontologia). Foi ainda inserido um espaço para exames complementares e evolução.

Idosos institucionalizados frequentemente são pessoas portadoras de doenças crônicas, em condição de poli farmácia, que necessitam de vigilância nutricional, bem como de apoio psicológico no enfrentamento das situações inerentes à institucionalização (NOBRE e NUNES, 2010). Essas intervenções devem ser compatíveis com as necessidades do idoso no seu plano multidimensional, o que

vem reforçar a importância de um caráter interdisciplinar na assistência, qualificando o serviço e mostrando respeito ao idoso (SALCHER, PORTELLA e SCORTEGAGNA, 2015).

O produto final conseguiu contemplar todas as competências propostas resultando num instrumento de avaliação multidimensional do idoso institucionalizado, no qual costa de todas as informações disponíveis quanto aos aspectos social, funcional e de saúde do idoso, permitindo que todos os profissionais tenham acesso a todas as atividades e orientações desenvolvidas para o idoso em questão, permitindo assim que a assistência seja de forma mais holística com cuidado multiprofissional e que os profissionais possam discutir planos de cuidados individualizados. A equipe multiprofissional permite o desenvolvimento e adaptação de funções, favorecendo maior autonomia e independência do idoso.

Nesse sentido, instrumentos desse tipo devem ser considerado, conforme Fonseca e Rizzotto (2014) como uma tecnologia leve-dura, dura por conter um conhecimento técnico definido previamente e leve por permitir o modo próprio do trabalhador utilizá-lo. As tecnologias leve-duras dizem respeito a um saber e também às relações, são fundamentais para a produção do cuidado e se referem a um jeito ou atitude própria do profissional atuar, guiado por certa intencionalidade.

Finalizado o instrumento, os participantes organizaram a aplicação do teste piloto através de uma ação coletiva em saúde. Profissionais da ESF e do NASF presentes no mesmo momento na ILPI, aplicando o instrumento. Foi planejado também a vacinação contra influenza na mesma oportunidade.

Foram definidas as ações de cada profissional: enfermeira e médica da ESF preenchendo informações referentes aos órgãos do sentido, sistemas cardiovascular, sistema digestivo, gênito-urinário, osteomuscular, nervoso e imunização; psicóloga: avaliação funcional e cognitiva, avaliação sócio familiar e psíquica; triagem de depressão; fisioterapeuta e educadora física: mobilidade, quedas e atividade física.

A pesquisadora apresentou a proposta de implantação do instrumento à direção da ILPI, a qual foi bem aceita e a ação foi agendada.

4.3.4 Aplicação do teste piloto

O teste piloto foi realizado com seis idosos participantes do estudo no dia 26 de abril de 2016. Foi possível fazer uma ação coletiva, na qual todos os profissionais da ESF/NASF e CECOL participaram e puderam manusear o instrumento que foi o produto final da oficina. Durante o teste com os idosos, o tempo máximo gasto para o preenchimento do instrumento foi de 35 minutos (somando o tempo gasto por cada profissional), o que entendemos não ser um tempo excessivo em se tratando de uma atividade que não precisa ser repetida em todas as visitas e ou consultas realizadas, mas que permite um bom diagnóstico acerca da realidade vivida pelo idoso. A estimativa de tempo gasto para aplicar todo o instrumento pode ser maior, se aplicado só por um profissional.

O resultado do teste piloto com os idosos, revelou ser o instrumento de fácil aplicação, útil na identificação de fatores que interferem na saúde do idoso, ao mesmo tempo em que permite determinar o grau de independência/dependência de forma compatível com as reais condições apresentadas pelos idosos.

Nessa fase de implantação, todos os idosos residentes serão avaliados pelos profissionais e frente às avaliações finais de cada idoso, planos terapêuticos serão estabelecidos, regulando a frequência dos profissionais na ILPI, com o intuito de que a ESF seja mais presente nesse ambiente. O tempo estabelecido inicialmente para reavaliação do instrumento foi de três meses, podendo ser alterado para espaços menores haja vista necessidade do idoso.

O trabalho em saúde deve responder a complexidade dos problemas de saúde e intervir de forma planejada, contemplando as demandas de cada segmento em particular. O produto final da oficina pode ser utilizado pelo profissional de saúde no seu processo de trabalho no sentido de identificar e evidenciar problemas não visíveis quando se está desprovido de meios que auxiliem no diagnóstico da realidade em todas as suas dimensões.

Dessa forma o instrumento proposto tem por finalidade mediar o trabalho em saúde, não interferindo na autonomia do trabalhador, uma vez que não define previamente a totalidade do processo de trabalho, mas pode ser um instrumento importante para o diagnóstico e o planejamento do cuidado em saúde de pessoas idosas institucionalizadas.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O envelhecimento populacional e os idosos ainda não recebem a devida atenção do sistema de saúde, reiterando a desvalorização social da velhice. É um grande desafio para as políticas públicas destacar a importância social do envelhecimento, o que provavelmente facilitaria a inclusão de conteúdos de interesse na formação dos profissionais de saúde. Tal situação é pior nas instituições de longa permanência para idosos, espaços em que seus residentes não são reconhecidos como integrantes da comunidade.

A Estratégia de Saúde da Família deve ser responsável pelo cuidado a todos ao idosos residentes na sua área de abrangência, inclusive os institucionalizados. Porém, o que é observada a marginalização dessa população. As ações são escassas e insuficientes para suprir as necessidades da demanda, além da desarticulação dos equipamentos sociais disponíveis no município em que o estudo foi realizado.

Os idosos participantes do estudo são de forma geral de baixa renda, pouca escolaridade, sem familiares que se preocupem com seu cuidado, e apresentam risco para dependência por sua avaliação funcional e demasiado uso de psicotrópicos. A instituição é de caráter filantrópico e não dispões de recursos humanos suficientes para prestar assistência adequada, sendo de fundamental importância a parceria com a ESF no cuidado com seus residentes.

Apesar da boa vontade dos profissionais entrevistados, a frágil apropriação de conhecimentos sobre envelhecimento e em especial “envelhecer sendo institucionalizado” dificulta a abordagem de questões características da atenção ao idoso, como as síndromes geriátricas e declínio funcional. Apesar de identificarem componentes do problema, os profissionais não dimensionavam corretamente suas consequências imediatas e mediatas, dentro das especificidades do conhecimento acerca do envelhecimento.

Bem mais que oferecer técnicas de cuidados básicos de saúde, os profissionais devem desenvolver atividades que otimizem o envelhecimento saudável em espaços como as Instituições de Longa Permanência para Idosos, visto que, nestas, os idosos se apresentam ainda mais fragilizados por trazerem consigo uma vivência por vezes muito dura de reclusão, solidão e abandono dos familiares.

Evidencia-se a necessidade de sensibilização e ação social quanto às questões pertinentes ao envelhecimento, e destaca-se a importância dos órgãos formadores manterem o olhar atento à formação dos futuros profissionais de saúde em uma lógica de cuidado pautado na rede de colaboração entre os diferentes profissionais.

Assim, como desafio para a sociedade, podemos dizer que cabe a nós, profissionais da saúde, enxergarmos o idoso além de suas limitações, e percebê-lo como um cidadão com direito à saúde integral nos diferentes níveis de complexidade.

Foi criado um instrumento de avaliação multidimensional para o idoso institucionalizado a fim de ser utilizado pelos profissionais para que melhorias na assistência comecem a ser visualizadas. É um pequeno passo, há ainda muito a ser feito, mas é preciso crer que só será o início da mudança nas condições de saúde daqueles idosos e por conseguinte na sua qualidade de vida.

Este estudo, embora tenha limitações, por ser descritivo e localizado em população restrita, sinaliza a necessidade de os profissionais da saúde estarem atentos ao processo de envelhecimento senil e planejarem estratégias de cuidado integrado em suas unidades. Além disso, serve de alerta aos gestores e ao Estado à premência de organizar a rede de cuidado para com a pessoa idosa institucionalizada na comunidade, adequando a oferta de serviços à demanda representada pelos idosos de hoje, em número crescente, e pelos que virão, com graus variados de níveis de cuidado.

Com o aumento desse segmento da população, os desafios são novos e exigem reestruturação e planejamento social e da saúde, priorizando alocações mais efetivas de recursos direcionados à assistência e principalmente à promoção da saúde, através da prevenção de doenças e educação em saúde. Desta forma, torna-se essencial a superação dos desafios impostos pelo fator institucionalização

REFERÊNCIAS

ABREU, Izabella Dutra de; FORLENZA, Orestes Vicente; BARROS, Hélio Lauar de. Demência de Alzheimer: correlação entre memória e autonomia. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo, v. 32, n. 3, p. 131-136, Jun 2005. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01016083200500030005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 13 maio 2016. http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832005000300005.

ALENCAR, Mariana Asmar et al. Perfil dos idosos residentes em uma instituição de longa permanência. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro , v. 15, n. 4, p. 785-796, Dez. 2012 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180998232012000400017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 15 Mai 2016. http://dx.doi.org/10.1590/S1809-98232012000400017.

ALMEIDA, Osvaldo P. Mini exame dos estado mental e o diagnóstico de demência no Brasil. **Arq. Neuro-Psiquiatr.**, São Paulo , v. 56, n. 3B, p. 605-612, Set. 1998 . Disponível em<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004282X1998000400014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 15 Mai 2015. http://dx.doi.org/10.1590/S0004-282X1998000400014.

ALVES, Ana Honorato Cantalice; PATRICIO, Anna Claudia Freire de Araújo; ALBUQUERQUE, Karla Fernandes; DUARTE, Marcella Costa Souto; SANTOS, Jiovana de Souza; OLIVEIRA, Michelle Salles. Ocorrência de quedas entre idosos institucionalizados: prevalência, causas e consequências. Rev. de pesquisa Cuidado é fundamental on line. v 8, nº 2, p. 4376-4386, Fev. 2016

ALVES-SILVA, Júnia Denise; SCORSOLINI-COMIN, Fabio; SANTOS, Manoel Antônio dos. Idosos em instituições de longa permanência: desenvolvimento, condições de vida e saúde. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre , v. 26, n. 4, p. 820-830, Dez. 2013. Disponível<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010279722013000400023&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 01 Jun 2015. http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722013000400023.

