
Breve estudo sobre idosos institucionalizados de Presidente Prudente – SP

KARINE VACCARO TAKO(UNINGÁ)¹

RESUMO

Conhecer a população de idosos institucionalizados levanta dados importantes para pesquisas futuras relacionadas à epidemiologia de diversas doenças incapacitantes importantes. Participaram do estudo 149 idosos de três instituições asilares da cidade. Eles foram submetidos a avaliações para levantamento de perfil sócio-econômico e cultural, e funcional. Os resultados permitem concluir que o perfil dessa população: predominantemente masculina (55%), com média de idade de 79,81 anos, institucionalizados há mais de três anos, viúvos (40%), ex-trabalhadores rurais (41%), aposentados (70%), internados por familiares (31% pelos filhos), com algum contato com a família (70%), que não recebem visitas (31%), 55 idosos (37%) são analfabetos, 61 idosos (41%) apresentam quadro de co-morbidades, 45,7% são independentes para Atividades de Vida Diária (AVD's) e 27,5% para Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD's). Não se trata de uma pesquisa que se encerra por si só, sendo necessários novos estudos para que a população institucionalizada, especificamente dessa cidade, possa ser conhecida como um todo.

Palavras-chave: Idosos institucionalizados. Perfil sócio-econômico e cultural. Avaliação funcional.

INTRODUÇÃO

O aumento da proporção de idosos no Brasil começou a ser verificado em 1960 e vem ocorrendo de maneira muito rápida, com estimativas apontando para que passe da 16ª para a 6ª posição mundial em

¹ Professora Mestre Faculdade Ingá – UNINGÁ karinetako@brturbo.com.br

termos de número absoluto de indivíduos com 60 anos ou mais de 1960 a 2025 (KALACHE; VERAS; RAMOS, 1987, *apud* NITRINI, 1999). O caso brasileiro, pode ser exemplificado pelo aumento da participação da população maior de 60 anos no total da população nacional de 4% em 1940, para 9% em 2000 (CAMARANO, 2002). Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), em países em desenvolvimento, considera-se idoso o indivíduo que apresenta idade igual ou superior a 60 anos. Em países desenvolvidos, a idade passa a ser de 65 anos. Projeções recentes indicam que esse segmento poderá ser responsável por quase 15% da população brasileira no ano de 2025 (CAMARANO et al. 1997). O aumento da expectativa de vida de uma população está intimamente vinculado à melhoria das condições de vida, de educação e de atenção a saúde prestada à mesma. Na Europa, estas condições já se acham presentes há décadas, enquanto que, nos países em desenvolvimento, a incorporação dos conceitos básicos de saúde, embora ainda de forma precária, começou a ocorrer mais tardiamente, ou seja, somente nas últimas décadas. Em decorrência disto, nesses países, considerados em seu conjunto, a partir de 1960, tem havido aumento importante da expectativa de vida ao nascimento, esperando-se, no ano 2025 que esta atinja 70,7 anos para mulheres e 67,2 para os homens (SCHOUERI JUNIOR; RAMOS; PAPALÉO NETTO, 1994). Segundo a OMS, apesar do aumento da longevidade do brasileiro (ultrapassando os 70 anos), não passam de 60 os anos usufruídos com saúde, antes da chegada de doenças graves. Em 1947, a OMS redefiniu saúde como “estado de completo bem-estar físico, psíquico e social”, abandonando a antiga e simplista definição até então utilizada — “ausência de doença ou enfermidade”. Isto significa que um indivíduo, mesmo portador de uma doença, poderá sentir-se saudável desde que seja capaz de desempenhar funções e atividades. Saúde, portanto, é a capacidade de um indivíduo ou de um grupo de continuar exercendo funções em seu meio físico e social, contribuindo para a sociedade e interagindo com ela (PASCHOAL, 1996). O envelhecimento da população e o aumento da longevidade fazem crescer a preocupação com problemas associados ao comprometimento cognitivo e à perda da capacidade funcional. Tais problemas exigem cuidados permanentes e por longos períodos, podendo levar os idosos portadores dessa síndrome à institucionalização. A cidade de Presidente Prudente-SP possui uma população aproximada de idosos, segundo projeções do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

