



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

BRUNO SOARES DA SILVA

**CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL DE SAÚDE DE IDOSOS
INSTITUCIONALIZADOS**

CAJAZEIRAS-PB

2016

BRUNO SOARES DA SILVA

**CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL DE SAÚDE DE IDOSOS
INSTITUCIONALIZADOS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, Campus de Cajazeiras como requisito para a obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem, sob a orientação da Prof^a Ms. Fabiana Ferraz Queiroga Freitas.

CAJAZEIRAS – PB

2016

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação - (CIP)
Denize Santos Saraiva - Bibliotecária CRB/15-1096
Cajazeiras - Paraíba

S586c Silva, Bruno Soares da
Caracterização do perfil de saúde de idosos institucionalizados / Bruno
Soares da Silva. - Cajazeiras, 2016.
58f.: il.
Bibliografia.

Orientadora: Profa. Ma. Fabiana Ferraz Queiroga Freitas.
Monografia (Bacharelado em Enfermagem) UFCG/CFP, 2016.

1. Saúde do Idoso. 2. Idoso institucionalizado. 3. Envelhecimento. I.
Freitas, Fabiana Ferraz Queiroga. II. Universidade Federal de Campina
Grande. III. Centro de Formação de Professores. IV. Título.

BRUNO SOARES DA SILVA

**CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL DE SAÚDE DE IDOSOS
INSTITUCIONALIZADOS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Graduação em Enfermagem, do Centro
de Formação de Professores, da Universidade
Federal de Campina Grande, como requisito para
obtenção de título de Bacharel em Enfermagem.

Aprovada em: 13/05/2016

BANCA EXAMINADORA

Fabiana Feraz Queiroga Freitas

Prof.^a Ms. Fabiana Feraz Queiroga Freitas
UFCG/ CFP/UAENF
(Orientadora)

Aissa Romina Silva Nascimento

Prof.^a Dra. Aissa Romina Silva Nascimento
UFCG/CFP/UAENF
(1º Membro)

Iluska Pinto da Costa

Prof.^a Ms. Iluska Pinto da Costa
ETSC/CFP/UFCG
(2º Membro)

Dedico este trabalho a Deus pela fé e confiança, a minha mãe pelo carinho, dedicação e amor com que ilumina meu caminho e cujo é exemplo de vida e inspiração para mim; maior idealizadora da realização deste sonho. Sou grato por colocar sempre em primeiro lugar os anseios de seus filhos, abdicando muitas das vezes das suas próprias necessidades e desejos. Sem você não teria conseguido chegar até aqui.

AGRADECIMENTOS

A Deus, primeiramente por todas as bênçãos que me concedeste durante toda a minha vida, por ter me dado força para superar todos os obstáculos dessa longa caminhada e por ter me permitido chegar até aqui.

A minha Mãe Aparecida, meu porto seguro, minha maior riqueza, obrigado por cada ensinamento, pelo incentivo nos momentos difíceis. Sem o seu apoio esse sonho não haveria de se concretizar.

A minha orientadora Profa Fabiana Feraz, pelos ensinamentos, dedicação, atenção e principalmente pela paciência durante a construção desse trabalho. Sem suas orientações não conseguiria chegar ao desfecho dessa pesquisa. Obrigado pelo voto de confiança e credibilidade ofertado a minha pessoa.

A minha irmã Taisa, meu pai João e toda a família, que compartilha comigo todos os momentos da minha vida, que estão sempre próximos me ajudando e fortalecendo para ultrapassar os obstáculos encontrados no meu caminho.

Aos amigos de curso, em especial Mariane, Simone, Edilaine, Mairla, Flávia Paloma e Gabriel, no qual partilharam comigo vários momentos do decorrer do curso, estiveram sempre próximos de mim, compartilhamos alegrias e momentos de dor, o que nos fortaleceu mais ainda na conquista dos nossos objetivos, a saudade de cada um já é imensa, mas a nossa amizade será eterna.

Aos Idosos das instituições, pela disponibilidade a participar da pesquisa, minha gratidão a cada um, pela oportunidade de realizar meu trabalho de conclusão de curso com vocês.

Aos Professores da UFCG, por me proporcionar oportunidade de aprender com cada um de vocês, durante esses nove períodos de curso, obrigado pela contribuição em minha formação acadêmica e profissional.

As Professoras, Iluska e Aissa por aceitarem de bom grado participar de minha banca de avaliação e por as colaborações realizadas.

Enfim a todos os amigos e familiares que contribuíram na concretização desse sonho.

SILVA, B. S. **Caracterização do Perfil de Saúde de Idosos Institucionalizados**. 2016. 60p. Monografia (Bacharelado em Enfermagem) – Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Formação de Professores, Unidade Acadêmica de Enfermagem, Cajazeiras - PB, 2016.

RESUMO

O envelhecimento deve ser percebido em sua totalidade, ou seja, enxergando o idoso como ser biopsicossocial, singular, com limitações, independência, e atividades de vida diária, não o relacionando a sinônimos de doença ou inutilidade, mas como uma etapa semelhante as demais que pode associar-se a dificuldades e problemas a serem solucionados. Dados epidemiológicos revelam que nos últimos anos a expectativa de vida aumentou e que o número da população idosa cresceu. Este aumento está relacionado a melhoras das condições de vida, assim como o progresso da medicina. Sendo assim, fica claro a necessidade do cuidado integral direcionado ao idoso, o qual em diversos casos não é executado pelos familiares, tendo como consequência a institucionalização. O objetivo geral do estudo consiste em caracterizar o perfil de saúde de idosos institucionalizados do município de Cajazeiras - PB e os específicos descrever os aspectos sociodemográficos dos idosos institucionalizados, identificar a prevalência de enfermidades dos idosos institucionalizados e apresentar o perfil de saúde dos idosos institucionalizados a partir do instrumento de NOTTINGHAM (PSN). Trata-se de um estudo de natureza exploratória e descritiva com abordagem quantitativa. Para obtenção dos dados foi utilizado um questionário semi-estruturado com 30 idosos, obedecendo aos critérios de inclusão e após concordância em participar do estudo, a coleta de dados foi realizada nas instituições de idosos do município de Cajazeiras. Os dados foram tabulados e analisados no programa Statistical Package for the Social Sciences SPSS (versão21), utilizando de estatísticas descritivas de frequência, porcentagem, média, desvio padrão e mediana. Os resultados demonstraram que os idosos institucionalizados em sua maioria são do sexo feminino 60%, o nível de escolaridade dos participantes prevaleceu não alfabetizado (G1 80,0%, G2 76,7%), em relação ao estado civil no G1 53,3% eram solteiro (a)s e no G2 46,7% viúvo (a)s, a faixa etária dos idosos variou de 60 a 115 anos com uma mediana de 76,00 para o G1, e 79,50 no G2, quanto ao motivo de institucionalização para os dois grupos foram os maus tratos (G1 40%, G2 33%) e morava sozinho (G1 33% e no G2 26%), no tocante as comorbidades ressalta que das diversas patologias encontradas predomina a hipertensão arterial 43% no G2 e doença de Alzheimer 40% no G1. No que concerne avaliação do PSN os domínios nível de energia, interação social e habilidades físicas revelam possível comprometimento a qualidade de vida, em circunstância da mediana apresentada. Conclui-se que o estudo contribua para os pesquisadores ver o real cenário do perfil de saúde dos idosos institucionalizados, e forneça subsídio para novas discussões sobre a qualidade de vida, possibilitando aos profissionais e estudantes novos olhares sobre a assistência aos idosos institucionalizados.

Palavras-chave: Envelhecimento; Idosos; Instituição de longa permanência para idosos.

SILVA, B. S. **Characterization of the Institutionalized Elderly Health Profile**. 2016. 60p. Monograph (Bachelor of Nursing) - Federal University of Campina Grande, Teacher Training Center, Nursing Academic Unit, Cajazeiras - PB, 2016

ABSTRACT

The aging should be perceived in its entirety, ie, realizing the elderly as biopsychosocial and singular being, with limitations, independence, and activities of daily living, not relating him to synonyms disease or worthlessness, but as a similar step to the other that may be associated with difficulties and problems to be solved. Epidemiological data show that in recent years, the life expectancy increased and the number of the elderly population grew. This increase is related to improvements in living conditions, as well as the progress of medicine. Thus, it is clear the need for comprehensive care aimed at the elderly, which in many cases is not performed by the family, resulting in institutionalization. The general objective of the study is to characterize the health profile of institutionalized elderly in Cajazeiras- PB and the specific to describe the sociodemographic characteristics of the institutionalized elderly, to identify the prevalence of diseases of the institutionalized elderly and to present the health profile of institutionalized elderly from the NOTTINGHAM (PSN) instrument. It is a study of exploratory and descriptive nature with quantitative approach. To obtain the data was used a semi-structured questionnaire with 30 elderly, attending the inclusion criteria and after agreeing to participate in the study, the data collection was held in elderly institutions in the city of Cajazeiras. The data were tabulated and analyzed using the Statistical Package for Social Sciences (SPSS versão 21) using descriptive statistics of frequency, percentage, mean, standard deviation and median. The results showed that the institutionalized elderly are mostly female 60%, the level of education of the participants prevailed illiterate (80.0% G1, G2 76.7%). In relation to marital status in G1 53.3 % were single in the G2 46.7% widow, the age of the elderly ranged from 60 to 115 years with a median of 76.00 for the G1 and G2 in 79.50. About the institutionalization of reason for the two groups were ill-treatment (G1 40%, G2 33%) and they lived alone (G1 33% and G2 26%), with respect the comorbidities points out that the various pathologies found predominant hypertension 43% G2 and Alzheimer's disease in 40% G1. Concerning evaluation of PSN, the fields of energy, social interaction and physical abilities reveal possible compromise the quality of life in median circumstances presented. It concludes that the study contributes to the researchers see the real scene of health profile of institutionalized elderly, and provide subsidy for new discussions about the quality of life, enabling to the professionals and students new perspectives about assistance to the institutionalized elderly.

Keywords: Aging; Elderly; Long time institution for the aged.

“O intervalo de tempo entre a juventude e a velhice é mais breve do que se imagina. Quem não tem prazer ao penetrar no mundo dos idosos não é digno da sua Juventude”.

(Augusto Cury, in O Vendedor de Sonhos)

LISTA DE TABELA

Tabela 1	Descrição da amostra dos dados demográficos relacionado ao sexo, escolaridade e estado civil.	28
Tabela 2	Descrição das médias de idade e tempo de internação.	29
Tabela 3	Motivo da Institucionalização.	31
Tabela 4	Descrição das comorbidades da amostra.	32
Tabela 5	Descrição da qualidade de vida relacionado ao nível de energia.	34
Tabela 6	Descrição da qualidade de vida relacionada à dor.	35
Tabela 7	Descrição da qualidade de vida relacionada às relações emocionais.	36
Tabela 8	Descrição do domínio de qualidade de vida no sono.	37
Tabela 9	Descrição do domínio de qualidade de vida em interação social.	38
Tabela 10	Descrição do domínio qualidade de vida em habilidades físicas.	40

SUMÁRIO

1-INTRODUÇÃO	11
1.1 - Hipótese	12
2-OBJETIVOS	13
2.1 - Geral:	13
2.2 - Específicos:	13
3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	14
3.1-Processo de Envelhecimento	14
3.2 - Fatores influenciadores do Estado de Saúde do Idoso	16
3.3 - Instituições de longa permanência para idosos	19
3.4 - Qualidade de vida.....	21
4 -MATERIAIS E MÉTODOS.....	23
4.1 -Tipo de Estudo.....	23
4.2 - Local do Estudo	23
4.3 - População e Amostra.....	24
4.4 - Critérios de Inclusão	24
4.5 - Critérios de Exclusão.....	24
4.6 -Instrumento e Coleta de Dados.....	24
4.7 - Procedimento para Coleta de Dados.....	25
4.8 -Análises dos Dados	25
4.9 -Posicionamento Ético	26
5. RESSULTADOS E DISCUSSÕES.....	27
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	42
REFERÊNCIAS.....	433
APÊNDICE	500
ANEXOS	58

1-INTRODUÇÃO

O processo de envelhecimento pode ser relacionado, a um conjunto de acontecimentos, que pode ser influenciado por fatores intrínsecos e extrínsecos. Compreendido como um processo natural, multidimensional, dinâmico e progressivo que se inicia desde a concepção e vai até a morte do indivíduo, sofrendo influências das condições e qualidade de vida (BRASIL, 2007).

Com o advir do envelhecimento, evidencia-se que a expectativa de vida começa a aumentar nos países em desenvolvimento, no Brasil segundo o IBGE a população idosa em 2010 com idade igual ou superior a 60 anos atingia 20 milhões de pessoas, sendo previsto que até 2025 esse seja o sexto país com maior quantidade de idosos no mundo, chegando a 33 milhões de pessoas (IBGE, 2010; BODESTEIN et al, 2014). Desta forma, vários fatores são responsáveis pelo aumento da expectativa de vida nesse país, como a melhoria das condições de saúde, avanços da qualidade de vida, os progressos da medicina, bem como diminuição dos níveis de fecundidade e reduções da mortalidade dos idosos (MENDES, 2012).

A junção desses fatores evidencia não só o aumento do número de idosos, mas também o aumento na população idosa em velhice avançada, ou seja, aqueles com 80 anos ou mais, que vêm aumentando proporcionalmente, e de forma muito mais acelerada, constituindo o segmento populacional que mais cresce nos últimos anos, atingindo 14% da população idosa (IBGE 2011 apud Kuchemann 2012).

Com esse linear da idade cronológica, vários problemas podem vir a surgir na vida dos idosos, pois muitos não conseguem desempenhar suas atividades básicas de vida diária, os familiares não ajudam por estar envolvido em outras atividades e o tempo não permite atenção necessária voltada aos aspectos biopsicossocioespirituais do idoso e a invalidez podem provocar rejeições, maus tratos e abandonos, levando a institucionalização (SILVA; FIGUEIREDO, 2012).

Desta forma, emana a necessidade de um cuidado integral de longa duração, regulamentada pelo governo com atividades regimentadas e que assumam caráter asilar por tutelar os idosos. No Brasil, essas instituições são definidas Instituições de Longa Permanência (ILPIs), podendo ser públicas, privadas, governamentais ou não governamentais, destinadas ao atendimento coletivo de idosos dependentes e/ou independentes, devendo atuar em caráter de liberdade, dignidade e cidadania (BORN; BOECHAT, 2006; BRASIL, 2005).

