

MARIA ODETE PEREIRA HIDALGO ARAÚJO

**O AUTOCUIDADO EM IDOSOS INDEPENDENTES
RESIDENTES EM INSTITUIÇÕES DE
LONGA PERMANÊNCIA**

Este exemplar corresponde à versão final da Dissertação de Mestrado, apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do título de Mestre em Enfermagem, de Maria Odete Pereira Hidalgo de Araújo

Profa. Dra. Maria Filomena Ceolim

Orientadora



CAMPINAS

2003

200402949

i

**UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL
SECÃO CIRCULANTE**

MARIA ODETE PEREIRA HIDALGO ARAÚJO

***O AUTOCUIDADO EM IDOSOS INDEPENDENTES
RESIDENTES EM INSTITUIÇÕES DE
LONGA PERMANÊNCIA***

*Dissertação de Mestrado apresentada à Pós-Graduação
da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade
Estadual de Campinas para obtenção do título de
Mestre em Enfermagem.*

ORIENTADORA: PROFA. DRA. MARIA FILOMENA CEOLIM

CAMPINAS

2003

iii

UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL
SEÇÃO CIRCULANTE

UNIDADE	PC
Nº CHAMADA	UNICAMP
	Ar15a
V	EX
TOMBO BC/	57095
PROC.	16-P-177/09
C <input type="checkbox"/>	D <input checked="" type="checkbox"/>
PREÇO	R\$ 11,00
DATA	
Nº CPD	

CM00195057-4

BIB ID 310621

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP**

Ar15a Araújo, Maria Odete Pereira Hidalgo de
O autocuidado em idosos independentes residentes em instituições de longa permanência. / Maria Odete Pereira Hidalgo de Araújo. Campinas, SP : [s.n.], 2003.

Orientador : Maria Filomena Ceolim
Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas.
Faculdade de Ciências Médicas.

1. Enfermagem. 2. Geriatria. 3. Autocuidado. I. Maria Filomena Ceolim. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Banca Examinadora da Dissertação de Mestrado

Orientador(a) Prof.(a) Dr.(a) - Maria Filomena Ceolim

Membros:

1. Prof^a Dr^a Maria Filomena Ceolim *Maria Filomena Ceolim*
2. Prof^a Dr^a Maria Lucila Junqueira Barbosa *Barbosa*
3. Prof^a Dr^a Maria José D'Elboux Diogo *Maria José D'Elboux Diogo*

**Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas**

Data: 15/04/2003

v

**UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL
SEÇÃO CIRCULANTE**

DEDICATÓRIA

A realização deste trabalho foi para mim a concretização de um sonho, que não poderia ter se realizado se não fosse a parceria das pessoas de minha família que foram e são meus grandes aliados em todas as minhas empreitadas. Todos fazem parte da minha história de vida e em diferentes momentos da minha existência se disponibilizaram a ajudar-me para que eu pudesse chegar ao final da jornada.

À minha mãe, Diva Delgado Fonseca, mulher de luta, cuja força e dedicação sempre foram referenciais de sua pessoa.

Ao meu pai, Eulálio Pereira Neto, que me ensinou que com paciência e esforço alcançamos os nossos anseios.

Aos meus irmãos Débora, Bena, Eduardo e Alexandre, pelo privilégio e alegria de tê-los como irmãos e por terem caminhado comigo, sempre. Ao Alex, em especial, pela disponibilidade em assumir as crianças nos dias em que precisava ir para Campinas.

Ao meu esposo, Ruy Hidalgo de Araújo, pelos anos vividos juntos, pela cumplicidade, amizade e pelo amor. Pelo crescimento e amadurecimento que temos compartilhado ao longo da nossa caminhada.

Aos meus filhos, Isabella Grazzia e Daniel Vítor, por existirem e serem meus filhos queridos. Pela paciência, compreensão e solidariedade nas horas e dias em que me ausentei, tirando-lhes o tempo e a atenção que lhes deveriam ser dedicados.

Aos meus sobrinhos, Nívea Maria, Larissa Beatriz e Matheus, que muito alegram a minha vida.

A todas as pessoas que estão na arquibancada da vida, torcendo pelo meu sucesso.

A vocês, muito obrigada.

Maria Odete

A Deus, que me privilegia todos os dias com o dom da vida e que me enche de bençãos.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas, por ter-me possibilitado realizar este sonho.

Ao Prof.Dr. Vicente Prisco da Cunha, professor titular da disciplina de Prótese Total e Removível do Departamento de Odontologia da Universidade de Taubaté, por ter me incentivado a iniciar trabalhos de pesquisa em Gerontologia.

Às Profas. Dras. Ângela Maria Alvarez, Sofia Cristina Iost Pavarini, Cecília Galani e Neusa Maria Costa Alexandre, que gentilmente concederam pareceres como juízas, para a avaliação dos instrumentos elaborados para este estudo.

À Profa. Dra. Fernanda Aparecida Cintra, pela condução eficiente e dedicada como Coordenadora da Pós-Graduação do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas e pela contribuição como suplente nos exames de qualificação e arguição.

Ao Fundo de Apoio ao Ensino e à Pesquisa (FAEP) da Universidade Estadual de Campinas, pela concessão de recursos para apresentação de trabalho em evento.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo apoio financeiro, por intermédio da bolsa que me foi concedida.

Ao Carlos Alberto Fidelis, do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas, pelo trabalho de formatação da dissertação.

À secretária Janice Delgado da Pós-Graduação do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas, pela atenção que me foi atribuída.

Às irmãs Célia, Inês e Rita. Às funcionárias Goreti, Ivone e Zélia. À assistente social Maria Rita e aos auxiliares de enfermagem, pela colaboração com as informações necessárias para a coleta de dados, nas instituições.

Às amigas Maria Glória Oliveira de Moraes e Márcia Rita Arid Isolato, pela amizade e disponibilidade em me socorrer nos momentos difíceis.

A vocês, muito obrigada.

Maria Odete

Ao longo da minha caminhada, Deus colocou pessoas que muito me auxiliaram, partilhando comigo seus conhecimentos científicos e amizade. Pessoas comprometidas com o rigor na pesquisa científica, que me honraram ao participarem na elaboração deste estudo, de diferentes formas.

À Profª. Dra. Maria Lucila Barbosa Junqueira, pela amizade, confiança e disponibilidade para comigo nesses 20 anos que nos conhecemos. Mostrou-se sempre pronta a ajudar no que fosse preciso, sem medir esforços. Pela orientação na elaboração do projeto, avaliação dos instrumentos elaborados para a execução da pesquisa como juíza, participação nos exames de qualificação, pré-banca e arguição.

À Profª.Dra. Maria José D'Elboux Diogo, brilhante membro do Programa de Pós-Graduação do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas, por ter me aceito como mestranda e me proporcionado a satisfação em conhecê-la. Uma mulher culta, disciplinada e competente, mas de extrema humildade e dignidade. Pela participação da banca de juízes, exame de qualificação, pré-banca e arguição.

À minha orientadora, Profª. Dra. Maria Filomena Ceolim, por ter caminhado não à minha frente, mas ao meu lado, ensinando, orientando e em muitos momentos executando. Pelo respeito e gentileza para comigo. Pela competência e simplicidade, que a tornam uma pessoa tão especial.

Aos idosos que solicitamente concordaram em participar deste estudo, viabilizando a realização do mesmo, pela disponibilidade e afeto. Aos idosos que não tendo participado da pesquisa, em minhas visitas, sempre me receberam com afabilidade e ternura.

Muito obrigada,

Maria Odete

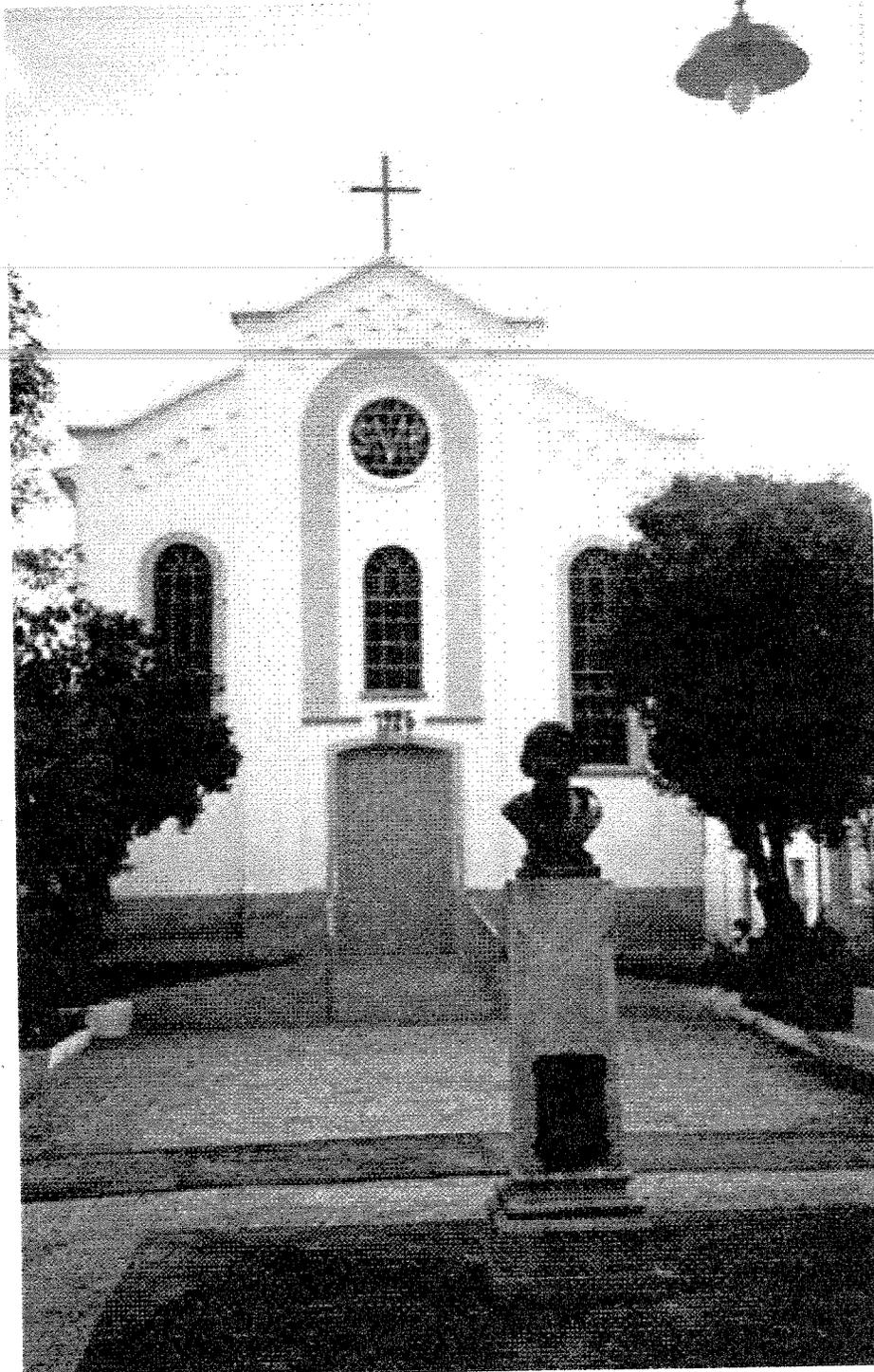
	<i>PÁG.</i>
RESUMO	xxv
ABSTRACT	xxix
1- INTRODUÇÃO	33
1.1- Considerações sobre envelhecimento e institucionalização na atualidade...	35
1.2- Referencial teórico - Teoria Geral de Enfermagem de Dorothea Orem.....	60
1.3- Justificativa.....	72
2- OBJETIVOS	75
3- CASUÍSTICA E MÉTODOS	79
3.1- Tipo de pesquisa.....	81
3.2- Campo da pesquisa.....	81
3.3- População da pesquisa.....	86
3.4- Aspectos éticos relacionados à pesquisa.....	88
3.5- Procedimentos de coleta de dados.....	88
3.6- Instrumento de coleta de dados.....	90
3.7- Análise dos resultados.....	92
4- RESULTADOS	95
4.1- Avaliação do grau de independência para desempenho de Atividades de Vida Diária – Fase 1.....	97
4.2- Avaliação do grau de independência para desempenho de Atividades de Vida Diária – Fase 2.....	102
4.2.1- Características sociodemográficas dos idosos independentes.....	104

4.3- Requisitos comprometidos, limitações e ações para o autocuidado: análise segundo a Teoria Geral de Orem.....	112
4.3.1- Requisitos de autocuidado relacionados às limitações apontadas pelos idosos.....	113
4.3.1.1- Requisitos universais.....	113
4.3.1.2- Requisitos de desenvolvimento.....	139
4.3.1.3- Requisitos de desvio da saúde.....	148
4.3.2- Requisitos de autocuidado comprometidos que não resultaram em limitações.....	177
4.3.2.1- Requisitos universais.....	177
4.3.2.2- Requisitos de desenvolvimento.....	196
4.3.2.3- Requisitos de desvio da saúde.....	213
5- CONCLUSÃO.....	229
6- CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	233
7- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	239
8- ANEXOS.....	261
9- APÊNDICE.....	309

	<i>PÁG.</i>
Tabela 1- Distribuição dos residentes segundo instituição a que pertencem, sexo e faixa etária. Taubaté, 2001.....	87
Tabela 2- Distribuição dos idosos segundo instituição a que pertencem, sexo, faixa etária e índice de katz. Taubaté, 2001.....	98
Tabela 3- Distribuição geral dos idosos das instituições pesquisadas segundo sexo, faixa etária e índice de katz. Taubaté, 2001.....	99
Tabela 4- Distribuição dos idosos excluídos da Fase 2 segundo instituição a que pertencem, sexo e faixa etária. Taubaté, 2001.....	103
Tabela 5- Distribuição dos 40 sujeitos segundo sexo, faixa etária e estado civil. Taubaté, 2001.....	104
Tabela 6- Distribuição dos 40 sujeitos segundo sexo e duração da institucionalização. Taubaté, 2001.....	106
Tabela 7- Distribuição dos 40 sujeitos segundo sexo e pessoa com quem residia antes da institucionalização. Taubaté, 2001.....	107
Tabela 8- Distribuição dos 40 sujeitos segundo sexo e o motivo da institucionalização referido pelo idoso. Taubaté, 2001.....	108
Tabela 9- Distribuição dos 40 sujeitos segundo sexo e escolaridade. Taubaté, 2001.....	111

	<i>PÁG.</i>
Quadro 1- Requisitos universais comprometidos: condições/alterações relacionadas, limitações referidas pelo idoso, ações de autocuidado e limitações para o autocuidado.....	114
Quadro 2- Requisitos de desenvolvimento comprometidos: condições/alterações relacionadas, limitações referidas pelo idoso, ações de autocuidado e limitações para o autocuidado.....	140
Quadro 3- Requisitos de desvio da saúde comprometidos: condições/alterações relacionadas, limitações referidas pelo idoso, ações de autocuidado e limitações para o autocuidado.....	149
Quadro 3^A- Distribuição do número de queixas referidas pelos idosos de acordo com os sistemas afetados.....	161
Quadro 4- Requisitos universais comprometidos: condições/alterações relacionadas, ações de autocuidado e limitações para o autocuidado.....	177
Quadro 5- Requisitos de desenvolvimento comprometidos: condições/alterações relacionadas, ações de autocuidado e limitações para o autocuidado. Taubaté, 2002.....	197
Quadro 6- Requisitos de desvio da saúde comprometidos: condições/alterações relacionadas, ações de autocuidado e limitações para o autocuidado. Taubaté, 2002.....	213

Quadro 7-	Distribuição dos dentes remanescentes nos 13 sujeitos que os possuíam.....	311
Quadro 3^B-	Distribuição do número e tipo de queixas referidas pelos 40 sujeitos, detalhadas de acordo com os sistemas afetados.....	313
Quadro 8-	Medicamentos ingeridos pelos 40 sujeitos, de acordo com os sistemas em que atuam.....	315



Instituição A

RESUMO

A pessoa idosa muitas vezes é institucionalizada por não possuir um cuidador, devido a problemas de relacionamento ou pela situação financeira familiar. O idoso institucionalizado nem sempre é encorajado a cuidar de si mesmo, o que contribui para o declínio de sua independência e autonomia. O presente estudo tem como objetivos: identificar o grau de independência para a realização de atividades da vida diária (AVDs) dos idosos residentes nas instituições asilares de longa permanência da cidade de Taubaté, SP, segundo avaliação baseada no Índice de Independência das AVDs de Katz (Fase 1); identificar os requisitos para o autocuidado que se encontram comprometidos nos idosos considerados independentes; identificar as ações e as limitações para o autocuidado apresentadas pelos idosos independentes; propor instrumento específico para avaliação do idoso institucionalizado (Fase 2). Os aspectos relacionados ao autocuidado foram avaliados segundo o referencial teórico de Dorothea Orem. Na Fase 1, foram avaliados 139 mulheres e 48 homens, identificando-se 70 idosos independentes (59 mulheres e 11 homens). Devido a declínio funcional, recusa e falecimento, 40 idosos (35 mulheres e 5 homens) participaram da Fase 2 do estudo, que consistiu de entrevista e avaliação física, utilizando-se instrumentos específicos. Os requisitos para o autocuidado que se encontravam comprometidos nos idosos considerados independentes foram: requisitos universais; requisitos de desenvolvimento e requisitos de desvio da saúde; as ações para o autocuidado apresentadas foram escassas, destacando-se a busca de tratamento médico e cuidados de enfermagem e a automedicação; as limitações para o autocuidado citadas foram, principalmente: a dificuldade de acesso ao atendimento de saúde; a falta de recursos financeiros, própria e por parte da instituição; as normas e rotinas impostas pela instituição; a falta de motivação; a falta de conhecimento. Os instrumentos propostos revelaram-se adequados aos objetivos do estudo.

Palavras-Chave: Enfermagem; Geriatria; Autocuidado

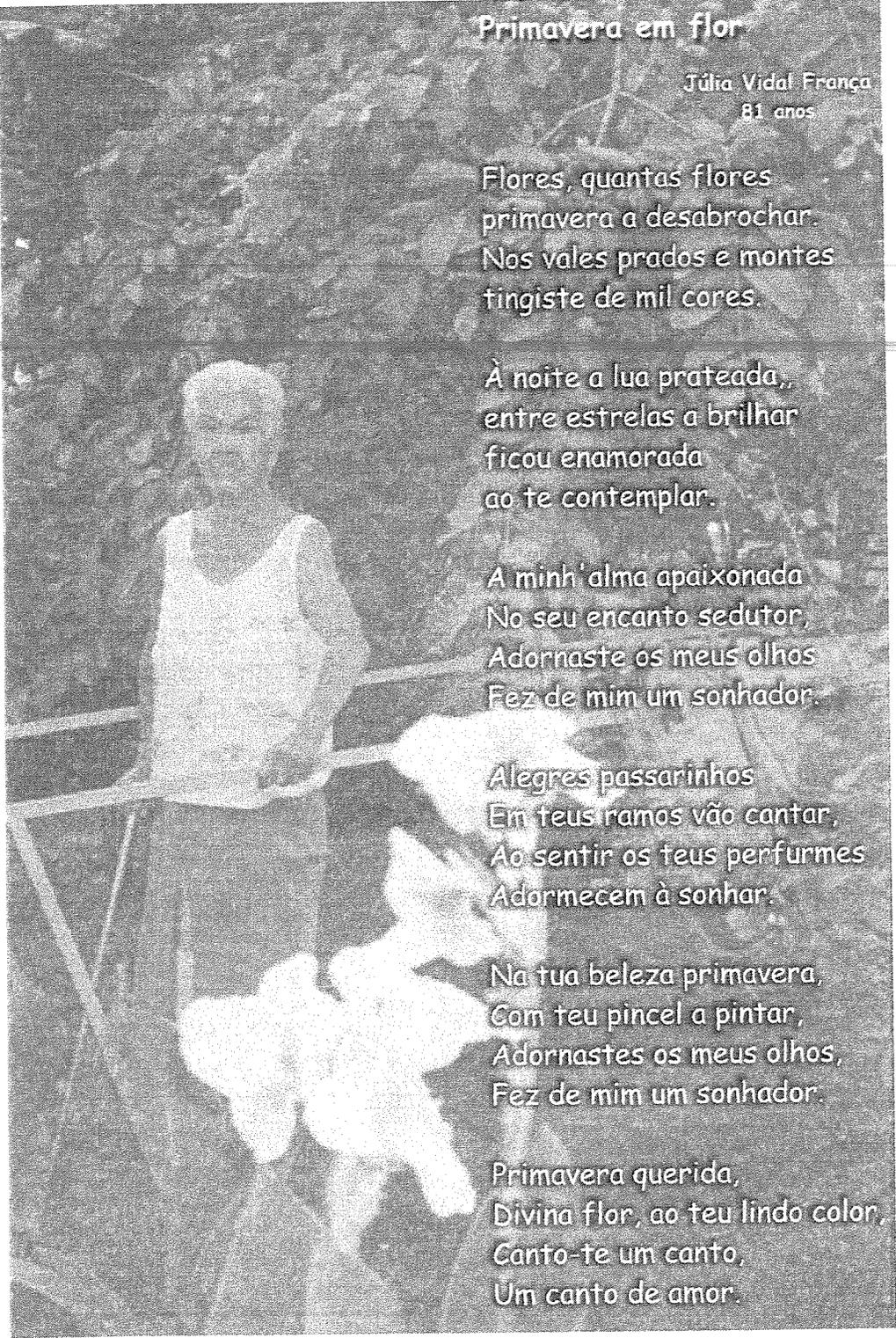


Instituição B

ABSTRACT

The elderly is many times institutionalized because he haven't got a caregiver, or due to problems of relationship or by poor financial familiar situation. The institutionalized elderly isn't always encouraged to take care of himself, what contributes for the decline of his/her independence and autonomy. The present study aimed at: identifying the level of independence for basic Activities of Daily Life (ADLs) of the elderly living at long term-care institutions of the city of Taubaté-SP, Brazil, according to the evaluation based on Katz's Index of ADLs (Phase 1); identifying self-care requisites unmet by the independent elderly; identifying the actions and limitations for self-care presented by independent elderly; proposing a specific instrument for evaluation of the institutionalized elderly (Phase 2). The aspects related to self-care were evaluated according to Dorothea Orem's theoretical framework. In Phase 1 were evaluated 139 women and 48 men; 70 subjects (59 women and 11 men) were considered independent for ADLs. Due to functional decline, refusal and death, Phase 2 of the study was conducted with 40 elderly (35 women and 5 men), who were interviewed and submitted to physical evaluation, according to specific instruments. The self-care requisites which were not met by the independent elderly were: universal self care requisites; developmental self-care requisites; and heath-deviation self-care requisites. Self-care actions presented were scarce, and were mostly related to the searching of medical treatment and nursing care, as well as to the use of over-the-counter medicines. The limitations for self-care reported by the elderly were mainly: the difficulty of access to proper health care; the lack of financial resources, own or by the institution's part; the norms and routines imposed by the institution; the lack of motivation; the lack of knowledge. The instruments proposed revealed adequate for the proposal of the study.

UNITERMS: Nursing, geriatrics, self-care



Primavera em flor

Júlia Vidal França
81 anos

Flores, quantas flores
primavera a desabrochar.
Nos vales prados e montes
tingiste de mil cores.

À noite a lua prateada,
entre estrelas a brilhar
ficou enamorada
ao te contemplar.

A minh'alma apaixonada
No seu encanto sedutor,
Adornaste os meus olhos,
Fez de mim um sonhador.

Alegres passarinhos
Em teus ramos vão cantar,
Ao sentir os teus perfumes
Adormecem à sonhar.

Na tua beleza primavera,
Com teu pincel a pintar,
Adornastes os meus olhos,
Fez de mim um sonhador.

Primavera querida,
Divina flor, ao teu lindo color,
Canto-te um canto,
Um canto de amor.

1- INTRODUÇÃO

1.1- CONSIDERAÇÕES SOBRE ENVELHECIMENTO E INSTITUCIONALIZAÇÃO NA ATUALIDADE

A velhice começou a ser estudada de forma mais sistemática no final dos anos 50, quando países como Estados Unidos, Alemanha, França e países escandinavos sofreram mudanças populacionais que influenciariam os estudos da fase adulta (VERAS et al; 1987; NERI, 1994; NERI, 1995). São várias as definições dos autores acerca da velhice e possivelmente isso se deve ao fato de essa fase da vida despertar, no ser humano, sentimentos tão diversos.

O envelhecimento é um processo biológico que, segundo alguns autores, se inicia ao nascer e portanto é gradual, variando de acordo com cada órgão, sistema e de indivíduo para indivíduo. É uma fase irreversível e cheia de transformações, pela qual deverão passar todos os seres vivos, inexoravelmente (SIMÕES,1994). O declínio de cada sistema orgânico, entretanto, independentemente da codificação genética, sofre influência de vários fatores como hábitos pessoais e alimentares e influências ambientais (PAULA et al.; 1998).

NERI (2001) ressalta que o envelhecimento é um processo de alterações funcionais e universais que, geneticamente relacionadas, ocorrem em diferentes ritmos para cada indivíduo ou espécie. Essas alterações se caracterizam por diminuição da maleabilidade do comportamento, aumento da vulnerabilidade e de perdas e aumento da probabilidade de morte. Essa autora faz uma interessante analogia entre o desenvolvimento humano e o desenvolvimento de plantas frutíferas. Tal comparação proporciona três temas essenciais para a psicologia do desenvolvimento, como se segue.

O primeiro tema é acerca do desenvolvimento como uma trajetória de contínuas e ordenadas mudanças em que da semente nasce uma planta, que dará origem à flor; esta por sua vez gera o fruto que contendo, no seu interior sementes, dará vida a novos exemplares, perpetuando, dessa forma, a espécie.

Como segundo tema, NERI (2001) propõe o da culminância: fase em que o fruto, no ápice de sua maturidade, gera novas sementes, pois de sua reprodução depende a espécie.

O terceiro tema é caracterizado pelo declínio. Cumprida sua missão de manter viva a sua espécie, sem ter maiores razões para continuar existindo, o organismo torna-se envelhecido e morre.

A autora apropria-se dessa metáfora para descrever o ciclo de vida do ser humano e o declínio é explicado pelas inúmeras alterações psicomotoras, afetivas, sociais e cognitivas, pelas quais esses passarão. A velhice, sendo a última fase do ciclo vital, é demarcada por eventos de natureza variada, com declínio psicomotor, restrição dos papéis sociais, afastamento social e alterações cognitivas (NERI,2001).

Atualmente consideram-se subdivisões dessa fase da vida, cujo início é habitualmente definido de acordo com o marco cronológico estabelecido pela Organização Mundial de Saúde. Segundo essa definição, a velhice inicia aos 65 anos nos países desenvolvidos e aos 60 anos nos países em desenvolvimento, como o Brasil (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD,1984). As subdivisões são denominadas: velhice inicial, velhice e velhice avançada. É comum também ter-se padrões de velhice e de envelhecimento, como forma de classificar o ritmo e o modo com que tal evento ocorre (NERI,2001).

A comunidade científica voltada aos estudos gerontológicos é cônica das progressivas e irreversíveis mudanças que vêm ocorrendo no perfil demográfico em todo o mundo (DIOGO e DUARTE,1999). A preocupação atual da sociedade com o tema envelhecimento se deve ao fato de os idosos representarem o grupo etário com o crescimento numérico mais significativo (DEBERT,1999).

No Brasil, o envelhecimento populacional apresenta características próprias e diferentes em relação aos países desenvolvidos e a alguns países vizinhos, que são atribuídas à velocidade com que se processa a transição demográfica, termo aplicado a um conjunto de mudanças socioeconômicas e demográficas pelas quais passa uma determinada

população. O Brasil se caracteriza por sua grande extensão territorial e notáveis contrastes entre as cinco regiões em que se divide, com pólos que concentram riquezas regiões Sul e Sudeste e outros de extrema pobreza (Norte e Nordeste), com condições de saúde próprias de países sub-desenvolvidos (CHAIMOWICZ,1997; CANÇADO,1997; DIOGO e DUARTE,1999).

O Brasil, como muitos outros países em desenvolvimento, ao longo de sua evolução histórica, vem apresentando desigualdades sociais e econômicas entre as diferentes regiões do país. Observam-se regiões que apresentam melhores condições e mais conquistas na área de saúde, por exemplo, ficando outras à mercê das condições climáticas e estratégias políticas, que na maioria das vezes não as favorecem.

As modificações gradativas e portanto a longo prazo, que ocorrem nos padrões de morbidade, invalidez e morte, caracterizam a transição epidemiológica. No Brasil, esta não tem seguido o modelo ocorrido nos países industrializados e em alguns países latinos como Chile, Costa Rica e Cuba. O modelo brasileiro se deve à extensão do país e às díspares situações das cinco regiões, que caracterizam uma polarização epidemiológica. Enquanto as doenças infecciosas e parasitárias declinam nas Regiões Sul e Sudeste, aparecem ainda em níveis alarmantes no Nordeste. A ocorrência de mortalidade por doenças crônico-degenerativas, entretanto, tem índices mais elevados nas Regiões Sul e Sudeste. Estas características conduzem a uma transição prolongada, pois tem-se a morbimortalidade elevada por ambos os padrões e uma superposição entre as etapas em que predominam as doenças transmissíveis e crônico-degenerativas (RAMOS et al.; 1987; CHAIMOWICZ, 1997).

No Brasil, verifica-se ainda uma contra-transição, pela reintrodução da dengue e do cólera, pelo agravamento de doenças parasitárias como malária e leishmaniose e de doenças infecciosas como a hanseníase e tuberculose (CHAIMOWICZ,1997).

O termo transição epidemiológica é usado preferencialmente ao de transição demográfica para justificar as mudanças na estrutura etária, com diminuição das taxas de mortalidade, diminuição das taxas de fertilidade e aumento da expectativa de vida (KALACHE et al.; 1987). Termos como processo de urbanização, diminuição das taxas de

fecundidade total e a transição epidemiológica estão associados (CHAIMOWICZ,1997). Existe uma correlação muito direta entre os processos de transição demográfica e transição epidemiológica (KALACHE et al.; 1987; CHAIMOWICZ, 1997).

CANÇADO (1997) afirma:

"É lógico que este crescimento demográfico não se faz de maneira uniforme nos diferentes países do mundo. É importante observar a situação econômica, cultural, industrial, assistencial e política dos diferentes países."

Como consequência da Revolução Industrial iniciada na Inglaterra no final do século XVIII (READER'S,1998), ocorreu um fenômeno migratório da área rural para as cidades, sendo essa uma marcante evidência nos países menos desenvolvidos (CANÇADO,1997).

Por volta de 1800, menos de 3% da população mundial viviam nas cidades, enquanto em 1950 já eram 25%. Esse rápido processo de migração da população rural para as cidades trouxe enormes problemas para administradores, instituições e comunidade, uma vez que, sem condições financeiras para se estabelecer nos centros urbanos, as famílias se amontoavam em casebres, ruas e favelas e, sem recursos de saneamento básico, formavam grandes focos de miséria e violência (CANÇADO,1997).

Este fenômeno de "inchaço" das cidades ocorreu em toda a América Latina, pois sem condições de trabalho, educação e saúde na zona rural, as famílias migraram para as cidades, cheias de ilusões sobre as oportunidades de vida na cidade grande (VERAS et al; 1987; CANÇADO, 1997). Entretanto, o processo de urbanização não é um fenômeno restrito ao passado, pois continua acontecendo e coloca grandes desafios aos governos e países. Segundo o Relatório Anual das Américas, cerca de 160 mil pessoas abandonam diariamente as áreas rurais e migram para as cidades (IBGE,2000).

Segundo Censo de 2000, continua no Brasil o processo de esvaziamento rural, verificando-se que a taxa de urbanização era de 75,59% em 1991, passando para 81,23% em 2000. As cidades que mais cresceram foram aquelas com mais de 500 mil habitantes e

os municípios com mais de 100 mil habitantes. Entretanto, os municípios com populações entre dez e 100 mil habitantes apresentaram baixo crescimento entre os dois últimos levantamentos estatísticos (IBGE,2000).

Paralelamente à urbanização, a partir da década de sessenta verificou-se na população brasileira aumento exponencial da longevidade e queda das taxas de fecundidade. Observou-se também que o índice de envelhecimento populacional, que em 1960 era de 6,4, elevou-se para 13,9 em 1991, incremento superior a 100% em apenas três décadas. No início do século XX, 25% dos indivíduos chegavam aos 60 anos, enquanto que em 1990 essa proporção ultrapassou 78% para as mulheres e 65% para os homens (CANÇADO, 1997; CHAIMOWICZ,1997; DIOGO e DUARTE,1999; PASCHOAL, 1999a).

Segundo os dados do IBGE (2000), o grupo de idosos com 65 anos ou mais apresenta uma trajetória ascendente de 5,85% em 2000 contra 4,83%, em 1991. A Região Centro-Oeste apresenta o maior crescimento relativo (30,58%) na proporção de pessoas com 65 anos ou mais. O Brasil apresentava, em 2000, uma proporção 19,77 idosos para cada 100 crianças de até 15 anos, se 1991 essa proporção era de 13,90 idosos para cada 100 crianças.

Os dados do Censo de 2000 mostram que a taxa de fecundidade brasileira estava em torno de 2,2 filhos por mulher, contra 2,7 em 1992 e 2,3 filhos em 1999. Nos países industrializados, a fecundidade é de 1,6 filhos por mulher. Diferentemente do ocorrido na Europa, a diminuição da taxa de fecundidade no Brasil está ocorrendo em maior velocidade (PAVARINI,1996).

Em países como México e outros do Sudeste Asiático, verificou-se nas últimas décadas uma queda tão acentuada na taxa de fecundidade que atualmente é numerosa a população com idade entre 15 e 24 anos, prestes a ingressar no grupo etário economicamente ativo, sem a pressão de uma igualmente numerosa população de crianças economicamente dependentes. Este perfil demográfico dá a esses países condições de ter uma geração teoricamente produtiva, preparada para satisfazer as necessidades de uma população teoricamente consumidora (IBGE,2000). Houve um estreitamento na base da

pirâmide etária acompanhado de grande número de pessoas entrando na idade potencialmente ativa, de 15 a 64 anos, caracterizando a chamada "onda jovem" dos anos 90.

No Brasil, em 2000, a relação de crianças e idosos, ou seja, a população potencialmente inativa, era de 59,93 para cada grupo de 100 pessoas potencialmente ativas. Em 1991, esta mesma relação superava 65. A diminuição da chamada "razão de dependência" no Brasil se deve ao estreitamento da pirâmide etária. As Regiões Norte e Nordeste apresentam razões de dependência bastante elevadas, enquanto as Regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste têm as mais reduzidas. Destacam-se nesse grupo os estados do Rio de Janeiro, São Paulo e Distrito Federal, onde os indicadores revelam que para cada pessoa inativa existem duas pessoas potencialmente ativas (IBGE,2000).

Nos países em desenvolvimento, o aumento da expectativa de vida pode ser observado a partir de 1960. Há previsões de que, nesses países, a expectativa de vida aumente 23 anos no período de 1960 a 2020, atingindo 68,9 anos (KALACHE et al.; 1987). Em 2000, a esperança de vida ao nascer para ambos os sexos atinge 68,6 anos (IBGE,2000), confirmando os dados apontados por KALACHE et al.; (1987), com projeção de uma expectativa de vida ao nascer de 68,5 anos para o Brasil, no ano 2000. Esses autores afirmam a importância da diminuição diferencial da expectativa de vida entre brasileiros ricos e pobres.

Em 1950, o Brasil ocupava o 16^o lugar no mundo em números de idosos (2,1 milhões de pessoas com mais de 60 anos), estimando-se que passe para o 6^o lugar em 2025, com uma população de 32 milhões de idosos (DIOGO e DUARTE,1999; CHAIMOWICZ,1997; RAMOS,1995; BAQUEIRO e OLIVEIRA,2000).

Um dado significativo obtido pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, em 2000, revela que as mulheres estão vivendo 7,8 anos mais do que os homens. As mulheres têm em 2000 uma expectativa de vida de 72,6 anos, enquanto que a dos homens é de 64,8 anos (IBGE,2000). O Brasil apresenta, em 2000, um diferencial de expectativa de vida quanto ao gênero equivalente à diferença da expectativa de vida entre mulheres e homens verificada nos países desenvolvidos, que em 1980 era de 7,5 anos

(KALACHE et al.; 1987). Segundo VERAS (1994), esses anos a mais que a mulher tem em relação ao homem devem-se ao fator protetor conferido pelo hormônio feminino aos eventos cardiocirculatórios, como a isquemia do miocárdio, além de outros fatores externos como acidentes de trabalho, suicídios e homicídios, bem como o uso do sistema de saúde, mais freqüente por parte da mulher, o que permite que receba mais orientações, levando a diagnóstico precoce e tratamento mais adequado. Dados do Censo 2000 revelam que 11,2 milhões de mulheres são responsáveis pelos domicílios, e destas, 3,4 milhões são idosas. Em Salinas da Margarida (BA), 53,3% das mulheres responsáveis pelos domicílios são idosas.

Um levantamento estatístico da população idosa do município de Aratutã (SC), realizado por SÁ (1999) durante o ano de 1993, revelou que naquele ano a expectativa de vida da população residente era de 74,0 anos. O autor verificou que embora houvesse um alto consumo de gorduras saturadas, poucos eram os casos de obesidade, devido ao fato de a região ser montanhosa e a atividade econômica local ser basicamente agrícola. O trabalho braçal e o deslocamento da população à pé até a cidade e vizinhanças permitiam que fizessem intenso exercício físico. A alimentação, embora com alto teor de lipídios, conciliava o consumo de hortifrutigranjeiros sem agrotóxicos. Para o autor, fatores genéticos também influenciaram nos resultados, pois a grande maioria da população é descendente de europeus.

O Brasil vive atualmente, em 2003, um momento singular na sua trajetória socioeconômica e política, quando a mudança de governo no âmbito federal promete um novo modelo de políticas sociais. A população aguarda ansiosa e esperançosa por medidas que erradiquem a fome, combatam a seca no Nordeste e tragam melhores condições de vida, para que todos possam exercer a sua cidadania, com dignidade.

Entretanto, é lamentável observar que o aumento da longevidade dos idosos e a diminuição na população infantil estejam acontecendo num cenário de extrema pobreza e profundas desigualdades sociais (PAVARINI, 1996).

A transição demográfica traz importantes implicações para os serviços públicos de saúde, uma vez que a demanda de idosos carentes da assistência médica, ambulatorial e hospitalar tende a ser cada vez maior, considerando-se também que este problema soma-se

a outros que a sociedade ainda não conseguiu solucionar (RAMOS,1995) como: Aids, doenças infecciosas como dengue, malária e cólera, e outros como insuficiência de leitos hospitalares, reduzidos de 4,3 para 3,2/1000 habitantes entre 1980 e 1996 (BRASIL,2002).

A criança e o idoso representam o grupo etário potencialmente inativo e, assim sendo, não contribuem para o crescimento econômico do país. Segundo dados do levantamento estatístico de 2000, há 54,93 crianças e idosos para cada grupo de 100 pessoas potencialmente ativas. Isso contribui para que o idoso seja "... visto como um ser improdutivo e dependente(...). Os idosos têm necessidades médicas e sociais diferenciadas e tendem a utilizar de forma mais intensiva os serviços e equipamentos de saúde" (BRITO e RAMOS,1999).

Considerando que a maioria dos idosos vive em extrema pobreza, a assistência de saúde disponibilizada pelo setor público é a única possibilidade de assistência à saúde viável (BRITO e RAMOS,1999). As desigualdades sociais presentes no processo de envelhecimento devem-se às condições desiguais, sociais e de trabalho, às quais o idoso se submeteu na sua fase "produtiva" (BOUTIQUE e SANTOS,1999).

Devido à sua condição socioeconômica desfavorável, o idoso pode integrar a lista dos excluídos. Nesse sentido, se a exclusão implica numa revisão das políticas sociais para que haja garantia de emprego, escola, segurança, condições de saúde e habitação satisfatórias, diante da crise salarial vigente, é imprescindível que se estabeleçam mecanismos de integração social. Instituições, organizações não governamentais, comunidades, associações civis, profissionais e voluntários precisam assumir novos papéis sociais (MAGALHÃES,2001).

À medida que a idade avança, torna-se cada vez mais necessária uma especial atenção de saúde. Com o crescimento progressivo da população idosa, torna-se necessário que os países revejam suas políticas sociais e de saúde (ALVAREZ,2001).

Uma grande conquista no panorama da saúde, obtida em 1986, foi a extensão da assistência médica a todos os brasileiros, com a criação do Sistema Único de Saúde, atendendo a um direito previsto na Constituição: a saúde é um direito de todos e um dever

do Estado (BRASIL,1988; BRITO e RAMOS,1999). Em 1986, em São Paulo, surge o primeiro Conselho Estadual do Idoso. Em 1988, com as alterações constitucionais, pela primeira vez o idoso é contemplado (QUEIROZ,1993; BRITO, RAMOS,1999).

É inegável que o processo de envelhecimento ocorre em todos os níveis das funções orgânicas e traz uma gama de alterações para o indivíduo. Em geral, torna-o mais susceptível às doenças crônico-degenerativas, com riscos de invalidez, gerando uma demanda de cuidados especializados para que suas necessidades físicas, sociais, espirituais e emocionais sejam atendidas (SANTOS, 1982; CARVALHO FILHO,1999; DUARTE e DIOGO,1999; BAQUEIRO e OLIVEIRA,2000).

A condição de vida dos idosos em países menos desenvolvidos é bem diferente dos que vivem nos países desenvolvidos, onde há oferta de instituições com diversidade de serviços necessários à clientela, como saúde, lazer e assistência social (BORN,1999).

No Brasil, com o empobrecimento da população, há pessoas vivendo em condições de pobreza e favelamento, dependentes do Sistema Único de Saúde que por sua vez não tem conseguido assistir a todos que o procuram (CANÇADO,1997). Diante do contexto social no qual se insere o idoso, é necessário que se invista na melhoria da assistência médica e de enfermagem, na prevenção e tratamento de doenças, em conjunto com a assistência psicológica e sócioeconômica. Deve-se levar em conta que o idoso é um ser com singularidades e necessidades específicas que devem ser reconhecidas (GUIMARÃES et al.; 1989; KINA, 1996; WERNER et al.; 1998).

Segundo DIOGO e DUARTE (1999), a equipe multiprofissional de saúde deverá estar preparada, ao cuidar do idoso, para dar aos anos ganhos a dignidade que merecem ter. O enfermeiro, sendo integrante vital dessa equipe, deve buscar seu preparo por meio de especialização e pós-graduação em Gerontologia e Geriatria.

O diagnóstico das doenças na velhice, muito mais que na vida adulta, depende de fatores culturais, psicossociais e fisiológicos. Muitas vezes, as queixas do geronte são rotuladas como "coisas da idade", dificultando o correto diagnóstico e tratamento de

doenças comuns à idade avançada e acentuando o prejuízo funcional e a fragilidade da pessoa idosa (GUIMARÃES et al.; 1989; DIOGO, 1997; DIOGO e DUARTE, 1999).

Quando portador de incapacidade física, o idoso pode tornar-se prisioneiro dentro de sua própria casa, pois pode sofrer acidentes uma vez que as barreiras arquitetônicas da casa não oferecem segurança e liberdade (GLASSMAN, 1995).

Sem a existência de processos mórbidos, as alterações do envelhecimento não são suficientes para que o idoso se torne inapto para realizar as suas atividades do dia-a-dia. Grande parte dos indivíduos chegam à velhice conseguindo realizar essas atividades. No entanto, com o avançar da idade, a probabilidade de adoecer aumenta e com a perspectiva de uma sobrevida maior, observa-se um crescente número de idosos incapacitados (PAULA et al.; 1998).

A estrutura familiar proporciona de 80% a 90% dos cuidados necessários ao idoso, incluindo compras, tarefas domésticas, cuidados médicos e de enfermagem, sem contar os laços afetivos que envolvem diferentes gerações (ÂNGELO, 2000).

Um aspecto comum ao envelhecimento é a presença de gerações interdependentes, ou seja, uma geração cuidando de outra. O convívio entre gerações pode resultar em conflitos entre idosos e adolescentes, adultos e idosos. Tais situações alteram a dinâmica familiar e o idoso torna-se um catalisador de insatisfações e agressões dos outros membros da família (SILVA, 1996). Para que seja bem-sucedido, o ajustamento ao longo da vida adulta e na velhice dependerá das relações sociais pré-existentes, que garantirão apoio e possibilidade de confidências entre as pessoas (BALTES e SILVERBERG, 1995).

A família é um sistema vivo, dinâmico, que passa por fases desde o núcleo formado pelo casal, com o nascimento dos filhos, criação destes filhos, eventualmente doenças e perda de emprego, aposentadoria e morte. Não se pode visualizar a família como um processo cronológico, mas processual, com mudanças e realinhamento dos papéis familiares (LEME e SILVA, 1999).

Uma das metas dos gerontólogos é a manutenção do idoso o máximo possível em seu meio de convivência familiar. Embora um provérbio chinês afirme que "ter um velho em casa é como ter um tesouro no lar" (CANÇADO,1997) e apesar dos valores culturais e religiosos ditarem aos filhos o dever de cuidar de seus idosos, sabe-se que as mudanças na estruturação da família atual impõem dificuldades para que esses filhos possam corresponder às expectativas a seu respeito.

RAMOS et al.; (1993), ao realizar inquérito domiciliar para traçar o perfil do idoso residente na zona urbana de São Paulo em 1984, observou que a grande maioria dos idosos vivia em condição de extrema pobreza, fato que o autor sugere estar associado à alta frequência de domicílios multigeracionais, com a convivência do idoso com esposo(a) e/ou filhos e/ou genros/noras e netos (34% da amostragem). No caso dos domicílios multigeracionais, segundo dados da pesquisa, pode-se levantar a hipótese de que, antes de ser uma opção cultural ou humanitária, o convívio de duas ou três gerações pode se dar pela necessidade de um arranjo de sobrevivência, podendo submeter o idoso à uma situação de isolamento e dependência maior do que se ele morasse sozinho (RAMOS et al.; 1993).

A independência e autonomia do idoso são condições muito importantes para que este possa permanecer no convívio familiar (RAMOS et al.; 1993; PASCHOAL, 1999b). Quando a dependência física torna-se uma realidade na vida do idoso, é muito comum não existir alguém na família disponível para cuidar dele, ainda mais nos dias atuais em que a mulher está inserida no mercado de trabalho (PAVARINI,1996). A perda de suporte social, quando o idoso se vê diante de uma situação de divórcio ou morte do cônjuge, pode contribuir para o aparecimento de problemas de saúde (HOOYMAN e KIYAK,1996).

A autonomia é semanticamente definida como a capacidade de se governar por si mesmo e está relacionada à capacidade de tomar decisões, enquanto independência refere-se à capacidade de realizar algo sozinho, de não estar sujeito a alguém e ter seus próprios meios de subsistência (PAVARINI,1996).

Em ambiente institucional, as condições de dependência e independência apresentadas pelos idosos parecem influenciar as relações quanto às questões de tomada de decisões e autonomia. Nas instituições asilares a dependência física é muitas vezes

estimulada, pois os próprios funcionários preferem ajudar os idosos nas suas atividades, quando esses já apresentam inabilidade para executar simples tarefas, embora não sejam incapazes para fazê-las (PAVARINI,1996).

Muitas vezes, também a família tende a ignorar a competência e autonomia do idoso, sendo esperado o comportamento dependente esperado e estimulado. Para a família, é comum que o idoso pareça naturalmente incompetente (SILVA,1996).

Segundo ALMEIDA e DERNTL (1996) a autonomia refere-se à capacidade do indivíduo de identificar e estabelecer uma hierarquia de suas necessidades e atuar no sentido de satisfazê-las, lançando mão do suporte social e emocional e/ou assistência física. Assim sendo, autonomia diz respeito à administração de dependências.

A autonomia possibilitada por um ambiente estimulador e a segurança proporcionada por um ambiente de acolhimento são necessárias para garantir o bem-estar do idoso. Contudo, a autonomia e segurança providas do ambiente são, em muito, resposta ao comportamento competente do idoso. Na velhice, essa autonomia é constantemente colocada à prova pelo corpo, já vulnerável, pelos desgastes nas relações sociais, limitações psicológicas e econômicas (BALTES e SILVERBERG,1995).

A dependência se dá, portanto, na insuficiência biológica e social, e as mudanças das exigências sociais parecem determinar o declínio biológico. Esta relação entre os fatores biológicos e ambientais é explicada pela dependência estruturada, física e comportamental.

A dependência estruturada diz respeito à perda da autonomia do idoso, quando este passa da fase em que é considerado potencialmente produtivo para potencialmente improdutivo, ou seja, no momento em que perde seu trabalho ou se aposenta. Dessa forma, a dependência estruturada está associada ao valor que o ser humano tem pelo que faz e produz. A autonomia do idoso termina quando este passa a depender de outrem. Na estrutura social a população trabalhadora sustenta os que não contam mais como força de trabalho (BALTES e SILVERBERG,1995).

A dependência física está associada à incapacidade funcional para a realização de atividades de vida diária (AVDs). O grau de dependência varia de acordo com a quantidade e complexidade de atividades submetidas à avaliação funcional. Algumas doenças degenerativas como a demência de Alzheimer, o acidente vascular cerebral e outras doenças incapacitantes tornam a incapacidade física ainda maior. No contexto das dinâmicas sociais, a dependência física é erroneamente confundida com incompetência geral. A competência diz respeito à capacidade do indivíduo tomar decisões sobre sua própria vida, enquanto a dependência física está diretamente relacionada à capacidade do indivíduo de cuidar de si mesmo, nas suas atividades diárias (BALTES e SILVERBERG,1995).

Competência é uma determinação legal para julgar uma pessoa competente ou não e, embora tenha conotação de habilidade de tomar decisão e de executar, não pode ser confundida com capacidade ou não, sob o aspecto clínico.

A dependência comportamental, segundo BALTES e SILVERBERG (1995), é a forma de dependência mais temida pelos idosos, podendo legitimar um suicídio. A dependência física frequentemente antecede a dependência comportamental.

A dependência comportamental pode ser explicada sob dois paradigmas: a dependência como resultado do desamparo aprendido e a dependência como instrumento de controle passivo. Desenvolvido por SELIGMAN (1975), o primeiro modelo caracteriza o ambiente não responsivo, negligenciador e não contingente, que resulta em desamparo e acaba por desenvolver um comportamento dependente. Na contramão, o ambiente contingente, pouco exigente e caracterizado por superproteção também resulta em dependência.

O segundo modelo resultou do trabalho empírico de BALTES (1988), que demonstrou que comportamentos dependentes são mais resultantes de contingências específicas do que de não contingência e incompetência. Dessa forma, a dependência passa a ser um instrumento utilizado para manter alguém sob controle. A dependência é considerada como produto de experiências envolvendo falta de competência ou a falta de contingência (BALTES e SILVERBERG,1995).

BALTES (1988) investigou a relação existente entre as condições ambientais e o desenvolvimento e manutenção de comportamentos dependentes em pessoas idosas. Como resultados a autora obteve:

1. Dependência como produto de desamparo aprendido e de perda de controle: situação em que o comportamento dependente específico sofreu estímulos discriminativos ou reforçadores, a fim de que houvesse modificação. Observou, dessa forma, grande reversibilidade do comportamento.
2. Dependência como instrumento de controle passivo: a autora considerou a existência de condições ambientais envolvidas no desenvolvimento e manutenção de comportamentos dependentes dos idosos. Concluiu que o ambiente das instituições para idosos tende a ignorar a independência dos mesmos. Nesses ambientes, espera-se o comportamento dependente dos idosos e, ao tê-los, recebem respostas positivas do ambiente. Os papéis interpretados são de apoio à dependência.

Na pesquisa citada, comparando enfermeiras e educadoras, BALTES (1988) observou que as primeiras tenderam a oferecer mais ajuda verbal e direta do que as segundas. Essa percepção de incompetência associada ao idoso pode ser uma consequência do modelo de ajuda adotado pelas enfermeiras. Se o profissional considera a dependência uma característica da personalidade do idoso, este por sua vez considera a independência característica da própria personalidade e associa a dependência à doença e à incapacidade física ou mental, ou até mesmo à equipe de enfermagem, quando percebe que esses profissionais não exploram suas competências.

Por fim, BALTES (1988) concluiu que o idoso é, em princípio, competente. Espera-se que as condições ambientais possam encorajar suas competências e não estimular a incompetência e gerar dependência. Os ambientes podem ser encorajadores e estimuladores quanto às forças e competências da pessoa idosa.

Trabalhos como os realizados por AGBAYEWA, et al.; (1990) e por BALTES, et al; (1994) mostram que treinamentos e programas de interação entre funcionários e idosos proporcionam, como resultado, aumento de autonomia e independência dos idosos institucionalizados.

As chances de manter-se independente reduzem-se com o avanço da idade: na faixa de 65 a 70 anos, estima-se que 60% dos idosos sejam independentes contra 40% de dependentes; com 80 anos e mais, ocorre uma inversão, encontrando-se 40% de idosos independentes e 60% de dependentes (CANÇADO, 1997). Quanto mais alta a faixa etária, maior a procura de assistência: 5% no grupo etário de 65 a 74 anos; 12% no grupo de 75 a 84 anos, e 35% no grupo de 85 anos e mais.

Um aspecto relevante para os idosos, cuidadores e profissionais de saúde é ter conhecimento sobre a habilidade que o idoso possui para realizar o seu autocuidado, permanecendo, dessa forma, independente. Sabe-se que, à medida que o ser humano envelhece, muitas tarefas do cotidiano, consideradas banais e portanto de fácil execução, vão paulatinamente e muitas vezes de forma imperceptível, tornando-se cada vez mais difíceis de serem realizadas, até que o indivíduo perceba que já depende de outra pessoa para tomar um banho, por exemplo.

Entretanto, é necessário o acompanhamento sistemático e a aplicação de índices ou escalas específicos para avaliar essas dificuldades e para quantificá-las, a fim de que o profissional de saúde possa intervir adequadamente junto ao idoso, sem torná-lo mais dependente do que realmente se encontra, acelerando a instalação do estado de dependência. Daí a importância da avaliação da capacidade funcional, que inclui a análise do funcionamento natural de vários órgãos e aparelhos. Em Gerontologia, esse termo é aplicado à dinâmica das atividades de cuidado pessoal e de locomoção (PAULA et al.; 1998).

Partindo dessa premissa, a avaliação funcional será a designação dada a uma atividade específica, que poderá estar associada à capacidade de cuidados pessoais, ou seja, ao desempenho das AVDs, ou ainda relacionada às atividades como lavar roupas, usar o telefone, preparar a refeição, fazer as compras, entre outras, que são as chamadas atividades

instrumentais de vida diária, propostas por Lawton e Brody (PAVARINI e NERI, 2000; PAULA et al.; 1998).

A independência na execução das AVDs é extremamente importante para a auto-estima e bem-estar das pessoas. Quando uma pessoa encontra-se dependente, altera potencialmente a dinâmica familiar e os papéis que cada um desempenha nessa estrutura.

A avaliação da capacidade funcional é relevante em Gerontologia como indicativo de qualidade de vida do idoso, seja institucionalizado ou residente na comunidade. O desempenho das AVDs é considerado um parâmetro aceito e legítimo para firmar essa avaliação, sendo utilizado pelos profissionais da área de saúde, e de extrema valia para que o enfermeiro avalie o nível de dependência de seus pacientes. DIOGO (2001) entende avaliação funcional dentro de uma função específica, como sendo a avaliação da capacidade de se autocuidar e de atender às necessidades básicas diárias, ou seja, desempenhar AVDs.

Diversas escalas e índices existem atualmente, construídos especificamente para permitir a avaliação funcional do idoso. Dentre elas, destaca-se a escala ou índice de Katz, construída por Katz e colaboradores com a finalidade de avaliar o grau de independência para as AVDs (KATZ et al.; 1963). Os autores aplicaram essa escala em 1.001 pacientes com fratura de quadril e acidente vascular cerebral, no Hospital Benjamin Rose em Cleveland, Estados Unidos, após intensa observação e avaliação desses pacientes (KATZ et al.; 1963).

A escala ou índice de Katz baseia-se nas fases do desenvolvimento infantil, no crescimento e desenvolvimento de crianças da sociedade primitiva, sob o paradigma antropológico, uma vez que independentemente das diferenças ambientais e culturais, algumas funções vegetativas como a alimentação, eliminação e locomoção são requisitos para a sobrevivência, enquanto outras funções como o banhar-se e o vestir-se são requisitos susceptíveis às interferências culturais, não se constituindo indispensáveis para a fisiologia humana (KATZ et al.; 1963; SPECTOR, 1990).

As atividades mencionadas relacionam-se àquelas realizadas no cotidiano do ser humano e dessa forma são descritas como ADVs.

As avaliações realizadas por Katz e seus colaboradores levaram à constatação de que a escala construída beneficiaria a avaliação de indivíduos idosos, de doentes crônicos e daqueles em longos períodos de recuperação hospitalar ou, ainda, poderia ser utilizada para avaliar a capacidade funcional do indivíduo na comunidade. Com esse trabalho, os autores buscaram comparar a capacidade funcional revelada pela avaliação das AVDs com padrões de função descritas nos campos de desenvolvimento de crianças e de antropologia (KATZ et al.; 1963).

O instrumento elaborado por KATZ et al.; (1963) permite atribuir diferentes graus de independência funcional aos sujeitos nos atos de: banhar-se, vestir-se, usar o banheiro para eliminações, mobilizar-se da cama para a cadeira, ter continência das eliminações e alimentar-se, ou seja, para o desempenho de AVDs.

A independência significa que a função é realizada sem supervisão, direção ou ajuda, sendo essa avaliação baseada na situação real e não na capacidade do sujeito. Quando um indivíduo se nega a cumprir uma função, considera-se que não a realiza, embora possa ter capacidade para fazê-lo (SPECTOR, 1990).

O formulário elaborado para registrar as avaliações das AVDs inclui três descrições para cada função. O examinador marca a descrição de cada função, que corresponde ao desempenho do indivíduo. Duas descrições poderiam permitir distinguir entre independência e estado de dependência. No entanto, a introdução de uma descrição intermediária acrescenta para o observador a percepção de sutis distinções, aumentando, desse modo, a confiabilidade da escala. O formulário inclui todos os termos necessários na avaliação e tem a vantagem de não requerer pausas extensas. No interesse de aumentar a confiabilidade e precisão, o observador pode pedir ao indivíduo que mostre a ele o banheiro, a medicação que se encontra em outro ambiente ou, se for o caso, qualquer objeto que a substitua. Essas situações criadas pelo observador possibilitam constatar, de forma direta, a mobilidade, locomoção e comunicação, a fim de certificar-se da veracidade das

informações acerca do banhar-se, vestir-se, usar o banheiro e mobilizar-se (KATZ et al.; 1963).

Os graus considerados para a independência ou dependência funcional são progressivos, como descrito: independente para comer, ser continente, mobilizar-se, usar o sanitário, vestir-se e banhar-se (grau A); independente para realizar todas estas funções, exceto uma (grau B); independente para realizar todas as funções, exceto banhar-se e outra função mais (grau C); independente para realizar todas as funções, exceto para banhar-se, vestir-se e outra função mais (grau D); independente para realizar todas as funções, exceto banhar-se, vestir-se, usar o sanitário (grau E); independente para realizar todas as funções, exceto banhar-se, vestir-se, usar o sanitário, mobilizar-se e outra função mais (grau F); dependente para realizar as seis funções (grau G); e outro, que é o idoso dependente para realizar pelo menos duas funções, mas que não pode ser classificado em C, D, E e F (KATZ et al.; 1963).

Outra escala construída com finalidade semelhante é o índice de Barthel, que contém 15 itens e possibilita uma avaliação mais compreensiva de mobilidade que a escala de Katz. Todavia, as primeiras nove atividades descritas por Barthel são relacionadas às AVDs, portanto ao autocuidado, enquanto as demais são voltadas para avaliação de mobilidade. Barthel separa o item de incontinência em vesical e intestinal e proporciona mais detalhes do item vestir-se, distinguindo entre parte de cima e parte de baixo do corpo, enquanto a escala de Katz os combina. A escala de Katz avalia o desempenho, o fazer, enquanto o índice de Barthel avalia a habilidade para o fazer (SPECTOR, 1990).

