

Capacidade funcional de idosos com doenças crônicas residentes em Instituições de Longa Permanência

Functional ability of elderly with chronic diseases living in Long-Stay Institutions

Capacidad funcional de ancianos con enfermedades crónicas residentes en Instituciones de Longa Permanencia

**Cibele Maria de Holanda Lira Dantas^I, Fabiana Aguiar Bello^{II},
Katia Lima Barreto^{III}, Luciane Soares Lima^{IV}**

^I Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências da Saúde,
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde (Mestranda). Recife-PE, Brasil.

^{II} Fundação Osvaldo Cruz, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (Mestranda). Recife-PE, Brasil.

^{III} Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências da Saúde,
Departamento de Terapia Ocupacional. Recife-PE, Brasil.

^{IV} Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências da Saúde,
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Recife-PE, Brasil.

Submissão: 13-07-2012 **Aprovação:** 02-12-2013

RESUMO

O estudo objetivou descrever o desempenho funcional e a presença de doenças crônicas em 164 idosos residentes em Instituições de Longa Permanência, em Recife-PE, Brasil. Foram aplicados um questionário sociodemográfico, a Medida de Independência Funcional, a escala de Lawton e o Mini-mental. A análise de variância foi utilizada para avaliar as diferenças dos resultados. Os idosos eram predominantemente solteiros, mulheres, com baixa escolaridade. Entre os motivos de admissão destacaram-se: abandono, saúde frágil e vivência em rua. Encontrou-se alto percentual de doenças crônicas; 70% dos idosos eram dependentes para as atividades de vida diária, e todos eram dependentes para as atividades instrumentais. A demência foi o que mais afetou a funcionalidade, seguida das doenças osteoarticulares e do transtorno mental. Entre as atividades comprometidas destacaram-se o uso de escadas e o controle de esfíncteres, sendo a alimentação a de melhor desempenho. Verificou-se que os idosos institucionalizados apresentaram comprometimento funcional e situação de vulnerabilidade social.

Descritores: Idoso; Doenças Crônicas; Atividades Cotidianas; Institucionalização.

ABSTRACT

The study aimed to describe the functional performance and the presence of chronic diseases in 164 elderly residents in long-stay institutions in Recife-PE, Brazil. A socio-demographic questionnaire, the Functional Independence Measurement, Lawton's scale and the Mini-Mental test were applied. Analysis of variance was used to assess differences in performance. The elders were predominantly single, women, and with low educational level. Among the reasons for admission stood out: abandonment, fragile health and living in the streets. It was found a high percentage of chronic diseases; 70% of elders were dependent for activities of daily living; and all were dependent for instrumental activities. Dementia was the disease that most affected functionality, followed by the osteoarticulares diseases and mental disorder. It was highlighted, among the impaired activities, the use of stairs and the sphincter control, with eating as the best performance. It was found that the institutionalized elderly showed functional impairment and social vulnerability.

Key words: Aged; Chronic Diseases; Day-to-Day Activities; Institutionalization.

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue describir el desempeño funcional y la presencia de enfermedades crónicas en 164 ancianos de Instituciones de Larga Permanencia, en Recife-PE, Brasil. Fueron aplicados un cuestionario socio-demográfico, la Medida de Independencia Funcional, la escala de Lawton y el Mini-mental. El análisis de varianza fue utilizado para valuar las diferencias de los resultados. Los ancianos eran predominantemente solteros, mujeres y con baja escolaridad. Entre los motivos de admisión se destacaron: abandono, salud frágil y vivencia en la calle. Se encontró alto porcentual de enfermedades crónicas; 70% eran dependientes para las actividades de la vida diaria, y todos dependientes para las actividades instrumentales. La demencia fue la enfermedad que mas afectó la funcionalidad, seguida de las complicaciones osteoarticulares y del trastorno mental. Entre las actividades comprometidas se destaca el uso de escaleras y el control de esfínteres. La alimentación fue la actividad de mejor desempeño. Se verificó que los ancianos institucionalizados presentaron comprometimiento funcional y situación de vulnerabilidad social.