Nesse contexto, o Ministério da Saúde aprova a portaria de nº 810 de 22 de setembro de 1989 que cria normas e padrões para o funcionamento das instituições de longa permanência destinadas ao atendimento às pessoas idosas; a ANVISA na sua resolução da diretoria colegiada nº 283 de 26 de setembro de 2005 caracteriza essas instituições como governamentais ou filantrópicas, como ambiente residencial destinadas as pessoas idosas com idade igual ou superior a 60 anos, que tenha família ou não, garantindo seus direitos como cidadão, promovendo liberdade e dignidade (BRASIL, 2015).

Frente ao exposto, é oportuno salientar que as ILPIs não devem ser vistas como um local de isolamento ou exclusão dos idosos da sociedade, mas como um marco, uma parceria encontrada no processo de envelhecimento, na qual auxilia na preservação dos direitos dos idosos, na perspectiva de garantir-lhes um envelhecimento saudável. Sendo assim, a funcionalidade das ILPIs requer desde já um planejamento, para assegurar uma qualidade de vida para todos, o que denota a necessidade de profissionais qualificados que compreendam o processo do envelhecimento, contribuindo para melhoria e manutenção da qualidade de vida.

Assim, a justificativa do presente estudo, surgiu a partir das aulas de gerontologia e geriatria, ministradas no curso de enfermagem, na qual sou acadêmico, associada a vivência e experiência entre as aulas teórico práticas, que despertou-me o interesse para estudar a temática, associado a observação no campo de estágio de déficits da assistência ofertada, o que em conjunto podem comprometer o perfil de saúde dos idosos institucionalizados.

Desta forma, evidencia-se a necessidade de ILPIs estimulantes, que proporcionem novas experiências de vida aos idosos, permitindo-lhes a manutenção da saúde ativa e independente, garantindo-lhes socialização, satisfação e bem estar. Frente ao contexto busca-se caracterizar o perfil de saúde de idosos institucionalizados.

1.1 - Hipótese

A caracterização do perfil de saúde de idosos institucionalizados possibilita um envelhecimento saudável. A compreensão dos fatores de saúde que interferem na qualidade de vida dos idosos auxiliam na implementação da assistência à saúde.

2-OBJETIVOS

2.1 - Geral:

- ✓ Caracterizar o perfil de saúde de idosos institucionalizados do município de Cajazeiras – PB.

2.2 - Específicos:

- ✓ Apresentar o Perfil de Saúde dos Idosos institucionalizados a partir do instrumento de Nottingham (PSN);
- ✓ Descrever os aspectos sócio-demográficos dos idosos institucionalizados;
- ✓ Identificar as enfermidades prevalentes em idosos institucionalizados.

3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1-Processo de Envelhecimento

O envelhecimento deve ser percebido em sua totalidade, ou seja, enxergando o idoso como ser biopsicossocial, singular, com limitações, independência, e atividades de vida diária, não relacionando-o a sinônimos de doença ou inutilidade, mas como uma etapa semelhante as demais que pode associar-se a dificuldades e problemas a serem solucionados (FREITAS; QUEIROZ; SOUSA, 2010).

Também compreendido como um processo universal, dinâmico, progressivo, natural, não patológico, comum a todas as pessoas, podendo ser influenciados por fatores fisiológicos, genéticos, psicológicos e sociais, cujo maior objetivo implica em sua compreensão a fim de colaborar para se ter uma melhor qualidade de vida apesar dos desafios e problemas existentes (BRASIL, 2006).

Outro termo inovador, utilizado é o envelhecimento ativo/bem sucedido, que remete a participação do idoso como ator social, responsável e envolvido como agente funcional no processo de envelhecimento, permitindo a independência e autonomia em suas escolhas, demonstrando abrangência percorrente desse envelhecimento que inclui além da saúde outros aspectos que afetam o envelhecer (WHO, 2005).

O visível aumento dessa população faz-nos refletir a apresentação de como ocorre o processo do envelhecimento, segundo a Organização Mundial de Saúde (2005) faz parte de uma construção coletiva que ocorre de forma gradual, podendo ser influenciado por diversos fatores, como a melhoria das condições de saúde, avanço da qualidade de vida, progressos da medicina, bem como diminuição dos níveis de fecundidade e redução de mortalidade dos idosos, evidenciando assim a necessidade de ações que estejam voltadas para ampliação de políticas públicas e sociais que sejam prioridades (MENDES, 2011).

O Brasil apresenta uma taxa de envelhecimento populacional em crescimento súbito ao decorrer dos anos, em 1950 o número de idosos era de 2 milhões, passando pra 15,4 milhões em 2002, e já em 2010 esse número disparou para 20,5 milhões, apontando um rápido e veloz crescimento. Percebe-se claramente uma rápida e considerável mudança na representação dos grupos etários, e uma mudança na pirâmide populacional, que tinha sua forma triangular. Um exemplo é o grupo de crianças de zero a quatro anos que representava 11,2% da população total no ano de 1991, em 2000 esses percentuais caíram para 9,6%, e em 2010 para 7,3%. Ao longo dessa trajetória nota se hoje um alargamento da pirâmide etária da

população com 60 anos ou mais, que era de 4,8% em 1991, em 2000 de 5,9% e em 2010 chegando a 7,4% correspondendo 14.081.480 idosos (MORAES, 2012; IBGE, 2010).

Nesse sentido, pode-se entender o envelhecimento ativo/bem sucedido, quando a ocorrência de doenças está decrescendo em virtude dos programas de saúde existentes, o nível da capacidade cognitiva, física e mental apresenta-se preservado e a participação do serviço social é evidenciada a partir de parcerias a fim de proporcionar meios para o idoso estar ativo na sociedade. Assim, é oportuno destacar que a obtenção desses pontos requer a promoção do envelhecimento com qualidade de vida, ressaltando a promoção e prevenção em saúde como ferramentas básicas nesse contexto, que possibilita realizar uma assistência individual e holística (ARAÚJO *et al.*, 2012).

O processo de envelhecimento não pode ser visto como sinônimo de velhice como destaca Neri (2006), o conceito de velhice caracteriza – se como a última fase da vida do ser humano com desfecho desse sistema “almejados por todos aqueles que anseiam uma velhice saudável”, já o processo de envelhecimento inicia-se desde o nascimento, contemplando todo o ciclo de vida do indivíduo com influência do meio interno e externo.

Destarte, é preciso entender o processo de envelhecimento dentro de todas suas nuances, onde ocorre a senilidade e senescência. A senilidade implica no aparecimento de doenças e limitações características do envelhecimento patológico, necessitando de abordagem e tratamento específico, enquanto a senescência remete as modificações naturais sem comprometimento das manutenções das necessidades básicas de vida. São condições que poderão influenciar na longevidade dos idosos, porém o que irá definir a presença de uma ou de outra é a qualidade de vida ao longo dos anos (CIOSAK, 2011).

Desta forma, evidencia-se que a longevidade é algo hoje real e presente na sociedade brasileira, e o crescimento populacional em ascendência é a terceira idade, a população idosa. Os dados demonstram um crescimento proporcional das pessoas idosas e uma redução de natalidade, perfazendo um contingente de mais de 20 milhões de idosos nos dias atuais no Brasil, evidenciando uma expectativa para até 2025, este ser o sexto país com maior quantidade de idosos no mundo (BRASIL, 2010; IBGE, 2010). Essa transição demográfica, trás novos desafios e preocupações, com a forma de organização do atendimento ao idoso na tentativa de garantir seus direitos, assegurando-lhes manutenção da qualidade de vida.

Com o número crescente de idosos, surgiu à necessidade de mudanças para uma atenção integral e prioritária. Pensando em atender essa demanda foi criado a Política Nacional do Idoso, sobre a lei de número 8.842/94 tendo como objetivo assegurar os direitos

sociais do idoso, criando condições para manter e promover sua autonomia e independência (BRASIL, 2010).

Logo, surgiu à necessidade de expandir e assegurar os direitos dessa parcela da população, garantido pela Constituição Federal de 1988. Pensando nisso, o governo sanciona a lei de nº 10.741 de 1º de outubro de 2003, criando o estatuto do idoso, que reconhece o idoso, aquele com idade igual ou superior a 60 anos de idade, contendo vários capítulos que dispõem sobre o direito a saúde, alimentação, moradia, educação, cultura e das outras providências, reconhecendo assim, seu papel na sociedade tendo em vista uma legislação que o beneficia e o trata como cidadão (BRASIL, 2013).

E em virtude do pacto pela saúde em 2006, foi instituída a portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006, aprovando a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, cujo propósito é promover a elaboração ou a readequação de seus programas, projetos e atividades, cuja finalidade destina-se a recuperar, manter e promover a autonomia e independência das pessoas idosas, através de medidas de saúde coletivas e individuais, em concordância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2006).

Então convém destacar que as instituições de Longa Permanência podem exercer um papel relevante no processo de envelhecimento, no tocante a identificação e monitoramento das condições de saúde dos idosos, uma vez que essas apresentam um papel fundamental na promoção, prevenção e reabilitação do idoso (FRANÇA, 2013).

3.2 - Fatores influenciadores do Estado de Saúde do Idoso

Ao decorrer do tempo, várias mudanças ocorridas no campo da medicina, modificações do estilo de vida, avanços tecnológicos e implantação de políticas públicas influenciaram diretamente nas áreas sociais na vida dos seres humanos, acontecimentos que deixam marcas positivas frente à melhoria da manutenção e qualidade de vida ofertados tanto pelo avanço no acesso aos serviços de saúde quanto pela oferta de serviços qualificados.

Compreende-se que essas mudanças ocorrem em rápida velocidade, instigando o repensar das práticas de saúde para que seja possível frente ao processo do envelhecimento ofertar uma atenção com respaldo teórico a fim de mais facilmente contribuir com a melhoria e manutenção da qualidade de vida dos idosos, preservando a capacidade funcional, independência e autonomia, visto o envelhecimento populacional ser uma realidade brasileira e mundial (CARVALHO *et al.*, 2012; SANTOS; CUNHA, 2013).

Perante esse cenário, é possível observar vários determinantes no qual interfere diretamente na vida do idoso, dentre eles pode-se destacar as doenças crônicas, consumo exacerbado de fármacos, depressão, demência e mudanças dos hábitos alimentares associados ao sedentarismo, que implicam na necessidade do repensar das ações de políticas públicas a fim de diminuir a desigualdade socioeconômica garantido os direitos dos idosos numa perspectiva biopsicossocioespiritual (BORIM *et al.*,2012; GEIB, 2012; OMS, 2006 apud MACIEL,2010).

Frente essa realidade, sugere-se fundamental o preparo e capacitação profissional para melhor compreender o processo de envelhecimento no tocante as complicações que essas doenças podem desencadear, na tentativa de despertar mudanças nos hábitos de vida, enfatizando uma melhora não apenas no campo biológico, mas emocional, psicológico e social, solidificando assim, o atendimento holístico, pautado no ser biopsicossocioespiritual. Uma vez que a maior parte das patologias que acometem as pessoas com 60 anos ou mais como as doenças crônicas não transmissíveis, dentre elas as comorbidades do sistema cardiovascular como hipertensão arterial, insuficiência cardíaca congestiva, angina e infarto agudo do miocárdio, tendem a ser de sintomatologia silenciosa, dificultando o diagnóstico e tratamento (PEDRONI *et al.*, 2013).

Endossado a esse contexto, outro fator comprometedor para o tratamento dos idosos remete as características peculiares a cada patologia, como o diabetes mellitus, cuja prevalência aumenta com a idade podendo comprometer as atividades de vida diária, em virtude de um possível déficit visual, além desse o uso de medicamentos apresenta uma alta difusão nessa população, uma vez que, associado ao alto índice de doenças crônicas não transmissíveis pode tornar o idoso subordinado a utilização de drogas farmacêuticas que ao decorrer do tempo pode trazer complicações associadas às modificações farmacológicas, resultando assim na não continuidade do tratamento ou seu abandono (MOSCA *et al.*,2013).

Então se faz necessário ter cautela com o uso indiscriminado de medicamentos a fim de evitar danos ao sistema funcional cognitivo, já que durante o processo de envelhecimento normal, é possível identificar que funções cognitivas diminuem naturalmente com a idade, ou seja, há uma redução da atenção, concentração e memória, que interfere diretamente na vida do idoso contribuindo para perda das capacidades físicas e mentais, essenciais na realização de suas atividades de vida diária (FILHO *et al.*,2008; WHO, 2005). Essas interferências podem implicar na dependência para executar atividades de vida diária como cozinhar, lavar e passar uma roupa, consertar um móvel, costurar, realizar compras, ir ao banco sacar dinheiro (JARDIM; BARRETO; GIATTI, 2010).

Essas possibilidades se tornam preocupantes, pois a dependência pode causar a necessidade de ajuda e apoio familiar, seja de ordem física e/ou psicológica, e o desejo de realizar obrigações desde as mais simples até as complexas sem o auxílio de uma pessoa pode ainda aumentar a predisposição do idoso a quedas e fraturas que são bastante comuns nessa idade, podendo trazer sofrimento e imobilidade corporal, sendo outro fator influenciador do estado de saúde, com implicações pessoais, familiares e governamentais (SUNDRÉ *et al.*, 2012).

Estudos expõem também a depressão e demência com uma alta prevalência na população idosa, segundo Leite (2012) em torno de 20% das pessoas com idade igual ou superior a 80 anos tem demência e 15 a 20% manifesta sintomas depressivos, que influencia no seu modo de vida. Atualmente, caracteriza-se como um problema de saúde mental crescente, necessitando de uma atenção dos profissionais de saúde, permitindo que os mesmos utilizem estratégias de intervenções com enfoque na promoção da saúde mental e na identificação de fatores depressivos (SANTOS; SANTOS, 2015).

A qualidade da alimentação é uma condição na qual interfere também no processo de envelhecimento, alterações dos hábitos alimentares são comuns devido às papilas gustativas estarem em quantidade reduzida, havendo perda da sensibilidade, diminuição do paladar, diminuição de secreção gástrica, mastigação inadequada devido à falta de dentes e próteses impróprias, coincidindo da mesma forma na redução do olfato e tato. Dessa maneira alterações nestes sentidos vão interferir na alimentação diária podendo o idoso deixar de comer os nutrientes essenciais que mantêm nosso corpo saudável e de identificar substâncias nocivas à saúde (ANDRADE, 2013).