O índice de Barthel tem sido adotado como o instrumento de escolha para os estudos de reabilitação e tem sido utilizado para monitorizar progressos na reabilitação de pessoas com incapacidade severa, em centros médicos. A escala de Katz não tem sido adotada para estudos de idosos incapacitados na comunidade, mas tem sido adotada em estudos realizados em instituições asilares (SPECTOR, 1990).

Segundo SPECTOR (1990), é indicada a aplicação da escala, ou índice de Katz para a avaliação funcional quando se busca avaliar a capacidade do idoso institucionalizado na realização de suas AVDs, necessárias para viabilizar o autocuidado e indispensáveis

para a manutenção da vida. O autor destaca a praticidade de sua aplicação e sua confiabilidade, demonstrada pela aplicação em estudos realizados: Spector e seus colaboradores utilizaram a escala de Katz para avaliar uma população institucionalizada e obtiveram 0,95 no coeficiente de reprodutibilidade e 0,86 em proporcionalidade, e o padrão preconizado considera excelente a pontuação 0,90 para reprodutibilidade e 0,60 para proporcionalidade.

PAULA et al., (2000) afirmam que, na avaliação de saúde do idoso, é relevante coletar informações por meio de entrevista e exame físico e, ainda, avaliar a capacidade funcional, ou habilidade, para executar as atividades essenciais para a sua vida, ou seja, as AVDs, que permitam que possa cuidar de si mesmo e assim manter-se por tempo prolongado como agente de seu autocuidado.

Entretanto, não é apenas a dependência que leva à institucionalização do idoso. Muitas vezes, motivos sócioeconômicos ou problemas de relacionamento familiar conduzem à institucionalização do idoso, o que significa ruptura com seu passado e sua história, provocando alterações físicas e psíquicas (DUARTE e DIOGO, 2000). Assim sendo, o idoso é institucionalizado e tem o curso de sua vida totalmente diferente daquele que outrora havia idealizado para "quando ficasse velho".

A institucionalização ainda significa, para a maioria dos idosos e mesmo para os que são jovens, mas que sabem que a velhice é inevitável, o oposto de uma velhice feliz, com aumento do risco de dependência e declínio funcional.

Entretanto, considerações apontadas anteriormente a respeito do convívio do idoso com sua família, nem sempre isento de conflitos e de situações inadequadas, impõem uma reflexão. O convívio familiar é suficiente para proporcionar ao idoso um ambiente "saudável"? Independentemente do local onde reside, este necessita de cuidados, assistência, atenção, ou seja, de viver com dignidade. Esses aspectos devem ser contemplados e estar presentes também nas instituições que assistem aos idosos, pois muitas vezes é praticamente inevitável recorrer a elas.

No Brasil, diversas mudanças sociais ocorreram no século XX, em especial a partir dos anos 60, quando fatores como a inclusão da mulher no mercado de trabalho, o processo de urbanização, a diminuição dos espaços habitacionais e as crises econômicas contribuíram para que a família do idoso optasse pela institucionalização do mesmo, embora esta devesse ser a última alternativa (BORN, 1999; DUARTE e DIOGO, 2000). É evidente que os fatores apresentados criam situações diante das quais a família e o próprio idoso entendem que a institucionalização seja a saída mais viável e segura para o bem-estar do mesmo, embora essa opção não seja a escolhida pelos envolvidos.

Os idosos e familiares constroem fantasias quando há uma perspectiva de internação asilar. Os idosos temem a falta de liberdade, o abandono pelos filhos, o tratamento que irão receber por parte dos funcionários e outros internos e a aproximação da morte. Os familiares imaginam que na instituição o idoso terá melhores cuidados de higiene, alimentação e enfermagem, quando a família não está conseguindo dar a assistência adequada, e também que o idoso terá oportunidade de fazer novos contatos sociais (PAVARINI, 1996; BORN, 1999).

A instituição asilar, ou asilos para velhos, como é também denominado, surgiu no Brasil no final do século XIX para abrigar mendigos, doentes mentais e crianças abandonadas e com o passar do tempo foi se caracterizando como um local destinado ao atendimento ao idoso. Há poucos trabalhos de autores brasileiros que retratem a história da instituição asilar no país (BORN, 1999). Os estudos sobre a institucionalização no Brasil são pouco sistematizados e não abordam o assunto com profundidade (CHAIMOWICZ, 1997).

Instituição total pode ser definida como um local onde residem e trabalham um grande número de pessoas em situação semelhante, isolados da sociedade por um longo período de tempo. Nestes locais, cercados por muros, levam uma vida fechada, sob uma administração formal. As instituições asilares, prisões, hospitais para doentes psiquiátricos, monastérios e conventos são agrupadas nesse tipo de instituição (JONES e FOWLES, 1998; GOFFMAN, 1999).

Nas instituições totais, retira-se a individualidade da pessoa, que é essencial para o ser humano. Todos os aspectos da vida diária são realizados num mesmo local e na presença do grupo de internos. São todos tratados da mesma maneira e realizam as atividades em conjunto. Há rotinas diversas, como: despertar na hora certa; os cuidados de higiene são padronizados e em horários préestabelecidos; as refeições são padronizadas, segundo um cardápio; há imposição dos cultos religiosos e das atividades de trabalho e lazer (LOUZÃ NETO et al.; 1986).

A instituição, depois de tirar a identidade do idoso, torna-se quase sempre o único suporte social que restou. Pode passar a ser vista como o apoio e como o lugar agradável que o idoso não deseja mais abandonar. Este pode tornar-se, ainda, hostil a alterações que possam ocorrer e sentir dificuldade para readquirir hábitos da sociedade mais ampla (LOUZÃ NETO et al.; 1986).

Atualmente, principalmente nas Regiões Sul e Sudeste, têm surgido uma gama de clínicas, casas de repouso, condomínios, serviços de hotelaria para idosos em situação econômica privilegiada, caracterizando a heterogeneidade no atendimento ao idoso. Encontra-se desde modestos abrigos até estruturas com atendimento de primeiro-mundo, para uma seleta clientela (PILOTO et al.; 1998; BORN, 1999).

Grande parte das instituições asilares brasileiras são ainda mantidas por congregações religiosas, conservando um perfil que vem desde seu surgimento, quando estas organizações iniciaram trabalhos de assistência aos necessitados. Há também instituições que têm como mantenedores associações de imigrantes e de seus descendentes (BORN, 1999).

PILOTO et al.; (1998) realizaram um levantamento de 80 instituições asilares no Município do Rio de Janeiro, identificando que o problema mais sério do atendimento nesses locais era a carência de recursos humanos para a dinamização e qualificação da assistência prestada, superando mesmo as deficiências de recursos materiais ou de instalações.

Em 1996, o "caso" da clínica Santa Geneveva, no Rio de Janeiro, foi de conhecimento nacional e se constituiu num escândalo que resultou em questionamento sobre as condições de institucionalização na velhice (grifo do autor, GROISMAN, 1999).

A Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, por intermédio de uma comissão de diretrizes no atendimento aos idosos, elaborou normas para o funcionamento de instituições, tendo conseguido aprovação do mesmo pelo legislativo. Essas normas dizem respeito à organização (administração, funcionamento), área física e instalações e recursos humanos (SBGG, 1993).

Atualmente, a Portaria nº 73, de 10 de maio de 2001 (BRASIL, 2001), estabelece normas de funcionamento de serviços de atenção ao idoso no Brasil, definindo normas e padrões de funcionamento de programas e serviços voltados a esta população. A portaria define diversas modalidades de serviços, a saber: Família Natural; Família Acolhedora; Residência Temporária; Centro Dia; Centro de Convivência; Casa Lar; República; Atendimento Integral Institucional; Assistência Domiciliar/ Atendimento Domiciliar.

O atendimento integral institucional

é aquele prestado em uma instituição asilar, prioritariamente aos idosos sem famílias, em situação de vulnerabilidade, oferecendo-lhes serviços nas áreas social, psicológica, médica, de fisioterapia, de terapia ocupacional, de enfermagem, de odontologia e outras atividades específicas para esse segmento social. (BRASIL, 2001).

A nova legislação define que a instituição integral asilar são os

estabelecimentos que podem receber denominações diversas, correspondentes aos locais físicos equipados para atender pessoas com 60 anos e mais, sob regime de internato, mediante pagamento ou não, durante um por um período indeterminado, e que dispõe de um quadro de recursos humanos para atender às necessidades de cuidados com assistência, saúde, alimentação, higiene, repouso e lazer dos usuários e desenvolver outras atividades que garantam qualidade de vida. São exemplos de denominações: abrigo, asilo, casa de repouso, clínica geriátrica, ancianato. (BRASIL, 2001)

As instituições asilares destinam-se a “abrigar idosos dependentes e independentes, em estado de vulnerabilidade social, com ou sem vínculo familiar, que não disponham de condições de permanecer em sua família ou em seu domicílio” (BRASIL, 2001). As casas de repouso e os asilos devem ser, portanto, alternativas de cuidado para as pessoas idosas que, por sua fragilidade e dependência, não conseguem executar suas AVDs e assim, por razões médico-sociais, não podem ser mantidas em suas residências (BRITO e RAMOS, 1999).

FERREIRA (1999) afirma que a convivência dos idosos com os profissionais da equipe de saúde tem um importante significado para esses, proporcionando um canal aberto de trocas afetivas, interação social e pela possibilidade de interação com essas pessoas que os mantêm conectados com o mundo social. Os idosos atestam que se sentem mais seguros quando têm ao seu lado profissionais que se interessem por sua pessoa e seus problemas. Infelizmente, nem todos os profissionais são capazes de interagir com o idoso, com a mesma facilidade e intensidade, e mesmo alguns não conseguem ter uma relação de empatia para com eles.

MONTEIRO et al.; (2001) sentiram a necessidade de ampliar a compreensão do idoso institucionalizado acerca do envelhecimento. Os autores transcrevem depoimentos dos idosos institucionalizados que dizem que o envelhecer significa tristeza, solidão, limitações físicas e dor. Associam o envelhecimento a um período de perdas. Entretanto, mediante seus relatos, manifestam sentimentos de gratidão a Deus, mostrando que, na velhice, o ser humano transcende a matéria e valoriza mais o espírito. O medo da morte ou da doença é compensado pelo conforto espiritual.

Nos Estados Unidos, cerca de 5% da população idosa residem em instituições asilares, denominadas “nursing homes”, que oferecem serviços de saúde, assistência social e lazer (CHAIMOWICZ, 1997; CANÇADO, 1997).

Os idosos brasileiros, segundo o Censo de 1991, representavam 7,2% da população, e os institucionalizados correspondiam a 1,3% do total (IBGE, 1991).

Em 1992, existiam na região metropolitana de Belo Horizonte cerca de 200 mil idosos; 0,8% residiam em 55 asilos, dos quais 77% eram mantidos por uma sociedade religiosa. A baixa porcentagem de idosos institucionalizados se deve mais à oferta insuficiente de vagas do que à autonomia e independência destes (CHAIMOWICZ, 1997).

De um modo geral, a miséria e o abandono são os principais motivos da institucionalização do idoso brasileiro, embora seja grande, nos asilos, a proporção de idosos dependentes devido a problemas físicos ou mentais (CHAIMOWICZ, 1997). Parece que a institucionalização, no Brasil, tem como importante fator determinante o baixo nível de renda familiar (SAVONITTI, 2000).

Algo que chama a atenção no processo de institucionalização é a fragilização pelo luto, pela proximidade com a morte. Além de servir como um fator desencadeante da debilidade física e emocional dos idosos, a institucionalização provoca um estreitamento dos contatos sociais anteriores a ela (FERREIRA, 1999).

A transferência de um idoso de sua casa para a instituição tem um potencial para produzir danos como: depressão, confusão, perda do contato com a realidade, despersonalização e um senso de isolamento e separação da sociedade (BRICKNER et al.; 1997).

Embora a dependência seja um fator de peso para a institucionalização do idoso, em muitas situações, mesmo o idoso independente no desempenho de atividades da vida diária é institucionalizado, o que provoca profundas mudanças em sua vida. A institucionalização pode levar o ancião a desenvolver e apresentar diferentes graus de dependência, devido à sua dificuldade em aceitar e adaptar-se às novas condições de vida e à falta de motivação e de encorajamento que são comuns no ambiente asilar (PAVARINI, 1996).

As incapacidades não são inevitáveis conseqüências da velhice e das doenças crônico-degenerativas; elas não são necessariamente existentes, mas produzidas, por sociedades que consideram legítima toda forma de dependência e que instituem maneiras de auxílio, em relação ao idoso. O senso comum admite que as habilidades para o

autocuidado declinam com a idade e reforçam a relação de dependência para com a sociedade, legitimando o asilamento nas instituições totais (ALMEIDA e DERNTL, 1996).

Os trabalhos de pesquisa relacionados a idosos institucionalizados, às demandas e "necessidades de cuidados", se voltam naturalmente com maior frequência para o indivíduo dependente. Deve-se considerar, porém, que se não houver empenho em transformar o idoso independente num agente de autocuidado, inevitavelmente este tornar-se-á dependente, num menor espaço de tempo.

Diversos autores da área da saúde e também de outras áreas do conhecimento utilizam o conceito de autocuidado. Uma definição abrangente de autocuidado é que as pessoas e as famílias tenham condições para tomar iniciativas e assumir responsabilidades, bem como desenvolver seu potencial, no que se refere aos cuidados com a própria saúde (PEARSON et al.; 1996).

Especificamente na área de atuação do enfermeiro, o conceito de autocuidado se apresenta atraente como arcabouço científico e metodológico, fundamentando as ações de enfermagem. Este conceito foi exaustivamente trabalhado pela enfermeira norte-americana Dorothea Orem, que desenvolveu uma teoria de enfermagem baseada no autocuidado. Essa autora afirma que uma pessoa pode tornar-se por si mesma, ou pela ajuda de outros, um agente de autocuidado, e a equipe de saúde pode tornar-se agente propiciador desse processo (OREM, 1991). Ela construiu toda uma estrutura de conceitos relativos ao autocuidado, relacionados entre si e aplicados à atuação do enfermeiro em especial e dos profissionais de saúde em geral.

O referencial teórico utilizado para abordar as atividades de autocuidado do idoso, na presente pesquisa, será apoiado na teoria de enfermagem de OREM (1991).

1.2- REFERENCIAL TEÓRICO - TEORIA GERAL DE ENFERMAGEM DE DOROTHEA OREM

A enfermagem, ciência que busca o sentido da existência humana, apoiada nos construtos teóricos de Orem, pode distinguir o indivíduo que necessita de assistência de enfermagem, daquele que precisa de apenas de ajuda ou orientação para cuidar de si mesmo (LOPES NETO e NÓBREGA, 1999).

Tratando-se do indivíduo idoso, é necessário também que o enfermeiro tenha aceitação e interesse, para que haja individualização da assistência prestada (STEFANELLI et al.; 1982). Portanto, a enfermagem deverá estar habilitada para realizar a avaliação física do idoso considerando suas peculiaridades, para identificar problemas e estimular o autocuidado (RODRIGUES e MENDES 1993; DIOGO e DUARTE, 1999). Além disso, uma das necessidades mais comuns dos idosos consiste em ser assistido e esta não deve limitar-se ao plano físico, mas deve estar envolvida de carinho e sensibilidade, para que o indivíduo se sinta confortado e aliviado (SANTOS, 1982; CAMPEDELLI, 1992).

Segundo ALVAREZ (1990), para promover efetivamente a saúde do idoso, o enfermeiro deve atuar conhecendo as peculiaridades do mesmo em diversos aspectos, incluindo as esferas biológica, psicológica, espiritual e social, pois uma ação de enfermagem realizada sem o conhecimento prévio das características específicas de sua clientela poderá resultar em uma assistência desastrosa e inútil. A avaliação do idoso, realizada de forma sistematizada e metódica, permite que se identifiquem problemas de forma individualizada (CAMPEDELLI, 1992; DIOGO, 1999; DUARTE e DIOGO, 2000; JARVIS, 2000). A partir desse levantamento de problemas, que OREM denomina “requisitos de autocuidado”, o enfermeiro pode avaliar quais são as capacidades e as limitações do indivíduo para o autocuidado (OREM, 1991) e, de posse dessas informações, avaliar, planejar e executar a assistência de enfermagem.

Apresenta-se a seguir a construção da Teoria Geral de Enfermagem de Orem, utilizada para dar suporte ao presente estudo.

A pesquisa bibliográfica realizada para fundamentar este trabalho, consultando as bases eletrônicas de dados, permitiu identificar 180 artigos sobre o referencial teórico de Orem de 1966 a 2000 na base Medline (Medical Literature Online), e 21 artigos entre 1984 e 2000, na base Lilacs (Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde). Os trabalhos se apropriam da Teoria de Orem aplicando-a a diversas áreas da Enfermagem, como: Ginecologia e Obstetria; Clínica Geral; Cirurgia; Oncologia; Neurologia; Gerontologia e outros. Encontram-se ainda trabalhos utilizando a teoria para abordagem transcultural e holística.

A teoria de Orem foi denominada de Teoria Geral de Enfermagem, e pode ser dividida em três construções teóricas: *teoria do autocuidado*; *teoria de déficit de autocuidado*; *teoria dos sistemas de enfermagem* (OREM, 1991; FOSTER e BENNETT, 2000).

A Teoria Geral de Enfermagem de Orem volta-se para a pessoa do enfermeiro, nas situações em que este profissional é quem realiza o cuidado pelo indivíduo que necessita deste; o receptor dos cuidados, dessa forma, é considerado um legítimo paciente. Considera também outras situações, quando o indivíduo realiza o próprio cuidado sob orientação e supervisão do profissional enfermeiro. Esta teoria também se volta para a organização dos conhecimentos em enfermagem (OREM, 1991).

A seguir, são descritas em detalhes a três construções teóricas que compõem a Teoria Geral de Enfermagem.

A teoria do autocuidado tem como foco o indivíduo que presta o cuidado a si mesmo. Segundo esta construção teórica, o enfermeiro é um indivíduo que, por seus conhecimentos e habilidades, identifica as limitações do outro, resultantes de alterações no seu estado de saúde, que venham a determinar a sua incapacidade de cuidar de si por um período de tempo (PEIXOTO, 1996). Nesta teoria, OREM explicita seu conceito de autocuidado, e relaciona os inúmeros fatores que afetam a sua provisão (FOSTER e BENNETT, 2000).

O autocuidado, segundo OREM (1991), pode ser definido como o desempenho ou a prática de atividades que os indivíduos realizam em seu benefício para manter a vida, a saúde, o seu contínuo desenvolvimento pessoal e o bem-estar. Quando o autocuidado é efetivamente realizado, ajuda a manter a integridade estrutural e o funcionamento humanos, contribuindo para o desenvolvimento humano (OREM, 1991; WENGSTRÖM et al.; 1999; FOSTER e BENNETT, 2000).

No termo autocuidado – selfcare –, no original inglês – self – é usado sob o prisma do ser como um todo e o termo tem uma conotação dupla: para uma pessoa e dado por uma pessoa. O provedor de autocuidado é referido como agente de autocuidado e o provedor de cuidados para crianças ou para o adulto dependente é referido por um termo geral como agente de cuidado-dependente. O termo agente é usado no sentido de pessoa fazendo a ação.

Ação de autocuidado é a capacidade humana ou o poder que o indivíduo dispõe para engajar-se no autocuidado (FOSTER e BENNETT, 2000). Esta capacidade pode ser desenvolvida gradualmente, no dia-a-dia, por meio de um espontâneo processo de aprendizagem, estimulado pela curiosidade intelectual, pela instrução e supervisão de outra pessoa ou pela experiência que vai sendo adquirida na execução do autocuidado (REMOR et al.; 1986).

Existem alguns fatores que se tornam condicionantes para o autocuidado. Estes fatores, internos ou externos ao ser humano, interferem na sua capacidade de aderir ao autocuidado. Idade, desenvolvimento mental, estado de saúde, fatores socioculturais, familiares, ambientais, cuidados medicamentosos e padrão de vida são alguns destes fatores (OREM, 1991; PEIXOTO, 1996).

Normalmente os adultos cuidam voluntariamente de si mesmos. As crianças, os idosos e doentes incapacitados, requerem o cuidado completo ou assistência, com atividades de autocuidado. As crianças requerem cuidados de outros, porque encontram-se em estágios primários de desenvolvimento físico, psicológico e psico-social. Idosos requerem cuidado total ou assistência, quando há declínio de habilidades físicas e mentais, que limitam a seleção ou o desempenho de ações de autocuidado. O doente ou deficiente

requer cuidado total ou parcial de outros, ou assistência na forma de ensino ou orientação, dependendo do estado de saúde dele/a e requerimentos futuros ou imediatos para o autocuidado (OREM, 1991).

Autocuidado é a contribuição contínua do adulto para a continuidade de sua própria existência. Cuidado de outros é uma contribuição de um adulto para a saúde ou bem-estar de membros dependentes do grupo social de adultos (OREM, 1991).

O autocuidado tem propósito. É uma ação que tem passos e seqüência e, quando feito efetivamente, vai contribuir de maneira específica para a integridade estrutural, funcionamento e desenvolvimento humanos (OREM, 1991).

Certas condições devem existir para que o enfermeiro deva agir, tais como a inabilidade das pessoas de prover contínua e totalmente o autocuidado requerido, com qualidade. Em crianças, quando há inabilidade do pai ou cuidador em prover cuidados necessários e, em indivíduos adultos, quando não possam mais regular o seu próprio funcionamento e desenvolvimento (OREM, 1991).

Existem situações em que o indivíduo recusa o cuidado/ajuda de outras pessoas, por diferenças na maneira e habilidades ou por diferenças culturais que venham a não inspirar confiança. Pessoas que precisam de ajuda podem ser incapazes de solicitar ajuda, ou por falta de informação necessária ou dificuldades na comunicação. Podem estar com medo. Às vezes, as pessoas acreditam que elas não têm o direito de procurar e receber ajuda. Nessas situações, as pessoas precisam ser ajudadas a obter ajuda, encontrando, dessa forma, as necessidades emergenciais ou específicas existentes (OREM, 1991).

Orem descreve o autocuidado como uma prática aprendida por todos desde pequenos, quando mãe/pai ou adulto que dispensa cuidados ensina o autocuidado à criança, obviamente dentro da cultura desse adulto. Quando adulto, todas as práticas de autocuidado estarão fundamentadas em bases culturais e qualquer proposta que venha a receber, como prática de autocuidado, passará por esse crivo (CADE, 2001).

Três conceitos devem ser considerados para o melhor entendimento da *teoria do autocuidado*:

- “o agente de autocuidado” é o indivíduo que desenvolve ações que regulem o seu funcionamento e desenvolvimento. O autocuidado pode ser realizado de forma deliberada ou como um comportamento aprendido (HARTWEG¹, 1991, apud FERRERO, 2001). Todo ser humano tem potencial para se desenvolver e aprender em todas as fases da vida; entretanto, alguns determinantes podem afetar esse processo, dentre eles o envelhecimento, como já mencionado anteriormente. Em situações em que um ser humano se torna incapaz de realizar as ações de autocuidado, o enfermeiro assume o papel de agente de autocuidado.
- as “demandas terapêuticas de autocuidado” são as medidas que o indivíduo deverá tomar para atender às suas necessidades, ou requisitos, de autocuidado. Estas ações servirão no sentido de controlar fatores que afetam o funcionamento, o desenvolvimento e a regulação do corpo. A demanda terapêutica é caracterizada por meio de um levantamento dos requisitos de autocuidado ou dos requisitos necessários para que ocorra uma ação, ou seja, quando todos os requisitos para o autocuidado são identificados, pode-se dizer que estabeleceu-se a demanda terapêutica de autocuidado (CADE, 2001).
- o “déficit de autocuidado”, constitui um conceito essencial na teoria de OREM (1991). Para esta autora, o déficit de autocuidado deve ser compreendido como uma relação entre as ações que o indivíduo deve realizar para o seu autocuidado (as demandas de ação) e a capacidade do indivíduo em agir. A partir dessas demandas de autocuidado e da incapacidade em atendê-las é que se identifica o déficit de autocuidado (OREM, 1991; PEIXOTO, 1996). O déficit de autocuidado é portanto um

¹ HARTWEG, 1991, *apud* FERRERO, S.H. Estudo da relação entre as habilidades e as limitações para o autocuidado dos idosos portadores de vasculopatias e a reinternação hospitalar. Campinas, 2001. (Dissertação - Mestrado - Universidade Estadual de Campinas).

desequilíbrio, e pode estar associado à presença de distúrbios funcionais ou estruturais do ser humano (OREM, 1991).

Quando se faz referência às necessidades do indivíduo, sob a ótica de OREM (1991), fala-se em requisitos de autocuidado que, para a autora, são representações mentais direcionadas para ações necessárias à regulação e ao controle do funcionamento e do desenvolvimento humanos (CADE, 2001).

Os requisitos de autocuidado compõem-se de dois elementos: o próprio fator a ser controlado ou manipulado para manter o funcionamento do ser humano dentro de normas compatíveis com a vida, a saúde e o bem estar, e a natureza específica da ação a ser realizada (OREM, 1991). Os dois elementos podem ser identificados no seguinte requisito de autocuidado: manutenção da ingesta de alimentos, de forma que qualidade e quantidade sejam suficientes para manter o funcionamento e desenvolvimento do corpo humano.

Dessa maneira, os requisitos de autocuidado podem ser entendidos como: expressões de ação a ser feita por ou para indivíduos, com o interesse de controlar os fatores humanos e ambientais que afetam o funcionamento e desenvolvimento humanos; expressões de propósitos a serem obtidos, resultados desejados de contratos deliberados no autocuidado (OREM, 1991); ações direcionadas para a provisão do autocuidado (FOSTER e BENNETT, 2000); e, ainda, como as razões que motivam estas ações (OREM, 1991).

OREM (1991) classifica os requisitos de autocuidado em três grupos: requisitos universais; requisitos de desenvolvimento; requisitos de desvios de saúde. Sua definição e seus componentes são comentados a seguir.

Os requisitos universais estão associados às necessidades humanas básicas, comuns a todos os seres humanos, que visam manter a integridade, o funcionamento e bem-estar do corpo humano (ALVAREZ, 1990; OREM, 1991; FERRERO, 2001). Os requisitos de autocuidado universal referem-se a: manutenção do funcionamento adequado do organismo por meio de entrada suficiente de ar, água e alimentos; está associado diretamente à manutenção da vida; exigências de cuidado quanto às condições internas e

externas vinculadas à regulação dos processos de eliminação e excreção; manutenção do equilíbrio entre atividades e repouso; manutenção de equilíbrio entre estar só e interagir socialmente; prevenção de riscos que possam comprometer a vida, o funcionamento e o bem estar humanos; promoção do funcionamento e desenvolvimento humanos dentro de grupos sociais de acordo com o potencial, as limitações e o desejo do ser humano de ser normal, sendo a "...normalidade compreendida como aquilo que é essencialmente humano e que está de acordo com a genética, as características constitucionais e o talento dos indivíduos" (OREM, 1991).

Os requisitos de desenvolvimento são expressões especializadas dos requisitos universais, relacionadas às diferentes fases da vida, ou seja, fazem parte do processo de desenvolvimento do ser humano. Estão associadas a dois aspectos: aos eventos da vida e do desenvolvimento do ser humano, no sentido de seu progresso para diferentes níveis de organização e maturação (como, por exemplo, estágios da vida intra-uterina, nascimento, infância, adolescência, e vida adulta; casamento, adaptação a um novo trabalho, gravidez); e aos eventos ou condições que podem afetar adversamente o desenvolvimento humano (como privação educacional, adaptação social, perda de familiares e amigos, perda de bens e pertences, mudança de residência para um ambiente não familiar, saúde frágil e incapacidade, condições de vida opressivas, doenças terminais e morte iminente); neste caso, os cuidados voltam-se para prevenir a ocorrência destes eventos, ou a minimizar ou superar seus efeitos (OREM, 1991; TORRES et al.; 1999; FERRERO, 2001).

Os requisitos de desvio de saúde estão relacionados às condições de distúrbios de ordem constitucional ou genética, a doenças e desvios do funcionamento e da estrutura normais do ser humano, e a medidas ou intervenções médicas exigidas no sentido de corrigi-las (OREM, 1991; PEIXOTO, 1996; TORRES et al.; 1999). OREM (1991) aponta os seguintes componentes destes requisitos: busca de assistência médica adequada; conhecimento sobre efeitos e resultados das condições e estados patológicos; desempenho efetivo de medidas prescritas para o diagnóstico ou terapêutica de uma afecção, ou para reabilitação; conhecimento e controle dos efeitos adversos ou deletérios de medidas realizadas por conta própria ou prescritas por profissional de saúde; modificação do autoconceito e da auto-imagem, com aceitação do seu estado de saúde e de suas

necessidades de cuidado à saúde; aprendizado sobre o convívio com os efeitos de condições e estados patológicos, ou das medidas necessárias para seu diagnóstico e tratamento, mantendo um estilo de vida que promova o desenvolvimento pessoal contínuo.

Diversos fatores podem comprometer o alcance de um requisito. Esses fatores são condições presentes em um indivíduo, as quais, ao afetar a satisfação de um requisito de autocuidado, irão causar limitações na sua vida cotidiana. Ao identificar e interpretar essas limitações, o indivíduo irá mobilizar-se para realizar ações de autocuidado, visando satisfazer esses requisitos, dentro de suas possibilidades e de seu conhecimento (OREM, 1991).

A segunda construção teórica, a teoria do déficit de autocuidado, segundo FOSTER e BENNETT (2000), constitui a essência da Teoria Geral de OREM. Essa teoria permite estabelecer as exigências da atuação do enfermeiro em uma situação de cuidado, a partir da avaliação do desequilíbrio entre as necessidades ou requisitos de autocuidado de um ser humano, e a incapacidade ou limitação deste para sua realização.

CADE (2001) verifica que o postulado da teoria do déficit de autocuidado é a incapacidade da pessoa em cuidar de si mesma, para alcançar o estado de saúde ou bem-estar. O déficit ocorrerá quando há desequilíbrio entre a capacidade de cuidar de si mesmo e a demanda de autocuidado.

O modelo da teoria do déficit de autocuidado é muito positivo para direcionar as ações de enfermagem, a fim de responder às necessidades de cuidado do paciente portador de doenças crônicas (CADE, 2001).

A teoria dos sistemas de enfermagem tem nos seus pilares a estrutura e o conteúdo da prática de enfermagem (PEREZ, 1993). Esta teoria contribui para organizar os elementos obtidos na *teoria do déficit de autocuidado*, ao estabelecer a forma como se fará o relacionamento entre enfermeiro e paciente para o provimento do autocuidado. Segundo OREM (1991), o papel do enfermeiro no provimento do autocuidado pode se dar de diferentes maneiras ou métodos de ajuda: agir ou fazer para o outro; guiar e direcionar o outro; apoiar o outro (física e psicologicamente); proporcionar ambiente que promova o

desenvolvimento pessoal, quanto a tornar-se capaz de satisfazer demandas futuras ou atuais de ação; e ensinar o outro (FOSTER e BENNETT, 2000).

Homens, mulheres e crianças vivem juntos e desenvolvem métodos para dominar, vencer ou compensar as limitações de ação que os indivíduos e famílias têm em tempos específicos, sob circunstâncias específicas para satisfazer as necessidades emergenciais existentes. Métodos são uma maneira ordenada de fazer alguma coisa. Um método de ajuda que vem de uma perspectiva da enfermagem é uma série sequencial de ações que, se executadas, compensarão as limitações associadas à saúde de pessoas que se dedicam em ações para regular seu próprio funcionamento e desenvolvimento, ou de seus dependentes (OREM, 1991).

Há um número limitado de métodos que uma pessoa pode adotar para ajudar uma outra pessoa a fazer uma tarefa ou satisfazer uma necessidade. Métodos de ajuda são usados em ocupações ou profissões de atendimento humano e em todas situações de laços de amizade ou com vizinhos. Existem pelo menos cinco métodos de ajuda, por meio dos quais uma pessoa pode compensar a favor ou superar as limitações de outros para agir por eles, mesmo na vida diária (OREM, 1991).

Em situações de ajuda concreta, os métodos são normalmente usados em combinação. Enfermeiros usam todos os métodos selecionados, combinando-os em relação às demandas de ação, em pessoas sob o seu cuidado e suas limitações de ações associadas à saúde.

O ser humano necessita de motivação e interesse para desempenhar e conduzir qualquer atividade, que vise a um objetivo almejado. O homem é, para Orem, uma unidade funcionalmente biológica, social e simbólica. Vive em íntima relação com o seu meio, tentando adaptar suas necessidades de saúde ao agente estressor do ambiente, através de mecanismos, para controlar e satisfazer suas necessidades (TASHIRO et al.; 1995).

Os métodos de ajuda identificados por OREM (1991) e descritos por TORRES et al.; (1999); SILVA et al.; (2000) são:

1. Agir ou fazer para o outro. Aplicável a pessoas que não podem se ajudar.
2. Guiar o outro, auxiliando o cliente a fazer escolhas ou a procurar um curso de ação.
3. Apoiar o outro, proporcionando uma base de sustentação, um apoio para a execução de determinados objetivos.
4. Proporcionar um ambiente que promova o desenvolvimento pessoal, quanto a tornar-se capaz de satisfazer as futuras demandas ou atuais de ação.
5. Ensinar o outro, auxiliá-lo a desenvolver conhecimento e habilidades necessárias à sua vida.

De acordo com os diferentes métodos de ajuda a serem utilizados no atendimento aos requisitos de autocuidado dos indivíduos, três classificações de sistemas de enfermagem foram definidas por OREM: 1- sistema totalmente compensatório; 2- sistema parcialmente compensatório; 3- sistema de apoio e educação.

O sistema totalmente compensatório de enfermagem é necessário quando o indivíduo é incapaz de se envolver em ações de autocuidado que requeiram deambulação e movimentos de manipulação, ou quando há uma prescrição do profissional de saúde para que tais atividades sejam evitadas. O indivíduo não é o agente de seu autocuidado, sendo totalmente dependente de outrem.

O sistema parcialmente compensatório de enfermagem inclui as situações em que o indivíduo é capaz de desenvolver algumas ações de autocuidado, e necessita de outrem, em especial do enfermeiro, para complementar o atendimento às suas necessidades. Todos os métodos de ajuda descritos anteriormente podem ser utilizados.

O sistema de apoio e educação engloba situações em que o indivíduo pode realizar seu autocuidado ou aprender a fazê-lo, mas precisa de orientações para isso; ele precisa de auxílio para tomar decisões, controlar comportamentos e adquirir certas informações e habilidades. Cabe ao enfermeiro contribuir para que o indivíduo torne-se o agente de seu autocuidado.

Orem considera o ensino e a educação para o autocuidado uma dinâmica, em que é imprescindível a percepção do paciente de sua condição clínica. Através da teoria, os pacientes julgam se a ação de autocuidado traz benefícios e esse julgamento é pautado em orientações internas e/ou externas, que são modeladas por sua formação cultural (OREM, 1991; DUPAS, 1994).

Voltando a considerar a pessoa idosa, sujeito do presente estudo, entende-se que a teoria de Orem, quando direcionada e aplicada ao idoso, pode contribuir filosófica e metodologicamente para a transformação de crenças e valores, permitindo uma assistência de enfermagem com enfoque às necessidades da população idosa (ALVAREZ, 1990).

Os requisitos para o autocuidado, cuja definição foi apresentada anteriormente neste trabalho, são generalizações e podem ser particularizados para sua melhor compreensão e aplicação em situações específicas. A pessoa idosa apresenta diversas singularidades devidas ao processo de envelhecimento normal e às afecções mais comumente associadas ao processo de envelhecimento, como aponta ALVAREZ (1990). Referindo-se aos requisitos universais de autocuidado, ALVAREZ (1990) destaca que o idoso apresenta modificações estruturais e funcionais que podem conduzir à alterações do perfil hidroeletrólítico, redução da reserva funcional e do metabolismo basal; também pode apresentar maior propensão a distúrbios do sono, menor tolerância aos excessos de atividade física e menores oportunidades de interação social, entre outros. Quanto aos requisitos de desenvolvimento, sabe-se que o processo de envelhecimento traz a necessidade de adaptação à própria velhice, à aposentadoria, à perda de papéis sociais e de entes queridos; no caso do idoso institucionalizado, também acarreta a necessidade de integrar-se a um novo ambiente e a novos companheiros de moradia. A elevada prevalência de afecções crônico-degenerativas que acompanham o envelhecimento, por sua vez,

contribuem para que os requisitos de desvios da saúde, freqüentemente, exijam ações de autocuidado (ALVAREZ, 1990).

Segundo OREM (1991), os idosos requerem cuidados e assistência integral quando “o declínio das capacidades físicas e mentais limitam a seleção e o desempenho de ações de autocuidado”. Em diversas situações, o atendimento das demandas de requisitos de autocuidado do idoso com o método de ajuda apropriado devem contribuir para que ele ~~progreda em direção a tornar-se o agente de seu autocuidado.~~

A maioria dos idosos não só tem a capacidade física e cognitiva para aprender técnicas de autocuidado e praticá-las, como também de transmiti-las a outros (QUINTERO, 1994).

RODRIGUES e MENDES (1993) ressalta que não há definição de idade para o aprendizado do autocuidado: sempre é tempo para aprender a cuidar de si e dos outros. Ao estimular o autocuidado, deve-se enfatizar ao idoso que os resultados visam à independência, ao vigor e a uma vida com satisfação, sempre considerando as alterações biopsicossociais decorrentes do processo do envelhecimento. Os esforços devem ser empreendidos no sentido de levar os idosos a adquirirem condutas que proporcionem a eles uma vida saudável e independente (QUINTERO, 1994).

Entendido o que seja o autocuidado e estabelecidas as diferenças entre a demanda de requisitos de autocuidado e a deficiência do idoso em iniciar ou manter ações para atender a eles, cabe ao enfermeiro, juntamente com a pessoa idosa, determinar qual será o papel de cada um na assistência, caracterizando a teoria dos sistemas de enfermagem a ser utilizada. No momento em que são identificadas as ações e limitações para o autocuidado que o indivíduo apresenta, o enfermeiro deve estabelecer um plano de ação em conjunto com o idoso, para que ambos, com a participação de outros profissionais, se necessário, possam atender às demandas terapêuticas para o autocuidado (PEIXOTO, 1996).

1.3- JUSTIFICATIVA

Considera-se que todo trabalho de pesquisa deve acima de tudo trazer benefícios à sociedade. Portanto, com o olhar voltado para a população idosa, da qual grande parcela ainda não conquistou o direito de exercer a sua cidadania com dignidade e entre esses idosos, muitos institucionalizados, buscou-se investir nos esforços de um trabalho que trouxesse algum ganho a eles.

Verificou-se que não há instrumentos específicos para a avaliação das condições físicas de idosos independentes nas instituições asilares. Portanto, trabalhar para que o idoso independente institucionalizado pudesse receber orientações, motivando-os a se manterem independentes pelo maior período possível dentro do ambiente asilar, resultaria em andar na contramão do ciclo da dependência. Considera-se ainda que, ampliada a expectativa de vida, é extremamente importante para toda a sociedade que a pessoa idosa possa cuidar de si mesma, pelo máximo de tempo, independente de onde viva.

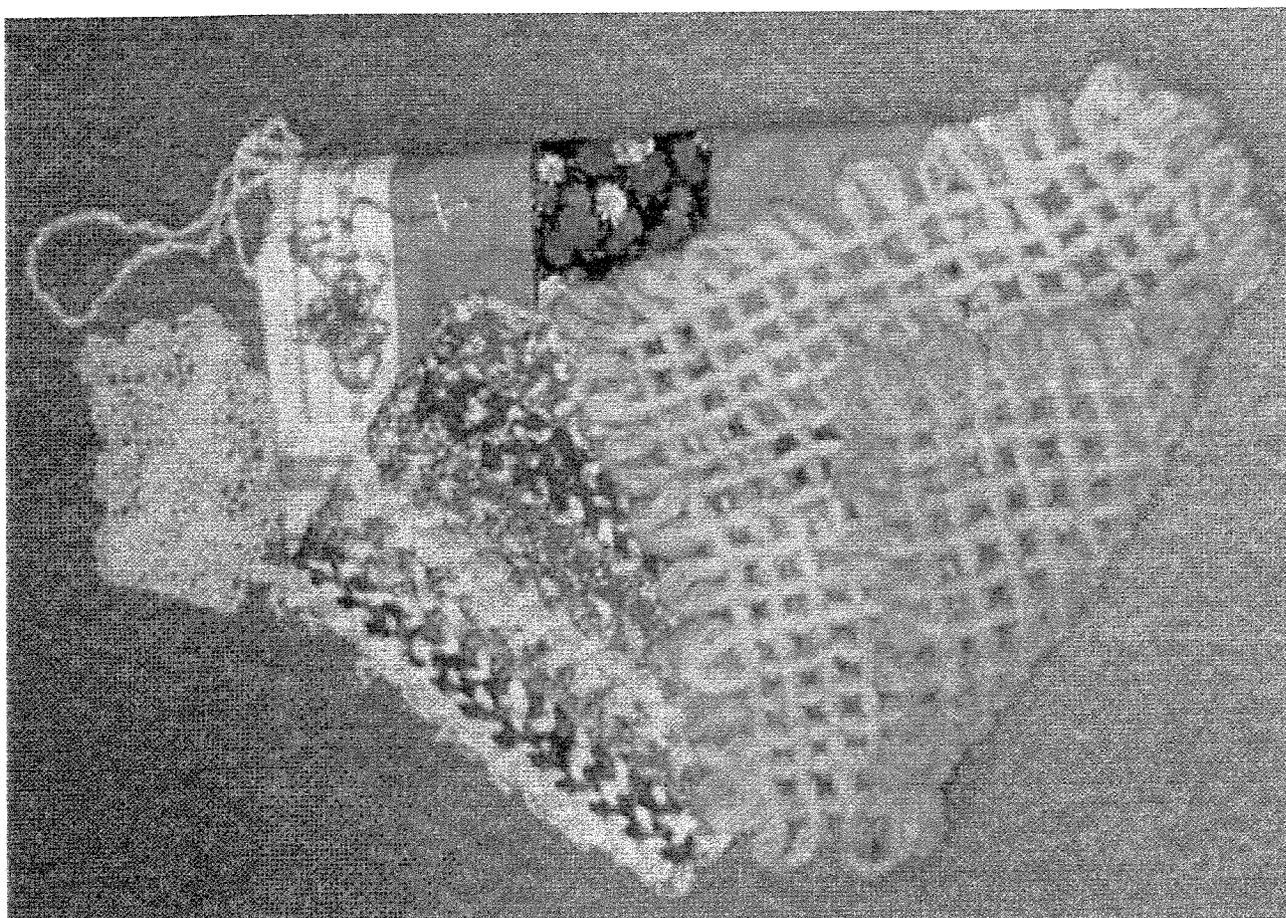
Ao perceber os problemas relacionados à saúde e à qualidade de vida do indivíduo idoso institucionalizado durante a realização de uma pesquisa sobre lesões bucais decorrentes do uso de próteses totais mal adaptadas, em idosos institucionalizados em Taubaté, SP, a pesquisadora perguntou-se, entre outras questões: se os idosos institucionalizados considerados independentes nas AVDs empreendem ações para atender aos requisitos de autocuidado comprometidos e que geram limitações no seu cotidiano; e, caso não as realize, quais seriam as dificuldades e limitações que impedem essas ações.

Deve-se salientar que nestas instituições existe uma equipe de enfermagem qualitativa e quantitativamente insuficiente para atender à demanda de necessidades de cuidado de todos os indivíduos; que os idosos dependentes constituem um número elevado e, por serem dependentes, requerem muito mais cuidados diretos. Os idosos independentes estão em risco de serem mesmo negligenciados, pois suas necessidades não são identificadas por serem menos urgentes e visíveis.

Consideram-se essenciais, portanto, estudos que se ocupem em detectar quais são os requisitos de autocuidado dos idosos independentes institucionalizados e quais são as capacidades e limitações que estes têm para cuidar de si mesmos. Esta constitui a finalidade do presente estudo.

Uma investigação desta natureza poderá ter, como um desdobramento, a proposta de um plano de assistência de enfermagem para estes idosos com a finalidade de ~~promoção do autocuidado, sendo fundamentado no ensino e orientação.~~ Entende-se que isto traria mais autonomia a estes idosos e, portanto, os manteria por mais tempo independentes, garantindo-lhes uma melhor qualidade de vida na instituição, reduzindo as demandas de cuidado para os cuidadores formais, que poderiam centrar-se nos cuidados aos indivíduos dependentes, sem que os idosos independentes fossem negligenciados.

Foram estes questionamentos e considerações que levaram a pesquisadora a elaborar o presente estudo, com os objetivos descritos a seguir.



Trabalhos Manuais das Idosas

2- OBJETIVOS

Identificar o grau de independência para a realização de atividades da vida diária (AVDs) dos idosos residentes nas instituições asilares da cidade de Taubaté, SP, segundo avaliação baseada no Índice de Independência nas AVDs de KATZ et al.; (1963).

Identificar os requisitos para o autocuidado que se encontram comprometidos nos idosos considerados independentes.

Identificar as ações e as limitações para o autocuidado apresentadas pelos idosos independentes.

Propor instrumento específico para avaliação do idoso institucionalizado.



Instituição A

3- CASUÍSTICA E MÉTODOS

3.1- TIPO DE PESQUISA

Este trabalho é uma pesquisa do tipo exploratório e descritivo.

3.2- CAMPO DA PESQUISA

O estudo foi desenvolvido na cidade de Taubaté, interior do estado de São Paulo. As instituições asilares de longa permanência existentes na cidade, definidas como abrigo para idosos, foram os campos em que se desenvolveu a investigação.

Existem quatro instituições de longa permanência na cidade de Taubaté. Uma delas, destinada exclusivamente a abrigar indivíduos cegos inclusive alguns idosos, não foi incluída no estudo devido às características que lhes são peculiares. Portanto, o estudo foi realizado em três instituições destinadas efetivamente ao atendimento de idosos.

Segundo os três últimos levantamentos da Fundação do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), verifica-se a seguinte participação das pessoas com 60 anos de idade ou mais, na população de Taubaté: em 1980, a população dessa faixa etária correspondia a 6,4% (10.820 pessoas) da população residente no município, que era de 169.239 pessoas; em 1991, numa população de 206.965 habitantes, o grupo etário de 60 anos ou mais era de 7,5% (15.600 pessoas); em 2000, os indivíduos com 60 anos ou mais representavam 8,7% (21.280 pessoas) de uma população de 244.165 habitantes. Verificou-se um incremento no número absoluto de idosos e na sua proporção em relação aos demais grupos etários da população: enquanto a população da cidade aumentou em cerca de 44% em todas as faixas etárias, o aumento da população com 60 anos ou mais foi de aproximadamente 97%.

Não foi possível identificar a proporção de indivíduos com 60 anos ou mais que se encontravam institucionalizados à época em que foram realizados os recenseamentos citados, pois as três instituições não dispunham de registros completos a respeito.

Caracterização dos campos de pesquisa

As três instituições incluídas no estudo foram identificadas com as letras A, B e C. A seguir, são apresentados alguns dados históricos sobre cada instituição, bem como a descrição de características peculiares a cada uma. Essas características correspondem às verificadas no período em que os dados foram coletados, ou seja, entre dezembro de 2001 e agosto de 2002, exceto quando outra data específica é apontada.

Instituição A

A Instituição A tem como data oficial de fundação o dia 2 de julho de 1908. Entretanto, segundo CAMPOS (1996), nessa data foi adquirido o terreno para a construção da casa que teve início em 1909. Dessa forma, a inauguração deve ter ocorrido em 1909 ou 1910. Localiza-se a um quilômetro do centro da cidade. Em 1991, a instituição abrigava 110 indivíduos institucionalizados e em 2000 esse número caiu para 84.

Os idosos residentes contribuem com sua aposentadoria, na maioria das vezes recolhida pela própria instituição. Essa recebe também auxílio financeiro da Conferência da Sociedade de São Vicente de Paulo, contribuições de cidadãos do município e auxílio da Prefeitura Municipal. Residiam na instituição 74 sujeitos, dos quais 67 tinham 60 anos de idade na ocasião deste estudo. Dentre os idosos residentes, três eram do sexo masculino. Um idoso do sexo masculino não era considerado residente, não tendo registro como tal

Os idosos independentes residiam em construções conhecidas por “casinhas”, sozinhos ou em grupos de dois ou três idosos, sempre do mesmo sexo. O que determinava se o idoso podia ou não morar sozinho era a sua condição financeira e grau de dependência. Embora a instituição considerasse que todos os residentes nas casinhas eram independentes, a pesquisadora constatou a presença de idosos parcialmente dependentes. Alguns podiam pagar para morar sozinhos, enquanto a maioria reservava para as suas despesas toda a sua aposentadoria, em geral irrisória. Mesmo dividindo a moradia, cada residente tinha quarto próprio. Alguns idosos admitidos há muitos anos não contribuíam financeiramente por não possuírem nenhum tipo de renda. Dois idosos do sexo masculino trocavam seu trabalho por moradia; um trabalhava na portaria e o outro fazia o recebimento de contribuições nos domicílios. Um deles não possuía cadastro como residente na instituição.

Residiam ainda, na Instituição A, 19 idosos dependentes que recebem cuidados de enfermagem na enfermaria. Os idosos parcialmente dependentes que residiam nas casinhas recebiam ajuda da equipe de enfermagem para o banho. Alguns que permaneciam na enfermaria faziam as refeições no refeitório da instituição.

Nove auxiliares de enfermagem trabalhavam na instituição, todos do sexo feminino. Quatro funcionários faziam rodízio em plantões diurnos de 12 por 36 horas, ~~quatro rodiziavam em plantões noturnos de 12 por 36 horas, e um trabalhava diariamente~~ das 07:00 às 17:00 horas em dias úteis e das 07:00 às 11:00 horas aos sábados. Na enfermaria havia sete serviços de limpeza que faziam revezamento em plantões diurnos de 12 por 36 horas e que ajudavam as auxiliares de enfermagem nos banhos dos idosos.

A instituição contava com um médico remunerado que atendia aos idosos uma vez por semana, e um fisioterapeuta que atendia duas vezes na semana. O fisioterapeuta realizava também aulas de alongamento duas vezes por semana, com duração de 40 minutos, para os idosos da instituição. Uma enfermeira voluntária comparecia ao local uma vez por semana e uma nutricionista voluntária elaborava o cardápio dos idosos. A instituição contava ainda com uma assistente social voluntária.

Instituição B

A Instituição B foi fundada em 1945, sob a guarda e orientação das filhas da Caridade de São Vicente de Paulo. Localiza-se a aproximadamente um quilômetro e meio do centro da cidade. Em 1980 havia nessa instituição 42 idosos, sendo 39 mulheres e 2 homens.

A Instituição B tem como mantenedor uma entidade assistencial de caráter religioso, diferente daquela da Instituição A. Recebe contribuições dos idosos com suas aposentadorias e a ajuda de munícipes, na forma de contribuições mensais, bem como auxílio da Prefeitura Municipal.

Em 2001, residiam na instituição 38 pessoas, 36 delas com idade de 60 anos ou mais. Dentre os residentes, apenas dois eram do sexo masculino.

Os idosos ocupavam quartos com uma ou duas camas, e os banheiros ficavam no corredor de circulação entre os quartos. Quanto às refeições, os idosos as recebiam no refeitório da instituição. Aqueles que dependiam de auxílio para se alimentar contavam com a assistência de cuidadoras leigas e das freiras que atuavam no local.

A Instituição B contava com quatro auxiliares de enfermagem e cinco cuidadoras que se revezavam em plantões diurnos e noturnos de 12 por 36 horas.

Um médico do exército locado no município realizava visitas semanais aos idosos e atendia em situações de emergência, voluntariamente. Não havia nenhum outro profissional de saúde que atendesse ou trabalhasse para a instituição.

Um jardineiro trabalhava na manutenção da horta e do jardim. Todo material de limpeza e a despensa da instituição eram controlados por um idoso independente do sexo masculino, sendo esse responsável pela diluição dos produtos de limpeza e controle de estoque do material e mantimentos da despensa.

Os idosos não desenvolviam nenhuma atividade de lazer, embora a instituição permitisse a saída dos residentes independentes para realizar atividades físicas, compras, visitas e outros.

Instituição C

A Instituição C foi fundada em 27 de março de 1902 como Asilo de Mendigos de Taubaté. Localiza-se num bairro a sete quilômetros do centro da cidade, o que dificulta o acesso à mesma.

Foi a primeira instituição destinada a abrigar mendigos que perambulavam pela cidade após a Abolição da Escravatura quando, segundo MELLO JÚNIOR (2002), a lavoura se encontrava lutando pela falta de mãos-de-obra e o café se transferia para outras regiões do estado. Antigos escravos vinham para a cidade em busca de novas condições que lhes oferecia a Lei Áurea e, não encontrando trabalho, aumentavam a legião de desempregados e pedintes.

Em 12 de abril de 1899 o Jornal de Taubaté publicava em sua primeira página a intenção de se construir na cidade um asilo de mendigos. O jornal citava:

Bastar-nos-à chamar a atenção dos leitores para a legião de pedintes que infestam a nossa cidade, aos sábados principalmente, uns impossibilitados de trabalhar por incapacidade física, outros viciados e preguiçosos; muitos necessitados e (...).

Em dezembro de 1902 eram 40 asilados, embora a instituição prestasse assistência a outros 70 mendigos chamados de asilados externos, que não residiam no local mas recebiam alimentos e medicamentos.

Em 1980, a instituição abrigava 82 pessoas, em 1991 residiam 87 e em 2000 o total elevou-se para 110 indivíduos com idades abaixo e acima de 60 anos, independentes ou não e em todos os levantamentos o número de homens prevalece ao de mulheres.

Atualmente a instituição recebe outra razão social. Sobrevive das pensões dos idosos institucionalizados, doações de munícipes e auxílio da Prefeitura Municipal para compra mensal de alimentos e produtos de limpeza. Três de seus funcionários eram cedidos pela Prefeitura Municipal. A instituição possui uma casa em que residem freiras de uma congregação religiosa, das quais duas trabalhavam, mesmo sendo idosas, como missionárias na instituição.

Na instituição residiam 84 indivíduos com 60 anos ou mais de idade, sendo 43 homens e 41 mulheres. O número total de internos era de 103, 19 sujeitos não haviam completado 60 anos ou não eram cadastrados como residentes. O número elevado de homens devia-se ao fato de a instituição ser a única a aceitar pessoas sem restrições de idade e sexo.

A instituição era constituída por dois pavilhões: masculino e feminino. Os idosos eram alojados em quartos com até cinco camas. No corredor que ligava dois dormitórios havia um banheiro que atendia a ambos. As refeições eram realizadas no refeitório, e os idosos que não podiam se deslocar para o local recebiam suas refeições no próprio quarto, servidas pelos funcionários.

Uma freira graduada e com título de Mestrado em Enfermagem era a responsável técnica da instituição, supervisionando a equipe de enfermagem e respondendo pela instituição. A equipe de enfermagem era composta por sete auxiliares de enfermagem e 41 auxiliares de serviços gerais que assistiam aos idosos nos banhos e refeições e realizavam serviços de limpeza nos pavilhões masculino e feminino. A equipe de enfermagem trabalhava em sistema de rodízio de 12 por 36 horas. Uma médica voluntária atendia aos idosos uma vez por semana, embora sua visita não fosse regular. Um fisioterapeuta, cedido pela prefeitura, atendia uma vez por semana e um técnico em fisioterapia trabalhava diariamente com os idosos em tratamento. Nessa instituição trabalhava uma assistente social.

As três instituições têm uma capela em sua propriedade, nas quais eram realizadas missas semanais ou diárias.

3.3- POPULAÇÃO DA PESQUISA

Os participantes do estudo foram definidos de acordo com o desenvolvimento da pesquisa, que deu-se em duas fases:

A Fase 1 foi desenvolvida nos meses de dezembro de 2001 e janeiro de 2002, sendo estudados os residentes de ambos os sexos que atendiam aos os seguintes critérios de inclusão:

- ter idade igual ou superior a 60 anos completos, respeitando-se a definição da Organização Mundial de Saúde (1984) que determinou essa idade cronológica para definir a pessoa idosa, nos países em desenvolvimento como o Brasil;
- ser cadastrado como residente da instituição.
- As instituições, em conjunto, abrigavam 187 residentes cadastrados com idade igual ou superior a 60 anos, quando foi desenvolvida a Fase 1. Na Tab. 1 são apresentados os dados referentes à idade e ao sexo desses idosos, em relação à instituição na qual residiam.

Tabela 1 - Distribuição dos residentes segundo instituição a que pertencem, sexo e faixa etária. Taubaté, 2001.

Instituição	Faixa etária (anos)										Sub Total		Total
	60-69		70-79		80-89		90-99		100 ou mais		M*	F†	
	M*	F†	M*	F†	M*	F†	M*	F†	M*	F†			
A	1	12	1	18	1	27	-	4	-	3	3	64	67
B	-	5	1	17	1	9	-	3	-	-	2	34	36
C	16	11	19	15	6	14	2	1	-	-	43	41	84
Total	17	28	21	50	8	50	2	8	-	3	48	139	187

FONTE: o autor

* sujeitos do sexo masculino

†: sujeitos do sexo feminino

A Fase 2 foi desenvolvida de maio a agosto de 2002. Foram estudados os participantes da Fase 1 que atendiam aos seguintes critérios de inclusão:

- ter sido classificado como independente para o desempenho das atividades da vida diária de acordo com o Índice de Katz (KATZ et al.; 1963) na Fase 1 e manter-se nessa classificação na nova avaliação realizada imediatamente antes do início da Fase 2;
- ser capaz de responder a uma entrevista e demonstrar entendimento das questões formuladas;
- aceitar voluntariamente a participação no estudo, assinando termo de consentimento após informação;
- não ter participado do Estudo Piloto dessa pesquisa, realizado em fevereiro e março de 2002.

3.4- ASPECTOS ÉTICOS RELACIONADOS À PESQUISA

Este projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp em 29/10/2001. Avaliado sob o número 294/01, recebeu parecer favorável ao seu desenvolvimento (Anexo 1).

As instituições foram contatadas quanto à autorização formal para a realização do estudo. Nesta ocasião foi apresentada uma carta com as explicações necessárias sobre a pesquisa, além dos objetivos da mesma (Anexo 2). Após autorização da instituição, o responsável legal pela mesma assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 3).

Embora as instituições detenham a tutela de seus residentes, os indivíduos que atendiam aos critérios de inclusão para a Fase 2 foram informados detalhadamente sobre as implicações e os objetivos do estudo, bem como sobre as garantias de participação anônima e totalmente voluntária no mesmo. Aqueles que concordaram em participar da pesquisa, após os esclarecimentos, assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 4). Foi assegurado a todos: o seu anonimato; a garantia de não haver quaisquer sanções ou prejuízos pela não participação ou pela desistência, a qualquer momento; o direito de resposta às dúvidas; a inexistência de qualquer ônus financeiro ao participante.

3.5- PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

Uma vez obtido o consentimento das instituições e observados os aspectos éticos, a Fase 1 da pesquisa teve início.

As visitas às instituições foram agendadas nos horários mais convenientes para cada campo de pesquisa. Nessa fase, os idosos residentes foram avaliados quanto ao seu grau de independência para as atividades da vida diária e classificados de acordo com o Índice de Katz, (KATZ et al.; 1963) que se encontra no Anexo 5. Essa etapa foi realizada com participação dos auxiliares de enfermagem de cada instituição, que eram responsáveis pelos atendimento aos idosos e pela supervisão dos demais membros da equipe de

enfermagem e dos cuidadores. Os auxiliares tinham acesso aos prontuários dos idosos e controle dos mesmos, tendo fornecido ou referendado os dados dos participantes. Destaca-se que muitos idosos dependentes poderiam responder inadequadamente às perguntas e portanto as informações poderiam não ser fidedignas.

A Fase 2 foi desenvolvida cerca de dois meses após a Fase 1. No intervalo entre as fases, realizou-se um estudo-piloto, que teve a finalidade de testar a adequação dos instrumentos elaborados para a Fase 2 (~~Ficha de Entrevista e Ficha de Avaliação Física do Idoso - Anexos 6 e 7, respectivamente~~) aos objetivos da pesquisa, bem como a viabilidade dos métodos propostos para sua aplicação e para o desenvolvimento do estudo.