Palabras clave: Anciano; Enfermedades Crónicas; Actividades Cotidianas; Institucionalización.

AUTOR CORRESPONDENTE

Cibele Maria de Holanda Lira Dantas

E-mail: cibelesholanda@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população brasileira repercute na necessidade de reorganizar os modelos assistenciais ao idoso, adequando-se a necessidade de saúde. As Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) podem ser governamentais ou não, de caráter residencial, destinada a domicílio coletivo de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar, em condição de liberdade e dignidade e cidadania, devem promover a qualidade de vida, considerando os níveis de dependência e estado mental do idoso para garantir sua funcionalidade⁽¹⁾.

No Brasil, as ILPI estão muitas vezes associadas à dependência, acolhendo um grande número de idosos com necessidade de assistência⁽²⁾, com um alto porcentual de doenças crônicas⁽³⁾. Em países Europeus, Estados Unidos e Japão, a admissão dos idosos em ILPI é principalmente devido à necessidade de cuidados de saúde e reabilitação, para assistir às necessidades de dependência funcional e cuidados prolongados⁽⁴⁾.

Um importante fator que pode comprometer a capacidade funcional do idoso é a presença de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e seus agravos. Com o envelhecimento, essas morbidades representam a principal causa de incapacidade e mortalidade em todo o mundo. Em um levantamento realizado pela Organização Pan-Americana de Saúde⁽⁵⁾, as principais DCNT e agravos que afetam o idoso são: doenças cardiovasculares, hipertensão, acidente vascular cerebral, diabetes, neoplasias, doença pulmonar obstrutiva crônica, doenças musculoesqueléticas (como artrite e artrose), demência, cegueira e diminuição da visão, doenças mentais e depressão.

O estudo do desempenho funcional em idosos institucionalizados deve favorecer construção de programas para a prevenção e reabilitação devido às limitações funcionais provocadas pelas DCNT, facilitando a assistência prestada. Como também a organização e planejamento de políticas públicas direcionadas para esta população e desenvolvimento de novas pesquisas. O objetivo desta pesquisa foi descrever

o desempenho funcional e a presença de doenças crônicas e agravos em idosos residentes de Instituições de Longa Permanência em Recife, Brasil.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, de corte transversal e abordagem quantitativa, realizado com os residentes de 5 ILPI (3 filantrópicas, 2 públicas). Havia 184 residentes nestas 5 ILPI, foram considerados critérios de exclusão: sujeitos com menos de 60 anos e transtorno mental em crise aguda, e não aceitar participar da pesquisa. Após estas exclusões, o estudo contou com o total de 164 idosos.

A pesquisa foi realizada após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Agamenon Magalhães de Recife-PE, Brasil, número de registro 474/2008. Com a anuência dos dirigentes das instituições, os idosos foram consultados para participarem do estudo, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Foi utilizado um questionário com as variáveis, sexo, escolaridade, estado civil, número de filhos, suporte familiar, motivo da institucionalização e DCNT apresentadas. O desempenho para a realização as Atividades de Vida Diária (AVD) foi avaliado pela Medida de Independência Funcional (MIF), que tem como objetivo medir o grau de solicitação de cuidados de terceiros que o paciente com deficiência exige para a realização de tarefas motoras e cognitivas⁽⁶⁾, tendo como pontuação: 18 pontos dependência completa para as AVD; de 19 a 60 pontos dependência modificada; 61 a 103 pontos dependência modificada; 104 a 126 pontos independência completa ou modificada.

As Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) foram avaliadas através da Escala de Lawton e Brody⁽⁷⁾, em que a pontuação máxima é de 27 pontos, significando máxima independência. As funções cognitivas foram avaliadas pelo Mini-exame do Estado Mental (MEEM), utilizando-se o ponto de corte de 26 para indivíduos com mais de 8 anos de

escolaridade, 18 para os que têm menos de 8 anos e 13 para os não alfabetizados⁽⁸⁾.