Então, dentre essas variáveis o estado nutricional tem envolvimento direto com a qualidade de vida do idoso, a prática de hábitos saudáveis, de uma alimentação rica em frutas, verduras, legumes e fibras, a redução do consumo de sódio e alimentos gordurosos, vai fazer com que o idoso possa comer bem, de maneira equilibrada, condicionando assim numa prevenção de possíveis doenças causadas por uma má alimentação ou por falta dos nutrientes e vitaminas essenciais para o equilíbrio da sua saúde (MALTA; PAPINI; CORRENTE, 2013).

Além dos inadequados hábitos alimentares, o sedentarismo é visível nessa parcela da população, podendo contribuir com o aumento de incapacidades, fragilidade e imobilidade, deixando o idoso susceptível a uma série de doenças crônicas degenerativas em virtude da inatividade física, sendo a função muscular uma das mais comprometidas, em circunstância da não realização de exercícios, seja por opção ou por detrimento de alguma patologia, ou seja, várias alterações em decorrência do sedentarismo trarão limitações tanto física como

funcionais, onde às vezes poderá dificultar e impedir que o idoso realize suas atividades diárias (SOUZA, 2010; VILA *et al.*, 2013).

Logo a prática de exercícios físicos em junção com uma boa alimentação influencia diretamente no processo saúde e doença dos idosos, comorbidades como hipertensão arterial, taxas elevadas de colesterol e triglicérides, osteoporose e dores musculares tende a ter ocorrências cada vez menores com a realização regular de exercícios físicos. Estudo mostra 54% de decréscimo de mortalidade por doenças cardiovasculares por mudança do modo de viver, ou seja, o resultado da prática diária de exercícios físicos fundamentalmente estará sendo benéfico para a saúde da pessoa idosa (ZAGO, 2010).

Outro fator determinante no estado de saúde do idoso é a condição socioeconômica, deixando socialmente mais vulneráveis as classes com renda per capita menor ou igual a um salário mínimo, pois muitos idosos convivem com familiares tendo que ajudar nas despesas financeiras da casa, podendo ter a aposentadoria como a única fonte de renda para suprir suas próprias necessidades e dos parentes com o qual reside, condição essa que afeta diretamente na qualidade de vida do idoso, deixando-o mais susceptível e exposto a fatores internos e ambientais por não ter acesso a serviços e ações que favoreçam a melhoria da qualidade de vida e assistência a saúde (GEIB, 2012).

Frente ao exposto, evidencia-se que os fatores influenciadores do estado de saúde do idoso podem estar interligados a alterações ao decorrer da vida, podendo variar de um indivíduo para outro, sendo assim, algo natural, heterogêneo, não linear, presente no contexto biopsicossocial e cultural no qual o idoso está inserido (FECHINE; TROMPIERI, 2012), e que precisa estar sendo continuamente avaliado pelos profissionais de saúde, para assim ser possível um atendimento integral.

3.3 - Instituições de longa permanência para idosos

Muito são as circunstâncias que levam a saída do idoso da sua residência ou do convívio familiar em busca de um novo lar. As razões para esse tipo de acontecimento são diversas, as pesquisas apontam que entre as causas da institucionalização estão às condições financeiras, o abandono por parte de familiares, o falecimento do cônjuge, por viver sozinho em um domicílio, devido algum motivo de doença que requer cuidados diários, não querer ser uma sobrecarga na vida dos filhos ou por não ter filhos, e outros escolhe como opção e vontade própria. Deixando assim o idoso numa situação que requer um auxílio de inserção social para sua auto sobrevivência em meio a esses fatores existentes (CARMO *et al.*, 2012).

Diante disso, podemos avaliar no contexto histórico no Brasil, a existência de espaços generalizados destinados acolherem essas pessoas; várias nomenclaturas são apresentadas, entre elas destacar se: os asilos, abrigos de idosos, casas de repouso, clínicas geriátricas e agora instituições de longa permanência para idosos; várias denominações, porém todas com uma finalidade em comum: dá moradia, alimentação, vestimentas e prestação de cuidados, independentemente (SILVA; ALMEIDA, 2013).

Em virtude da crescente dimensão desses locais e a necessidade de organizar esse serviço, e na importância que desempenha suas ações de cuidado aos idosos, a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia criou o termo ILPI – Instituição de Longa Permanência para Idosos, essa nova denominação, tentar quebrar paradigmas, substituindo os sinônimos antes existentes, para intitular agora as instituições que oferece local destinado a cuidados de idosos (COSTA; MERCANTE, 2013).

Essas ILPIs passam a ser regulamentada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária, através da Resolução da diretoria Colegiada de número 283, de 26 de setembro de 2005, na qual estabelece dentro da legislação vigente os critérios para o seu funcionamento. Definindo as ILPIs como instituições de caráter governamental ou não governamental, designadas a moradia coletiva de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, que tenha ou não o apoio familiar; e devem propiciar os direitos humanos, civis, políticos, econômicos, sociais e culturais de cada indivíduo residente na instituição, garantindo assim seus direitos como cidadãos (BRASIL, 2005).

O objetivo dessas instituições é contribuir no processo do envelhecimento de forma assistir integralmente essas pessoas, assegurando o seu bem estar físico, emocional; e sempre buscando condições que favoreça essas pessoas a conseguir superar os desafios e mudanças acarretadas pelo novo ambiente que agora convive (SILVA; COMIN; SANTOS, 2013).

É importante ratificar que essas instituições, não são instituições de saúde, elas fazem parte da rede de assistência social voltada à população idosa; embora hoje busca uma integração com o campo da saúde, devido os serviços já disporem de uma equipe multiprofissionais de: enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, fisioterapeutas cuidadores, entre outros, compreendendo desse jeito como uma ferramenta hídrica mais complexa e ampla na assistência (CAMARANO; KANSO, 2010).

Em relação ao perfil dessas ILPIs, percebe que grande maioria é de caráter público e filantrópico, suas origens às vezes surgem dos anseios da comunidade, devido à deficiência de políticas públicas para moradia de idosos; por isso que maior parte desses residentes são pessoas com condições financeiras carentes e pobres (KANSO, 2010).

Isso é uma peculiaridade marcante da nossa população brasileira: a pobreza; sendo as aposentadorias e pensões única fonte financeira de renda para garantir suas necessidades, o que não é suficiente para atender a demanda de uma pessoa idosa. E é esse dinheiro que contribui para a manutenção das ILPIs, além de algumas doações por parte do governo e da sociedade civil, ou seja, tendo apenas como certo de renda os recursos repassado integral ou parcial pelos idosos as instituições, levando nesses casos restrições e limitações orçamentárias, influenciando diretamente no atendimento e como determinante do padrão de qualidade de vida dos residentes (ARAÚJO *et al.*, 2014).

E como é visto pelos idosos as ILPI, segundo Mello *et al.*, (2013) se apresentam como locais cheios de rotinas, atividades e refeições com horários definidos e perda da liberdade, o idoso tem que adapta as normas da casa, acarretando com isso limitações funcionais em tarefas que poderia desempenhar de acordo com suas condições, mas devido às restrições deixam de executá-las. Já para Corrêa (2011) os idosos exteriorizam seu contentamento e bem estar, sentindo se bem cuidados nos serviços ofertados pela instituição, ou seja, apesar das eventualidades os idosos vêem as ILPI como uma imagem positiva perante todo contexto existente.

Diante do exposto percebe um desafio dessa nova conjuntura representada pelas as Instituições de Longa Permanência, em circunstância do aumento progressivo da população idosa tem se uma busca maior por essas instituições sendo uma nova alternativa de habitação para nossos idosos, as mesmas exercem um papel relevante no processo de envelhecimento, tendo sua importância no tocante a identificação e monitoramento das condições de saúde dos idosos, uma vez que essas podem contribuir na promoção, prevenção e reabilitação dos moradores (FRANÇA, 2013).

3.4 - Qualidade de vida

Em circunstância do aumento da longevidade que faz ascender o processo de envelhecimento, traz consigo uma série de modificações, umas próprias do envelhecimento e outras extrínsecas, que faz pensar sobre o termo qualidade de vida na velhice, sendo esse um somatório no qual traz consigo aspectos sociais, culturais, individuais da sua história (TRENTINI, 2004).

O termo qualidade de vida está associado a diferentes significados dando o seu atual sentido no campo que é estudado; para área da medicina ter qualidade de vida diz respeito a custo/benefício, ou seja, têm se um valor a pagar para ter direito as condições e serviços de

saúde, seja ele no público como pagamos através dos impostos arrecadados pelo governo ou no privado pela prestação de trabalho ofertado aos seus clientes, todo esse ônus é esperado o retorno provento de uma assistência voltada as necessidades do paciente e na resolubilidade de seus problemas (NERI, 2000).

Já para o grupo de qualidade de vida da OMS a QV é definida como: “percepção individual da pessoa acerca de sua posição na vida de acordo com o contexto cultural e seu sistema de valores, considerando seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (FLECK, 2010).

Então a qualidade de vida pode ser entendida a partir do meio que o mesmo está inserido, levando em conta aspectos de realização, satisfação, bem estar, independência e relações sociais, englobando uma série de itens que o mesmo define como resultado de satisfação para sua vida (VECCHIA *et al.*, 2005; NERI, 2007).

No que diz respeito aos idosos, que habita nas instituições de longa permanência, estudos apontam os mesmos em condições de inferioridade relacionado aos outros idosos, isso ocorre em virtude de alguns fatores como: ausência de atividades físicas e terapêuticas, afastamento do convívio social, diminuição ou inexistência de uma rede de apoio e baixo índice de escolaridade, essa junção compromete na qualidade de vida desses residentes se nem uma ação for desenvolvida afim de melhorar seu estado de saúde (CARNEIRO *et al.*, 2007; FILHO *et al.*, 2014).

Por isso tem sido um motivo constante de debate a QV dos idosos, tendo o objetivo de proteger e precaver a saúde do indivíduo, no sentido que os mesmos possam vivenciar o envelhecimento de maneira digna. Podendo utilizar a promoção de saúde como ferramenta colaborativa nesse contexto por meio de ações que garantam condições de vida e saúde (TORRES *et al.*, 2009; FRANÇA, 2013).

E ultimamente está se utilizando da terminologia qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS), no qual conceitua aspecto multidimensionais onde exploram diversos itens no campo físico, emocional e social, mas enfatiza as condições funcionais e clínica do idoso, detalhando com precisão elementos que estão diretamente ligados á saúde. Em virtude do processo de envelhecimento, associado a problemas pré existentes de cada individuo, torna se um instrumento importante para a população idosa, uma vez que avalia minuciosamente o processo saúde e doença (SEIDL; ZANNON, 2004).

4 - MATERIAIS E MÉTODOS

4.1-Tipo de Estudo

Este estudo será de natureza descritiva, exploratória, com abordagem quantitativa. Na pesquisa descritiva os fatos são observados, registrados, analisados, classificados e interpretados, não havendo interferência do pesquisador, os fenômenos são estudados sem a manipulação do mesmo, sendo uma das características da pesquisa a técnica padronizada de coleta de dados, realizada principalmente através de questionamentos e da observação sistemática, tendo como objetivo conhecer as diversidades das situações que o indivíduo ou grupo se encontram, seja no contexto político, econômico, cultural ou social (SEVERINO, 2004; ANDRADE, 2003).

O estudo exploratório tem por objetivo proporcionar maiores informações sobre o assunto a ser investigado, facilitando a delimitação do tema, orientando a fixação dos objetivos e a formação da hipótese ou descobrir uma nova possibilidade de enfoque para o assunto, dando subsídio para realizar uma pesquisa satisfatória (PRESTES; 2003).

Já a abordagem quantitativa é considerada uma representatividade da população, já que são dados coletados matematicamente em grande número de casos existentes, o que torna um retrato real sobre determinado estudo. Trata-se de uma pesquisa objetiva em que ocorre uma análise utilizando procedimentos já estruturados e instrumentos formais alcançando um resultado em tempo instantâneo (GERHARDT; SILVEIRA, 2009).

4.2 - Local do Estudo

O presente estudo será realizado em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs), no município de Cajazeiras - PB, Brasil. A cidade possui três ILPIs conhecidas como Lar de idosos Lucas Zorn, Lar dos Idosos Grupo Espírita Kardecista o Reencontro e Casa do idoso Joca Claudino.

A cidade de Cajazeiras é localizada no interior do estado da Paraíba, distante 468 km da capital do estado de João Pessoa, faz parte do semi-árido paraibano, possui uma área da unidade territorial de 565, 899 Km², densidade demográfica é de 103,28 hab/Km², sua população é de 58.446 habitantes de acordo com último censo de 2010 e com uma estimativa de 61.431 habitantes para o ano de 2015, segundo o IBGE (2015). Faz limite com os municípios de São João do Rio do Peixe (norte e a leste), Nazarezinho (sudeste), São José de Piranhas (sul), Cachoeiras dos Índios, Bom Jesus (a oeste) e Santa Helena (noroeste), sendo o oitavo maior município em população da Paraíba.

Justifica-se a escolha desse local pela crescente demanda da população idosa, que passou de 6.049 (BRASIL, 2010) para 7.531, segundo as estimativas do IBGE (2014). Associado a isso, há poucas evidências de pesquisas desenvolvidas nesse município, além deste ser pólo para acomodação de idosos de cidades circunvizinhas, que não possuem ILI's.

4.3 - População e Amostra

De acordo com Gil (2008), a população ou universo é um conjunto de todos os elementos que possuem determinadas características em comum. A amostra seria um subconjunto da população, que através da mesma permite estabelecer ou estimar características da população.

A população e amostra estudada será composta por todos os 45 idosos residentes nas três ILPI's, sendo a amostra delimitada a partir dos critérios de inclusão e exclusão.

4.4 - Critérios de Inclusão

Ser residente da ILPI há pelo menos 06 meses e apresentar boa compreensão para responder ao questionário, mostrando-se consciente e orientado.

4.5 - Critérios de Exclusão

Idosos com tempo de permanência na ILPI inferior a seis meses, com diagnóstico clínico de Alzheimer em virtude da perda progressiva da memória, desorientação e/ou dificuldade para compreender e se expressar não conseguindo responder ao questionário de forma coerente.