O estudo-piloto foi realizado nos campos de pesquisa, com idosos retirados aleatoriamente dentre os classificados como independentes para o desempenho das AVDs (nível A do índice de Katz) na Fase 1. Participaram um homem e uma mulher de cada uma das instituições, totalizando seis sujeitos. Os princípios éticos já descritos foram observados para o estudo-piloto.

Nesse ínterim, os instrumentos foram também entregues a juízes, solicitando-se que fossem avaliados quanto à sua pertinência e adequação aos objetivos do estudo (Anexo 8). Após realização do estudo-piloto e recebimento do material avaliado pelos juízes, procedeu-se à adequação dos instrumentos para o seu formato final. A seguir, foi retomado o contato com as instituições para dar prosseguimento ao estudo.

A coleta de dados da Fase 2 foi programada com os responsáveis pela instituição e com os próprios idosos, em datas previamente agendadas por telefone, em dia e horário determinados pelas instituições e convenientes para os idosos. Os participantes foram abordados individualmente e avaliados em seus quartos, respeitando-se sua privacidade. Os idosos mostraram-se desejosos em falar sobre suas vidas, o que fez com que cada procedimento de entrevista e avaliação física durasse aproximadamente duas horas e trinta minutos.

3.6- INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Foram utilizados três instrumentos para coleta de dados:

- **Índice de Katz** (Anexo 5): trata-se de uma escala para avaliar a capacidade funcional do idoso nas atividades de vida diária, considerando seis atividades básicas: banhar-se, vestir-se, utilização do banheiro, movimentação, controle dos esfíncteres e alimentação. A capacidade funcional do idoso é classificada em letras, de A até G; em A encontram-se os idosos que realizam as seis atividades sem ajuda e em G encontram-se os idosos que dependem de auxílio para todas as atividades (KATZ et al.; 1963).

Este instrumento foi aplicado na Fase 1 da pesquisa e novamente nos sujeitos selecionados para a Fase 2, imediatamente antes do início da avaliação de cada idoso, para evitar que mudanças de nível de dependência invalidassem a coleta de dados.

- **Ficha de entrevista** (Anexo 9): foi utilizada para obter as seguintes informações: dados de identificação e referentes à institucionalização; história de saúde dos últimos cinco anos; padrões individuais (higiene, sono e repouso, atividade física, sexualidade e espiritualidade); alimentação e funcionamento intestinal; os dados foram obtidos por meio de anamnese do idoso.
- **Ficha de avaliação física do idoso** (Anexo 10): foi utilizada para registrar a avaliação objetiva, feita pela pesquisadora; foram examinadas condições gerais (peso, altura, aparência física); pele e anexos; sistema neurológico e estado mental; sistema músculoesquelético e sensorial; cabeça e pescoço; sistemas respiratório, cardiovascular, urinário, digestório e órgãos genitais.

Os instrumentos de entrevista e avaliação física foram elaborados com base em JARVIS (2000) e no modelo adotado pela disciplina Semiologia aplicada à Enfermagem II, do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. Foram aplicados na Fase 2 do estudo, ou seja, apenas nos idosos independentes (nível A de Katz).

Com estes dois instrumentos, buscava-se identificar: os requisitos de autocuidado que se encontravam comprometidos; os fatores que afetavam o alcance destes requisitos; as limitações percebidas pelos idosos como resultado da não satisfação dos requisitos comprometidos; e as ações que os sujeitos realizavam para o autocuidado, visando suprir esta deficiência. A partir dessas informações, pretendia-se identificar as limitações para o autocuidado.

O pré teste dos instrumentos permitiu que fossem avaliadas sua viabilidade e adequação. A entrevista e a avaliação física dos idosos foram realizadas sem dificuldades, apesar de demoradas, bem como não houve dificuldades no preenchimento dos instrumentos. Os idosos, por sua vez, não mostraram dificuldades para responder à quase totalidade das questões, mostrando poucas dúvidas facilmente solucionadas.

Os itens identificados como não pertinentes ou que geraram maiores dúvidas, foram modificados. Atendeu-se também às sugestões dos juízes, introduzindo ou retirando itens segundo apontado pelos mesmos. Os instrumentos originais, anteriores às modificações encontram-se nos Anexos 6 e 7.

No pré-teste, os instrumentos revelaram-se adequados para a identificação dos requisitos de autocuidado dos idosos, porém não se mostraram apropriados para identificar as limitações que os requisitos comprometidos traziam para o idoso, bem como as ações de autocuidado desenvolvidas pelos mesmos em função destes requisitos, para todos os itens avaliados.

Cita-se, como exemplo, uma idosa com 76 anos de idade, que referiu dificuldade em iniciar e manter o sono noturno. Identificou-se, portanto, a necessidade de uma ação voltada para atendimento ao requisito de autocuidado universal de equilíbrio entre atividade e repouso. Entretanto, o instrumento não continha questões que permitissem verificar a percepção da idosa a respeito desse problema (requisito comprometido), ou seja, se gerava limitação para seu dia-a-dia. Também não foi possível identificar ações tomadas pela idosa para tentar solucionar o problema (satisfazer o requisito afetado), bem como as limitações encontradas para tal solução.

Havia, no instrumento, lacunas que era necessário preencher. Com essa finalidade, foi acrescentado um conjunto de questões em seguida a cada item do instrumento, relacionadas aos problemas apontados pelo idoso ou identificados na avaliação física.

Perguntava-se ao idoso se determinado problema (requisito comprometido) resultava em limitação nas atividades do dia-a-dia. Em caso de resposta afirmativa, indagava-se qual era a limitação percebida, e se o idoso havia feito algo para tentar solucionar o problema mencionado, ou seja, se desenvolvera uma ação de autocuidado, bem como qual a ação desenvolvida. Se o idoso respondesse que não havia buscado qualquer solução para o problema, perguntava-se qual o motivo, buscando identificar as dificuldades que haviam impedido a ação de autocuidado.

Com estas modificações, além daquelas sugeridas pelos juízes, considerou-se o instrumento adequado aos propósitos deste estudo.

3.7- ANÁLISE DOS RESULTADOS

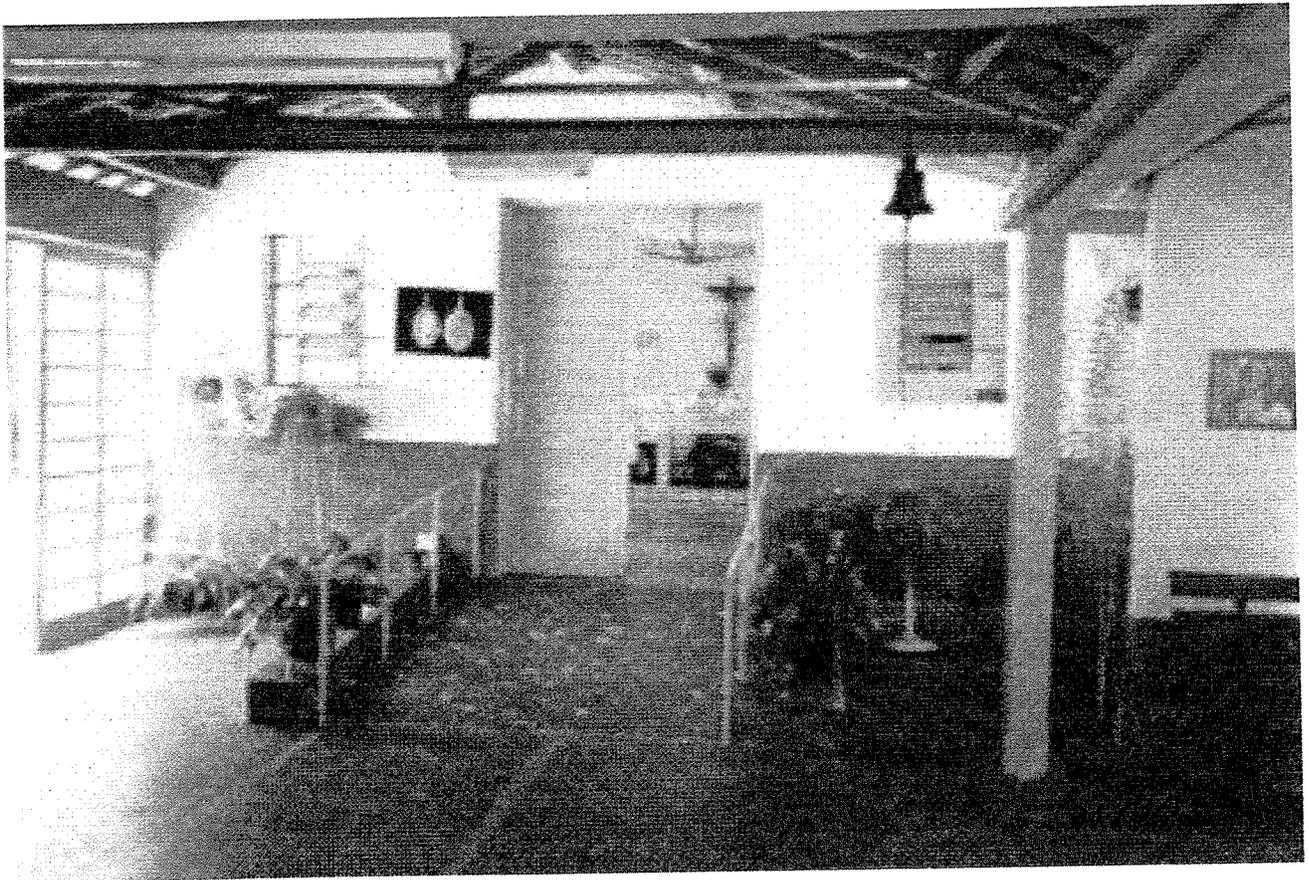
Os resultados da Fase 1 foram digitados e tabulados eletronicamente, analisados quantitativamente e apresentados em forma de tabelas.

Os resultados da Fase 2, obtidos com a entrevista e avaliação física, foram digitados e tabulados com auxílio de planilha eletrônica. As informações foram inicialmente digitadas em separado para cada idoso, identificado por um código individual. A seguir, os dados foram categorizados de acordo com os requisitos para o autocuidado identificados como comprometidos, segundo o referencial teórico utilizado.

Destaca-se que estes requisitos, à luz da teoria de OREM (1991), são expressões de necessidades de autocuidado que os indivíduos requerem. São divididos em três grupos: universais, de desenvolvimento e de desvio da saúde, e foram descritos anteriormente no capítulo de Introdução.

Quando o comprometimento de um requisito trazia limitações para a vida dos sujeitos que estes reconheciam e apontavam, indagava-se a respeito das ações relacionadas ao autocuidado empreendidas pelo idoso, ou, em caso de ausência de ação, o motivo pelo qual não fora realizada. Estes requisitos encontram-se dispostos em quadros, nos quais foram registradas as limitações referidas pelo idoso, as ações de autocuidado empreendidas e os motivos que justificam as circunstâncias em que os idosos não empreenderam nenhuma ação de autocuidado.

Contudo, foram identificadas diversas condições descritas pelos sujeitos, não como geradoras de limitações para suas vidas, mas que comprometiam requisitos de autocuidado, segundo avaliação da pesquisadora. Estes dados são apresentados separadamente, em quadros, nos quais estas condições são referidas de acordo com os requisitos afetados e relacionadas às ações de autocuidado pertinentes, se existentes, ou às justificativas e comentários que os idosos teceram, quando não apresentaram nenhuma ação.



Instituição B

4- RESULTADOS

4.1- AVALIAÇÃO DO GRAU DE INDEPENDÊNCIA PARA DESEMPENHO DE ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA – FASE 1

A avaliação do grau de independência para desempenho de Atividades de Vida Diária (AVDs) constituiu a Fase 1 do estudo. Participaram desta fase 187 indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos, correspondendo a todos os sujeitos desta faixa etária cadastrados como residentes nas instituições asilares de Taubaté (SP) em dezembro de 2001. O grau de independência para as AVDs foi avaliado por meio do Índice de Katz. Os dados obtidos em cada instituição encontram-se na Tab. 2, a seguir.

Tabela 2 - Distribuição dos idosos segundo instituição a que pertencem, sexo, faixa etária e Índice de Katz. Taubaté, 2001.

INSTITUIÇÃO A													
ÍNDICE DE KATZ	Faixa Etária (em anos)										Total		
	60-69		70-79		80-89		90-99		100 ou mais		M⁽¹⁾	F⁽²⁾	Geral
	M⁽¹⁾	F⁽²⁾	M⁽¹⁾	F⁽²⁾	M⁽¹⁾	F⁽²⁾	M⁽¹⁾	F⁽²⁾	M⁽¹⁾	F⁽²⁾	M⁽¹⁾	F⁽²⁾	
A	1	6	1	14	1	21	-	3	-	-	3	44	47
B	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
C	-	2	-	1	-	4	-	-	-	1	-	8	8
D	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	2	2
E	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1	1
F	-	2	-	2	-	-	-	-	-	-	-	4	4
G	-	1	-	1	-	1	-	1	-	1	-	5	5
Outro	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL	1	12	1	18	1	27	-	4	-	3	3	64	67

INSTITUIÇÃO B													
ÍNDICE DE KATZ	Faixa Etária (em anos)										Total		
	60-69		70-79		80-89		90-99		100 ou mais		M⁽¹⁾	F⁽²⁾	Geral
	M⁽¹⁾	F⁽²⁾	M⁽¹⁾	F⁽²⁾	M⁽¹⁾	F⁽²⁾	M⁽¹⁾	F⁽²⁾	M⁽¹⁾	F⁽²⁾	M⁽¹⁾	F⁽²⁾	
A	-	2	-	5	1	1	-	1	-	-	1	9	10
B	-	1	-	-	-	2	-	-	-	-	-	3	3
C	-	-	1	-	-	1	-	-	-	-	1	1	2
D	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1	1
E	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1	1
F	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1	1
G	-	2	-	8	-	4	-	2	-	-	-	16	16
Outro	-	-	-	1	-	1	-	-	-	-	-	2	2
TOTAL	-	5	1	17	1	9	-	3	-	-	2	34	36

INSTITUIÇÃO C													
ÍNDICE DE KATZ	Faixa Etária (em anos)										Total		
	60-69		70-79		80-89		90-99		100 ou mais		M⁽¹⁾	F⁽²⁾	Geral
	M⁽¹⁾	F⁽²⁾	M⁽¹⁾	F⁽²⁾	M⁽¹⁾	F⁽²⁾	M⁽¹⁾	F⁽²⁾	M⁽¹⁾	F⁽²⁾	M⁽¹⁾	F⁽²⁾	
A	3	2	3	3	1	1	-	-	-	-	7	6	13
B	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	1	1	2
C	6	3	3	1	2	3	1	-	-	-	12	7	19
D	-	-	5	-	-	1	-	-	-	-	5	1	6
E	2	-	-	1	-	-	-	-	-	-	2	1	3
F	-	1	1	1	-	2	-	-	-	-	1	4	5
G	5	5	6	8	3	7	1	1	-	-	15	21	36
Outro	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL	16	11	19	15	6	14	2	1	-	-	43	41	84

FONTE: o autor

(1): idosos do sexo masculino

(2): idosos do sexo feminino

Segundo a distribuição apresentada, verifica-se que a Instituição A abrigava o maior número de idosos independentes, ou seja, no nível A de Katz, em relação às demais instituições. A Instituição C, embora com grande número de residentes, abrigava poucos que podiam ser classificados como totalmente independentes.

Na Tab. 3, a seguir, são apresentados os dados das três instituições, em números percentuais:

Tabela 3 - Distribuição geral dos idosos das instituições pesquisadas segundo sexo, faixa etária e índice de katz. Taubaté, 2001

ÍNDICE DE KATZ	Faixa Etária (em anos)										Total		
	60- 69		70-79		80-89		90-99		100 ou mais		M ⁽¹⁾	F ⁽²⁾	Geral
	M ⁽¹⁾	F ⁽²⁾	M ⁽¹⁾	F ⁽²⁾	M ⁽¹⁾	F ⁽²⁾	M ⁽¹⁾	F ⁽²⁾	M ⁽¹⁾	F ⁽²⁾			
A	4	10	4	22	3	23	-	4	-	-	11	59	70
B	-	1	1	1	-	2	-	-	-	-	1	4	5
C	6	5	4	2	2	8	1	-	-	1	13	16	29
D	-	1	5	1	-	1	-	-	-	1	5	4	9
E	2	-	-	2	-	1	-	-	-	-	2	3	5
F	-	3	1	4	-	2	-	-	-	-	1	9	10
G	5	8	6	17	3	12	1	4	-	1	15	42	57
Outro	-	-	-	1	-	1	-	-	-	-	-	2	2
TOTAL	17	28	21	50	8	50	2	8	0	3	48	139	187

FONTE: o autor

(1): idosos do sexo masculino

(2): idosos do sexo feminino

Verificou-se que, dentre os 187 indivíduos avaliados, 37,4% (70 idosos) podiam ser considerados independentes para o desempenho das atividades da vida diária, segundo o Índice de Katz. Destes, 31,6% (59/187) eram mulheres e 5,9% (11/187) pertenciam ao sexo masculino. A maior parte encontrava-se na faixa etária entre 80 e 89 anos de idade, correspondendo a 37,1% (26/70 sujeitos) de todos os idosos independentes nas três instituições. Este achado é surpreendente, considerando-se a faixa etária elevada, e reforça a importância dos estudos voltados para o envelhecimento.

Considerando-se cada instituição em separado, observou-se que o percentual de idosos independentes era bastante variado. Na instituição A, 70,1% (47/67) dos idosos eram considerados independentes, sendo 65,7% (44/67) de mulheres e 4,5% (3/67) do sexo masculino. A instituição B abrigava 27,8% (10/36) de idosos independentes, sendo 25% do sexo feminino (9/36) e 2,8% do sexo masculino (1/36). Na instituição C, apenas 15,5% (13/84) encontravam-se na classificação de independência, sendo 7,1% (6/13) de mulheres e 8,4% (7/13) de homens. Destaca-se que os idosos independentes eram predominantemente do sexo feminino.

No presente estudo, verificou-se ainda que 64,9% (76) dentre 117 idosos com idade entre 60 e 79 anos apresentavam dependência em diferentes níveis, sendo 30,7% (36/117) totalmente dependentes (nível G de Katz). Entre os sujeitos mais idosos, ou seja, 71 indivíduos com 80 anos e mais, 57,7% (41/71) eram dependentes em algum grau, e 29,6% (21/71) foram classificados no nível G de Katz, ou seja, totalmente dependentes.

BARBOSA (1990) descreveu, a situação dos idosos no Vale do Paraíba, analisando suas vidas em duas cidades, sendo uma delas a mesma do presente estudo. Verificou que havia 286 idosos institucionalizados, sendo 202 mulheres (70,6%) e 84 homens (29,4%). Destes, 107 (37,4%) eram independentes segundo a classificação da autora, e a faixa etária com maior concentração de idosos era entre 60 e 70 anos. Esses dados são semelhantes aos observados no presente estudo, realizado mais de dez anos após.

AKHTAR et al.; (1973) estudaram 808 indivíduos com 65 anos de idade e mais, residentes na comunidade, quanto à ocorrência de incapacidade e de dependência. Segundo esses autores, incapacidade foi definida como um estado no qual a vida no próprio

lar sem ajuda seria impossível, enquanto que a dependência foi definida como a incapacidade para o autocuidado. O termo dependência, portanto, é mais próximo da avaliação realizada no presente estudo, uma vez que a definição de incapacidade inclui, para AKHTAR et al.; (1973), a avaliação do desempenho em atividades instrumentais da vida diária, tais como cozinhar e cuidar do lar. Os autores encontraram 14 sujeitos (2%) dependentes, entre 756 sujeitos com menos de 85 anos de idade, e 25% de pessoas dependentes entre aqueles com idade superior a 85 anos, o que indicaria que a dependência, nesses idosos, aumentava com a idade. Esses achados diferem do presente estudo, no qual o maior percentual de idosos independentes foi encontrado entre aqueles com 80 anos e mais. Deve-se considerar que foram estudadas diferentes populações, ou seja, idosos em seus lares por Akhtar et al.; (1973) e idosos institucionalizados, no presente estudo. Uma possível explicação para as divergências seria que os idosos brasileiros, uma vez considerados dependentes, são institucionalizados com menor idade, pois não há quem possa cuidar deles. Por outro lado, os sujeitos de idade mais avançada, embora independentes para o desempenho de AVDs, poderiam ser institucionalizados por outros motivos, tais como problemas financeiros, solidão e dificuldade para o desempenho de atividades instrumentais da vida diária. Esses aspectos não foram abordados no presente estudo.

PAVARINI (1996), estudando a dependência comportamental em 27 idosos institucionalizados, constatou que 74,1% dos estudados eram independentes para o desempenho de AVDs, o que coincide, no presente estudo, com os resultados da Instituição A. Destaca-se que a Instituição A tem como filosofia receber como moradores apenas os idosos capazes de desempenhar sozinhos todas as AVDs e residir em pequenas casas, como descrito anteriormente. Observando o comportamento dos funcionários em relação aos idosos estudados, PAVARINI (1996) observou que os cuidadores estimulavam a dependência dos idosos, em diversas situações como durante o banho e a alimentação, tendendo a realizar por eles ações que os próprios residentes poderiam desempenhar, embora com mais lentidão. Esse comportamento não foi avaliado no presente estudo, entretanto verifica-se, nas instituições B e C, um grande número de idosos dependentes, o que fala a favor desta constatação feita por Pavarini.

Os resultados obtidos no estudo de PAVARINI (1996) mostraram que os homens independentes (11/27) eram em maior número que as mulheres nessa condição (9/27). A autora observa que as mulheres seriam, desde crianças, mais estimuladas à dependência e à passividade, e que os homens teriam maior dificuldade em aceitar a condição de dependência. Em contrapartida, BARBOSA (1990) verifica que é mais difícil para os homens viverem sozinhos, devido à sua pouca habilidade no desempenho das tarefas domésticas, sendo necessário alguém para ajudá-lo.

No presente estudo, apenas a instituição C trouxe dados que se encontravam de acordo com os resultados descritos por PAVARINI (1996). Nesse campo, o número de residentes do sexo masculino e feminino era semelhante, bem como o número de idosos independentes era distribuído de forma equilibrada entre os sexos, com ligeiro predomínio dos homens. Destaca-se que, dentre as instituições estudadas, somente a instituição C não estabelecia restrições quanto à idade e ao sexo para a institucionalização do idoso. Nas outras duas instituições, as mulheres eram em maior número, e a instituição B não mais recebe idosos do sexo masculino. Nesses campos, e provavelmente devido a essas características, os idosos independentes eram predominantemente do sexo feminino.

4.2- AVALIAÇÃO DO GRAU DE INDEPENDÊNCIA PARA DESEMPENHO DE ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA – FASE 2

Os 70 idosos identificados como independentes na Fase 1 do estudo foram novamente avaliados antes de se dar início à Fase 2, cerca de seis meses após. Esta nova avaliação destinou-se a confirmar o grau de independência observado anteriormente. Entretanto, verificaram-se diversas alterações, levando à exclusão de 30 sujeitos da Fase 2 do estudo. A distribuição dos sujeitos excluídos segundo sexo, faixa etária e instituição em que residiam encontra-se na Tab. 4, a seguir.

Tabela 4 - Distribuição dos idosos excluídos da Fase 2 segundo instituição a que pertencem, sexo e faixa etária. Taubaté, 2002

Instituição	Faixa etária (em anos)								subtotal	total	
	60-69		70-79		80-89		90-99				
	M ⁽¹⁾	F ⁽²⁾	M ⁽¹⁾	F ⁽²⁾	M ⁽¹⁾	F ⁽²⁾	M ⁽¹⁾	F ⁽²⁾	M ⁽¹⁾	F ⁽²⁾	
A	1	1	-	4	1	9	-	5	2	19	21
B	-	-	-	2	1	-	-	1	1	3	4
C	1	1	2	-	-	-	-	1	3	2	5
Total	2	2	2	6	2	8	-	4	6	20	30

FONTE: o autor

(1): idosos do sexo masculino

(2): idosos do sexo feminino

Pode-se observar na Tab. 4 que, na Instituição A, foram excluídos 21 idosos. Duas idosas recusaram-se a participar da pesquisa; três delas apresentavam deficiência auditiva avançada que impossibilitava a comunicação entre elas e a pesquisadora; três apresentavam quadro demencial; duas mulheres e um homem faleceram; nove idosas passaram a ser classificadas como dependentes segundo o índice de Katz, sendo quatro no nível C, duas no nível G e as demais nos níveis B e F. Dois idosos (um homem e uma mulher) haviam participado do estudo-piloto. Portanto, 26 idosos da instituição A participaram na Fase 2 do estudo.

Na instituição B, duas idosas recusaram-se a participar da pesquisa, enquanto que outros dois (um homem e uma mulher) haviam participado do estudo-piloto. Dessa forma, seis idosas participaram da Fase 2 da pesquisa.

Na instituição C, cinco sujeitos foram excluídos, dois deles por haverem participado do estudo-piloto (um homem e uma mulher). Um idoso faleceu, uma idosa tornou-se dependente (nível C de Katz) e outro idoso retornou para a família. Oito idosos participaram da Fase 2 do estudo.

Ao todo, 40 idosos tiveram continuidade em sua participação neste estudo, sendo incluídos na Fase 2. Apresenta-se a seguir breve descrição desses sujeitos.

4.2.1- Características sociodemográficas dos idosos independentes

O estudo foi realizado com 40 idosos, sendo 35 mulheres e cinco homens, com idade variando de 63 a 90 anos, com média de 76,5 ($\pm 8,1$) anos.

A distribuição dos idosos segundo sexo, faixa etária e estado civil pode ser observada na Tab. 5, a seguir.

Tabela 5 - Distribuição dos 40 sujeitos segundo sexo, faixa etária e estado civil. Taubaté, 2002.

Faixa Etária	Estado Civil						Subtotal		Total
	Solteiro		Viúvo		Separado		M	F	
	M	F	M	F	M	F			
60 a 69 anos	1	2	0	2	2	2	3	6	9
70 a 79 anos	0	6	1	7	0	1	1	14	15
80 anos e mais	1	7	0	6	0	2	1	15	16
Total	2	15	1	15	2	5	5	35	40

M= idosos do sexo masculino

F= idosos do sexo feminino

Analisando-se estes dados, observa-se discreto predomínio numérico da faixa etária de 80 anos e acima, que corrobora os dados a respeito do aumento da longevidade do ser humano, em especial das mulheres, já mencionado anteriormente. QUEIROZ e TRINCA (1983) realizaram uma pesquisa com 40 pessoas entre 50 e 60 anos em dois campos: uma escola aberta para idosos e uma instituição, tipo internato, que hospedava idosos. Na instituição, entre 165 idosos, 45% eram mulheres e 54,6% homens. A idade média dos idosos era de 69 anos. Na amostra deste estudo, havia predomínio das mulheres, que representavam 87,5% dos sujeitos.

Verificou-se que 17 (42,5%) idosos eram solteiros, 16 (40,0%) eram viúvos e sete (17,5%), separados. Dados semelhantes foram descritos por PAVARINI (1996), estudando 27 idosos institucionalizados (14 mulheres e 13 homens). A autora observou que 57,1% das mulheres eram solteiras, entre os homens 38,4% eram solteiros e 30,8% viúvos. Não havia mulheres separadas no grupo estudado. A autora ressalta que a alta porcentagem de pessoas solteiras e viúvas talvez deva ser avaliada como uma consequência das dificuldades apontadas nos arranjos familiares, diante de fatores como: morte do cônjuge, incapacidade física ou financeira do idoso, dificuldades relacionadas ao autocuidado e problemas de relacionamento entre o idoso e o cuidador. Isso também foi observado nos dados deste estudo, como será apresentado e discutido adiante.

Dentre os sujeitos do presente estudo, 30 mulheres e quatro homens eram de cor branca e cinco mulheres e um homem negros.

Com relação à naturalidade, 29 idosos haviam nascido no Vale do Paraíba, região onde ficam as instituições em que foi realizada a pesquisa; dois eram naturais de municípios de outras regiões do interior paulista; dois idosos eram nascidos na capital do estado de São Paulo, seis em outros estados do país e um estrangeiro, nascido no Paraguai. Quanto à procedência, 33 sujeitos provinham de cidades do Vale do Paraíba, enquanto cinco sujeitos vieram da capital, um do interior paulista e um de outro estado.

A média do período de institucionalização era de 11,4 (\pm 15,4) anos, e mediana de 5,5 anos. Todavia, para os homens a média era de 8,2 (\pm 5,3) anos e mediana de 8,0 anos, enquanto que as mulheres apresentaram média de 11,8 (\pm 16,3) anos e mediana de 5,0

anos. Destacam-se a longa duração do tempo de institucionalização das mulheres e a variabilidade do mesmo, expressa pelo desvio-padrão. Estes números são explicados considerando-se que: uma idosa fora morar na instituição aos nove anos de idade, em decorrência da viuvez de sua mãe que, por não possuir moradia, passou a residir na instituição com a filha que acabou tendo este ambiente como seu lar; outra idosa fora para a instituição após perder a visão, aos 44 anos de idade, devido a problemas de relacionamento; duas mulheres foram trabalhar na instituição, uma aos 14 anos e a outra aos 20 anos de idade, e ali envelheceram fazendo da instituição sua moradia permanente.

MONTEIRO et al.; (2001) verificaram, estudando nove idosos institucionalizados, que cinco deles estavam há menos de dois anos, dois entre cinco e sete anos e dois há mais de 13 anos, obtendo portanto resultados semelhantes aos deste estudo. Estes dados mostram-se ligados, em ambos os casos, à origem das instituições asilares estudadas, destinadas quando de sua criação a abrigar aqueles menos favorecidos pela sorte e pela fortuna, independentemente da idade desses sujeitos, e voltadas à caridade e à benemerência .

Na Tab. 6, a seguir, pode-se observar a distribuição dos sujeitos segundo sexo e tempo de institucionalização.

Tabela 6 - Distribuição dos 40 sujeitos segundo sexo e duração da institucionalização. Taubaté, 2002

Duração da Institucionalização	Sexo		Total
	Masculino	Feminino	
até 5 anos completos	2	18	20
6 a 10 anos	2	8	10
11 a 20 anos	1	4	5
Mais de 20 anos	0	5	5
Total	5	35	40

Previamente à institucionalização, a maior parte dos idosos residia com familiares, tais como: pais, pais e irmãos, cônjuges e outros familiares, incluindo-se nessa categoria, irmãos, família de irmãos, filhos, e família de filhos. Cinco idosos residiam sozinhos, e cinco, com não familiares, quase sempre com os seus empregadores. A tab. 7, a seguir, ilustra a distribuição dos sujeitos segundo sexo e com quem o idoso residia antes da institucionalização.

Tabela 7 - Distribuição dos 40 sujeitos segundo sexo e pessoa com quem residia antes da institucionalização. Taubaté, 2002.

Pessoa com quem o idoso residia antes da institucionalização	sexo		Todos
	masculino	feminino	
Pais	0	2	2
Pais e irmãos	0	2	2
Cônjuges	1	2	3
outros familiares	3	19	22
não familiar	1	5	6
Sozinho	0	5	5
Total	5	30	35

Questionados quanto ao motivo da institucionalização, as respostas dos sujeitos mostraram-se bastante variadas. A Tab. 8, a seguir, ilustra a distribuição dos sujeitos segundo sexo e o motivo da institucionalização, conforme atribuído pelos idosos.

Tabela 8 - Distribuição dos 40 sujeitos segundo sexo e o motivo da institucionalização referido pelo idoso. Taubaté, 2002.

Motivo da Institucionalização	sexo		Todos
	Masculino	Feminino	
problemas de relacionamento	-	10	10
morte do familiar/companheiro/empregador	1	7	8
problemas relacionados à moradia anterior	3	4	7
declínio funcional	-	4	4
Insegurança	-	3	3
mudança de ambiente	-	2	2
trabalhar na instituição	-	2	2
problemas financeiros	1	1	2
desejo de privacidade	-	1	1
não soube responder	-	1	1
Total	5	35	40

Verifica-se que a maior parte dos idosos relatava os problemas de relacionamento como o motivo que os levou à institucionalização. Foram bastante freqüentes a perda, por morte, da pessoa com quem o idoso residia anteriormente, quer seja de familiar, companheiro ou empregador, e problemas relacionados à moradia anterior.

Segundo RAMOS et al.; (1993) os lares em que reside um casal ou pessoas da mesma geração são denominados unigeracionais, e os lares em que se têm duas ou mais gerações são ditos multigeracionais. Os arranjos familiares nos lares multigeracionais, muito mais que uma opção cultural ou humanitária, são na verdade arranjos de sobrevivência e mostram-se menos favoráveis ao idoso, podendo levá-lo a situações de isolamento e dependência mais acentuada (RAMOS, 1992).

Os estudos de famílias são de extrema relevância, pois é na família que se estabelecem os padrões de atendimento aos seus membros. Em 1998, 7,9% da população brasileira tinham acima de 60 anos e 23,2% do total das famílias brasileiras possuíam uma pessoa, pelo menos, nessa faixa etária. As famílias se distinguem quanto à etapa do ciclo vital em que se encontram seus integrantes. As famílias que têm um idoso como membro apresentam uma diferenciação estrutural, comparadas com as que não têm um membro idoso. As famílias com idoso apresentam idades mais avançadas e a idade média do chefe da família é de 66 anos, enquanto a idade média do chefe das famílias sem idoso é de 39 anos. As famílias com idoso têm o predomínio de mulheres na condição de chefes de família (35,2%) enquanto 23,1% das famílias sem idoso são chefiadas por mulheres. Os arranjos familiares são diferenciados também entre as famílias que têm idosos ou não. Dentre as famílias sem idosos, 74,2% são constituídas por pai, mãe e filhos, enquanto apenas 33,7% das famílias com idosos são constituídas dessa forma, pois nesta fase do ciclo vital parcela dos idosos já não vive com seus filhos. As famílias idosas, extensas e com filhos, tendo idoso como membro, representam 52,6% e sem idoso, a proporção deste tipo de família eleva-se para 81,0%. Entre as famílias com idosos, é registrado um elevado número de casais sem filhos (18,5% para as famílias nucleares e 14% nas famílias extensas); cerca de 14,9% das pessoas vivem sós. Nas famílias em que vive apenas uma pessoa com o idoso, predominam as mulheres, enquanto há mais homens vivendo sós (CAMARANO, 2002).

As relações familiares não tomam novos contornos apenas pela possibilidade das pessoas viverem mais; tornam-se mais complexas, apenas porque há mais pessoas vivendo sob um mesmo teto. É evidente que quando há muitas pessoas interagindo, os conflitos tendem a ser mais frequentes e maiores. A possibilidade de várias gerações convivendo mutuamente, comum nos lares multigeracionais, faz com que valores e diferentes visões da vida e do mundo sejam colocados frente a frente, constantemente. De um lado, o idoso menos humilde e com flexibilidade notavelmente reduzida às mudanças e de outro lado a onipotência dos mais jovens. O pai idoso se recusa a passar o poder para a geração seguinte e o filho, que passa a deter o poder pode usá-lo de forma abusiva com relação ao pai, estabelecendo-se dessa forma um cenário de conflitos de relacionamentos (GOLDIM, 2002).

Ressalta-se ainda que as relações familiares tendem a mudar com o aumento da expectativa de vida. A família é uma instituição em processo de mudança e adaptação, diante de novas realidades (AQUINO e CABRAL, 2002). Já não se pode falar que apenas os idosos são dependentes da família, pois no Brasil verifica-se uma interdependência de gerações, fato que se deve principalmente à dificuldade de os mais jovens obterem ascensão profissional, dependendo, muitas vezes, da renda do idoso (RAMOS et al.; 1993; SILVA, 1996; CAMARANO, 2002). Entretanto, é curiosa a observação que GOLDIM (2002) faz sobre a fala de Ronald Green, durante o III Congresso Brasileiro de Bioética, em Porto Alegre (RS), em 2000. O palestrante mostrou que, em pesquisa realizada nos Estados Unidos, foram propostas duas alternativas para uma amostra de americanos: a primeira, de que os idosos seriam mantidos em casa e a família receberia uma complementação de renda para contribuir com a tarefa de cuidar dos mesmos, e a segunda seria a institucionalização do idoso, com um acréscimo de impostos para a família, a fim de gerar recursos para esse fim. De acordo com o palestrante, a segunda alternativa foi a mais escolhida, embora essa opção gerasse maior ônus financeiro.

No Brasil ainda prevalece a idéia de que a família deve assumir os cuidados ao idoso. Todavia, os recursos, não raras vezes, são escassos, e não havendo recursos de apoio para essa família, a proteção do idoso se transforma num sério problema. A viuvez é uma ocorrência natural nesse período da vida, mas com a morte do cônjuge, continuar morando sozinho torna-se privilégio de poucos. O idoso viúvo, no Brasil, termina por morar com os filhos ou parentes próximos, e embora procure ajudar com atividades domésticas e até mesmo com a sua renda, os conflitos sempre existem (SILVA, 1996).

Observou-se neste estudo que a morte do cônjuge ou do patrão apareceu como segundo motivo mais freqüente de institucionalização. Com este evento, não tendo para onde ir devido a não ter autonomia que lhe permita continuar morando só, ou ainda por insegurança e medo da violência urbana, não resta ao idoso outra alternativa senão ir para a instituição.

Outro fator que pode contribuir para o quadro que resulta, ao final, na institucionalização do idoso, é a baixa escolaridade. Este é um achado freqüente, que gera deficiências em outras esferas como a econômica e a social. Os dados obtidos sobre a escolaridade dos idosos estudados encontram-se na Tab. 9, a seguir.

Tabela 9 - Distribuição dos 40 sujeitos segundo sexo e escolaridade. Taubaté, 2002.

Escolaridade	Sexo		Todos
	Masculino	Feminino	
Analfabeto	1	12	13
Alfabetizado	1	0	1
de 1 a 4 anos incompletos	0	9	9
de 4 a 8 anos completos	2	9	11
acima de 8 anos	1	5	6
Total	5	35	40

Verificou-se que 32,5% (13 idosos) eram analfabetos. Entretanto, uma parcela expressiva de idosos apresentava escolaridade de quatro a oito anos completos (27,5%) e acima de oito anos (15%).

A taxa de analfabetismo no Brasil é de 13,3% no total do país, para homens e mulheres (IBGE, 2000). Na população de idosos estudada por RAMOS et al.; (1993) 35% dos homens e mulheres eram analfabetos, sendo nesta categoria incluídos todos os que referiram saber ler e escrever, mas que nunca haviam freqüentado uma escola; 18% haviam cursado o antigo ginásio (até oito anos de escolaridade), colégio (de oito a onze anos) ou 3º grau. Os dados desta pesquisa são bastante similares aos de RAMOS et al.; (1993). MONTEIRO et al.; (2001) constataram que todos os sujeitos do seu estudo apresentavam baixo nível de escolaridade, sendo quatro alfabetizados, três com o primeiro grau incompleto e dois analfabetos. PAVARINI (1996) observou em sua pesquisa, que numa população de 27 idosos, quatro eram analfabetos e a maioria era alfabetizada, sem ter completado o primeiro grau.

Quanto à crença religiosa, 30 mulheres e quatro homens declararam-se católicos, três mulheres e um homem referiam ser protestantes e duas mulheres, espiritualistas. Estes resultados são confirmados por outros autores, que também encontraram um número de católicos expressivo, prevalecendo às demais denominações. Os resultados obtidos por PAVARINI (1996) mostraram que a maioria de seus sujeitos eram católicos, estando entre os homens a maior concentração, pois 28,6% das mulheres eram protestantes. Em análise da situação dos idosos residentes nas cidades de Guaratinguetá e Taubaté, no Vale do Paraíba, BARBOSA (1990) constatou que a maioria dos idosos pertenciam à religião católica, com percentual de 80,4% para os homens e 86,0% para as mulheres. O maior número de católicos nas instituições estudadas é de se esperar, pois o catolicismo é, ainda, a religião predominante no país. O Brasil traz o catolicismo desde a sua colonização, quando os jesuítas vieram para cá, a fim de catequizar os indígenas, que aqui viviam.

Os sentimentos de religiosidade são marcantes nessa etapa da vida, momento em que os idosos buscam a renovação espiritual, resgatando a trajetória de vida, direcionando o sentido da vida de modo a conciliar o medo da doença e da morte com o conforto espiritual (PILOTO et al.; 1998). A religião pode prover um significado à vida, trazendo sentido a ela de forma a transcender o sofrimento, a sensação de perda, a proximidade da morte (GOLDSTEIN e SOMMERHALDER, 2002).

4.3- REQUISITOS COMPROMETIDOS, LIMITAÇÕES E AÇÕES PARA O AUTOCUIDADO: ANÁLISE SEGUNDO A TEORIA GERAL DE OREM

A seguir, apresentam-se os resultados referentes aos requisitos de autocuidado comprometidos.

No item 4.3.1.1, apresentam-se os requisitos cujo comprometimento resultou em limitações apontadas pelos idosos, relativas ao seu cotidiano. Estes resultados encontram-se dispostos nos Quadros 1,2 e 3 nos quais foram registradas também as condições/aterações relacionadas a cada requisito, as limitações referidas pelo idoso, as ações de autocuidado empreendidas e os motivos que justificam as circunstâncias em que os idosos não empreenderam nenhuma ação de autocuidado.

No item 4.3.2, apresentam-se requisitos relacionados a condições/alterações que não foram apontadas pelos idosos como geradores de limitações para sua vida, mas que comprometiam requisitos de autocuidado, segundo avaliação da pesquisadora. Os resultados pertinentes encontram-se nos Quadros 4, 5 e 6 nos quais estas condições são referidas de acordo com os requisitos afetados e relacionadas às ações de autocuidado pertinentes, se existentes, ou às justificativas e comentários que os idosos teceram, quando não apresentaram nenhuma ação.

4.3.1- Requisitos de autocuidado relacionados às limitações apontadas pelos idosos

4.3.1.1- Requisitos universais

No grupo de requisitos universais encontram-se todas as necessidades relacionadas à sobrevivência: ingestão adequada de ar, alimentos e líquidos; eliminação e excrementos; prevenção de riscos à saúde como tabagismo e alcoolismo; equilíbrio entre repouso (sono, por exemplo) e atividade (lazer e atividade física); equilíbrio entre solidão e interação social; prevenção de perigos à vida ao funcionamento e bem-estar do ser humano; promoção do funcionamento e do desenvolvimento do ser humano nos grupos sociais de acordo com: potencial, limitação e desejo de normalidade (OREM, 1991).

Estes requisitos representam os tipos de ações do indivíduo que repercutem nas condições internas e externas para manter estrutura e funcionamento humanos, como suporte em direção ao seu desenvolvimento e maturação.

O Quadro 1, a seguir, traz os resultados referentes aos requisitos universais identificados como comprometidos. Em seqüência, esses dados são discutidos em detalhes.

Quadro 1- Requisitos universais comprometidos: condições/alterações relacionadas, limitações referidas pelo idoso, ações de autocuidado e limitações para o autocuidado. Taubaté, 2002

Requisito afetado / condição encontrada		Limitação		Ação		Motivo da negativa/ comentários	
N		n		n		n	
	Requisito						
	Manutenção de ingestão de ar						
	Condição: Sistema respiratório*						* Esta condição afeta também o requisito de desvio da saúde "Estar consciente das condições e levar em conta os efeitos e resultados das condições e dos estados patológicos"
1	Ruído adventício em base pulmonar esquerda						
2	ruído adventício bilateral						
3	dispnéia						
12	21 a 25 rpm/min						
3	26 a 32 rpm/min						
		1	refere dor nas costas	1	tratamento médico		
12	apresentam tosse						
9	tosse seca						
3	tosse produtiva						

Requisito afetado / condição encontrada		Limitação		Ação		Motivo da negativa/ comentários	
N		n		n		n	
		1	tosse incomoda tosse	4	não realizaram ação	1	gripe causa tosse
		2	causa cansaço			1	acha normal
		1	tem o sono prejudicado pela tosse			1	refere não ter o que fazer
						1	sem acesso à tratamento médico
Continuação							
Requisito: Manutenção de ingesta suficiente de alimentos							
Índice de Massa Corporal							
13	sobrepeso						
8	obesos						
3	abaixo do peso						
	Referem:						
15	perda de peso						
19	ganho de peso						
		2	ganho ponderal	1	melhorou alimentação tratamento médico		Motivo de mudança de peso: alimentação
				1		16	inadequada
						3	problemas de saúde
						10	não sabe
						1	desde que veio para a instituição
							diabetes
						2	alimentação
						1	inadequada e
							sedentarismo
						5	sedentarismo

Requisito afetado / condição encontrada		Limitação		Ação		Motivo da negativa/ comentários	
N		n		n		n	
				4	tratamento médico		
				1	diminuiu a ingestão de alimentos		
				1	iniciou atividade física		
				15	não realizaram ação	5	desinteresse
						1	dificuldade financeira
							apetite aumentado
						3	apetite diminuído
						1	alegou que não deram
						1	vitamina
							sente-se bem
						1	mudança positiva
						1	sedentarismo
						1	falta de informação
						1	
	Requisito: Provisão de cuidados associados com processos de eliminação e excrementos						
	Hábito intestinal						
3	Evacuam 1 vez/ semana						
8	evacuam 2 vezes/ semana						
4	evacuam 3 vezes/ semana						
24	evacuam de 4 a 7 vezes/semana						
		1	hemorróida	1	coloca pomada		
		1	dor ao evacuar	1	não realiza	1	considera normal haver dor

Requisito afetado / condição encontrada		Limitação		Ação		Motivo da negativa/ comentários	
N		n		n		n	
Continuação Micção*							*Esta condição afeta também o requisito de desvio da saúde "Buscar e garantir assistência médica apropriada"
1	refere 2 micções/dia						
10	referem 3 micções/ dia						
14	referem 4 micções/ dia						
19	nictúria	1	incontinência e desconforto ao usar fralda	1	usa fralda		
1	urina com odor fétido						
4	incontinência						
2	retenção						
1	disúria						
9	urina escura						
Requisito: Manutenção do equilíbrio entre atividade e repouso							
	Sono						
11	dificuldade para adormecer						
21	dificuldade para manter o sono						
15	queixam-se de nictúria						
7	apresentam outros distúrbios no sono						
2	usam tranquilizantes						
2	não se sentem repousados ao despertar						

Requisito afetado / condição encontrada		Limitação		Ação		Motivo da negativa/ comentários	
N		n		n		n	
6	às vezes não se sentem repousados ao despertar						
13	cochilam habitualmente;						
6	cochilam eventualmente						
13	entre 15 e 60 minutos 120 minutos						
4	faz desjejum e volta a						
1	dormir						
1	não soube referir o tempo						
		1	dorme pouco	1	usa medicação		
		1	acorda cansada e nervosa		prescrita para dormir		
				1	não realizaram ação	1	companheira de quarto é demenciada e fala durante a noite; não há como trocar de quarto
Manutenção do equilíbrio entre solidão e interação social							
	Continuação Crença*						* Esta condição afeta também o requisito universal "Promoção do funcionamento e do desenvolvimento do ser humano nos grupos sociais de acordo com: limitação"

Requisito afetado / condição encontrada		Limitação		Ação		Motivo da negativa/ comentários	
N		n		n		n	
34	católicos						
4	protestantes						
2	espiritualistas						
		10	não freqüentam cultos de sua denominação	1	evangélico freqüenta a igreja católica da instituição		
				9	não realizaram ação	5	medo de violência
						1	difícil acesso ao local do culto devido à distância da instituição
						3	limitação física impede acesso ao local do culto
						1	não respondeu
Requisito: Prevenção dos perigos ao funcionamento do ser humano							
	Cavidade bucal e dentes						
27	desdentados						
13	com dentes remanescentes						
3	cálculos dentários						
		1	dor causada por periodontite devido a cálculo dentário	1	medicação por conta própria		
		1	prejuízo da estética e fala	3	planejam tratamento protético		
		6	prejuízo da mastigação	4	não realizam ação	1	desinteresse
						3	faltam recursos financeiros
	Higiene da cavidade bucal						
22	escova e creme dental						

Requisito afetado / condição encontrada		Limitação		Ação		Motivo da negativa/ comentários	
N		n		n		n	
1	escovação e fio dental						
3	escovação e bochecho						
14	bochechos com água						
	Frequência:						
7	1 vez/dia						
14	2 vezes/dia						
11	3 vezes/dia						
	Uso de próteses dentárias*						*Estas condições afetam também o requisito de desvio de saúde "Buscar e garantir assistência médica apropriada"
12	usam prótese total superior e inferior	1	dificuldade de mastigação	2	retiram a prótese para alimentar-se, procurou		
16	usam prótese total superior	3	prótese desloca durante mastigação dor	1	profissional para ajuste das próteses		
1	possui implante superior	1	na região de pré-molar superior (vestíbulo)				
2	usam prótese parcial removível inferior						
				3	não realizaram ação	3	falta de recursos financeiros
9	não usam próteses	1 1 1	prejuízo da fala prejuízo da mastigação prejuízo da fala e mastigação			3	Falta de recursos financeiros
	Higiene das próteses dentárias						

Requisito afetado / condição encontrada		Limitação		Ação		Motivo da negativa/ comentários	
N		n		n		n	
28	escova e creme dental						
1	escova e água escova e						
1	sabonete escova e						
1	sapóleo						
	Frequência de higiene:						
5	1 vez/dia						
12	2 vezes/dia						
6	3 vezes/dia						
7	4 vezes/dia						
1	sempre que alimenta						
9	não responderam						
	Frequência de uso das próteses totais						
26	não tiram prótese para dormir						
	Requisito: Promoção do funcionamento e do desenvolvimento do ser humano nos grupos sociais de acordo com: Limitação						
	Crença.*						*Esta condição afeta também o requisito universal "Manutenção do equilíbrio entre solidão e interação social"

Requisito afetado / condição encontrada		Limitação		Ação		Motivo da negativa/ comentários	
N		n		n		n	
8	não são praticantes	2	limitação física impede	3	não realizaram ação	2	limitação física ao
1	pratica às vezes		acesso à igreja da				acesso
1	frequenta igreja		instituição barreira			1	barreira arquitetônica
	católica da instituição, mesmo sendo protestante	1	arquitetônica (escada) dificulta acesso				

Requisito comprometido: Manutenção de ingesta suficiente de ar.

• **Condição: Sistema respiratório – interferências nos processos de ventilação pulmonar**

Dentre os homens e mulheres avaliados, um apresentou alteração de vias aéreas superiores e três apresentaram-se dispnéicos. Quanto à frequência respiratória três apresentavam entre 26 e 32 incursões respiratórias por minuto (i.r.p.m.) e 12 apresentavam de 21 a 25 i.r.p.m. Apenas um idoso referiu dor nas costas, que causava limitação no seu dia-a-dia e alegou ter procurado tratamento médico.

Mudanças fisiológicas nos pulmões, caixa torácica e musculatura respiratória são responsáveis pelas principais alterações estruturais do sistema respiratório no envelhecimento, tendo como conseqüência o prejuízo pulmonar, que é variável e depende de fatores internos ou externos. As principais alterações são: perda das propriedades de elasticidade pulmonar, com conseqüente enrijecimento da parede, diminuição da potência motora e muscular (JACOB FILHO, 2000; GORZONI e RUSSO, 2002). A diminuição da elasticidade pulmonar faz com que o trabalho respiratório aumente em aproximadamente 20%, para vencer a resistência elástica (ALFIERI, 1999).

São três os processos respiratórios que se encontram alterados no envelhecimento: a ventilação pulmonar, envolvendo as vias aéreas superiores, a circulação do ar, os movimentos de inspiração e expiração, o volume de ar e capacidade pulmonar; a difusão e transportes de gases reduzidos na membrana alveolar; a regulação da respiração exercida pelo centro respiratório (DIOGO, et al.; 2000).

Dentre os sintomas apresentados pelo idoso em consequência das alterações descritas acima, a dispnéia, embora não seja um sintoma normal associado à velhice, é muito freqüente, podendo estar a pessoa consciente ou não desse fato. As causas da dispnéia são várias: afecções das vias aéreas, pleuras, pulmões, coração, mediastino e caixa torácica (PORTO, 1992; DIOGO, et al.; 2000). O diafragma é responsável por mais de 50% da capacidade expansiva dos pulmões. É importante também avaliar as condições em que a dispnéia aparece, se em repouso ou em atividades que exijam pequenos, médios ou grandes esforços (GORZONI e RUSSO, 2002).

A freqüência respiratória varia em função da idade, das condições fisiológicas (esforço físico, emoções, sono) e em condições patológicas (febre, lesões pleuropulmonares). No adulto a freqüência respiratória varia em torno de 16 a 20 i.r.p.m. (PORTO, 1992). Corroborando as afirmações dos autores acerca das alterações do sistema respiratório, no envelhecimento, neste estudo 15 idosos apresentavam taquipnéia no momento da avaliação.

MONTEIRO et al.; (2002) realizaram um trabalho a fim de sistematizar a assistência de enfermagem baseada no autocuidado de um adulto portador de asma. A participante apresentava dispnéia, como relatam os autores:

(...) respiração com esforço e desconforto aumentado relacionado com atividade física, respiração curta, mudança na intensidade da respiração, excursão torácica com sibilos, sensação de aperto no peito, dispnéia diuturna e tosse diária com secreção espumosa.

Outro sintoma comum nos grupos etários mais avançados é a tosse. No momento da avaliação 12 idosos referiram tosse; nove a descreviam como sendo não produtiva e três, como produtiva, portanto, com presença de secreção. Dentre estes idosos,

um apresentava ruído adventício na base do pulmão esquerdo e outros dois apresentaram ruído adventício bilateral.

Como limitação, os idosos referiram: um, a tosse incomoda; dois a tosse causa cansaço; um tem o sono prejudicado pela tosse. Nenhum, porém, realizou ação a respeito. Um deles afirmou achar normal a presença de tosse e por isso não faz nada.

A tosse é um mecanismo de defesa do organismo em presença de secreções, agentes irritantes ou obstrutivos a fim de liberar as vias aéreas. No idoso, este reflexo parece menos eficiente, devido à menor pressão exercida pelos músculos respiratórios, que têm sua força diminuída, prejudicando dessa forma atividades não ventilatórias como a tosse e o espirro (DIOGO et al.; 2000; GORZONI e RUSSO, 2002).

O reflexo de tosse tem início com uma irritação na glote, traquéia ou brônquios e está presente nas situações de esgasgo, muito comum nos idosos, que não raras vezes se engasgam com alimentos, medicamentos ou até mesmo com o ar (DIOGO et al.; 2000).

As alterações respiratórias, com baixa prevalência (2,5%) entre os idosos do presente estudo, não corroboram os dados da PNAD (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios) de 1998, relatados por CAMARANO (2002): doenças respiratórias como bronquite ou asma ocorreram em 7,3% dos homens e 12,0% das mulheres com idade de 60 a 80 anos; no grupo com 80 anos de idade ou mais, a prevalência dessas doenças foi de 7,5% dos homens e 9,1% das mulheres. Visto que os idosos deste estudo tenham sido avaliados durante o inverno (de maio até o início de agosto), a baixa ocorrência de problemas respiratórios poderia estar associada à vacinação antivírus da gripe realizada nas instituições. MONTEIRO et al.; (2002) ressalta que os estudos epidemiológicos têm mostrado que a região Sudeste apresenta discreto decréscimo das internações de idosos por asma nos últimos três anos.

As alterações do sistema respiratório, neste estudo, comprometem também o requisito de desvio da saúde: Estar consciente e levar em conta os efeitos e os resultados das condições e dos estados patológicos, como será visto adiante, no Quadro 3.

Requisito comprometido: Manutenção de ingesta suficiente de alimentos.

- **Condição: Índice de massa corpórea**

O Índice de Quetelet, ou índice de massa corpórea, cuja fórmula é o peso em quilogramas dividido pela estatura em metros, elevada ao quadrado, foi utilizado neste estudo. Este índice possibilita um bom parâmetro para monitorizar o estado nutricional dos indivíduos, independente do tipo de serviço onde seja aplicado (NAJAS e PEREIRA, 2002). A aferição do peso e altura dos idosos foi realizada sem os sapatos e com o mínimo de roupas possível para que se obtivessem valores fidedignos.

Dentre os idosos avaliados, 13 apresentavam sobrepeso, oito estavam obesos e três abaixo do peso. Quinze idosos reportaram perda de peso e 19 ganho de peso. Dois idosos que relataram ganho de peso admitiram que isso provocava limitações em suas vidas e ambos apresentaram ação de autocuidado, modificando a alimentação e buscando tratamento médico. Os demais que apresentaram perda ou ganho ponderal não relataram limitação, mas apontaram os motivos aos quais atribuíam a mudança de peso. Dentre os 19 que alegaram ganho de peso, 16 apontaram a alimentação inadequada e cinco o sedentarismo, e um, ambos fatores associados entre si, como sendo a causa do ganho de peso, mostrando que a maioria tem consciência que os maus hábitos alimentares e de atividade física insuficiente podem levar à obesidade. Dentre os que se encontravam abaixo do peso, dois acusaram a diabetes como causadora da perda de peso e um mencionou falta de apetite, alegando que "não deram a vitamina" e por isso não tinha vontade de se alimentar. Mesmo os idosos que não referiram limitações geradas pela mudança de peso e não tiveram ação apresentaram motivos para justificar a falta de ação.

Os idosos podem apresentar diminuição ou perda de apetite devido à diminuição do paladar e olfato; comprometimento do estado físico e funcional da boca; próteses mal adaptadas; diminuição dos movimentos peristálticos do trato gastrointestinal; depressão; isolamento social; doenças mentais (NAKAMURA e BELLO, 2000). Ainda, modificações na composição corporal, com perda da massa magra e aumento do tecido adiposo podem explicar perdas de peso a partir de 60 anos, visto que o tecido muscular é mais pesado que o adiposo, em um volume semelhante. Mesmo sendo relativamente comum, a perda de peso na terceira idade deve ser sempre investigada (NAJAS e PEREIRA, 2002).

Vale salientar que o idoso pode apresentar perda de peso devido à dieta qualitativamente desequilibrada e também por ingerir quantidade menor de alimentos. Dessa forma é importante que o idoso faça maior número de refeições no dia, para que tenha a oportunidade de se alimentar melhor. Os idosos desnutrem-se com muita facilidade, principalmente quando existe um componente psicossocial. A perda do poder aquisitivo, o isolamento familiar e social, quando acrescidos, contribuem com estímulos negativos para a boa alimentação (DUARTE e NASCIMENTO, 1999).

A obesidade tem inúmeras causas, e muitas vezes não entendidas de forma completa, por serem complexas. Pode-se dizer, de modo geral, que é o resultado de um balanço energético positivo de longa duração (NAJAS e PEREIRA, 2002). Uma vez que o metabolismo basal no idoso encontra-se diminuído devido à adaptação funcional do organismo, que se ajusta à redução da capacidade funcional de órgãos (coração, pulmões, rins e outros) e há uma tendência de redução das atividades físicas nesta fase da vida, o organismo necessita de menor quantidade de energia (MARUCCI, 2000). Se o idoso não tiver uma dieta equilibrada, a reserva de energia se acumulará, resultando em ganho ponderal.

Há fatores que podem influenciar o ganho de peso: hábito alimentar, história familiar, fatores emocionais que afetam a qualidade e quantidade de alimentos ingeridos. Na Região Sudeste a prevalência da obesidade é da ordem de 31% para as mulheres e 57% para os homens com mais de 65 anos (NAJAS e PEREIRA, 2002).

Neste estudo, duas idosas atribuíram a perda de peso à diabetes e embora comumente sejam registrados ganhos de peso associados à diabetes tipo 2, não se pode esquecer que a diabetes tipo 1 leva ao emagrecimento. Não muito desprezível é a ocorrência de idosos diabéticos não obesos, não preenchendo os critérios clássicos para a classificação do diabetes mellitus tipo 2 (NASRI, 2002).

NAJAS e PEREIRA (2002) afirmam que o ganho de peso ocorre porque a ingestão alimentar excede o gasto energético. O número de idosos considerados obesos ou com sobrepeso sugere que, nas instituições estudadas, a dieta não é equilibrada, o que é reforçado constatando-se a ausência de nutricionista ou nutrólogo, que elabore e

supervisione os cardápios oferecidos aos idosos. A má alimentação associada à inatividade física evidentemente resultará em ganho ponderal.

Requisito comprometido: Provisão de cuidados associados como processos de eliminação e excrementos.