ANDRADE, Luana Machado et al . Políticas públicas para pessoas idosas no Brasil: uma revisão integrativa. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 18, n. 12, p. 3543-3552, dez. 2013 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232013001200011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 16 maio 2015. http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013001200011.

BORN, T. Cuidado ao idoso em instituição. In: PAPALÉO NETTO, M. **Tratado de gerontologia**. 2 ed. São Paulo: Atheneu, p.743-757, 2007.

BRASIL. Lei nº 8.842 de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1994; 4 Jan

_____. Decreto nº1.948, de 3 de Julho de 1996. Regulamenta a Lei nº8.842 de 4 de janeiro de 1994 que dispõe sobre a política nacional do idoso e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1996; 4 Jul

_____. Lei n. 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 3 out. 2003. Seção 1, p. 1.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. Resolução RDC nº. 283 de 26 de Setembro de 2005. Regulamento Técnico que define para as normas de funcionamento para as Instituições de Longa Permanência para Idosos. Diário Oficial da União, Brasília (DF). 27 set. 2005.

_____. Lei nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e determina outras providências. *Diário Oficial da União* 2006; 19 out.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de apoio a Descentralização. Diretrizes Operacionais: Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão – Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. Departamento de Apoio a Descentralização. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 80p. – (serie A. Normas e Manuais Técnicos) (Serie Pactos pela Vida; V.1)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília, 2012b. v. 4.

_____. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica - Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, 2010.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS. Atenção Primária e Promoção da Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2011. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 3).

_____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n° 466, 2012. Diretrizes e Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 13 jun. 2013. Seção 1 p. 59.

BORGES MRD, MOREIRA AK. Influências da prática de atividades físicas na terceira idade: estudo comparativo dos níveis de autonomia para o desempenho nas AVDs e AIVDs entre idosos ativos fisicamente e idosos sedentários. Motriz Rev Educ Fís. São Paulo: v 15, n 3, p. 562-73. Jul 2009.

BORN, T. (2002). Cuidado ao idoso em instituição. In M. Papaléo Netto (Ed.), *Gerontologia: A velhice e o envelhecimento em visão globalizada* (pp. 403-414). São Paulo, SP: Atheneu.

BORN, T. (2008). O cuidador familiar da pessoa idosa. In T. Born (Ed.), *Cuidar melhor e evitar a violência: Manual do cuidador da pessoa idosa* (pp. 59-63). Brasília, DF: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, Subsecretaria de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos.

BORN T. Cuidado ao idoso em instituição. In: Papaléo Netto M. Tratado de gerontologia. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2007; 743-57.

BRITO, F. C.; NUNES, M. I.; YUASO, D. R. Multidimensionalidade em gerontologia II: instrumentos de avaliação. In: PAPALÉO NETTO, M. **Tratado de gerontologia**. 2 ed. São Paulo: Atheneu, p. 133-146, 2007.

CALDAS, Célia Pereira. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 19, n. 3, p. 733-781, maio 2003 . Disponível em <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000300009&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 13 maio 2016. http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2003000300009.

CAMARANO A. A., KANSO S. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. Rev Bras Estud Popul;v. 27, n.1. p.232-5. 2010.

CANÇADO, F. A. X.; HORTA, M. L. Envelhecimento cerebral. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 194-211, 2006.

CARNEIRO, Rachel Shimba et al . Qualidade de vida, apoio social e depressão em idosos: relação com habilidades sociais. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre , v. 20, n. 2, p. 229-237, 2007 . Disponível em<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102797220070002000 08&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 15 Mai 2015. http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722007000200008.

CARREIRA, Ligia; BOTELHO, Marina Raduy; MATOS, Paula Cristina Barros; TORRES, Maricy Morbin; SALCI, Maria Aparecida. Prevalência de depressão em idosos institucionalizados. Rev. Enfermagem UERJ. Rio de Janeiro, v 19, nº 2, p 268-273, Abr/Jun, 2011.

CARVALHO, J. A. M; GARCIA, R. A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 19, n. 3, p. 725-733, Jun 2003 . Disponível em<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2003000300005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 23 Abr 2015. http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2003000300005.

CASTELLAR JI, KARNIKOWSKI MGO, VIANA LG, NÓBREGA OT. Estudo da Farmacoterapia Prescrita a Idosos em Instituição de Longa Permanência. Acta Med Port.Lisboa, v.20, n 8, p. 97-105. Janeiro, 2007.

CASTRO, S. D.; PRUDENTE, C. O. M. Perfil sóciodemográfico, mental e funcional de idosos institucionalizados. **Revista Eletrônica Saúde e Ciência.** v. 2, n. 4. p. 78 – 102, Jun 2012. Disponível em < http://www.rescceafi.com.br/vol2/n1/Artigo-VI-78-102.pdf> Acesso em 08 Mai 2015.

CHAIMOWICZ, Flávio. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 31, n. 2, p. 184-200, abr. 1997 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489101997000200014&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 13 maio 2016. http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89101997000200014

CHARCHAT-FICHMAN, Helenice et al . Declínio da capacidade cognitiva durante o envelhecimento. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo , v. 27, n. 1, p. 79-82, Mar. 2005 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151644462005000100017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 13 Maio 2016. http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462005000100017.

CREUTZBERG, Marion et al . A Instituição de Longa Permanência para Idosos e o sistema de saúde.**Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 15, n. 6, p. 1144-1149, Dez. 2007 . Disponível em<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104116920070006000 14&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 08 Mai 2015. http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692007000600014.

DIOGO, M. J. D'E. Modalidades de assistência ao idoso e à família: impacto sobre a qualidade de vida. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 1383-1387, 2006.

DUCA, Giovâni Firpo Del et al. Hospitalização e fatores associados entre residentes de instituições de longa permanência para idosos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 26, n. 7, p. 1403-1410, Jul 2010 . Disponível em<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X20100007000 19&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 30 Abr. 2015. http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2010000700019.

FERREIRA, Fernanda Pretti Chalet; BANSI, Luciana Orui; PASCHOAL, Sérgio Márcio Pacheco. Serviços de atenção ao idoso e estratégias de cuidado domiciliares e institucionais. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro , v. 17, n. 4, p. 911-926, Dec. 2014 . Disponível em<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809982320140004009 11&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 10 Mai 2015. http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2014.13053.

FONSECA, Francielli Brito da; RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon. Construção de instrumento para avaliação sócio-funcional em idosos. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 17, n. 2, p. 365-373, June 2008 . Disponível em<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000200020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 20 May 2016. http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072008000200020.

GAIAO, Luciene Ribeiro; ALMEIDA, Maria Eneide Leitão de; HEUKELBACH, Jorg. Perfil epidemiológico da cárie dentária, doença periodontal, uso e necessidade de prótese em idosos residentes em uma instituição na cidade de Fortaleza, Ceará. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo , v. 8, n. 3, p. 316-323, Set. 2005 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415790X200500030001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 15 Maio 2016. http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2005000300013

GAUTERIO, Daiane Porto et al . Caracterização dos idosos usuários de medicação residentes em instituição de longa permanência. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 46, n. 6, p. 1394-1399, Dez. 2012 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342012000600016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 13 Maio 2016. http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000600016.

GEIB L. T. C. Determinantes sociais da saúde do idoso. *Cien Saude Colet* v. 17 n.1 p.123-133. 2012.

GIL, A.C. (2007). *Como elaborar projetos de pesquisa*. (4ª ed.). São Paulo (SP): Atlas.

GOMES, Erika Carla Cavalcanti et al. Fatores associados ao risco de quedas em idosos institucionalizados: uma revisão integrativa. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 19, n. 8, p. 3543-3551, Aug. 2014 . Disponível em <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232014000803543&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 15 Maio 2016. http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014198.16302013.

GOMES GC, DIOGO MJD'E. Função motora, capacidade funcional e sua avaliação em idosos. In: Diogo MJD'E, Neri AL, Cachiori M organizadores. Saúde e qualidade de vida na velhice. São Paulo (SP): Alínea; 2004. p.107-32.

GUCCIONE A A. Avaliação Funcional do idoso. In: Guccione AA. Fisioterapia geriátrica. 2ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002; 114-24.

GUIMARÃES, R. M. O envelhecimento: um processo pessoal? In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 83-87, 2006.

GONÇALVES, L. G., VIEIRA, S. T., SIQUEIRA, F. V., & HALLAL, P. C. Prevalência de quedas em idosos asilados do município de Rio Grande, RS. *Revista de Saúde Pública*, v. *42*, n.5, p. 938-945 (2008).

IBGE. Censo Demográfico 2010. Disponível em:< http: //www.censo2010.ibge.gov.br> Acesso em 02 de Junho de 2015.

LEBRÃO, Maria Lucia. O envelhecimento no Brasil: Aspectos da transição demográfica e epidemiológica. Rev Saúde Coletiva. São Paulo, v 4, nº17, p. 135-140. Setembro, 2007.

LISBOA, Cristiane Rabelo; CHIANCA, Tânia Couto Machado. Perfil epidemiológico, clínico e de independência funcional de uma população idosa institucionalizada. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 65, n. 3, p. 482-488, Jun 2012 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672012000300013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 15 Maio 2016. http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672012000300013.

LIMA-COSTA M. F. F. & VERAS R., 2003. Saúde Pública e Envelhecimento. **Cadernos de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 19, n.3, p. 700-701, Mai/Jun. 2003a.

LINO, Valéria Teresa Saraiva et al . Adaptação transcultural da Escala de Independência em Atividades da Vida Diária (Escala de Katz). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 24, n. 1, p. 103-112, Jan. 2008 . Disponível em<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2008000100010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 23 Abr 2015. http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100010.

LOURENCO, Roberto A; VERAS, Renato P. Mini-Exame do Estado Mental: características psicométricas em idosos ambulatoriais. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 40, n. 4, p. 712-719, Aug. 2006 . Disponível em<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034891020060005000023&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 19 Abr 2015. http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102006000500023.