4.6-Instrumento e Coleta de Dados

O instrumento utilizado será um questionário semiestruturado, constituído por questões objetivas e subjetivas com a finalidade de atender aos objetivos propostos. O instrumento foi dividido em duas partes, sendo a primeira voltada aos dados sócios-demográficos e clínicos do sujeito, e a segunda dirigida às questões referente ao instrumento Perfil de Saúde de Nottingham (PSN).

O PSN é um instrumento que avalia a qualidade de vida, não se restringindo apenas a sintomatologia de uma doença, bastante utilizado para avaliar a qualidade de vida de idosos. Foi desenvolvido na língua inglesa, sendo adaptado e traduzido para versão em português, apresenta 38 itens com respostas “sim” ou “não”, agrupadas em seis domínios: *nível de energia* (NE) 3 itens analisa o nível de energia e fadiga; *dor* (D) 8 itens verifica a presença de dor, sua intensidade e interferência nas AVDs; *reações emocionais* (RE) 9 itens apresenta questões sobre ansiedade, depressão, alterações no comportamento ou descontrole emocional

e bem estar psicológico; *interação social* (IS) 5 itens analisa sentimentos de solidão e a dificuldade de interagir com outras pessoas; *habilidades físicas* (HF) 8 itens verifica a presença de limitações durante a realização das AVDs; e *sono* (S) no qual 5 itens analisa a qualidade do sono e a existência de insônia (TEXEIRA-SALMELA *et al.*, 2005; MOURA *et al.*, 2005).

Como supracitado, as respostas relativo ao PSN devem ser “sim” ou “não”, cada “sim” aos itens indica uma percepção negativa de comprometimento ao determinado domínio, enquanto cada “não” corresponde à percepção positiva de qualidade de vida, ou seja, quanto maior o escore de respostas “não”, melhor será a qualidade de vida (TEXEIRA-SALMELA *et al.*, 2004).

4.7 - Procedimentos para Coleta de Dados

Os dados foram coletados no período de março do decorrente ano, após contato com as Instituições de Longa Permanência para Idosos, a fim de solicitar autorização para realização do presente estudo, por meio de ofício direcionado a cada instituição, emitido pela coordenação do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, Campus Cajazeiras, apresentando o objetivo da pesquisa e o pedido de autorização. Após ser concebida a permissão para a efetivação da pesquisa, o projeto será enviado ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da universidade supracitada, através do Portal da Plataforma Brasil para apreciação e avaliação da viabilidade da pesquisa. Após aprovação, serão agendadas visitas aos idosos, dando início a coleta de dados.

Por tratar-se de um instrumento que utiliza uma linguagem de fácil entendimento, o mesmo pode ser auto administrado, no entanto, optar-se-á pela aplicação por parte do pesquisador, a fim de evitar erros na interpretação das perguntas, para não comprometer a veracidade do estudo (TEXEIRA-SALMELA *et al.*, 2004).

4.8-Análises dos Dados

Os dados serão analisados mediante o somatório dos itens das respostas “sim” e “não”, relacionando cada ponto ao seu respectivo domínio. Os resultados serão organizados, tabulados e analisados no SPSS- Statistical Package for Sciences (versão 21), utilizando estatísticas descritivas de frequência, porcentagem, média, desvio padrão e mediana, Aceitando-se como estatisticamente significativo um $p \leq 0,05$. Sendo que em porcentagem de zero (0) a cem (100) o número de repostas “não” diminuída representa pior qualidade de vida e o aumento dessas, melhor qualidade de vida. Os dados serão apresentação por meio de tabelas para melhor visualização e posteriormente confrontada com a literatura vigente.

4.9-Posicionamento Ético

A pesquisa obedecerá aos aspectos éticos e recomendações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre o respeito pela dignidade humana e pela especial proteção de vida aos participantes das pesquisas científicas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012).

O estudo teve aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição de ensino, sob CAAE: 54091716.0.000.5575. Sendo garantido aos sujeitos, a liberdade de participar ou não do estudo, os que se disponibilizarem vão assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que contém as informações referente a pesquisa e as definições de participação, sendo respeitados os direitos dos participantes e garantido os devidos princípios éticos durante todas as etapas da pesquisa.

5. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Apresenta-se a seguir os resultados e discussões óbitos com a pesquisa. Inicialmente a discussão partirá sobre a caracterização do perfil sócio demográfico dos residentes das três instituições de longa permanência para idosos, localizados na cidade de Cajazeiras - PB, totalizando 45 idosos que refere todo o universo do estudo, tendo assim o objetivo de evidenciar as particularidades encontradas na apresentação dos dados sócios demográfico dos indivíduos que convivem nestes espaços. Neste sentido algumas variáveis foram consideradas para análise dos resultados sócios demográficos, tais como: gênero, idade, escolaridade, estado civil, tempo de internação, motivo da institucionalização, comorbidades, grupo (G1) que participou apenas dos dados sociodemográfico e grupo (G2) participou dos dados sociodemográfico e do perfil de saúde de Nottingham.

Identificar o perfil dos idosos que habita nas ILP é tornar possível a viabilização da promoção, prevenção e tratamento a saúde na terceira idade, é contribuir para o levantamento de medidas importantes que visa melhoria da qualidade de vida no processo de envelhecimento, em especial dos institucionalizados (CASTRO & PRUDENTE, 2012).

De acordo com os resultados da pesquisa a predominância do gênero feminino entre os idosos institucionalizados, confirmando o achado em outros estudos, que revela maior expectativa de vida nas mulheres, isto se justifica por que as mesmas têm uma preocupação com a sua saúde e sempre estão procurando se cuidar; diferente dos homens em sua grande maioria só procura as unidades de saúde e uma avaliação médica quando já encontra acometido por determinada patologia, isso está relacionado ao preconceito e a cultura na qual o homem traz consigo ao longo da história, que a doença é para as pessoas frágeis, o mesmo é um ser forte e inabalável, deixando estes assim mais vulneráveis e como consequência ao decorrer do tempo, causa debilitações e limitações que pode levar a óbito, justificando dessa forma a maior concentração de mulheres (LIMA *et al.*, 2013).

Para Carvalho e Wong (2008) o envelhecimento populacional brasileiro, está interligado ao gênero, pois cada dia se faz ver o crescimento da população feminina idosa à medida que aumenta a longevidade. Sendo nos últimos anos, o número de idosos expressou um gradativo crescimento percentual e as mulheres se configuraram em maior número, o que pode explicar a presença destas em quantidade superior aos homens nas institucionalizações.

No que diz respeito à escolaridade dos idosos, os resultados obtidos com o estudo foi de G1 80,0% (nº 12), G2 76,7% (nº 23) não alfabetizados, G1 20% (nº 3), G2 13,3% (nº 4) possuía ensino fundamental incompleto, G1 0% (nº 0%) G2 10,0% (nº 3) tinha ensino fundamental completo. Dados semelhantes foram encontrados na pesquisa de Smniotto e Haddad (2013) em que 80% da predominância dos idosos não era alfabetizados.

Tabela 1. Descrição da amostra dos dados demográficos da amostra.

Variáveis	G1		G2	
	N	%	N	%
Sexo				
Masculino	6	40,0	12	40,0
Feminino	9	60,0	18	60,0
Escolaridade				
Não alfabetizado	12	80,0	23	76,7
Ens. Fundamental Incompleto	3	20,0	4	13,3
Ens. Fundamental completo	0	0,0	3	10,0
Estado civil				
Solteiro(a)	8	53,3	11	36,7
Casado(a)	2	13,3	2	6,7
Divorciado(a) ou Separado(a)	1	6,7	3	10,0
Viúvo(a)	4	26,7	14	46,6

G1 – grupo que participou apenas dos dados sociodemográfico;

G2 – grupo que participou dos dados sociodemográfico e do perfil de saúde de Nottingham.

O analfabetismo ou baixo nível de escolaridade estava relacionado uma educação restrita, voltado à oportunidade de estudos a pouco, em circunstância do difícil acesso as escolas, principalmente no que diz respeito à população nordestina que habitava mais na zona rural, outro ponto a destacar era a não importância dada ao processo educacional, pois em primeiro lugar estava o trabalho para prover as necessidades da família (PERES, 2001; LISBOA; CHIANCA, 2012).

Nota-se, então que a não alfabetização ou baixa escolaridade, são fortes fatores de vulnerabilidade ao idoso, causando o surgimento de incapacidades funcionais, que dificulta, ou mesmo impossibilita o desempenho de suas atividades de vida diária (FEREIRA, 2014).

Em relação à situação conjugal dos idosos neste estudo, apresentou da seguinte forma: G1 53,3 % (n=8), G2 36,7% (n=11) eram solteiro (a), G1 13,3% (n= 2), G2 6,7% (n= 2) casados, G1 6,7% (n=1), G2 10,0% (n=3) divorciado (a) ou separado (a) e G1 26,4% (n=4), G2 46,7% (n=14) viúvo (a). Dados esses que se assemelham ao encontrado por Reis et al (2013) no qual os idosos institucionalizados solteiros correspondiam 41%, seguido dos viúvos 29%,

os casados 16% e os divorciados ou separados 14%, mostrando a maioria assim que eram solteiros seguido de viúvos, casados e divorciado.

Em concordância com o estudo que aponta o alto índice de idosos solteiros e posteriormente viúvos, concerne assim que o elevado número de pessoas solteiras nas ILPI apresenta indicativo de diversos fatores, tais quais: os mesmos podem ter escolhido como opção própria, por ausência de familiares ou considerar se um fardo para a família devido a necessidade de cuidado; e também estar relacionada a condição financeira de muitos não possuir recursos mínimos para a sua sobrevivência deixando excluídos da sociedade e tendo como única alternativa as instituições de idosos (GUEDES & SILVEIRA apud FERREIRA *et al*, 2012).

No que diz respeito ao estado civil de viúvo (a), Pontes, et al (2005) aponta que ausência do companheiro após o falecimento, leva se muito as mulheres ao isolamento social e a modificações de vida, onde nota se que estás representam maior número de pessoas institucionalizadas. Em concordância disso Torres (2009) explica que isso acontece devido os homens após a perda de sua cōnjuge procura um novo relacionamento, ou seja, buscando meios de envolvimento social afim de criar mecanismos que evite isolamento, abandono e sintomas depressivos, explicando desta maneira uma das causas de menor índice do gênero masculino.

Percebe-se, portanto que independente do estado civil, os idosos tem como alternativa as ILPI, possibilitando o empoderamento através do fortalecimento de vínculos criado entre os residentes e a participação social.

A idade média dos idosos institucionalizados conforme a tabela 2 foi de 73,60 no G1 e 79,47 no G2, variado de 60 a 115 anos a faixa etária.

Tabela 2. Descrição das médias de idade e tempo de internação

		G1	G2	P
Idade	Média	73,60	79,47	
	Desvio padrão	23,64	10,78	
	Mediana	76,00	79,50	0,27
Tempo de internação	Média	2,79	6,68	
	Desvio padrão	4,48	6,02	
	Mediana	0,25	4,00	0,03

G1 – grupo que participou apenas dos dados sociodemográfico;

G2 – grupo que participou dos dados sociodemográfico e do perfil de saúde de Nottingham.

Para Duca (2010) os idosos mais longevos ≥ 80 anos, são os mais novos candidatos a institucionalização, os quais se encontram dentro do nosso estudo no qual pode ser visto pelo desvio padrão de idosos com idade superior a média calculável; e ainda de acordo com o autor supracitado, argumenta que isso ocorre em razão de quanto maior a faixa etária, maior será as incapacidades, limitações e aumento de doenças crônicas não transmissíveis resultando na institucionalização do idoso.

De acordo com a pesquisa de Reis *et al.*, (2013) conforme verifica que a maior parte dos idosos apresenta idade média de 76,57 anos, é similar ao encontro do corrente estudo no qual a frequência da média ficou de 73,60 a 79,47.

Então o crescimento da longevidade dos idosos ao decorrer do tempo traz consigo o declínio cognitivo, mudanças funcionais e estruturais que afeta diretamente no processo de envelhecimento e na qualidade de vida da pessoa idosa (LIMA *et al.*, 2013).

Percebe-se a importância de ter informações da idade da população residente, uma vez que com a idade avançada, estão mais vulneráveis a contrair doenças, a perder autonomia e apresentar algum grau de dependência.

Quanto ao tempo de internação a tabela 2 mostra que para o grupo dois o tempo é bem maior se comparado ao grupo um, com diferença estatisticamente significativa, o qual pode ser explicado em razão do G1 fazer parte dos indivíduos excluído da pesquisa do perfil de saúde de Nottingham, utilizando seus dados com única finalidade de avaliar o perfil de saúde dos idosos institucionalizados, sendo um dos critérios de exclusão era conviver na instituição a pelo menos seis meses, sendo desta forma um dos fatores ocasionadores da mediana tão baixa (0,25), comparado ao grupo dois.

Os dados encontrados na média do grupo dois foram semelhantes ao descrito no estudo Côrrea e Bessa (2008) sobre idosos institucionalizados no município de Belém-PB com uma média de 6,5 anos o tempo de residência dos idosos nas ILPI.

Um achado interessante relacionado ao tempo de internação dos idosos, que Lucchetti (2010) destaca é quanto ao uso de vários medicamentos, a mesma refere os idosos com mais tempo de internação utiliza-se de uma polifarmácia, isso ocorre em circunstância das comorbidades acometida pelos idosos, ocasionado por alterações orgânica, metabólica, psíquica e do estilo de vida adotado pelos mesmos. Portanto o que se vê é que associação de diferentes patologias e o uso prolongado de fármacos pode indicar uma baixa qualidade de vida pelo fato dos idosos começarem apresentar limitações, restrições e baixo déficit cognitivo, correlacionado a doença e a terapêutica medicamentosa.

Observa-se que ao passo que os idosos são encaminhados às ILPI, habitam neste local por muito tempo ou até o seu falecimento, casos esporádicos de retorno ao contexto familiar e social pode vir acontecer.

A tabela 3 mostra que para os dois grupos o principal motivo de institucionalização foi maus tratos seguido de morava sozinho.