- **Condição: Hábito intestinal**

A constipação constitui um distúrbio do aparelho digestório muito freqüente em idosos. Neste estudo, 15 homens e mulheres avaliados referiram constipação intestinal, pois tinham um episódio de funcionamento intestinal de uma a três vezes por semana. Dentre estes idosos, dois relacionaram a essas condições uma limitação: um queixou-se de dor ao evacuar e outro referiu apresentar hemorróida. O idoso que referiu dor à evacuação não teve nenhuma ação de autocuidado, pois considerava normal a dor ao evacuar, por causa da constipação.

A obstipação intestinal é um distúrbio crônico quando se mantém por mais de seis semanas, com a eliminação de fezes endurecidas, em pequeno volume, numa freqüência inferior a três vezes por semana. Entretanto existe uma discordância entre as considerações médicas e dos pacientes acerca do intervalo de tempo entre uma eliminação e outra. Alguns idosos consideram-se constipados, mesmo evacuando diariamente, quando apresentam dificuldades envolvendo esforços para que a evacuação ocorra. Os médicos, por sua vez, consideram freqüência que se mantenha constante da defecação (MACIEL e MELO, 1997).

A sensação de distensão e plenitude retal encontra-se diminuída nos idosos, e as contrações da musculatura intestinal podem ser estimuladas pelo exercício e pelo reflexo gastrocólico. Dessa forma, ocorrem três ou quatro vezes ao dia, especialmente ao levantar-se pela manhã e após as refeições (MACIEL e MELO, 1997).

Uma dieta rica em fibras, com um consumo de 20 a 30 gramas ao dia de fibras é o ideal para um estímulo adequado da evacuação, o que nem sempre é obtido (MARROCHI et al.; 2002). Assim, é pertinente tecer comentários sobre os hábitos

alimentares dos idosos deste estudo. Estes ingeriam em média 1,5 porções ao dia de alimentos do grupo das hortaliças (folhas e legumes), portanto inferior ao recomendado, que é de três a cinco porções ao dia. Com relação a frutas o consumo foi ainda mais baixo: embora 15 idosos referissem comprar ou ganhar frutas, apenas sete porções de frutas foram registradas no recordatório alimentar de 24 horas, indicando consumo médio de 0,18 porções ao dia, muito abaixo da recomendação de duas a quatro porções de frutas ao dia. O consumo de carnes e leguminosas secas foi o único grupo que houve consumo correspondente ao recomendado, que é de duas a três porções/dia, sendo o consumo dos idosos de 3,5 porções ao dia.

Torna-se relevante enfatizar o consumo do grupo de alimentos das leguminosas e hortaliças, importantes fontes de fibras naturais, necessárias para dar volume ao bolo fecal. MACIEL e MELO (1997) corroboram esta afirmativa quando afirmam que a ingestão de fibras proporciona um aumento do peso das fezes e da frequência das evacuações, melhorando os sintomas da obstipação.

MARROCHI et al.; (2002) propõem algumas medidas para melhorar a função intestinal como: realizar exercício físico para aumentar a prensa abdominal, de acordo com o limite de cada idoso; estabelecer horário para a evacuação, preferencialmente pela manhã, logo após o desjejum e depois das refeições, quando o reflexo gastróxico se intensifica; não se deitar para descansar ao término das refeições; não abolir o reflexo de evacuação, ou seja, respeitar o desejo de evacuar; manter ingesta adequada de líquidos, de acordo com o indicado para o idoso, pois algumas doenças como insuficiência cardíaca ou renal e hipervolemia podem contraindicar a ingesta recomendada; retirar alimentos constipantes; indicar psicoterapia para idosos depressivos ou compulsivos usuários de laxativos.

MARUCCI (1985) estudou as dietas de 20 instituições para idosos e concluiu que nenhuma delas apresentava uma dieta adequada em todos os itens analisados. As dietas oferecidas não tinham variedade nem quantidade de hortaliças e frutas suficiente para atender às necessidades orgânicas de fibras alimentares, vitaminas e minerais. Como o exposto no capítulo de índice de massa corpórea sobre a qualidade da dieta oferecida nas instituições estudadas, completadas e confirmadas pela fala dos autores, entende-se que a qualidade dos alimentos ingeridos pelos idosos repercutem diretamente sobre o volume e a

freqüência da eliminação do bolo fecal. O elevado número de 15 idosos que referiram sofrer de constipação sugere a necessidade de reavaliação dos cardápios oferecidos aos idosos, bem como o oferecimento de programas regulares e estímulo de atividade física, a fim de aumentar a motilidade intestinal. Nesse sentido, o idoso institucionalizado, embora independente, não tem recebido orientações ou tem sido estimulado aos bons hábitos que refletiriam positivamente na saúde, dispensando recursos terapêuticos como por exemplo, o uso deliberado de laxativos.

Requisito comprometido: provisão de cuidados associados como processos de eliminação e excrementos.

- **Micção**

Quanto à freqüência de micções ao dia, um idoso referiu apenas dois episódios e dez referiram três micções ao dia. Uma idosa, com 71 anos, referiu incontinência urinária, apontando o uso da fralda como uma condição que limita a sua vida.

Em clima ameno e em condições normais um adulto elimina de 800 a 2.500 ml de urina por dia, sendo a capacidade de armazenamento da bexiga de 400 a 600 ml. Normalmente os adultos jovens não acordam durante a noite para urinar ou o fazem apenas uma vez, se não tiverem ingerido muito líquido antes de se deitar (PORTO, 1992). A reserva funcional do sistema nefroexcretor declina em aproximadamente 50% dos 30 aos 70 anos de idade. Quando submetido a sobrecargas funcionais, como desidratação ou hiperidratação, o idoso necessita de muito mais tempo para reequilibrar o meio interno devido à menor eficiência dos mecanismos de regulação hidroeletrólítica (JACOB FILHO, 2000).

Embora a literatura não faça alusão ao número médio de micções do idoso, apenas dois ou três episódios dia sugerem baixa ingestão de líquidos, de fato referida por 13 idosos, como será visto adiante no capítulo pertinente.

Alterações nos rins, bexiga e próstata podem levar à redução das funções renais com absorção inadequada de água e dificuldades na micção, determinando retenção ou incontinência urinária e redução na excreção de fármacos (JACOB FILHO, 2000).

A incontinência urinária é um distúrbio muito encontrado na terceira idade. Caracterizada pela perda involuntária de urina, ocasiona problemas de pele, infecção, vergonha e, conseqüentemente, isolamento, medo e insegurança para o autocuidado, afetando também a vida sexual, atividades de lazer e de trabalho. Embora seja comum, não pode ser considerada uma conseqüência natural do envelhecimento (FARO, 2000). A incontinência urinária impõe uma série de restrições ao idoso, pois a perda de urina involuntária não só é um problema de higiene, mas um problema social (RODRIGUES et al.; 1995). Mesmo usando fralda descartável, a pessoa incontinente corre o risco de manter um odor desagradável, o que a leva ao isolamento social e a que as pessoas evitem aproximar-se dela.

Esta alteração da eliminação urinária pode ocorrer por diminuição da capacidade vesical, alteração na contração do músculo da bexiga, distúrbio do esfíncter uretral e enfraquecimento da musculatura do soalho pélvico. Assim sendo, uma dessas alterações ou mais, associadas entre si, acarretam a incontinência urinária (FARO, 2000).

RODRIGUES et al.; (1995), em pesquisa com mulheres idosas residentes numa comunidade, observaram que 36% das participantes apresentavam incontinência. As mulheres do estudo tinham história obstétrica de grande número de filhos e partos no domicílio, fato que pode refletir sobre a prevalência do distúrbio urinário. Os autores constataram que 75% da prevalência da incontinência ocorreu no grupo etário de 80 a 89 anos, ou seja, no grupo de idosas mais velhas e que das 50 participantes, 64% haviam se submetido a tratamento cirúrgico, como cirurgias abdominais e ginecológicas.

SALES et al.; (2001) realizaram um estudo a fim de caracterizar os pacientes com incontinência urinária em atendimento ambulatorial, pois, segundo os autores, estima-se que de 5% a 15% de indivíduos que vivem na comunidade sejam incontinentes e que 50% dos idosos institucionalizados também o sejam. Em levantamento realizado durante o ano 2000, os autores constataram que a incontinência mostrou-se predominante nas mulheres e a média de idade dos idosos incontinentes foi de 73,5 anos.

Neste estudo, a idosa incontinente, com 71 anos, referiu apenas uma gestação e negou ter sido submetida à intervenção cirúrgica abdominal. Portanto, não se encaixa no perfil dos idosos com incontinência, citados anteriormente. Considerando-se a ocorrência

tão baixa de tal distúrbio nos idosos avaliados neste estudo, nota-se que provavelmente se deva à diferença no nível de dependência entre os idosos dos estudos anteriores e os do presente estudo. Os idosos deste estudo eram independentes para as AVDs, o que pressupõe, pela avaliação realizada, que seja continente ou que evite “acidentes” de escape de urina sem auxílio de outrem ou de dispositivos como cateteres. Há de se considerar ainda a possibilidade de que os idosos tenham ocultado eventuais escapes de urina. Destaca-se que, ao se aproximar da idosa incontinente, a pesquisadora sentiu odor sugestivo, fazendo-a suspeitar da presença do distúrbio, o que não ocorreu em relação aos demais idosos.

Requisito comprometido: Manutenção do equilíbrio entre atividade e repouso.

- **Condição: Sono**

O sono constitui uma necessidade essencial à vida e bem-estar humanos que, quando não satisfeita, pode determinar agravos à saúde (CEOLIM, 2000).

Com relação ao sono, as queixas dos idosos deste estudo foram separadas em: dificuldade para adormecer, dificuldade para manter o sono noturno, distúrbios do sono e sentir-se não repousado ao acordar.

A dificuldade para adormecer foi relatada por 11 idosos. Distúrbios de manutenção do sono foram apontados por 21 sujeitos, sendo a nictúria relatada como causa, por 15 idosos. Sete idosos referiram outros distúrbios no sono, e dois referiram sofrer de “insônia”. Ao serem questionados quanto à sensação de repouso ao acordar, dois reportaram que não se sentem repousados quando acordam.

Apesar do número de distúrbios apontados relativos ao sono, apenas dois sujeitos referiram limitações provocadas por não dormir o suficiente. Uma idosa referiu que não consegue dormir pois divide o quarto com outras três idosas, entre as quais uma está demenciada e torna-se agitada durante a noite. A idosa alegou não realizar nenhuma ação de autocuidado, pois não pode “trocar de quarto”, o que, segundo ela, seria a solução.

Os estudiosos ainda não são unânimes sobre as funções do sono, bem como a causa pela qual a privação do sono, mesmo que parcial, traduz-se em danos à saúde. Todavia, por certo todas as pessoas se sentem muito mal depois de uma noite em que não tenha dormido o suficiente. Como resultado, são comuns reflexos negativos no comportamento, coordenação motora, desempenho e bem-estar (CEOLIM et al.; 2001).

As mudanças qualitativas e quantitativas relacionadas ao sono, apontadas de forma mais consistente em estudos com idosos, estão relacionadas às dificuldades de conciliar e manter o sono noturno. Em outras palavras, a pessoa demora ou não consegue adormecer e, quando dorme, acorda com grande frequência durante à noite (CEOLIM, 1993; CEOLIM, 1999).

PANDO-MORENO et al.; (2001) realizaram um estudo na região metropolitana de Guadalajara - México, do qual participaram 246 idosos, sendo homens (56,7%) e mulheres (43,3%), com idades entre 65 e 97 anos. Os autores observaram que 58% dos homens e 76% das mulheres apresentavam ao menos um distúrbio do sono, com forte associação com a idade, em que os grupos etários de 70 e 74 anos apresentaram as taxas mais elevadas de distúrbios.

Avaliando a qualidade do sono de pessoas idosas atendidas num grupo de atenção à saúde do idoso em hospital universitário, CEOLIM et al.; (2001) questionam a postura dos enfermeiros ao não incluir, na consulta de enfermagem, questões mais detalhadas a respeito do sono, embora estes tenham consciência de que os prejuízos na qualidade do sono do idoso não estão somente associados ao envelhecimento, mas a condições patológicas.

Estudos indicam algumas diferenças quanto à qualidade de sono de homens e mulheres, em diferentes direções. Quando questionadas, as mulheres apresentam mais queixas relacionadas às perturbações no sono, o que talvez se deva a uma maior susceptibilidade ao sono de pior qualidade, ou ao fato de serem mais precisas nos relatos sobre o sono. Todavia, os homens apresentam pior qualidade de sono, de acordo com os registros do exame específico, a polissonografia, com um sono mais interrompido e com menor quantidade de estágios de sono profundo (CEOLIM, 1999).

Dentre os idosos do presente estudo, 13 referiram cochilar durante o dia e seis disseram que às vezes fazem a sesta. A duração do cochilo variou de 15 minutos a duas horas, e quatro sujeitos relataram sono diurno com duas horas de duração.

Num estudo realizado por CEOLIM (1993) com idosas institucionalizadas, para analisar a organização temporal da vigília e do sono dessas mulheres, a autora observou que a frequência e duração dos cochilos não pareciam associados à interrupção do sono noturno ou ao sono de pior qualidade. Entretanto, poderiam prejudicar a interação social, se muito frequentes ou prolongados em excesso.

Com o objetivo de corroborar seus achados, CEOLIM e MENNA-BARRETO (2000); CEOLIM e MENNA-BARRETO (2002) realizaram outro estudo com participantes de um programa de atividade física especialmente voltado para atender idosos. Ao todo, participaram da pesquisa 61 sujeitos que praticavam um ou mais tipos de atividade física há pelo menos um ano. Nos registros diários, os idosos anotavam informações diárias sobre o sono noturno e os cochilos. Registravam também tipos e tempo de prática de atividades físicas e alimentação, usos de medicamentos, cafeína, cigarros, consumo de bebidas com teor alcoólico e uma avaliação pessoal e subjetiva quanto à qualidade do sono. Os autores concluíram que os cochilos não interferiam na qualidade do sono do idoso, quando fazia parte de uma agenda diária que contemplasse interação social e suficiente exposição à luz natural. Estas rotinas, adicionam benefícios àqueles trazidos pelos exercícios físicos, promovendo a saúde geral do indivíduo.

SENGER (2001) ao avaliar 200 pacientes ambulatoriais para detectar distúrbios do sono concluiu que a insônia inicial, ou seja, a dificuldade para adormecer, está mais relacionada à ansiedade, enquanto que a insônia terminal, ou o despertar precoce, está associada à depressão. O sono do idoso pode ser alterado por distúrbios respiratórios (apnéia), mudanças no ritmo circadiano, doenças psiquiátricas, patologias associadas, uso de determinados tipos de medicamentos e maus hábitos relacionados ao sono.

Requisito comprometido: Manutenção do equilíbrio entre solidão e interação social.

- **Condição: Impossibilidade de exercitar sua crença**

Ao locar a crença no requisito referente à solidão e interação social, pensou-se no importante papel que a religião e a espiritualidade têm de inserir o idoso no grupo social. Se é freqüente, ao envelhecer, que as pessoas diminuam as atividades fora de casa, como ir às compras, ao cinema ou até mesmo visitar familiares, isto é ainda mais observado para o idoso que mora numa instituição. Muitos se negam até mesmo ao convívio com seus pares. Na maioria das vezes, ir à igreja é a única atividade que relatam ter como compromisso e uma grande maioria deles vai à igreja todos os dias.

Neste estudo, 34 idosos eram católicos, quatro protestantes e dois espiritualistas. Destes, dez referiram algum tipo de limitação para freqüentar a igreja. Um idoso, embora evangélico, freqüenta a igreja católica da instituição onde mora. Este fato é singular, principalmente ao se tratar de um idoso do sexo masculino, e mostra que o ser humano, na ânsia de se aproximar de Deus, é capaz de pôr de lado seus dogmas, convicções e valores religiosos. Pode indicar também uma necessidade de se aproximar do grupo em torno de "algo" em comum.

Os idosos que não eram católicos apresentaram justificativas para não freqüentar cultos de sua religião: cinco deles não saem da instituição por medo de violência, sentindo-se inseguros quanto à possibilidade de sofrerem um assalto; e um alegou a distância entre a instituição e o local de culto, que é de aproximadamente sete quilômetros, pois a instituição fica afastada da cidade, num bairro de zona rural.

Durante o processo de desenvolvimento, a busca por transformação, tanto da pessoa como de sua cultura é dinâmico e constante (SAD, 2001). Observa-se que crença e religião ocupam importante papel na vida do idoso. A terceira idade, pela própria existência, favorece à conversão individual. É preciso acreditar em algo transcendente e a conversão leva à ruptura com a vida passada, elege novos valores e uma vida voltada para as necessidades interiores, espirituais. A espiritualidade pode ser entendida como "*caminho do espírito*" (grifo do autor), termo que hoje é utilizado para significar relacionamento afetivo com Deus (BASSINI, 2000).

A religião é ainda uma das poucas opções de atividade de lazer e cultura observada nas instituições estudadas. Quando vão à igreja, os idosos se encontram e o próprio ambiente tende à aproximação das pessoas, que ficam mais tolerantes uns com os outros. Este fator é positivo, pois a autora observou, em diversas oportunidades durante as visitas nas instituições, certa rejeição entre os idosos, principalmente as mulheres, que às vezes deixam de participar de atividade física em grupo, jogos, sessões de exibição de filme em vídeo e de freqüentar a igreja para não “encontrar os outros”, atribuindo aos outros residentes adjetivos como “fofoqueiros”, “sem cultura” e “briguentos”.

As condições relacionadas à crença afetam também o requisito universal de Promoção do funcionamento e do desenvolvimento humano nos grupos sociais de acordo com: limitação.

Requisito comprometido: Prevenção de perigos ao funcionamento do ser humano.

- **Condição: Prótese dentária**

O Brasil ainda é um país de desdentados, pois as medidas preventivas intensamente aplicadas em odontopediatria na última década não beneficiaram o grupo etário que atualmente se encontra nas fases adulta e terceira idade. A enorme distância que separa pobres e ricos, bem como o ônus do tratamento odontológico são fatores que contribuem muito para que a maior parcela da sociedade não tenha acesso a tratamento digno nessa área. Entretanto, este panorama tende a mudar tendo em vista as políticas sociais que estão sendo aplicadas na odontologia, resultando na socialização do atendimento.

Observou-se neste estudo, ao avaliar a condição bucal e de uso das próteses dentárias dos idosos, que 27 deles eram desdentados ou edêntulos, ou seja, não possuíam dentes, e 13 possuíam dentes remanescentes.

Na avaliação dentária, as arcadas superior e inferior são divididas em hemiarcos; as hemiarcadas são divididas em quadrantes, considerando-se na maxila os quadrantes superior direito e esquerdo, e na mandíbula os quadrantes inferior esquerdo e direito. As hemiarcadas são representadas por dezenas: o hemiarco superior direito é

representado pela dezena 10, o esquerdo 20, o inferior esquerdo pela dezena 30 e o direito por 40. Os dentes são representados por unidades, de um a oito, que correspondem aos dentes no hemiarco: incisivo central, incisivo lateral, canino, primeiro pré-molar, segundo pré-molar, primeiro molar, segundo molar e terceiro molar. Por exemplo, o dente 24 corresponde ao primeiro pré-molar superior esquerdo.

O Quadro 7, no Apêndice 1 ilustra a distribuição dos dentes remanescentes para cada um dos 13 idosos que os possuíam.

Os idosos que apresentaram dentes remanescentes possuíam de um a 18 dentes. Um número considerável de idosos com mais de 74 anos apresentava dentes e os 11 idosos possuíam parte ou toda a bateria anterior de uma das arcadas. Observou-se que dez idosos apresentavam dentes inferiores, enquanto que apenas cinco deles apresentavam dentes na arcada superior.

Entre os idosos parcialmente dentados, três apresentavam cálculos dentários, popularmente conhecido como tártaro. Um deles referiu, como limitação, uma inflamação na gengiva (periodontite¹), cujo agente causal, pôde-se constatar, era a presença de cálculos. A idosa em questão referiu que fazia uso de medicação por conta própria na tentativa de tratar a condição. Quatro idosos referiram limitação quanto à alimentação, pois a ausência de prótese dentária impossibilitava uma boa mastigação e, portanto, a adequada alimentação.

¹ Os objetivos deste estudo não contemplaram um exame clínico bucal minucioso. A avaliação bucal foi realizada com o auxílio de espátulas de madeira, com iluminação direta, identificando-se cáries aparentes. Os participantes não foram submetidos à sondagem periodontal, que permitiria avaliar presença e profundidade de bolsas periodontais. A sondagem é realizada através da sonda periodontal, instrumento com que se faz a mensuração em milímetros do nível coronário de inserção do tecido conjuntivo. O periodonto compreende estruturas como gengiva, fibras do ligamento periodontal, osso alveolar e cimento radicular. Os agregados bacterianos que ocorrem sobre as superfícies dentais e demais estruturas sólidas da cavidade bucal são denominados placa bacteriana. Estas estruturas, quando não removidas, calcificam e recebem a nomenclatura de cálculo ou tártaro. As bactérias destes compostos promovem inflamação, afastamento da gengiva (gengivite) e posteriormente, alojando-se nas superfícies dentais abaixo da gengiva, a lise óssea, caracterizando, dessa forma, a periodontite. Em condições normais, a inserção conjuntiva pode ter aproximadamente 3 mm de profundidade, mas com a reabsorção óssea há um aumento da profundidade, determinando a presença de bolsa periodontal. Através da sondagem, pode-se diagnosticar perdas ósseas de até 10 mm, com a perda de total inserção do elemento dental (LINDHÉ e THORKILD, 1992).

Verificou-se que 30 idosos usavam prótese dentária total (dentadura) ou removível (ponte móvel) e um tinha implante dentário. Destes, 12 idosos usavam prótese total superior e inferior, 16 idosos usavam prótese superior, dois usavam prótese parcial removível inferior. Foram referidas as seguintes limitações: um idoso, dificuldade de acostumar-se com a prótese, levando a não usá-la e ao prejuízo de mastigação; um idoso, prejuízo da fonação; um idoso, dificuldade de mastigação; um idoso, dificuldade para falar e mastigar. As justificativas para o não uso de próteses totais foram a falta de recursos financeiros para adquiri-las.

Os idosos que usavam próteses apresentaram limitações quanto ao uso, totalizando cinco referências: um relatava dificuldade de mastigação; três alegaram que a prótese se deslocava durante a mastigação; um, que a prótese causava dor na região do pré-molar superior. Três desses idosos referiram ausência de recursos financeiros para adquirir nova prótese, enquanto dois alegaram, como ação de autocuidado, retirar a prótese para se alimentar. Um deles referiu ter procurado o profissional que fez suas próteses recentemente para ajustá-las.

Quanto à frequência de uso, 26 idosos não retiravam as próteses para dormir, o que não é indicado, revelando necessidade de orientação a respeito.

Questionados quanto à higiene bucal, 14 idosos referiram realizar bochechos bucais com água. Quanto à higiene das próteses, um faz a limpeza com escova e sabonete, um com escova e água e outro, com escova e sapóleo, revelando o uso de material inadequado e potencialmente lesivo. O Quadro 1 traz a descrição do tipo de limpeza realizada e sua frequência.

A saúde bucal é essencial para uma correta mastigação, que possibilite adequada formação do bolo alimentar que facilita a digestão dos alimentos (TORRES, 2002). A manutenção dos dentes saudáveis na cavidade bucal permite à pessoa ter boa função mastigatória, mantém a tonicidade e contratatura muscular, os padrões normais de deglutição, a postura da língua e da fala e preserva a auto-estima mantendo a estética e harmonia faciais. Os pacientes geriátricos, na maioria das vezes, apresentam um quadro clínico crítico de edentulismo, doenças periodontais em fase avançada, extensas perdas

dentais que ocasionam uso de próteses bucais e, por fim, neoplasias (FIGUEIREDO et al.; 1993; PUCCA JUNIOR, 1999).

O cálculo dental supragengival pode ser reconhecido por meio de exame clínico quando presente em grandes quantidades, porém camadas muito delgadas, sendo umedecidas pela saliva que penetra em sua superfície porosa, podem não ser percebidas pelo examinador. A composição do cálculo dental é de sais inorgânicos (70 a 80%), compostos principalmente de cálcio e fósforo, dos quais dois terços se apresentam em forma de cristais. A presença de cálculo nas superfícies dentais está, indubitavelmente, associada à doença periodontal (THEILADE, 1992).

LOESCHE et al.; (1998) avaliaram a relação entre doença periodontal e doença coronária em 320 idosos americanos com idade superior a 60 anos, dos quais 99% eram homens, sendo 206 pacientes de um hospital de veteranos e 114 pacientes de instituição de longa permanência associada ao hospital. Verificaram que 46% dos idosos dentados e 53% dos edêntulos haviam recebido diagnóstico de doença coronariana associada ao diagnóstico de periodontite. Curiosamente a presença de *Streptococcus sanguis* na saliva teve associação negativa com a doença coronária. Os idosos com xerostomia apresentaram 2,92 vezes mais probabilidade de ter doença coronária. O estudo mostrou uma prevalência da associação entre as doenças, periodontite e doença coronária, em 62% dos idosos dependentes residentes na instituição, enquanto o percentual foi de 42% entre os independentes. Um alto índice de placa bacteriana foi associado à pobre higiene oral e pouca frequência de visitas ao dentista. Encontrou-se ainda um índice de placa positivamente relacionado à doença coronária associada à periodontite, em todos indivíduos dentados.

STEELE et al.; (1996) realizaram uma pesquisa entre três diferentes comunidades inglesas, tendo avaliado 2.212 pessoas com idades acima de 60 anos e verificaram que a proporção de sujeitos edêntulos variou de 33% a 57% . No presente estudo, o percentual de desdentados foi de 67,5%.

ARAÚJO et al.; (2001) avaliaram 259 residentes de três instituições asilares do Vale do Paraíba, dos quais 50 idosos portadores de próteses totais (sendo 90% de mulheres e 46% com mais de 80 anos de idade) foram estudados com o objetivo de identificar lesões

buciais decorrentes do uso das próteses. Os autores verificaram que 60% dos sujeitos eram portadores de prótese total superior e 40%, de próteses superiores e inferiores; 74% utilizavam as próteses há mais de 20 anos; 16% apresentaram escoriações no rebordo alveolar; 94% não tinham dentes remanescentes; 14% apresentavam língua saburrosa; 14% apresentavam hiperplasia papilomatosa, 8% apresentavam candidíase oral. A hiperplasia papilar inflamatória consiste em numerosos e pequenos crescimentos verrucosos ou papilares no palato (PUCCA JUNIOR, 1999). A estimulação de baixa intensidade, do tecido mucoso, pode causar uma reação de hiperplasia.

Requisito comprometido: Promoção do funcionamento e do desenvolvimento do ser humano nos grupos sociais de acordo com: limitação.

- **Condição: Crença**

Este tema foi abordado anteriormente, relativamente ao requisito de Manutenção do equilíbrio entre solidão e interação social, mas foi locado também neste requisito, por comprometê-lo. Dez idosos apontaram que o comprometimento desse requisito gerava limitação em sua vida. Três idosas apresentaram limitações relacionadas a comprometimento orgânico e funcional: duas delas referiram que não podiam freqüentar a capela, localizada na instituição, pois não deambulavam e utilizavam cadeira de rodas como acessório para se deslocar de um lugar para outro; a outra idosa deambula com auxílio de andador ou cadeira de rodas, e alegou que não consegue subir os lances de escada que dão acesso ao templo, na instituição. Nenhuma delas referiu empreender qualquer ação visando contornar a situação limitadora. Entende-se que, mesmo com limitação para se deslocar até o local de cultos, estas idosos poderiam solicitar a ajuda dos cuidadores da instituição para chegar até o templo, entretanto não o fazem e utilizam essa limitação como justificativa para permanecer no próprio quarto.

4.3.1.2- Requisitos de desenvolvimento

De acordo com OREM (1991), os requisitos de desenvolvimento são expressões dos requisitos universais que estão associados às diferentes fases da vida, como por exemplo, as alterações que ocorrem no envelhecimento. A autora aponta os seguintes

requisitos de desenvolvimento, presentes nessa fase da vida: privação educacional; adaptação às mudanças orgânicas e funcionais decorrentes da idade (presença de rugas e nevus, menopausa, declínio funcional); adaptação à aposentadoria e inatividade; adaptação a mudança de residência para ambiente não familiar; adaptação à mudança de estado civil (viuvez); adaptação ao convívio social com novos relacionamentos; perda de familiares e amigos; adaptação às normas e rotinas da instituição; adaptações às mudanças orgânicas e funcionais decorrentes da idade; mudança e perda de status social; mudanças na saúde e incapacidades.

O Quadro 2, a seguir, traz os resultados referentes aos requisitos de desenvolvimento identificados como comprometidos. Em seqüência, esses dados são discutidos em detalhes.

Quadro 2- Requisitos de desenvolvimento comprometidos: condições/alterações relacionadas, limitações referidas pelo idoso, ações de autocuidado e limitações para o autocuidado. Taubaté, 2002.

Requisito/condição		limitação		Ação		Motivo da negativa/ comentários	
N		n		n		n	
	Adaptação às normas e rotinas da instituição						
	Sexo e companheiro(a)	3	homens referem limitação para a atividade sexual	3	não realizaram ação	1	instituição não permite companheira
						(2)	impossibilidade de sair da instituição
	Adaptações as mudanças orgânicas e funcionais decorrentes da idade						
	Memória*						* Esta condição aparece afetando o requisito de

Requisito/condição		limitação		Ação		Motivo da negativa/ comentários	
N		n		n		n	
							desvio da saúde "Modificação do autoconceito e auto-imagem, aceitando a si mesmo em determinado estado de saúde e como pessoa que necessita de formas específicas de atendimento de saúde"
27	alterações de memória recente	2	interferem no cotidiano	1	tratamento médico		
		1	dificulta comunicação e leva ao isolamento social				
		1	fica procurando algo que não lembra aonde guardou				
				3	não realizaram ação	1	irá solicitar medicamento para médico
						1	refere não sentir vontade de ir ao médico
						1	não respondeu
	Acuidade Visual*						* Esta condição aparece afetando o requisito de desvio da saúde "Compensação de incapacidades"

Requisito/condição		limitação		Ação		Motivo da negativa/ comentários	
N		n		n		n	
38	Continuação Presbiopia	5	dificuldade para enxergar	1	usa óculos	1	usou óculos enquanto costurava, mas deixou a atividade e não usa óculos por falta de recursos financeiros
2	Catarata	1	dificuldade para enxergar por uso de óculos inadequado para longe	1	tratamento sem eficácia para a cegueira		
1	deficit acentuado	2	dificuldade para leitura	1	tratamento médico		
1	Amaurose			4	sem ação	4	faltam recursos financeiros
10	Acuidade Auditiva reduzida	3	dificuldade auditiva	1	fez o aparelho auditivo mas não se adaptou		
2	Abolida unilateralmente						

Requisito comprometido: Adaptação às normas e rotinas da instituição.

- **Sexo e companheiro(a)**

Três idosos do sexo masculino referiram limitações geradas pelo comprometimento da atividade sexual, para as quais não puderam desenvolver ação de autocuidado, pois a instituição em que residem não permite companheiro de outro sexo. Dois deles alegaram ainda impossibilidade de sair da instituição.

RIGONI et al.; (2002) pesquisaram 25 homens e 25 mulheres idosos, verificando que a maioria deles, mesmo aqueles que não têm parceiro sexual, consideram-se sexualmente ativos. Apesar da frequência diminuída, os idosos referiram

melhor qualidade nas relações sexuais, que atribuem à maior disponibilidade de informação, autoconhecimento sobre o sexo e amadurecimento pessoal. A prática sexual na velhice foi considerada por eles como natural e necessária.

ZELIR et al.; (2001) estudaram o nível de constrangimento na verbalização sobre a sexualidade entre idosos. Concluíram que os problemas sexuais não decorrem do envelhecimento, mas sim de uma série de alterações biológicas e psíquicas e que a sexualidade do idoso é expressa de forma muito tímida, o que prejudica o componente afetivo e erótico.

"Vivenciar a sexualidade na amplitude do prazer é uma questão de permanecer ligado, interessado no pulsar da vida" (SCHARFSTEIN, 2002).

Quanto aos resultados deste estudo, observou-se que os homens referem sentir falta do ato sexual, enquanto as três mulheres que referiram limitações na área sexual, atribuíram-nas à falta 'da companhia' do companheiro. Esta ocorrência é confirmada pela fala de MONTEIRO (2002) ao se referir às diferenças fenomenológicas da sexualidade para o homem e a mulher. Segundo a autora, na mulher predomina a afetividade, enquanto no homem a sexualidade é percebida pela prática sexual, embora estas diferenças tendam a desaparecer nos tempos atuais, em que homens e mulheres buscam cada vez mais a atividade sexual como um componente básico nos relacionamentos e na vida.

Requisito comprometido: Adaptações às mudanças orgânicas e funcionais decorrentes da idade.

- **Condição: Memória**

A alteração de capacidades cognitivas como a memória costuma estar presente no envelhecimento. Neste estudo, 27 idosos referiram alteração da memória recente, e desses, quatro alegaram que esta condição causa limitações ao seu dia-a-dia na instituição. Dois idosos alegaram que o esquecimento interfere no cotidiano: um reportou que os lapsos de memória dificultam a comunicação e o levam a se isolar socialmente, e um referiu que "fica procurando alguma coisa que não lembra onde guardou". Nenhum deles desenvolve ação de autocuidado visando atender a essa condição.

Entende-se por memória a expressão comportamental do aprendizado (DEGENSZAJN, 1998). Existem diferentes sistemas de memória, cuja enumeração foge ao escopo do presente estudo. Entretanto, é necessário que os estudiosos do envelhecimento busquem conhecer os diferentes sistemas que se relacionam à aprendizagem e memória, sistemas estes que explicam todo o trabalho da função cognitiva do homem, que quando afetados o tornam um ser frágil, desorientado e dependente (LEFÈVRE, 1998).

A memória de curta duração refere-se à capacidade do indivíduo de manter armazenado um número limitado de itens por não mais que dois minutos, passando depois para a memória de longa duração (LEFRÈVRE, 1998). É como se determinada informação, uma vez obtida, fosse arquivada e, toda vez que se desejasse ter acesso àquela informação, esta estaria disponível. No idoso que apresenta alterações de memória de curta duração, a informação não é arquivada e portanto não há como acessá-la outra vez.

As informações armazenadas passam à memória de longa duração, que se caracteriza pela capacidade dos indivíduos evocarem informações recentes ou adquiridas no passado, relacionadas a eventos autobiográficos, vivenciadas num contexto temporoespacial ou associadas a fatos, conhecimento genérico sobre objetos, palavras e acontecimentos impessoais (LEFRÈVRE, 1998).

BARRETO-FILHO et al.; (2002), avaliaram 63 pacientes, (26 homens e 37 mulheres), com idade de 61 a 89 anos. Os idosos relataram perda de memória com poucos meses a 10 anos de duração (média de 2,6 anos) e, em nove casos, o problema foi trazido pelo familiar.

FERNANDES e ALMEIDA (2001) realizaram um estudo exploratório num asilo filantrópico de João Pessoa-PB. Numa amostra de 39 idosos observaram, por meio de aplicação de exame cognitivo, que 35,8% dos idosos apresentara deficiências graves no processo do pensamento. As evidências clínicas manifestadas pelos idosos foram: déficit de memória, interpretação incorreta do ambiente e dissonância cognitiva.

O considerável número de idosos que queixaram de alterações de memória para fatos recentes, neste estudo, pode ser interpretado como esperado. Apenas quatro participantes revelaram que as alterações na memória limitavam sua vida em algum aspecto, o que é pouco, tendo em vista que 31 idosos tinham 70 anos ou mais. As mudanças

cognitivas no envelhecimento, como declínio de memória, são sintomas freqüentemente relatados pelas pessoas com idades entre 60 e 70 anos e mesmo pessoas mais jovens se queixam. Entretanto, nem todo esquecimento é "normal²" ou inevitável nos idosos (CANÇADO e HORTA, 2002).

Requisito comprometido: Adaptações às mudanças orgânicas e funcionais decorrentes da idade.

- **Condição: alterações nos órgãos dos sentidos**

O declínio da acuidade visual e auditiva são alterações dos órgãos dos sentidos relatadas com freqüência no processo de envelhecimento.

Neste estudo, a medida da visão para perto foi realizada utilizando-se a escala de ROSENBAUM (1991). Os idosos foram avaliados em local bem iluminado e com óculos, se fizessem uso do mesmo. Um dos olhos era ocluído, e o idoso deveria ler, com o olho descoberto, letras e números dispostos em um cartão, que segurava na mão a uma distância de 35 cm de seu olho. O resultado normal é de 20/20 para cada olho, lendo sem hesitar e sem movimentar o cartão na tentativa de afastá-lo ou trazê-lo para perto (JARVIS, 2000).

Neste estudo, 36 idosos apresentaram, como resultado da avaliação da acuidade visual, prejuízo na acuidade visual para perto. Quatro idosos não realizaram o teste: dois eram analfabetos, um deles não enxergava nem mesmo os maiores caracteres da escala utilizada na avaliação, e uma idosa apresentava amaurose. Dois idosos referiram catarata. Doze idosos não usavam óculos, apesar da acuidade visual diminuída.

As limitações relacionadas à redução de acuidade visual relatadas pelos idosos foram: a própria dificuldade para enxergar, segundo cinco idosos; um referiu dificuldade para enxergar por uso de óculos inadequado para longe; dois apontaram dificuldade para leitura. Três idosos relataram ações desenvolvidas concernentes a essas limitações: um fazia uso de óculos; um fizera tratamento para evitar perda da visão, porém sem eficácia; e

² Grifo do autor.

um fazia tratamento médico. Ao justificar o porquê de não apresentarem ações de autocuidado, dois idosos apontaram a falta de recursos financeiros para tratamento médico, e um relatou que usava óculos enquanto costurava, mas como abandonara a atividade não mais os usava, também por razões financeiras.

Não foi aplicada medida da acuidade visual para longe, pois o declínio desta não é a alteração visual mais comum no envelhecimento, sendo mesmo compensada pela diminuição da acuidade visual para perto. Considerada uma alteração fisiológica resultante do envelhecimento, a presbiopia ou “vista cansada” é definida como a redução na capacidade de acomodação do cristalino e leva à incapacidade de realizar atividades que exigem a visão para os detalhes, como leitura de revistas, jornais e números de lista telefônica.

A catarata, referida neste estudo por dois idosos, aparece como um opaca área preta contra o reflexo vermelho (JARVIS, 2000). É uma doença que acompanha o envelhecimento e tem sido apontada como responsável por 40% a 70% das ocorrências de cegueira, nos países em desenvolvimento (DIOGO et al.; 2000).

O envelhecimento está associado a alterações degenerativas anatômicas do olho, com prejuízo da visão. Uma queixa freqüente é o ressecamento dos olhos, referido como uma falsa sensação de corpo estranho (FREITAS et al.; 2002a).

Exames periódicos têm um importante desempenho na prevenção das alterações oculares e visuais (FREITAS et al.; 2002a).

Quanto à acuidade auditiva, dez idosos referiram apresentar redução da mesma, enquanto que dois referiam acuidade auditiva abolida, unilateral.

PERRACINI (2002) enumerou alterações auditivas que ocorrem no envelhecimento: a presbiacusia, diminuição na discriminação de sons e percepção da fala, em selecionar as informações sensoriais mais adequadas quando o ambiente oferece pistas conflitantes e diminuição do equilíbrio em movimentos bruscos.

A debilidade causada pelo envelhecimento, em conjunto com doenças correlatas, pode trazer conseqüências visíveis como as deformidades articulares causadas por artrose e amputações de membros inferiores em decorrências de vasculopatias, mas alterações que não trazem debilidade física aparente, como as visuais e auditivas, provocam tantas limitações quanto as citadas anteriormente, podendo levar o idoso ao isolamento social, quando o mesmo tem, por exemplo, sua acuidade auditiva abolida.

VERAS (1994), entrevistando 242 indivíduos com 60 anos ou mais, em pesquisa realizada no Rio de Janeiro, verificou alta proporção de má visão (42%) e má audição (17%).

CHAIMOWICZ (1997) comenta um inquérito realizado em Belo Horizonte, em que as condições de alteração de visão atingiram 38% de 625 idosos, dos quais 8% representavam 50% dos indivíduos surdos, surdos-mudos e cegos.

Diversos autores apontam percentuais elevados para as alterações auditivas no envelhecimento, e no presente estudo 30% (12/40) dos idosos referiram deficiências da capacidade auditiva, sendo importante destacar que apenas os idosos institucionalizados independentes foram avaliados.

PERRACINI (2002) enumera algumas alterações dos sentidos, decorrentes do envelhecimento, que trazem conseqüências em relação ao ambiente. Dentre elas estão as alterações visuais: diminuição da acuidade visual, diminuição do campo visual periférico, diminuição na noção de profundidade, lentidão na adaptação ao claro-escuro, diminuição na acomodação; diminuição na capacidade de se adaptar ao ofuscamento e diminuição na discriminação das cores. Quanto ao paladar, a autora descreve a diminuição na sensação gustativa e perda pelo interesse pela comida, como alteração sobrevinda do envelhecimento. O idoso apresenta diminuição na percepção dos odores e os receptores proprioceptivos e sensitivos do tato sofrem alterações como na latência da sensibilidade dolorosa, diminuição da sensibilidade tátil na palma das mãos e sola dos pés e diminuição da propriocepção articular.

Os idosos que participaram do presente estudo não referiram alterações quanto ao olfato e paladar.

4.3.1.3- Requisitos de desvio da saúde

Os requisitos de desvio da saúde, como a própria designação indica, estão relacionados a todos os defeitos genéticos e constitucionais, desvios estruturais e funcionais que ocorrem no corpo humano, seus efeitos, bem como diagnósticos e medidas de tratamentos empreendidas a fim de corrigi-los. Os requisitos de desvio da saúde são exigidos em condições de doença ou lesão e podem resultar de medidas exigidas para diagnosticar ou corrigir a condição.

Segundo OREM (1991), são eles: buscar e garantir assistência médica apropriada; estar consciente e levar em conta os efeitos e os resultados das condições e dos estados patológicos; realizar efetivamente as medidas de diagnóstico, terapêutica e reabilitação prescritas (prevenção de doenças, regulação do funcionamento integrado humano, correção de deformidades ou anormalidades, compensação de incapacidades); estar consciente e levar em conta os efeitos desconfortáveis e deletérios das medidas de cuidados prescritos.

O Quadro 3, a seguir, traz os resultados referentes aos requisitos de desvio da saúde identificados como comprometidos. Em seqüência, esses dados são discutidos em detalhes.

Quadro 3- Requisitos de desvio da saúde comprometidos: condições/alterações relacionadas, limitações referidas pelo idoso, ações de autocuidado e limitações para o autocuidado. Taubaté, 2002.

Requisitos comprometidos/ condição		Limitação		Ação		Motivo da negativa/ comentários	
N		N		n		n	
	1. Buscar e garantir assistência médica apropriada						
	avaliação física						
11	não fazem avaliação física	2	dependência de outrem na instituição	2	Não realizaram ação	1	difficuldade financeira e
2	não sabem quando fizeram pela última vez	1	refere dificuldade financeira			2	dependência de outrem na instituição
7	não reconhecem necessidade						
8	dependem de outrem.						
	cavidade bucal e arcada dentária* uso e higiene das próteses dentárias*						* Estas condições aparece afetando o requisito universal "Prevenção dos perigos ao funcionamento do ser humano"
	Sistema urinário*						*Esta condição aparece afetando o requisito universal "provisão de cuidados associados com processos de eliminação e excrementos"
	2. Requisitos: Estar						

Requisitos comprometidos/ condição		Limitação		Ação		Motivo da negativa/ comentários	
N		N		n		n	
	consciente e levar em conta os efeitos e os resultados das condições e dos estados patológicos						
	Queixas referidas pelos idosos						
84	queixas (vide quadro *** e apêndice ***)	9	dificuldade de deambulação	15	tratamento médico		
		3	tontura	3	buscou cuidados de enfermagem	1	não quis ir ao médico
		2	uso de medicamento	1	medicação		
		2	labirintite	1	Controle alimentar		
		2	dor no corpo	1	realiza fisioterapia		
	Continuação	2	alimentação	1	submeteu-se a laminectomia		
		1	prurido	1	aplicação de vaselina no corpo		
		1	problemas circulatórios devido ao diabetes				
		1	uso de laxante				
		1	tristeza				
		1	sente-se contrariada				
		1	dor MMII				
		1	cegueira				
		1	surdez				
		1	edema no pé				
		1	braço fraturado				
				17	não realizaram ação	16	não responderam

Resultados

Requisitos comprometidos/ condição		Limitação		Ação		Motivo da negativa/ comentários	
N		N		n		n	
	Sistema respiratório*						* Estas condições aparecem afetando o requisito universal "manutenção da ingestão de ar"
	Avaliação cardíaca						
7	Taquicárdicos	3	cansaço	1	toma cálcio		
4	Bradicárdicos	1	desânimo	1	tratamento médico		
		1	dificuldade para andar				
				3	não realizaram ação	1	falta de motivação
						1	dificuldade de acesso a tratamento médico
						1	não respondeu
4	abaulamento no tórax e dor no peito						
13	referem falta de ar e cansaço CAUSAS						
1	sem motivo						
1	Tensão						
1	Aborrecimento						
2	gripe forte						
1	ao levantar-se da cama						
1	Ansiedade						
1	dor de cabeça						
11	esforço físico						
	Sistema digestório *						*Esta condição aparece afetando o requisito universal "provisão de cuidados associados com processos de

Requisitos comprometidos/ condição		Limitação		Ação		Motivo da negativa/ comentários	
N		N		n		n	
							eliminação e excrementos"
30	peças apresentam abdome globoso	1	constipação e dor ao evacuar	1	aplica pomada	1	acha normal apresentar constipação
1	refere dor à palpação	1	percebe hemorróida ao evacuar	1	não realizou ação		
1	Continuação apresenta rigidez no baixo ventre						
	Pele do abdômen						
1	lesão circunscrita, nodular e indolor						
2	lesões sugestivas de escabiose						
	Uso de laxativos*						*Esta condição afeta também o requisito de desvio da saúde "Regulação do funcionamento integrado humano"
7	fazem uso de laxativos						
1	usa 2 tipos de laxativos						
1	Esporádico						
4	1 vez/semana						
1	2 a 3 vezes/semana						
1	14 vezes/ semana						
	Requisito 3. Realizar efetivamente as medidas diagnósticas, terapêuticas e reabilitativas prescritas						
	Sistema cardiovascular						
18	pressão arterial						

Requisitos comprometidos/ condição		Limitação		Ação		Motivo da negativa/ comentários	
N		N		n		n	
	sistólica acima de 160 mmHg						
12	pressão arterial diastólica acima de 100mmHg						
9	pulsos pediosos não palpáveis						
6	edema em MMII	1	dor ao andar	2	uso de medicação prescrita		
5	edema em MID/E	2	dor	3	tratamento médico		
		1	úlceras não cicatriza	1	cuidados de enfermagem		
		1	dor e edema				
1	edema no pé	1	edema por vários dias e sem assistência médica				
1	edema no joelho	1	necessidade manter perna elevada				
3	celulite de MMII	1	dor e prurido				
1	celulite em MMII e MMSS						
10	Hiperpigmentação						
3	sinais flogísticos nos MMII						
4	úlceras no MMII						
3	Eczemas						
4	dor nos MMII						
24	Varicosidades						
	Continuação			2	não realizaram ação	1	já fez vários tratamentos para a úlcera, sem sucesso; (1) o médico não examinou

Requisitos comprometidos/ condição		Limitação		Ação		Motivo da negativa/ comentários	
N		N		n		n	
	B. regulação do funcionamento integrado humano						
	Movimento articular						
	dificuldade de movimento:	1	dificuldade de deambulação		não realizaram ação		
4	Moderada	1	deambulação e apreensão				
4	acentuada	1	inatividade e necessidade de manter o MI elevado				
1	total	1	dificuldade de movimentação de MS				
9	enchimento capilar: lento	1	deambulação prejudicada e flebite				
8	hipotrofia muscular						
6	tônus muscular diminuído						
4	força muscular reduzida sem resistência						
7	força muscular reduzida contra resistência						
	Sistema digestório Uso de laxantes*						*Este item aparece comprometendo o requisito de desvio da saúde "Estar consciente e levar em conta os efeitos e os resultados das condições e estados patológicos"

Requisitos comprometidos/ condição		Limitação		Ação		Motivo da negativa/ comentários	
N		N		n		n	
	C. Correção de deformidades ou anormalidades						
	Sistema musculoesquelético						
1	calosidades	2	dificuldade de deambulação	5	tratamento médico		
3	deformidades aparentes	1	dificuldade em se vestir devido imobilização no MSD	1	tratamento médico e cuidados de enfermagem		
1	encurtamento/ artrose no joelho	1	dor no pé E diariamente	1	consulta médica sem eficácia		
3	edema	1	às vezes apresenta flebite	1	uso de analgésico sem prescrição		
1	amputação	1	dor e edema na região poplítea				
1	atrofia	1	dificuldade de movimentação				
3	desalinhamento						
	Continuação articular						
1	Encurtamento						
1	Dor						
1	déficit de movimentos						
1	insegurança para andar						
1	fratura com imobilização						
	MMSS e MMII	2	prejuízo da deambulação	1	tratamento médico	1	falta de conhecimento
		1	dor à deambulação	1	uso de pomada prescrita	1	falta de recurso financeiro
		3	prurido e dor devido à escabiose	1	uso de pomada prescrita e higiene	1	sem avaliação médica

Requisitos comprometidos/ condição		Limitação		Ação		Motivo da negativa/ comentários	
N		N		n		n	
					das roupas		
		1	dor devido à úlcera	1	cuidados de enfermagem		
		1	dor e edema devido à flebite	3	não realizaram ação		
		1	edema e febre devido a lesões tipo eczema				
	Lesões						
2	descamação/hiperemia						
2	Descamação						
1	cicatrização de lesões herpéticas						
1	Calosidade						
2	hálux valgo						
2	exulceração						
1	olho de peixe						
2	Escabiose						
2	Úlceras						
1	paroníquia						
1	tínea interdigital						
1	Eczema						
1	descamação e escabiose						
1	hiperpigmentação de queimadura						
	d. Compensação de incapacidades						
	Acuidade Visual* Acuidade Auditiva*						*Estas condições aparecem afetando o requisito de desenvolvimento "Adaptações as mudanças orgânicas e funcionais"

Requisitos comprometidos/ condição		Limitação		Ação		Motivo da negativa/ comentários	
N		N		n		n	
							decorrentes da idade"
	Locomoção e Marcha						
2	uso de cadeira de rodas	3	não deambulam	1	fisioterapia		
1	uso de cadeira de rodas e andador Continuação	6	dificuldade e insegurança para deambular	1	apoia-se nas paredes para andar		
2	uso de bengalas						
1	apoio em paredes ou móveis						
6	marcha alterada			7	não realizaram ação	7	não responderam
	5. Modificação do autoconceito e auto-imagem, aceitando a si mesmo em determinado estado de saúde e como pessoa que necessita de formas específicas de atendimento de saúde						
	Memória*						* Esta condição aparece afetando o requisito de desenvolvimento "Adaptações as mudanças orgânicas e funcionais decorrentes da idade"
	Sistema Urinário Incontinência urinária*						*Esta condição afeta também os requisitos:

Requisitos comprometidos/ condição		Limitação		Ação		Motivo da negativa/ comentários	
N		N		n		n	
							universal "provisão de cuidados associados com processos de eliminação e excrementos"; de desvio da saúde "buscar e garantir assistência médica apropriada"

Requisito comprometido: Buscar e garantir assistência médica apropriada.

- **Condição: Avaliação de saúde**

Quando questionados sobre realização de avaliação de saúde, onze idosos referiram que não a realizam regularmente e dois não se lembravam há quanto tempo haviam sido avaliados por um médico ou enfermeiro. Quanto às limitações apresentadas pelos idosos quanto à avaliação de saúde, somente dois idosos referiram depender de outras pessoas dentro da instituição para que possam se submeter a uma avaliação.

A autora observou uma idosa diabética, com quadro de descompensação da diabetes, hipertermia, edema e hiperemia de membro inferior, sugerindo diagnóstico de erisipela, e indagou à equipe de enfermagem se a mesma havia sido avaliada pelo médico, que atende uma vez por semana na instituição, recebendo resposta negativa. Uma semana mais tarde, ao voltar ao local, tornou a questionar à idosa e à equipe de enfermagem quanto à avaliação, que não fora ainda realizada.

As doenças crônico-degenerativas, para que haja seu controle efetivo, requerem um acompanhamento permanente, por meio de avaliação geriátrica com rotinas já estabelecidas para esse grupo etário. O profissional deverá fazer sua abordagem respeitando

as características peculiares à idade e iniciando com uma cuidadosa avaliação física (FREITAS et al.; 2002a).

O idoso traz muitas demandas de necessidades que precisam ser cuidadosamente avaliadas, e quando possível, totalmente solucionadas. As queixas e problemas apresentados pelos idosos devem ser discutidos e as respostas, condutas e orientações devem seguir direções multidimensionais, daí a importância da equipe multiprofissional, que fale a mesma língua (DIOGO et al.; 2000). Esses autores, quando expressaram a importância da avaliação global do idoso, abordavam o atendimento domiciliário, mas entende-se que estes princípios também sejam válidos na dimensão do atendimento institucional.

Nas instituições estudadas, observou-se que faltam profissionais em todas as áreas da saúde. Algumas contavam com atendimento médico uma vez por semana, portanto este profissional não conseguia, pela escassez de suas visitas, atender à demanda de necessidades apresentadas pelos idosos. O mesmo acontecia com o profissional fisioterapeuta. As demais áreas da saúde nem sequer eram contempladas, pois em apenas uma instituição havia uma enfermeira que dedicara sua vida clerical aos idosos, mas que atualmente, também idosa, encontrava-se sobrecarregada pelas responsabilidades de cuidar dos outros, quando ela mesma precisava de cuidados.

A avaliação geriátrica global tem diferenças da rotina convencional, pois ela está direcionada à atenção ao idoso fragilizado, portador de complexos problemas de saúde. Esta avaliação deve estar direcionada ao estado funcional e qualidade de vida do idoso, que requerem o atendimento e apoio de uma equipe multidisciplinar e aplicação de instrumentos (FREITAS et al.; 2002a)

Requisito comprometido: Buscar e garantir assistência médica apropriada.

- **Condição: Cavidade bucal e arcada dentária**

Resultados referentes a estas condições foram apresentados também na abordagem do requisito universal: Prevenção de perigos ao funcionamento do ser humano. Foram inseridas neste requisito de desvio da saúde por entender-se que, encontrando-se 27 idosos desdentados e 13 com poucos dentes remanescentes, por certo necessitam de

tratamento odontológico para que se faça reabilitação oral, sem esquecer que tanto aqueles que usam como os que não usam aparelho protético necessitam de assistência à saúde bucal.

O trabalho de MELLO et al.; (2001) vem de encontro ao tema abordado, pois os autores realizaram uma pesquisa nas 111 instituições asilares de Porto Alegre, onde residem 2.113 idosos. Segundo os autores, somente uma instituição privada, que abrigava 60 idosos, possuía um dentista no quadro de funcionários. Três instituições filantrópicas recebiam atendimento odontológico de voluntários, que atendiam 387 idosos (18,3% do total). O tratamento odontológico emergencial era solicitado à família, que assumia o ônus do atendimento quando necessário. Assim sendo, os idosos encontravam-se negligenciados quanto ao atendimento odontológico.

Requisito comprometido: Buscar e garantir assistência médica apropriada.

- **Alterações do Sistema Urinário**

As alterações do sistema urinário comprometem também o requisito universal: Provisão de cuidados associados com processos de eliminação e excrementos, já discutidas anteriormente.

Requisito comprometido: Estar consciente e levar em conta os efeitos e os resultados das condições e dos estados patológicos.

- **Queixas de saúde**

Neste estudo, 85 diferentes queixas foram relatadas, sendo dez verbalizadas pelos homens e 75 queixas apresentadas pelas mulheres. Sete idosos não apresentaram queixas, cinco referiram uma queixa, oito, duas e 17 idosos relataram uma terceira queixa de saúde. Três idosos referiram uma quarta queixa. Dentre os 33 idosos que apresentaram queixas, 13 disseram que os problemas de saúde haviam surgido entre 30 dias e um ano e outros 13 que haviam surgido há mais de dez anos. Um total de 29 idosos referiram

limitações no seu dia-a-dia ocasionadas por suas queixas. As limitações e as ações que os idosos relataram a respeito encontram-se no Quadro 3.

No Quadro 3^A a seguir, apresenta-se de forma sintética os diferentes sistemas acometidos pelas queixas, de acordo com os relatos dos idosos. No Apêndice 2 encontra-se o Quadro 3^B, detalhando todas as queixas, segundo os sistemas.

Quadro 3^A- Distribuição do número de queixas referidas pelos idosos de acordo com os sistemas afetados. Taubaté, 2002.

Sistema afetado pela queixa	Número de idosos
Sistema musculoesquelético	24
Sistema cardiovascular	17
Sistema neurológico e órgãos dos sentidos	17
Queixas inespecíficas	10
Sistema hormonal	6
Sistema digestório	5
Sistema gênito-urinário	3
Sistema tegumentar	2
Sistema respiratório	1
Total de queixas	85
Número médio de queixas por idoso	2,1

O sistema mais comprometido no grupo avaliado foi o sistema musculoesquelético, concentrando 60% de todas as queixas dos idosos. O sistema cardiovascular e sistema neurológico, no qual foram incluídos os órgãos dos sentidos, dividiram a segunda posição entre os mais afetados com 42,5%, seguidos por queixas inespecíficas (25%) como dores no corpo e febre.

Os idosos relatavam com frequência queixas relacionadas à coluna vertebral e aos membros inferiores, acometidos, segundo eles, por artrose e artrite, entre outras afecções. Os sujeitos referiam dores muito fortes nas articulações, que afetavam a deambulação. Estudos anteriores a este, com idosos brasileiros, apontam resultados semelhantes. CHAIMOWICZ (1997), comentando inquérito realizado na região metropolitana de Belo Horizonte, mostra que as queixas mais citadas pelos idosos foram: coluna (48%), pressão alta (47%), insônia (41%), visão (38%), reumatismo (38%)³. No inquérito domiciliar realizado por RAMOS (1993), 86% dos participantes referiam algum tipo de doença crônica, como reumatismo, asma, hipertensão má circulação, diabetes, derrame, lesões de pele, prisão de ventre e insônia.

BARRETO-FILHO et al.; (2002) identificaram as principais queixas de 1.315 idosos, com idade média de 73,8 ($\pm 7,8$) anos, que procuraram atendimento em consultório num período de 25 meses. Os autores reportam que o total de queixas referidas foi de 2.779, sendo 2,1 por paciente. As principais queixas foram: dor osteomuscular (31,8%), lombalgia (33%) e dores nos joelhos (29%), generalizada (16%), ombros (13%); sintomas depressivos (17,7%); tontura (13,2%) e vertigem (47%); perda de memória (12,5%); dispnéia (11,4%); dispepsia (7,8%) e pirose e dor (52%); emagrecimento (7,8%); fraqueza ou cansaço (6,7%).

A média de queixas levantadas neste estudo foi de 2,1 queixas por idoso, portanto a mesma obtida pelos autores citados acima, embora a população daquele estudo seja de atendimento em consultório. As queixas mais referidas foram as relacionadas ao sistema musculoesquelético, sendo corroborados por outros estudos.

Requisito comprometido: Estar consciente e levar em conta os efeitos e os resultados das condições e dos estados patológicos.

³ Grifo do autor.

- **Condição: Sistema respiratório**

As condições que se apresentaram alteradas na avaliação do sistema respiratório, encontram-se comprometendo também o requisito universal: Manutenção de ingesta de ar, no capítulo de requisitos universais, em que prevalecem as limitações para o autocuidado. Optou-se por discuti-las apenas no capítulo de requisitos universais para evitar redundância.

Requisito comprometido: Estar consciente e levar em conta os efeitos e os resultados das condições e dos estados patológicos.