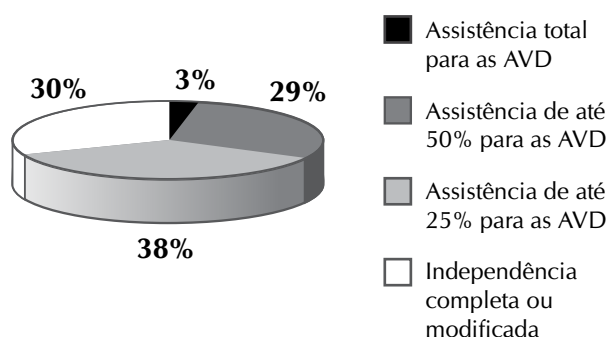
Os dados foram coletados entre fevereiro e abril de 2009, sendo aplicado teste piloto em 20 idosos residentes. Os resultados foram organizados através do programa EPIINFO 6.0, com dupla entrada. Os dados foram tratados por estatística descritiva simples, para elaboração da média e desvio padrão. A normalidade dos dados foi verificada para escolha do teste de variância, sendo utilizada a ANOVA para variável paramétrica e Kruskal-Wallis para variável não paramétrica. A análise de variância foi utilizada para identificar a variação dos escores da MIF, AIVD e MEEM entre os idosos sem doença/agravo e com doença/agravo, sendo considerado nível de significância adotado de $p \leq 0,05$. Para análise dos resultados quanto aos testes de desempenho funcional através de análise estatística, foram excluídas as DCNT/agravs que não apresentaram relação significativa.

RESULTADOS

Os idosos apresentaram idade média de 72,6 anos; 25,6% tinham 85 anos ou mais, e a maior parte (72,6%) era do sexo feminino. Ressalta-se que 6,1% não possuía identificação da data de nascimento, por não terem documentos civis e apresentarem comprometimento de memória, dificultando a identificação. A maior parte era solteira (57,3%), não possuía filhos (54,9%), eram católicos (65,2%), e não tinham qualquer suporte familiar (46,3%). Quanto à escolaridade, 42,1% não era alfabetizada e 11% apenas sabia escrever o próprio nome. Cerca de 30,5% dos idosos não possuía nenhuma fonte de renda.

Os principais motivos encontrados para institucionalização foram: situação de abandono (31,1%), dificuldade da família em cuidar do idoso (22,6%), situação de rua (15,2%), transferido de outra ILPI (10,4%), abandonado em hospital (7,9%), violência doméstica (5,5%), e outros motivos (7,3%). Quanto ao grau de dependência para realização das AVD, encontraram-se idosos com a capacidade funcional prejudicada (Gráfico 1).

Gráfico 1 – Distribuição dos valores da MIF total de acordo com o nível de independência funcional de idosos institucionalizados. Recife/PE, Brasil, 2009.



Quanto às condições de saúde, 91,5% dos idosos apresentavam DCNT ou agravos, sendo a hipertensão arterial a mais frequente (Tabela 1). No entanto, apenas a sequela de AVE

(Acidente Vascular Encefálico), a doença osteoarticular, a demência, o comprometimento visual e o transtorno mental apresentaram dados estatísticos significativos ($p \leq 0,05$) (Tabela 2).

Tabela 1 – Caracterização das doenças apresentadas pelos sujeitos da pesquisa. Recife/PE, Brasil, 2009.

DCNT/Agravo	N	%
Hipertensão arterial	80	48,8
Doenças osteoarticulares	68	41,5
Déficit visual sem correção com uso de órtese	36	22,0
Diabetes	29	17,7
Transtorno mental	25	15,2
Cardíaca	24	16,6
Sequela AVE	21	12,8
Demência	17	10,4
Doenças respiratórias	09	5,5
Neoplasias	06	3,7
Mal de Parkinson	02	1,2

Tabela 2 - Valores das médias e desvio padrão de MIF, AIVD e MEEM, de acordo com as doenças crônicas e agravos apresentados pelos idosos. Recife/PE, Brasil, 2009.