Tabela 3. Motivo da institucionalização

	G1		G2	
	N	%	n	%
Encaminhado pelo ministério público	0,0	0,0	2	6,7
Por determinação judicial	1	6,7	1	3,3
Não tinha quem cuidasse	2	13,3	3	10,0
Morava sozinho(a)	5	33,3	8	26,7
Falta de familiares para cuidar do idoso(a)	0	0,0	3	10,0
Maus tratos	6	40,0	10	33,3
Abandono Familiar	1	6,7	1	3,3
Moradora de rua	0	0,0	2	6,7

G1 – grupo que participou apenas dos dados sociodemográfico;

G2 – grupo que participou dos dados sociodemográfico e do perfil de saúde de Nottingham.

Os dados da pesquisa são semelhantes ao estudo de Lisboa (2010) com idosos institucionalizados de um município de Minas Gerais, mostrando que 30% dos seus entrevistados moravam sozinho. Sendo uma prática bastante existente na nossa sociedade idosos convivendo em sua residência sem o apoio familiar e em condições de vulnerabilidade, por não possuir uma situação financeira satisfatória que atenda suas necessidades. E a partir do momento que começa a possuir algum grau de dependência que necessite da prestação de cuidados para a realização das atividades de vida diária, as ILPI são percebidas neste momento como único meio de assistir integralmente esse idoso.

No estudo de Lisboa (2010) um dos motivos da internação dos idosos está relacionado aos maus tratos representando 7% dos pesquisados, esses dados diferem da presente pesquisa predominando um percentual de 40% de idosos institucionalizados por maus tratos. Essa divergência está relacionada ao fato de uma das ILPI onde o estudo foi desenvolvido receber denúncia de idosos que estão sofrendo algum tipo de violência, ir junto com autoridades competentes resgata o idoso dessa situação, onde passará a conviver agora nas instituições destinada aos idosos.

Outros estudos apontam que a admissão de idosos nas instituições está relacionada à doença, tratamento e decisão partindo da família para institucionalizar (ALENCAR *et al.*, 2012). Pois a falta de políticas públicas de saúde que atenda a demanda da população, somado as condições financeiras baixa do idoso, muitos tendo como única fonte de renda sua aposentadoria ou pensão, que não vem a suprir todas as demandas do idoso principalmente quando esse precisa de cuidados integrais de saúde encontra como saída à institucionalização.

No que diz respeito a entrada de idosos na instituição, tendo a família com idealizadora dessa condução, é justificada por oportunizar condições de cuidados e reabilitação e dispor de serviços sociais e de saúde que procura atender as necessidades do idoso, no qual as famílias por indisponibilidade para cuidar ou por falta de suporte familiar transfere total responsabilidade as instituições (LIMA *et al.*, 2013).

Percebe-se que o motivo da institucionalização ocorre por diferentes circunstâncias o qual isso pode configurar em dois cenários distintos, o primeiro de mudança, resistência, adaptações e não aceitação ao novo estilo de vida ocasionando diminuição na qualidade de vida; e o segundo para aqueles que têm a instituição de longa permanência como única alternativa de proporcionar um novo recomeço da sua história, logo a qualidade de vida apresenta se bem melhor após a residência nas instituições.

A tabela 4 que existe uma grande diversidade de comorbidades entre os dois grupos. Algo que talvez possa ser ressaltado é que 40% dos idosos do grupo 1 possuíam doença de Alzheimer e 43,3% do Grupo 2 hipertensão arterial.

Tabela 4. Descrição das comorbidades da amostra.

	G1		G2	
	n	%	n	%
Nenhuma	2	13,3	5	16,7
Hipertensão Arterial	1	6,7	13	43,3
Demência senil	1	6,7	2	6,7
Ansiedade	0	0,0	1	3,3
Bipolaridade	0	0,0	1	3,3
Diabetes Mellitus	4	26,7	6	20,0
Câncer de pele	0	0,0	1	3,3
Doença de Parkinson	0	0,0	1	3,3
Insônia	1	6,7	0	0,0
Doença de Alzheimer	6	40,0	0	0,0

G1 – grupo que participou apenas dos dados sociodemográfico;

G2 – grupo que participou dos dados sociodemográfico e do perfil de saúde de Nottingham.

De acordo com o estudo a enfermidade de maior predominância observada e com diagnóstico clínico fechado foi hipertensão arterial, sendo uma das patologias crônicas mais comuns na terceira idade, foi verificado também que vários idosos apresentava mais de uma enfermidade.

Assim estando em concordância com os estudos de Aguiar (2013) e Pontes *et al.*, (2015) que constata a hipertensão arterial em alta prevalência nos idosos, alguns fatores devem ser levados em consideração por ser um risco para o surgimento da hipertensão, entre eles estão pessoas obesas, quantidades abusivas de bebidas alcoólicas, tabagistas por longo tempo, taxas elevadas dislipidemia, histórico familiar de doença hipertensiva, estes fatores de risco poderão ocasionar complicações cardiovasculares, acidentes vasculares encefálico e insuficiência renal; essas condições clínica associado ao envelhecimento poderá causar incapacidades físicas, limitações nas atividades de vida diária e consequentemente uma menor qualidade de vida desse idoso.

No que se refere à doença de Alzheimer foi encontrado percentuais mais baixo em outros estudos, na pesquisa de Liniet *al.*, (2014) 27,5% dos idosos eram acometido por essa enfermidade, a grande elevação da doença de Alzheimer no G1 representado por 40% desta pesquisa está relacionado a idade avançada dos entrevistados, Aprahamaian, Martinelli e Yassuda (2008) afirma que a idade é um dos principais fatores de risco para o surgimento dessa patologia .

A doença de Alzheimer é uma doença crônica neurodegenerativa na qual causa declínio das funções cognitivas, comprometendo a memória, linguagem e afetando o comportamento e personalidade do indivíduo, a uma ligação entre o estágio da demência com a qualidade de vida, quanto maior o estágio mais dependência esse idoso terá, prejudicando as atividades de vida diárias básica e posteriormente nas atividades instrumentais de vida diárias (LIMA *et al.*, 2013).

Foi possível observar que todos os idosos com diagnóstico de Alzheimer nas três instituições são totalmente dependentes, precisando de uma equipe de multiprofissionais para prestação de cuidado, o qual isso não é visto, funcionando com o mínimo de profissionais possível devido à questão financeira, assistência se torna comprometida e outras complicações poderão vir acontecer pelo fator da não existência de atividades terapêuticas que envolva funções cognitivas e exercícios físicos.

A tabela 5 faz uma descrição da qualidade de vida relacionada aos níveis de energia dos idosos. O problema mais relatado foi que tudo para o idoso requer muito esforço (66,7%) e o menos foi que eles ficam cansados o tempo todo, com apenas 10% da amostra.

Tabela 5. Descrição da qualidade de vida relacionada ao nível de energia

		N	%
Eu fico cansado o tempo todo	Não	27	90,0
	Sim	3	10,0
Tudo para mim requer muito esforço	Não	10	33,3
	Sim	20	66,7
Eu perco minha energia rapidamente	Não	13	43,3
	Sim	17	56,7
Média	1,33		
Desvio padrão	0,95		
Mediana	2		

Obs. Pontuação máxima possível 03 (três) mínima (0,0)

Essa maior frequência que tudo para o idoso requer muito esforço pode estar associado ao sedentarismo, visto que a vitalidade dos idosos correlaciona-se aos níveis de energia mais baixo em circunstância da ausência de atividade física, acarretando uma piora na qualidade de vida, com tendência de que os mesmos se tornem pessoas cada vez mais dependentes e incapacitados (MAZO; MOTA; GONÇALVES, 2005).

Então é preciso que as instituições proporcionem alternativas e incentive a prática de exercícios físicos, contribuindo com a manutenção da capacidade funcional, promoção de saúde e prevenção de doenças, possibilitando assim uma melhor qualidade de vida. Outro ponto relevante é a necessidade de efetivar essas práticas físicas, com o auxílio de um profissional fisioterapeuta, para os idosos acamados e debilitados, para que não haja progressão da debilidade.

Com relação ao menor número da amostra que se apresentou cansado o tempo todo, o autor Junior e Trindade (2013) afirma que o processo de envelhecimento traz consigo modificações no aparelho cardiovascular e no sistema musculoesquelético atingindo os domínios de habilidades físicas e níveis de energia, prejudicando assim a saúde do idoso. Assim, caracteriza-se como um dos sintomas bem prevalentes nessa faixa etária, sendo esses saudáveis ou não, suscitando a necessidade de um agir preventivo, estimulando práticas para o fortalecimento cardiovascular e musculoesquelético, como canto, hidroterapia, dança, dentre outros.

A tabela 6 descreve a qualidade de vida relacionada à dor. A maior queixa dos idosos estava na dor em subir e descer escadas (66,7%), seguida de “eu sinto dor o tempo todo” (46,7%). Nenhum idoso relatou dor insuportável. Em uma variação possível de sete pontos, a mediana foi de dois (02), essa baixa pontuação, parece indicar boa qualidade de vida nesse domínio.

Tabela 6. Descrição da qualidade de vida relacionada à Dor

		n	%
Eu sinto dor à noite	Não	27	90,0
	Sim	3	10,0
A dor que eu sinto é insuportável	Não	30	100
	Sim	0	00
Eu sinto dor para mudar de posição	Não	21	70,0
	Sim	9	30,0
Eu sinto dor quando ando	Não	18	60,0
	Sim	12	40,0
Eu sinto dor constantemente	Não	16	53,3
	Sim	14	46,7
Eu sinto dor para subir e descer escadas ou degraus	Não	10	33,3
	Sim	20	66,7
Eu sinto dor quando estou sentando	Não	21	70,0
	Sim	9	30,0
Média	2,30		
Desvio padrão	1,76		
Mediana	2,00		

Obs. Pontuação máxima possível 07 (sete) mínima (0,0)

Em consonância com estudo sobre dor em idosos institucionalizados, evidências apontam para a queixa de dor particularmente em membros inferiores, no qual 47,7% da localização ocorriam-nos MMII, justificada pela dificuldade em subir e descer escadas. Esse alto índice de dor em idosos pode relacionar-se a desordens crônicas e degenerativas principalmente as afecções muscoesqueléticas (BARBOSA *et al.*, 2014).

E ainda de acordo com autor referenciado acima, os idosos institucionalizados apresentavam em grande parte dependência para as atividades de vida diária, tendo na instituição cuidadores que auxiliavam na realização de todas as suas atividades, não havendo nem um incentivo ou estímulo para que os mesmos os fizessem sem auxílio, ponto crítico

evidenciado pelo estudo, pois, a não instigação da prática de atividade física poderá ocasionar a incapacidade física, funcional e dependência total, contribuindo para o aumento dos relatos de dores.

Já no que diz respeito à sensação contínua de dor, esse achado corrobora com a pesquisa de Pereira *et al.*, (2015) na qual 37,9% relataram sentir dor continuamente, sendo caracterizadas como crônicas quando presentes a mais de seis meses, necessitando que os profissionais de saúde investigue, avalie, veja quais limitações essas estão lhe causando, para ser possível a elaboração de um plano terapêutico para a melhoria da qualidade de vida. Percebe-se pela mediana (2,00) no domínio de dor aos idosos institucionalizados que não há certo prejuízo na qualidade de vida dos envolvidos na pesquisa, porém torna-se essencial que os profissionais ao avaliar e mensurar a dor, não desvalorize o relato dos idosos e sempre busque a escuta ativa desses, pois a dor é um dos fatores que pode piora significativamente sua qualidade vida.

A tabela 7 faz uma descrição da qualidade de vida relacionada às reações emocionais. Metade dos idosos relataram que tinham esquecido como fazer as coisas que o divertiam e apenas 13,3% relataram que as preocupações estão me mantendo acordado à noite. Nesse domínio, que pode variar de zero a nove, a mediana foi de três, indicando baixa pontuação e boa qualidade de vida, pelo menos para a maioria.

Tabela 7. Descrição da qualidade de vida relacionada às Reações emocionais

		n	%
As coisas estão me deixando desanimado/ deprimido (a)	Não	17	56,7
	Sim	13	43,3
Eu esqueci como fazer coisas que me divertem	Não	15	50,0
	Sim	15	50,0
Eu me sinto extremamente irritado (com nervo a flor da pele)	Não	23	76,7
	Sim	7	23,3
Os dias parecem muito longos	Não	19	63,3
	Sim	11	36,7
Ultimamente eu perco a paciência facilmente	Não	23	76,7
	Sim	7	23,3
Eu sinto como se estivesse perdendo o controle	Não	18	60,0
	Sim	12	40,0
As preocupações estão me mantendo acordado (a) à noite	Não	26	86,7
	Sim	4	13,3
Eu sinto que a vida não vale a pena ser vivida	Não	21	70,0
	Sim	9	30,0
Eu acordo me sentindo deprimido	Não	19	63,3
	Sim	11	36,7

Média	2,97
Desvio padrão	2,19
Mediana	3,00

Obs. Pontuação máxima possível 09 (nove) mínima (0,0)

O fato de 50% dos idosos não sabe mais fazer as coisas que se divertem está relacionado muita das vezes a institucionalização, com o tempo de internação prolongado e o dia a dia cheio de normas e rotinas pré-estabelecidas faz os mesmos ficarem monótonos e acondicionados aos hábitos da instituição. Afirmando o que foi encontrado na presente pesquisa, o autor Adrados (1987) apud Oliveira et al (2011) fala nos “que o idoso que se interna em casa geriátrica e onde permanece mentalmente inativo, tem seu potencial intelectual diminuído e sua criatividade afetada”.

Outros pontos influenciadores referente à perda do divertimento podem estar ligados a falta de liberdade de sair a hora que desejar da instituição, a não ter nenhuma ocupação ou atividade estimulante (CORRÊA, 2010), além do cumprimento excessivo de regras e rotinas, que não são compartilhadas e/ou estabelecidas, considerando a opinião dos idosos.

Então se torna necessário o desenvolvimento de ações por parte da instituição a fim de promover atividades lúdicas e terapêuticas instigando a participação do idoso, seu envolvimento e interação com os outros, alcançando a realização de ações prazerosas que lhes proporcionará divertimento.

Em relação aos idosos o qual informou que as preocupações estão os mantendo acordados, pode associar-se a alterações no sono ou ao acometimento por alguma desordem psicologia, física ou externa, necessitando uma investigação dos possíveis motivos para estabelecimento do ideal tratamento e garantia da qualidade de vida (CORRÊA; CEOLIM, 2008).