MACHADO, Juliana Costa et al . Avaliação do declínio cognitivo e sua relação com as características socioeconômicas dos idosos em Viçosa-MG. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo , v. 10, n. 4, p. 592-605, dez. 2007 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415790X2007000400017&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 13 maio 2016. http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2007000400017.

MAIA, Bruna Carla et al. Consequências das quedas em idosos vivendo na comunidade. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro , v. 14, n. 2, p. 381-393, jun. 2011 . Disponível em

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180998232011000200017&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 15 maio 2016.

MANSANO-SCHLOSSER, Thalyta Cristina et al. Idosos institucionalizados: organização cronológica das rotinas diárias e qualidade do sono. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 67, n. 4, p. 610-616, Ago. 2014 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S00347167201400040061 0&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 13 Maio 2016. http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2014670417.

MARTINS JJ, SCHIER J, ERDMANN AL. Políticas públicas de atenção à saúde do idoso: reflexão acerca da capacitação dos profissionais da saúde para o cuidado com o idoso. *Rev Bras Geriatr Gerontol* v. 10,n. 3. p. 371-387. 2007.

MATTIONI FC, BUDÓ MLD, SCHIMITH MD. O exercício da integralidade em uma equipe da Estratégia Saúde da Família: Saberes e Práticas. Texto & contexto enferm. 2011 abr/jun;20(2):263-71

MÉDICE, A. C.; BELTRÃO, K. I. Transição demográfica no Brasil: uma agenda para pesquisa. Resumo. In: IV Conferência Latino-Americana de Poblacion. Cidade do México, 1993.

MINAYO, M.C. de S. (Org.). (2010). *O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo (SP): Hucitec/Abrasco.

MINOSSO J. S. M, AMENDOLA F, ALVARENGA M. R. M, OLIVEIRA M. A. C. Validação, no Brasil, do Índice de Barthel em idosos atendidos em ambulatórios. Acta paul enferm. v. 23, n. 2, p. 218-23. 2010

MOTTA, Luciana Branco da; AGUIAR, Adriana Cavalcanti de; CALDAS, Célia Pereira. Estratégia Saúde da Família e a atenção ao idoso: experiências em três municípios brasileiros. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 27, n. 4, p. 779-786, Abr. 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2011000400017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 30 Mar 2015. http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011000400017.

NÉRI, A. L., YASSUDA, M. S., FORTES-BURGOS, A. C., MANTOVANI, E. P., ARBEX, F. S., TORRES, S. V. S., GUARIENTO, M. E. Relationships between gender, age, family conditions, physical and mental health, and social isolation of elderly caregivers. *International Psychogeriatrics,* v. *24* n.3, p.472-483. 2012.

NOBRE MT, NUNES MMF. Avaliação antropométrica de idosos residentes em instituições de longa permanência de Fortaleza-CE. Rev Bras Geriatr Gerontol [Internet] 2010 [acesso em 11 Maio 2016];13(2):235-44. Disponível em: http:// revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180998232010000200008&lng=pt.

NUNES, Jacqueline T., NUNES, Jarlene T., MARINHO, A.C.V. & FERNANDES, M.N.de F. (2014, março). Reflexões sobre os cuidados de enfermagem a idosos institucionalizados. *Revista Kairós Gerontologia, 17*(1), pp.355-373. ISSN 1516-2567ISSNe 2176-901X. São Paulo (SP), Brasil: FACHS/NEPE/PEPGG/PUC-SP

NUNES. V. A. M. Qualidade de vida na perspectiva de idosos institucionalizados no município de Natal – RN. 2007. Dissertação. Mestrado em Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal.

OLIVEIRA, Elizabete Regina Araújo de; GOMES, Maria José; PAIVA, Karina Mary de. Institucionalização e qualidade de vida de idosos da região metropolitana de Vitória - ES. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro , v. 15, n. 3, p. 618-623, Set. 2011 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141481452011000300011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 15 Maio 2016. http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452011000300011.

OLIVEIRA, Janine Melo de; ROZENDO, Célia Alves. Instituição de longa permanência para idosos: um lugar de cuidado para quem não tem opção?. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 67, n. 5, p. 773-779, Oct. 2014 . Disponível em<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672014000500773&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 22 Mai 2016. http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2014670515.

OLIVEIRA, Juliana Costa Assis de; TAVARES, Darlene Mara dos Santos. Atenção ao idoso na estratégia de Saúde da Família: atuação do enfermeiro. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 44, n. 3, p. 774-781, Set. 2010 . Disponível <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342010000300032&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 28 Mai 2015. http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342010000300032.

ONRAM. The epidemiologic transicion: a theory of the epidemiology of population change. The Milbank Quarterly, v 83, n° 4, p. 731-757. 2005.

PAPALÉO NETTO, M. O estudo da velhice: histórico, definição de campo e termos básicos. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 2-12, 2006.

PASCHOAL, S. M. P. Autonomia e independência. In: PAPALÉO NETTO, M. MINOSSO, J. S. M. et al. Validação, no Brasil, do Índice de Barthel em idosos atendidos em ambulatórios. **Acta paul. enferm**, v. 23, n. 2, p. 218-223, 2010.

PEREIRA et al. Programa Melhoria da Qualidade de Vida dos Idosos Institucionalizados. In: 8º Encontro de Extensão da UFMG, 2005, Belo Horizonte. Anais. Belo Horizonte: UFMG, 2005. p. 143 – 148.

PICCINI, R. X. et al . Necessidades de saúde comuns aos idosos: efetividade na oferta e utilização em atenção básica à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de

Janeiro , v. 11, n. 3, p. 657-667, Set. 2006 . Disponível <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232006000300014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 29 Mai 2015. http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232006000300014.

PRODANOV, C. C; FREITAS, E. C. Metodologia do trabalho científico [recurso eletrônico]: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico. 2. ed. – Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

REIS, P. O; CEOLIM, M. F. O significado atribuído a 'ser idoso' por trabalhadores de instituições de longa permanência. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 41, n. 1, p. 57-64, mar. 2007 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342007000100008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 17 Mai 2015. http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342007000100008.

SALCHER, Eduarda Brum Guedes; PORTELLA, Marilene Rodrigues; SCORTEGAGNA, Helenice de Moura. Cenários de instituições de longa permanência para idosos: retratos da realidade vivenciada por equipe multiprofissional. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro , v. 18, n. 2, p. 259-272, jun. 2015 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180998232015000200259&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 20 maio 2016. http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2015.14073.

SANTOS, S S C et al . Promoção da saúde da pessoa idosa: compromisso da enfermagem gerontogeriátrica. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 21, n. 4, p. 649-653, 2008 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010321002008000400018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 03 de Jun 2015. http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002008000400018.

SCHUNK C. Deficiência cognitiva. In: GUCCIONE A. A. Fisioterapia geriátrica. 2ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002; 141-50.

SECOLI R. Polifarmácia: interações e reações adversas no uso de medicamentos por idosos. Rev Bras Enferm. Brasília, v 63, 1, p.136 – 40. Julho 2010.

SILVA, C. A., CARVALHO, L. S., SANTOS, A. C. P. O., & MENEZES, M. R. Vivendo após a morte de amigos: História oral de idosos. Texto & Contexto Enfermagem. Florianópolis, v.16, n. 1, p. 97-104. 2007

Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia Seção São Paulo. Carta aberta sobre ILPI. São Paulo: SBGG-SP; 2007.

THIOLLENT, M. *Metodologia da pesquisa-ação.* São Paulo: Cortez, 1998.

TIER, C. G., FONTANA, R. T., & SOARES, N. V. Refletindo sobre idosos institucionalizados. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v.*57 n.*3, p.332-335. 2004.

VECCHIA, R. D; RUIZ, T.; BOCCHI, S. C. M; CORRENTE, J. E. Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. São Paulo, v. 8, n. 3, p. 246-252, set. 2005.

VERAS, R. Envelhecimento humano: ações de promoção à saúde e prevenção de doenças. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 140-146, 2006.

VERAS, Renato. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 43, n. 3, p. 548-554, Jun 2009 . Disponível <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102009000300020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 28 Mai 2015. Epub Abr 17, 2009. http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102009005000025.

VERA CJA, ASSUNÇÃO RC, BOCCHI SCM. Percepção dos profissionais que atuam na Estratégia de Saúde da Família quanto a assistência prestada aos idosos: revisão integrativa de literatura. Physis 2010;20(4):1307-24.