(IBGE) em 2004, de 22.236, representando 11% da população total. Segundo critérios demográficos, a cidade é considerada como envelhecida. Apesar desse número expressivo, assim como muitas grandes cidades brasileiras, a cidade ainda não possui nenhum estudo sistematizado voltado exclusivamente para esse segmento populacional, inclusive envolvendo as instituições asilares. A importância de se desenvolver pesquisas desse tipo, em grandes cidades brasileiras, utilizando-se instrumentos padronizados a fim de se fornecer dados comparativos, reside na necessidade de traçar um panorama da situação desses idosos espalhados pelo país. Este estudo tem como objetivo principal caracterizar a população de idosos institucionalizados de Presidente Prudente-SP. Para tal, torna-se necessário realizar um mapeamento epidemiológico da população de idosos institucionalizados do município; traçar o perfil sócio-econômico, cultural, farmacológico, do estado de saúde e estado funcional; fazer um estudo comparativo entre as instituições; fornecer dados para futuras pesquisas sobre o perfil epidemiológico dos idosos do município de Presidente Prudente – SP; e contribuir para o planejamento de políticas públicas voltadas a esse segmento populacional.

PRESSUPOSTOS METODOLÓGICOS

A fim de levantar o perfil dos idosos institucionalizados do município de Presidente Prudente-SP, esta pesquisa utilizou algumas estratégias de verificação e coleta de dados, a saber: elaboração de um questionário com perguntas de identificação, referidas como informações demográficas (idade, situação conjugal, escolaridade, religião, tempo de institucionalização, dados econômicos – aposentadoria, ocupação anterior, redes de apoio familiar ou não), farmacológicas e estado de saúde; Escala de Avaliação de Atividades de Vida Diária (Índice de Katz); Questionário de Avaliação de Atividades Instrumentais de Vida Diária (Escala de Lawton); Diário de Campo; e Levantamento de Dados nos arquivos das três Instituições pesquisadas. O “tipo” de população, a natureza da questão da pesquisa e os recursos disponíveis (MAY, 2004). Determinaram as estratégias de verificação utilizadas neste trabalho, o qual exigiu uma metodologia com abordagem qualitativa, com aspectos quantitativos e descritivos, não só pela natureza dos dados, mas principalmente pelo tamanho da amostra estudada. Fato que permitiu uma comparabilidade entre as respostas obtidas. Os dados foram analisados

através do Microsoft Excel® versão 2003. Foram avaliadas três instituições asilares da cidade de Presidente Prudente-SP, com um total de 149 sujeitos com 60 anos e mais. As três avaliações foram realizadas em um único encontro. Também foram colhidos alguns dados nos prontuários dos idosos, com prévia autorização da instituição, sobre história farmacológica, doenças pregressas e outras informações adicionais. A pesquisa em idosos, assim como toda e qualquer pesquisa em seres humanos, envolve questões relativas ao consentimento informado, à avaliação risco-benefício, à avaliação por um comitê de ética em pesquisa, à qualificação dos pesquisadores e à adequação metodológica do projeto de pesquisa propriamente dito. Para tal, foi elaborado um documento que registra o processo de consentimento informado (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido) redigido de acordo com as normas brasileiras em vigor —Resolução 196/96 (GOLDIM, 2002).

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Para efeito de análise dos dados as instituições foram denominadas A, B, C. As características físicas de cada instituição são descritas a seguir. Instituição A: instituição de cunho filantrópico, coordenada por freiras religiosas (católicas, da Congregação das Irmãzinhas dos Anciões Desamparados), fundada em 1964. É a maior, mais antiga e mais numerosa instituição asilar da cidade, abrigando atualmente 105 idosos (64 homens e 41 mulheres) com idades entre 58 e 96 anos. A instituição existe há 41 anos, e conta com o seguinte quadro de funcionários: quatro auxiliares de enfermagem (dois para a ala masculina e duas para a ala feminina, que se revezam em turnos de 12 horas); psicóloga; assistente social; terapeuta ocupacional, médico geriatra (voluntário); médico psiquiatra (voluntário); médica cardiologista (voluntária); funcionários da parte administrativa. Além desses profissionais, a instituição também recebe profissionais e estudantes (estagiários) de uma Universidade privada da cidade nas áreas de Medicina, Fisioterapia, Psicologia e Serviço Social. Como já mencionado, os residentes são divididos em alas separadas por sexo (existem exceções quando se trata de casais) e, ao longo do dia, desenvolvem atividades livres (terapia ocupacional, baralho, dominó, etc.) e não obrigatórias. Alguns são autorizados a realizar atividades externas (supermercado, padaria, etc.). Algumas vezes por ano, são realizados passeios externos (parques, cinema, escolas, etc.) acompanhados por funcionários da instituição. As refeições (5 refeições