A tabela 8 faz uma descrição da qualidade de vida relacionada ao sono. Nesse quesito, a queixa mais frequente foi que eles tomam remédio para dormir, com 40% dos casos e a menos frequente foi apenas 10% relataram dormir mal à noite. A mediana para esse domínio, que pode variar de zero a cinco, e que quanto menor a pontuação melhor a qualidade de vida relacionada ao sono, foi igual um (01).

Tabela 8. Descrição domínios de qualidade de vida no Sono

		n	%
Eu tomo remédio para dormir	Não	18	60,0
	Sim	12	40,0
Eu acordo de madrugada e não pego mais no sono	Não	22	73,3

	Sim	8	26,7
	Não	25	83,3
Eu fico acordado (a) a maior parte da noite	Sim	5	16,7
	Não	20	66,7
Eu levo muito tempo para pegar no sono	Sim	10	33,3
	Não	27	90,0
Eu durmo mal à noite	Sim	3	10,0
Média	1,27		
Desvio padrão	1,31		
Mediana	1,00		

Obs. Pontuação máxima possível 05 (cinco) mínima (0,0)

O uso de medicação para dormir feito pelos idosos pode está ligado a alterações do sono, segundo Santos *et al.*, (2013) modificações no padrão do sono ocorre com o envelhecer, como também o surgimento de patologias clínicas, transtornos mentais e ocorrência de fatores sociais, que interferem diretamente no ciclo vigia/sono, prejudicando a qualidade do sono e concomitantemente a qualidade de vida do idoso.

Já para Monteiro, Neri e Ceolim (2014) a utilização de fármacos com a finalidade de dormir está relacionado a insônia que se caracteriza pela falta de sono ou dificuldade em conseguir dormir, e nos idosos, há uma certa predominância dessa perturbação do sono.

No que diz respeito aos 10% dos idosos que afirmaram dormir mal á noite além dos fatores relatados acima, pode-se apontar a institucionalização como local de piora na qualidade do sono, devido à necessidade de novas adaptações, visto que os idosos terão horários fixos para dormir e acordar, pode deparar-se com quartos muitas vezes coletivos, entrada contínua de profissionais, ligamento de luz e barulho externo, que podem levar e/ou contribuir com a desordem do sono e o mal dormir (ARAÚJO; CEOLIM, 2010).

Foi possível verificar nesse estudo através da mediana 1,00 que o domínio de sono não afetou a qualidade de vida dos idosos institucionalizados, ou seja, está havendo um cuidado com a qualidade do sono dessas pessoas.

A tabela 9 descreve a qualidade de vida relacionada à interação social. Mais da metade dos idosos (60%) relataram que se sentiam sozinhos, a queixa menos citada foi que se sentem um peso para as pessoas, mas ainda assim, aproximadamente 1 em 4 idosos (23,3%) relataram esse problema. Em um pontuação que pode ir até cinco pontos, a mediana foi de 2, estando próxima do ponto médio da escala. Indicando qualidade de vida média.

Tabela 9. Descrição do domínio de qualidade de vida em Interação social

		n	%
Eu me sinto sozinho	Não	12	40,0

	Sim	18	60,0
	Não	16	53,3
Eu acho difícil fazer contato com as pessoas	Sim	14	46,7
	Não	16	53,3
Eu sinto que não há ninguém próximo em que eu possa confiar	Sim	14	46,7
	Não	23	76,7
Eu me sinto como um peso para as pessoas	Sim	7	23,3
	Não	19	63,3
Eu estou tendo dificuldade em me relacionar com as pessoas	Sim	11	36,7
Média		2,13	
Desvio padrão		1,25	
Mediana		2,00	

Obs. Pontuação máxima possível 05 (cinco) mínima (0,0)

O sentimento de solidão ficou bastante caracterizado nessa amostra, corroborando com esse achado o autor Bispo e Lopes (2010) afirma que apesar do idoso estar cercado de outros idosos e profissionais que colaboram no seu cuidado, vivenciam um sentimento de solidão, pois as pessoas que faziam parte do seu contexto social principalmente familiares encontram-se ausente neste momento de suas vidas.

Já para Matias *et al.*, (2013) a solidão está relacionada a sentimentos de tristeza, vazio, falta de atenção e carinho por parte da família. Essas ocorrências podem acarretar o isolamento social do idoso e trazer problemas de saúde, principalmente de ordem psicológica.

Percebe-se então que a solidão pode ser um forte condicionante que afeta a saúde dos idosos, necessitando que os profissionais de saúde tenham uma atenção especial por esses que se encontram isolados ou que demonstrem algum sentimento de solidão a fim de oferecer-lhes um suporte adequado, o qual melhore sua qualidade de vida frente a elevação de sua auto estima.

No tocante aos idosos que em sua minoria, representado por 23% dos entrevistados se sentem um peso para as pessoas, por os idosos considerarem-se um fardo para as pessoas que os cuidam, sentindo-se indivíduos inúteis, improdutivos e sem utilidade alguma para a sociedade (PINHEL, 2011).

Nota-se que esses pensamentos negativos podem diminuir a auto-estima, desencadear um quadro depressivo e causar complicações mais severas. Por isso, torna-se necessária a atuação de uma equipe multidisciplinar nas ILPI com objetivo de detectar precocemente e intervir nesses casos.

A última tabela (10) de descrição da qualidade de vida se refere às habilidades físicas. Verifica-se que 86,7% relataram que precisam de ajuda para andar fora de casa e 73,3% relataram dificuldades para subir e descer escadas. A mediana foi de 5, em uma variabilidade

possível de 8 pontos. Estando, portanto acima do ponto médio da escala e indicando, maior perda de qualidade de vida. Se comparado aos demais domínios.

Tabela 10. Descrição do domínio qualidade de vida em Habilidades físicas

		N	%
Eu consigo andar apenas dentro de casa	Não	13	43,3
	Sim	17	56,7
Eu tenho dificuldade para abaixar	Não	16	53,3
	Sim	14	46,7
Eu não consigo andar	Não	23	76,7
	Sim	7	23,3
Eu tenho dificuldade para subir e descer escadas ou degraus	Não	8	26,7
	Sim	22	73,3
Eu tenho dificuldade para pegar coisas no alto	Não	11	36,7
	Sim	19	63,3
Eu acho difícil me vestir	Não	15	50,0
	Sim	15	50,0
Eu tenho dificuldade para permanecer de pé por muito tempo (na pia da cozinha ou esperando o Ônibus)	Não	10	33,3
	Sim	20	66,7
Eu preciso de ajuda para andar fora de casa (uma muleta, bengala, ou alguém para me apoiar)	Não	4	13,3
	Sim	26	86,7
Média		4,66	
Desvio padrão		2,26	
Mediana		5	

Obs. Pontuação máxima possível 08 (oito) mínima (0,0)

Os resultados da pesquisa indicam que o domínio habilidade física foi o segundo mais afetado, apresentando uma das piores percepções de saúde. Para Souza *et al.*, (2013) a mobilidade funcional dos indivíduos institucionalizados encontra-se comprometida, uma vez que diminui com a idade. E de acordo com Ramos (2003), em virtude do envelhecimento advêm alterações na capacidade funcional como diminuição da força, enfraquecimento do tônus muscular, falta de resistência e equilíbrio comprometido, que limitam ou impedem a independência dos idosos levando-os a necessitar de ajuda para andar na rua

Em relação à dificuldade de subir e descer escadas, pode está associado com o alto índice de comorbidades osteomusculares, podendo causar o enrijecimento das articulações e redução dos movimentos, dificultando a subida ou descida de escadas (degraus) e realização de atividades habituais (PRADO, 2013).

Para Silva *et al.*, (2011) um fator contribuinte desse processo é que inúmeras instituições não incentivam a prática de atividades físicas ou recreativas, e quando são realizadas essas acontecem de forma esporádica e não habitual. Com isso, observa-se a importância da prática de exercício físico regular para a manutenção da saúde do idoso, uma

vez que os resultados funcionais e fisiológicos mostram-se positivos perante a regularidade da prática, além de promover auto-estima elevada e sensação de bem estar.

Percebe-se assim, que a atividade física tem sido um coadjuvante na qualidade de vida, por isso, torna-se relevante sua prática na rotina da instituição como meio de promoção de uma vida ativa e na prevenção de doenças que levam ao declínio funcional, objetivando a menor dependência possível do idoso.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com os objetivos propostos foi observado que o envelhecimento da população é um tema atual e bastante evidente nos países desenvolvidos e subdesenvolvido como o Brasil, o número de pessoas idosas tem crescido a um ritmo acelerado e superior as demais faixas etárias, o qual provoca uma preocupação sobre a longevidade, o estado de saúde e a qualidade de vida em especial dos idosos institucionalizados.

As ILPI's, responsáveis pela institucionalização dos idosos, destinam-se a oferecer suporte social que atenda as demandas de necessidade básica de vida do idoso, pautados, na maior parte das vezes, no cumprimento de regras e rotinas que modificam os hábitos de vida antes vivenciados, podendo enaltecer o isolamento social na ausência de atividades recreativas, físicas e interacionais ou por omissão em participar destas quando há, pelo próprio idoso, predispondo-o a fatores que contribuem para redução da qualidade de vida.

Durante análise foi possível perceber a predominância do sexo feminino entre os participantes do estudo, o alto índice de idosos não alfabetizados prevaleceu entre os demais níveis de escolaridade, o estado civil revelou que o maior número dos residentes era solteiros seguido de viúvos, a faixa etária variou de 60 a 115 anos. O estudo revela que os principais motivos de institucionalização foram maus tratos e o morar sozinho, sendo um significativo achado na pesquisa, percebeu também uma grande diversidade de comorbidades, na qual a hipertensão arterial foi prevalente entre as demais patologias.

Através do instrumento do PSN, observou-se que alguns domínios revelaram comprometimento a qualidade de vida dos idosos, precisando de uma atenção maior, são eles nível de energia, interação social e habilidades físicas, necessitando que cada um seja avaliado, e intervenções sejam feitas a fim de evitar complicações maiores que prejudique a saúde do idoso e consequentemente diminua sua qualidade de vida.

Realça destacar as limitações inerentes do presente estudo, uma vez que foi desenvolvido em apenas instituições de natureza administrativa filantrópica e em único município, sendo difícil universalizar os resultados a nível nacional.

Por fim considera que os resultados deste trabalho possam contribuir agregando valores sobre os achados evidenciados e ajude na discussão de novos estudos sobre a qualidade de vida de idosos institucionalizados, uma vez que há o aumento cada vez maior de idosos e procura por essas instituições, indicando uma necessidade de discussão de políticas públicas que requer ações imediatas na assistência a saúde e no social.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, M. A. **Idosos institucionalizados e caracterização das instituições de longa permanência no estado do Tocantins**. Dissertação (Mestrado). Universidade Católica de Brasília. Brasília-DF, 2013.
- ALENCAR, M. A. et al. Perfil dos idosos residentes em uma instituição de longa permanência. **Rev. Bras. Geriatr. Geront**, v. 15, n. 4, p. 785-96, 2012.
- ANDRADE, A. D. Percepção do estado de saúde oral em idosos institucionalizados: Influência no seu estado nutricional. **Dissertação (Mestrado) Universidade Católica Portuguesa**. Viseu, 2013.
- ANDRADE, M. G. **Introdução e metodologia do trabalho**. São Paulo: Atlas, 6º edição, 2013.
- ARAÚJO, C. L. O.; CEOLIM, M. F. Qualidade do sono de idosos residentes em instituição de longa permanência. **RevEscEnferm USP**, v. 44, n. 3, p. 619-26, 2010.
- ARAÚJO, C. L. O. et al. Perfil dos colaboradores de uma Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI). **Revista KairósGerontologia**, v. 17, n. 1, p. 219-30, marco. 2014.
- ARAÚJO, P. et al. Promoção da saúde do idoso: a importância do treino da memória. **Revista Kairós Gerontologia**, v. 15, n. 8, p. 169-183, dez. 2012.
- BARBOSA, M. H. et al. Fatores sociodemográficos e de saúde associado à dor crônica em idosos institucionalizados. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v. 22, n. 6, p. 1009-16, 2014.
- BENTES, A.C.O.; PEDROSO, J.S.; MACIEL, C.A.B. O idoso nas instituições de longa permanência: uma revisão bibliográfica. **Aletheia**, n. 38-9, 2012.
- BISPO, N. N. C.; LOPES, R. G. C. A solidão entre idosos institucionalizados e o efeito do atendimento de fisioterapia. **Revista Brasileira do Envelhecimento Humano**, v. 7, n. 1, p. 74-83, 2010.
- BODSTEIN, A.; LIMA, V. V. A.; BARROS, A. M. A. A vulnerabilidade do idoso em situações de desastres: necessidade de uma política de resiliência eficaz. **Ambiente & Sociedade**, v. 17, n. 2, p. 157-74, 2014.
- BORIM, F. S. A.; BARROS, M. B. Z.; NERI, A.L. Auto avaliação da saúde em idosos. Pesquisa de base populacional no município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad Saúde Pública**, v. 28, n. 4, p. 769-80, 2012.
- BORN, T.; BOECHAT, N.S. A qualidade dos cuidados ao idoso institucionalizados: **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 768-777, 2006.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica nº 19. **Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa**. Brasília-DF, 1º edição, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica nº 19. **Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa**. Brasília-DF, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC nº 283 de 26 de setembro de 2005. Brasília. **Diário Oficial da União**, 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2528 de 19 de outubro de 2006**. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e Envelhecimento**. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de ações Progmáticas e Estratégicas. Área Técnica Saúde do Idoso. Brasília, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012**. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília - DF, 2012.

_____. **Legislação sobre o idoso**: Lei nº 10.741 de 1 de outubro de 2003 (Estatuto do Idoso) e legislação correlatada. Câmara dos Deputados, Coordenação Edição Câmara. Brasília-DF, 3ª edição 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Sistema de indicadores de saúde e acompanhamento de políticas do idoso**, 2016. Disponível em: <http://www.saudeidoso.iciet.fiocruz.br/index.php?pag=td_mu> Acesso em 20/02/2016.

CAMARO, A. A.; KANSO, S. As Instituições de Longa Permanência para Idosos no Brasil. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 27, n. 1, p. 233-5, 2010.

CARMO, H. O. et al. Institucionalização: por que me trouxeram pra cá? **Revista Kairós Gerontologia**, v. 15, n. 3, p. 191-201, 2012.