ANEXOS

ANEXO A - MINI EXAME DO ESTADO MENTAL

Vou fazer algumas perguntas e peço que o senhor preste atenção para respondê-las.	CERTO	ERRADO	NR
B1. Que dia é hoje?	1	0	99
B2. Em que mês estamos?	1	0	99
B3. Em que ano estamos?	1	0	99
B4. Em que dia da semana estamos?	1	0	99
B5. Que horas são agora aproximadamente? (Aceitar a variação de mais ou menos meia hora)	1	0	99
B6. Em que local estamos? (Apontar pro chão – dormitório, sala, quarto)	1	0	99
B7. Que local é este aqui? (Apontar ao redor – casa, hospital, instituto)	1	0	99
B8. Em que bairro nós estamos ou qual o nome de uma rua próxima?	1	0	99
B9. Em que cidade nós estamos?	1	0	99
B10. Em que estado nós estamos?	1	0	99
Vou dizer três palavras. Escute bem. Quando eu acabar de dizer as três palavras o senhor vai repetir: CARRO, VASO, TIJOLO. (Pontue a primeira tentativa. Caso o idoso não tenha acertado repita até três vezes para que ele aprenda).			
B11. CARRO	1	0	99
B12. VASO	1	0	99
B13. TIJOLO	1	0	99
Gostaria que o senhor me dissesse quanto é: (Corrija erros antes de prosseguir)			
B14. 100 – 7	1	0	99
B15. 93 – 7	1	0	99
B16. 86 – 7	1	0	99
B17. 79 – 7	1	0	99
B18. 72 – 7	1	0	99
O senhor lembra das três palavras que lhe pedi que repetisse agora há pouco?			
B19. CARRO	1	0	99
B20. VASO	1	0	99
B21. TIJOLO	1	0	99
B22. (Mostre um relógio) O que é isso?	1	0	99
B23. (Mostre uma caneta) O que é isso?	1	0	99
B24. Vou dizer uma frase. Preste bem atenção e repita quando eu acabar de falar. “NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ”.	1	0	99
Pegue este papel com a mão direita. Dobre-o ao meio e o coloque no chão. (Explique o comando de uma vez só e só)			
B25. Pega o papel com a mão direita	1	0	99
B26. Dobra o papel ao meio	1	0	99
B27. Coloca o papel no chão	1	0	99
B28. Vou lhe mostrar uma folha onde está escrita uma frase. Leia e faça o que a frase pede. (Mostrar o papel em que está escrito “FECHE OS OLHOS”)	1	0	99
B29. Gostaria que o senhor escrevesse uma frase. Qualquer uma de sua escolha, não precisa ser grande (Espaço indicado abaixo. Cobrir o instrumento para que o idoso não veja).	1	0	99
B30. Vou lhe mostrar um desenho e gostaria que o senhor o copiasse o mais parecido possível. (Considere acerto se o idoso fizer os dois pentágonos com a intercessão entre eles).	1	0	99
B31. Pontuação geral: _____			

ANEXO B- ÍNDICE DE KATZ – AVALIAÇÃO DE CAPACIDADE FUNCIONAL

D1	**Banhar-se (de esponja, na banheira ou no chuveiro)**
1	Toma banho completamente sem assistência.
2	Recebe assistência para lavar apenas uma parte do corpo, como: pernas ou costas.
3	Recebe assistência para lavar mais que uma parte do corpo ou não realiza.
D2	**Vestir-se (retirar roupas do armário e do cabide, inclusive roupas de baixo e sobretudo; lidar com fechos e cintos e calçar sapatos):**
1	Apanha as roupas e veste-se completamente sem assistência.
2	Apanha as roupas e veste-se sem assistência, exceto no amarrar os cordões dos sapatos.
3	Recebe assistência para arrumar as roupas e vestir-se ou permanece parcial ou completamente sem roupa.
D3	**Usar sanitário (ir ao sanitário para as eliminações, limpar-se após as eliminações e arrumar as vestes):**
1	Vai ao sanitário, se limpa e arruma as vestes sem assistência. (pode usar objetos auxiliares como bengala, andador e cadeira de rodas, pode usar comadre/papagaio à noite, esvaziando-os de manhã)
2	Recebe assistência para ir ao sanitário, no limpar-se e arrumar as vestes após as eliminações ou no uso de comadre/ papagaio à noite.
3	Não consegue usar o sanitário para as eliminações.
D4	**Deitar e levantar** da cama e sentar e levantar da cadeira:
1	Sobe e desce da cama assim como senta-se e levanta-se da cadeira sem assistência (pode estar usando objeto auxiliar com bengala, andador).
2	Sobe e desce da cama assim como senta-se e levanta-se da cadeira com assistência.
3	Não sai da cama, acamado completamente.
D5	**Continência** das eliminações:
1	Tem controle completo das eliminações urinária e intestinal.
2	Tem ocasionais “acidentes”(perdas da urina)
3	A assistência ajuda a manter o controle da micção (dos que usam cateter ou que são incontinentes).
D6	**Alimenta-se:**
1	Alimenta-se sem assistência.
2	Alimenta-se por si, exceto para cortar a carne e passar manteiga no pão.
3	Recebe assistência para alimentar-se.
4	Recebe alimentação por garagem ou por via enteral.

ANEXO C PARACER CONSUBSTANCIADO DO CEP

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
ONOFRE LOPES-HUOL/UFRN

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO À SAÚDE DA PESSOA IDOSA INSTITUCIONALIZADA NO MUNICÍPIO DE POMBAL ¿ PB: DESAFIOS DA ATENÇÃO

Pesquisador: Anne Karelyne de Faria Furtunato

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 46024315.2.0000.5292

Instituição Proponente: Mestrado Profissional em Saúde da Família no Nordeste

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.144.525

Data da Relatoria: 09/07/2015

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo descritivo, transversal, do tipo pesquisa-ação, com abordagem quantitativa a ser realizada com profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família Professor Kellysson Ramalho e no Núcleo de Apoio à Saúde da Família e com idosos residentes em uma instituição de longa permanência para idosos localizada na área de abrangência dessa ESF. O objetivo geral do estudo é propor estratégias de mecanismos que

promovam a melhoria da qualidade de vida e aumento da resolutividade da atenção à saúde da pessoa idosa institucionalizada a partir de ações desenvolvidas pela Estratégia Saúde da Família. Os objetivos específicos são caracterizar os serviços de atenção ao idoso no município de Pombal – PB, identificando as comunicações entre estes; identificar as ações desenvolvidas pela Estratégia Saúde da Família nas Instituições de Longa Permanência para Idosos(ILPI); realizar um diagnóstico situacional das condições de saúde dos idosos residentes em uma ILPI, identificando a capacidade funcional e cognitiva dos mesmos; identificar os serviços de saúde utilizados pelos idosos residentes na ILPI; realizar oficinas de capacitação sobre as especificidades do envelhecimento humano junto aos profissionais da ESF e apresentar proposta de cronograma de atividades a serem pactuadas entre ESF/NASF /ILPI. A população do estudo será constituída por todos os doze idosos residentes na instituição para o local da pesquisa, e para a identificação das ações realizadas pela

Endereço: Avenida Nilo Peçanha, 620 - 3º subsolo
Bairro: Petrópolis **CEP:** 59.012-300
UF: RN **Município:** NATAL
Telefone: (84)3342-5003 **Fax:** (84)3202-3941 **E-mail:** cep_huol@yahoo.com.br

Estratégia Saúde da Família com os idosos residentes na instituição a população será constituída pelos profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família Kellyson Ramalho, perfazendo um total de dezesseis profissionais. Serão aplicados dois instrumentos de coleta de dados: um instrumento utilizado para a caracterização dos idosos residentes na ILPI local do estudo aplicado aos idosos e outro para os profissionais da ESF e NASF para a identificação de ações desenvolvidas pela ESF junto aos idosos residentes no CECOL. O instrumento aplicado aos idosos constará de um formulário para caracterização sócio demográfica bem como do estado de saúde, além de conter escalas já validadas para avaliação funcional (Escala de Katz) e avaliação cognitiva (Mini Exame do Estado Mental – MEEM). Quanto ao instrumento de coleta de dados a ser aplicados aos profissionais, este constará de questões de múltipla escolha contendo informações referentes ao perfil do profissional, tempo de serviço na unidade, serviços de atenção ao idoso, conhecimento acerca da legislação destinada à pessoa idosa e
ações desenvolvidas em instituições de longa permanência para idosos. Os dados coletados serão agrupados por categorias de sujeitos (idosos e profissionais) e analisados separadamente. O armazenamento dos dados será feito no programa Microsoft Excel, sendo estes confrontados e corrigidos se apresentarem erros e inconsistências. Após verificação da consistência dos dados, estes serão tabulados utilizando o programa estatístico Statical Package for Social Sciences (SPSS) versão 2.0 para análise. Os dados serão discutidos à luz da literatura pertinente ao tema. Cumprir-se-á todos os preceitos éticos e legais relativos à pesquisa com sujeitos humanos, conforme as diretrizes regulamentadoras da resolução nº. 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde/MS e suas complementares, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado.

Objetivo da Pesquisa:

Propor estratégias de mecanismos que promovam a melhoria da qualidade de vida e aumento da resolutividade da atenção à saúde da pessoa idosa institucionalizada a partir de ações desenvolvidas pela Estratégia Saúde da Família.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Os riscos envolvidos na pesquisa serão mínimos onde o participante responderá a alguns questionamentos, não sendo identificado ou penalizado por nenhuma questão respondida. Caso ocorra algo indesejado, o participante poderá desistir a qualquer momento, retirando o consentimento, sem que isso lhe traga nenhum prejuízo ou penalidade. Caso ocorram danos provenientes da pesquisa, o participante será devidamente indenizado
pelos pesquisadores, se comprovado.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
ONOFRE LOPES-HUOL/UFRN

Benefícios: Os idosos e profissionais envolvidos irão contribuir para o aperfeiçoamento da assistência prestada aos usuários na ILPI, além de contribuir para formulação de ações ou políticas que venham favorecer a prevenção e minimização de agravos à saúde de idosos institucionalizados promovendo um envelhecimento mais digno.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo descritivo, transversal, do tipo pesquisa-ação, com abordagem quantitativa a ser realizada com profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família Professor Kellysson Ramalho e no Núcleo de Apoio à Saúde da Família e com idosos residentes em uma instituição de longa permanência para idosos localizada na área de abrangência dessa ESF.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Após verificação de toda documentação, constatou-se que encontra-se em conformidade com as normativas.

Recomendações:

Recomenda-se a aprovação do Projeto.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

NATAL, 09 de Julho de 2015

Assinado por:
HELIO ROBERTO HEKIS
(Coordenador)

ANEXO D – AUTORIZAÇÕES INSTITUCIONAIS E CARTAS DE ANUÊNCIA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA

AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Natal, 8 de junho de 2014.

Ao diretor do Centro de Convivência Odilon Lopes

Sr Acilon Ferreira de Lima

Pelo presente, solicitamos a V.S.ª autorização institucional para a realização de um estudo referente ao Trabalho de Conclusão de Curso do Mestrado Profissional em Saúde da Família, coordenado pelo RENASF/ Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família/ UFRN/Universidade Federal do Rio Grande do Norte, intitulado **"Estratégias de promoção à saúde da pessoa idosa institucionalizada no município de Pombal – PB: desafios da atenção primária".** O referido estudo será realizado durante os meses de agosto, setembro e outubro de 2015, com os idosos residentes no Centro de Convivência Odilon Lopes (CECOL), na cidade de Pombal – Paraíba, pela mestranda Anne Karelyne de Faria Furtunato, sob orientação da Profª Drª Vilani Medeiros Araújo Nunes.