- **Condição: Avaliação cardíaca**

Durante a avaliação cardíaca, verificaram-se as seguintes alterações: sete idosos apresentavam taquicardia; quatro apresentavam bradicardia; quatro, abaulamento no tórax e dor no peito. A falta de ar e o cansaço foram referidos por 13 idosos, e nove referiram as causas para o último sintoma, que estão descritas no Quadro 3. Quanto às limitações pertinentes, três referiram cansaço, um referiu desânimo e outro, dificuldade para andar. Dentre os que referiram uma ação de autocuidado, um ‘toma cálcio’ e outro faz tratamento médico.

Com o envelhecimento, as alterações estruturais acarretam na diminuição da reserva funcional, limitando o desempenho cardíaco durante a atividade física, reduzindo a capacidade de tolerância, principalmente na doença cardiovascular, quando há uma exigência de grande demanda. O débito cardíaco pode apresentar-se reduzido em repouso, mas principalmente durante o esforço (AFFIUNE, 2002). Clinicamente, observa-se que em condições normais, a função cardíaca é suficiente para atender às necessidades, mas em condições de sobrecargas como esforços físicos, febre, infecções, hipertireoidismo ou emoções, a capacidade de reserva, que se encontra reduzida, torna-se responsável pela descompensação do organismo debilitado (CARVALHO FILHO, 1999).

Os resultados sobre os idosos que se encontravam taquicárdicos e bradicárdicos no momento da avaliação física devem ser considerados com cautela, pois nesta população

27 idosos faziam uso de anti-hipertensivo, cinco faziam tratamento com antiarrítmicos e três com cardiotônicos, mostrando que vários deles apresentam alterações quanto à função cardíaca, porém recebem terapêutica medicamentosa. Abordando as alterações da função cardíaca. CARVALHO FILHO (1999) verifica que em situações de emoção é que ocorre sobrecarga funcional, podendo-se especular se a entrevista e avaliação física poderiam ter repercutido no ritmo e frequência cardíacas, pois os idosos falaram muito sobre suas vidas, emocionaram-se com as lembranças e essas situações poderiam ter reflexos nos sinais vitais.

Requisitos comprometidos: Estar consciente e levar em conta os efeitos e os resultados das condições e dos estados patológicos; Realizar efetivamente as medidas diagnósticas, terapêuticas e reabilitativas prescritas.

- **Condição: Sistema digestório e abdome**

Quanto às alterações do sistema digestório e do abdome que poderiam trazer limitações aos idosos deste estudo, observaram os seguintes resultados: 30 idosos apresentavam abdome globoso; um referia dor à palpação; um, rigidez de baixo ventre. Na inspeção da pele do abdome, foram encontrados: um idoso com lesão circunscrita, nodular e indolor; dois sujeitos, lesões sugestivas de escabiose. Entretanto, os idosos não referem nenhuma limitação causada por essas alterações, nem desenvolviam ação de autocuidado a respeito. As limitações relacionadas ao sistema digestório foram atribuídas à constipação e dor ao evacuar, e já foram abordadas anteriormente na apresentação dos requisitos universais, visto que afetavam o requisito: Provisão de cuidados associados como processos de eliminação e excrementos.

Com o envelhecimento, ocorrem mudanças no sistema digestório, que entretanto não afetam significativamente a função, como quando há uma doença presente (JARVIS, 2000). O envelhecimento altera a conformação da parede abdominal, e o abdome assume conformação globosa. Nas mulheres, há acúmulo de gordura na região suprapúbica devido à diminuição de estrógenos. Os homens podem apresentar depósitos de gordura na área abdominal (popularmente chamados de 'pneus'), especialmente aqueles com estilo de

vida sedentário (JARVIS, 2000). Em condições normais, o abdome tem forma regular e simétrica, podendo apresentar uma discreta proeminência na parte inferior e superior. A presença de dor à palpação e resistência de uma área podem ser indicativos de comprometimento de órgãos da cavidade abdominal, correspondente à região examinada, merecendo avaliação mais cuidadosa (PORTO, 1992).

A escabiose, uma doença de pele causada pelo artrópode *Sarcoptes scabie*, caracteriza-se por lesões com aspecto variável, que normalmente se apresentam como pequenas pápulas cercadas por área eritematosa muito pruriginosa (PORTO, 1992). As lesões identificadas neste estudo, sugestivas desta condição, pareciam incomodar bastante os idosos afetados, não só pela ação pruriginosa, mas pelo caráter de higiene. Os idosos relataram aplicar pomadas nas áreas afetadas. Um deles referiu lavar sua própria roupa, separada dos demais, mas que mesmo assim não conseguia eliminar a infestação.

As infestações por microrganismos que ocorrem nas instituições têm uma correlação direta com a qualidade da assistência oferecida nas instituições asilares e PILOTO et al.; (1998) corroboram essa idéia ao concluírem que:

O mais sério problema identificado no atendimento das instituições que foram visitadas na cidade do Rio de Janeiro, não foram tanto da parte de insumos básicos ou de material das instalações, mas a carência de recursos humanos para a dinamização e qualificação do trabalho assistencial.

Foi lamentável observar os idosos acometidos pelo prurido, coçando-se o tempo todo, com feridas e se sentindo desconfortáveis, sabendo-se que a escabiose é devida quase que totalmente às deficiências de higiene.

Requisito comprometido: Estar consciente e levar em conta os efeitos e os resultados das condições e dos estados patológicos.

- **Condição: Uso de laxantes**

As pessoas idosas reportam constipação intestinal com freqüência. Grande número de idosos americanos usam laxativos regularmente, estimando-se que mais de 30% dos idosos saudáveis usem esses medicamentos, sendo este percentual maior que o número

de idosos constipados, que correspondem a 10% de idosos saudáveis em atendimento ambulatorial (JARVIS, 2000). A discrepância entre o número de idosos com constipação, com o percentual de idosos que usam laxantes está no erro de opinião sobre a frequência de evacuação que corresponderia ao padrão de normalidade, pois a verdadeira constipação se caracteriza pela supressão de defecação por três dias consecutivos. Neste estudo, sete idosos referiam constipação, um deles reportou o uso de laxativos 14 vezes por semana e um alegou usar dois tipos diferentes de laxativos, conforme mostra o Quadro 3, em relação aos requisitos de desvios da saúde.

Segundo MACIEL e MELO (1997) as medidas dietéticas são muito importantes do ponto de vista terapêutico, no sentido de prevenir a constipação intestinal. Estas medidas estão relacionadas à ingestão de fibras e líquidos. Para os autores, a porção diária ideal de fibras é de 10 a 25 gramas por dia, o que equivale a quatro fatias de pão integral ou 35 gramas de farelo de trigo. Os laxativos devem ser evitados o máximo de tempo possível, devido aos efeitos colaterais a longo prazo como má absorção, incontinência fecal e distúrbios hidreletrolíticos. Os laxativos são classificados de acordo com o seu mecanismo de ação, entretanto os objetivos deste estudo não comportam tal abordagem.

O uso de laxantes volta a ser apontado como condição comprometedora do requisito de desvio da saúde: Regulação do funcionamento integrado humano.

Requisito comprometido: Realizar efetivamente as medidas diagnósticas, terapêuticas e reabilitativas prescritas.

- **Sistema cardiovascular**

As alterações da função cardíaca foram descritas anteriormente, no capítulo pertinente, comprometendo o requisito: Estar consciente e levar em conta os efeitos e os resultados das condições e dos estados patológicos.

Neste capítulo serão abordadas as alterações do sistema cardiovascular, com ênfase na parte vascular. As condições alteradas relacionadas a este sistema encontram-se no Quadro 3. Destacam-se: a elevação da pressão arterial sistólica acima de 160mmHg, em 18 idosos; da pressão arterial diastólica acima de 100mmHg em 12 idosos; pulsos pediosos não palpáveis, em nove; varicosidades, em 24 sujeitos. Várias limitações decorrentes das alterações foram relatadas, especialmente as dores, como pode ser observado ainda no Quadro 3. Os idosos relataram ter desenvolvido ações de autocuidado: uso de medicação prescrita, tratamento médico, e cuidados de enfermagem. Dois idosos não realizaram nenhum tipo de ação, pois um já fizera vários tratamentos para úlcera, sem sucesso, e um afirmou que o médico não o examinava.

O registro dos pulsos periféricos deve marcar o início da avaliação cardíaca, atentando-se à rigidez da parede arterial, que é usual no envelhecimento e às alterações quanto ao ritmo e à frequência. Estas informações, devem ser interpretadas em conjunto com todos os outros achados, ao final do exame físico (GUIMARÃES et al.; 1989). Estes dados são básicos para o atendimento na área de saúde e essenciais para que a enfermeira possa avaliar sua assistência (DIOGO, 1999).

DIOGO (2001), avaliando o grau de satisfação com a vida e capacidade funcional em 40 idosos com amputação de membros inferiores, verificou que as vasculopatias foram a causa da amputação em 25 idosos. A autora ressalta que 15 idosos eram diabéticos, e entre eles, sete sofreram a amputação por causa de problemas vasculares; entre os idosos que não tinham diabetes mellitus, 18 se submeteram ao procedimento radical de amputação devido a problemas vasculares.

Dentre as doenças arteriais periféricas, ou seja, as arteriopatias obstrutivas, a aterosclerose é a principal causa de lesões arteriais obstrutivas dos membros inferiores. O comprometimento venoso também é freqüente, sendo inúmeros os idosos que apresentam alterações venosas, em conseqüência de insuficiência venosa superficial ou profunda, com vários sintomas. A avaliação física direta da circulação periférica é acessível através do exame físico, que deve ser minucioso, a fim de identificar as alterações vasculares periféricas (MIRANDA, 2002).

CANTWELL-GAB (1996) descreve os sinais e sintomas da doença arterial periférica crônica em idosos, apresentando um caso clínico em que destaca a dor intensa provocada pela vasculopatia e o alívio resultante de manter o membro em posição pendente, dados que sugerem a presença de quadro obliteração aterosclerótica. Em média, 10% dos adultos com idades superiores a 70 anos e 1% a 2% daqueles com idades entre 37 a 69 anos têm sintomas de doença arterial periférica. A incidência maior é em homens, pessoas com diabetes mellitus, e aqueles com história familiar de aterosclerose. A obesidade e o estresse são fatores de risco.

BUNT (1995) refere-se às doenças vasculares coronárias e periféricas como sendo ambas clinicamente importantes nas últimas décadas da vida e ambas são manifestações clínicas diferentes da aterosclerose. Para o autor, os efeitos da aterosclerose coronária são sentidos primeiro e com uma mortalidade significativa devido ao infarto do miocárdio, angina ou cardiomiopatia isquêmica. Os idosos que apresentam doença vascular periférica tendem a alcançar a recuperação do membro e a conviver com a doença.

JARVIS (2000) aponta a dificuldade de se isolar os eventos devidos ao processo de envelhecimento natural do sistema cardiovascular, pois ele se encontra intimamente relacionado ao estilo de vida, doenças e hábitos. O estilo de vida é reconhecido atualmente como fator de modificação no desenvolvimento de doenças cardiovasculares. Dieta, tabagismo, ingestão de bebidas alcoólicas, padrão de exercícios e estresse têm influência sobre a doença arterial coronária. O estilo de vida também exerce influência sobre o processo de envelhecimento, e as alterações cardíacas e vasculares podem ser apenas parcialmente atribuídas ao envelhecimento, destacando-se o papel do estilo de vida sedentário que tende a acompanhar o envelhecimento.

Segundo AFFIUNE (2002), no envelhecimento há prevalência da hipertensão sistólica isolada, sendo mais freqüente do que a hipertensão sistó-diastólica na faixa etária acima dos 70 anos, associada a um maior risco da presença de doenças cardíacas e cerebrovasculares.

Neste estudo, dois idosos que apresentavam úlceras de membro inferior referiam história pregressa de tabagismo; um ainda referiu o etilismo no passado; dois idosos apresentavam sinais e sintomas de vasculopatias e um era portador de diabetes mellitus, corroborando os achados descritos por DIOGO (2001).

Requisito comprometido: Correção de deformidades ou anormalidades.

- **Sistema musculoesquelético**

Ao serem apresentadas as queixas de saúde relatadas pelos idosos que participaram deste estudo, verificou-se que o sistema musculoesquelético foi o mais comprometido, segundo a percepção dos idosos, com 24 queixas (60%). As queixas apontadas por eles mostraram-se sobrepostas às levantadas na avaliação do sistema musculoesquelético, pois diversas alterações foram observadas na avaliação de membros superiores e inferiores.

As alterações ligadas ao sistema musculoesquelético foram 18, ao todo, e encontram-se detalhadas no Quadro 3. Sete idosos referiram limitações diante às alterações sofridas, sendo: dificuldade de deambulação; dificuldade em se vestir, devido à imobilização no membro superior direito; dor no pé esquerdo, diariamente; presença de flebite; dor e edema na região poplíteia; e dificuldade de movimentação. As ações desenvolvidas por estes idosos, para o autocuidado, eram principalmente a busca de atendimento de saúde, sendo tratamento médico e cuidados de enfermagem. Um deles afirmou que não pudera realizar o tratamento necessário e portanto fazia uso diário de analgésico, por conta própria, devido a fortes dores no pé esquerdo.

As questões relacionadas à capacidade funcional e à autonomia do idoso podem ser muito mais importantes que a própria morbidade (CHAIMOWICZ, 1997). É essencial, quando se trata de idosos, que seja dada especial atenção à verificação de sintomas como dispnéia, fraqueza dos membros inferiores, dores articulares e câibras, durante ou após diferentes distâncias de caminhada. Muitas vezes estes sintomas ocorrem após um trabalho muscular, por falta de mobilização, pois é comum o idoso permanecer

acamado por longos períodos quando suas dificuldades de locomoção encontram-se aumentadas (DIOGO et al.; 2000).

ROSSI e SADER (2002), corroborando os achados do presente estudo, afirmam que durante o envelhecimento há perda progressiva de massa muscular, sendo o tecido nobre substituído pouco a pouco por colágeno e gordura. Esta perda se reflete no aumento da excreção de creatinina urinária, que tem sua concentração diminuída, na ordem de 50% na massa muscular, entre os 20 e 90 anos. As alterações de massa muscular são mais pronunciadas na mulher. Embora a musculatura do idoso produza menos força e desenvolva suas funções mecânicas com "lentidão"⁴, essa situação pode ser minimizada ou até mesmo revertida por meio do condicionamento físico.

No tecido ósseo, segundo ROSSI e SADER (2002) predomina a formação pelos osteoblastos nas duas primeiras décadas de vida. A partir da quarta década, estabiliza-se a formação do tecido, enquanto se acelera a reabsorção pelos osteoclastos. Conseqüentemente, ocorre a osteopenia fisiológica, ou seja, a perda progressiva de massa óssea. A perda de densidade óssea ocorre de forma mais acentuada nas mulheres de etnia branca (FREITAS et al., 2002b). A osteoporose é uma doença sistêmica, em que há diminuição da massa óssea, com deterioração da microarquitetura do tecido ósseo, aumentando sua fragilidade e expondo o osso à fratura. Trata-se da doença óssea de maior prevalência entre os idosos (PEREIRA e MENDONÇA, 2002). A perda da massa óssea é maior e mais rápida nas mulheres que, durante sua vida, perdem em média 50% do tecido ósseo trabecular e 30% do osso cortical, enquanto que nos homens a perda é de 30% e 20% (ZERBINI, 1998).

Com relação à dor, os autores asseguram que a osteoartrite é sem dúvida o processo doloroso mais comum no idoso e a dor neuropática, principalmente a neuropatia do trigêmeo e a pós-herpética são muito freqüentes. São consideradas dores crônicas aquelas com duração que excede seis meses.

⁴ Grifo do autor

Os idosos, neste estudo, referiram como várias as vezes a presença da dor, associada a alterações musculoesqueléticas, principalmente nos membros inferiores, corroborando dados de outros autores, como CAMARANO (2002), que também relaciona doenças de coluna, hipertensão e artrite como os principais de problemas de saúde de idosos mais jovens, conforme já apontado anteriormente, no capítulo sobre as queixas.

Requisito comprometido: Correção de deformidades ou anormalidades.

- **Condição: alterações de membros superiores e inferiores**

No presente estudo, diversas condições relacionadas a alterações de membros superiores e inferiores foram referidas pelos idosos. Destacam-se, como limitações decorrentes dessas condições, o prejuízo da deambulação, e a dor, presente em diversas situações, sendo a descrição detalhada no Quadro 3.

Os idosos que desenvolveram ação de autocuidado na tentativa de solucionar seus problemas foram seis. Mais uma vez, destaca-se a busca de tratamento médico, por três idosos; o uso de pomada prescrita pelo médico, um idoso; uso de pomada prescrita e higiene das roupas, um idoso; busca de cuidados de enfermagem, um idoso. Três idosos não apresentaram qualquer ação, apresentando como justificativa a falta de conhecimento, a falta de recursos financeiros e a impossibilidade de avaliação médica.

Algumas limitações dos idosos estavam relacionadas à deambulação e a respeito disso (PAIXÃO JÚNIOR e HECKMANN, 2002) afirmam que a estabilidade, em todas as fases da marcha, será aumentada pela habilidade de controlar os movimentos musculares nas articulações dos membros inferiores; por isso, muitos idosos não conseguem manter o apoio unipodal.

Muitas alterações observadas neste estudo nos membros superiores e inferiores dos idosos são comuns ao envelhecimento, mas poderiam ser minimizadas por meio de melhor hidratação do organismo, com aumento de ingestão de água e aplicação tópica de cremes ou emulsões hidratantes. Tais alterações foram também observadas por MENDES e

NOVAKOSKI (2001) na avaliação dos pés dos idosos. Esses autores, com o objetivo de identificar a importância do cuidado à saúde e integridade dos pés relacionadas às condições gerais de saúde, encontraram micose nas unhas, dermatofitoses, verrugas, calosidades, uso de calçados inapropriados e deformidades. Evidentemente que como resultado dessas anormalidades, observou-se comprometimento da marcha, da postura e do equilíbrio.

Requisito comprometido: Correção de deformidades ou anormalidades.

- **Condição: Movimento articular**

Na avaliação quanto à dificuldade de movimento, os idosos apresentaram dificuldades de diversas intensidades, detalhadas no Quadro 3. Foram avaliados também quanto ao enchimento capilar, volume muscular, tônus e resistência muscular, destacando-se entre as alterações enchimento capilar lento, hipotrofia muscular, tônus muscular diminuído, e força muscular reduzida. As limitações reportadas pelos idosos foram relativas à dificuldade de deambulação, de deambulação e apreensão, à inatividade e necessidade de manter o membro inferior elevado, entre outras.

Estas alterações são descritas por ROSSI e SADER (2002), quando definem o envelhecimento das cartilagens articulares como um evento que traz consigo uma menor agregação dos proteoglicanos associado a menor resistência mecânica das cartilagens. Por sua vez, o colágeno torna-se menos hidratado, mais resistente à colagenase e com mais afinidade pelo cálcio. DIOGO et al.; (2000) falam sobre a importância de avaliar a mobilidade de cada articulação, bem como a amplitude de movimentos, a presença de dor, edema, instabilidade da articulação em movimento e em repouso, deformidade, contratura e rigidez existentes.

A deambulação não é somente vital no desempenho das atividades do ser humano, mas traduz a independência e autonomia que a pessoa pode ou não ter, na sua existência. Observando os resultados apontados no Quadro 3, no que se refere especialmente às limitações e queixas, é possível ver a dimensão que a capacidade de andar tem para eles. Na avaliação das queixas, as limitações que se destacam estão relacionadas à

deambulação, pois nove idosos colocaram-nas na liderança das queixas; na avaliação do sistema musculoesquelético três idosos referiram limitações quanto à deambulação e na avaliação dos membros inferiores outros três idosos alegaram o mesmo tipo de limitação. Por fim, a deambulação volta a ser a tônica das limitações na avaliação do conjunto articular. Sob este ponto de vista, percebe-se como é imprescindível investir nos trabalhos fisioterápicos e nos programas de condicionamento físico nas instituições, a fim de proporcionar aos idosos, a possibilidade de mantê-los aptos a andar.

Requisito comprometido: Correção de deformidades ou anormalidades.

- **Alterações nas acuidades visual e auditiva**

Os transtornos visuais no envelhecimento são responsáveis por considerável perda da qualidade de vida do idoso, comprometendo sua independência e mobilidade (FREITAS et al.; 2002a).

As alterações auditivas, ou até mesmo perda da audição, resultam da disfunção de qualquer uma das partes do sistema auditivo. A presbiacusia, em geral, é bilateral, podendo evoluir para perda dos sons baixos. As alterações vasculares auditivas, decorrentes do envelhecimento, contribuem para a diminuição de glândulas ativas, resultando em uma cera mais seca. As vertigens, acompanhadas de zumbido no ouvido ou cabeça podem estar associadas às modificações auditivas nesta fase da vida e portanto merecem ser investigadas (FREITAS et al.; 2002a).

Os resultados e discussão dos temas relacionados à visão e à audição foram apresentados no capítulo pertinente às alterações sensoriais, comprometendo o requisito de desenvolvimento "Adaptações às mudanças orgânicas e funcionais decorrentes da idade"

Requisito comprometido: Compensação de incapacidades.

- **Alterações de locomoção e marcha**

Neste estudo três idosas não deambulavam, duas se deslocavam de um lugar para o outro por meio de cadeira de rodas e uma terceira usava o andador, revezando-o com o uso da cadeira de rodas. O uso de bengala como acessório e o caminhar apoiando-se nas paredes também foram apontados. Seis idosos apresentavam alterações na marcha e os que referiram limitações referentes à locomoção e à marcha somaram nove. A deambulação prejudicada foi a resposta dos nove idosos que relataram limitações em suas vidas. Dentre eles, um referiu, como ação, andar apoiando nas paredes e outro relatou fazer fisioterapia, mas os outros sete não fizeram nada a respeito e também não apontaram o motivo.

O envelhecimento gera modificações anatômicas na coluna vertebral, observadas pela redução da estatura, principalmente nas mulheres. Após os 40 anos, esta redução é da ordem de 1 cm a cada década de vida, tornando-se mais pronunciada a partir dos 70 anos. Entretanto, nas pessoas ativas e bem alimentadas essa redução não supera os 2 cm. A perda do arco dos pés também contribuem para a redução da estatura. Durante o processo de envelhecimento, o aparelho locomotor tem modificada a sua dinâmica, com redução da amplitude dos movimentos, que se caracteriza por passos lentos e curtos, podendo o idoso, não raramente, arrastar os pés. Os braços tendem a estar mais próximos do tronco e os movimentos perdem amplitude. Com a mudança do centro gravitacional corporal, que nesta fase encontra-se mais adiantado e com base de sustentação mais ampliada, o idoso busca mais segurança e equilíbrio. O envelhecimento pode ser acompanhado de distúrbios no controle motor e da marcha, e distúrbios cognitivos ou perceptivos que limitam a capacidade de identificar os riscos ambientais, importante para prevenção de queda. A queda, ocorrência freqüente, é consequência da inabilidade do controle postural diante de uma perturbação externa, que tenta compensá-la, mas não consegue (FREITAS et al.; 2002a).

Segundo PAIXÃO JÚNIOR e HECKMANN (2002), a marcha constitui uma parte essencial das atividades de vida diária e, quando alterada, afeta diretamente o desempenho e, portanto, a independência do ser humano. Depende da capacidade de vários órgãos, principalmente dos sistemas neurológico, cardiovascular e musculoesquelético. Nos

homens, principalmente, observa-se correlação entre a velocidade da marcha usual e o condicionamento físico. Assim sendo, o estilo de vida ativo, com atividades como caminhadas regulares, pode contribuir para manter o condicionamento e a velocidade da marcha, por estimular a força muscular e o equilíbrio. Os autores descrevem ainda que as alterações sensoriais, como as que ocorrem com a acuidade visual e sensibilidade plantar, influenciam a marcha.

Neste estudo, uma idosa que não deambulava e que fora submetida anteriormente à amputação infrapatelar do membro inferior direito, não referiu limitação em sua vida causada pela amputação, observando-se que se dedicava à limpeza de seu quarto e cuidava muito bem de seus pertences, fazia trabalhos manuais e sentia-se responsável por outra idosa, com quem convivia há muitos anos, a qual apresentava comprometimento neurológico. Embora neste estudo não fosse avaliada a satisfação com a vida ou percepção de qualidade de vida, a idosa mencionada parecia manter postura positiva, compatível com um bom ajustamento, a despeito da amputação. A idosa sofrera a amputação há aproximadamente 20 anos, e antes da intervenção vivera alguns anos no hospital onde fazia tratamento para osteomielite. O fato de ter sofrido muito até que houvesse a necessidade desse procedimento tão radical poderia ter contribuído mesmo para a melhora da qualidade de vida após o mesmo. Corroborando essas observações, pode-se apontar a pesquisa de DIOGO (2001), na qual a autora verificou que idosos com amputação de membros inferiores, apesar de apresentarem maiores níveis de satisfação global com a vida antes da amputação mantinham, no momento da pesquisa, níveis de satisfação com a vida relativamente elevados. Há de se considerar também que a idosa em questão é um dos poucos institucionalizados que têm um bom suporte social, pois recebe a visita semanal de primos e ex-vizinhas e viaja anualmente para a sua terra natal, onde fica alguns meses com familiares, levando consigo a outra institucionalizada, por quem sente-se responsável.

Requisito comprometido: Modificação do autoconceito e auto-imagem, aceitando a si mesmo em determinado estado de saúde e como pessoa que necessita de formas específicas de atendimento de saúde.

- **Alterações de memória**

As alterações de memória foram apresentadas e discutidas anteriormente, pois comprometiam o requisito de desenvolvimento Adaptação às mudanças orgânicas e funcionais decorrentes da idade.

Recorda-se que o comprometimento da memória foi relatado por 27 idosos que referiram se esquecer de fatos recentes como, por exemplo, o local em que guarda os objetos e as roupas, e os nomes de pessoas que conheceram nos últimos anos. Quatro idosos alegaram que tais alterações interferiam no seu dia-a-dia, e um deles revelou que o esquecimento o faz isolar-se das outras pessoas.

Pesquisadores americanos e europeus têm estudado o perfil cognitivo da população que envelhece, em especial daqueles que referem queixas relacionadas à memória. Estes estudos almejam verificar se há continuidade entre as alterações de queixas de memória e demência ou se os dois processos ocorrem separadamente. As alterações cognitivas que ocorrem no idoso, sem que haja comprometimento no desempenho das atividades diárias, são comuns e adquirem significado clínico quando acarretam prejuízos na sua vida (CANINEU e BASTOS, 2002).

- **Incontinência urinária**

Essa alteração foi abordada anteriormente neste estudo, pois comprometia o requisito universal Provisão de cuidados associados com processos de eliminação e excrementos. Entretanto, deve-se considerar também o comprometimento do autoconceito e da auto-imagem, evidenciados pela limitação apontada pela única idosa que, neste estudo, referiu incontinência urinária. A idosa relatava desgosto em relação à necessidade de usar fraldas devido a essa condição.

A incontinência urinária é mais freqüente entre as mulheres idosas e atinge 30% dos idosos que vivem em suas comunidades e 50% daqueles institucionalizados. O distúrbio gera um custo elevado, avaliado em 10 bilhões de dólares nos Estados Unidos, em 1987 (MACIEL, 2002).

Neste estudo, esta condição também comprometeu o requisito de desvio da saúde: Buscar e garantir assistência médica apropriada.

4.3.2- Requisitos de autocuidado comprometidos que não resultaram em limitações

Apresentam-se a seguir os resultados relacionados aos requisitos afetados identificados nos sujeitos, mas que não foram apontados por eles como geradores de limitações para suas atividades cotidianas. Os requisitos comprometidos encontram-se nos Quadros 4, 5 e 6, divididos conforme a propostas de Orem em requisitos universais, de desenvolvimento e de desvio da saúde.

4.3.2.1- Requisitos universais

O Quadro 4, a seguir, traz os resultados referentes aos requisitos universais identificados como comprometidos, embora não houvesse limitações no dia-a-dia referidas pelo idoso, associadas a eles. Em seqüência, esses dados são discutidos em detalhes.

Quadro 4- Requisitos universais comprometidos: condições/alterações relacionadas, ações de autocuidado e limitações para o autocuidado. Taubaté, 2002.

Requisito afetado	Condição percebida		Comentários ou justificativas	
	n		n	
Manutenção de ingestã suficiente de água/líquidos				
		Sistema digestório		
	13	ingesta de pequena quantidade de água		
	3	ingesta de líquidos durante a alimentação		
	38	ingesta diária de café		
	22	ingesta diária de refrigerante		
	9	compram refrigerante		
		Hidratação		

Requisito afetado	Condição percebida		Comentários ou justificativas	
	n		n	
	22	pele desidratada de membros inferiores e superiores		
	4	fezes endurecidas		
Manutenção de ingestão suficiente de alimentos				
	27	compram / ganham alimentos:		
		carboidratos		
	32	frutas		
	15	laticínios		
	10	hortaliças		
	8	embutidos		
	3			
		ingestão de alimentos: porções/ indivíduo/dia: carboidratos: 3,8 hortaliças: 1,5 frutas: 0,2 laticínios:0,9 leite:1,5 carnes:2,2 açúcar: 0,4 café/chá/suco: 1,8 gorduras: 0,3		
Continuação Manutenção do equilíbrio entre atividade e repouso				
		atividade física		
	16	não praticam atividade física	7 5 2 1 1	problemas físicos desânimo ou falta de motivação julgam desnecessário ausência do fisioterapeuta não sabia que deveria fazer
		Lazer e recreação		
	4	não desenvolvem nenhum tipo de recreação ou lazer	1 2	não sabe fazer nada dificuldade visual

Resultados

Requisito afetado	Condição percebida		Comentários ou justificativas	
	n		n	
			1	não respondeu
Manutenção do equilíbrio entre solidão e interação social				
		Institucionalização devido a:		
	10	problemas de relacionamento*		* essa condição afeta também o requisito de desenvolvimento
	1	Insegurança em morar só*		"Adaptação ao convívio social com novos relacionamentos "
	1	desejo de privacidade		† essa condição afeta também o requisito de desenvolvimento
	1	desejo de mudança de ambiente		"Adaptação à mudança de residência para ambiente não familiar"
	1	†		
		Sistema neurológico/ Comportamento		
	19	evasivos		
	2	reservados		
	1	rancoroso		
	1	apático		
	1	defensivo		
		Relacionamento		
	5	apresentam alguma dificuldade de relacionamento		
	1	refere mau relacionamento com os demais		
		Com quem morava antes da institucionalização		
	5	moravam sós *		*essa condição afeta também o requisito universal "Adaptação ao convívio social com novos relacionamentos"
		Visitas		
	4	não recebem visitas atualmente		
	1	nunca recebeu visitas na instituição		

Requisito afetado	Condição percebida		Comentários ou justificativas	
	n		n	
	17	não fazem visitas		
Continuação Prevenção dos perigos à vida humana				
		Tabagismo		
	3	fumam de 8 a 45 cigarros/dia		
	3	fumaram durante 10 anos ou mais e pararam há pelo menos 6 anos		
		Ingesta de bebida alcoólica		
	1	ingere bebida alcoólica (destilados) em grande quantidade quando tem oportunidade		
	3	faziam uso regular de bebida alcoólica anteriormente, tendo abandonado há 5 meses ou mais		
Prevenção do bem-estar humano				
		Higiene dos cabelos		
	14	2 vezes/semana		
	9	1 vez/semana		
	1	não lava cabelos há 20 dias devido a ferimento no couro cabeludo		

Requisito comprometido: Manutenção de ingestão suficiente de água.

- **Ingestão de líquidos**

Quanto à ingestão de líquidos 13 idosos referiram ingeri-los em pequena quantidade, e três afirmaram ingerir líquidos apenas durante as refeições. Dentre os 14 idosos que disseram comprar ou ganhar líquidos, nove compravam ou ganhavam refrigerantes.

Como possível consequência da baixa ingestão de água, 22 idosos apresentavam a pele dos membros superiores e inferiores desidratada e quatro referiram fezes endurecidas, e 11 disseram evacuar de uma a duas vezes por semana.

Embora a água seja um componente muito importante na nutrição do idoso, nem sempre é tão valorizada como deveria. Muitos autores consideram o idoso um desidratado crônico, mas ao ser indagado sobre o baixo consumo de água ou outros líquidos como chá e sucos, o idoso refere não sentir sede. Em média, o geronte deve ingerir de seis a oito copos de água, sucos ou chá por dia, podendo ser ingeridos entre as refeições. Durante as refeições não há inconveniência alguma de o idoso tomar um copo de água, suco ou leite, pois essa quantidade não irá atrapalhar a refeição, ao contrário, facilitará na mastigação e deglutição, auxiliará na formação do bolo alimentar e fecal, no melhor funcionamento intestinal e hidratação orgânica (MARUCCI, 2000).

Com o avanço da idade, a quantidade de água corpórea se reduz em torno de 15% a 20%, havendo perda de água não somente no espaço intracelular, mas principalmente extracelular, deixando o organismo do idoso susceptível às complicações por perda de líquidos e apresentando maior dificuldade de reposição rápida do volume que se perdeu (JACOB FILHO, 2000). A ingesta hídrica inadequada pode levar ao acúmulo de secreções nos pulmões, dificultando ou até mesmo impedindo o acesso do ar aos pulmões (DIOGO et al., 2000).

Entende-se como sendo relevante salientar o freqüente uso de refrigerantes nas instituições, pois 22 pessoas referiram ingeri-los. Sabe-se que alguns tipos de refrigerantes contêm cafeína, que somada à mesma substância encontrada no café, líquido que pareceu ser preferência de 38 idosos, pode ser suficiente para desencadear um aumento dos batimentos cardíacos e interferir no sono, por se tratar de um estimulante. MARUCCI (2000) diz que os refrigerantes e bebidas alcoólicas devem ser evitados.

Os idosos do presente estudo referiram ingerir pequena quantidade de líquidos, e vários alegaram não sentir sede, tomando líquidos somente durante as refeições. A autora observou que muitos desconhecem a importância da água para manter o corpo hidratado e

durante a entrevista, quando foi abordado o tema, procurou orientá-los quanto à necessidade de desenvolver o hábito de ingerir líquidos.

Requisito comprometido: Manutenção de ingesta suficiente de alimentos.

• **Ingestão de alimentos**

A nutrição adequada é fundamental para a manutenção da saúde do idoso. Neste estudo, 27 homens e mulheres alegaram ingerir alimentos comprados ou ganhos, além daqueles fornecidos pela instituição, e 32 itens relacionados por eles eram carboidratos.

Os idosos residentes nas três instituições realizam quatro refeições ao dia: desjejum, almoço, lanche e jantar. Os alimentos mais consumidos pelos idosos pertenciam ao grupo dos carboidratos complexos, com 3,8 porções ao dia por sujeito, como pode ser observado no Quadro 4. Os sujeitos relatavam ingerir grande quantidade de pães e biscoitos. Oito deles substituíam o jantar por estes alimentos, e 22 idosos referiram ingerir sopa de macarrão no jantar.

MARUCCI (2000) ressalta que, segundo a recomendação nutricional representada pela pirâmide alimentar, o grupo dos carboidratos complexos deve ocupar a base da pirâmide, o que se verificou nos resultados deste estudo. Porém, o grupo das hortaliças e o grupo das frutas, que deveriam vir em seguida, foram consumidos em porções muito inferiores ao recomendado. O segundo lugar em consumo foi ocupado pelas proteínas das carnes, que deveriam ser consumidas em porções menores, seguindo-se ao grupo do leite e laticínios, que por sua vez deve ter consumo inferior ao de frutas e hortaliças. Os açúcares e doces em geral foram consumidos com moderação, segundo os idosos, assim como o grupo das gorduras. Ambos tiveram consumo de acordo com o indicado, segundo o relato dos idosos. Entretanto, não foi possível avaliar a quantidade de gorduras utilizada no preparo das refeições, por exemplo, bem como a quantidade de açúcar adicionado ao café e chá, por exemplo. Assim, esses dados devem ser considerados com cautela.

Segundo MARUCCI (2000) uma boa alimentação é importante para o bem-estar físico, mental e social e contribui para aumentar a qualidade de vida, prevenindo os agravos à saúde e prevenindo ou controlando determinadas doenças.

A mudança de hábitos alimentares em idosos é muito difícil pois, diferentemente dos grupos etários mais jovens, os idosos podem sentir-se menos motivados a deixar de comer algum tipo de alimento e incluir outros em sua dieta. Como a valorização da saúde costuma ser o conceito mais importante para o idoso, aceitar o fato de que a nutrição adequada possibilita boa saúde contribuiria para a possibilidade de inclusão de hábitos saudáveis e abandono de hábitos nocivos.

Os idosos deste estudo necessitam, portanto, não só de mais informações sobre a importância de consumir frutas e hortaliças, como de maior oferta das mesmas nas refeições oferecidas, como, por exemplo, oferecer frutas na sobremesa.

Requisito comprometido: Manutenção do equilíbrio entre atividade e repouso.

- **Atividade física**

Atualmente os exercícios físicos têm sido bastante valorizados, sendo recomendados também para o grupo etário acima de 60 anos.

Neste estudo, uma instituição contava com a atuação de um fisioterapeuta, que reunia, duas vezes por semana, todos os idosos que desejassem e pudessem realizar aulas de alongamento, exercícios aeróbios e de resistência,. Entretanto, não eram todos os idosos que os realizavam, mesmo sendo independentes e na ausência de contra-indicações para a prática dessas atividades. Alguns idosos preferiam não se reunir ao grupo, procurando isolamento social, ou encontravam-se desmotivados. Em outra instituição, um fisioterapeuta estava presente uma vez por semana para realizar tratamentos fisioterápicos.

Observou-se que 16 idosos não desenvolviam nenhum tipo de atividade física. Mesmo não apontando limitações decorrentes disso, todos eles apresentaram justificativas para não realizar atividade física, alegando impossibilidade física e falta de motivação e interesse.

A necessidade da prática regular de atividade física é confirmada por GORZONI e RUSSO (2002), que observaram aumento da força muscular, melhora da capacidade física, redução de sintomas depressivos e um ganho considerável na qualidade de vida de idosos institucionalizados, após participarem de um programa cujo objetivo era avaliar os resultados da atividade física sobre a capacidade funcional.

A atividade física traz benefícios também ao sistema musculoesquelético, pois aumenta a massa e diminui a perda óssea, fato explicado pela hipertrofia com que o osso responde quando ultrapassa o seu limiar de estresse. O idoso, para se manter independente, necessita de força muscular, flexibilidade e resistência muscular localizada, dentre outras capacidades (FREITAS et al.; 2002b)

Os efeitos benéficos da atividade física favorece o envelhecimento saudável, que pode ser observado tanto em idosos saudáveis como naqueles fragilizados, podendo até mesmo retardar alterações fisiológicas. Podem ainda: prevenir doenças cardiovasculares e diabetes; reduzir dores articulares e limitações resultantes de processos artríticos; aumentar a densidade óssea; aumentar a tolerância à glicose à expectativa de vida; reduzir o excesso de peso; controlar doenças crônicas; diminuir a pressão arterial de hipertensos; reverter sintomas de desuso; melhorar a saúde psicológica do idoso (GORZONI e RUSSO, 2002).

Entretanto, não se pode deixar de apontar para os riscos da prática de atividade física sem avaliação de saúde, resultando em situações indesejáveis quando há má indicação. DUTRA et al.; (2001) estudaram 74 idosas, com idade média de 68 anos, praticantes de atividade física mais de duas vezes por semana. Os autores desejavam conhecer a prevalência de fatores de risco à prática de atividade física entre essas idosas. Os fatores de risco que prevaleceram foram: problemas de visão, risco cardiovascular, problemas de audição, episódios de queda e instabilidade postural. Dessa forma, os autores concluem que os idosos devem ser avaliados antes de iniciar a prática de exercícios físicos, e questionam o grau de segurança que esses indivíduos estão recebendo para que não se submetam a riscos desnecessários.

MÂNICA et al.; (2001) avaliaram 343 idosos pertencentes a um grupo de terceira idade de um município do Rio Grande do Sul, visando identificar o impacto da atividade física no seu bem-estar biopsicossocial, tendo obtido os seguintes resultados: 220

idosos relataram praticar atividade física, sendo 43 homens e 177 mulheres. Observaram equilíbrio entre os grupos que praticavam atividade física e o grupo que não as praticava, quanto ao nível socioeconômico e cultural. Fatores de riscos cardiovasculares, como tabagismo, consumo alcoólico, diabetes mellitus, angina, dislipidemias e infarto agudo do miocárdio mantiveram-se estáveis entre os dois grupos, mas os idosos do grupo que praticava atividade apresentaram menor frequência de dependência.

Outros autores ressaltam que a atividade física repercute positivamente na qualidade do sono, favorece a realização das atividades diárias e eleva a qualidade de vida do idoso, ampliando os laços de amizade, levando-o a ter mais vontade de viver, a se sentir mais feliz e colabora na manutenção da saúde, controlando as doenças (GIASSI, et al.; 2001).

Ao realizar a coleta de dados, a autora observou que na instituição em que havia um programa de atividade física para os idosos supervisionado pelo fisioterapeuta, os idosos se sentiam mais motivados à prática de exercícios. A atividade que realizavam com maior frequência eram: bicicleta ergométrica, exercícios com pesos para pernas e braços e exercícios de alongamento. Nessa instituição, como já foi abordado anteriormente, todos os idosos que participaram do estudo poderiam praticar alguma atividade, mas não o faziam para não estar junto com os demais, segundo seu relato. Algumas mulheres eram resistentes ao convívio social com os outros residentes.

Na instituição em que não havia fisioterapeuta, alguns idosos eventualmente saíam para caminhar com uma das freiras da casa, em torno do quarteirão, onde se localiza o prédio.

Na instituição em que o fisioterapeuta fazia uma visita semanal, o objetivo desta era a terapêutica, portanto não desenvolvia programas de atividade física com os idosos.

Enfim, verificou-se com maior frequência nas três instituições, que muitos idosos permaneciam sentados em poltronas ou cadeiras, ociosos e alguns tendo o tabaco como passatempo.

Requisito comprometido: Manutenção do equilíbrio entre atividade e repouso.

- **Lazer e recreação**

Dentre os 40 idosos que participaram deste estudo, quatro não desenvolviam nenhum tipo de recreação ou lazer. Um deles referiu, como justificativa, o fato de "não saber fazer nada", outros dois apontaram a dificuldade visual e outro não respondeu sobre o motivo pelo qual nada fazia para ocupar o tempo.

Verificou-se que, entre os idosos que respondiam afirmativamente quanto a realizar atividades de lazer, as atividades apontadas com maior frequência foram os trabalhos domésticos, os trabalhos manuais e a atividade intelectual, como a leitura. Com menor frequência, são relatadas a atividade religiosa, caminhada e passeios, e assistir programas de rádio e televisão.

QUEIROZ e TRINCA (1983), comparando idosos que freqüentavam uma escola aberta e idosos institucionalizados, observaram a ausência de uma programação regular de lazer para os residentes da instituição; os homens ficavam livres para fazer o que desejassem, como trabalhos gerais ou jogos, e as mulheres realizavam trabalhos artesanais. Aos domingos havia brincadeira dançante, e visitas às quintas-feiras e domingos. As autoras destacam que 60% dos idosos institucionalizados referiam não ter incentivo para procurar o lazer, e 50% alegaram não sentir qualquer prazer por meio do lazer; 75% disseram que, tendo tempo livre, costumavam "fazer alguma coisa". Enfim, 70% dos sujeitos buscavam, no lazer, uma fuga para a solidão.

Embora esse aspecto não tenha sido exaustivamente investigado na presente pesquisa, os dados identificados parecem estar de acordo com os achados de QUEIROZ e TRINCA (1983), pois apenas quatro idosas não realizavam nenhuma atividade de lazer, ou não buscavam ocupar seu tempo com alguma atividade, embora as instituições não oferecessem programas de lazer regulares.

Verificou-se também que 12 idosos referiam sentir falta de outra atividade de lazer além das que já realizavam. Um idoso referiu que gostaria de ler, mas que a visão não permitia; dois idosos gostariam de passear, um, de dançar, e um manifestou o desejo de ter seu próprio lar. Outro, ainda, gostaria de ver crianças e outras pessoas na instituição e um

referiu-se a qualquer outra atividade. Quanto a isso, QUEIROZ e TRINCA (1983) observaram que os idosos institucionalizados não tinham a oportunidade de desenvolver atividades que lhes agradavam, e sim aquelas existentes na instituição, com pouca oferta de opções.

Neste estudo, notou-se que os idosos mostram necessidade de trabalhar, ocupando seu tempo; alguns deles se ofereciam para ajudar na cozinha, lavanderia e serviços gerais, e relatavam essas atividades ao responder sobre atividades de lazer e recreação. Sobre esses achados, MONTEIRO et al.; (2001) também salientam a importância que os idosos atribuíam ao trabalho, uma vez que sentiam-se produtivos e o trabalho os ajudava financeiramente, sendo, para esses idosos, a condição financeira, um dos pontos básicos do envelhecer bem. BRÉDAS (1999), ao estudar as relações entre envelhecimento, saúde e trabalho com aposentados não institucionalizados, percebeu através da narrativa dos idosos que, apesar dos desgastes decorrentes do trabalho, eles conseguiram viver e envelhecer satisfatoriamente. Entende-se ser relevante a citação desse estudo, mesmo não tendo envolvido idosos institucionalizados, buscando-se dar destaque à importância do trabalho para o idoso, enquanto que o mercado de trabalho muitas vezes o exclui. Felizmente, diversos países, inclusive o Brasil, estão reformulando suas leis previdenciárias, o que possibilitará ao idoso permanecer por mais tempo no mercado de trabalho, garantindo melhores condições financeiras que permitam acesso a outro tipo de assistência na velhice, talvez, garantindo inclusive que possa permanecer e envelhecer no seu meio, uma vez que é sabido que é freqüente a família ou até mesmo o idoso recorrerem à institucionalização por não ter condições financeiras para oferecer os cuidados necessários.

MONTEIRO et al.; (2001) analisaram, entre alguns idosos, o desempenho de atividades relacionadas com aquelas que realizavam no passado, sem compromisso formal, apesar das limitações existentes. Perceberam que entre as mulheres havia uma preocupação em cuidar do seu ambiente, roupas e em desenvolver trabalhos manuais. Os homens, como não tinham hábito de realizar tais atividades, necessitavam mais de contatos fora da instituição. Tais observações foram constatadas também no presente estudo, pois as mulheres, com algumas exceções, cuidavam do ambiente onde viviam e de suas roupas,

como se aquelas atividades já fizessem parte da sua rotina, evidenciando ações de autocuidado neste aspecto. Observou-se também que algumas idosas realizavam trabalhos manuais, como enxoval para bebês e tapetes, entre outros, que eram levados por uma das idosas a uma entidade espírita que fazia doações. Numa das instituições, as idosas faziam trabalhos manuais durante o ano todo e, ao final desse, a assistente social voluntária que atende na casa organizava uma feira de artesanato, cuja renda era dividida entre as idosas. Os homens, por sua vez, eram menos voltados para essas atividades, sugerindo maior necessidade do contato fora da instituição.

PILOTO et al.; (1998) constataram, em seu estudo em instituições, a inatividade dos idosos e a ausência de propostas terapêuticas que consigam romper com a apatia e a inércia que os abate. Alguns administradores alegam iniciativas de voluntários em promover atividades, mas o desinteresse é uma resposta comum entre eles. A autora desta pesquisa buscou realizar um trabalho voluntário, junto com seus filhos, em uma das instituições estudadas, com o objetivo de proporcionar atividades de lazer para os idosos. Verificou que os homens aceitavam mais facilmente convites para participar de jogos de salão e assistir filmes, mas mesmo assim poucos assistiam a um filme por inteiro, e a maioria abandonava a sala durante a exibição, sugerindo dificuldade em manter-se concentrado por longos períodos. Apenas duas mulheres participaram da sessão de exibição do filme. Outras propostas, como teatro e leitura, foram lançadas sem resultados.

Requisito comprometido: Manutenção do equilíbrio entre solidão e interação social.

- **Motivos da institucionalização**

As situações que motivaram a institucionalização dos participantes deste estudo, segundo referido por eles, foram apresentadas anteriormente, na Tabela 8. Dentre os motivos referidos, destacam-se os problemas de relacionamento, a insegurança em morar sozinho, o desejo de privacidade e de mudança de ambiente.

SILVA (1996), a partir de estudos sobre o convívio de idosos com sua família, afirma que as pessoas que têm um idoso em casa se defrontam, muitas vezes, com problemas que se manifestam em várias circunstâncias, desde as situações de ordem física como dependência do idoso, até o choque de gerações entre idosos e adolescentes e entre idoso e adulto mais jovem. Estas situações colocam o idoso como catalisador de frustrações e agressões dos membros da família. No presente estudo, os idosos referiram dificuldades de convivência com netos, noras e cunhados, sendo os atritos mais freqüentes aqueles entre idoso e neto.

Três idosas relataram sentir-se inseguras em morar sós, justificando a institucionalização. Uma delas revelou que sua casa fora assaltada e logo em seguida providenciara instalação de grades nas janelas e portas. Entretanto, a idosa percebeu que se algo acontecesse com ela dentro da casa, o socorro seria dificultado e decidiu mudar-se para a instituição. A segunda disse que morava com a mãe em um bairro de periferia e após a morte da mãe sentira-se insegura em permanecer só, no bairro considerado área de violência devido ao tráfico de entorpecentes. A terceira, irmã adotiva da primeira idosa, morava só e decidiu mudar-se para a instituição quando sua irmã o fez, e residiam juntas na instituição à época em que este estudo foi realizado.

A idosa que referia o desejo de mudança de ambiente relatou residir anteriormente em zona rural com uma irmã, porém receava que algo lhes acontecesse e que não tivessem socorro, pois moravam a longa distância de um único vizinho. A idosa propôs à irmã que se mudassem para a instituição e, diante da recusa da irmã, mudou-se sozinha.

Outra idosa, que afirmou ter vindo para a instituição em busca de privacidade, alegou que sua filha mudou-se para sua casa com a família, restringindo a liberdade da idosa que decidiu vir para a instituição. Dizia, ainda, que a filha e sua família não tinham outra opção de moradia.

As condições referentes aos problemas de relacionamento e insegurança em morar só comprometem também o requisito de desenvolvimento: Adaptação ao convívio social com novos relacionamentos, enquanto que desejo de mudança de ambiente afeta

também o requisito de desenvolvimento: Adaptação à mudança de residência para ambiente não familiar.

Requisito comprometido: Manutenção do equilíbrio entre solidão e interação social.

- **Sistema neurológico/Comportamento**

Como parte da avaliação do sistema neurológico, observou-se o comportamento dos idosos com relação à pesquisadora e às outras pessoas que viviam com eles, na instituição. Verificou-se que 19 idosos apresentavam-se evasivos, enquanto outros comportamentos, que podem ser interpretados como não desejáveis, foram notados com menor frequência, em um ou dois idosos: reservado, rancoroso, apático, e defensivo.

A afetividade, segundo PORTO (1992), é um dos processos psíquicos essenciais, pois abrange o humor, os sentimentos, as emoções e as paixões. Constitui a essência humana, pois entra em cena, regulando a qualidade e quantidade de energia psíquica, em qualquer ato da pessoa, refletindo profundamente em todo o organismo. As emoções, que são os componentes mais elementares da afetividade, se refletem na postura, expressão facial, maneira de falar, ao mesmo tempo que têm repercussões neurofisiológicas nas glândulas, vísceras e músculos. PORTO (1992) denomina como emoções primárias a alegria, a tristeza, o medo e a cólera. É muito importante reconhecer as condições emocionais do paciente, para que se possam adotar estratégias adequadas a fim de melhorar a relação entre o profissional e o idoso e poder entender a existência de alguns distúrbios orgânicos, com fundo psicossomático.

Com exceção de dois idosos, os demais não apresentaram alterações de comportamento para com a pesquisadora. Alterações da afetividade foram observadas com relação às outras pessoas com as quais o idoso convivia. Dois idosos apresentaram alteração emocional: apatia, um, e outro estava defensivo e desconfiado. A apatia parecia relacionada ao descrédito nos profissionais de saúde, pois o médico da instituição visitava o local, examinava os idosos e, segundo eles, não solucionavam seus problemas. Alunos de graduação desenvolviam atividades acadêmicas na instituição e também não traziam

qualquer mudança mais permanente ou soluções para os problemas de saúde. O idoso que se mostrou defensivo aparentava desconfiar de todos ao seu redor, e alegou que um companheiro de quarto roubara seu dinheiro.

Requisito comprometido: Manutenção do equilíbrio entre solidão e interação social.

- **Relacionamento social**

O relacionamento entre os idosos era definido por eles como bom, embora cinco deles referissem dificuldades de relacionamento, e um referisse mau relacionamento com os demais. Os idosos que referiram dificuldades de relacionamento atribuíram-na ao fato de que existe maledicência entre as pessoas, falta de cultura, e dificuldades de relacionamento com funcionários a quem atribuíram roubo e agressão verbal. Não foram poucas as acusações por parte dos idosos a respeito dos funcionários, trazendo uma questão delicada e de difícil solução, que muitas vezes não é investigada pela administração. A autora observou um comportamento comum por parte daqueles que atendiam aos idosos, com tendência a atribuir as reclamações dos idosos à falta de lucidez dos mesmos.

Requisito comprometido: Manutenção do equilíbrio entre solidão e interação social.

- **Com quem morava antes da institucionalização**

Dos idosos que participaram deste estudo, cinco referiam morar sós antes de mudar-se para a instituição.

CAMARANO (2002) revela que o número de pessoas idosas morando sozinhas tem aumentado consideravelmente. Segundo a autora, isto talvez se deva à universalização da Seguridade Social, melhorias nas condições de saúde e avanços tecnológicos como elevadores, automóveis e meios de comunicação. Para ela, viver só é um estágio temporário do ciclo vital, em que se podem refletir as preferências, pois enquanto vivia com outras pessoas da família, o idoso não podia fazer apenas o que desejava, mas o que é de senso

comum, como acontece com todo ser humano, que vive com outros seres, quando muitas vezes é obrigado a renunciar às suas vontades, pelo bem comum. Por outro lado, a aproximação geográfica nem sempre pode ser traduzida por proximidade entre as pessoas, pois como também assegura SILVA (1996), as pessoas embora estejam convivendo sob o mesmo teto, mal se vêem e não sobra tempo para que possam exercitar o bom e velho hábito, tão salutar na família, que é o de conversar. Dessa forma, o idoso fica ilhado, no seio da família.

CAMARANO (2002) destaca que é entre as mulheres que prevalece o número dos que vivem sozinhos, pois apresentam uma longevidade maior, e entre as separadas, divorciadas e viúvas a possibilidade de um novo casamento é menor, uma vez que os homens tendem a casar-se com mulheres mais novas, nos casos de viuvez ou separação.

Na realidade, apenas uma idosa fora institucionalizada por encontrar-se em estado de apatia e não desejar residir com nenhum dos filhos; os demais que viviam sozinhos não foram para a instituição apenas porque estavam sozinhos, mas porque o declínio funcional ou a insegurança de que algo lhe pudesse ocorrer sem que tivessem a quem pedir socorro os trouxera para a instituição.

Esta condição afeta também o requisito universal: Adaptação ao convívio social com novos relacionamentos.

Requisito comprometido: Manutenção do equilíbrio entre solidão e interação social.

- **Receber e fazer visitas**

Quatro idosos disseram que não recebiam visitas, um nunca recebera visitas na instituição e 17 idosos não deixavam a instituição para fazer visitas.

PILOTO et al.; (1998), ao avaliar as condições dos asilos na cidade do Rio de Janeiro, também observaram que, em muitas instituições, a participação da família foi apontada como pequena. Embora a maioria possuísse família, suas visitas limitavam-se às

datas especiais ou eventos comemorativos. Os autores constataram em outro estudo que os familiares não se interessavam em saber sequer como o idoso era tratado, nem como ele se sentia na instituição. Esta queixa foi expressiva numa instituição, quando o responsável passou a permitir as visitas somente aos domingos, pois se não o fizesse os idosos não receberiam visitas aos domingos. Outro dado curioso obtido por PILOTO et al.; (1998) foi com relação ao idoso sair da instituição para visitar os parentes. Na primeira delas, as normas não permitiam a saída dos idosos, pois consideravam que, ao retornar, os idosos se revoltavam, tinham desavenças com os demais e não queriam seguir as rotinas do local. Na segunda instituição, os idosos podiam sair para visitar seus familiares, mas uma idosa manifestou o mesmo sentimento observado na primeira, relatando a tristeza de retornar e ter que viver somente com pessoas idosas, dizendo-se “deprimida” ao voltar à instituição.

No presente estudo, uma idosa informou que, em 12 anos de residência na instituição, nunca recebera visita de familiar. Dentre os que recebiam visitas, os parentes que mais os visitavam eram irmãs (sete relatos); sobrinhos (seis relatos); filhos e filhas (nove relatos) amigas (três relatos); netos e netas (dois relatos). Quanto à frequência, as visitas eram irregulares, em 13 relatos; uma vez por semana, em oito casos; entre dez e 30 dias, em nove casos e, nos demais, variava de três meses a três anos. Os idosos que alegaram fazer visitas totalizando 23, visitavam irmão ou irmã (oito idosos), filhos (cinco idosos); sobrinhos (três idosos); conhecidos (cinco idosos) neto e prima (um idoso cada). A frequência das visitas variavam entre toda semana até uma vez ao ano.

Requisito comprometido: Prevenção dos perigos à vida humana.

- **Tabagismo e etilismo**

Os idosos que referiram fumar cigarros foram três, entre 8 a 45 cigarros ao dia. Outros três referiram história progressiva de tabagismo, afirmando ter fumado durante dez anos ou mais e abandonado o hábito há pelo menos seis anos.

A prevalência do tabagismo entre os pacientes idosos brasileiros com doenças cardiovasculares estabelecida é de 6% homens e 3% entre as mulheres idosas.

Em uma das instituições estudadas, o tabagismo é estimulado por parte da administração do local, havendo suprimento diário de cigarros para os fumantes. Os não-fumantes passam a ser fumantes passivos, pois os companheiros fumam nos quartos, conforme observado neste estudo. O tabagismo passivo é representado pelo indivíduo que não fuma, mas que se expõe ao fumo por trabalhar ou morar com um fumante. A exposição a longo períodos de tabagismo passivo aumenta o risco de desenvolver doença arterial coronária. O tabagismo passivo constitui um fato preocupante, pois se não for investigado por ignorância da importância deste fator de risco, deixa vulneráveis os indivíduos expostos, sem que sejam tomadas medidas a fim de evitá-lo.

BUKSMAN (2002) acrescenta que o tabagismo provoca comprometimento em diversos sistemas orgânicos, pois, juntamente com a obesidade em mulheres, infarto agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca congestiva e hipertensão arterial, constitui um dos fatores de risco para embolia pulmonar. FREITAS e PIMENTA (2002) afirmam que o tabagismo é o mais importante fator de risco para doenças que pode ser evitado; tem efeitos deletérios sobre a coagulação, o metabolismo dos carboidratos e lipídios, e causa danos no endotélio vascular; o conhecimento de seu efeito específico sobre a saúde da mulher é recente, e revela ação antiestrogênica, antecipando a menopausa em até três anos, aumentando o risco da doença aterosclerótica. Em mulheres fumantes, ficou comprovado que além de diminuir a produção de estrógenos, a metabolização destes no fígado é acelerada. FREITAS e PIMENTA (2002) relatam um estudo realizado com 11.843 homens e mulheres, na faixa etária de 25 a 52 anos, mostrando que mulheres fumantes de mais de 20 cigarros ao dia apresentavam seis vezes mais probabilidade de ter infarto do miocárdio, quando comparadas a mulheres não-fumantes.

Quanto à ingestão de bebida alcoólica, um idoso deste estudo referiu ingerir bebidas destiladas quando tem oportunidade de sair da instituição, admitindo que as consome com moderação, enquanto que funcionários da instituição afirmaram ser ele um dependente químico. Três idosos referiram uso regular de bebida alcoólica no passado, tendo abandonado o hábito há cinco meses ou mais.

O tabagismo e o etilismo estão associados às causas de morte mais importantes na faixa etária acima dos 45 anos, ou seja, neoplasias e doenças cardiovasculares (VERAS, 1987). Estas causas de morte são comuns no Brasil, onde, na década de 60, ultrapassaram os óbitos decorrentes de doenças parasitárias. O tabagismo é apontado como um agente que aumenta o risco de acidente vascular encefálico, tanto na forma isquêmica quanto na hemorrágica dessas doenças cérebro-vasculares. A interrupção do tabagismo reduz o risco ao mesmo nível dos não-fumantes após cinco anos de abandono do hábito. A hemorragia subaracnóidea por ruptura de aneurisma é também freqüente entre os tabagistas.