diárias) são realizadas em um refeitório com horários fixos. Todos os idosos são acordados às 6 horas da manhã para o início do banho. Logo após o jantar (17h40), eles se recolhem aos quartos, podendo circular nos corredores, mas sem acesso às áreas externas, inclusive à sala de televisão. Cada idoso(a) aposentado(a) contribui com 40% da aposentadoria para a instituição. Os medicamentos são doados por voluntários e comprados pela instituição, que também recebe doação de alimentos da Prefeitura, de empresários e da população em geral. No que se refere à gestão institucional, os idosos não possuem nenhum tipo de participação. Instituição B: Instituição de natureza privada, sem fins econômicos, conveniada com o Estado e União, dirigido por integrantes do Rotary Clube da cidade e fundada em 1999. Trata-se de um abrigo em casas lares personalizadas para até dois idosos. Só aceita idosos (mais de 60 anos de idade) independentes fisicamente e sem alterações mentais. Quando adoecem precisam desocupar a casa, ficando sob responsabilidade de cuidadores e/ou familiares. Após esse período de convalescença, o idoso pode retornar à instituição, caso haja vaga disponível. Cada idoso contribui com 40% de seus rendimentos. Não é denominada instituição asilar e sim “Casa Lar”. Residem na instituição 34 idosos (16 mulheres e 18 homens), mas a capacidade é para 42 idosos. Atualmente, a instituição conta com o seguinte quadro de funcionários: assistente social, auxiliar administrativo, motorista, cozinheiras (duas), caseiro, médico voluntário, psicóloga voluntária, estagiários de fisioterapia de uma Universidade privada da cidade. Cada casa possui quarto (com duas camas de solteiro), sala/ cozinha, banheiro (com barras de apoio ao lado do vaso sanitário e no local do banho). Os idosos são responsáveis pelo cuidado de suas respectivas casas: limpeza, cuidado com as roupas (lavar e passar) e também com os móveis e decoração. Não é permitido ter fogão nas casas e as refeições são servidas em um refeitório comum, em sistema de *self-service*. A quantidade é livre, podendo ser repetida à vontade. Cada idoso é responsável por lavar os pratos e talheres de uso pessoal dentro do próprio refeitório. No total são servidas cinco refeições diárias, com horários fixos. Frutas e leite podem ser levados para casa. Uma das tarefas dos idosos é ajudar na separação de frutas, verduras e legumes que são doados por supermercados e CEASA da cidade. Duas vezes na semana (4ª e 6ª feira), eles ajudam a separar as frutas próprias para consumo. As demais são utilizadas para alimentação de animais. Essa atividade é de livre participação, porém todos os seus 34 moradores ajudam no que eles chamam de “triagem”.

Outra função exercida pelos idosos é o cuidado com a portaria. Cada um se reveza em turnos de duas horas, para cuidar da entrada e saída de veículos e pessoas. Não realizam nenhum tipo de identificação dos visitantes, mas fazem um serviço de orientação. Todos os moradores têm liberdade total para entrar e sair da instituição, devendo avisar algum funcionário da administração, de sua saída e devendo retornar até às 22h. Após esse horário, não é mais permitida a entrada na instituição. Cada idoso é responsável pelos seus medicamentos. Aqueles que fazem uso de mais de uma medicação, com horários fixos, recebe uma planilha com o nome do medicamento e o horário correto. Essa planilha é afixada na porta da geladeira ou armário pela assistente social. Trata-se de uma instituição totalmente diferente, não se enquadrando na denominação de “instituição fechada”, pois permite a entrada e saída dos moradores, sem a necessidade de acompanhamento por funcionários, e também concede aos idosos moradores a oportunidade de auto-gestão de suas próprias vidas e participação nas decisões da entidade. Instituição C: Instituição particular, dirigida por equipe multidisciplinar (psicóloga, assistente social, enfermeira). A instituição foi fundada em 14 de julho de 1997 e abriga 15 idosos (11 mulheres e 4 homens) com idades entre 63 e 100 anos. Atualmente, a instituição possui o seguinte quadro de profissionais: enfermeira, quatro auxiliares de enfermagem (que se revezam em turnos de 12 horas), psicóloga, fisioterapeuta, assistente social, nutricionista, funcionário administrativo. Existe horário fixo para banho (parte da manhã), refeições (6 refeições diárias) que são servidas em duas grandes mesas situadas na sala, na qual há duas televisões que permanecem ligadas o dia todo. As atividades de lazer são realizadas em dias da semana pré-determinados: quarta-feira, religião e canto; quinta-feira, piano. As visitas são livres e não é feita restrição de horário para tais. É permitida a participação dos idosos em atividades externas, como cinema, supermercado, exposição, etc., sempre acompanhados por funcionários da casa. A família do cliente (como é chamado o idoso internado) paga uma mensalidade que é cobrada de acordo com o grau de dependência do idoso e arca com os gastos da medicação e gastos extras com profissionais de saúde que não são oferecidos pela instituição, por exemplo: fonoaudiólogo, odontólogo, médicos. Apenas um idoso não possui plano de saúde. Os critérios para ingresso são: possuir idade igual ou superior a 60 anos, possuir familiar ou pessoa responsável, ter condições para pagamento dos serviços oferecidos. A análise dos dados