Durante a coleta de dados será aplicado um formulário para caracterização sócio demográfica bem como do estado de saúde, além de conter escalas já validadas para avaliação funcional (Escala de Katz) e avaliação cognitiva (Mini Exame do Estado Mental – MEEM).

Após análise e discussão dos dados, estes serão apresentados à equipe integrante da Estratégia de Saúde da Família e em seguida será ministrada uma capacitação sobre as especificidades do envelhecimento humano e institucionalização de idosos junto aos profissionais da ESF, na perspectiva da implantação de estratégias com ações que visem a promoção da saúde da pessoa idosa no município.

Ressaltamos que serão cumpridos todos os preceitos éticos e legais relativos à pesquisa com sujeitos humanos, conforme as diretrizes regulamentadoras da resolução nº. 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde/MS e suas complementares, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado.

Na certeza de contarmos com vossa colaboração e empenho desta instituição, desde já

agradecemos a atenção, ficando à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários.

Atenciosamente,

Vilani Medeiros de A. Nunes

Profª. Drª Vilani Medeiros de Araújo Nunes
Orientadora e Coordenadora do Projeto
Mat. SIAPE 2330137

AUTORIZAÇÃO

(x) Concordamos com a solicitação ( ) Não concordamos com a solicitação

Acilon Ferreira de Lima

Acilon Ferreira de Lima
Diretor do Centro de Convivência Odilon Lopes

CECOL - Centro de Convivência de Terceira Idade "Odilon Lopes"
Acilon Ferreira de Lima
Presidente

Centro de Convivência da Terceira Idade "Odilon Lopes"
CNPJ: 09.344.359/0001-50

Pombal, 08 de junho de 2015.

Ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Onofre Lopes - CEP-HUOL

CARTA DE ANUÊNCIA

Eu, Acilon Ferreira de Lima, diretor do Centro de Convivência Odilon Lopes, venho por meio desta informar a V. Sª. que autorizo a pesquisadora Anne Karelyne de Faria Furtunato, aluna do Profissional em Saúde da Família, RENASF/UFRN a desenvolver a pesquisa intitulada **"Estratégias de promoção à saúde da pessoa idosa institucionalizada no município de Pombal – PB: desafios da atenção primária"**, sob orientação da Profª Drª Vilani Medeiros de A. Nunes. Declaro conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Esta instituição está ciente de suas corresponsabilidades como instituição participante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem estar.

Acilon Ferreira de Lima
Diretor do Centro de Convivência Odilon Lopes

Centro de Convivência da Terceira Idade "Odilon Lopes" Presidente

CECOL - Centro de Convivência da Terceira Idade "Odilon Lopes" Acilon Ferreira de Lima Presidente

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA

AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Natal, 8 de junho de 2015.

Á Secretária Municipal de Saúde
Srª Roselene Oliveira Pereira Freitas Queiroga

Pelo presente, solicitamos a V.S.ª autorização institucional para a realização de um estudo referente ao Trabalho de Conclusão de Curso do Mestrado Profissional em Saúde da Família, coordenado pelo RENASF/ Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família/ UFRN/Universidade Federal do Rio Grande do Norte, intitulado **"Estratégias de promoção à saúde da pessoa idosa institucionalizada no município de Pombal – PB: desafios da atenção primária".** O referido estudo será realizado durante os meses de agosto, setembro e outubro de 2015, com os profissionais de saúde que compõem a Estratégia de Saúde da Família (ESF) Professor Kellysson Ramalho, na cidade de Pombal – Paraíba, pela mestranda Anne Karelyne de Faria Furtunato, sob orientação da Profª Drª Vilani Medeiros Araújo Nunes.

Durante a coleta de dados será aplicado um questionário aos profissionais da ESF e NASF que constará de questões de múltipla escolha contendo informações referentes ao perfil do profissional, tempo de serviço na unidade, serviços de atenção ao idoso, conhecimento da legislação destinada à pessoa idosa e ações desenvolvidas em instituições de longa permanência para idosos.

Após análise e discussão dos dados, estes serão apresentados à equipe integrante da Estratégia de Saúde da Família e em seguida será ministrada uma capacitação sobre as especificidades do envelhecimento humano e institucionalização de idosos junto aos profissionais da ESF, na perspectiva da implantação de estratégias com ações que visem a promoção da saúde da pessoa idosa no município.

Ressaltamos que serão cumpridos todos os preceitos éticos e legais relativos à pesquisa com sujeitos humanos, conforme as diretrizes

regulamentadoras da resolução nº. 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde/MS e suas complementares, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado.

Na certeza de contarmos com vossa colaboração e empenho desta Secretaria, desde já agradecemos a atenção, ficando à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários.

Atenciosamente,

Vilani Medeiros de A. Nunes

Profª. Drª Vilani Medeiros de Araújo Nunes
Orientadora e Coordenadora do Projeto
Mat. SIAPE 2330137

AUTORIZAÇÃO

[X] Concordamos com a solicitação [ ] Não concordamos com a solicitação

Roselene Oliveira Pereira Freitas Queiroga
Secretária Municipal de Saúde
Roselene Oliveira F. Pereira de Queiroga
Matrícula: 578921
Secrtária Municipal de Saúde

PREFEITURA MUNICIPAL DE POMBAL
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Pombal, 08 de junho de 2015.

Ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Onofre Lopes - CEP-HUOL

CARTA DE ANUÊNCIA

Eu, Roselene Oliveira Pereira Freitas Queiroga, Secretária Municipal de Saúde do Município de Pombal - PB, venho por meio desta informar a V. Sª. que autorizo a pesquisadora Anne Karelyne de Faria Furtunato, aluna do Profissional em Saúde da Família, RENASF/UFRN a desenvolver a pesquisa intitulada **"Estratégias de promoção à saúde da pessoa idosa institucionalizada no município de Pombal – PB: desafios da atenção primária"**, sob orientação da Profª Drª Vilani Medeiros de A. Nunes. Declaro conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Esta instituição está ciente de suas corresponsabilidades como instituição participante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem estar.

Roselene Oliveira Pereira Freitas Queiroga
Secretária Municipal de Saúde

Roselene Oliveira F. Pereira de Queiroga
Matrícula: 578921
Secrtária Municipal de Saúde

Prefeitura de POMBAL
8 JEITOS DE MUDAR O MUNDO
Cel. João Leite, S/N – CENTRO – CEP 58.840-000 - CNPJ 10.602.526/0001-03
Telefax: (83) 3431 - 2609 / 3431 -2437 - Pombal – PB
Home Page: http:// www.pombal.pb.gov.br - E-mail: secsaude.pombal@gmail.com

APÊNDICES

APÊNDICE A - FORMULÁRIO DOS IDOSOS

A) INFORMAÇÕES SÓCIO DEMOGRÁFICAS:

1. Qual é sua idade? _____anos ( ) NR

2. Qual é sua data de nascimento?_____/_____/_____ ( ) NR

3. SEXO **( )** 1. Masculino ( ) 2. Feminino

4. Qual é o seu estado civil?

( )1. Casado/a ou vive com companheiro/a
( ) 2. Solteiro/a
( ) 3. Divorciado/a, separado/a ou desquitado/a
( ) 4. Viúvo/a
( ) NR

5. Qual sua ocupação durante a maior parte de sua vida?_____

6. O/a senhor/a é aposentado/a? ( ) 1. Sim ( )2. Não ( ) NR

7. Até que ano frequentou a escola?

( ) 1. Nunca foi à escola
( ) 2. Curso de alfabetização de adultos
( ) 3. Primário (até o ____ ano, atual nível fundamental 1ª a 4ª série)
( ) 4. Ginásio (até o ____ ano, atual nível fundamental, 5ª a 8ª série)
( ) 5. Científico, clássico (atuais ensino médio, curso colegial ou normal, magistério ou técnico, até o ____ ano
( ) 6. Curso Superior
( ) 8. Pós-graduação
( ).NR
Cálculo dos anos de escolaridade: _____.

8. Quantos filhos/as o/a senhor/a tem? _____ filhos/as ( ) NR

9. Há quanto tempo mora na instituição? _____ ( ) NR

B) INFORMAÇÕES DE SAÚDE

10. Em geral, como (a) Sr (a) avalia sua saúde:

1.( ) Boa 2.( ) Regular 3. ( ) Ruim

11. O (a) senhor (a) tem alguma dessas doenças: pressão alta, diabetes, doenças respiratórias, artrite/artrose/reumatismo, osteoporose, depressão, câncer, derrame ou AVC?