Quanto ao etilismo, seus adeptos têm risco elevado de acidente vascular encefálico, principalmente hemorrágico, segundo PY (2002). BATLOUNI e FREITAS (2002) revelam que o álcool deprime a contratilidade do miocárdio e pode levar a arritmias cardíacas, além de constituir um fator de risco associado ao infarto agudo do miocárdio.

Requisito comprometido: Prevenção de riscos ao bem-estar humano.

- **Higiene dos cabelos**

Quanto ao hábito de lavagem dos cabelos, a maioria dos idosos os lavavam duas ou uma vez por semana; entretanto, um deles não lavava os cabelos há 20 dias, pois havia sofrido uma queda e por sentir dores na cabeça, não a lavava.

Com relação ao banho, todos os 40 idosos tomavam banho de aspersão e a freqüência era de uma vez ao dia, segundo 26 idosos, e duas vezes ao dia, segundo os demais 14 idosos. Esses relatos trazem à tona a questão das lesões sugestivas de escabiose, observadas em dois idosos, podendo-se indagar quanto à necessidade de orientações quanto à qualidade da higiene, pois sua freqüência parece satisfatória.

Segundo DIOGO (1999), a higiene corporal é um dos indicadores de avaliação da capacidade funcional dos idosos. Este desempenho demonstra o grau de dependência para o autocuidado.

O couro cabeludo pode apresentar com frequência descamação, prurido, oleosidade. As unhas podem estar encravadas, duras, quebradiças e sujas. Numa avaliação física do idoso, deve-se observar a presença de lesões, porque com o envelhecimento, as unhas ficam mais friáveis, quebrando-se mais facilmente e mais expostas à infecções por fungos. É necessário que se avalie o modo e a frequência de corte, bem como as condições do idoso para cortá-las. A pele do idoso é mais frágil e se rompe com facilidade, principalmente quando este encontra-se debilitado. Ao avaliar fisicamente o idoso, deve-se observar a integridade da pele; sua temperatura, fazendo comparações entre várias regiões; a coloração, se está pálida, avermelhada; a textura, se está enrugada, pegajosa ou seca; a presença de lesões como: hematomas, descamações, contusões e prurido (DIOGO et al.; 2000).

A calvície é mais comum nos homens depois da quinta década. Nas mulheres, embora seja rara, pode surgir a partir dessa época, sendo comum redução do cabelo do tipo androgênico. Surgem pêlos supérfluos e mais grossos nas orelhas, sobrancelhas, nariz, especialmente nos homens. Nas mulheres, aparecem pêlos no mento e lábio superior (NASCIMENTO, 2002L).

4.3.2.2- Requisitos de desenvolvimento

O Quadro 5, a seguir, traz os resultados referentes aos requisitos de desenvolvimento identificados como comprometidos, embora não houvesse limitações no dia-a-dia referidas pelo idoso, associadas a eles. Em seqüência, esses dados são discutidos em detalhes.

Quadro 5- Requisitos de desenvolvimento comprometidos: condições/alterações relacionadas, ações de autocuidado e limitações para o autocuidado. Taubaté, 2002.

Requisito afetado	Condição percebida		Comentários ou justificativas
	N	n	
Adaptação à aposentadoria e inatividade		Motivo da institucionalização	
	2	problemas financeiros*	*essa condição afeta também o requisito de desenvolvimento "Perda de status social"
	2	trabalharam na instituição quando jovens e tornaram-se residentes ao envelhecer	
Adaptação à mudança de residência para ambiente não familiar		Motivo da institucionalização*	
	7	problemas de moradia*	*essa condição afeta também o requisito de desenvolvimento "Perda de status social"
	1	desejo de mudança de ambiente †	† essa condição afeta também o requisito universal "Manutenção do equilíbrio entre solidão e interação social"
	1	não se adaptou à cidade	
Adaptação à mudança de estado civil	3	referem sentir falta da presença do companheiro*	* essa condição afeta também o requisito de desenvolvimento "Adaptação às normas e rotinas da instituição"
		Institucionalização devido a:	
Adaptação ao convívio social com novos relacionamentos	10	problemas de relacionamento*	* Essa condição afeta também o requisito universal "Manutenção do equilíbrio entre solidão e interação social"
	3	insegurança em morar só*	
Perda de familiares e amigos	7	morte de familiar ou companheiro	
	1	morte do patrão com quem morava	

Requisito afetado	Condição percebida		Comentários ou justificativas
	N		n
		Com quem morava antes da institucionalização*	
	5	moravam sós	* Essa condição afeta também o requisito universal "Manutenção do equilíbrio entre solidão e interação social"
Adaptações às mudanças orgânicas e funcionais decorrentes da idade	4	Institucionalização devido a declínio funcional	
	3	Aparência física* aparentam idade superior à cronológica	* Essa condição afeta também o requisito de desvio da saúde "Modificação de autoconceito e auto-imagem, aceitando a si mesmo em determinado estado de saúde e como pessoa que necessita de formas específicas de atendimento de saúde"
		Cabeça e pescoço*	
	2	lesão senil	
	1	nevos	
		Tórax	
	11	em tonel	
	1	chato	
	2	cifoescoliose	
	4	Expansão torácica assimétrica	
	26	Pele do tórax:*	
	26	turgor semipastoso	* Essa condição afeta também o requisito de desvio da saúde "Modificação de autoconceito e auto-imagem, aceitando a si mesmo em determinado estado de saúde e como pessoa que necessita de formas específicas de atendimento de saúde"
	5	turgor pastoso	
	1	nevos na pele	

Requisito afetado	Condição percebida		Comentários ou justificativas
	N		n
		Mamas*	
	35	flacidez	
	1	nevus pigmentados	
	1	recusou palpação	
	18	Idade da menopausa*	* Essa condição afeta também o requisito de desvio da saúde
	11	entre 26 e 45 anos	"Modificação de autoconceito e auto-imagem, aceitando a si mesmo em determinado estado de saúde e como pessoa que necessita de formas específicas de atendimento de saúde "
	6	entre 46 e 53 anos	
		não sabem	
		Pele abdome*	
	13	turgor semipastoso	* Essa condição afeta também o requisito de desvio da saúde
	1	turgor pastoso	"Modificação de autoconceito e auto-imagem, aceitando a si mesmo em determinado estado de saúde e como pessoa que necessita de formas específicas de atendimento de saúde "
	1	nevo com 2cm	
		Pele de membros superiores e inferiores*	
	7	lesões senis	* essa condição afeta também o requisito de desvio da saúde
	1	nevus	"Modificação de autoconceito e auto-imagem, aceitando a si mesmo em determinado estado de saúde e como pessoa que necessita de formas específicas de atendimento de saúde "

Requisito afetado	Condição percebida		Comentários ou justificativas
	N		n
Perda de status social	2	Institucionalização devido a problema de moradia*	* essa condição afeta também o requisito de desenvolvimento "adaptação a mudança de residência para ambiente não familiar"
	2	problemas financeiros *†	
			† essa condição afeta também o requisito de desenvolvimento "Adaptação a aposentadoria e inatividade"
Mudanças na saúde e incapacidades		Estado de saúde percebido	
	17	regular	
	4	ruim	

Requisito comprometido: Adaptação à aposentadoria e inatividade.

• Motivos da Institucionalização

A condição financeira desfavorável condicionou a institucionalização de dois idosos, e outros dois atestaram que, tendo sido funcionários da instituição quando jovens, tornaram-se residentes ao envelhecer.

A condição financeira do idoso e de sua família muitas vezes determina a necessidade da institucionalização. RAMOS et al.; (1993) ao realizar o inquérito domiciliar para traçar o perfil do idoso de uma área metropolitana de São Paulo, concluíram que muitas vezes o idoso passa a residir com filhos ou outros parentes por necessidade de arranjos de sobrevivência, como já foi citado na Introdução deste estudo. Os idosos colaboram com suas aposentadorias, que são utilizadas no orçamento da família, em detrimento dos recursos para as suas necessidades de medicamentos e assistência.

Para SILVA (1996), ficar viúvo ou morar sozinho é um acontecimento normal nessa fase da vida. No entanto, no Brasil é praticamente um privilégio do idoso morar só, pois dificilmente uma pessoa idosa permanece sozinha em sua residência. Quando perde o cônjuge ou não tem mais filhos morando consigo, em geral, por não poder assumir as despesas ou até mesmo por limitação física, entre outros motivos, o idoso vê-se obrigado a morar com filhos ou parentes mais próximos. Na casa destes, assume algumas atividades domésticas da família e trabalhos leves. Muitos pesquisadores ao estudarem as relações intergeracionais pensam em alternativas para que não só o idoso tenha melhores condições de vida, mas também sua família.

Quanto aos idosos deste estudo institucionalizados por questões financeiras, um deles veio do Paraguai para trabalhar no Brasil, alojando-se durante anos na residência de um amigo. Quando não mais podia permanecer no local, e por não dispor de recursos financeiros suficientes, ingressou na instituição aos 58 anos de idade; a outra idosa, com 78 anos, passou a residir no emprego ao ficar viúva, pois não conseguia arcar com suas despesas, mas afinal não teve alternativa senão a institucionalização. Duas idosas haviam ingressado na instituição como funcionárias: uma delas, aos 15 anos de idade, para cuidar da capela do local, atualmente tem 75 anos e continua desempenhando a mesmas funções, como residente do local; a outra idosa, com 63 anos, ingressou na instituição aos 20 anos de idade para trabalhar na cozinha, onde ajudava ainda, além de participar das atividades da lavanderia, pendurando e recolhendo as roupas dos varais.

A escassez de recursos financeiros compromete também o requisito de desenvolvimento: Perda do status social.

Requisito comprometido: Adaptação à mudança de residência para ambiente não familiar.

- **Motivo da institucionalização**

Dentre os motivos referidos para ingresso na instituição, houve sete idosos que apontaram os problemas de moradia, um idoso que referiu desejo de mudança de ambiente, e outro que não se adaptara à cidade em que passou a residir.

Foram definidos como problemas de moradia as condições relatadas pelos idosos relacionadas às reformas para ampliação realizadas na casa onde o idoso morava, impondo que este deixasse o cômodo que ocupava e que seria destinado a outro membro da família.

O idoso que se referiu ao desejo de mudança de cidade disse que morava com o filho único e sua família numa cidade litorânea da qual não gostava, decidindo-se pela institucionalização que lhe permitiria morar próximo a outros familiares, residentes numa cidade vizinha, que visita semanalmente, revelando que “às vezes” vai visitar o filho.

O tema desejo de mudança de ambiente foi abordado anteriormente, pois comprometia também o requisito universal: Manutenção do equilíbrio entre solidão e interação social. Os aspectos relacionados aos problemas de moradia comprometem também o requisito de desenvolvimento: Perda do status social.

Requisito comprometido: Adaptação à mudança de estado civil.

• **Companheiro**

Neste estudo, três idosas viúvas referiram sentir falta do companheiro. Estas idosas afirmaram que não sentiam falta da relação sexual, mas sim de estar com o seu companheiro, de conversar, de ter alguém que participasse de sua vida, e de trocar carinhos. Uma idosa de 89 anos, viúva, chorou no momento em que foi questionada se sentia falta do companheiro ou da relação sexual. A idosa fora casada por duas vezes e referiu-se aos dois companheiros com muito carinho.

As observações que as idosas apresentaram reforçam as observações de MONTEIRO (2002), que aponta para o predomínio da afetividade na mulher, enquanto no homem a sexualidade é mais relacionada à prática da relação sexual propriamente dita, conforme citado anteriormente no capítulo sobre a sexualidade.

Esta condição também compromete o requisito de desenvolvimento: Adaptação às normas e rotinas da instituição.

Requisito comprometido: Adaptação ao convívio social com novos relacionamentos.

- **Institucionalização gerando novos relacionamentos**

As condições que comprometiam o requisito Adaptação ao convívio social com novos relacionamentos eram os problemas de relacionamento e a insegurança em morar só, que motivaram a institucionalização de vários sujeitos, segundo seus relatos, e já foram apresentadas e discutidas anteriormente, na abordagem do requisito universal "Manutenção do equilíbrio entre solidão e interação social".

Requisito comprometido: Adaptação ao convívio social com novos relacionamentos.

- **Perda de familiares e amigos**

A morte de familiares motivou a institucionalização de sete idosos, que perderam o familiar ou o companheiro com quem moravam, e uma idosa fora institucionalizada pelo filho do patrão, após a morte deste.

DOLL (2002) refere-se à velhice como uma fase da vida marcada pelas constantes perdas, em múltiplos sentidos, sendo as mais dolorosas e significativas, segundo o autor, referentes às pessoas próximas como parceiros, filhos, parentes e amigos.

A perda do parceiro é muito representativa para o idoso, pois significa a perda da pessoa com quem conviveu ao longo de tantos anos, muitas vezes por mais da metade da vida, considerados anos de cumplicidade, de superação de dificuldades e transposição de diferenças e desigualdades.

Embora esse evento possa ocorrer em todas as fases da vida, é na terceira idade que se faz presente com maior frequência. Segundo DOLL (2002), no Rio Grande do Sul, 43% das pessoas com mais de 60 anos são viúvos. As mulheres estão mais susceptíveis ao risco, uma vez que apresentam expectativa de vida maior que a dos homens e casam-se mais jovens que seus parceiros. Enquanto os homens que se separam ou enviuvam muitas vezes casam-se novamente, tal não ocorre com tanta frequência com as mulheres.

A autora viu-se muito sensibilizada com a história de uma idosa que relatou haver trabalhado durante muitos anos com uma família cujo chefe, patrão da idosa, enviuvou quando os filhos ainda eram pequenos, criando-os com o auxílio da idosa. Segundo esta, um dos filhos do patrão levou-a para a instituição após a morte do pai. Relatou o fato muito emocionada e revelando-se bastante magoada, porque os “meninos”, como se referiu aos filhos do patrão, não lhe faziam uma visita sequer, muito menos se preocupavam com as suas necessidades e saúde.

Requisito comprometido: Perda de familiares e amigos.

- **Com quem morava antes da institucionalização**

Antes de se institucionalizarem, cinco idosos moravam sozinhos. Esta condição foi abordada relacionada ao comprometimento do requisito universal "Adaptação ao convívio social com novos relacionamentos".

Dentre os idosos que residiam sozinhos, a autora entrevistou uma idosa de 83 anos, que havia enviuvado três anos antes. Vivendo em apartamento, decidiu locar um quarto para uma jovem, a fim de ter companhia, mas o relacionamento “não deu certo porque as idéias eram muito diferentes”, segundo a idosa. Ainda, segundo ela, como encontrava-se “em depressão”, seus filhos a convidaram a morar com eles, o que ela não aceitou. Essa idosa revelava-se, na percepção da autora, uma pessoa muito sábia, dizendo que não poderia morar com nenhum deles. Segundo o relato da idosa, ela e seu esposo haviam educado os três filhos tendo que superar suas diferenças pessoais e agora pensava que, embora se relacionasse muito bem com os filhos, noras, genro e netos, surgiriam conflitos se fosse mais uma pessoa vivendo sob o mesmo teto. A idosa encerrou o discurso dizendo que os filhos tinham que construir suas histórias de vida, com acertos e erros, como ela e o marido já haviam feito e sem interferências externas.

Uma outra idosa, de 82 anos, solteira, encontrava-se bastante apática quando a pesquisadora a entrevistou e avaliou. Demonstrava-se magoada com a irmã que a institucionalizou devido a declínio funcional que passou a apresentar, quando anteriormente morava só, em um sobrado. Disse que cuidava da casa, das roupas e alimentação, mas não

dispunha de dinheiro suficiente para pagar uma cuidadora ou uma empregada doméstica que fizesse as demais tarefas domésticas. Mostrava-se inconformada e infeliz por estar na instituição.

Requisito comprometido: Adaptações às mudanças orgânicas e funcionais decorrentes da idade.

- **Institucionalização devido a declínio funcional**

Neste estudo, quatro idosas relataram haver sido institucionalizadas devido à presença de declínio funcional. Embora esse declínio não comprometesse as AVDs, comprometia outras atividades, impossibilitando a permanência do idoso em seu lar. A falta de suporte social, que compreenda o auxílio ao idoso no desempenho de atividades como cozinhar, fazer compras, limpar a casa e manejar o próprio dinheiro, é determinante para ocasionar, muitas vezes, a institucionalização do idoso que, no entanto, é independente no desempenho das AVDs.

Os idosos que, neste estudo, citaram o declínio funcional como fator desencadeante da institucionalização, apesar de capazes de realizar as AVDs, o faziam com alguma dificuldade e seriam incapazes de gerenciar um lar, ou de residir sozinhos. Uma idosa, com 72 anos, morava sozinha quando apresentou um acidente vascular cerebral e tornou-se hemiplégica, necessitando de institucionalização. Outra idosa, com 78 anos, morava com o filho que apresentava distúrbio neurológico e dependia dela. Esta idosa, que era diabética e hipertensa, foi institucionalizada pelos irmãos ao apresentar declínio funcional e, em ocasião posterior à realização deste estudo, fugiu da instituição e faleceu em sua casa. A outra idosa, com 80 anos, foi institucionalizada por um dos filhos do falecido patrão, e sua situação foi mencionada anteriormente. Finalmente, a quarta idosa morava só e não mais conseguia manter-se assim, sendo institucionalizada.

RAMOS (2002) determina que o objetivo principal do sistema de saúde deve ser a manutenção do idoso por mais tempo possível na comunidade, gozando de plena independência. A manutenção da capacidade funcional do idoso vivendo em sua casa significa ter uma equipe multiprofissional, envolvendo médicos, enfermeiros,

fisioterapeutas, psicólogos, terapeutas ocupacionais e assistentes sociais. Uma equipe de saúde na rede pública, que ofereça assistência ao idoso na comunidade, deve ser vista como prioridade. Somente assim o idoso poderá ser mantido por mais tempo, se não independente, administrando suas dependências em seu próprio lar. THORUN et al.; (2001) apontam como causas de institucionalização o despreparo dos familiares em cuidar do idoso com problemas mais complexos, e a ausência de familiares.

Das três instituições envolvidas neste estudo, duas delas têm atualmente, como norma, receber apenas os idosos independentes. Até mesmo as instituições sem fins lucrativos e voltadas para a caridade parecem restringir a entrada dos idosos dependentes, pois os custos para mantê-los são muito grandes e a grande maioria das instituições vivem da filantropia.

Esta condição compromete também o requisito universal: Manutenção do equilíbrio entre a solidão e interação social.

Requisito comprometido: Adaptações às mudanças orgânicas e funcionais decorrentes da idade.

- **Aparência física**

Três idosas aparentavam idade superior à cronológica, neste estudo. Todas elas haviam crescido na zona rural, vindo para a cidade quando jovens. A exposição solar excessiva, comum nas pessoas que residem em zona rural, conduzem ao envelhecimento precoce da pele.

Esta condição afetou o requisito de desvio da saúde: Modificação de autoconceito e auto-imagem, aceitando a si mesmo em determinado estado de saúde e como pessoa que necessita de formas específicas de atendimento de saúde.

NASCIMENTO (2002L) vem corroborar estes dados quando cita a menopausa como responsável por acentuar as alterações do envelhecimento cutâneo, devido à diminuição dos hormônios femininos, contrastando com a síntese dos androgênios.

Requisito comprometido: Adaptações às mudanças orgânicas e funcionais decorrentes da idade.

- **Cabeça, pescoço e tórax**

As alterações de cabeça e pescoço foram identificadas nos idosos sob a forma de lesões senis e de nevos. Quanto ao tórax foram observadas modificações no formato: tórax em tonel, tórax chato e cifoescoliose. Quatro idosos apresentaram assimetria de tórax. O turgor do subcutâneo, no tórax, achava-se semipastoso em 26 idosos e pastoso em cinco idosos, sugerindo, além da alteração característica da idade, hidratação deficiente. Todas as mulheres apresentaram mamas flácidas e uma idosa recusou a palpação. Foi identificado um nevo pigmentado na mama de uma das idosas.

NASCIMENTO (2002L) define os sinais do envelhecimento na cabeça e na face, quando expõe que a frouxidão tecidual é responsável pela flacidez das pálpebras, bochechas e da pele do pescoço, dando um aspecto caído a estas estruturas. Faz-se presente pigmentação acastanhada, difusa e irregular e diminuição da umidade e da gordura. Rugas superficiais e profundas aparecem. Na borda livre, principalmente do lábio inferior, podem surgir principalmente entre a quinta e sexta décadas, lesão pápulo-nodular de coloração vinhosa, denominada lagos sangüíneos. O diâmetro do crânio torna-se aumentado em ambos os sexos, o nariz pronunciado e as orelhas mais alongadas, caracterizando a face do idoso.

As alterações de pele descritas por JARVIS (2000) são variações comuns de hiperpigmentação. Dentre elas, os lentigos solares ou senis, são lesões comumente chamadas manchas do fígado e são pequenas, flácidas e marrons. As áreas, circunscritas, são grupos de melanócitos que aparecem acompanhando excessiva exposição solar. Podem aparecer em várias áreas do corpo, não têm malignidade e não requerem tratamento. Outro tipo de lesão comum na terceira idade são as queratoses seborréicas, que são crostas pigmentadas, que se desenvolvem mais comumente no tronco, mas podem surgir também na face e mãos, bem como em outras áreas, por exposição solar.

A mobilidade e turgor da pele no envelhecimento, segundo JARVIS (2000) e NASCIMENTO (2002L), encontram-se diminuídos, pois a pele perde elasticidade provavelmente devido à diminuição da coesão dermoepidérmica. O comprometimento da microcirculação subcutânea provoca uma fragilidade capilar que justifica a púrpura senil de

Bateman, condição em que pequenos traumatismos causam o aparecimento de manchas purpúricas no dorso das mãos e face e na extensão dos antebraços.

JARVIS (2000) orienta que, ao pinçar uma larga prega de pele na região torácica, abaixo da clavícula, a mobilidade é a facilidade da pele de se levantar e o turgor é o retorno da pele para o local, quando liberada. Este é o reflexo de elasticidade da pele. A autora afirma que a mobilidade encontra-se diminuída em presença de edema e o turgor torna-se pastoso, quando há desidratação ou grande perda de peso, no adulto jovem, mas são freqüentes como característica presente no envelhecimento.

Referindo-se ao idoso, JARVIS (2000) pontua as alterações que ocorrem no tórax, em que as cartilagens costais tornam-se calcificadas, resultando em menor mobilidade do tórax.

O formato do tórax chato, para PORTO (1992), como a própria designação sugere, é caracterizado pelo reduzido diâmetro ântero-posterior, com proeminência das escápulas, porém este formato não tem significado patológico e é comum em pessoas longilíneas. O formato de tórax em tonel corresponde à configuração oposta à anterior, pois é caracterizado pelo amplo diâmetro ântero-posterior, que praticamente se iguala ao transversal. Pode aparecer em idosos, sem qualquer doença pulmonar, mas pode estar associado ao enfisema, em qualquer idade. O tórax cifoescoliótico é o encurvamento posterior da coluna torácica, a cifose, por defeito de postura ou alterações patológicas, associada ao desvio lateral, escoliose, do seguimento torácico da coluna vertebral. Pode ser congênito ou estar associado às alterações relacionadas à cifose. Os abaulamentos e depressões que determinam o aspecto assimétrico ao tórax, podem ser desencadeados por derrames pleurais, aneurisma da aorta, hipertrofia do ventrículo direito, atelectasias ou lesões fibróticas, más-formações e consolidações de fraturas de costelas.

Quanto às mamas, JARVIS (2000) afirma que nas mulheres, depois da menopausa, os ovários secretam menores quantidades de progesterona e estrógenos, causando atrofia do tecido mamário, substituído por tecido conjuntivo fibrótico. A camada de tecido gorduroso também atrofia, começando na meia idade e acentuada por volta da oitava e nona décadas de vida. Estas mudanças diminuem o tamanho e elasticidade das

mamas, que então pendem e caem, flácidas, o que é ainda mais acentuado pela cifose presente na maioria das mulheres idosas.

As alterações de cabeça e pescoço e do tórax, descritas neste estudo, correspondem aos dados descritos pelos autores citados como alterações do envelhecimento. Estas modificações decorrentes do envelhecimento serão novamente abordadas no requisito de desvio da saúde: Modificação de autoconceito e auto-imagem, aceitando a si mesmo em determinado estado de saúde e como pessoa que necessita de formas específicas de atendimento de saúde, ao qual comprometem.

Requisito comprometido: Adaptações às mudanças orgânicas e funcionais decorrentes da idade.

- **Idade da menopausa**

Neste estudo, 18 mulheres relataram ter deixado de menstruar entre os 26 e 45 anos. Destas, quatro foram hysterectomizadas. Outras 11 idosas consideraram a menopausa com idades entre 46 e 53 anos e seis não souberam apontar quando o evento ocorreu.

NASCIMENTO (2002L) afirma que a menopausa, devido ao decréscimo na produção dos hormônios femininos, acentua o envelhecimento cutâneo, o que faz com que a mulher tenha uma aparência mais envelhecida que o homem, com a mesma idade cronológica.

O climatério, segundo BASSIT (2002), é um período de transição entre a fase reprodutiva da mulher e a senescência. Normalmente ocorre entre os 35 e 65 anos de idade. Esta idade cronológica é o único critério de inclusão da mulher no climatério, quando se tem redução dos folículos ovarianos e falência funcional dos ovários, causando a interrupção permanente da menstruação, o que caracteriza a menopausa. Segundo JARVIS (2000) , após a menopausa, os pêlos pubianos vão diminuindo, tornando-se escassos e finos. A pele fica mais fina e o depósito de gordura diminui, fazendo com que o monte pubiano fique menor e o clitóris e os grandes lábios também diminuam de tamanho. Segundo a autora, a menopausa ocorre entre 48 e 51 anos, embora possa acontecer entre 35 e 60 anos.

Dentre as 35 mulheres que participaram do estudo, quatro eram hysterectomizadas e tinham idades de 26, 40, 43 e 47 anos. Dentre as idosas que não se submeteram à hysterectomia, nove relataram a menopausa entre 38 e 40 anos, tendo ocorrido precocemente.

A hysterectomia total é uma condição que compromete também o requisito de modificação de autoconceito e auto-imagem, devido as conseqüências que o procedimento cirurgico radical pode ter gerado na vida daquelas mulheres que necessitaram realizar tal cirurgia. Uma das mulheres tinha 28 anos, quando foi hysterectomizada. Não é comum e não é normal que uma mulher vivencie a menopausa aos 28 anos, idade em que a mulher não entrou no climatério, destacando-se que a interrupção da menstruação pode refletir na velocidade do processo de envelhecimento, tornando-o mais acentuado.

Requisito comprometido: Adaptações às mudanças orgânicas e funcionais decorrentes da idade.

- **Abdome - pele**

As condições alteradas identificadas na pele do abdome foram o turgor semipastoso, em 13 idosos, e o turgor pastoso, em um. Foi observado também um nevo de aproximadamente dois centímetros.

Outras considerações realizadas a respeito das alterações da pele no envelhecimento encontram-se na abordagem sobre higiene dos cabelos e na avaliação de cabeça e pescoço e tórax. Estas condições afetam também o requisito de desvio da saúde: Modificação de autoconceito e auto-imagem, aceitando a si mesmo em determinado estado de saúde e como pessoa que necessita de formas específicas de atendimento de saúde.

Requisito comprometido: Adaptações às mudanças orgânicas e funcionais decorrentes da idade.

- **Pele de membros superiores e inferiores**

No presente estudo, foram observadas lesões senis em sete idosos e nevos em um, nos membros inferiores.

As alterações da pele, no envelhecimento, foram abordadas nos resultados sobre higiene dos cabelos e na avaliação de cabeça e pescoço e tórax. Estas condições afetam também o requisito de desvio da saúde: Modificação de autoconceito e auto-imagem, aceitando a si mesmo em determinado estado de saúde e como pessoa que necessita de formas específicas de atendimento de saúde.

Requisito comprometido: Perda do status social.

- **Institucionalização**

Neste estudo, dois idosos foram institucionalizados devido a problemas de moradia, pois foi imposto a eles desocupar o local em que residiam, que seria atribuído a outro membro da família, quando não lhes restava outra opção senão a instituição; outros dois, devido a problemas financeiros. Estas condições traduzem a perda do papel social resultante não só do envelhecimento, mas também das condições financeiras precárias desses sujeitos. Essas condições foram abordadas anteriormente, pois comprometem os requisitos de desenvolvimento: Adaptação à mudança de residência para ambiente não familiar e Adaptação à aposentadoria e inatividade.

Requisito comprometido: Mudanças na saúde e incapacidades.

- **Estado de saúde**

Quando questionados quanto ao seu estado de saúde atual, três idosos do sexo masculino referiram bom estado de saúde e, dois, saúde regular. Dentre as mulheres, 16 consideravam-se com boa saúde, 15 com saúde regular e quatro acharam que seu estado de saúde era ruim.

Num inquérito realizado com idosos na região metropolitana da cidade de Belo Horizonte, através de amostragem aleatória, 47,2% dos indivíduos relatavam não sentir-se bem quanto à saúde (CHAIWOWICZ, 1997).

CAMARANO (2002) cita pesquisa de dados realizada pelo IBGE em 1998, a respeito da percepção de idosos brasileiros sobre seu estado de saúde, a qual revelou que em torno de 83% dos sujeitos o considerava regular ou bom. Essa proporção tendia a decrescer com o aumento da idade, mas, ainda assim, 75% da população com 80 anos ou mais reportaram estado de saúde regular ou bom. As mulheres referiram um estado de saúde um pouco inferior ao dos homens. Na França foi observado que as mulheres estão mais susceptíveis a deficiências físicas e mentais, pois enquanto 67% dos homens com mais de 60 anos apresentavam boas condições de saúde, 59% das mulheres encontravam-se em condições similares.

PAVARINI (1996) observou que os homens desempenhavam mais atividades sem ajuda do que as mulheres, e que eles apresentavam maior dificuldade em aceitar a dependência, talvez porque as mulheres sejam socialmente encorajadas à passividade.

Embora o comportamento social da mulher tenha sofrido, e ainda esteja sofrendo profundas reformulações, as mulheres que se encontram atualmente na terceira idade foram formadas com outros valores, pois cresciam sob a dependência paterna, casavam-se cedo e passavam a depender do cônjuge. O comportamento queixoso da mulher é acentuado desde os primórdios da história escrita da humanidade, pois Salomão, no livro de Provérbios, já faz referência à mulher queixosa, quando diz: "Melhor é morar no cando do eirado do que junto com a mulher queixosa na mesma casa" e "Melhor é morar numa terra deserta do que com uma mulher queixosa e irada" (PROVÉRBIOS, 21-19).

Em contrapartida, VERAS et al.; (1987) explica a diferença de atitude da mulher diante das doenças e incapacidades como sendo resultado ao maior conhecimento das doenças e argumenta que, por utilizarem mais os serviços de saúde, estão mais atentas ao aparecimento de sintomas. A mulher, segundo os autores, apresenta mais liberdade para expressar seus problemas físicos, o que resulta positivamente em assistência médica precoce, com melhores prognósticos das doenças crônicas, no universo feminino.

No presente estudo, os idosos apresentaram em média 2,1 queixas, como já analisado anteriormente, na abordagem das queixas. Pode-se considerar que o estado de saúde dos idosos era percebido como relativamente satisfatório, diante dos relatos em que

apenas quatro sujeitos consideraram o seu estado de saúde ruim. Considerando a idade dos sujeitos e tendo em vista que a grande maioria eram mulheres, as quais, segundo os autores citados anteriormente, são mais queixosas, há de se pensar que os resultados foram positivos. Também, não pode se deixar de lado o fato de que o idoso pode tornar-se mais resignado frente as condições de doença, atribuindo-as ao envelhecimento e considerando-as como algo normal nesta fase da vida.

4.3.2.3- Requisitos de desvio da saúde

O Quadro 6, a seguir, traz os resultados referentes aos requisitos de desvio da saúde identificados como comprometidos, embora não houvesse limitações no dia-a-dia referidas pelo idoso, associadas a eles. Em seqüência, esses dados são discutidos em detalhes.

Quadro 6- Requisitos de desvio da saúde comprometidos: condições/alterações relacionadas, ações de autocuidado e limitações para o autocuidado. Taubaté, 2002.

Requisito afetado	Condição percebida		Comentários ou justificativas	
	n		n	
1 Buscar e garantir assistência médica apropriada				
2 Estar consciente e levar em conta os efeitos e os resultados das condições e dos estados patológicos	1	ptose palpebral com lacrimejamento		
	2	mucosas conjuntival descorada		
		Cavidade bucal		
		mucosa orogengival		
	1	despapilarização da extremidade da língua		
	1	língua saburrosa leucoplasia		

Requisito afetado	Condição percebida		Comentários ou justificativas	
	n		n	
	1			
	3	cálculos dentários		
		nervos cranianos		
	1	desvio de rima labial		
		articulação temporomandibular		
	2	crepitação		
	1	dor na região temporal		
	1	Tireóide aumentada		
	1	Disfagia		
	1	odinofagia		
	1	dislalia		
	1	engasgo ao falar muito		
		Antecedentes pessoais		
	23	hipertensão		
	15	alergia		
	10	diabetes		
	10	cardiopatias		
	1	câncer		
		Órgãos genitais		
	1	nódulo indolor, fixo, entre as mamas		
	1	nódulo calcificado na mama		
	4	prurido na vulva		
3 Realizar efetivamente as medidas diagnósticas e terapêuticas e reabilitativas				

Requisito afetado	Condição percebida		Comentários ou justificativas	
	n		n	
prescritas				
		Medicamentos		
	6	não usam medicamentos		
	6	usam 1 tipo de medicamento		
	7	usam 2 tipos de medicamento		
	6	usam 3 tipos de medicamento		
	4	usam 4 tipos de medicamento		
	4	usam 5 tipos de medicamento		
	4	usam 6 tipos de medicamento		
	2	usam 7 tipos de medicamento		
	1	usam 8 tipos de medicamento		
	1	deixou de usar medicamento por falta de recursos financeiros		* essa condição afeta também o requisito de desvio da saúde “estar consciente e levar em conta os efeitos desconfortáveis e deletérios das medidas de cuidados prescritos”
	1	adota mecanismo para não esquecer da medicação		
	2	usa medicamentos por conta própria*		
Continuação a prevenção de doenças		Mamas		
	1	nódulo com calcificação		
		Auto-exame de mamas		
	19	não fazem auto-exame	18	falta de conhecimento sobre a necessidade
			1	não realiza por medo
	1	não permitiu o exame		

Requisito afetado	Condição percebida		Comentários ou justificativas	
	n		n	
		Vacinas		
	2	não tomaram vacina antivírus da gripe	2	apresentaram forte gripe logo após a vacinação de 2001
Compensação de incapacidades				
		Postura		
	23	Cifose		
	4	escoliose		
4 Estar consciente e levar em conta os efeitos desconfortáveis e deletérios das medidas de cuidados prescritos				
	2	Efeitos colaterais mal estar gástrico/queimação		
	2	usam medicação por conta própria		
5 Modificação de autoconceito e autoimagem, aceitando a si mesmo em determinado estado de saúde e como pessoa que necessita de formas específicas de atendimento de saúde	3	Aparência física* aparentam idade superior à cronológica		*Essa condição afeta também o requisito de desenvolvimento "Adaptação às mudanças orgânicas e funcionais decorrentes da idade"
		Cabeça e pescoço*		
	2	lesão senil		
	1	nevus		
	5	turgor pastoso		

Requisito afetado	Condição percebida		Comentários ou justificativas	
	n		n	
	26	Pele do tórax:*		
	5	turgor pastoso		
	1	nevus		
		Pele abdome*:		
	1	turgor pastoso		
	1	nevo com 2cm		
		Pele de membros superiores e inferiores*		
	7	lesões senis		
	1	nevus		
		Órgãos genitais		
	4	histerectomizadas		
		Idade da menopausa*		
	18	Entre 26 e 45 anos		

Requisito comprometido: Buscar e garantir assistência médica apropriada e Estar consciente e levar em conta os efeitos e os resultados das condições e dos estados patológicos.

- **Mucosa ocular**

Durante a avaliação foram identificadas a ptose palpebral com lacrimejamento em um idoso, e a mucosa conjuntival descorada, em outro. A ptose palpebral pode ser, na verdade, uma pseudoptose, devida à flacidez dos tecidos (JARVIS, 2000). Quanto à coloração das mucosas, costuma relacionar-se à anemia em diferentes graus, condição que não é incomum na velhice, devido a problemas gástricos ou à alimentação inadequada (JARVIS, 2000).

- **Cavidade bucal e mucosa orogengival**

Ao avaliar a condição bucal dos idosos, a autora percebeu algumas alterações que comprometeram os requisitos acima, sendo elas: despapilarização da extremidade da língua; língua saburrosa leucoplasia; cálculos dentários.

O envelhecimento provoca atrofia de papilas filiformes, conferindo à língua um aspecto liso, devendo-se excluir a possibilidade do paciente estar com anemia, diabetes ou hipovitaminose. Nestes casos, o paciente apresenta língua com aparência lisa, devido a atrofia das papilas filiformes e fungiformes, bem como desconforto local (FIGUEIREDO et al.; 1993).

Traumas de maior intensidade, que atinjam o tecido mucoso podem provocar uma ulceração local ou hiperqueratose, como formação de manchas brancas, conhecidas como leucoplasias. Estas ulcerações e a hiperqueratose são lesões com potencial para transformar-se em lesões malignas (TORRES, 2002).

- **Nervos cranianos**

Dentre os 40 idosos que participaram deste estudo, uma idosa apresentava desvio de rima labial.

As doenças cérebro-vasculares (DCVs) têm elevada prevalência em todo o mundo e se constitui num grave problema de Saúde Pública. No Brasil as DCVs constituem a mais freqüente causa de mortalidade dos estados, exceto em São Paulo. O melhor controle da pressão arterial foi o responsável por este declínio, que aconteceu nos países desenvolvidos e no Brasil, nas Regiões Sul e Sudeste (PY, 2002). Segundo o autor, de acordo com a localização da lesão vascular, os sintomas clínicos se diferenciam.

- **Articulação temporomandibular e alterações de cabeça e pescoço**

Foi detectada a ocorrência de crepitação na articulação temporomandibular (ATM) em dois sujeitos, e um idoso referiu dor na região temporal. Outras alterações de cabeça e pescoço observadas foram: tireóide aumentada, disfagia; odinofagia; dislalia; engasgo ao falar, cada uma delas presente em apenas um sujeito.

As alterações degenerativas dos ossos da maxila e mandíbula e da ATM consistem em todas as modificações relacionadas com o corpo ósseo que faz parte do aparelho estomatognático (PUCCA JÚNIOR, 1999). JARVIS (2000) relaciona a má oclusão dental como conseqüência da perda dos dentes. O estresse da mastigação com má oclusão dos dentes causa problemas futuros como: excessiva reabsorção óssea com posterior ocorrência da perda dos dentes; falta de equilíbrio muscular que resulta em espasmos musculares, deixando doloridos os músculos da mastigação e causando cefaléias crônicas; e o desgaste da ATM, desenvolvendo osteoartrite, dor e incapacidade para abertura completa da boca.

A disfagia é definida por BILTON et al.; (2002) como a síndrome de uma doença de base que venha a comprometer o trânsito do alimento da boca até o estômago, podendo causar transtornos ao idoso como desnutrição, desidratação e aspiração de saliva e alimentos. A queixa de dificuldade de deglutir é muito comum no idoso. Estudos demonstram que até 60% dos idosos que vivem em casas de repouso, podem apresentar disfagia. As causas da síndrome podem ser deficiência mastigatória por falta dos dentes, próteses mal adaptadas, diminuição do volume de saliva, entre outros. A odinofagia citada pelo idoso, neste estudo, estava relacionada à amigdalite que o mesmo apresentava.

PORTO (1992) afirma que a tireóide em pessoas normais pode ser palpável ou impalpável, mas quando se consegue palpá-la suas características normais são: elástica, lisa, indolor, móvel, com a temperatura da pele normal e ausência de frêmito.

- **Antecedentes pessoais**

Como antecedentes pessoais, foram relatados pelos participantes do estudo: hipertensão, por 23 sujeitos; alergias, 15 sujeitos; diabetes e cardiopatias, dez sujeitos; câncer, um sujeito.

SALES et al.; (2001) ao realizarem levantamento com o objetivo de caracterizar pacientes ambulatoriais portadores de incontinência urinária, constataram que as doenças de maior incidência naquela população eram hipertensão arterial, diabetes mellitus e as doenças cardiovasculares. Como fatores predisponentes, os autores encontraram a

obesidade, as osteoartroses e a depressão. MENDES e NOVAKOSKI (2001) observaram que dentre os hábitos nocivos à saúde estavam o tabaco, alcoolismo e sedentarismo. As doenças mais citadas foram as osteoarticulares, cardiovasculares, dermatológicas e o diabetes.

No estudo descrito por CAMARANO (2002), observou-se entre os idosos mais jovens, ou seja, com idades entre 60 a 79 anos, as doenças de coluna, hipertensão e artrite como os problemas de saúde mais frequentemente apontados, e as mulheres revelaram uma maior tendência a desenvolver artrite e reumatismos que os homens.

TOLEDO (2002) ao avaliar as ações e dificuldades para o autocuidado em idosos com afecções onco-hematológicas, constatou outras afecções associadas, com predomínio de hipertensão arterial, osteoporose, diabetes mellitus e afecções visuais.

RODRIGUES et al.; (1995) verificaram que as condições mórbidas mais frequentemente referidas pelas idosas em seu estudo sobre incontinência urinária eram: hipertensão arterial, cardiopatias, labirintite, artrose e osteoporose, catarata, diabetes mellitus e bronquite.

BARRETO-FILHO et al.; (2002) identificaram num período de 25 meses os seguintes diagnósticos, numa população com idade média de 73,8 anos: hipertensão, diabetes, dislipidemia, osteoporose, osteoartrose, insuficiência coronariana, depressão maior, acidente vascular cerebral prévio, insuficiência vascular periférica arterial e venosa e hipotireoidismo.

Embora com algumas diferenças na frequência com que são relatadas, verifica-se bastante coerência nos relatos de doenças por parte dos autores citados e dos resultados encontrados no presente estudo.

A hipertensão arterial é, segundo CADE (2001), uma doença crônico-degenerativa do sistema cardiovascular, cujo controle tem se constituído um desafio para os profissionais de saúde, uma vez que seu tratamento depende da adesão do paciente no sentido de abandonar hábitos nocivos à sua saúde e incorporar outros que tragam benefícios à sua condição clínica.

Sendo o diabetes mellitus uma doença crônica e degenerativa, de ocorrência mundial, torna-se necessária a dedicação da equipe multiprofissional de saúde, a fim de reorientar as ações preventivas e educativas com o diabético (FERNANDES et al.; 2000).

Quanto às cardiopatias, AFFIUNE (2002) concluiu que é difícil caracterizar as alterações cardiovasculares isoladamente, no envelhecimento. Isto se deve ao aumento da prevalência da doença cardiovascular, latente ou declarada e ao estilo de vida sedentário dos idosos.

- **Mamas**

Quanto à avaliação das mamas, observou-se que uma idosa apresentava um nódulo fixo e indolor entre elas; e foi encontrada calcificação nodular em uma das mamas de outra idosa.

Segundo JARVIS (2000), na mulher idosa, a diminuição do tamanho das mamas faz estruturas internas mais proeminentes. Nódulos podem estar presentes por anos e tornar-se inesperadamente palpáveis. Ao redor do mamilo, ductos laciferados são mais palpáveis e sentidos firmes, como se fossem cordas, por causa da fibrose e calcificação.

- **Genitália**

Quando questionados sobre os órgãos genitais, quatro idosas referiram prurido na vulva, embora não referissem qualquer limitação associada, ou ação de autocuidado.

Com relação a este sintoma, FREITAS e PIMENTA (2002) explicam que, em algum momento da menopausa, muitas mulheres desenvolvem problemas vulvovaginais, com secreção vaginal às vezes de odor desagradável, causando prurido, rubor e irritação, podendo ter origem inflamatória. Estas alterações necessitam de esclarecimento diagnóstico e tratamento específico, pois não apresentam resolução espontânea.

Requisito comprometido: Realizar efetivamente as medidas diagnósticas, terapêuticas e reabilitativas prescritas.

- **Medicamentos**

Neste estudo, os idosos em conjunto faziam uso de 120 medicamentos, com 29 tipos diferentes; um idoso fazia uso de oito medicamentos e seis não usavam nenhum tipo de droga, sendo cinco mulheres e um homem. A equipe de enfermagem administrava a medicação a 17 idosos, enquanto outros 17 são responsáveis pela sua medicação. Apenas uma idosa referiu adotar mecanismo para não esquecer-se da medicação e os demais não adotavam nenhum método, mas referiam não esquecer os seus remédios.

No Quadro 8, apêndice 3 estão relacionados os medicamentos ingeridos pelos 40 idosos, de acordo com os sistemas em que atuam.

A população idosa tem como característica a utilização de medicamentos variados simultaneamente (polifarmácia), prescritos pelo médico ou por conta própria e comprados diretamente nos balcões das farmácias, segundo apontam DIOGO et al.; (2000).

Estudos nos Estados Unidos mostram que 68 a 95% das pessoas acima de 65 anos fazem uso de medicamentos e o número médio de medicamentos consumidos varia de 1,4 a 4,3 (LEWIS e HANLON, 1993; WERNER et al.; 1998). Os idosos são muito susceptíveis aos efeitos colaterais e interações medicamentosas, decorrentes do uso de mais de um fármaco (WERNER et al.; 1998). A prescrição de medicamentos para o idoso deve levar em conta além das peculiaridades relacionadas à farmacodinâmica e à farmacocinética, o custo e as dificuldades de adesão ao tratamento. Muitas vezes, a não adesão ocorre devido a déficits de memória, déficits visuais e até mesmo por afecções como osteoartrite, que dificulta a manipulação dos comprimidos e embalagens pelo idoso (CHAIMOWICZ,1997). Há idosos que, mesmo lúcidos e com capacidade cognitiva preservada, não sabem o nome dos medicamentos que usam (DIOGO et al.; 2000).

Os medicamentos freqüentemente são ingeridos por via oral, podendo também ser administrados pela via parenteral, e para os idosos a via oral deve ser a de eleição.

O fármaco, depois de ser deglutido é absorvido no trato gastrointestinal, sendo então distribuído, metabolizado e excretado. Depois de absorvido, parte do medicamento será fixado nas proteínas plasmáticas (albumina, entre outras) e outra parte fica livre no

plasma, chamada fração livre que será responsável pela ação farmacológica da droga. O medicamento passa depois para o fígado, onde será metabolizado, através de ação enzimática e depois eliminado, normalmente por via renal, sob a forma de metabólitos inativos (NASCIMENTO, 2002J). A redução dos níveis séricos de albumina, no envelhecimento, determina uma alteração do transporte das drogas no sangue (JACOB FILHO, 2000).

Num estudo de acompanhamento farmacoterapêutico de idosos numa instituição asilar em Santa Catarina, MENDES et al.; (2001) estudaram a ocorrência de erros na administração e possíveis interações medicamentosas. Segundo este levantamento, realizado com 32 idosos com idade entre 68 e 87 anos, os autores verificaram que a média de medicamentos ingeridos por paciente foi de 4,8 ($\pm 0,4$). Nesta instituição, quatro idosos não faziam uso de medicamentos. Observando a posologia definida e cuidadosamente empregada e os horários de tomada dos medicamentos, verificaram que 11 idosos respeitavam a posologia e 17 cometiam erros; 23,8% tomavam dose diária insuficiente, 28,6% não respeitavam os intervalos entre uma dose e outra, 19,1% usavam dosagem incorreta e 28,6% não cumpriam o horário determinado pelo médico. Em se tratando das interações medicamentosas, havia 88 combinações de medicamentos administrados concomitantemente, e 14,8% apresentaram interações. Dentre elas, a associação de furosemida e digoxina levou a maior ocorrência de grau de severidade maior.

Os idosos, no presente estudo, usavam em média 3,5 medicamentos ao dia, e dois deles referiram automedicação, um ingerindo diariamente analgésicos para minimizar dores no pé, e uma idosa usando amoxicilina para combater uma inflamação gengival, que era uma de suas queixas. Dentre os idosos, seis não faziam uso de medicamentos. Uma idosa referiu que deixou de fazer tratamento para obesidade por não ter condições financeiras para comprar os medicamentos. Aliás, a falta de recursos financeiros foi a justificativa que os idosos apresentaram para a dificuldade em tratar de forma adequada as lesões decorrentes da escabiose. Este dado também foi observado por CADE (2001), quando aplicou a teoria de Orem em seu estudo para avaliar o déficit de autocuidado em mulheres portadoras de hipertensão arterial, em tratamento ambulatorial. CADE (2001)

verificou a não adesão ao tratamento medicamentoso por parte de três mulheres, que atribuíram ao preço do medicamento e ao esquecimento de ingeri-lo.

No presente estudo, uma das instituições fica próxima a uma unidade básica de saúde, sendo observado que os idosos independentes, quando recebiam atendimento médico na instituição que consideravam insatisfatório ou quando não eram atendidos, procuravam a unidade de saúde, onde faziam a consulta e traziam os medicamentos. Esta instituição era mais flexível quanto à permissão para a saída dos idosos, mesmo sozinhos, evidentemente aqueles que a administração da casa considerava em condições para isto. Nas demais instituições a saída do idoso mostrava-se mais difícil, e uma delas, distante do centro da cidade, dificultava ainda mais o acesso dos idosos a serviços de Saúde Pública, tornando-os dependentes de alguém da instituição para levá-los.

Requisito comprometido: prevenção de doenças.

- **Mamas**

Foi relatada a presença de nódulo calcificado na mama esquerda de uma idosa de 82 anos, diagnosticado através de ultra-sonografia, pois não era palpável, porém já se encontrava em tratamento.

As idosas foram questionadas quanto a prática do auto-exame de mamas, e 19 idosas alegaram não realizar o procedimento, das quais 18 referiram falta de conhecimento quanto à necessidade de realizá-lo. Uma idosa não permitiu o exame pela pesquisadora, e justificou-se dizendo que sentia medo de encontrar algum nódulo. Embora a pesquisadora a tivesse orientado quanto à necessidade do procedimento, ela preferiu não fazê-lo.

SILVA et al.; (2000) realizaram um estudo para avaliar o conhecimento e o déficit de autocuidado em estudantes de enfermagem, acerca do auto-exame das mamas e concluíram que o déficit de autocuidado era relacionado à timidez e ao desconhecimento, lembrando-se de que o déficit é o desequilíbrio entre a demanda terapêutica de autocuidado e a capacidade para atendê-la. As autoras ressaltam a importância e a necessidade de realização sistemática do autoexame das mamas, pois a maioria das alterações mamárias são detectadas pela própria paciente.

O câncer de mama, segundo SITTA e JACOB FILHO (2002), é responsável por 30% dos novos casos de cânceres em mulheres nos países desenvolvidos, sendo raro antes dos 25 anos e predominando a incidência após os 50 anos. O local de maior ocorrência é o quadrante superior externo da mama esquerda.

Esta condição afeta também o requisito de desvio da saúde: Estar consciente e levar em conta os efeitos desconfortáveis e deletérios das medidas de cuidados prescritos.

Requisito comprometido: Prevenção de doenças.

- **Vacinas**

O Ministério da Saúde do Brasil tem realizado cobertura de vacinação nas instituições asilares, a fim de proteger os idosos de problemas respiratórios como a gripe, responsável por alta prevalência de óbitos nesta faixa etária. Dados nacionais sugerem que no Brasil 22 mil pessoas morrem anualmente em decorrência da influenza, durante os períodos endêmicos. Os dados de hospitalização por gripe e pneumonia mostram o número de 6,7/1.000 habitantes, elevando-se para 12,5 na população idosa (TONIOLO NETO et al.; 2002).

Os idosos nas três instituições haviam sido vacinados durante campanha de vacinação, no mês de maio de 2002, porém duas idosas recusaram-se a receber a vacina pois alegaram que tiveram uma gripe muito forte, após a vacinação de 2001. Além da vacina antivírus da influenza, os idosos receberam a vacina contra difteria e tétano.

Segundo TONIOLO NETO et al.; (2002), no Brasil foram notificados, em 1992, 1.153 casos de tétano acidental. Nos meses de temperatura mais elevada aumenta a incidência de tétano, possivelmente pelo maior contato com a terra. Embora o número total de casos de tétano venha decrescendo no estado de São Paulo, de 160 casos em 1987, para 72 casos em 1997, o número de casos em pessoas com mais de 65 anos manteve-se constante, representando em média 44% dos casos. A taxa de letalidade neste grupo etário chega a superar 50% dos casos, em alguns anos. Daí a necessidade de proteger os idosos, com a vacina dupla adulto.

SOUZA et al.; (2001) avaliaram a situação de vacinação de 28 idosos atendidos no programa de assistência domiciliar ao idoso (PADI), com questionários aplicados anteriormente à vacinação e após cinco dias, verificando a presença de reações e obtendo dados complementares em visitas domiciliares nos dois meses que se seguiram à vacinação. Constataram que 85,71% dos pacientes tinham vacinação prévia contra influenza e 60,71% contra pneumonia. Após os cinco dias, 80,77% dos pacientes não apresentaram reações e passados dois meses 11,54% dos pacientes vacinados apresentaram pneumonia e 7,69%, gripe. Dos participantes, 50% foram vacinados em seus domicílios, e 78,57% dos pacientes não apresentaram gripe durante o ano em que foram vacinados. Este estudo reforça o valor protetor da vacina, embora também mostre a possibilidade de apresentar a doença, mesmo tendo sido vacinado.

TONIOLO NETO et al.; (2002) corroboram esta afirmativa, quando afirmam que a vacinação com o esquema completo da vacina dupla adulto confere 85% de proteção à difteria e 95% ao tétano. Estudos revisados indicam que a vacinação contra a gripe reduz a incidência de hospitalização por pneumonia de todas as causas e reduz também a incidência de mortes hospitalares por problemas respiratórios de todas as causas. No entanto, podem ocorrer quadros de influenza após a vacinação, como mostrou o estudo de SOUZA et al.; (2001).

Requisito comprometido: Compensação de incapacidades.

- **Postura**

Os idosos foram avaliados quanto à postura que assumiam ao andar, sentar-se e deitar-se, verificando-se que 23 apresentaram cifose e quatro, escoliose.

A cifose é descrita por PORTO (1992) como uma alteração da forma da coluna dorsal com concavidade anterior, conhecida popularmente como corcunda. A causa de maior ocorrência é o vício postural, podendo ser causada também por tuberculose da coluna, osteomielite, origem congênita e neoplasias. O autor define a escoliose como desvio lateral da coluna em qualquer grupo de vértebras, sendo mais freqüente na coluna

lombar ou lombodorsal. A origem das alterações de conformação da coluna vertebral pode ser congênita ou decorrente de distúrbios nas vértebras ou nos músculos paravertebrais.

Requisito comprometido: Estar consciente e levar em conta os efeitos desconfortáveis e deletérios das medidas de cuidados prescritos.

- **Efeitos colaterais de medicamentos**

Apenas dois idosos referiram apresentar efeitos colaterais devido aos medicamentos ingeridos, sendo mal-estar gástrico e pirose, referida como “queimação”.

Os efeitos colaterais, segundo DIAZ (1999), são responsáveis pela grande incidência de não adesão à medicação, pelos idosos. A diminuição das doses ou até mesmo a suspensão da medicação muitas vezes deve ser vista como uma atitude inteligente e necessária, uma ação de autocuidado adotada pelo paciente, pois os efeitos colaterais são tóxicos e idiossincrásicos. Porém, é necessário ficar atento a casos em que o doente associa medicações de forma inadequada, responsabilizando o medicamento por efeitos indevidamente atribuídos a esta, suspendendo o tratamento sem que haja necessidade.

- **Automedicação**

Verificou-se que dois idosos usavam medicamentos por conta própria.

É necessário que se evite a polifarmácia e a autoprescrição, mostrando ao idoso o seu efeito deletério em todos os sentidos, efeitos colaterais, iatrogenias e reações adversas. Os medicamentos comprados sem prescrição médica, especialmente os sedativos, podem causar alterações respiratórias, reduzir a mobilidade funcional e diminuir a energia necessária para realizar movimentos de inspiração profunda e expiração lenta (DIOGO et al.; 2000).

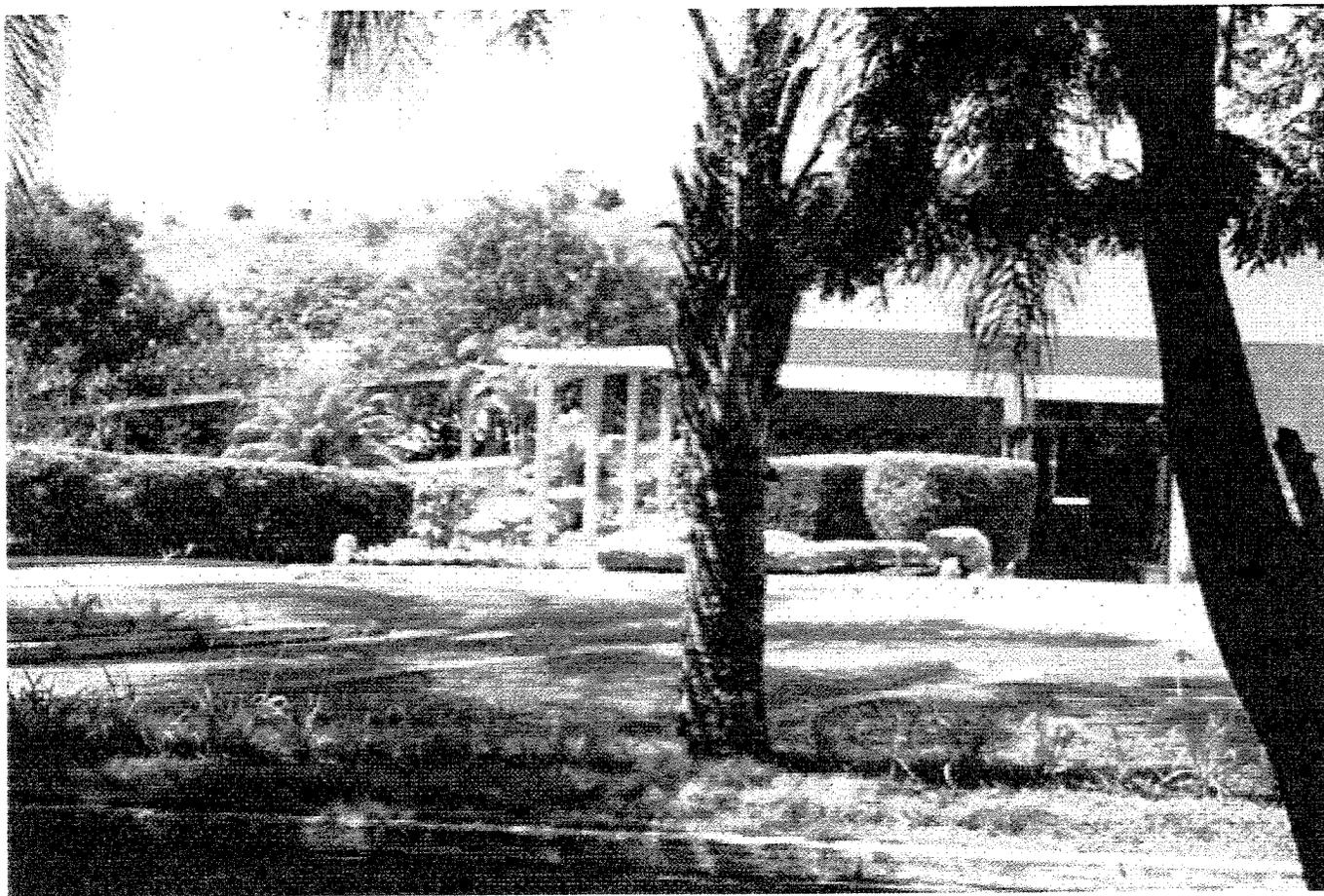
A automedicação é considerada uma medida tão corriqueira no Brasil, que uma idosa, quando solicitada a mostrar os medicamentos que estava usando, trouxe logo uma grande caixa de papelão, onde guardava "todos os medicamentos" que tomava, quando

necessário. Curioso é que fez isso sem o menor constrangimento, como se fosse algo muito natural a todas as pessoas. No momento da entrevista e avaliação física, usava amoxicilina, 250mg uma vez ao dia, para “tratar” uma inflamação de gengiva. Vê-se nesta prática o desconhecimento e mesmo a ingenuidade da pessoa que ingere a medicação, bem como reflete a dificuldade de acesso ao atendimento de saúde, levando o idoso a tentar “resolver o problema” à sua maneira, colocando em risco sua saúde, como foi apontado pelos autores acima.