Doença/Agravo	N = 164		Avaliação Funcional		
			MIFt	AIVD	MEEM
	n	%	Media ± dp	Media ± dp	Media ± dp
Osteoarticular	68	41,5	68,5 ± 32,3	10,89 ± 2,7	14,0 ± 7,4
	<i>P</i>		<i>p</i> < 0,01	<i>p</i> = 0,01	<i>p</i> = 0,55*
Déficit Visual	36	22,0	64,5 ± 31,5	10,4 ± 2,1	12,6 ± 7,27
	<i>P</i>		<i>p</i> < 0,01	<i>p</i> < 0,01	<i>p</i> = 0,09
Transtorno mental	25	15,2	61,3 ± 32,0	10,1 ± 1,7	9,0 ± 7,1
	<i>P</i>		<i>p</i> < 0,01	<i>p</i> < 0,01	<i>p</i> < 0,01
Sequela de AVE	21	12,8	59,3 ± 34,5	10,2 ± 1,7	14,2 ± 7,8
	<i>P</i>		<i>p</i> < 0,01	<i>p</i> = 0,02	<i>p</i> = 0,95
Demência	17	10,4	40,9 ± 26,6	9,3 ± 0,6	4,75 ± 4,2
	<i>P</i>		<i>p</i> < 0,01	<i>p</i> = 0,02	<i>p</i> < 0,01

p = *p*-valor Kruskal-Wallis.

*Valor referente ao *F*-valor do teste ANOVA, dados paramétrico.

Obs. Em negrito, valores que não apresentaram relação significativa.

Os idosos com demência apresentaram os escores mais baixos para o desempenho das AVDs, seguidos dos idosos com sequela de AVE e transtorno mental (Tabela 2). Para as AIVDs, a amostra apresentou uma média de 11,71(±3,42), indicando baixo desempenho. A demência também provocou maior dependência para a realização dessas atividades, seguida do transtorno mental e da sequela de AVE (Tabela 2).

O desempenho cognitivo também foi baixo, com média do MEEM de 16,68 (±14,76). Os idosos com transtorno mental e demência apresentaram maior prejuízo cognitivo em relação aos que não possuem a doença (Tabela 2). Quando

Tabela 3 – Valores das médias e desvio padrão por tarefa da MIF motora, de acordo com a doença/ agravo apresentados pelos idosos. Recife/PE, Brasil, 2009.

Doença/ Agravo	Atividades/ MIF motora (média/ desvio padrão)													
	Alimentação	Higiene	Banho	Vestir superior	Vestir inferior	Vaso	Controle diurese	Controle defecação	Leito/ cadeira	Vaso	Chuveiro	Marcha	Escadas	
AVE	Sim	4,5 ± 2,2	3,0 ± 2,3	2,9 ± 2,2	2,9 ± 2,4	2,9 ± 2,4	3,4 ± 2,4	2,9 ± 2,2	3,9 ± 2,7	3,1 ± 2,5	3,5 ± 2,7	3,2 ± 2,7	3,1 ± 2,5	1,5 ± 1,5
	<i>p</i>	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	0,04	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	0,02
Osteoarticular	Sim	5,1 ± 1,9	4,0 ± 2,5	3,4 ± 2,5	3,7 ± 2,3	3,5 ± 2,4	3,8 ± 2,4	3,5 ± 2,5	4,2 ± 2,6	3,9 ± 2,3	3,8 ± 2,4	3,4 ± 2,5	3,6 ± 2,4	1,5 ± 1,5
	<i>p</i>	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01
Demência	Sim	4,1 ± 2,0	2,3 ± 3,7	2,1 ± 1,6	2,3 ± 2,0	2,2 ± 1,9	2,4 ± 2,1	2,4 ± 2,2	2,7 ± 2,4	2,9 ± 2,4	2,7 ± 2,4	2,4 ± 2,4	2,9 ± 2,5	1,5 ± 1,3
	<i>p</i>	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	0,05
Visual	Sim	4,7 ± 2,1	3,9 ± 2,6	4,4 ± 2,3	3,4 ± 2,4	3,3 ± 2,5	3,6 ± 2,4	3,4 ± 2,4	3,9 ± 2,6	4,2 ± 2,4	3,8 ± 2,5	3,3 ± 2,4	3,6 ± 2,3	1,2 ± 0,9
	<i>p</i>	<0,01	0,02	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01
Transtorno mental	Sim	4,9 ± 2,2	3,3 ± 2,4	3,1 ± 2,3	3,4 ± 2,3	3,2 ± 2,3	3,7 ± 2,5	3,1 ± 2,1	3,8 ± 2,6	4,7 ± 2,6	4,2 ± 2,6	4,1 ± 2,7	4,6 ± 2,6	2,6 ± 2,3
	<i>p</i>	0,09	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	0,04	<0,01	<0,01	0,79	0,19	0,24	0,93	0,63