( ) 1. Sim ( ) 2. Não ( ) 99. NR

11.1. Se sim Qual (is)? _____

12. O (a) senhor (a) faz uso de algum medicamento? 1.( ) Sim 2.( ) Não

Em caso positivo, que tipos são utilizados? ( ) Anti-hipertensivos ( ) Hipoglicemiantes

( ) Psicotrópicos ( ) Outros _____

13. O/a senhor/a é fumante? ( ) 1. Sim ( ) 2. Não ( ) 99. NR

13.1 Caso sim, número de cigarros por dia:_____

14. O/a senhor/a possui dificuldades para dormir? ( )1. Sim ( ) 2. Não ( ) 99. NR

14.1 Se sim: ( ) Demora para adormecer ( ) Acorda durante a noite

( ) Acorda muito cedo ou muito tarde ( ) Sente-se sonolento durante o dia

15. O/a senhor/a pratica atividade física? ( ) 1. Sim ( )2. Não ( ) 99.NR

15.1 Caso sim, qual o tipo da atividade?_____

15.2 A pratica quantas vezes por semana?_____

C) AVALIAÇÃO DE QUEDAS/MOBILIDADE

18. O (a) Sr (a) sofreu alguma queda ou acidente no decorrer do último ano?

( ) nenhuma ( ) uma ( ) 2 a 4 ( )5 ou mais

19. Motivo (Tipo) da queda ( ) Vertigem ( ) Aparentemente acidental

( ) Tropeçou/escorregou ( ) Outros:_____

20. Precisou de ajuda para se levantar ( ) Sim, sozinho ( ) Sim, com ajuda ( ) Não

21. Consequências imediatas da queda/ Repercussão funcional pós-queda

( ) Nenhuma ( ) Ferida superficial ou contusão ( ) Fratura e outras consequências graves

22. Fraturas ( ) Sim ( ) Não

22.1. Se sim: ( ) vértebra ( ) fêmur ( ) antebraço ( ) outro_____

D) AVALIAÇÃO SOCIAL / INSTITUCIONAL

23. Como chegou à instituição: ( )Vontade própria ( ) Trazido por parentes ( ) Outros_____

24. Motivo da institucionalização: ( ) Não tem família ( ) Não tem quem cuide ( ) Outros ___

25. Interações: Você considera a relação:
Idoso/idoso:

( ) Ótima ( ) Boa ( )Regular ( ) Péssima

Idoso/funcionários:

( ) Ótima ( ) Boa ( )Regular ( ) Péssima

Idoso/dirigente:

( ) Ótima ( ) Boa ( )Regular ( ) Péssima

Idoso/familiares:

( ) Ótima ( ) Boa ( )Regular ( ) Péssima

E) SITUAÇÃO FAMILIAR / ASPECTOS GERAIS

26. Com quem residia antes de vir para a instituição?

27. Em sua opinião qual problema que mais o (a) atinge na vida diária:
( )nenhum ( ) econômico ( ) saúde ( ) pessoal ( ) outro _____

28. Recebe visitas dos familiares e amigos? ( ) Sim ( ) Não

APÊNDICE B - FORMULÁRIO PARA OS PROFISSIONAIS

1. Sexo ( ) Masculino ( ) Feminino

2. Idade: ..... anos

3. Função na Equipe de Saúde da Família: ( ) Enfermeiro ( ) Médico

( ) Técnico de Enfermagem ( ) Cirurgião dentista

( ) Agente comunitário de saúde ( ) Auxiliar de saúde bucal

( ) Profissional do NASF

4. Ano de formação: .....

5.Tempo de trabalho na Estratégia Saúde da Família / NASF: .....

6. Tem formação complementar com a temática de envelhecimento humano?

( ) Sim ( ) Não

7. Há alguma instituição de longa permanência para idosos – ILPI (abrigo) localizada na área de abrangência que você atua? ( ) Sim ( ) Não

8. Você considera idosos residentes em instituições de longa permanência para idosos como integrantes da área de abrangência? ( ) Sim ( ) Não

9. Você considera que a atenção a idosos institucionalizados deve ser diferenciada dos demais idosos? ( ) Sim ( ) Não

10. A Estratégia Saúde da Família é responsável pela assistência à saúde a idosos institucionalizados? ( ) Sim ( ) Não

11. A equipe de saúde da família que você atua desenvolve algum trabalho com idosos institucionalizados? Se a resposta for não, passe para a questão 14.

( ) Sim ( ) Não

12. Se sim, qual a frequência? ( ) Diariamente ( ) Semanalmente ( ) Mensalmente

13. Quais as atividades desenvolvidas com esses idosos?

( ) Imunização

( ) Acompanhamento de Hiperdia

( ) Visitas domiciliares

( ) Atendimento especializado (psicologia, fisioterapia, serviço social, nutrição,....)

( ) Outros...Especificar: _____

14. Quais os serviços de atenção aos idosos disponíveis no município que você conhece?

( ) ESF ( ) ILPI ( ) GRUPOS DE IDOSOS e CREAS ( ) Conselho municipal do idoso

15. Os serviços de atenção ao idoso trabalham de forma integrada? ( ) Sim ( ) Não

15. O que você acha necessário mudar para que a assistência ao idoso institucionalizado seja mais efetiva e equânime?

( ) Não acho que seja necessário mudanças.

( ) Integração entre os serviços de atenção ao idoso.

( ) Capacitação dos profissionais acerca da problemática do idoso institucionalizado

( ) Melhor organização das ações desenvolvidas.

( ) Outro...Especificar_____

APÊNDICE C - TERMOS DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
Aos idosos residentes no Centro de Convivência da Terceira Idade Odilon Lopes

Este é um convite para você participar da pesquisa: "**Estratégias de Promoção à Saúde da Pessoa Idosa Institucionalizada no Município de Pombal – PB: Desafios da Atenção Primária"**, sob a responsabilidade da pesquisadora Anne Karelyne de Faria Furtunato, aluna do Mestrado Profissional em Saúde da Família, e orientação pela Profª. Drª Vilani Medeiros de A. Nunes. Sua participação é voluntária, o que significa que você poderá desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento, sem que isso lhe traga nenhum prejuízo ou penalidade. Essa pesquisa tem como objetivo principal possibilitar: ações que promovam e garanta a melhoria da sua saúde e da qualidade de vida das pessoas idosas que residem em instituições, tendo a Estratégia Saúde da Família (ESF) um papel importante para que essas atividades sejam realizadas. Serão realizadas algumas perguntas o (a) senhor (a) para que possamos identificar suas condições de saúde.

Caso decida aceitar o convite, o (a) senhor (a) será submetido aos seguintes procedimentos: responderá perguntas sobre sua vida e suas condições de saúde. Além disso, iremos aplicar dois testes: um para avaliar sua capacidade cognitiva e outro para avaliar sua capacidade funcional, como você consegue realizar suas atividades diárias.

Os riscos envolvidos na pesquisa serão mínimos onde o (a) senhor (a) responderá a alguns questionamentos, não sendo identificado ou penalizado por nenhuma questão respondida. Caso ocorra algo indesejado, o (a) senhor (a) poderá desistir a qualquer momento, retirando o consentimento, sem que isso lhe traga nenhum prejuízo ou penalidade. Não haverá nenhuma despesa financeira com sua participação, uma vez que as informações serão coletadas no seu próprio local de trabalho.

Sua participação deve ser voluntária. O (a) senhor (a) não será pago por consentir participar dessa pesquisa, porém você poderá ser ressarcido, isto é, reembolsado, se gastar alguma coisa comprovadamente referente à pesquisa. O (a) senhor (a) também poderá ser indenizado se algum dano acontecer com você e se for comprovado que esse dano foi decorrente da pesquisa.

Quanto aos benefícios, o (a) senhor (a) irá contribuir para a melhoria da assistência oferecida aos idosos, além de contribuir para formulação de ações ou políticas públicas que venham favorecer a prevenção e minimização de agravos à saúde de idosos institucionalizados promovendo um envelhecimento mais digno. Além disso, o (a) senhor (a) poderá desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem que nenhum prejuízo possa afetar você. Todas as informações obtidas são confidenciais, utilizando todos os princípios que regem a Resolução do Conselho Nacional de Saúde n. 466/2012.

O (a) senhor (a) ficará com uma cópia deste Termo, elaborado em duas laudas, e se você tiver alguma dúvida em qualquer momento dessa pesquisa, terá o acompanhamento e assistência da pesquisadora Anne Karelyne de Faria Furtunato, aluna do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família, e da Profª Drª Vilani Nunes Araújo Nunes, orientadora da mesma, por meio do telefone (84) 3342-2275. A autorização para o desenvolvimento de todos os passos, anteriormente apresentados, serão considerados a partir da assinatura do impresso de consentimento.

Dúvidas a respeito da ética dessa pesquisa poderão ser questionadas junto ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL), 3º subsolo, localizado à Avenida Nilo Peçanha, 620 - Petrópolis - Natal/RN - 59.012-300, Brasil, e-mail: cep_huol@yahoo.com.br, localizado Telefone/Fax (84) 3342-5003.

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Declaro que estou suficientemente esclarecido e compreendi os objetivos desta pesquisa, como ela será realizada, os riscos e benefícios envolvidos e que consinto de forma voluntária a fazer parte da mesma, onde concordo em autorizar minha participação, contribuindo com o estudo: "**Estratégias de Promoção à Saúde da Pessoa Idosa Institucionalizada no Município de Pombal – PB: Desafios da Atenção Primária".**

_____

Assinatura do Participante

_____

Pesquisadora Responsável
Anne Karelyne de Faria Furtunato

Impressão dactiloscópica

Campus Universitário Br 101, Lagoa Nova – Natal/RN – CEP: 59072-970,Fone/fax: 3342-2275.

Pombal, _____ de _____de 2015.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
Aos Profissionais da Estratégia Saúde da Família

Este é um convite para você participar da pesquisa: "**ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO À SAÚDE DA PESSOA IDOSA INSTITUCIONALIZADA NO MUNICÍPIO DE POMBAL – PB: DESAFIOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA"**, sob a responsabilidade da pesquisadora Anne Karelyne de Faria Furtunato, aluna do Mestrado Profissional em Saúde da Família, e coordenada pela Profª. Drª Vilani Medeiros de A. Nunes. Sua participação é voluntária, o que significa que você poderá desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento, sem que isso lhe traga nenhum prejuízo ou penalidade.

Essa pesquisa tem como objetivos: Propor estratégias de mecanismos que promovam a melhoria da qualidade de vida e aumento da resolutividade da atenção à saúde da pessoa idosa institucionalizada a partir de ações desenvolvidas pela Estratégia Saúde da Família (ESF); Realizar um diagnóstico situacional das condições de saúde dos idosos institucionalizados, identificando a capacidade funcional e cognitiva dos mesmos; caracterizar os serviços de atenção ao idoso no município de Pombal – PB; descrever as ações desenvolvidas pela Estratégia Saúde da Família junto aos idosos institucionalizados e realizar oficinas de capacitação aos profissionais da ESF sobre as especificidades do envelhecimento humano.

Caso decida aceitar o convite, você será submetido aos seguintes procedimentos: responderá a um formulário sobre informações profissionais sobre as atividades realizadas pela Estratégia Saúde da Família na atenção à saúde de idosos institucionalizados.