Requisito comprometido: Modificação de autoconceito e auto-imagem, aceitando a si mesmo em determinado estado de saúde e como pessoa que necessita de formas específicas de atendimento de saúde.

As condições: cabeça e pescoço, aparência, tórax-pele e formato, pele do abdome, pele dos membros superiores e inferiores, órgãos reprodutores, idade da menopausa foram abordadas anteriormente. Tais condições foram locadas para este requisito, pois constituem mudanças ocorridas no corpo que indicam declínio do vigor, sinais transformadores que fazem o ser humano lembrar que o viço da mocidade ficou para trás. A pesquisadora pensa que nem sempre é fácil para alguém que esteja envelhecendo olhar para o seu corpo e ver que a pele já não tem a mesma elasticidade, encontrando-se cheia de vincos e manchas. A menstruação se foi e também as cólicas, se é que isto já não ocorreu mais precocemente ainda devido à retirada do útero, repleto de miomas. Olhar-se no espelho e ver-se calvo, com cabelos e pêlos agora grisalhos ou completamente brancos. Tantas modificações forçam o ser humano a rever os seus conceitos e a sua auto-imagem, como um mecanismo de enfrentamento para continuar se olhando e se amando e querendo viver mais.

É com este pensamento que se encerra esta fase da dissertação.



Instituição C

5- CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo apontam as seguintes conclusões:

- dentre 187 idosos cadastrados nas instituições asilares de Taubaté, SP, 70 idosos (59 mulheres e 11 homens) eram independentes para o desempenho de atividades da vida diária, segundo avaliação realizada por meio do Índice de Independência nas AVDs de KATZ (1963), em avaliação realizada em dezembro de 2001;
- em agosto de 2002, nova avaliação do grau de independência para o desempenho de atividades da vida diária, utilizando-se o mesmo instrumento, mostrou que 10 idosos, dentre os 70 identificados como independentes, apresentaram declínio funcional, passando a ser considerados dependentes;
- os requisitos para o autocuidado que se encontram comprometidos nos idosos considerados independentes foram:
 - Requisitos universais: manutenção de ingestão de ar; manutenção de ingestão suficiente de água/líquidos; manutenção de ingestão suficiente de alimentos; provisão de cuidados associados com processos de eliminação e excrementos; manutenção do equilíbrio entre atividade e repouso; manutenção do equilíbrio entre solidão e interação social; prevenção dos perigos à vida; prevenção dos perigos ao funcionamento do ser humano; prevenção do bem-estar humano; promoção do funcionamento e do desenvolvimento do ser humano nos grupos sociais de acordo com: limitação.
 - Requisitos de desenvolvimento: adaptação à aposentadoria e inatividade; adaptação à mudança de residência para ambiente não familiar; adaptação à mudança de estado civil; adaptação às normas e rotinas da instituição; adaptação ao convívio social com novos relacionamentos; perda de familiares e amigos; adaptações às mudanças orgânicas e funcionais decorrentes da idade; perda de status social; mudanças na saúde e incapacidades.

- Requisitos de desvio da saúde: buscar e garantir assistência médica apropriada; estar consciente e levar em conta os efeitos e os resultados das condições e dos estados patológicos; realizar efetivamente as medidas diagnósticas, terapêuticas e reabilitativas prescritas, incluindo:
 1. prevenção de doenças,
 2. regulação do funcionamento integrado humano,
 3. correção de deformidades ou anormalidades e
 4. compensação de incapacidades;estar consciente e levar em conta os efeitos desconfortáveis e deletérios das medidas de cuidados prescritos; modificação do autoconceito e auto-imagem, aceitando a si mesmo em determinado estado de saúde e como pessoa que necessita de formas específicas de atendimento de saúde.
- as ações para o autocuidado apresentadas pelos idosos independentes foram escassas, considerando-se o número de requisitos comprometidos, destacando-se a busca de tratamento médico e cuidados de enfermagem, e a automedicação;
- as limitações para o autocuidado citadas pelos idosos independentes foram, principalmente: a dificuldade de acesso ao atendimento de saúde; a falta de recursos financeiros, própria e por parte da instituição; as normas e rotinas impostas pela instituição; a falta de motivação; a falta de conhecimento.
- os instrumentos propostos revelaram-se adequados para a identificação dos requisitos de autocuidado comprometidos nos idosos avaliados, bem como apropriados para identificar as ações de autocuidado desenvolvidas pelos mesmos e as limitações ao autocuidado.

Mãe

Júlia Vidal França
81 anos

Nesta data de tantas alegrias
Neste dia tantas emoções
Ofereço esta homenagem
Escritas com letras do coração.

Nosso lar está em festa
Em cada canto há uma flor.
Em cada lábio uma prece
Para a doce heroína do amor.

Minha prezada senhora
Quantas vezes te fiz sorrir
E quantas vezes te fiz chorar.
Em doces momentos vividos
Ao teu lado, neste amor tão amado
Nunca deixei de te amar.

Parabéns querida mamãe
Quero agora te abraçar,
quero beijar o teu rosto
E contemplar teu meigo olhar.

6- CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao iniciar a fase de coletas de dados para esta pesquisa, a autora passou a vivenciar uma nova experiência que, em muitos momentos, foi difícil de trabalhar. A cada relato dos idosos, as histórias de vida eram marcadas por dificuldades, privações, pobreza. Muitos foram os dias em que a pesquisadora voltou para casa extremamente sensibilizada e consternada com a situação daqueles que nunca tiveram vida que se pudesse dizer que tenha sido de boa qualidade. Tantos sacrifícios feitos para garantir a sobrevivência e criar os filhos ou, no caso daqueles que nunca se casaram, não conseguiram comprar uma casinha ou pedaço de chão de que pudessem tomar posse, como sendo seu.

Atualmente, o seu soldo, como resultado de tanto empenho e renúncias é apenas suficiente para garantir a sua existência na instituição. E poderia ser diferente o sentimento de resignação diante da vida que toma conta daquelas pessoas? Convivem com o sofrimento, a angústia e a solidão, que endurece os sentimentos e parece que tudo faz parte da vida. Esta é a forma que a autora encontrou para expor o que nas instituições observou no manejo dos idosos.

Os idosos relataram um número reduzido de limitações, provavelmente não porque as alterações verificadas não lhes causassem dificuldades no dia-a-dia, mas porque tiveram que desenvolver o que a pesquisadora chamou de "mecanismos de sobrevivência". Aceitar como normal que dores e processos patológicos façam parte desta fase da vida e que o "velho" tem que conviver com eles é, na verdade, uma maneira de se conformar, até mesmo porque "não vai ter outro jeito mesmo!" O médico não vai resolver o problema na consulta e, se o idoso conseguir uma avaliação médica, talvez não tenha acesso aos exames e ao tratamento. É assim que eles vêm a sua velhice. Insolúvel. São questões simples, mas parecem problemas cuja complexidade torna difícil de se solucionar.

Um dia, ao ouvir uma idosa que dizia não conseguir "pegar no sono" e que referia não desenvolver nenhuma ação de autocuidado nesse sentido, a pesquisadora sugeriu à idosa que poderia tomar um banho quente e um chá calmante para ajudá-la a dormir mais rápido. A idosa prontamente interveio: como seria possível tomar um banho, se não é permitido fazê-lo à noite e quem iria até à cozinha da instituição preparar-lhe um chá? É possível visualizar pela simplicidade deste exemplo que, às vezes, pequenos ajustes e medidas resolveriam muitas questões que impõem dificuldades aos idosos institucionalizados.

Entretanto, verificou-se, ao analisar os dados obtidos através da entrevista e avaliação física, que nem sempre as dificuldades são impostas por limitações próprias do idoso, mas muitas delas são infundidas pelo lugar onde vive. Não se pretende atribuir culpas às instituições e responsabilizá-las pelo infortúnio dos idosos asilados, mas a atenção que é dada a eles é que é vergonhosa. Basta dizer que, dentre as três instituições onde foi realizada a pesquisa, nenhuma é mantida pelo Estado.

A elaboração deste estudo, como exposto na justificativa, teve o propósito de não ser apenas mais um trabalho sobre o idoso, mas o desejo de contribuir de alguma forma, mesmo que a médio ou longo prazos, para que os idosos institucionalizados tenham mais qualidade de vida, uma vida digna. Mas como poderia influenciar diretamente na vivência do idoso? Levantando questões que sensibilizem e exponham a classe política de maneira que não possam ficar imparciais às realidades vivenciadas pelos idosos neste país.

Quando RAMOS (2002) diz que as políticas de Saúde Pública necessitam estabelecer uma linha de ação prioritária, visando desenvolver uma estrutura de atenção primária, secundária e terciária de saúde ao idoso, o autor traz como reflexão que, se as políticas de saúde direcionadas à população idosa não tomarem um outro rumo, distinto do modelo existente, nada de diferente há de acontecer a não ser um círculo vicioso. Cada vez mais, maior número de pessoas viverão por mais tempo, representando uma demanda que dependerá do sistema de saúde que, por sua vez, não conseguirá prestar a assistência necessária a todos e, desse modo, o idoso maltratado irá demandar mais serviços e recursos. Os recursos são os profissionais de saúde que, segundo RAMOS (2002), devem ser vistos como prioridade para que os idosos mantenham sua capacidade funcionalmente, por mais tempo.

Com relação à assistência de enfermagem na instituição, que envolve as pessoas que estão em contato direto e cuidando do idoso por mais tempo, YOSHITOME (2000) verifica que a política institucional atualmente vigente não está comprometida com a qualidade de assistência de enfermagem prestada ao idoso. Quando se afirma que os órgãos públicos competentes devem ter maior participação na atenção ao idoso, não se tenciona uma ação paternalista, mas a modificação desta, já que, desde que as instituições surgiram no Brasil, foi necessária a boa vontade de muitas almas sensíveis que tomaram o cuidar como um trabalho missionário. Muitas instituições brasileiras, ou a maior parte delas,

sobrevivem ainda à custa da filantropia, contando com a aposentadoria dos idosos, donativos e pequena contribuição por parte do poder executivo municipal. Embora a pensão que os idosos recebem seja pouco diante do custo que eles representam para a instituição, como não recebem a assistência de saúde necessária, é comum ouvi-los dizer que "pegam" todo o seu dinheiro, inclusive o 13º salário e que, além de não receber o atendimento que necessitam, não lhes restam recursos sequer para comprar os medicamentos de que necessitam. Neste estudo, várias foram as vezes que a autora ouviu estas queixas, quando os idosos diziam, ressentidos, que não podiam ficar com o 13º salário.

Manter o idoso com sua independência pelo maior tempo possível é primordial, e já foi exaustivamente discutido e afirmado, inclusive porque muitas instituições asilares não mais recebem os idosos dependentes pelo custo que representam. Assim, o que fará a família com um idoso dependente ao qual ela não consegue dispensar os cuidados necessários? Vê-se, então que a questão de manter o idoso independente não é voltada apenas a evitar que vá para a instituição, mas à garantia de continuar vivendo de forma digna. BORN e BOECHAT (2002) afirmam que não há indícios de que irá diminuir a demanda por institucionalização, e que é necessário pensar essa situação como parte de um plano de atenção ao idoso, garantindo a ele e à sua família padrões adequados de qualidade de atendimento e não a perpetuação do quadro atual, que torna a busca de vaga em uma instituição uma tarefa extremamente conflitante e penosa.

De qualquer forma, estimular o autocuidado do idoso, em casa ou na instituição, é uma via de acesso à melhoria de sua qualidade de vida, pois o interesse em cuidar de si mesmo promoverá sua auto-estima, e a valorização do potencial que ainda possui o fará manter-se independente ou até mesmo trabalhar sua dependência.

Finalmente, ALMEIDA (1996) acredita que uma perspectiva de assistência multidisciplinar, tendo como principal objetivo manter o idoso no seu meio de origem, com autonomia e por mais tempo possível, "dá ênfase ao autocuidado e coloca o confinamento em instituições totais ou de longa permanência como última alternativa de atenção ao idoso".



Instituição A

7- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AFFIUNE, A. Envelhecimento cardiovascular. In: FREITAS, E. V. de.; PY, L.; NERI, A. L.; CANÇADO, F. A. X.; GORZONI, M. L.; ROCHA, S. M. da. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 228-31.

AGBAEWA, M. O.; ONG, A.; WILDEN, B. Empowering long term care facility residents using a resident staff group approach. **Clinical Gerontologist**, 9(3-4):191-201, 1990.

AKHTAR, A. J.; BROE, A. C.; MCLEAN, W. M. R.; ANDREWS, G. R.; CAIRD, F. I. **Disability and dependence in the elderly at home**. Age and ageing. n.2, p. 102-11. 1973.

ALFIERI, R. G. Reabilitação cardiorrespiratória. In: PAPALÉO NETO, M. **Gerontologia**. São Paulo: Atheneu, 1999. p. 355-69.

ALMEIDA, M. H. M. de.; DERNTL, A. M. Autocuidado: uma estratégia de atenção ao idoso em terapia ocupacional. **Gerontologia**, 4(2):79-8,1996.

ALVAREZ, A. M. **Identificação das exigências de autocuidado terapêutico em mulheres idosas e de sua competência para satisfazê-las**. Florianópolis, 1990. (Dissertação - Mestrado - Universidade Federal de Santa Catarina).

ALVAREZ, A. M. **Tendo que cuidar: a vivência do idoso e sua família cuidadora no processo de cuidar e ser cuidado em contexto domiciliar**. Florianópolis: Enfermagem/UFSC, 2001. p. 18-9.

ÂNGELO, M. O contexto familiar. In: DUARTE, Y. A. de. O.; DIOGO, M. J. D'. E. **Atendimento domiciliar**. Um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu, 2000. p. 27-31.

AQUINO, F. T. M. de.; CABRAL, B. D. da. S. O idoso e a família. In: FREITAS, E. V. de.; PY, L.; NERI, A. L.; CANÇADO, F. A. X.; GORZONI, M. L.; ROCHA, S. M. da. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 1056-60.

ARAÚJO, M. P. H. de.; CADORINI, I.; BARBOSA, M. L. J.; CUNHA, V. P. P. da. Avaliação das condições bucais de idosos institucionalizados em Taubaté, portadores de próteses dentárias totais. In: CONGRESSO SUL-BRASILEIRO DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA, 3., 2001, Florianópolis, **Anais...** Florianópolis, 2001, p. 130.

BALTES, M. M. The etiology and maintenance of dependency in the elderly: three phases of operant research. **Behavior Therapy**, 19:301-19, 1988.

BALTES, M. M.; NEUMANN, E. M.; ZANK, S. Maintenance and rehabilitation of independence in old age: na intervention program for staff. **Psycology and aging**, 9(2):179-88, 1994.

BALTES, M. M.; SILVERBERG, S. A dinâmica dependência-autonomia no curso de vida. In: NERI, A. L. (org.) **Psicologia do envelhecimento: temas selecionados numa perspectiva de curso de vida**. Campinas: Papirus. 1995. 276p.

BAQUEIRO, M. B.; OLIVEIRA, C. O ensino da Geriatria e Gerontologia na escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. **Nursing**, 22:17-20, 2000.

BARBOSA, M. L. J. **A situação dos idosos no Vale do Paraíba - análise nas cidades de Taubaté e Guaratinguetá**. São Paulo, 1990. (Tese - Doutorado - Universidade de São Paulo).

BASSINI, P. F. Dimensão espiritual e a terceira idade. In: DUARTE, Y. A. O.; DIOGO, M. J. D'. **Atendimento domiciliar**. Um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu, 2000. 487-98.

BASSIT, A. Z. Menopausa: uma passagem ao poder? ou o início de um combate cultural. In: FREITAS, E. V. de.; PY, L.; NERI, A. L.; CANÇADO, F. A. X.; GORZONI, M. L.; ROCHA, S. M. da. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 965-70.

BARRETO-FILHO, A. C. P.; AMARAL, J. R. G.; MOREIRA, M. M.; BUSSE, A. L.; JACOB FILHO, W. Perfil cognitivo do idoso que procura o geriatra com queixa de perda de memória. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA, 13., 2002, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro, 2001, 60p.

BATLOUNI, M. FREITAS, E. V. de. Insuficiência cardíaca no idoso. In: FREITAS, E. V. de.; PY, L.; NERI, A. L.; CANÇADO, F. A. X.; GORZONI, M. L.; ROCHA, S. M. da. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p.266-81.

BORN, T. Cuidado ao idoso em instituição. In: PAPALÉO NETO, M. **Gerontologia**. São Paulo: Atheneu, 1999. p.403-13.

- BORN, T.; BOECHAT, N. S. A qualidade dos cuidados ao idoso institucionalizado. In: FREITAS, E. V. de.; PY, L.; NERI, A. L.; CANÇADO, F. A. X.; GORZONI, M. L.; ROCHA, S. M. da. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 768-77.
- BOUTIQUE, N. C.; SANTOS, R. de. L. A. dos. Aspectos socioeconômicos do envelhecimento. In: : PAPALÉO NETO, M. **Gerontologia**. São Paulo: Atheneu, 1999. p. 82-91.
- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil, 1988, São Paulo. **Ipê**, 1988. 79p.
- BRASIL. Ministério da Assistência e Previdência Social. Secretaria de Assistência Social. Portaria nº73 de 10 de maio de 2001. Estabelece normas de funcionamento de serviços de atenção ao idoso no Brasil e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, p. 84-174. 14 maio 2001. Seção 1.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria da saúde. Doenças infecciosas. Banco de dados disponível em: <[http://portal web01.saude.gov.br/saude/](http://portal.web01.saude.gov.br/saude/)>. Acesso em 13 nov. 2002.
- BRÊDAS, A. C. P. **Envelhecimento, saúde e trabalho: um estudo com aposentados e aposentadas**. São Paulo, 1999. (Tese - Doutorado - Universidade Federal de São Paulo).
- BRICKNER, P. W. Long-term home health care for the frail aged. In: BRICKNER, P. W. et al. **Geriatric home health care**. New York: Springer, 1997. p. 1-17.
- BRITO, F. C. de.; RAMOS, L. R. Serviços de atenção à Saúde do Idoso. In: PAPALÉO NETO, M. **Gerontologia**. São Paulo: Atheneu, 1999. p. 394-402.
- BUNT, T.J. Revascularization versus amputation for elderly patients. **AORN JOURNAL**, 62(3):433-35, 1995.
- BILTON, T.; VIÚDE, A.; SANCHEZ, E. P. Fonodialogia. In: FREITAS, E. V. de.; PY, L.; NERI, A. L.; CANÇADO, F. A. X.; GORZONI, M. L.; ROCHA, S. M. da. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 820-27.
- BUKSMAN, S. Tromboembolismo venoso. In: FREITAS, E. V. de.; PY, L.; NERI, A. L.; CANÇADO, F. A. X.; GORZONI, M. L.; ROCHA, S. M. da. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 325-37.

CADE, N. V. A teoria do déficit de autocuidado de OREM aplicada em hipertensas. **Rev Latino-am Enfermagem**, 9(3):43-50, 2001.

CAMARANO, A. A. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. In: FREITAS, E. V. de.; PY, L.; NERI, A. L.; CANÇADO, F. A. X.; GORZONI, M. L.; ROCHA, S. M. da. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p.58-71.

CAMPEDELLI, M. C. Consulta de enfermagem em geriatria:tópicos a serem abordados no exame físico – parte II. **Rev Esc Enf USP**, 26(1):33-42, 1992.

CAMPOS, A. **Regimento interno da casas pias de Taubaté**. Taubaté: Sociedade São Vicente de Paulo, 1996. 16p.

CANINEU, P. R.; BASTOS, A. Transtorno cognitivo leve. In: FREITAS, E. V. de.; PY, L.; NERI, A. L.; CANÇADO, F. A. X.; GORZONI, M. L.; ROCHA, S. M. da. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 128-32.

CANÇADO, F. A. X. O envelhecimento humano - uma realidade dos séculos XX e XXI. In: ROCHA, M. O. da. C.; PEDROSO, E. R. P.; SANTOS, A. G. R. **Infectologia geriátrica**. São Paulo: Fundo Editorial BYK, 1997. p. 13-33.

CANÇADO, F. A. X.; HORTA, M. de. L. Envelhecimento cerebral. In: FREITAS, E.V. de.; PY, L.; NERI, A. L.; CANÇADO, F. A. X.; GORZONI, M. L.; ROCHA, S. M. da. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 113-27.

CANTWELL-GAB, K. Identifying chronic peripheral arterial disease. **AJN**, 96(7):40-6, 1996.

CARVALHO FILHO, E. T. de.; HEDAYA, C. B.; KLEIN, E. L.; LIBERMAN, S.; ALENCAR, Y. M. G. de. Comprometimento cardíaco em idosos portadores de diabetes mellitus. **Gerontologia**, 4(2):61-7, 1999.

CARVALHO FILHO, E. T. de. Fisiologia do envelhecimento. In: PAPALÉO NETO, M. **Gerontologia**. São Paulo: Atheneu, 1999. p. 60-69.

- CHAIMOWICZ, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. **Rev Saúde Pública**, 31(2):184-200, 1997.
- CEOLIM, M. F. **Idosas institucionalizadas: organização temporal da vigília e do sono.** São Paulo, 1993. (Dissertação - Mestrado - Universidade de São Paulo).
- CEOLIM, M. F. O sono do idoso. In: PAPALÉO NETO, M. **Gerontologia.** São Paulo: Atheneu, 1999. p. 190-206.
- CEOLIM, M. F. Sono e repouso. In: DUARTE, Y. A. O.; DIOGO, M. J. D'. **Atendimento domiciliar. Um enfoque gerontológico.** São Paulo: Atheneu. 2000. p. 336-47.
- CEOLIM, M.F.; MENNA-BARRETO, L. Sleep/wake cycle and physical activity in healthy elderly people. **Sleep Research Online**, 3(3):87-95, 2000.
- CEOLIM, M. F.; DIOGO, M. J. D'.; CINTRA, F. A. Qualidade do sono de pessoas idosas atendidas no grupo de atenção à saúde do idoso do Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas. **Nursing**, 33:25-9, 2001.
- CEOLIM, M. F.; MENNA-BARRETO, L. Hábito de cochilar e qualidade do sono em um grupo de idosos ativos. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA, 13.; 2002, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro, 2002. 60p.
- DEBERT, G. G. As formas de gestão da velhice e a reprivatização do envelhecimento. In: **A reinvenção da velhice.** São Paulo: Edusp, 1999. p. 11-36.
- DEGENSZAJN, J. Aprendizado e memória. **Consenso de Gerontologia.** In: CONGRESSO PAULISTA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA, 1.; São Paulo, p. 22-4. 1998.
- DIAZ, R. B. Adesão ao tratamento medicamentoso em pacientes idosos. In: PAPALÉO NETO, M. **Gerontologia.** São Paulo: Atheneu, 1999. p. 230-41.
- DIOGO, M. J. D'. O arranjo familiar no cuidado do idoso com amputação de membros inferiores. **Acta Paul Enf**, 10(2):88-97, 1997.
- DIOGO, M. J. D'.; DUARTE, Y. A. O. O envelhecimento e o idoso no ensino de graduação em enfermagem no Brasil: do panorama atual à uma proposta de conteúdo programático. **Rev Esc Enf USP**, 33(4):370-76,1999.

DIOGO, M. J. D'. Consulta de enfermagem em Gerontologia. In: PAPALÉO NETO, M. **Gerontologia**. São Paulo: Atheneu, 1999. p. 209-21.

DIOGO, M. J. D'; PASCHOAL, S. M. P.; CINTRA, F. A. Avaliação global do idoso. In: DUARTE, Y. A. O.; DIOGO, M. J. D'. **Atendimento domiciliar**. Um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu. 2000. p.145-171.

DIOGO, M. J. D'. **Satisfação com a vida e capacidade funcional em idosos com amputação de membros inferiores**. Campinas, 2001. (Livre-Docência - Universidade Estadual de Campinas).

DOLL, J. Luto e viuvez na velhice. In: FREITAS, E. V. de.; PY, L.; NERI, A. L.; CANÇADO, F. A. X.; GORZONI, M. L.; ROCHA, S. M. da. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 999-1012.

DUARTE, Y. A. O; DIOGO, M. J. D'. **Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico**. São Paulo: **Atheneu**, 2000.

DUARTE, A. L. N.; NASCIMENTO, M. de. L. do. Condutas dietéticas. In: PAPALÉO NETO, M. **Gerontologia**. São Paulo: Atheneu, 1999. p. 262-72.

DUPAS, G. Reflexão e síntese acerca do modelo do autocuidado de Orem. **Acta paul Enfermagem**, 7(1):19-26, 1994.

DUTRA, M. M.; BÓS, A. J. G.; JAHN, A. C.; LAMPERT, M. A.; DIAS, J. F.; PEDRO, F. L. Prevalência de fatores de risco à prática de exercício em idosas participantes de grupos de terceira idade e praticantes de atividade física. In: CONGRESSO SUL-BRASILEIRO DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA, 3.; 2001, Florianópolis. **Anais...** Florianópolis, 2001, p. 132.

FARO, A. C. M. e. Eliminações. In: DUARTE, Y. A. O.; DIOGO, M. J. D'. **Atendimento domiciliar**. Um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu. 2000. p. 307-12.

FERNANDES, W. L.; MODESTO FILHO, J.; NÓBREGA, M. M. S. da. Sistematização da assistência de enfermagem ao diabético jovem embasada no autocuidado. **Rev RENE**, Fortaleza, 1(1):76-82, 2000.

FERNANDES, M. das. G. M.; ALMEIDA, C. B. Processo de pensamento alterado em idosos na vivência asilar. *Nursing*: 22-5, 2001.

FERREIRA, M. H. **Idoso institucionalizado: um estudo interpretativo das histórias de vida**. São Paulo, 1999. (Tese - Doutorado - Escola de Enfermagem de São Paulo).

FERRERO, S. H. **Estudo da relação entre as habilidades e as limitações para o autocuidado dos idosos portadores de vasculopatias e a reinternação hospitalar**. Campinas, 2001. (Dissertação - Mestrado - Universidade Estadual de Campinas).

FIGUEIREDO, M. A. Z.; CHERUBINI, K.; YURGEL, L. S.; LORANDI, C. S. Alterações fisiológicas freqüentemente presentes na cavidade bucal do paciente idoso. *Rev OM* 22(4): 33-4, 1993.

FOSTER, P. C.; BENNETT, A. M. Dorothea E. Orem. In: GEORGE, J.B. **Teorias de Enfermagem**. Os fundamentos à prática profissional. São Paulo: Artmed, 2000. p. 83-101.

FREITAS, E. V. de.; PIMENTA, L. Climatério. In: FREITAS, E. V. de.; PY, L.; NERI, A. L.; CANÇADO, F. A. X.; GORZONI, M. L.; ROCHA, S. M. da. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 487-95.

FREITAS, E. V. de.; MIRANDA, R. D.; NERY, M. R. Parâmetros clínicos do envelhecimento e avaliação geriátrica global. In: FREITAS, E. V. de.; PY, L.; NERI, A. L.; CANÇADO, F. A. X.; GORZONI, M. L.; ROCHA, S. M. da. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 609-17.

FREITAS, E. V. de.; GHORAYEB, N.; PEREIRA, J. B. M.; GHORAYEB. Atividade física no idoso. In: FREITAS, E. V. de.; PY, L.; NERI, A. L.; CANÇADO, F. A. X.; GORZONI, M. L.; ROCHA, S. M. da. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002b. p. 857-65.

GIASSI, R. C.; LOPES, M. A.; LOPPONOW, T.; LUZ, C. L.; MACHADO, P. L.; RUPERT, V. A.; SCHLICHTNG, M. A importância da atividade física para os portadores de doenças crônico-degenerativas assistidos na policlínica de referência regional - SUS - Florianópolis. In: CONGRESSO SUL-BRASILEIRO DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA, 3.; 2001, Florianópolis. *Anais...* Florianópolis, 2001, p. 76.

- GLASSMAN, M. H. Housing for the elderly. In: REICHEL, W. **Care of the elderly: clinical aspects of aging**. 4.ed. Maryland: Williams & Wilkins, 1995. p. 514-20.
- GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. 6.ed. São Paulo: Perspectiva, 11-6, 1999. 310p.
- GOLDIM, J. R. Bioética e envelhecimento. In: FREITAS, E. V. de.; PY, L.; NERI, A. L.; CANÇADO, F. A. X.; GORZONI, M. L.; ROCHA, S. M. da. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 85-90.
- GOLDSTEIN, L. L.; SOMMERHALDER, C. Religiosidade, espiritualidade e significado existencial na vida adulta e velhice. In: FREITAS, E. V. de.; PY, L.; NERI, A. L.; CANÇADO, F. A. X.; GORZONI, M. L.; ROCHA, S. M. da. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 950-5.
- GORZONI, M. L.; RUSSO, M. R. Envelhecimento respiratório. In: FREITAS, E. V. de.; PY, L.; NERI, A. L.; CANÇADO, F. A. X.; GORZONI, M. L.; ROCHA, S. M. da. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 340-3.
- GROISMAN, D. Duas abordagens aos asilos de velhos: da Clínica Santa Genoveva à história da institucionalização da velhice. In: DEBERT, G.G.(Org.). **Gênero em gerações. Cadernos pagu(13)**. Núcleo de Estudos de Gênero/UNICAMP, Campinas. 1999. p. 161-90.
- GUIMARÃES, R. M.; CUNHA, M. U. G.de. V.; ÂNGULO, M. S. Avaliação do paciente geriátrico. **Sinais e sintomas em Geriatria**. Rio de Janeiro: 1989. [s.e] p. 7-17 .
- HARTWEG, D. L. **Dorothea Orem: self-care déficit theory**. London: Sage Publications, 1991.
- HOOYMAN, N. R.; KIYAK, H. A. The importance of social supports: family, friends and neighbors. In: HOOYMAN, N. R.; KIYAK, H. A. **Social gerontology a multidisciplinary perspective**. 4.ed. Washington: Allyn and Bacon, 1996. p. 283-321.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA-IBGE. **Censo demográfico do Estado de São Paulo**. Resultados do universo relativos às características da população e dos domicílios. Rio de Janeiro: IBGE, 1991. 21:764 p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA-IBGE. **Censo demográfico**, IBGE, Disponível em:<<http://wwwf.ibge.gov.br/br/home/presidencia/noticias/>> Acesso em: 17/04/02 2000.

JACOB FILHO, W. Envelhecimento e atendimento domiciliário. In: DUARTE, Y. A. O.; DIOGO, M. J. D'. **Atendimento domiciliar**. Um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu, 2000. p. 19-26.

JARVIS, C. **Physical examination and health assessment**. 3.ed. Pennsylvania: Saunders, 2000. 956p.

JONES, K.; FOWLES, A. J. Total institutions. In: ALLOTT, M.; BOBB, M. **Understanding health and social care: na introductory reader**. London: Sage, 1998. p.70-9.

KALACHE, A.; VERAS, R. P.; RAMOS, L. R. O envelhecimento da população mundial. Um desafio novo. **Rev Saúde públ**, 21:200-10, 1987.

KATZ, S.; FORD, A. B.; MOSKOWITZ, R. W.; JACKSON, B. A.; JAFFE, M. W. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial funcion. **JAMA** 185(12):914-19, 1963.

KINA, S. O ensino da estomatogeriatria no Brasil: a experiência de Maringá. **Rev Odontol Univ São Paulo**, 10(1):69-73, 1996.

LEFÈVRE, B. A memória e a aprendizagem na avaliação neuropsicológica. **Consenso Gerontologia**. In: CONGRESSO PAULISTA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA,1., São Paulo, 19-22, 1998.

LEME, L. E. G.; SILVA, P. S. C. P.da. O idoso e a família. In: PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia**. São Paulo: Atheneu, 1999. p. 92-7.

LEWIS, I. K.; HANLON, J.T. Use of medications with potential oral adverse drug reactions in community-dwelling elderly. **Spec Care Dent**, 13:171-6, 1993.

LINDHE, J.; THORKILD, K. A anatomia do periodonto. In: LINDHE, J. **Tratado de periodontia clínica**. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 1992. p.1-41.

- LOPES NETO, D.; NÓBREGA, M. M. L. da. Holismo nos modelos teóricos de enfermagem. Brasília: *Rev Bras Enferm*, 52:(2):233-42, 1999.
- LOESCHE, W. J.; SCHORK, A.; TERPENNING, M. S.; CHEN, Y. M.; DOMINGUEZ, B. L.; GROSSMAN, N. Assessing the relationship between dental disease and coronary heart disease in elderly U.S. veterans. *Jada* 129:301-11, 1998.
- LOUZÃ NETO, M. R.; LOUZÃ, S. P. R.; COHEN, C.; LOUZÃ, F. R. O idoso, as instituições totais e a institucionalização. *Revista Paulista de Hospitais*, 34(7/8/9):135-43, 1986.
- MACIEL, A. de. C.; MELO, M. Constipação intestinal no idoso. *Gerontologia*, 5(1):23-32, 1997.
- MACIEL, A. de. C. Incontinência urinária. In: FREITAS, E. V. de.; PY, L.; NERI, A. L.; CANÇADO, F. A. X.; GORZONI, M. L.; ROCHA, S. M. da. *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 635-44.
- MAGALHÃES, R. Integração, exclusão e solidariedade no debate contemporâneo sobre as políticas sociais. *Cad Saúde Pública*, 17(3):569-79, 2001.
- MÂNICA, A. A.; FLORES, G.; EHLERS, R.; LEITE, A. L.; NASCIMENTO, D. R.; CRUZ, I. da. Auto-relato de atividade física e o perfil global de saúde de idosos socialmente ativos pertencentes à comunidade de Gravataí-RS. In: CONGRESSO SUL-BRASILEIRO DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA, 3., 2001, Florianópolis. *Anais...* Florianópolis, 2001, p. 99.
- MARROCHI, L. C. R.; GORZONI, M. L.; PASSOS-JÚNIOR, V. In: FREITAS, E. V. de.; PY, L.; NERI, A. L.; CANÇADO, F. A. X.; GORZONI, M. L.; ROCHA, S. M. da. *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 399-405.
- MARUCCI, M. de. F. N. *Avaliação das dietas oferecidas em instituições para idosos, localizadas no município de São Paulo*. São Paulo, 1985. (Dissertação de Mestrado - Universidade de São Paulo).

- MARUCCI, M. de. F. N. Alimentação e hidratação: cuidados específicos e sua relação com o contexto familiar. In: DUARTE, Y. A. O.; DIOGO, M. J. D'. **Atendimento domiciliar. Um enfoque gerontológico.** São Paulo: Atheneu, 2000. p. 223-35.
- MELLO, A. L. S. F.; PADILHA, D. M. P.; RODRIGUES, G. S.; BENNETT, G. Casas geriátricas e negligência odontológica em Porto Alegre, Brasil. In: CONGRESSO SUL-BRASILEIRO DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA, 3., 2001, Florianópolis, **Anais...** Florianópolis, 2001, p. 165.
- MELLO JÚNIOR, A. **Asilo de mendigos de Taubaté.** 2.ed. Taubaté: Prefeitura municipal de Taubaté, 2002. 240 p.
- MENDES, B. G.; SOPRANA, H. Z.; CRESCIMANI, K. S.; BERWIG, E. Acompanhamento farmacoterapêutico ao lar dos velinhos de Zulma - São José/SC. In: CONGRESSO SUL-BRASILEIRO DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA, 3., 2001, Florianópolis. **Anais...** Florianópolis, 2001, p. 139.
- MENDES, M.; NOVAKOSKI, L. E. R. O cuidado com os pés do senescente: um processo em construção. In: CONGRESSO SUL-BRASILEIRO DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA, 3., 2001, Florianópolis. **Anais...** Florianópolis, 2001, p. 128.
- MERRICK, B.; YESNER, J. Competence. In: REICHEL, W. **Care of the elderly: clinical aspects of aging.** 4.ed. Maryland: Williams & Wilkins, 4.ed. 1995. p. 509-13.
- MIRANDA, R. D. Doença vascular periférica no idoso. In: FREITAS, E. V. de.; PY, L.; NERI, A. L.; CANÇADO, F. A. X.; GORZONI, M. L.; ROCHA, S. M. da. **Tratado de geriatria e gerontologia.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 316-23.
- MONTEIRO, E. M. L. M.; SILVA, F. M. C. da.; HENRIQUES, M. E. R. de. M.; BATISTA, P. S. de. S. Vivenciando o envelhecimento: percepção do idoso institucionalizado. *Nursing* 4(38):20-4, 2001.
- MONTEIRO, D. da. M. R. Afetividade, intimidade e sexualidade no envelhecimento. In: FREITAS, E. V. de.; PY, L.; NERI, A. L.; CANÇADO, F. A. X.; GORZONI, M. L.; ROCHA, S. M. da. **Tratado de geriatria e gerontologia.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 943-49.

- MONTEIRO, E. M. L. M.; NÓBREGA, M. M. L. da.; LIMA, L. S.de. Autocuidado e o adulto portador de asma: sistematização da assistência de enfermagem. **REBEn** 55(2): 134-39, 2002.
- NAJAS, M.; PEREIRA, F. A. I. In: FREITAS, E. V. de.; PY, L.; NERI, A. L.; CANÇADO, F. A. X.; GORZONI, M. L.; ROCHA, S. M. da. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 838-44.
- NAKAMURA, A. N.; BELLO, K. M. de. Á. da. S. Avaliando e cuidando de aspectos relacionados com a alimentação. In: DUARTE, Y. A. O.; DIOGO, M. J. D'. **Atendimento domiciliar**. Um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu. 2000. p. 337-47.
- NASCIMENTO, J. S. F. Farmacologia e terapêutica na velhice. In: FREITAS, E. V. de.; PY, L.; NERI, A. L.; CANÇADO, F. A. X.; GORZONI, M. L.; ROCHA, S. M. da. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002a. p.618-23.
- NASCIMENTO, L. V. do. Envelhecimento cutâneo. In: FREITAS, E. V. de.; PY, L.; NERI, A. L.; CANÇADO, F. A. X.; GORZONI, M. L.; ROCHA, S. M. da. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002b. p. 708-11.
- NASRI, F. Diabetes mellitus no idoso. In: FREITAS, E. V. de.; PY, L.; NERI, A. L.; CANÇADO, F. A. X.; GORZONI, M. L.; ROCHA, S. M. da. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 496-501.
- NERI, A. L. Falando do adulto. In: MANDOLI, M.C.(coord.). **Viver adulto e enfermagem**. Brasília: Rumos. 1994. p. 32-48.
- NERI, A. L.(org.) Psicologia do envelhecimento: uma área emergente. In: NERI, A. L. **Psicologia do envelhecimento**. Campinas: Papyrus, 1995. p.13-40.
- NERI, A. L.(org.) O fruto dá sementes: processos de amadurecimento e envelhecimento. In: NERI, A. L. **Maturidade e velhice**. São Paulo: Papyrus, 2001. p. 11-52.
- OREM, D. E. **Nursing: concepts of practice**. 4.ed. St. Louis: Mosby-Year Book, 1991. 385 p.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Aplicación de la epidemiología al estudio de los ancianos: informe de un grupo científico de la OMS.** Ginebra: OMC, 1984. (Série de Informes Técnicos, 706).

PAIXÃO JÚNIOR, HECKMANN, M. Distúrbios da postura, marcha e quedas. In: FREITAS, E. V. de.; PY, L.; NERI, A. L.; CANÇADO, F. A. X.; GORZONI, M. L.; ROCHA, S. M. da. **Tratado de geriatria e gerontologia.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 625-34.

PANDO-MORENO, M. BELTRÁN, C. A.; ALDRETE, M. E. A.; ROAF, P. L. M.; ESTRADA, J. G. S. Prevalencia de los trastornos del sueño en el adulto mayor. **Cad Saúde Pública**, 17(1):63-9, 2001.

PASCHOAL, S. M. P. Epidemiologia do envelhecimento. In: PAPALÉO NETO, M. **Gerontologia.** São Paulo: Atheneu, 1999a. p. 26-43.

PASCHOAL, S. M. P. Autonomia e Independência. In: PAPALÉO NETO, M. **Gerontologia.** São Paulo: Atheneu, 1999b. p. 313-26.

PAULA, J. A. M.; TAVARES, M. C. G. C. F.; DIOGO, M. J. D. Avaliação funcional em gerontologia. **Gerontologia**, 6(2):81-8, 1998.

PAULA, J. A. M.; DIOGO, M. J. D.; TAVARES, M. C. G. C. F. Mobilidade do idoso: proposta para uma avaliação inicial. **Medicina de Reabilitação**, 52:7-12, 2000.

PAVARINI, S. C. I. **Dependência comportamental na velhice.** Uma análise do cuidado prestado ao idoso institucionalizado. Campinas, 1996. (Tese - Doutorado - Universidade Estadual de Campinas).

PAVARINI, S. C. I.; NERI, A. L. Compreendendo dependência, independência e Autonomia no contexto domiciliar: conceitos, atitudes e comportamentos. In: DUARTE, Y. A. de. O; DIOGO, M. J. D'. **Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico.** São Paulo: Atheneu, 2000. p.145-71.

PEARSON, A.; VAUGHAN, B.; FITZGERALD, M. The self-care model for nursing. In: PEARSON, A.; VAUGHAN, B.; FITZGERALD, M. **Nursing models for practice.** 2.ed. Oxford: Butterworth-Heinemann, 1996.

- PEIXOTO, M. R. B. Divergências e convergências entre um modelo de assistência de enfermagem a pacientes diabéticos e a teoria de autocuidado de Orem. **Rev Esc Enf USP**, 30(1):1-13, 1996.
- PEREIRA JÚNIOR, A.; PINHEIRO, E.; BONISSONI, C. M. C. Relação entre a força muscular respiratória e atividade física em idosos da cidade de Itajaí. In: CONGRESSO SUL-BRASILEIRO DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA, 3., 2001, Florianópolis. **Anais...** Florianópolis, 2001, p. 59.
- PEREIRA, S. R. M.; MENDONÇA, L. M. C. de. Osteoporose e osteomalacia. In: FREITAS, E. V. de.; PY, L.; NERI, A. L.; CANÇADO, F. A. X.; GORZONI, M. L.; ROCHA, S. M. da. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 515-31.
- PEREZ, E. A. Enfermería gerontologica: conceptos para la practica. Washington DC: **Organizacion Panamericana de la Salud**, 1993, (série PALTEX para executores de programas de salud nº 31).
- PERRACINI, M. R. Planejamento e adaptação do ambiente para pessoas idosas. In: FREITAS, E. V. de.; PY, L.; NERI, A. L.; CANÇADO, F. A. X.; GORZONI, M. L.; ROCHA, S. M. da. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p.798-806.
- PILOTO, A. A.; NUNES, A. T. G. L.; ASSIS, M.; FRIAS, S. R. O asilo na cidade do Rio de Janeiro. **Gerontologia**, 6(1):7-12, 1998.
- PORTO, C. C. **Exame clínico**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1992, 497p.
- PROVÉRBIOS, In: **Bíblia jovem**. 2.ed. São Paulo:Ed.Vida, 2001, 21-19, p. 1023.
- PUCCA JÚNIOR, G. A. Saúde bucal do idoso: aspectos sociais e preventivos. In: PAPALÉO NETO, M. **Gerontologia**. São Paulo: Atheneu, 1999. p.297-310.
- PY, M. Doenças cérebro-vasculares. . In: FREITAS, E. V. de.; PY, L.; NERI, A. L.; CANÇADO, F. A. X.; GORZONI, M. L.; ROCHA, S. M. da. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 176-88.

QUEIROZ, J. B. de.; TRINCA, S. de. F. Influência do lazer sobre pessoas da terceira idade. **Rev Bras Enf**, 36:95-106, 1983.

QUEIROZ, Z. P. V. de. Assistência social ao idoso no Brasil: o trabalho dos conselhos estaduais. **Gerontologia**, 1(2): 78-80, 1993.

QUINTERO, O. M. El autocuidado. In: **Organizacion Panamericana de la Salud**, La atención de los ancianos: un desafio para los años noventa. Washington DC: 1994. p. 352-56. (publicación científica nº 546).

RAMOS, L. R.; VERAS, R. P.; KALACHE, A. Envelhecimento populacional: uma realidade brasileira. **Rev Saúde públ**, 21(3):211-24, 1987.

RAMOS, L. R. Family support for the elderly in são Paulo, Brazil. In: HASHIMOTO, A.; COPPARD, L. (eds.) **Family support for the elderly: the international experience**. New York: Oxford University Press, 1992. p. 224-32.

RAMOS, L. R.; ROSA, T. E. da. C.; OLIVEIRA, Z. M.; MEDINA, C. G.; SANTOS, F. R. G. Perfil do idoso em área metropolitana na região sudeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. **Rev Saúde públ**, São Paulo, 27(2):87-94, 1993.

RAMOS, L. R. Os fármacos e o idoso. In: GORZONLI, L. M.; TONIOLO, J. N. **Terapêutica clínica do idoso**. São Paulo: Sarvier, 1995. p. 3-4.

RAMOS, L. R. Epidemiologia do envelhecimento. In: FREITAS, E. V. de.; PY, L.; NERI, A. L.; CANÇADO, F. A. X.; GORZONI, M. L.; ROCHA, S. M. da. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p.72-8.

READER'S, D.B. (Ed). Enciclopédia ilustrada do conhecimento essencial. Rio de Janeiro: **Reader's digest**, 1998. p.269.

REMOR, A.; BRITO, I. S. de.; PETERS, R. V.; SANTOS, E. K. A. dos. A teoria do autocuidado e sua aplicabilidade nos sistema de alojamento conjunto. **Rev Bras Enf**, 39(2/3):6-11, 1986.

RIGONI, R. de. Q.; CASTRO, O. P. de.; KROEFF, L. R. A sexualidade nos idosos. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA, 13., 2002, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro, 2002. 60p.

- RODRIGUES, R. A. P.; MENDES, M. M. R. Enfermagem geronto-geriátrica: uma proposta curricular. *Rev Paulista de Enf*, 12(2):78-81, 1993.
- RODRIGUES, R. A. P.; MARQUES, S.; OLIVEIRA, C. C. L. de.; MENDES, R. T.; ROCHA, J. N.; NOGUEIRA, J. L. Prevalência da incontinência urinária na mulher idosa. *Gerontologia*, 3(4):175-9, 1995.
- ROSENBAUM, J. G. In: FERRI, F. F. **Practical guide to the care of the medical patient**. 2.ed. St. Louis: Mosby, 1991. p.16.
- ROSSI, E.; SADER, C. S. Envelhecimento do sistema osteoarticular. In: FREITAS, E. V. de.; PY, L.; NERI, A. L.; CANÇADO, F. A. X.; GORZONI, M. L.; ROCHA, S. M. da. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, p. 508-14.
- SÁ, L. A. da S. Longevidade em Arabutã, SC. *Gerontologia*. 7(3):140-3, 1999.
- SAD, I. Revisão de vida, autoconhecimento e auto-aceitação: tarefas da maturidade. In: NERI, A. L. **Maturidade e velhice**. São Paulo: Papyrus, 2001. p. 53-69.
- SALES, A. S.; TRIGO, R. R.; RIANI, F. C. C.; TAKATAMA, G.; GUARNIERI, A. P.; TONIOLO NETO, J.; RAMOS, L. R. Caracterização do número de pacientes com diagnóstico de incontinência urinária atendidos no ambulatório de geriatria e gerontologia durante o ano de 2000. In: CONGRESSO SUL-BRASILEIRO DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA, 3., 2001, Florianópolis. *Anais...* Florianópolis, 2001, p. 139.
- SANTOS, L. L. C. Ações de enfermagem e sua importância segundo o enfermeiro e o paciente geriátrico. São Paulo: *Rev Esc Enf USP*, 16(1):37-52, 1982.
- SAVONITTI, B. H. R. de. A. **Qualidade de vida de idosos institucionalizados**. São Paulo, 2000. (Dissertação - Mestrado - Universidade de São Paulo).
- SCHARFSTEIN, E. A. A identidade na velhice mediada pela ação do discurso. In: FREITAS, E. V. de.; PY, L.; NERI, A. L.; CANÇADO, F. A. X.; GORZONI, M. L.; ROCHA, S. M. da. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 936-41.
- SELIGMAN, M. E. **Helplessness: on depression, development and death**. San Francisco: Freeman, 1975.

- SENGER, J. Avaliação da queixa de insônia em pacientes de ambulatório de geriatria. In: CONGRESSO SUL-BRASILEIRO DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA, 3., 2001, Florianópolis. *Anais...* Florianópolis, 2001, p. 46.
- SILVA, E. B. N e. A relação familiar e o idoso. *Gerontologia*, 4(2): 75-8, 1996.
- SILVA, R. M. da.; RODRIGUES, D. P.; GURGEL, A. H.; FARIAS, L. M. Auto-exame das mamas em mulheres jovens e a relação com o autocuidado. *Rev RENE* 1(1)9-13, 2000.
- SIMÕES, R. *Corporiedade e terceira idade*. 2.ed. Piracicaba: Unimep, p. 13-57, 1994.
- SITTA, M. do. C.; JACOB FILHO, W. Doenças ginecológicas e sexualmente Transmissíveis. In: FREITAS, E. V. de.; PY, L.; NERI, A. L.; CANÇADO, F. A. X.; GORZONI, M. L.; ROCHA, S. M. da. *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 474-7.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA. Funcionamento de casas destinadas ao atendimento de idosos. *Gerontologia* 1(3):125-27, 1993.
- SOUZA, A. F.; PERNAMBUCO, A. C. A.; LEMOS, N. D.; KAGEYAMA, R. M.; BELLINAZZI, V. R.; PONTES, J. R.; BRANDÃO, M. C. M.; RAMOS, L. R. Imunização do idoso inserido no programa de assistência domiciliar ao idoso. PADI. In: CONGRESSO SUL-BRASILEIRO DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA, 3., 2001, Florianópolis. *Anais...* Florianópolis, 2001, p. 130.
- SPECTOR, W. D. Functional disability scales. In: SPILKER, B.; eds. *Quality of life assessments in clinical trials*. New York: Raven Press, 1990. p. 115-29.
- STEELE, J. G.; WALLS, A. W. G.; AYATOLLAHI, S. M. T.; MURRAY, J. J. Major clinical findings from a dental survey of elderly people in three different English communities. *British dental journal*, 180(1):17-23, 1996.
- STEFANELLI, M. C.; ARANTES, E. C.; FUKUDA, I. M. K. Aceitação, empatia e envolvimento emocional no relacionamento enfermeira-paciente. *Rev Esc Enf USP*, 16(3):243-53, 1982.
- TASHIRO, M. T. O.; SOUZA, M. F. de.; OLIVEIRA, S. D.de. Autocuidado no tratamento pelo método de Ilizarov-um estudo de caso. *Rev Bras Enferm*, 48(1):46-50, 1995.

- THEILADE, J. Placa dental e cálculo dental in: LINDHE, J. **Tratado de Periodontologia clínica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2.ed. 1992. p. 58-82.
- THORUN, I. M. R.; MENEZES, A. L.; MARINO, M. A.; SANTOS, A. G. R.; MORAES, E. N. Prevalência de dependência funcional, déficit cognitivo e distúrbios psíquicos em idosos de uma instituição asilar. In: CONGRESSO SUL-BRASILEIRO DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA, 3., 2001, Florianópolis. **Anais**: Florianópolis, 2001, p. 64.
- TOLEDO, E. H. R. de. **Ações e dificuldades para o autocuidado em idosos com afecções onco-hematológicas**. Campinas, 2002. (Dissertação - Mestrado - Universidade Estadual de Campinas).
- TONIOLO NETO, J.; FRANÇA, J. D. L.; HALKER, E. Vacinas. In: FREITAS, E. V. de.; PY, L.; NERI, A. L.; CANÇADO, F. A. X.; GORZONI, M. L.; ROCHA, S. M. da. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, p. 560-8.
- TORRES, G. de V.; DAVIM, R. M. B.; NÓBREGA, M. M. L. da. Aplicação do processo de enfermagem baseado na teoria de OREM: estudo de caso com uma adolescente grávida. Ribeirão Preto: **Rev latino-am enfermagem**, 7(2):47-53, 1999.
- TORRES, S. V. de. S. Saúde bucal: alterações fisiológicas e patológicas do envelhecimento. In: FREITAS, E. V. de.; PY, L.; NERI, A. L.; CANÇADO, F. A. X.; GORZONI, M. L.; ROCHA, S. M. da. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p.828-37.
- VERAS, R. P.; RAMOS, L. R.; KALACHE, A. Crescimento da população idosa no Brasil: transformações e conseqüências na sociedade. **Rev Saúde públ**, 21(3):225-33, 1987.
- VERAS, R. P. A vida mais longa no mundo: determinantes demográficos. In: Veras R, P. **País jovem com cabelos brancos**. A saúde do idoso no Brasil. Rio de Janeiro: Relume Dumará-UERJ, 1994, p.23.
- WENGSTRÖM, Y.; HÄGGMARK, H. S.; FORSBERG, C. Effects of a nursing intervention on subjective distress, side effects and quality of life of breast cancer patients receiving curative radiation therapy. **Acta oncologica**, 38(6):763-70, 1999.
- WERNER, C. W.; SAUNDERS, M. J.; PAUNOVICH, E.; YEH, CHIH-KO. Odontologia Geriátrica. Lins. **Rev Fac Odontol de Lins**, 11(1):62-70, 1998.

YOSHITOME, A.Y. **Avaliação da qualidade da estrutura de instituições asilares de uma região da cidade de São Paulo.** 2000. (Dissertação - Mestrado - Universidade Federal de São Paulo).

ZELIR, L.; MENDES, M.; MIZIACK, M.; PERASSI, R. Reflexão e abordagens: sexualidade do idoso. In: CONGRESSO SUL-BRASILEIRO DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA, 3., 2001, Florianópolis. **Anais...** Florianópolis, 2001, p. 66.

ZERBINI, C. A. F. Osteoporose. **Jovem médico**, 2:89-94, 1998.



Instituição C

8- ANEXOS

Carta de informação à Instituição

Taubaté, ___ de _____ de 2001

Ilmo(a). Sr.(a)

Solicito a permissão de V.S.^a para a realização de pesquisa para dissertação de mestrado, intitulada “Análise dos déficits de autocuidado dos idosos independentes residentes nas instituições de Taubaté”.

O estudo tem os seguintes objetivos: identificar o grau de dependência para as atividades de vida diária de pessoas com 60 anos ou mais de idade, que residem em instituições da cidade de Taubaté; com os idosos independentes, dentro do grupo citado, identificar os déficits de autocuidado, registrados num modelo de Entrevista e Avaliação Física.

Todas as avaliações serão realizadas pela autora do estudo. Os dias e horários serão determinados por V.S.^a, para não interferir na rotina da instituição.

Todas as dúvidas relacionadas à pesquisa serão prontamente esclarecidas e os idosos poderão não participar, ou deixar de participar da pesquisa a qualquer tempo, sem nenhum prejuízo ou sanção. Não haverá ônus financeiro para V.S.^a ou para os participantes da pesquisa.

Será mantido o sigilo e o caráter confidencial das informações, de forma a manter no anonimato os participantes da pesquisa.

Certa de poder contar com sua colaboração, aproveito para antecipadamente agradecer e me colocar à disposição para maiores esclarecimentos pelo telefone 12 xx 221 7714. Quaisquer dúvidas também podem ser esclarecidas por V.S.^a com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP pelo telefone 19 xx 3788 8936.

Atenciosamente,

Maria Odete Pereira Hidalgo de Araújo

Pesquisadora

Ilmo(a) Sr(a) _____

Diretor(a) da Instituição _____

Termo de Consentimento da instituição

De acordo com a leitura da carta de informações, a exposição dos objetivos do estudo e as explicações da pesquisadora, a instituição que represento concorda em participar da pesquisa intitulada “Análise dos déficits de autocuidado dos idosos independentes residentes nas instituições de Taubaté”.

Nome da instituição: _____

Representante legal da instituição: _____

Data: _____

Assinatura do(a) representante legal: _____

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

~~"Análise dos déficits de autocuidado dos idosos independentes residentes nas instituições de Taubaté".~~ Maria Odete Pereira Hidalgo de Araújo – Pesquisadora

Nome do idoso: _____

Data de Nascimento (ou idade): _____ RG: _____

Instituição: _____ Data: _____

Ilmo(a). Senhor(a),

Solicito a permissão de V.S.^a para a realização de uma pesquisa para dissertação de mestrado, intitulada “ Análise dos déficits de autocuidado dos idosos independentes residentes nas instituições de Taubaté”.

O estudo tem os seguintes objetivos: identificar o grau de dependência para as atividades de vida diária das pessoas com 60 anos ou mais de idade, que moram em instituições da cidade de Taubaté; levantar as dificuldades para o autocuidado das pessoas que são independentes, registrados num modelo de entrevista e avaliação física.

Todas as avaliações serão realizadas pela autora do estudo. Os dias e horários serão marcados com antecedência, para não interferir na rotina do(a) Sr(a) e da instituição.

Todas as dúvidas sobre a pesquisa serão prontamente esclarecidas e o(a) senhor(a) poderá não participar, ou deixar de participar da pesquisa a qualquer tempo, sem nenhum prejuízo. A pesquisa não trará nenhum gasto financeiro para o(a) senhor(a). Será mantido o sigilo e o caráter confidencial das informações, de forma a manter no anonimato a identidade dos participantes da pesquisa.

Certa de poder contar com sua colaboração, aproveito para antecipadamente agradecer e me colocar à disposição para maiores esclarecimentos pelo telefone 12 xx 221 7714. Se tiver quaisquer dúvidas, o(a) senhor(a) também poderá telefonar para o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, no telefone: 19 xx 3788 8936.

Atenciosamente,

Maria Odete Pereira Hidalgo de Araújo

Pesquisadora

Assinatura do(a) participante: _____

Avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa



INSTITUTO DE CIÊNCIAS MÉDICAS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

☒ Caixa Postal 6111
13083-970 Campinas, SP
☎ (0 19) 3788-8936
fax (0 19) 3788-8925

☐ cep@head.fcm.unicamp.br

CEP, 13/11/01
(Grupo III)

PARECER PROJETO: Nº 294/2001

I-IDENTIFICAÇÃO:

PROJETO: "ANÁLISE DOS DÉFICITS DE AUTOCUIDADO DOS IDOSOS INDEPENDENTES RESIDENTES NAS INSTITUIÇÕES DE TAUBATÉ"
PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Maria Odete Pereira Hidalgo de Araújo
INSTITUIÇÃO: Departamento de Enfermagem/FCM/UNICAMP
APRESENTAÇÃO AO CEP: 30/10/2001

II - OBJETIVOS

A pesquisa tem por objetivos caracterizar os indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos e residentes nas instituições asilares de Taubaté, SP, segundo o grau de dependência para as Atividades de Vida Diária (AVDs) e identificar possíveis dificuldades para o autocuidado por parte dos idosos classificados como independentes segundo avaliação anteriormente mencionada.

III - SUMÁRIO

O projeto refere-se a uma pesquisa do tipo exploratório/descritivo, com a busca de dados que subsidiem a realização da dissertação de mestrado. Os sujeitos da pesquisa são idosos institucionalizados em abrigos na cidade de Taubaté, com a idade de 60 anos e com grau de autonomia avançada para o exercício do autocuidado. Segundo a pesquisadora, a justificativa para a pesquisa é relativo ao mapeamento do perfil de dois idosos institucionalizados e a verificação do grau de dependência deles, a fim de desenvolver orientações para que possam viver com maior autonomia e qualidade. O projeto está subsidiado em estudos teóricos nacionais e internacionais.

A investigação junto aos sujeitos de pesquisa é feita com questionários e descrições. Os dados serão conseguidos por observação, avaliação física do idoso e questionário/entrevista com os idosos. Consta de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para as instituições e para os idosos que responderão a pesquisa. As instituições já entregaram resposta que aceitam participar do projeto.