CARNEIRO, R. S. et al. Qualidade de Vida, Apoio Social e Depressão em Idosos: Relação com habilidades Sociais. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 20, n.2, p. 229-37, 2007.

CARVALHO, J. A. M.; WONG, L. L. RODRIGUES. A transcrição da estrutura etária da população brasileira na primeira metade do século XXI. **Cad. Saúde Pública**, v.24, n. 3. P. 597-605, 2008.

CASTRO, S. D.; PRUDENTE, C. O. M. Perfil sócio demográfico, mental e funcional de idosos institucionalizados da cidade de Caldas Novas. **Revista Eletrônica Saúde e Ciência**.v. 2, n. 1, p. 78-102, 2012.

CIOSEK, S. I. et al. Senescência e senilidade: novo paradigma na Atenção Básica de Saúde.**Rev. Esc. Enferm. USP**,v.45, n.2, p. 1763-1768, dez. 2011

CORDEIRO, L.M. Qualidade de vida do idoso fragilizado e institucionalizado. **Acta Paul Enferm**,v. 28, n. 4, p. 361-6, 2015.

CORREIA, C. J. O Envelhecimento pela ótica de residentes em instituições de longa permanência para idosos. **Dissertação (Mestrado)**. Universidade Federal de Luís de Fora. Minas Gerais, 2011.

- CORRÊA, E. C. G. S.; BESSA, K. A. E. **Perfil epidemiológico, sociodemográfico e psicossocial de idosos institucionalizados no município de Belém-PA**. Trabalho de conclusão de curso. Universidade da Amazônia, Belém-PA, 2008.
- CORRÊA, K.; CEOLIM, M. F. Qualidade do sono em pacientes idosos com patologias vasculares periféricas. **RevEscEnferm USP**, v. 42, n. 1, p. 12-8, 2008.
- COSTA, M. C. N. S.; MERCADANTE, E. F. O idoso residente em ILPI (Instituição de Longa Permanência do Idoso) e o que isso representa para o sujeito idoso. **Revista Kairós Gerontologia**, v. 16, n. 2, p. 209-22, 2013.
- DUCA, G. F. D. et al. Indicadores da Institucionalização de idosos: estudo de casos e controles. **Rev Saúde Pública**, v. 46, n. 1, p. 147-53, 2012.
- FERREIRA, L. S. et al. Perfil cognitivo de idosos residentes em Instituições de Longa Permanência de Brasília-DF. **RevBrasEnferm**.v. 67, n. 2, p. 247-51, 2014.
- FERREIRA, L. L. et al. Perfil sociodemográfico e funcional de idosos institucionalizados. **Estd. Interdiscipl. Envelhec**, v.17, n. 2, p. 373-86, 2012.
- FILHO, A. I. L. et al. Influência da renda na associação entre disfunção cognitiva e polifarmácia: Projeto Bambuí. **Rev Saúde Pública**, v. 42, n. 1, p. 89-99, 2008.
- FILHO, P. J. B. et al. Qualidade de vida de idosos com deficiência e prática de atividade física em instituições de longa permanência. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 17, n 1, p. 141-51, 2014.
- FLECK, M. P. A. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL- bref”. **Rev Saúde Pública**,v. 34, n. 2, p. 174-83, 2010.
- FRANÇA, M. L. Qualidade de vida e fatores associados em idosos institucionalizados e não institucionalizados do município de Agudos, São Paulo. **Dissertação (Mestrado) Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade Federal de São Paulo**. Bauru, 2013.
- FREITAS, M. C.; QUEIROZ, T. A.; SOUSA, J. A.V. O significado da velhice e da experiência de envelhecer para os idosos. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 44, n. 2, p. 407-12, 2010.
- GEIB, L. T. C. Determinantes sociais da saúde do idoso. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 123-33, 2012.
- GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. **Métodos de pesquisa**. Porto Alegre. 1º edição, UFRGS, 2009.
- GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 4º edição, 2008.
- IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Síntese de Indicadores Sociais.Uma Análise das Condições de Vida da População Brasileira**. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em:
<http://www.ibge.gov.br/home/estatística/população/condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindicais2010/SIS_2010.pdf>. Acesso em: 13/01/2016.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo 2010**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/censo2010>>. Acesso em: 13/01/2016.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE Cidades**. 2005. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=250370>>. Acesso 20/02/2106.

JARDIM, R.; BARRETO, S. M.; GIATTI, L. Auto- relato e relato de informante secundário na avaliação da saúde de idosos. **Revista Saúde Pública**. São Paulo, v. 44, n. 6, p. 1120-1129, dez. 2010.

KANSO, S. et al. As Instituições de Longa Permanência para idosos no Brasil. **XVII Encontro de Estudos Populacionais**. Minas Gerais de 20 a 24 de setembro de 2010.

KUCHEMANN, B. A. Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. **Revista Sociedade e Estado**, v. 27, n. 1, p.165-80, 2012

LEITE, E.S. et al. Atenção a saúde da pessoa idosa: estratégia para a promoção do envelhecimento saudável. In: Oliveira, F. B. et al. **Resgatando saberes e ressignificando práticas: Interfaces no campo da saúde coletiva**. Campina Grande: EDUEFCG, 1º edição, p.133-151, 2012.

LIMA, C. L. J. et al. Perfil sociodemográfico e clínico de idosos institucionalizados. **Revista de Enfermagem UFPE online**, v. 7, n. 10, p. 6027- 34, 2013.

LINDEN JUNIOR, E.; TRINDADE, J. L. A. Avaliação da qualidade de vida de idosos em um município do Sul do Brasil. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**, v. 16, n. 3, p. 473-9, 2013.

LISBOA, C. R.; CHIANCA, T. C. M. Perfil epidemiológico, clínico e de independência funcional de uma população idosa institucionalizada. **RevBrasEnf**, v. 65, n. 3, p. 482-8, 2012.

LUCCHETTI, G. et al. Fatores associados à polifarmácia em idosos institucionalizados. **Rev. Bras. Geriatr. Geront**, v. 13, n.1, p. 51-8, 2010.

MACIEL, M. G. Atividade física e funcionalidade do idoso. **Revista de Educação**, v. 16, n. 4, p. 1024-32, 2010.

MALTA, M. B.; PAPINI, S. J.; CORRENTE, J. E. Avaliação da alimentação de idosos de município de Paulista – aplicação do Índice de Alimentação Saudável. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 18, n. 2, p. 377-84, 2013.

MATIAS, G. F. S. et al. **Solidão na percepção de idosos institucionalizados: compreendo os fatores condicionantes**. IV Congresso Online de Gestão, Educação e Promoção de Saúde, 2013.

MAZO, G. Z.; MOTA, F. A. P. S.; GONÇALVES, L. H. T. Atividade física e qualidade de vida de mulheres idosas. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, v. 2, n. 1, p. 61-75, 2005.

MELLO, J. G. et al. Subjetividade e institucionalização no discurso de idosos. **DistúrbComun**, v. 25, n. 1, p. 35-45, 2013.

MENDES, C. K. T. T. Representações sociais dos trabalhadores de saúde da Atenção Básica sobre o envelhecimento e o atendimento ao idoso. **Tese (Doutorado). Universidade Federal do Rio Grande do Norte**. Natal-RN, 2011.

MENDES, C. T. T. et al. Representações sociais de trabalhadores da Atenção Básica de Saúde sobre envelhecimento. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 33, n. 3, p. 148-55, 2012.

MICHEL, T. A vivência em uma Instituição de Longa Permanência: significados atribuídos pelos idosos. **Dissertação (Mestrado) Universidade Federal do Paraná**, Curitiba, 2010.

MONTEIRO, N. T.; NERI, A. L.; CEOLIM, M. F. Sintomas de insônia, cochilos diurnos e atividades físicas de lazer em idosos: estudo FIBRAS Campinas. **RevEscEnferm USP**, v. 48, n. 2, p. 242-49, 2014.

MORAES, E. D. Saúde do Idoso. In:_____. **Atenção à Saúde do Idoso: aspectos conceituais**. Distribuição: Pan Americana de Saúde. Brasília, 2012. Cap. 1, p. 11-24.

MOSCA, C. et al. Efeito da adesão a terapêutica no estado de saúde do idoso. **Acta Farmacêutica Portuguesa**, v. 2, n. 1, p. 35-47, 2013.

MOURA, R. M. F. et al. Efeitos do treinamento aeróbico na qualidade de vida e na capacidade funcional de indivíduos hemiparéticos crônicos. **Acta Fisiatr**, v. 12, n. 3, p. 94-9, 2005.

NERI, A.L. Qualidade de vida na velhice e subjetividade. In:_____. (Org). **Qualidade de vida na velhice: enfoque multidisciplinar**. Campinas: Alínea, p. 13-59, 2007.

NERI, A. L. Teorias psicológicas do envelhecimento: percurso histórico e teorias atuais. In: FREITAS, E. E. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2º edição, 2006.

OLIVEIRA, E. A.; PASIAN, S. G.; JACQUEMIN, A. A vivência afetiva em idosos. **Psicologia: Ciência e Profissão**. Brasília, v. 21, n. 1, 2011.

PEREIRA, L. V. et al. Intensidade da dor em idosos institucionalizados: comparação entre as escalas numérica e de descritores verbais. **RevEscEnferm USP**.v. 49, n. 5, p. 804-10, 2015.

PERES, M. C. A. Velhice e analfabetismo, uma relação paradoxal: a exclusão educacional em contextos rurais da região do Nordeste. **Sociedade e estado**. Brasília, v.26, n. 3, p. 631-61, 2001.

PINHEL, M. J. J. **A solidão nos idosos institucionalizados em contexto de abandono familiar**. Dissertação (Mestrado) Escola Superior de Bragança - Instituto Politécnico de Bragança, Bragança, 2011.

PONTES, A. L. F. et al. Perfil demográfico de idosos não institucionalizados e sua percepção sobre alimentos funcionais. **RevEnferm UERJ**, v. 23, n. 3, p. 310-7, 2015.

PRADO, A. K. G.; BARRETO, M. C.; GOBBI, S. Envelhecimento orgânico e a funcionalidade motora. **Exercício Físico no Envelhecimento Saudável e Patológico: Da teoria à prática**, Curitiba: Editora CRV, p.15-39, 2013.

RAMOS, L. R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: projeto episódio. **Caderno de Saúde Pública**, v. 19, n. 3, p. 793-7, 2003.

REIS, L. A. et al. Perfil sociodemográfico e de saúde do idoso em Instituição de Longa Permanência para Idosos em Vitória da Conquista/BA. **InterScientia**, v.1, n. 3, p. 50-9, , 2013.

SANTOS, A. A. et al. Sono, fragilidade e cognição: estudo multicêntrico com idosos brasileiros. **RevBrasEnferm**, v. 66, n. 3, p. 351-7, 2013.

SANTOS, C. A. V.; SANTOS, J. L. F. O desempenho de papéis ocupacionais de idosos sem e com sintomas depressivos em acompanhamento geriátrico. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 18, n. 2, p.273-83, 2015.

SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 2, p. 580-8, 2004.

SEVERINO, A. J. **Metodologia do trabalho científico**. São Paulo, Cortez, 2004.

SILVA, E. R. et al. Prevalência e fatores associados à depressão entre idosos institucionalizados: subsídio ao cuidado de enfermagem. **Revista Esc. Enfermagem USP**, v. 46, n. 6, p. 1387-97, 2011.

SILVA, J. A. C.; ALMEIDA, M. H. M. Orientações políticas e prática profissional em instituições de longa permanência para idosos: **Estudos interdisciplinares sobre o envelhecimento**, v. 18, n. 1, p. 119-35, 2013.

SILVA, J. D. A.; COMIN, S. F.; SANTOS, A. M. Idosos em instituições de longa permanência: desenvolvimento, condições de vida e saúde. **Psicologia: reflexão Crítica**, v. 26, n. 4, p. 820-30, out/dez. 2013.

SILVA, M. F. et al. Relação entre os níveis de atividade física e qualidade de vida de idosos sedentários e fisicamente ativos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 15, n. 4, p. 635-42, 2012.

SILVA, M. V.; FIGUEIREDO, M. L.F. Idosos institucionalizados: uma reflexão para o cuidado de longo prazo. **Enfermagem em Foco**, v.3, n.1, p. 22-4, 2012.

SOUZA, C.C. et al. Mobilidade funcional em idosos institucionalizados e não institucionalizados. **Rev. Bras. Geriat. Gerontol**, v. 16, n.2, p. 285-93, 2013.

SOUZA, R. P. Os benefícios da prática de atividade física e os riscos do sedentarismo em: crianças e adolescentes, no adulto e no idoso. **Revista do Departamento de Educação física e do Mestrado em promoção da saúde da Universidade de Santa Cruz do Sul**, v. 11, n. 1, p. 52-59, 2010.

SUNDRÉ, M. R. S. et al. Prevalência de dependência em idosos e fatores de risco associados. **ActaPaulista Enfermagem**, v. 25, n. 6, p. 947-53, 2012.

TEIXERA - SALMELA, L. F. et al. Adaptação do Perfil de Saúde de Nottingham: um instrumento simples de avaliação da qualidade de vida. **Cad Saúde Pública**, v. 20, n. 4, p. 905-914, 2004.

TEIXERA – SALMELA, L. F. et al. Treinamento físico e destreinamento em hemiplégicos crônicos: impacto na qualidade de vida. **Rev Bras Fisioter**, v. 9, n. 3, p. 347-53, 2005.

TORRES, G. V. et al. Qualidade de vida e fatores associados em idosos dependentes em uma cidade do interior do Nordeste. **J. Bras. Psiquiatr**. Rio de Janeiro. v.58, n.1, p. 39-44, 2009.

TORRES, G. V. et al. Qualidade de vida e fatores associados em idosos dependentes em uma cidade do interior do Nordeste. **J. Bras. Psiquiatria**, v. 58, n. 1, p.39-44, 2009.

TRENTINI, C. M. Qualidade de vida em idosos. **Tese (Doutorado). Universidade federal do Rio Grande do Norte**. Porto Alegre, 2004.

VECCHIA, R.D. et al. Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. **Revista Bras Epidemiol**, v. 8, n. 3, p. 246-52, 2005.

VILA, C. P. et al. Aptidão física funcional e nível de atenção em idosos praticantes de exercício físico. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 16, n. 2, p. 355-64, 2013.