Os riscos envolvidos na pesquisa serão mínimos onde o participante responderá a alguns questionamentos, não sendo identificado ou penalizado por nenhuma questão respondida. Caso ocorra algo indesejado, o participante poderá desistir a qualquer momento, retirando o consentimento, sem que isso lhe traga nenhum prejuízo ou penalidade. Não haverá nenhuma despesa financeira com sua participação, uma vez que as informações serão coletadas no seu próprio local de trabalho. A sua participação deve ser voluntária, você não será pago por consentir participar dessa pesquisa, porém você poderá ser ressarcido, isto é, reembolsado, se gastar alguma coisa comprovadamente referente à pesquisa. Você também poderá ser indenizado se algum dano acontecer com você e se for comprovado que esse dano foi decorrente da pesquisa.

Quanto aos benefícios, você irá contribuir para a melhoria da assistência oferecida aos idosos, além de contribuir para formulação de ações ou políticas públicas que venham favorecer a prevenção e minimização de agravos à saúde de idosos institucionalizados promovendo um envelhecimento mais digno.

Além disso, você pode desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem que nenhum prejuízo possa afetar você. Todas as informações obtidas são confidenciais, utilizando todos os princípios que regem a Resolução do Conselho Nacional de Saúde n. 466/2012.

Você ficará com uma cópia deste Termo, elaborado em duas laudas, e se você tiver alguma dúvida em qualquer momento dessa pesquisa, terá o acompanhamento e assistência da pesquisadora Anne Karelyne de Faria Furtunato, aluna do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família, e da Profª Drª Vilani Nunes Araújo Nunes, orientadora da mesma, por meio do telefone (84) 3342-2275.

A autorização para o desenvolvimento de todos os passos, anteriormente apresentados, serão considerados a partir da assinatura do impresso de consentimento.

Dúvidas a respeito da ética dessa pesquisa poderão ser questionadas junto ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL), 3º subsolo, localizado à Avenida Nilo Peçanha, 620 - Petrópolis - Natal/RN - 59.012-300, Brasil, e-mail: cep_huol@yahoo.com.br, localizado Telefone/Fax (84) 3342-5003.

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Declaro que estou suficientemente esclarecido e compreendi os objetivos desta pesquisa, como ela será realizada, os riscos e benefícios envolvidos e que consinto de forma voluntária a fazer parte da mesma, onde concordo em autorizar minha participação, contribuindo com o estudo: "**ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO À SAÚDE DA PESSOA IDOSA INSTITUCIONALIZADA NO MUNICÍPIO DE POMBAL – PB: DESAFIOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA**".

_____
Assinatura do Participante

Impressão dactiloscópica

_____
Pesquisadora Responsável
Anne Karelyne de Faria Furtunato

Campus Universitário Br 101, Lagoa Nova – Natal/RN – CEP: 59072-970, Fone/fax: 3342-2275.

Pombal, _____ de _____de 2015.

APÊNDICE E - PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DO IDOSO INSTITUCIONALIZADO /CENTRO DE CONVIVÊNCIA ODILON LOPES

I. IDENTIFICAÇÃO DO IDOSO

Nome:

Número de Registro na Instituição: Data de Admissão:

Data de Nascimento: Idade: Sexo:

Naturalidade: Estado: País:

Estado Civil: ( ) Casado ( ) Solteiro ( ) Viúvo ( ) Separado ( ) Outro _____

Escolaridade: Profissão:

Benefícios do INSS: ( ) Sim ( ) Não

( ) Aposentadoria ( ) Pensão ( ) LOAS

QUEIXA PRINCIPAL:

1. Órgãos dos Sentidos:

OLHOS

Deficiência visual: ( ) Sim ( ) Não

Se sim, qual?----------

CATARATA ( ) Sim ( ) Não

Já fez cirurgia? ( ) Sim ( ) Não

GLAUCOMA ( ) Sim ( ) Não

OUVIDOS

Deficiência auditiva: ( ) Sim ( ) Não

Usa aparelho auditivo? ( ) Sim ( ) Não

Otoscopia:

OLFATO

Preservado ( ) Sim ( ) Não

Reduzido ( ) Sim ( ) Não

PALADAR

Preservado ( ) Sim ( ) Não

Reduzido ( ) Sim ( ) Não

2. Sistema Cardiovascular

Avaliação da Pressão Arterial

Pressão Arterial	**MmHg**	**FC (bpm)**
Sentado	**/**	
Deitado após 5 minutos	**/**	

Sintomas:

Precordialgia ( ) Sim ( ) Não

Dispnéia de esforço ( ) Sim ( ) Não

Dispnéia em repouso ( ) Sim ( ) Não

Freqüência cardíaca: _____ **bpm** **Ausculta cardíaca:** _____

Pulsos periféricos: _____

3. Sistema Respiratório e Hábitos

Chieira	( ) Sim	( ) Não	Passado de pneumonia	( ) Sim	( ) Não
Tosse produtiva	( ) Sim	( ) Não	Passado de TBC	( ) Sim	( ) Não
Dor torácica	( ) Sim	( ) Não	Pneumoconioses	( ) Sim	( ) Não
Hemoptóicos	( ) Sim	( ) Não			

TABAGISMO

Você fuma? ( ) Sim ( ) Não

Quantos cigarros? _____

Há quanto tempo? _____

Há quanto tempo deixou de fumar? _____

Nunca fumou _____

CONSUMO DE ÁLCOOL

Em alguma época da sua vida, você bebeu pelo menos 5 doses de bebida alcoólica diariamente?

( ) Sim ( ) Não

Há Quanto tempo deixou de beber? _____

Nunca bebeu _____

Frequência respiratória: _____ **irpm** **Ausculta respiratória:** _____

Cianose de extremidades: _____

4. SISTEMA APARELHO DIGESTIVO

CAVIDADE ORAL

Xerostomia	( ) Sim	( ) Não
Problemas de mastigação	( ) Sim	( ) Não
Feridas ou lesões na mucosa oral ou língua	( ) Sim	( ) Não
Prótese dentária	( ) Sim	( ) Não
Prótese bem adaptada	( ) Sim	( ) Não
Higienização regular da boca ou prótese	( ) Sim	( ) Não

Engasgo

( ) Ocasionalmente
( ) Dependendo da dieta
( ) Freqüentemente

Sintomas:

HÁBITO INTESTINAL

Frequência _____ Coloração _____

Consistência _____ Alteração do hábito ( ) Sim ( ) Não

Diarrei _____ Presença de sangue e muco _____

Dor para evacuar _____ Constipação intestinal < 6 meses > 6 meses

Necessita do uso regular de laxativo e/ou extração manual ( ) Sim ( ) Não

Frequência das evacuações _____

Consistência das fezes _____

Incontinência fecal ( ) Sim ( ) Recente ( ) Crônica ( ) Não

Toque retal _____

Exame físico abdominal:

5. SISTEMA APARELHO GÊNITO-URINÁRIO

Próstata			**Sintomas ginecológicos**		
Prostatismo	( ) Sim	( ) Não	Secura vaginal	( ) Sim	( ) Não
Alteração do jato urinário	( ) Sim	( ) Não	Corrimento	( ) Sim	( ) Não
Noctúria	( ) Sim	( ) Não	Sangramento vaginal	( ) Sim	( ) Não
Último controle urológico:			Último controle ginecológico:		

Mamas

Nódulos _____ Mamilo _____ Secreção _____

Sintomas urinários	
Disúria ( ) Sim ( ) Não	Melhora quando vai ou é levado ao banheiro a tempo?
Incontinência urinária	Usa proteção ou fralda:
( ) Sim ( ) Não ( ) Recente ( ) Crônica	( ) Sim ( ) Não ( ) Diurna
( ) De urgência ( ) Quando tosse ou espirra	( ) Noturna ( ) Ambos

6. SISTEMA OSTEOMUSCULAR E CUTÂNEO

Sintomas	Deformidade	Dor	Edema
Articulações			
Estado dos pés			
Coluna cervical			
Coluna lombar			
Estado das mãos			
Estado das Unhas			
Estado da pele			
Úlceras de pressão			
Ceratose			
Lesões pré-cancerosas			
Lesões suspeitas de câncer			
Linfonodos palpáveis			

7. SISTEMA NERVOSO

Tremores _____ Repouso _____ Cinético _____ Misto _____

Tonturas ( ) ocasionalmente( ) Frequentemente

( ) Rotatória

( ) Rotatória ( ) Não rotatória (visão turva, desequilíbrio, "cabeça vazia")

( ) Associada a mudanças súbitas do pescoço/cabeça ( ) Associada a ortostatismo

Déficit focal _____

Rigidez

V. AVALIAÇÃO FUNCIONAL

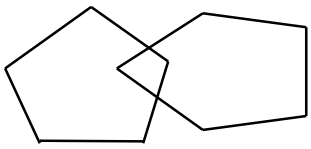
1. AVD (Atividades de Vida Diária)