Obs. Em negrito, valores que não apresentaram relação significativa.

Tabela 4 – Valores das médias e desvio padrão por tarefas da MIF cognitiva, de acordo com a doença crônica ou agravos apresentados pelos idosos. Recife/PE, Brasil, 2009.

Doença/ Agravos		Atividades/ MIF cognitiva (Média/ desvio padrão)				
		Compreensão	Expressão	Interação social	Resolução de problemas	Memória
AVE	S	4,2 ± 2,0	3,9 ± 2,3	3,7 ± 2,2	2,8 ± 2,0	3,7 ± 2,3
	p	0,55	0,10	0,06	0,10	0,19
Osteoarticulares	S	4,4 ± 1,6	4,4 ± 1,7	4,6 ± 2,0	3,1 ± 2,0	4,2 ± 2,1
	p	0,29	0,48	0,59	0,17	0,70
Demência	S	2,6 ± 1,0	2,2 ± 1,1	2,3 ± 1,1	1,1 ± 0,5	1,3 ± 0,6
	p	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01
Visual	S	4,2 ± 1,5	4,2 ± 1,5	4,3 ± 1,9	2,7 ± 1,9	3,8 ± 2,2
	p	0,18	0,12	0,40	0,03	0,14
Transtorno mental	S	3,2 ± 1,4	3,0 ± 1,5	2,2 ± 1,4	1,6 ± 1,3	2,5 ± 1,7
	p	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01

Obs. Em negrito, valores que não apresentaram relação significativa.

distribuído o resultado deste teste cognitivo de acordo com a escolaridade dos idosos, encontramos que 51,22% da amostra apresentaram sinais indicativos de demência, 45,73% não apresenta comprometimento e 7,3% dos idosos apresentaram déficit auditivo grave e/ ou não que responderam a comandos verbais, sendo excluídos da aplicação.

No domínio motor, as tarefas mais comprometidas foram, uso de escada para os idosos com sequela de AVE, agravos osteoarticulares e déficit visual, o banho para idosos com demência e transtorno mental, e o controle de diurese os com transtorno mental (Tabela 3). No domínio cognitivo, as tarefas mais comprometidas foram a interação social para os idosos com sequela de AVE e a resolução de problemas para os com demência déficit visual e transtorno mental (Tabela 4).

DISCUSSÃO

Os idosos investigados nas ILPIs de Recife/PE, Brasil eram predominantemente solteiros, do sexo feminino, com baixa escolaridade ou analfabetos e com algum tipo de morbidade, o que também é confirmado pela literatura⁽⁹⁻¹²⁾. Os motivos de admissão refletem a vulnerabilidade dessa amostra, como a situação de abandono, condição frágil de saúde e vivência em rua. Outro estudo também identificou a vivência em rua como fator comum entre os residentes de uma instituição pública do sudeste do Brasil. Estes apresentaram vínculos familiares e sociais fragilizados, com baixa escolaridade, a maioria em busca de sobrevivência, acolhimento e comida⁽¹⁸⁾.