IV - COMENTÁRIOS DOS RELATORES

O projeto de pesquisa acima referido está organizado atendendo as determinações das Resoluções CONEP 196/96 e 251/97, no que se refere aos subsídios teóricos e metodológicos e também na forma de inclusão/exclusão dos sujeitos de pesquisa. As premissas de beneficência e não malificência aos sujeitos foram respeitadas. A pesquisadora ressaltou ter conhecimento das Resoluções citadas e construiu o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido baseado nelas.

Pelo exposto, somos de Parecer favorável à realização do projeto.

V - PARECER DO CEP

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, após acatar os pareceres dos membros-relatores previamente designados para o presente caso e atendendo todos os dispositivos das Resoluções 196/96 e 251/97, bem como ter aprovado o Termo do Consentimento Livre e Esclarecido, assim como todos os anexos incluídos na Pesquisa, resolve aprovar sem restrições o Protocolo de Pesquisa supracitado.

VI - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 – Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).

Pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.1.z), exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade do regime oferecido a um dos grupos de pesquisa (Item V.3.).

O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4.). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

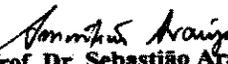
Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projeto do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, Item III.2.e)

Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, de acordo com os prazos estabelecidos na Resolução CNS-MS 196/96.

Atenção: Projetos de Grupo I serão encaminhados à CONEP e só poderão ser iniciados após Parecer aprovatório desta.

VII - DATA DA REUNIÃO

Homologado na XI Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 13 de novembro de 200


Prof. Dr. Sebastião Araújo
PRESIDENTE do COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
FCM / UNICAMP

ÍNDICE DE KATZ

Código de identificação: _____ Data: _____ Local: _____

Idade: _____ Sexo: _____

Avaliação do idoso

Banhar-se (de esponja, na banheira ou no chuveiro):

- Toma banho completamente sem assistência.
- Recebe assistência para lavar apenas uma parte do corpo, como: pernas ou costas.
- Recebe assistência para lavar mais que uma parte do corpo.

Vestir-se (retirar roupas do armário e do cabide, inclusive roupas de baixo e sobretudo; lidar com fechos e cintos e calçar sapatos):

- Apanha as roupas e veste-se completamente sem assistência.
- Apanha as roupas e veste-se sem assistência, exceto no amarrar os cordões dos sapatos.
- Recebe assistência para arrumar as roupas e vestir-se ou permanece parcial ou completamente sem roupa.

Usar sanitário (ir ao sanitário para as eliminações, limpar-se após as eliminações e arrumar as vestes):

- Vai ao sanitário, limpa-se 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)
- Recebe assistência para ir ao sanitário, no limpar-se e arrumar as vestes após as eliminações ou no uso de comadre/papagaio à noite.
- Não consegue usar o sanitário para a eliminações.

Deitar e levantar da cama e sentar e levantar da cadeira:

- Sobe e desce da cama assim como senta-se e levanta-se da cadeira sem assistência (pode estar usando objeto auxiliar com bengala, andador).
- Sobe e desce da cama assim como senta-se e levanta-se da cadeira com assistência.
- Não sai da cama, acamado completamente.

Continência das eliminações:

- Tem controle completo das eliminações urinária e intestinal.
- Tem ocasionais "acidentes".
- A assistência ajuda a manter o controle da micção (dos que usam cateter ou que são incontinentes).

Alimenta-se:

- Alimenta-se sem assistência.
- Alimenta-se por si, exceto para cortar a carne e passar manteiga no pão.
- Recebe assistência para alimentar-se.
- Recebe alimentação por gavagem ou por via enteral.

Índice de independência nas atividades de vida diária

O índice do grau de independência nas atividades da vida diária se baseia numa avaliação da independência ou dependência funcional dos pacientes para banhar-se, vestir-se, usar o sanitário, mobilizar-se, ser continente e comer sem ajuda. As definições de independência e dependência funcionais aparecem na abaixo do índice.

- A - Independente para comer, ser continente, mobilizar-se, usar o sanitário, vestir-se e banhar-se.
 - B - Independente para realizar todas estas funções, exceto uma.
 - C - Independente para realizar todas as funções, exceto banhar-se e outra função mais.
 - ~~D - Independente para realizar todas as funções, exceto para banhar-se, vestir-se e outra função mais.~~
 - E - Independente para realizar todas as funções, exceto banhar-se, vestir-se, usar o sanitário.
 - F - Independente para realizar todas as funções, exceto banhar-se, vestir-se, usar o sanitário, mobilizar-se e outra função mais.
 - G - Dependente para realizar as seis funções.
- Outro - Dependente para realizar pelo menos duas funções, mas não pode ser classificado em C, D, E e F.

Independência significa que a função se cumpre sem supervisão, direção ou ajuda pessoal ativa, exceto a que se indica em cada caso. Se baseia na situação real e não na capacidade. Quando um paciente se nega a cumprir uma função, se considera que não realiza essa função, quando se estima que está capacidade para fazê-lo.

Banho (esponja, ducha ou banheira)

Independente: necessita de ajuda apenas para lavar uma parte do corpo (como o dorso ou uma extremidade incapacitada) ou lava por si só todo o corpo.

Dependente: necessita de assistência para lavar mais que uma parte do corpo; assistência para entrar e sair da banheira ou não se banha sozinho

Vestir-se:

Independente: retira as peças de vestir do armário e cabides, inclusive roupas de baixo e sobretudo; veste-se sem auxílio, lida com fechos, cintos e botões e calça sapatos; o ato de amarrar os cordões dos sapatos está excluído.

Dependente: não se veste sozinho ou permanece parcialmente despido.

Mobilidade

Independente: deita-se e levanta-se sem auxílio e senta e se levanta da cadeira sem ajuda (usa ou não aparelhos ortopédicos para sustentar-se).

Dependente: necessita de ajuda para deitar-se e levantar-se da cama ou para sentar-se e levantar-se da cadeira; não pode efetuar um ou mais desses movimentos.

Continência

Independente: Tem controle total da micção e da defecação.

Dependente: incontinência parcial ou total da micção ou defecação; controle parcial ou total mediante enemas, cateteres, ou o uso regular de papagaios ou comadres.

Uso do Sanitário

Independente: Vai para o banheiro sem ajuda; pode sentar-se e levantar-se do vaso; limpa-se e veste-se; pode usar papagaio ou comadre, durante a noite e usa ou não objetos auxiliares (como bengala, andador ou cadeira de rodas) para sustentar-se.

Dependente: usa comadre ou papagaio ou recebe assistência para usar o banheiro

Comer

Independente: pega a comida do prato ou objeto equivalente e a leva à boca (excluem-se cortar a carne e a preparação prévia de alimentos como passar manteiga no pão)

Dependente: necessita de ajuda para comer; não ingere nenhum alimento ou recebe o alimento por via parenteral.

Ficha de Entrevista

Código de identificação: _____ Data: _____ Local: _____

Dados de Identificação:

Iniciais do entrevistado: _____ Sexo: Masc. Fem. Cor: _____Data de Nascimento: // ou idade:

Estado civil: _____ há quanto tempo: _____

Escolaridade (quantos anos estudou e até que nível): _____

Naturalidade: _____ Procedência: _____

Composição familiar atual: _____

Diagnóstico médico (ou H.D.): _____

Institucionalização:

Data de admissão na instituição: //

Com quem residia anteriormente ao seu ingresso na instituição asilar? _____

O quê determinou a sua vinda para a instituição? _____

Gostaria de falar sobre sua vida na instituição? não sim

História de Saúde:

Como está sua saúde atualmente? _____

O que está causando mais desconforto? _____

Quando surgiram estas queixas? _____

O que fez quando percebeu estes sintomas (queixas)? _____

Fatores de alívio: _____

Fatores de piora: _____

Uso de medicação: não sim

Nome	Dosagem	Frequência	Finalidade do uso	Quem receitou

Adotou alguma forma para lembrar de tomar os medicamentos?

 Não Sim Não sei

Em caso afirmativo, qual?

Os medicamentos apresentam efeitos colaterais?

 Não Sim Não sei

Em caso afirmativo, qual (is)? _____

Se tem, o(a) Sr(a) deixa de tomar os medicamentos por causa deles?

 Não Sim Não sei

O(A) Sr(a) tem percebido mudanças na memória?

 Não Sim

Quais são estas mudanças? _____

FEZ OU FAZ ALGUMA COISA PARA ESTE PROBLEMA? NÃO SIM

O QUE FEZ OU FAZ? _____

Nos últimos cinco anos apresentou algum tipo de problema de saúde?

Não Sim Não sei

Em caso afirmativo, qual(is) problema(s)?

Queda	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não sei
Diabetes	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não sei
Hipertensão (pressão alta)	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não sei
Constipação	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não sei
AVC (derrame)	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não sei
Infarto do miocárdio	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não sei
Reumatismo	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não sei
Dificuldade de visão	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não sei
Dificuldade de audição	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não sei
Outros	Não	Sim	Não sei

Em caso afirmativo, quais: _____

Antecedentes: Pessoais P familiares F não sabe N

Diabetes mellitus: Hipertensão arterial: Câncer:

Doença de Chagas: Crise convulsiva: Cardiopatia:

Alergias: Tipo: _____

Estresse: Fatores relacionados: _____

Tomou vacinas nos últimos anos? Não Não sabe Sim

Quais? _____

Quando? _____

Realizou algum tipo de exame para avaliação da saúde? Não Não sabe Sim

Se afirmativo: Quais? _____

Há quanto tempo? _____

Consumo de cigarros: nega sim Cigarros /dia: _____ Há quanto tempo: _____

Se deixou de fumar: Há quanto tempo? _____ Durante quanto tempo fumou? _____

Cigarros/ dia: _____

Consumo de álcool: nega sim Tipo de bebida : _____ Frequência: _____

Se deixou de beber : Há quanto tempo? _____ Durante quanto tempo bebeu? _____

Frequência: _____ O que faz quando fica doente? _____

Padrões Individuais:

Exercícios e atividade física:

Costuma fazer exercícios físicos? não sim

Há quanto tempo? _____

Tipo: _____ Frequência: _____ Duração: _____

Hábitos de higiene:

Cavidade oral (tipo e frequência): _____

Banho (frequência e tipo): _____

Lavagem de cabelos (frequência): _____

Sono e repouso:

A que horas costuma dormir? _____ A que horas costuma acordar? _____

Costuma cochilar durante o dia? não sim horário _____

Apresenta algum problema para:

“pegar no sono”: não sim Qual? _____

manter o sono: não sim Qual? _____

Em geral, sente-se repousado após uma noite de sono? não sim Por quê? _____

Apresenta algum outro problema em relação ao sono? (especificar) _____

FEZ OU FAZ AZ ALGUMA COISA PARA ESTE PROBLEMA? NÃO SIM

O QUE FEZ OU FAZ? _____

À noite conta com a companhia de alguém para dormir? não sim Quem? _____

Tem companheiro de outro sexo? não sim

~~Houve mudanças ultimamente no relacionamento sexual? não sim~~

Como? _____

Espiritualidade:

Tem alguma religião ou crença religiosa? não sim Qual? _____

É praticante? não sim

Recreação / lazer:

Tem alguma atividade de lazer? ou Tem alguma atividade para se divertir ou “passar o tempo”?

não Por quê? _____

sim O quê? _____

SENTE FALTA DE REALIZAR ALGUMA ATIVIDADE FÍSICA OU DE LAZER?

NÃO POR QUÊ? _____

SIM O QUÊ? _____

Como é o seu relacionamento com as pessoas com que mora? _____

Faz visitas? não sim A quem e com que frequência? _____

Recebe visitas? não sim De quem e com que frequência? _____

Alimentação e hidratação

Recordatório alimentar de 24 horas

desjejum: _____

almoço: _____

jantar: _____

lanches (especificar quais): _____

Discriminar:

construtores: _____

energéticos _____

reguladores: _____

calorias vazias: _____

Líquidos:

água chá sucos naturais refrigerantes

QUANTIDADE: GRANDE PEQUENA

QUANDO? DURANTE AS REFEIÇÕES FORA DAS REFEIÇÕES AMBOS

ESPECIFIQUE O TIPO DE LIQUIDO: _____

Código de identificação: _____ **Data:** _____ **Local:** _____

Condições gerais:

Medidas antropométricas: Altura: _____ m. Peso: _____ Kg. IMC: _____
 Perda ou ganho de peso não intencional: perda ganho Quanto: _____ Kg.
 Em quanto tempo: _____ Razão atribuída: _____

FAZ OU FEZ ALGUMA COISA PARA ESTE PROBLEMA? NÃO SIM
 O QUE FEZ OU FAZ? _____

Aparência: A aparência física corresponde à idade?

Sim

Não

aparenta: mais idade do que tem cronologicamente
 menos idade que tem cronologicamente

Sistema Neurológico e Estado Mental

Nível de orientação:

Lúcido

Confuso

Desorientação:

Tempo

Espaço

Pessoa

Fala:

Clara e bem articulada:

Apresenta distúrbios: disartria disfonia
 afasia

Outros estados confusionais (alucinação, ilusão, delírio, desorganização, fobias...) Descreva: _____

FEZ OU FAZ ALGUMA COISA PARA ESTE PROBLEMA? NÃO SIM
 O QUE FEZ OU FAZ? _____

Comportamento e atividade da psicomotricidade:

Tranquilo

Retorce as mãos

Tiques

Agressivo

Gestos

Impulsivo

Anda a esmo

Inquieto

Agitado

Atitude frente ao examinador:

Cooperativo

Evasivo

Apático

Atento

Defensivo

Hostil

Estressado

Rancoroso

Brincalhão

Franco

Reservado

Expressa desejo de ajuda?

Sim Não

Outras observações: _____

Pupilas

Normais Discóricas
 Mióticas Isocóricas
 Midriáticas Anisocóricas: D > E E > D

Sistema Musculoesquelético

Presença de anormalidades

deformidade aparente imobilização amputação
 encurtamento edema
 atrofia desalinhamento articular

Descrever a anormalidade e o local : _____

Uso de: órtese prótese Local: _____

Postura:

Em pé (P) - Sentado (S) Ereto
Encurvado
Desvio lateral

Locomoção:

sem auxílio bengala andador acamado
 com auxílio muletas cadeira de rodas

Marcha:

Normal
 Alterada Especifique _____

FEZ OU FAZALGUMA COISA PARA ESTE PROBLEMA? NÃO SIM

O QUE FEZ OU FAZ? _____

Membros superiores e inferiores:

Pele:

Coloração: coradas descoradas
palidez: não sim
Cianose: não sim
Icterícia: não sim
Hidratação: não sim

Anormalidades / lesões da pele (descreva as características e a localização): _____

FEZ OU FAZALGUMA COISA PARA ESTE PROBLEMA? NÃO SIM

O QUE FEZ OU FAZ? _____

Amplitude dos movimentos articulares ativos:

- preservada com crepitação
 limitada: acentuada
 moderada

Descrever o local: _____

FEZ OU FAZ ALGUMA COISA PARA ESTE PROBLEMA?

NÃO

SIM

O QUE FEZ OU FAZ? _____

Sensibilidade dos membros superiores e inferiores:

- | | | | | |
|---------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Mantida | <input type="checkbox"/> MSD | <input type="checkbox"/> MSE | <input type="checkbox"/> MID | <input type="checkbox"/> MIE |
| Parestesia | <input type="checkbox"/> MSD | <input type="checkbox"/> MSE | <input type="checkbox"/> MID | <input type="checkbox"/> MIE |
| Hiperestesia | <input type="checkbox"/> MSD | <input type="checkbox"/> MSE | <input type="checkbox"/> MID | <input type="checkbox"/> MIE |
| Hipoestesia | <input type="checkbox"/> MSD | <input type="checkbox"/> MSE | <input type="checkbox"/> MID | <input type="checkbox"/> MIE |
| Anestesia | <input type="checkbox"/> MSD | <input type="checkbox"/> MSE | <input type="checkbox"/> MID | <input type="checkbox"/> MIE |

(ausência de sensibilidade)

Assinale com P se o exame estiver prejudicado.

Musculatura:

Volume muscular

Normal

Alterado Especifique: _____ Local: _____

Tônus muscular

Normal

Alterado Especifique: _____ Local: _____

Força muscular

Sem resistência

preservada

reduzida Local: _____

Com resistência:

preservada

reduzida Local: _____

Queixas relacionadas a Avaliação Física e limitações decorrentes:

Em caso de anormalidades: Atualmente, esses problemas trazem algum tipo de limitação para sua vida e para suas atividades do dia a dia?

Não Sim Não sei

Em caso afirmativo, quais? _____

FEZ OU FAZ ALGUMA COISA PARA ESTE PROBLEMA?

NÃO

SIM

O QUE FEZ OU FAZ? _____

Cabeça e Pescoço

Pele e mucosas:

Coloração: coradas descoradas

palidez: não sim

cianose: não sim

icterícia: não sim

anormalidades / lesões da pele (descreva as características e a localização): _____

hidratação da pele: turgor mantido turgor semi-pastoso turgor pastoso

hidratação das mucosas - conjuntivas/língua: úmidas secas

cor da mucosa pálpebra- corada descorada

FEZ OU FAZ ALGUMA COISA PARA ESTE PROBLEMA?
O QUE FEZ OU FAZ? _____

NÃO

SIM

Expressão e simetria facial (VII par):

Simetria Assimetria (descrever): _____
Alterações/local: _____

Movimentação (extensão, lateralização) da língua (XII par):

sem alterações
 alterações (descreva): _____

Órgãos dos sentidos:

Alterações de acuidade:

Visual Qual? _____ Uso de: Óculos Lentes Prótese
 Auditiva Qual? _____ Uso de aparelho
 Olfativa Qual? _____
 Gustativa Qual? _____

FEZ OU FAZ ALGUMA COISA PARA ESTE PROBLEMA?
O QUE FEZ OU FAZ? _____

NÃO

SIM

Cavidade Oral:

Lábios:

Coloração; Simetria e Umidade:

normal
 alterada Especifique: _____

Lesões/nódulos/edema:

não
 sim Descreva: _____

Mucosa oral/gengivas:

normal
 alterada Especifique _____

arcada dentária:

Superior completa incompleta desdentado
Inferior completa incompleta desdentado

Dentes Remanescentes:

Uso de prótese: não sim superior inferior
Tipo: _____

Com que frequência usa? dia e noite durante o dia todo às refeições
 em ocasiões especiais não usa

Como faz a limpeza das próteses? não limpa apenas com água
 com escova dental e creme dental
 outros métodos

Quais? _____

Tem dificuldade para uso das próteses?

não solta causa dor faz barulhos/estalos durante a fala
 provoca descamações nos cantos da boca
 outros Quais? _____

FEZ OU FAZ ALGUMA COISA PARA ESTE PROBLEMA?
O QUE FEZ OU FAZ? _____

NÃO

SIM

Cáries:

não sim Especifique: _____

Disfagia / odinofagia

Não
 Sim Tipo: _____

Outras Queixas Especifique: _____

FEZ OU FAZ ALGUMA COISA PARA ESTE PROBLEMA?
O QUE FEZ OU FAZ? _____

NÃO

SIM

Seios da face: sem alterações
 anormalidades (descreva): _____

Articulação têmporo-mandibular:

sem alterações
 alterações (descreva): _____

Gânglios linfáticos palpáveis:

sem alterações
 alterações (descreva): _____

Glândula tireóide palpável:

sem alterações
 alterações (descreva): _____

Queixas relacionadas a Avaliação Física e limitações decorrentes:

Em caso de anormalidades:

Atualmente, este problema traz algum tipo de limitação para sua vida e para suas atividades do dia a dia? Não Sim Não sei

Em caso afirmativo, quais? _____

FEZ OU FAZ ALGUMA COISA PARA ESTE PROBLEMA?
O QUE FEZ OU FAZ? _____

NÃO

SIM

Sistema Respiratório/Tórax

Vias aéreas superiores: Anormalidades / queixas (descreva): _____

Ritmo respiratório (caracterize): _____

Frequência respiratória: _____ mpm. Formato do tórax: _____

anormalidades: retração abaulamento depressão tiragem (localizar): _____

Expansão torácica: simétrica assimétrica (localizar): _____

Pele:

Coloração: coradas descoradas

palidez: não sim

Cianose: não sim

icterícia: não sim

anormalidades / lesões da pele (descreva as características e a localização): _____
hidratação da pele: turgor mantido turgor semi-pastoso turgor pastoso

FEZ OU FAZ ALGUMA COISA PARA ESTE PROBLEMA? NÃO SIM
O QUE FEZ OU FAZ? _____

Aspectos complementares:

Tosse: ausente seca úmida não produtiva produtiva

Características da secreção: _____

Apresenta respiração curta ou dificuldade para respirar?

Não Sim Não sei

Em caso afirmativo, que tipo de atividade produz este sintoma? _____

Queixas relacionadas a Avaliação Física e limitações decorrentes:

Em caso de anormalidades:

Atualmente, este problema traz algum tipo de limitação para sua vida e para suas atividades do dia a dia?

Não Sim Não sei

Em caso afirmativo, quais? _____

FEZ OU FAZ ALGUMA COISA PARA ESTE PROBLEMA? NÃO SIM
O QUE FEZ OU FAZ? _____

Sistema Cardiovascular

Avaliação do sistema arterial:

PA: _____ mmHg. Local: _____

Pulsos: assinalar, conforme a legenda:

Carotídeos: D E

Radiais: D E

Inguinais: D E

Pediosos: D E

(+) presente, amplo
(≈) presente, média a pequena amplitude
(±) presente, filiforme
(-) não palpável

Queixas: (descrever) precordialgia, ortopnéia, claudicação: _____

FEZ OU FAZ ALGUMA COISA PARA ESTE PROBLEMA? NÃO SIM
O QUE FEZ OU FAZ? _____

Avaliação da rede venosa:

Descreva: Sinais/sintomas de insuficiência venosa:

edema celulite hiperpigmentação eczema úlcera

hemorragias dor circulação colateral varicosidades

Local: _____

Testes: Homans Ollow +/-

FEZ OU FAZ ALGUMA COISA PARA ESTE PROBLEMA? NÃO SIM
O QUE FEZ OU FAZ? _____

Avaliação cardíaca:

Frequência cardíaca apical: _____ Ritmo: _____

Presença de abaulamentos no tórax: _____

Apresenta dor no peito? Não Sim Não sei

Em caso afirmativo, que tipo de atividade produz este sintoma?

Descreva. _____

Apresenta falta de ar ou cansaço?

Não Sim Não sei

Em caso afirmativo, que tipo de atividade produz este sintoma?

Descreva. _____

Não sei

Queixas relacionadas a Avaliação Física e limitações decorrentes:

Em caso de anormalidades:

Atualmente, este problema traz algum tipo de limitação para sua vida e para suas atividades do dia a dia?

Não Sim Não sei

Em caso afirmativo, quais? _____

FEZ OU FAZ ALGUMA COISA PARA ESTE PROBLEMA?

NÃO

SIM

O QUE FEZ OU FAZ? _____

Sistema Urinário e Orgãos Genitais

Hábito urinário:

Frequência: _____

Características (cor, odor, aspecto): _____

Cateter: não sim Tipo: _____

Queixas:(disúria, incontinência, retenção, nictúria, outros)

Em caso afirmativo, quais? _____

FEZ OU FAZ ALGUMA COISA PARA ESTE PROBLEMA?

NÃO

SIM

O QUE FEZ OU FAZ? _____

Orgãos Genitais:

Queixas: não sim Descreva: _____

Mamas e gânglios axilares:

Inspeção _____

Palpação _____

Faz auto-exame: sim não Por quê? _____

Menopausa: não sim Há quanto tempo: _____

Reposição hormonal: não sim Há quanto tempo: _____ tipo: _____

História obstétrica:

nº de gestações: _____ nº de partos: _____ nº de cesáreas: _____

nº de abortos: _____ nº de filhos vivos: _____

Queixas relacionadas a Avaliação Física e limitações decorrentes:

Em caso de anormalidades:

Atualmente, este problema traz algum tipo de limitação para sua vida e para suas atividades do dia a dia?

Não Sim Não sei

Em caso afirmativo, quais? _____

FEZ OU FAZ ALGUMA COISA PARA ESTE PROBLEMA? NÃO SIM

O QUE FEZ OU FAZ? _____

Abdome

Pele:

íntegra alterada Especifique: _____

Forma / volume:

Plano Escavado Globoso Especifique: _____

Ostomia:

Não Sim Especifique: _____

Realiza cuidados com a ostomia? Sim Quais: _____

Não Quem realiza? _____

Ânus:

Queixas não sim Especifique: _____

Queixas relacionadas a Avaliação Física e limitações decorrentes:

Em caso de anormalidades:

Atualmente, este problema traz algum tipo de limitação para sua vida e para suas atividades do dia a dia?

Não Sim Não sei

Em caso afirmativo, quais? _____

Em caso afirmativo, quais? _____

FEZ OU FAZ ALGUMA COISA PARA ESTE PROBLEMA? NÃO SIM

O QUE FEZ OU FAZ? _____

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO POR JUÍZES

Cidade Universitária, ____ de _____ de 2001

Prezada Senhora:

Estamos desenvolvendo um estudo que consiste na Avaliação Física de Idosos Independentes Institucionalizados em três instituições asilares na cidade de Taubaté-SP. Consideramos que a avaliação do idoso, realizada de forma sistematizada e metódica, permite que se identifiquem problemas de forma individualizada e, a partir desse levantamento, se possa avaliar sua capacidade e dificuldades para o autocuidado, bem como planejar, executar e avaliar a assistência de enfermagem.

Ao perceber os problemas relacionados à saúde e à qualidade de vida do indivíduo idoso institucionalizado durante a realização de uma pesquisa sobre lesões bucais decorrentes do uso de próteses totais mal adaptadas, em idosos institucionalizados em Taubaté, SP, a pesquisadora perguntou-se, entre outras questões, quais seriam as dificuldades dos idosos, considerados independentes nas atividades da vida diária, para o seu autocuidado. Esta questão deu origem ao presente estudo.

O estudo será realizado em duas etapas: a primeira etapa consiste em avaliar os idosos por meio da escala criada por Sidney Katz para avaliação quanto ao grau de dependência do idoso nas atividades da vida diária, e classificá-los como “independentes”, “parcialmente dependentes” ou “totalmente dependentes”. Na segunda etapa, os idosos classificados como independentes serão entrevistados e submetidos a entrevista e avaliação física, com instrumentos que foram elaborados por nós, adaptados do instrumento criado pela docente Maria Cecília B. J. Gallani e utilizado pelos docentes da disciplina de

Semiologia Aplicada à Enfermagem II do Departamento de Enfermagem desta Instituição de ensino, e baseado também no livro de C. Jarvis, que versa sobre exame físico.

Salientamos que este estudo constitui parte do nosso projeto de pesquisa de Dissertação de Mestrado e será conduzido junto ao Departamento de Enfermagem / FCM / UNICAMP.

Para que os instrumentos possam ser aplicados nos sujeitos do estudo, é necessário que sejam submetidos à análise por pessoas com reconhecido saber na área. Considerando seu grande conhecimento e experiência em Metodologia Científica/ Enfermagem Gerontológica gostaríamos de poder contar com sua importante participação no estudo, procedendo à análise dos Instrumentos.

Descrevemos em detalhes, a seguir, a maneira como deve ser realizada a análise.

Desde já, agradecemos a sua participação.

Atenciosamente,

Maria Odete Pereira Hidalgo de Araújo
*Aluna de Pós - Graduação em
Enfermagem
Depto. de Enfermagem /FCM/
UNICAMP Pesquisadora*

Maria Filomena Ceolim
*Prof. Doutor do Depto. de
Enfermagem
FCM – UNICAMP
Orientadora*

COMO PROCEDER À ANÁLISE

- I – A sua participação no estudo ocorrerá na forma de juiz dos instrumentos.
- II – Ao fazê-lo, procure considerar que os instrumentos serão aplicados individualmente a cada idoso, sob forma de entrevista e avaliação física, pela pesquisadora.
- III – Enquanto juiz, realize o procedimento de avaliação com base nos seguintes critérios:

1. **Pertinência:** se os instrumentos são pertinentes à finalidade da pesquisa, considerando-se também a idade e especificidade dos sujeitos.
2. **Clareza:** se os instrumentos estão redigidos de maneira a explicitar claramente quais são os aspectos que se deseja avaliar; se as perguntas da entrevista são claras e adequadas à idade e compreensão dos sujeitos.
3. **Adequação aos objetivos:** se os instrumentos condizem com o objetivo do projeto de pesquisa para o qual foi elaborado.:

O projeto de pesquisa tem dois objetivos, que são:

- ✓ *Caracterizar os indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos e residentes nas instituições asilares de Taubaté - SP, segundo o grau de dependência para as Atividades de Vida Diária (AVDs).* - este objetivo deverá ser alcançado com a aplicação do índice de Katz.
- ✓ *Identificar possíveis dificuldades para o autocuidado por parte dos idosos classificados como independentes segundo a avaliação anteriormente mencionada* - este objetivo deverá ser atingido com a aplicação dos instrumentos que pedimos a V. Sa. para avaliar, e que são:

Ficha de Entrevista: será utilizada para obter as seguintes informações: dados de identificação e referentes à institucionalização; história de saúde dos últimos cinco anos; padrões individuais (higiene, sono e repouso, atividade física, sexualidade e espiritualidade); alimentação e funcionamento intestinal; os dados serão obtidos por meio de anamnese do idoso.

Ficha de Avaliação Física: será utilizada para registrar a avaliação objetiva, feita pela pesquisadora; serão examinadas condições gerais (peso, altura, aparência física); pele e anexos; sistema neurológico e estado mental; sistema músculo-esquelético e sensorial; cabeça e pescoço; sistemas respiratório, cardiovascular, urinário e órgãos genitais.

Os instrumentos de entrevista e avaliação física foram elaborados com base no livro de JARVIS (2000) e no modelo de instrumento adotado pela disciplina Semiologia aplicada à Enfermagem II, do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. Ambos serão aplicados na segunda etapa do estudo, ou seja, apenas nos idosos independentes (nível A de Katz). Serão utilizados para identificar as dificuldades para o autocuidado, por parte destes idosos.

IV - A avaliação deverá ser realizada da seguinte maneira:

Os critérios de avaliação serão numerados em 1 (pertinência), 2 (clareza) e 3 (adequação aos objetivos). Na sua avaliação, estes números deverão aparecer quando o(s) critério(s) correspondente(s) **não** estiver(em) sendo observado(s). Para facilitar a avaliação e posterior leitura, os números deverão aparecer em vermelho, como se fossem uma nota de rodapé:

Exemplos:

*Realizou algum tipo de exame para avaliação da saúde?*¹ - o número significa que esta questão não é pertinente à finalidade do estudo.

Em caso de anormalidades:

*Atualmente, este problema traz algum tipo de limitação para sua vida e para suas atividades do dia a dia?*³ Não Sim Não sei
Significa que esta questão não está adequada aos objetivos propostos.

Solicitamos que faça as observações correspondentes em folhas avulsas.

Nota: Nas folhas seguintes encontram-se os instrumentos de Entrevista e Avaliação Física do Idoso. Sinta-se à vontade para anotar as observações que considerar pertinentes. Suas críticas e sugestões são muito importantes e serão bem vindas.

Obrigada!

Ficha de Entrevista

Código de identificação: _____ Data: _____ Local: _____

Dados de Identificação:Sexo: M. F Data de Nascimento: / / ou idade aproximada:

Cor (referida pelo idoso): _____ Estado civil: _____ há quanto tempo: _____

Escolaridade (quantos anos estudou e em que série parou de estudar?): _____

Naturalidade: _____ Procedência: _____

Institucionalização:Data de admissão na instituição: / /

Com quem residia anteriormente ao seu ingresso na instituição asilar? _____

Qual(is) o(s) motivo(s) que o fizeram vir para a instituição? _____

História de Saúde:

Como está sua saúde atualmente? _____

Entre as queixas de saúde, o que causa mais preocupação? (Se houver mais de uma queixa, considerar as mais importantes para o idoso, até o número de três)

1- _____

2- _____

3- _____

Quando surgiu (surgiram) esta(s) queixa(s)? _____

1- _____

2- _____

3- _____

Este(s) problema(s) traz(em) alguma limitação (dificuldade) para sua vida e para as atividades do dia a dia? Não Sim Não sei

Em caso afirmativo, qual(is)? _____

Fez ou faz alguma coisa para este problema? Sim NãoCaso responda sim: O que fez ou faz? _____Caso responda não: Quais dificuldades impedem (iram) ou atrapalham (aram) na solução desse problema? _____**Uso de medicação referido pelo idoso:**

Nome	Dosagem	Frequência	Finalidade do uso	Quem receitou

() não sabe referir

Uso de medicação segundo prontuário:

Nome	Dosagem	Frequência	Finalidade do uso	Quem receitou

Com quem ficam os medicamentos que toma? com a equipe de enfermagem com o idoso

Se ficam com o idoso:

Adotou alguma forma para lembrar de tomar os medicamentos?

Não Sim Não sei

Caso responda sim, qual? _____

Caso responda não, por quê? _____

Os medicamentos causam alguma reação ou alteração (efeitos colaterais) no(a) Sr(a)?

Não Sim Não sei

Caso responda sim, qual (is)? _____

Esse problema traz alguma limitação (dificuldade) para sua vida e para as atividades do dia a dia?

Não Sim Não sei

Em caso afirmativo, qual(is)? _____

_____ Fez ou faz alguma coisa para este problema? Sim Não

Caso responda sim:

O que fez ou faz? _____

Caso responda não: Quais dificuldades impedem (iram) ou atrapalham (aram) na solução desse problema? _____

Antecedentes: pessoais P familiares F não sabe N

Diabetes mellitus: *Hipertensão arterial:* *Câncer:*

Doença de Chagas: *Crise convulsiva:* *Cardiopatia:*

Alergias: *Tipo:* _____

Tomou vacinas nos últimos anos? Não Não sabe Sim

Quais? _____

Quando? (tentar obter mês e ano, se possível) _____

Realizou algum tipo de exame para avaliação da saúde? Não Não sabe Sim

Caso responda sim, qual(is)? _____

Há quanto tempo? _____

Caso responda não, por quê? _____

Padrões Individuais:

Consumo de tabaco: nega sim Tipo: _____ Unidades/dia: _____

Há quanto tempo: _____

Se deixou de fumar: Há quanto tempo? _____ Durante quanto tempo fumou? _____

Tipo: _____ Unidades/dia: _____

Consumo de álcool: nega sim Tipo de bebida: _____ Frequência: _____

Se deixou de beber: Há quanto tempo? _____ Durante quanto tempo bebeu? _____

Frequência: _____

Exercícios e atividade física:

Costuma fazer exercícios físicos (caminhada, jogos que movimentam o corpo, ginástica)?

não sim

Caso responda sim: Há quanto tempo? _____ Tipo: _____

Frequência: _____ Duração: _____

Caso responda não: Qual o motivo? _____

Gostaria de fazer exercícios físicos? não sim

Caso responda sim: Qual(is)? _____

Hábitos de higiene:

Como faz a limpeza da boca? não limpa com escova e creme dental com água

outro método: Qual? _____

Frequência: _____

Faz uso de prótese (dentadura ou ponte): não sim superior inferior

Tipo: _____

Com que frequência usa? dia e noite o dia todo às refeições ocasiões especiais

Como faz a limpeza da prótese? não limpa com escova e creme dental com água

outro método: Qual? _____

Frequência: _____

Tem dificuldade(s) para uso das próteses? não sim

Caso responda sim, qual(is)? fica solta causa dor faz barulhos e estalos quando fala

provoca descamação nos cantos da boca

outros Quais? _____

Em caso de alteração, perguntar:

Esse problema traz alguma limitação (dificuldade) para sua vida e para as atividades do dia a dia?

Não Sim Não sei

Em caso afirmativo, qual(is)? _____

_____ Fez ou faz alguma coisa para este problema? Sim Não

Caso responda sim:

O que fez ou faz? _____

Caso responda não: Quais dificuldades impedem (iram) ou atrapalham (aram) na solução desse problema? _____

Banho (frequência e tipo): _____

Lavagem de cabelos (frequência): _____

Sono e repouso:

A que horas costuma dormir? _____ A que horas costuma acordar? _____

Costuma cochilar durante o dia? não sim horário _____

Apresenta algum problema para:

“pegar no sono”: não sim Qual? _____

manter o sono: não sim Qual? _____

À noite conta com a companhia de alguém para dormir? não sim Quem? _____

Em geral, sente-se repousado após uma noite de sono? não sim Por quê? _____

Apresenta algum outro problema em relação ao sono? (especificar) _____

Em caso de alteração, perguntar:

Esse problema traz alguma limitação (dificuldade) para sua vida e para as atividades do dia a dia?

Não Sim Não sei

Em caso afirmativo, qual(is)? _____

Fez ou faz alguma coisa para este problema? Sim Não

Caso responda sim:

O que fez ou faz? _____

Caso responda não: Quais dificuldades impedem (iram) ou atrapalham (aram) na solução desse problema? _____

Tem companheiro de outro sexo? não sim

Sente falta de relacionamento sexual? não sim

Em caso de alteração, perguntar:

Esse problema traz alguma limitação (dificuldade) para sua vida e para as atividades do dia a dia?

Não Sim Não sei

Em caso afirmativo, qual(is)? _____

Fez ou faz alguma coisa para este problema? Sim Não

Caso responda sim:

O que fez ou faz? _____

Caso responda não: Quais dificuldades impedem (iram) ou atrapalham (aram) na solução desse problema? _____

Espiritualidade:

Tem alguma religião ou crença religiosa? não sim Qual? _____

Tem freqüentado? não sim

Caso responda não: Porquê? _____

Recreação / lazer:

Faz alguma atividade para se divertir ou "passar o tempo" (atividade de lazer, distração)?

não Por quê? _____

sim O quê? _____

Sente falta de ter alguma atividade de lazer ou distração?

não Por quê? _____

sim O quê? _____

Interação social:

Com quem mora na instituição? _____

Fale sobre o seu relacionamento com as pessoas com que mora: _____

Faz visitas? não sim A quem e com que freqüência? _____

Recebe visitas? não sim De quem e com que freqüência? _____

Alimentação e hidratação

Recordatório alimentar de 24 horas

desjejum: _____

almoço: _____

jantar: _____

lanches (especificar quais): _____

Come algo que não é oferecido pela instituição (que compra ou ganha de alguém fora da instituição)?

Não Porquê? _____

Sim Quais alimentos? _____ Com que frequência? _____

Quais líquidos ingere:

água chá sucos naturais leite café refrigerantes outros: _____

Quantidade: grande pequena

Quando? durante as refeições fora das refeições ambos

Bebe algo que não é oferecido pela instituição (que compra ou ganha de alguém fora da instituição)?

Não Porquê? _____

Sim Quais líquidos? _____ Com que frequência? _____

FICHA DE AVALIAÇÃO FÍSICA DO IDOSO

Código de identificação: _____ Data: _____ Local: _____

Condições gerais:

Medidas antropométricas: Altura: _____ m. Peso: _____ Kg. IMC: _____

O(A) Sr(a) ganhou ou perdeu peso sem querer? perda ganho Quanto: _____ Kg.

Em quanto tempo: _____ Razão atribuída: _____

Fez ou faz alguma coisa para este problema? Sim NãoCaso responda sim: O que fez ou faz? _____Caso responda não: Quais dificuldades impedem (iram) ou atrapalham (aram) na solução desse problema? _____**Aparência:** A aparência física do idoso corresponde à idade?Sim Não aparenta: mais idade do que tem cronologicamente menos idade que tem cronologicamente

Sistema Neurológico e Estado Mental

Atitude frente ao examinador: Cooperativo Brincalhão Rancoroso Apático Atento Evasivo Reservado Hostil Franco Defensivo

Outras observações: _____

O(A) Sr(a) tem percebido mudanças na memória?

 Não Sim

Quais são estas mudanças que tem percebido em sua memória? _____

Esse problema traz alguma limitação (dificuldade) para sua vida e para as atividades do dia a dia?

 Não Sim Não sei

Em caso afirmativo, qual(is)? _____

Fez ou faz alguma coisa para este problema? Sim NãoCaso responda sim:

O que fez ou faz?

Caso responda não: Quais dificuldades impedem (iram) ou atrapalham (aram) na solução desse problema? _____

Sistema Músculo-Esquelético

Presença de anormalidades

- | | | |
|---|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> deformidade aparente | <input type="checkbox"/> imobilização | <input type="checkbox"/> amputação |
| <input type="checkbox"/> encurtamento | <input type="checkbox"/> edema | |
| <input type="checkbox"/> atrofia | <input type="checkbox"/> desalinhamento articular | |

Descrever a anormalidade e o local : _____

Uso de: órtese prótese Local: _____

Em caso de alteração, perguntar:

Esse problema traz alguma limitação (dificuldade) para sua vida e para as atividades do dia a dia?

- Não Sim Não sei

Em caso afirmativo, qual(is)? _____

Fez ou faz alguma coisa para este problema? Sim Não

Caso responda sim:

O que fez ou faz? _____

Caso responda não: Quais dificuldades impedem (iram) ou atrapalham (aram) na solução desse problema? _____

Postura: Erecto Cifose
 Escoliose Lordose

Locomoção: sem auxílio bengala andador
 com auxílio muletas

Marcha:

Normal
 Alterada Especifique: _____

Em caso de alteração, perguntar:

Esse problema traz alguma limitação (dificuldade) para sua vida e para as atividades do dia a dia?

- Não Sim Não sei

Em caso afirmativo, qual(is)? _____

Fez ou faz alguma coisa para este problema? Sim Não

Caso responda sim:

O que fez ou faz? _____

Caso responda não: Quais dificuldades impedem (iram) ou atrapalham (aram) na solução desse problema? _____

Membros superiores e inferiores:

Pele:

Coloração:	<input type="checkbox"/> coradas	<input type="checkbox"/> descoradas	_____ / +++++
palidez:	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim	_____ / +++++
cianose:	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim	_____ / +++++
icterícia:	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim	_____ / +++++
Hidratação:	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	_____ / +++++

Anormalidades / lesões da pele (descreva as características e a localização): _____

Em caso de alteração, perguntar:

Esse problema traz alguma limitação (dificuldade) para sua vida e para as atividades do dia a dia?

Não Sim Não sei

Em caso afirmativo, qual(is)? _____

Fez ou faz alguma coisa para este problema?

Sim

Não

Caso responda sim:

O que fez ou faz? _____

Caso responda não: Quais dificuldades impedem (iram) ou atrapalham (aram) na solução desse problema? _____

Amplitude dos movimentos articulares ativos:

preservada

com crepitação

limitada:

acentuada

moderada

Descrever o local: _____

Em caso de alteração, perguntar:

Esse problema traz alguma limitação (dificuldade) para sua vida e para as atividades do dia a dia?

Não Sim Não sei

Em caso afirmativo, qual(is)? _____

Fez ou faz alguma coisa para este problema?

Sim

Não

Caso responda sim:

O que fez ou faz? _____

Caso responda não: Quais dificuldades impedem (iram) ou atrapalham (aram) na solução desse problema? _____

Sensibilidade dos membros superiores e inferiores:

MSD

MSE

MID

MIE

Mantida

Parestesia

MSD

MSE

MID

MIE

Hiperestesia

MSD

MSE

MID

MIE

Hipoestesia

MSD

MSE

MID

MIE

Anestesia

MSD

MSE

MID

MIE

Assinale com P se o exame estiver prejudicado.

Perfusão periférica:

Enchimento capilar MMSS:

mantido

lento

Enchimento capilar MMII:

mantido

lento

Temperatura pele MMSS:

mantida

diminuída

aumentada

Temperatura pele MMII:

mantida

diminuída

aumentada

Musculatura:

Volume muscular

Normal

Alterado

Especifique: _____

Local: _____

Tônus muscular

Normal
 Alterado Especifique: _____ Local: _____

Força muscular

Sem resistência Com resistência:
 preservada preservada
 reduzida Local: _____ reduzida Local: _____

Em caso de alteração, perguntar:

Esse problema traz alguma limitação (dificuldade) para sua vida e para as atividades do dia a dia?

Não Sim Não sei

Em caso afirmativo, qual(is)?

Fez ou faz alguma coisa para este problema? Sim Não

Caso responda sim:

O que fez ou faz? _____

Caso responda não: Quais dificuldades impedem (iram) ou atrapalham (aram) na solução desse problema? _____

Cabeça e Pescoço

Pele e mucosas:

Coloração da pele corada descorada _____ / +++++
Palidez: não sim _____ / +++++
Cianose: não sim _____ / +++++
Icterícia: não sim _____ / +++++

Hidratação da pele: turgor mantido turgor semi-pastoso turgor pastoso

Anormalidades / lesões da pele (descreva as características e a localização): _____

Hidratação das mucosas: conjuntivas/língua/lábios úmidas secas _____ / +++++

Coloração das mucosas: coradas descoradas _____ / +++++
Cianose: não sim _____ / +++++
Icterícia: não sim _____ / +++++

Em caso de alteração, perguntar:

Esse problema traz alguma limitação (dificuldade) para sua vida e para as atividades do dia a dia?

Não Sim Não sei

Em caso afirmativo, qual(is)?

Fez ou faz alguma coisa para este problema? Sim Não

Caso responda sim:

O que fez ou faz? _____

Caso responda não: Quais dificuldades impedem (iram) ou atrapalham (aram) na solução desse problema? _____

Expressão e simetria facial : Simetria Assimetria (descrever): _____

Movimentos de extensão e lateralização da língua :

sem alterações

alterações (descreva): _____

Órgãos dos sentidos:

Alterações de acuidade:

Visual Qual? _____ Uso de: Óculos Lentes Prótese

Avaliação visual com tabela: OD: _____ OE: _____

Auditiva Qual? _____ Uso de aparelho Se não, por quê? _____

Escuta e entende palavras ditas em tom de voz normal, às suas costas (sem ver o examinador)?
(pronunciar o nome do idoso, colocando-se atrás do mesmo)

Escuta e entende Escuta mas não entende Não escuta

Olfativa Qual? _____

Gustativa Qual? _____

Em caso de alteração, perguntar:

Esse problema traz alguma limitação (dificuldade) para sua vida e para as atividades do dia a dia?

Não Sim Não sei

Em caso afirmativo, qual(is)? _____

Fez ou faz alguma coisa para este problema? Sim Não

Caso responda sim:

O que fez ou faz? _____

Caso responda não: Quais dificuldades impedem (iram) ou atrapalham (aram) na solução desse problema? _____

Cavidade Oral:

Lábios:

Coloração; Simetria e Umidade:

normal alterada Especifique: _____

Lesões/nódulos/edema:

não sim Descreva: _____

Mucosa oral/gengivas:

normal alterada Especifique _____

arcada dentária:

superior completa incompleta desdentado

inferior completa incompleta desdentado

Dentes remanescentes: _____

Em caso de alteração, perguntar:

Esse problema traz alguma limitação (dificuldade) para sua vida e para as atividades do dia a dia?

Não Sim Não sei

Em caso afirmativo, qual(is)? _____

Fez ou faz alguma coisa para este problema? Sim Não

Caso responda sim:

O que fez ou faz? _____

Caso responda não: Quais dificuldades impedem (iram) ou atrapalham (aram) na solução desse problema? _____

Cáries evidentes:

não sim Especifique: _____

Disfagia Não Sim Quando: _____

Odinofagia Não Sim Quando: _____

Outras queixas Não Sim

Especifique: _____

Em caso de alteração, perguntar:

Esse problema traz alguma limitação (dificuldade) para sua vida e para as atividades do dia a dia?

Não Sim Não sei

Em caso afirmativo, qual(is)?

Fez ou faz alguma coisa para este problema? Sim Não

Caso responda **sim**:

O que fez ou faz? _____

Caso responda **não**: Quais dificuldades impedem (iram) ou atrapalham (aram) na solução desse problema? _____

Seios da face: sem alterações anormalidades (descreva): _____

Articulação têmporo-mandibular:

sem alterações alterações (descreva): _____

Gânglios linfáticos palpáveis:

sem alterações alterações (descreva): _____

Em caso de alteração, perguntar:

Esse problema traz alguma limitação (dificuldade) para sua vida e para as atividades do dia a dia?

Não Sim Não sei

Em caso afirmativo, qual(is)?

Fez ou faz alguma coisa para este problema? Sim Não

Caso responda **sim**:

O que fez ou faz? _____

Caso responda **não**: Quais dificuldades impedem (iram) ou atrapalham (aram) na solução desse problema? _____

Sistema Respiratório/Tórax

Vias aéreas superiores: Anormalidades / queixas (descreva): _____

Ritmo respiratório (caracterize): _____

Frequência respiratória: _____ mpm. Formato do tórax: _____

Expansão torácica: simétrica assimétrica (localizar): _____

Em caso de alteração, perguntar:

Esse problema traz alguma limitação (dificuldade) para sua vida e para as atividades do dia a dia?

Não Sim Não sei

Em caso afirmativo, qual(is)? _____

Fez ou faz alguma coisa para este problema? Sim Não

Caso responda **sim**:

O que fez ou faz? _____

Caso responda **não**: Quais dificuldades impedem (iram) ou atrapalham (aram) na solução desse problema? _____

Pele:

Coloração da pele corada descorada _____ / +++++
Palidez: não sim _____ / +++++
Cianose: não sim _____ / +++++
Icterícia: não sim _____ / +++++

Hidratação da pele: turgor mantido turgor semi-pastoso turgor pastoso
Anormalidades / lesões da pele (descreva as características e a localização): _____

Em caso de alteração, perguntar:

Esse problema traz alguma limitação (dificuldade) para sua vida e para as atividades do dia a dia?

Não Sim Não sei

Em caso afirmativo, qual(is)? _____

Fez ou faz alguma coisa para este problema? Sim Não

Caso responda sim:

O que fez ou faz? _____

Caso responda não: Quais dificuldades impedem (iram) ou atrapalham (aram) na solução desse problema? _____

Tosse: ausente seca úmida não produtiva produtiva

Características da secreção: _____

Apresenta respiração curta ou dificuldade para respirar?

Não Sim Não sei

Em caso afirmativo, que tipo de atividade produz este sintoma? _____

Em caso de alteração, perguntar:

Esse problema traz alguma limitação (dificuldade) para sua vida e para as atividades do dia a dia?

Não Sim Não sei

Em caso afirmativo, qual(is)? _____

Fez ou faz alguma coisa para este problema? Sim Não

Caso responda sim: O que fez ou faz? _____

Caso responda não: Quais dificuldades impedem (iram) ou atrapalham (aram) na solução desse problema? _____

Sistema Cardiovascular

Avaliação do sistema arterial:

PA: _____ mmHg. Local: _____

Pulsos: assinalar, conforme a legenda:

Carotídeos: D E
Radiais: D E
Braquiais: D E
Femurais: D E
Tibiais posteriores: D E
Pediosos: D E

(+) presente, amplo
(≈) presente, média a pequena amplitude
(±) presente, filiforme
(-) não palpável

Avaliação da rede venosa:

Descreva: Sinais/sintomas de insuficiência venosa:

edema celulite hiperpigmentação eczema úlcera
 hemorragias dor circulação colateral varicosidades

Local: _____

Em caso de alteração, perguntar:

Esse problema traz alguma limitação (dificuldade) para sua vida e para as atividades do dia a dia?

Não Sim Não sei

Em caso afirmativo, qual(is)? _____

Fez ou faz alguma coisa para este problema?

Sim

Não

Caso responda sim:

O que fez ou faz? _____

Caso responda não: Quais dificuldades impedem (iram) ou atrapalham (aram) na solução desse problema? _____

Avaliação cardíaca:

Frequência cardíaca apical: _____

Presença de abaulamentos no tórax: _____

Apresenta dor no peito?

Não

Sim

Não sei

Caso responda sim: Que tipo de atividade faz o(a) Sr.(a) sentir dor no peito?

Explique _____

Apresenta falta de ar (dispnéia)?

Não

Sim

Não sei

Caso responda sim: Que tipo de atividade faz o(a) Sr.(a) sentir falta de ar?

Descreva. _____

Apresenta cansaço, fadiga?

Não

Sim

Não sei

Caso responda sim: Que tipo de atividade faz o(a) Sr.(a) sentir cansaço, fadiga?

Descreva. _____

Em caso de alteração, perguntar:

Esse problema traz alguma limitação (dificuldade) para sua vida e para as atividades do dia a dia?

Não Sim Não sei

Em caso afirmativo, qual(is)? _____

Fez ou faz alguma coisa para este problema?

Sim

Não

Caso responda sim:

O que fez ou faz? _____

Caso responda não: Quais dificuldades impedem (iram) ou atrapalham (aram) na solução desse problema? _____

Sistema Urinário e Órgãos Genitais

Hábito urinário:

Frequência: vezes / dia - vezes / noite

Cor da urina: _____

odor: _____

aspecto: _____

Queixas:

Disúria

Sim

Não

Incontinência

Sim

Não

Retenção

Sim

Não

Nictúria

Sim

Não

Outros:

Sim

Não

Qual(is): _____

Em caso de alteração, perguntar:

Esse problema traz alguma limitação (dificuldade) para sua vida e para as atividades do dia a dia?

Não Sim Não sei

Em caso afirmativo, qual(is)? _____

Fez ou faz alguma coisa para este problema?

Sim

Não

Caso responda sim:

O que fez ou faz? _____

Caso responda não: Quais dificuldades impedem (iram) ou atrapalham (aram) na solução desse problema? _____

Orgãos Genitais:

Queixas: não sim Descreva: _____

Mamas e gânglios axilares:

Inspeção _____

Palpação _____

Faz auto-exame: sim não Por quê? _____

Menopausa: não sim Há quanto tempo: _____

Em caso de alteração, perguntar:

Esse problema traz alguma limitação (dificuldade) para sua vida e para as atividades do dia a dia?

Não Sim Não sei

Em caso afirmativo, qual(is)? _____

Fez ou faz alguma coisa para este problema?

Sim

Não

Caso responda sim:

O que fez ou faz? _____

Caso responda não: Quais dificuldades impedem (iram) ou atrapalham (aram) na solução desse problema? _____

Abdome

Pele:

Coloração da pele corada descorada _____ / +++++

Palidez: não sim _____ / +++++

Cianose: não sim _____ / +++++

Icterícia: não sim _____ / +++++

Hidratação da pele: turgor mantido turgor semi-pastoso turgor pastoso

Anormalidades / lesões da pele (descreva as características e a localização): _____

Forma / volume:

Plano Escavado Globoso Especifique: _____

Palpação superficial:

Flácido Tenso Ascite

Indolor Doloroso

Especifique: _____

Hábito Intestinal:

Frequência: vezes / semana

Coloração: _____ Aspecto: _____

Uso de enemas Não Sim Qual? Frequência: vezes / semana

Uso de supositórios Não Sim Qual? Frequência: vezes / semana

Uso de laxativos Não Sim Qual? Frequência: vezes / semana

Ostomia:

Não Sim Especifique: _____
Realiza cuidados com a ostomia? Sim Quais: _____
 Não Quem realiza? _____

Ânus:

Queixas não
 sim Especifique: _____

Em caso de alteração, perguntar:

Esse problema traz alguma limitação (dificuldade) para sua vida e para as atividades do dia a dia?

Não Sim Não sei

Em caso afirmativo, qual(is)?

Fez ou faz alguma coisa para este problema? Sim Não

Caso responda sim:

O que fez ou faz? _____

Caso responda não: Quais dificuldades impedem (iram) ou atrapalham (aram) na solução desse problema? _____

9- APÊNDICE

Quadro 7- Distribuição dos dentes remanescentes nos 13 sujeitos que os possuíam. Taubaté, 2002.

idade	SEXO MASCULINO												SEXO FEMININO														
	64		65		66		74		68		71		72		78		78		78		82		84		90		
	N.	Dt.	N.	Dt.	N.	Dt.	N.	Dt.	N.	Dt.	N.	Dt.	N.	Dt.	N.	Dt.	N.	Dt.	N.	Dt.	N.	Dt.	N.	Dt.	N.	Dt.	
Arcada Superior		11a 14 17/ 21a 24/ 27		13/ 23/ 14/16		23/27/ 13/17		Raiz 43		-		15/16 26/27		-													
Arcada Inferior		31a 33/37/41 a 43/47		x		x		x		31a 37		31/33/ 41a 43		31a 35 41a 43		Raiz 33		31a 33/37 41/42		31a 34 41a 44/46		31a 34/ 38/ 41a 44/48		31a 35 41a 45		31a 33 raiz 34 41a 43/45/ 48	

Quadro 3^B- Distribuição do número e tipo de queixas referidas pelos 40 sujeitos, detalhadas de acordo com os sistemas afetados. Taubaté, 2002.

Queixas e sistema afetado	Número	Percentual
Sistema músculo-esquelético	24	60,0%
Lombalgia	4	10,0%
Artrose	2	5,0%
Dor MMII	2	5,0%
Osteoporose	2	5,0%
Artrite	1	2,5%
Calosidade	1	2,5%
Cansaço nas pernas	1	2,5%
Dor no pé	1	2,5%
Dor no quadril	1	2,5%
Dor nos ossos MMII	1	2,5%
Fratura fêmur	1	2,5%
Fratura MS	1	2,5%
Hérnia de disco	1	2,5%
Lesão quirodáctilo	1	2,5%
Não deambula	1	2,5%
Osteófitos	1	2,5%
Queda	1	2,5%
Retirada de prótese de fêmur	1	2,5%
Sistema cardiovascular	17	42,5%
Hipertensão	10	25,0%
Cardiopatia	3	7,5%
Úlcera varicosa	2	5,0%
Distúrbio vascular	1	2,5%
Retorno venoso dimin.	1	2,5%
Sistema neurológico e órgãos dos sentidos	17	42,5%
Labirintite	3	7,5%
Nervosismo	3	7,5%
Hemiplegia	3	7,5%
Poliomielite	1	2,5%
Tontura	1	2,5%
AVC	1	2,5%
Cefaléia	1	2,5%
Depressão	1	2,5%
Diminuição da acuidade visual	1	2,5%
Diminuição da acuidade auditiva	1	2,5%
Perda completa da acuidade visual	1	2,5%
Queixas inespecíficas	10	25,0%
Distúrbio do sono	2	5,0%
Resfriado/gripe	2	5,0%
Dor no corpo	2	5,0%
Companheira fala mt	1	2,5%
Gripe	1	2,5%
Hipertemia	1	2,5%
Retenção líquido	1	2,5%

Queixas e sistema afetado	Número	Percentual
Sistema hormonal	6	15,0%
Diabetes controlada (?)	5	12,5%
Diabetes descompensada	1	2,5%
Sistema digestório	5	12,5%
Gastrite	2	5,0%
Diarréia	1	2,5%
Constipação	1	2,5%
Vômito	1	2,5%
Sistema gênito-urinário	3	7,5%
Nictúria	1	2,5%
Urina amarelada	1	2,5%
Nódulo mama	1	2,5%
Sistema tegumentar	2	5,0%
Escabiose	1	2,5%
Ferimento MI	1	2,5%
Sistema respiratório	1	2,5%
Tosse	1	2,5%
Total de queixas	85	
Número médio de queixas por idoso	2,1	

Quadro 8- Medicamento ingeridos pelos 40 sujeitos, de acordo com os sistemas em que atuam. Taubaté, 2002.

Medicamentos/Tipo de Ação	n
Ação no Sistema Nervoso Central	
Ansiolítico	7
Anticonvulsivo	3
Insuficiência vascular cerebral	3
Vasodilatador cerebral	3
Antidepressivo	3
Antiparkinsoniano	2
Neuroléptico	2
Ação no Sistema Nervoso Periférico	
Neuroprotetor	3
Antineurítico	1
Ação no Sistema Cardiovascular e Hematopóietico	
Antihipertensivo	27
Antiarrítmico	5
Insuficiência circulatória crônica	4
Cardiotônico	3
Antiagregante plaquetário	4
Doença vascular esclerótica	1
Ação no Sistema Renal	
Diurético	8
Ação no Sistema Digestório	
Laxativo	7
Proteção gástrica	3
Refluxo gástrico	1
Ação no Sistema Músculo-esquelético	
Antiinflamatório	5
Artrose	2
Analgésicos	2
Ação sistêmica geral (falta de idéia melhor)	
Polivitamínico	5
Aumentar resistência orgânica	2
Polivitamínico	1
Ação anti-infecciosa	
Antibiótico (3	
Antisséptico pó	1
Antisséptico	1
Ação no sistema hormonal	
Hipoglicemiante	8