WHO. World Health Organization. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Tradução Suzana Gontijo. Organização Pan Americana de Saúde. Brasília. 2005.

ZAGO, A. S. Exercício físico e o processo saúde – doença no envelhecimento. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. Rio Janeiro, v. 13, n. 1, p. 153-158, jan/abril. 2010.

APÊNDICE

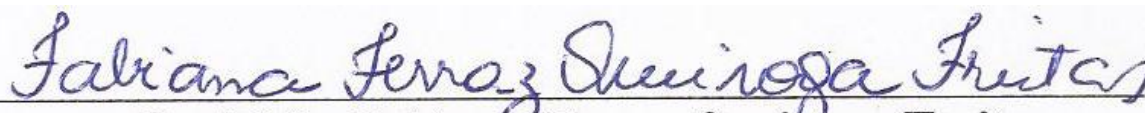
**APÊNDICE A - TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE DO
PESQUISADOR RESPONSÁVEL**

EU, **Fabiana Ferraz Queiroga Freitas**, professora da Universidade Federal de Campina Grande, responsabilizo-me pela orientação de **Bruno Soares da Silva**, discente do Curso de Graduação em Enfermagem, no desenvolvimento do projeto de pesquisa intitulado ***Caracterização do Perfil de Saúde dos Idosos Institucionalizados***. Assegurando que não haverá desistência de minha parte que acarrete em prejuízo para o término das atividades desenvolvidas no trabalho de conclusão de curso – TCC pelo (a) discente.

Declaro estar ciente e comprometo-me em assegurar que sejam cumpridos os preceitos éticos previstos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e demais documentos complementares.

Responsabilizo-me, também, pelo cumprimento da Resolução 01/2009 do Colegiado do Curso de Enfermagem, pelos prazos estipulados junto à disciplina TCC, e pelo zelo com o projeto de pesquisa no sentido de manutenção da privacidade e sigilo das informações, resguardo da segurança e bem estar dos participantes nela recrutados, pelo resultado obtido e posterior divulgação no meio acadêmico e científico, pela comunicação ao comitê de ética sobre qualquer alteração no projeto ou ocorrência de eventos adversos que impliquem no cancelamento da pesquisa, bem com arquivamento durante 5 (cinco) anos, após o término da pesquisa, de uma das vias do termo de consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) assinado por cada participante recrutado, durante a execução da mesma.

Cajazeiras – PB, 05 de maio de 2016


Prof. Ms. Fabiana Ferraz Queiroga Freitas
Mat. SLAPE: 2131424

APÊNDICE B - TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE DO PESQUISADOR PARTICIPANTE

Eu, **Bruno Soares da Silva**, discente do Curso de Graduação em enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, campus de Cajazeiras, responsabilizo-me, junto com minha orientadora, Professora. Ms. **Fabiana Ferraz Queiroga Freitas**, a desenvolver o projeto de pesquisa intitulado *Caracterização do perfil de saúde de Idosos Institucionalizados*, seguindo a Resolução 01/2009 do Colegiado do Curso de Enfermagem e a seguir os prazos estipulados na disciplina TCC, comprometo-me ainda em assegurar que sejam cumpridos os preceitos éticos previstos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e demais documentos complementares.

Responsabilizo-me também pelo zelo com o meu projeto de pesquisa, pelo fiel cumprimento das orientações sugeridas pela minha orientadora nas atividades de pesquisa e, junto com ela, pelos resultados da pesquisa para sua posterior divulgação no meio acadêmico e/ou científico.

Cajazeiras – PB, 05 de maio de 2016

Bruno Soares da Silva

Bruno Soares da Silva

Mat.: 211220007

APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Bom dia (boa tarde ou noite), meu nome é **Bruno Soares da Silva**, eu sou acadêmico do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande e o Sr. (a) está sendo convidado (a), como voluntário (a), à participar da pesquisa intitulada “*Caracterização do perfil de saúde de idosos institucionalizados*”.

JUSTIFICATIVA, OBJETIVOS E PROCEDIMENTOS: O motivo que nos leva a estudar esse assunto, ocorre em virtude da grande ascensão da população idosa e por estimativas apontarem que o Brasil será o sexto país com maior quantidade de idosos do mundo, havendo uma tendência ao aumento por procura às instituições de longa permanência para idosos. O objetivo dessa pesquisa é Caracterizar o perfil de saúde de idosos institucionalizados do município de Cajazeiras– PB; Descrever os aspectos sócio-demográficos dos idosos institucionalizados; Identificar as enfermidades prevalentes em idosos institucionalizados e Apresentar o Perfil de Saúde dos Idosos institucionalizados a partir do instrumento de NOTTINGHAM (PSN). O procedimento da coleta de dados será pela utilização um questionário contendo os dados sociodemográfico, história clínica do idoso e o instrumento perfil de saúde de Nottingham, na qual permitirá nortear sobre a temática estudada.

DESCONFORTOS, RISCOS E BENEFÍCIOS: Está pesquisa possui desconforto e riscos mínimos, em relação a fatores psicológicos e emocionais em circunstância das perguntas abordadas, sendo que os benefícios do estudo contribuirão para os pesquisadores ver o real cenário do perfil de saúde dos idosos institucionalizados, quais as dificuldades e desafios que podem ser vencidos perante essa investigação, possibilitando novos estudos de assistência aos idosos institucionalizados.

FORMA DE ACOMPANHAMENTO E ASSISTÊNCIA: A participação do Sr.(a) nessa pesquisa não implica necessidade de acompanhamento e/ou assistência posterior, tendo em vista que o senhor (a) apenas responderá um questionário sociodemográfico e um instrumento de perfil de saúde, não expondo-o (a) a nem um tipo de constrangimento seja ele físico, psíquico ou social.

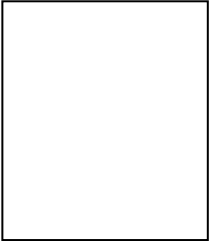
GARANTIA DE ESCLARECIMENTO, LIBERDADE DE RECUSA E GARANTIA DE SIGILO: O Sr. (a) será esclarecido (a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar e é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em

participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de prestação de serviços aqui no estabelecimento. Os pesquisadores irão tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa permanecerão confidenciais podendo ser utilizados apenas para a execução dessa pesquisa. Você não será citado (a) nominalmente ou por qualquer outro meio, que o identifique individualmente, em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Uma cópia deste consentimento informado, assinada pelo Sr. (a) na última folha e rubricado nas demais, ficará sob a responsabilidade do pesquisador responsável e outra será fornecida ao (a) Sr. (a).

CUSTOS DA PARTICIPAÇÃO, RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO POR EVENTUAIS DANOS: A participação no estudo não acarretará custos para Sr. (a) e não será disponível nenhuma compensação financeira adicional. Não é previsível dano decorrente dessa pesquisa ao (a) Sr. (a), e caso haja algum, dano decorrente dessa pesquisa não haverá nenhum tipo de indenização prevista.

DECLARAÇÃO DO PARTICIPANTE OU DO RESPONSÁVEL PELO PARTICIPANTE: Eu _____ fui informado (a) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci todas minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e desistir de participar da pesquisa se assim o desejar. O pesquisador Bruno Soares da Silva certificou-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais, no que se refere a minha identificação individualizada, e deverão ser tornados públicos através de algum meio. Ele compromete-se, também, seguir os padrões éticos definidos na Resolução CNS 466/12. Também sei que em caso de dúvidas poderei contatar o estudante Bruno Soares da Silva através do telefone (83)-99152-1500 e-mail brunosoares2010@hotmail.com ou a professora orientadora Msc. Fabiana Ferraz Queiroga Freitas através do telefone (83)99634-1221 e-mail fabianafqf@hotmail.com. Além disso, fui informado que em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo poderei consultar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Campina Grande, situado na rua Sergio Moreira de Figueiredo, Bairro: Casas Populares, Cajazeiras - Paraíba, CEP: 58.900-000.

_____ Nome	_____ Assinatura do Pesquisador	_____ / / Data
_____ Nome	_____ Assinatura do Participante da pesquisa	_____ / / Data



Assinatura Dactiloscópica
Do participante da pesquisa

APÊNDICE D – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

ROTEIRO DE ENTREVISTA

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

NOME: _____

SEXO: M () F () **IDADE:** _____ **ESCOLARIDADE:** _____

ESTADO CÍVIL: _____ **TEMPO DE INTERNAÇÃO:** _____

MOTIVO DA INSTITUCIONALIZAÇÃO: _____

COMORBIDADES: _____

PERFIL DE SAÚDE DE NOTTINGHAM (PSN)

ITENS	SIM	NÃO	DOMÍNIO
1. Eu fico cansado o tempo todo			NE
2. Eu sinto dor à noite			D
3. As coisas estão me deixando desanimado/ deprimido(a)			RE
4. A dor que eu sinto é insuportável			D
5. Eu tomo remédio para dormir			S
6. Eu esqueci como fazer coisas que me divertem			RE
7. Eu me sinto extremamente irritado (com nervo a flor da pele)			RE
8. Eu sinto dor para mudar de posição			D
9. Eu me sinto sozinho			IS
10. Eu consigo andar apenas dentro de casa			HF
11. Eu tenho dificuldade para abaixar			HF
12. Tudo para mim requer muito esforço			NE
13. Eu acordo de madrugada e não pego mais no sono			S
14. Eu não consigo andar			HF
15. Eu acho difícil fazer contato com as pessoas			IS
16. Os dias parecem muito longos			RE
17. Eu tenho dificuldade para subir e descer escadas ou degraus			HF
18. Eu tenho dificuldade para pegar coisas no alto			HF
19. Eu sinto dor quando ando			D
20. Ultimamente eu perco a paciência facilmente			RE
21. Eu sinto que não há ninguém próximo em que eu possa confiar			IS
22. Eu fico acordado (a) a maior parte da noite			S
23. Eu sinto como se estivesse perdendo o controle			RE
24. Eu sinto dor quando fico de pé			D

25. Eu acho difícil me vestir			HF
26. Eu perco minha energia rapidamente			NE
27. Eu tenho dificuldade para permanecer de pé por muito tempo (na pia da cozinha ou esperando o Ônibus)			HF
28. Eu sinto dor constantemente			D
29. Eu levo muito tempo para pegar no sono			S
30. Eu me sinto como um peso para as pessoas			IS
31. As preocupações estão me mantendo acordado (a) à noite			RE
32. Eu sinto que a vida não vale a pena ser vivida			RE
33. Eu durmo mal à noite			S
34. Eu estou tendo dificuldade em me relacionar com as pessoas			IS
35. Eu preciso de ajuda para andar fora de casa (uma muleta, bengala, ou alguém para me apoiar)			HF
36. Eu sinto dor para subir e descer escadas ou degraus			D
37. Eu acordo me sentindo deprimido			RE
38. Eu sinto dor quando estou sentando			D
Legenda: NE: Nível de energia; D: dor; RE: Reações emocionais; S: Sono; IS: Interação social; HF: Habilidades físicas. Se o problema acontecer com a pessoa colocar se um X na coluna sim, se o problema não acontecer com a pessoa colocar se um X na coluna não.			

ANEXOS

TERMO DE ANUÊNCIA

Declaro para os devidos fins de direito que estamos de acordo com a execução da pesquisa intitulada “**Caracterização do perfil de saúde de idosos institucionalizados**” que será realizado pelo aluno Bruno Soares da Silva sob orientação da Prof.^a Msc. Fabiana Ferraz Queiroga Freitas da Universidade Federal de Campina Grande Campus - Cajazeiras, o qual terá apoio da instituição **Associação Beneficente de Cajazeiras – Abrigo de Idosos Lucas Zorn**, CNPJ: 08.842.049/0001-01.

Esta Instituição está ciente de suas co-responsabilidades como Instituição Co-participante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso em verificar seu desenvolvimento para que se possa cumprir os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas Complementares, como também, no resguardo da segurança e bem-estar dos participantes da pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Cajazeiras, 26 de Fevereiro de 2016


Maria de Fátima da Cruz Pereira
Presidente da ABC

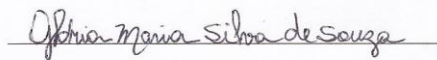
Assinatura e carimbo do responsável institucional

TERMO DE ANUÊNCIA

Declaro para os devidos fins de direito que estamos de acordo com a execução da pesquisa intitulada “**Caracterização do perfil de saúde de idosos institucionalizados**” que será realizado pelo aluno Bruno Soares da Silva sob orientação da Prof.^a Msc. Fabiana Ferraz Queiroga Freitas da Universidade Federal de Campina Grande Campus - Cajazeiras, o qual terá apoio da instituição **Lar dos Idosos Grupo Espírita Kardecista o Reencontro**, CNPJ: 12.722.914/0001-45.

Esta Instituição está ciente de suas co-responsabilidades como Instituição Co-participante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso em verificar seu desenvolvimento para que se possa cumprir os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas Complementares, como também, no resguardo da segurança e bem-estar dos participantes da pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Cajazeiras, 26 de Fevereiro de 2016



Assinatura e carimbo do responsável institucional

Glória Maria Silva de Souza
PRESIDENTE - LAR DOS IDOSOS
TEC. EM COMUNICAÇÃO SOCIAL
CPF Nº 090.569.983-15

Glória Maria Silva de Souza
PRESIDENTE - LAR DOS IDOSOS
TEC. EM COMUNICAÇÃO SOCIAL
CPF Nº 090.569.983-15

TERMO DE ANUÊNCIA

Declaro para os devidos fins de direito que estamos de acordo com a execução da pesquisa intitulada “**Caracterização do perfil de saúde de idosos institucionalizados**” que será realizado pelo aluno Bruno Soares da Silva sob orientação da Prof.^a Msc. Fabiana Ferraz Queiroga Freitas da Universidade Federal de Campina Grande Campus - Cajazeiras, o qual terá apoio da instituição **Casa de Amparo ao Idoso de Rua Joca Claudino**, CNPJ: 10.427.556/0001-12.

Esta Instituição está ciente de suas co-responsabilidades como Instituição Co-participante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso em verificar seu desenvolvimento para que se possa cumprir os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas Complementares, como também, no resguardo da segurança e bem-estar dos participantes da pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Cajazeiras, 26 de Fevereiro de 2016

Casa do Idoso de Rua Joca Claudino
Liduíno Maciel de Oliveira
Presidente
Ident. 10.721

Assinatura e carimbo do responsável institucional