Um aspecto não encontrado na literatura e que esteve presente neste estudo foi a ausência de documentos civis apresentada por 6,1% desta amostra, o que reforça a vulnerabilidade deste público e a fragilidade das políticas públicas, que ainda não garantem o direito de ser reconhecido como cidadão, mesmo quando residindo em instituições vinculadas ao governo.

A ausência de renda para 30% deste público também pode ter contribuído para a fragilidade do idoso, pois, sem documentos e sem renda, o idoso deixa de ser um contribuinte para a renda da família, tornando-se mais uma despesa, o que pode ter levado ao abandono da família, e à institucionalização numa ILPI pública.

Foi encontrado alto percentual de DCNT nos residentes, fato comum encontrado com outros estudos realizados no Brasil^(3,13-15) e na Europa⁽⁴⁾. Encontrou-se um número baixo de casos de demência diagnosticados. No entanto, após avaliação cognitiva encontrou-se que mais metade da população (51,22%) apresentava comprometimento expressivo das funções cognitivas⁽¹⁴⁾.

Os idosos pesquisados foram caracterizados em sua maioria dependentes para as AVDs, o que corrobora com a literatura pesquisada^(10-11,15-16). Pôde-se observar que a alimentação foi a atividade com melhor desempenho para todos as doenças avaliadas⁽¹⁷⁻¹⁸⁾. Este bom desempenho pode ser explicado por ser uma atividade que não requer deslocamento e exige pouco desempenho motor, cognitivo e visual, podendo ser realizada por idosos com diferentes sequelas.

A atividade de uso de escadas apareceu com resultados baixos para todas as DCNT avaliadas^(10,18). Apesar de esta limitação poder ser provocada pela própria enfermidade, o ambiente também pode ter influenciado, por as ILPI pesquisadas não possuírem escadas, e assim esta tarefa não era realizada no cotidiano.

O controle de esfíncteres, principalmente da urina, também apresentou baixo resultado. Embora possam existir alterações anatômicas próprias do envelhecimento, a imobilidade pode interferir expressivamente no mecanismo fisiológico, podendo ser um fator preditivo para a perda involuntária de urina⁽¹⁹⁾.

Quando avaliamos a influência de cada doença no desempenho funcional do idoso, encontramos que a demência foi a que mais causou prejuízos. Possivelmente devido ao quadro que esta provoca, com comprometimento das funções cognitivas, provocando déficit para realização de comandos motores, com falhas de memória e planejamento, o que também foi confirmado em outro estudo⁽¹⁶⁾.

A sequela de AVE apresentou forte interferência para atividades que envolvem mobilidade e cognição⁽¹⁷⁾. A sequela de AVE é um agravo que implica em pior desempenho para atividades que envolvem aspectos motores, pois há maior prejuízo da função muscular.

As doenças osteoarticulares apresentaram prejuízo significativo para a mobilidade dos idosos, o que influenciou em baixo desempenho para o uso de escadas, banho e uso do chuveiro.

O déficit visual prejudicou o desempenho dos idosos para as atividades motoras, principalmente escadas, vestir-se e uso do chuveiro. Quanto às atividades cognitivas, houve déficit apenas para resolução de problemas. A baixa visão interfere na autonomia do idoso para realizar suas AVDs, levando-o à dependência de outras pessoas. Este agravo impõe restrições à capacidade do movimento livre, seguro e confiante no ambiente, ocasionando uma forte associação entre déficit visual e quedas⁽²⁰⁾.