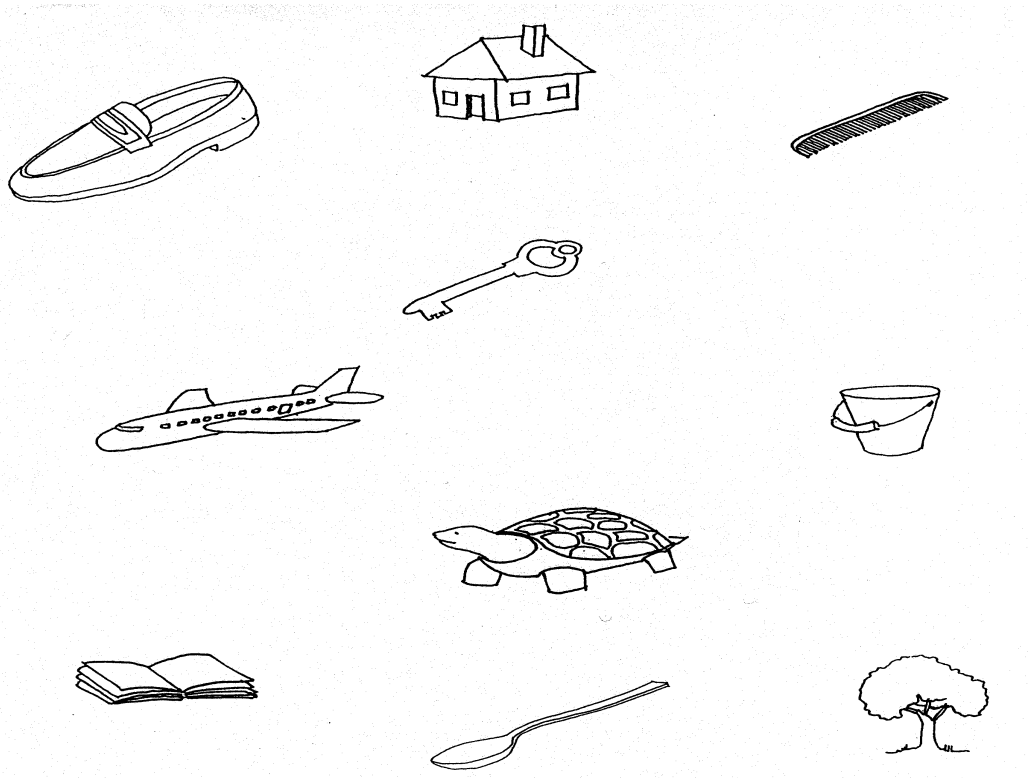
FUNÇÃO		INDEPENDÊNCIA	DEPENDÊNCIA
Atividades de vida diária básicas (auto-cuidado)			
Banhar-se: usa adequadamente o chuveiro, sabão e/ou bucha.			
Vestir-se: apanha a roupa, veste-se e consegue despir-se.			
Uso do banheiro: Locomove-se até o banheiro, despe-se e limpa-se e arruma a roupa.			
Transferir-se: Locomove-se da cama para a cadeira e vice-versa			
Controle esfincteriano	Micção		
	Evacuação		
Alimentar-se: consegue apanhar a comida do prato o equivalente e levar à boca			

2. AVALIAÇÃO DA SAÚDE MENTAL
2.1 TRIAGEM COGNITIVA
2.1.1 Pacientes com 8 anos ou mais de escolaridade

MINI-MENTAL DE FOLSTEIN (1975)

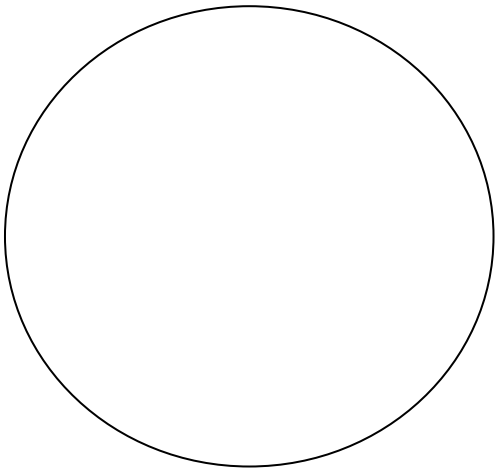
1. Orientação Temporal (5): Ano Mês Dia do Mês Dia da Semana Semestre
2. Orientação Espacial (5): Estado Cidade Bairro Local Andar
3. Registro (3): -Repetir: GELO, LEÃO e PLANTA
4. Atenção e Cálculo (5): 100 – 7 = 93 – 7 =86 – 7 =79 – 7 =72 – 7 = 65 MUNDO=ODNUM
5. Memória de Evocação (3): Quais os três objetos perguntados anteriormente?
6. Nomear dois objetos: relógio e caneta (0 a 2)
7. Repetir: “NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ”
8. Comando de estágios: “Apanhe esta folha de papel com a mão direita, dobre-a ao meio e coloque-a no chão” (0 a 3)
9. Escrever uma frase completa (0 a 1)
10. Copiar diagrama (0 a 1)
11. Ler e executar (0 a 1) FECHE SEUS OLHOS





TESTE DO RELÓGIO.....( )

"Desenhe um relógio com todos os números e marcando 11:10"



2.2 TRIAGEM DE DEPRESSÃO:

Escala Geriátrica de Depressão –versão simplificada de 5 ítens

(Para cada questão, escolha a opção que mais se assemelha ao que você está sentindo nas últimas semanas)

Você está satisfeito com sua vida?..... Sim Não
Você fica frequentemente aborrecido?..... Sim Não
Você se sente inútil com frequência?..... Sim Não
Você prefere ficar em casa em vez de sair e fazer coisas novas?..... Sim Não
Você pensa que não vale a pena viver como está agora?..... Sim Não

3. AVALIAÇÃO DA MOBILIDADE

Imobilidade completa (acamado) ( ) Sim ( ) Não

Caminhar: ( ) Sozinho ( ) Ajuda ocasional ( ) Ajuda freqüente

( ) Muleta ou bengala ( ) Andador ( ) Cadeira de rodas

Subir escadas (5 degraus) ( ) Sim ( ) Não

"Timed get up and go"

O paciente deve ser orientado a levantar-se de uma cadeira, sem apoio de braços, caminhar 3 metros, virar 180 graus quando andando e retornar, sentando na cadeira.

< 10 Seg 10 a 30 Seg > 30 seg

4. AVALIAÇÃO NUTRICIONAL

AVALIAÇÃO DIETÉTICA

Refeições completas/dia ( ) uma ( ) duas ( ) três

Ingestão de líquidos/dia ( ) < 3 copos () 3 a 5 copos () > 5 copos

Emagrecimento recente (>3k em 3 meses) () sim () não

ANTROPOMETRIA

Peso	
Altura	
IMC	

VI. HISTÓRIA PESSOAL ATUAL E PREGRESSA

1. SONO

Distúrbio do sono ( ) Normal

( ) Insônia

( ) Hipersonia

2. ATIVIDADE FÍSICA

3. USO DE DROGAS

Droga	Dose	Tempo de Uso

4. IMUNIZAÇÃO

Vacinação anti-tetânica	Completa	Incompleta	Ausente	Ignorado
Vacinação anti-influenza no último ano	Sim		Não	
Vacinação anti-pneumocócica	Sim		Não	
Outras Vacinas				

5. QUEDAS

Quedas no último ano	Nenhuma	Uma	2 a 4	5 ou mais
Repercussão	Fratura	Lesão partes moles	Medo	
Circunstâncias	tropeção/ escorregão	ausência de motivo aparente	perda de consciência	doença aguda
Quanto tempo ficou no chão				
Precisou de ajuda para se levantar				

6. FRATURAS Data:

Vértebra	Fêmur	Antebraço	outro
Acidental		Espontânea	

7. HISTÓRIA FAMILIAR POSITIVA PARA:

( ) Doença cardiovascular prematura (IAM ou morte súbita antes dos 55 anos no pai ou parentes de 1º grau do sexo masculino, ou antes dos 65 anos na mãe ou parentes de 1º grau do sexo feminino)

( ) Hipertensão arterial sistêmica

( ) Diabetes mellitus tipo II

( ) Doença tireoidiana

( ) Câncer de cólon

( ) Câncer de mama

( ) Câncer de próstata

( ) Osteoporose/Fratura de fragilidade

( ) Depressão

VII. AVALIAÇÃO PSÍQUICA E SÓCIO-FAMILIAR

1. Composição Familiar

Com quem residia antes de vir para a instituição? _____

Membros da Família

Nome	Parentesco	Sexo	Est.Civil	Local da residência	Visita	
					Sim	Não

2. Como chegou à instituição:

( ) Vontade própria ( ) Trazidos por outros ( ) Trazido por parentes

3. Motivo da institucionalização: _____

4. Para você, o que significa viver no asilo? _____

5. Religião

Qual? _____ Praticante? _____

Onde? _____ Frequência? _____

6. Área profissional

Ocupação de habilitações profissionais: _____

Situação atual _____

7. Interesses principais:
Antes da institucionalização: _____

Atuais: _____

CONCLUSÃO DIAGNÓSTICA/ PLANO DE CUIDADO:

1. DIAGNÓSTICO FUNCIONAL GLOBAL

DIAGNÓSTICO FUNCIONAL GLOBAL					
FUNÇÃO	**COMPROMETIMENTO FUNCIONAL**				
	NÃO	**SIM**			
AUTO-CUIDADO		( ) Semi-dependência	( ) Dependência incompleta	( ) Dependência completa	
AVDS INSTRUMENTAIS		( ) Dependência parcial	( ) Dependência completa		
MOBILIDADE					
QUEDAS					
FUNÇÃO COGNITIVA		( ) Declínio cognitivo associado ao envelhecimento	( ) Pseudo-demência (depressão)	( ) Delirium	( ) Síndrome demencial
DEPRESSÃO					
VISÃO					
AUDIÇÃO					
INCONTINÊNCIA URINÁRIA					
INCONTINÊNCIA FECAL					
ESTADO NUTRICIONAL		( ) Sobrepeso/obesidade	( ) Subnutrição		
SONO		( ) Hiperssonia	( ) Insônia		
LAZER					
SUPORTE FAMILIAR					
SUPORTE SOCIAL					
SEGURANÇA AMBIENTAL					

2. DIAGNÓSTICOS ETIOLÓGICOS

VIII. LISTA DE PROBLEMAS

IX. PLANO DE CUIDADOS (CONDUTA):

CUIDADOS MÉDICOS

Prescrição Medicamentosa:

Fatores de risco detectados:

( ) Tabagismo
( ) Alcoolismo
( ) Sedentarismo
( ) Diabetes
( ) Hipertensão Arterial
( ) Dislipidemia
( ) Angina pectoris
( ) Antecedente de: AVE, IAM, etc.

Vacinação

Cuidados de enfermagem:

Cuidados de Reabilitação:

Cuidados de Fisioterapia

Recomendação Nutricional

Cuidados de Saúde Bucal

Orientações Serviço Social

Cuidados de Saúde Mental

X- EXAMES COMPLEMENTARES
XI- EVOLUÇÃO