O transtorno mental apresentou interferência para as atividades cognitivas, como piores resultados para resolução de problemas e interação social, o que provavelmente é característico da doença. Quanto às atividades motoras, não houve significância estatística para as atividades, que envolvem principalmente a deambulação e mobilidade, comumente não comprometidas no transtorno mental. No entanto, o banho e controle de diurese apresentaram baixos resultados para este público, supostamente porque envolve maior planejamento motor, aquisição de hábitos e autocontrole, aspectos cognitivos que podem estar prejudicados⁽¹⁹⁾.

Foi evidenciado um público com dependência para as atividades cotidianas, necessitando do auxílio de terceiros para a realização destas, com profissionais de enfermagem e equipe multidisciplinar para atenderem esta demanda. Mesmo com as limitações físicas e/ou cognitivas provocadas por estas morbidades, os idosos poderiam ter um melhor desempenho para as atividades diárias, caso houvesse maior investimento em prevenção, promoção à saúde e reabilitação, como políticas públicas eficazes.

A dependência para a realização das atividades cotidianas pelo idoso deve ter relação com o número e a presença de DCNT, e como o ambiente, as condições pregressas à institucionalização, a idade e o perfil cognitivo, e o tipo de serviço que é oferecido podem influenciar.

A priorização da vivência no núcleo familiar deve ser estimulada. No entanto, quando a institucionalização for necessária, deve-se recomendar à necessidade de realizar um atendimento individualizado e humanizado nas ILPI, devendo estimular um atendimento heterogêneo do processo de envelhecimento, englobando as necessidades específicas de cada idoso, para favorecer sua autonomia e independência.

Deve-se ainda permitir e estimular o idoso a exercer seus direitos e obrigações como cidadão, como documentação atualizada para usufruir os benefícios previstos pela previdência social do país, como aposentadoria, medicamentos, assistência médica. E ainda direitos sociais, culturais, de lazer, afetivo-emocionais e relativos às necessidades individuais.

Esta pesquisa teve como limitações a origem das informações por vezes frágil, pois coletados com o próprio idoso, que pode apresentar esquecimento e/ou coletadas com cuidadores, que assistem a vários idosos. Também é um estudo local e limitado a um período de tempo, não podendo ser generalizada para toda a população.

CONCLUSÃO

O envelhecimento populacional tem trazido preocupações aos profissionais de saúde e de enfermagem para uma melhor qualidade de atendimento a este público, o que vem originado diversos estudos quanto a intervenções e cuidados de acordo com suas reais situações clínicas. Muitas vezes a situação de fragilidade do idoso, devido ao quadro de dependência, condições clínicas e risco de complicações exige da enfermagem uma maior qualificação do atendimento.

A escolha dos instrumentos deu-se por sua abrangência, pois avaliam diversos quadros clínicos, e pela ampla aceitação internacional destes. O presente estudo alcançou os objetivos, visto que identificou que os idosos apresentavam dependência para as atividades cotidianas e com presença de doenças crônicas, requerendo cuidados específicos. Entre os participantes a maioria era do sexo feminino, idade média de 72 anos, não alfabetizados, solteiro, sem filhos, sem suporte familiar, sendo a situação de abandono o principal motivo para a institucionalização. Os idosos com Demência apresentaram maior dependência para as atividades cotidianas. Para atividades como higiene, controle de esfíncteres e uso de escadas foi verificado que os idosos apresentaram baixo desempenho.

Esta pesquisa confirma o quadro de fragilidade que o idoso institucionalizado apresenta, e afirma a necessidade de políticas públicas que atendam às reais necessidades desta população. Busca ainda, contribuir para a enfermagem no desenvolvimento de práticas e pesquisas direcionadas ao cuidado integral e interdisciplinar ao idoso institucionalizado, para promover uma melhor qualidade de vida com autonomia e independência.

REFERÊNCIAS

1. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Brasil). Resolução da Diretoria Colegiada - RDC n° 283, de 26 de set 2005. Aprova o regulamento técnico que define normas de funcionamento para as instituições de longa permanência para idosos. Diário Oficial da União 27 set 2005;Seção 1.
2. Araújo MOPH, Ceolim ME. Avaliação do grau de independência de idosos residentes em instituições de longa permanência. Rev Esc Enferm USP. 2007;41(3):378-85.
3. Davim RMB, Torres GV, Dantas SM, Lima VM. Estudo com idosos de instituições asilares no município de Natal/RN: características socioeconômicas e de saúde. Rev Latino-Am Enferm. 2004;12(3):518-524.
4. Ribbe MW, Ljunggren G, Steel K, Topinková E, Hawes C, Ikegami N, et al. Nursing homes in 10 nations: a comparison between countries and settings. Age Ageing. 1997;26(2):3-12.
5. Organização Pan-Americana de Saúde. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Ministério da Saúde: Brasília, DF: Organização Pan-Americana de Saúde; 2005.
6. Ricci NA, Kubota MT, Cordeiro RC. Concordância de observações sobre a capacidade funcional de idosos em assistência domiciliar. Rev Saúde Pública. 2005;39(4):655-662.
7. Freitas EV, Miranda RD, Nery MR. Parâmetros clínicos do envelhecimento e avaliação geriátrica global. In: Freitas, EV. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002: 609-616.
8. Bertolucci PHF, Brucki SMD, Campacci SR, Juliano Y. O Mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. Arq Neuropsiquiatr. 1994;52:1-7.
9. Plati MCF, Covre P, Lukasova K, Macedo EC. Depressive symptoms and cognitive performance of the elderly: relationship between institutionalization and activity programs. Rev Bras Psiquiatr. 2006;28(2):118-121.
10. Reis LA, Torres GV. Influência da dor crônica na capacidade funcional de idosos. Rev Bras Enferm. 2011; 64(2):274-80.
11. Fuente Sanz MM, Bayona IM, Fernández de Santiago FJ, León MM, Navas Cámara FJ. La dependencia funcional del anciano institucionalizado valorada mediante el índice de Barthel. Gerokomos. 2012;23(1):19-22.
12. Fernandes FSL, Raizer MV, Bretãs ACP. Pobre, idoso e na rua: uma trajetória de exclusão. Rev Latino-Am Enferm. 2007;15:755-761.
13. Neto JAC, Sirimarc MT, Cândido TC, Barboza DF, Gonçalves ECQ, Gonçalves RT. Perfil epidemiológico dos idosos institucionalizados em Juiz de Fora. HU Rev. 2011;37(2):207-216.
14. Ribas RTB, Pereira RB, Guidace N, Alexandre TS. Perfil de idosos atendidos pela fisioterapia em instituições de longa permanência em Pindamonhangaba-SP. UNOPAR Cient Ciên Biol Saúde. 2012;14(1):8-15.
15. Ferreira CO, Yoshitome AY. Prevalência das quedas de idosos institucionalizados. Rev Bras Enferm. 2010;63(6).
16. Eid NT, Kairalla MC, Campora F. Avaliação do grau de dependência para as atividades de vida diária de idosos. Rev Soc Bras Clin Méd. 2012;10(1):19-23.
17. Viana FP, Lourenço AC, Oliveira EF, Resende SM. Medida de independência funcional nas atividades de vida diária em idosos com sequela de acidente vascular encefálico no Complexo Gerontológico Sagrada Família em Goiânia. Rev Bras Geriatr Gerontol. 2008;11(1):1809-1823.
18. Greve P, Guerra AG, Portela MA, Portes MS, Rebelatto JR. Correlações entre mobilidade e independência funcional em idosos institucionalizados e não institucionalizados. Fisioter Mov. 2007;20(4):117-124.
19. Busato Júnior WFS, Mendes FM. Incontinência urinária em idosos institucionalizados: relação com mobilidade e função cognitiva. ACM Arq Catarin Med. 2007;36(4):49-54.
20. Ivers RQ, Cumming RG, Mitchell P, Artebo K. Visual impairment and falls in older adults: the Blue Mountains Eye Study. J Am Geriatr Soc. 1998;46:58-64.