colhidos permite levantar as seguintes características demográficas (Quadro 1):

Quadro 1. Características Demográficas da Amostra.

	Instituição A	Instituição B	Instituição C
Número – mulheres e homens	40 M e 62 H	15 M e 17 H	11 M e 4 H
Média de idade	77,15 anos (DP: 8,90)	75,5 anos (DP: 8,62)	86,6 anos (DP: 10,32)
Tempo médio de institucionalização	52,38 meses (DP: 64,35)	30,9 meses (DP: 18,4)	30 meses (DP: 21,74)
Local de Nascimento Região Sudeste	65 (63,7%)	24 (75%)	11 (73,4%)
Responsável pela institucionalização	69 (67,6%) Família	22 (68,75%) Próprio Idoso	15 (100%) Família
Número médio de filhos	1,63 (DP: 2,26)	2,6 (DP: 2,63)	2,9 (DP: 1,67)
Situação Conjugal	45 (43,2%) Solteiros	13 (40,6%) Viúvos	13 (86,7%) Viúvos
Grau de Escolaridade	46 (45,2%) Analfabetos	46 (45,2%) 1 a 4 anos	46 (45,2%) 1 a 4 anos
Religião Católicos	81 (78,8%)	20 (62,5%)	15 (100%)

Quadro 2. Características Sócio-econômicas da amostra

	Instituição A	Instituição B	Instituição C
Ocupação Anterior Lavoura	49 (48%)	13 (40,62%)	5 (33,3%)
Seguridade Social Aposentadoria	76 (74%)	29 (90,6%)	8 (53,4%)
Possui contato com família	63 (61%)	27 (84%)	15 (100%)

Tomando-se por base as informações colhidas, é possível “traçar” o perfil do idoso institucionalizado de Presidente Prudente-SP: População predominantemente masculina (55%), com média de idade de 79,81 anos, institucionalizados há mais de três anos, viúvos (40%), média de dois filhos, ex-trabalhadores rurais (41%), aposentados (70%), internados por familiares (31% pelos filhos), com algum contato com a família (70%),

que não recebem visitas (31%). A título de avaliação os escores das escalas funcionais foram assim padronizados: Atividades Básicas de Vida Diária (Índice de Katz): Dependência máxima: 0-2 pontos; Dependência parcial ou semi-dependência: 3-4 pontos; Independência: 5-6 pontos. Atividades Instrumentais de Vida Diária (Escala de Lawton): Dependência: 9-14 pontos; Capacidade com auxílio ou semi-dependência: 15-20 pontos; Independência: 21-27 pontos. Os dados são mostrados a seguir (Gráficos 1 e 2):

Gráfico 1 — Resultado da Avaliação Funcional (Katz) nas Três Instituições

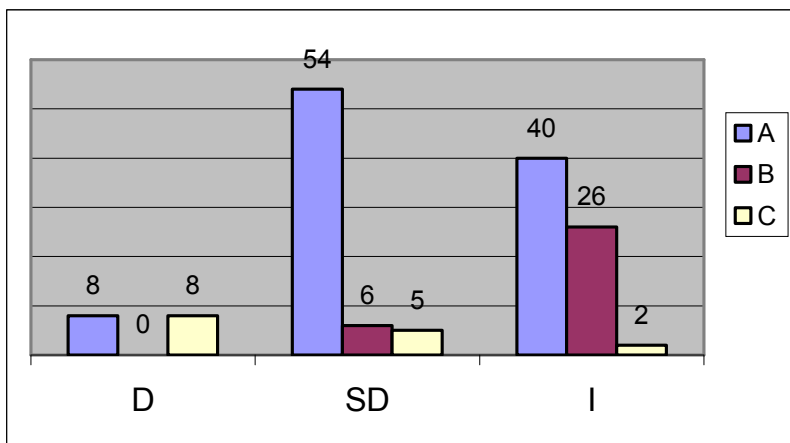
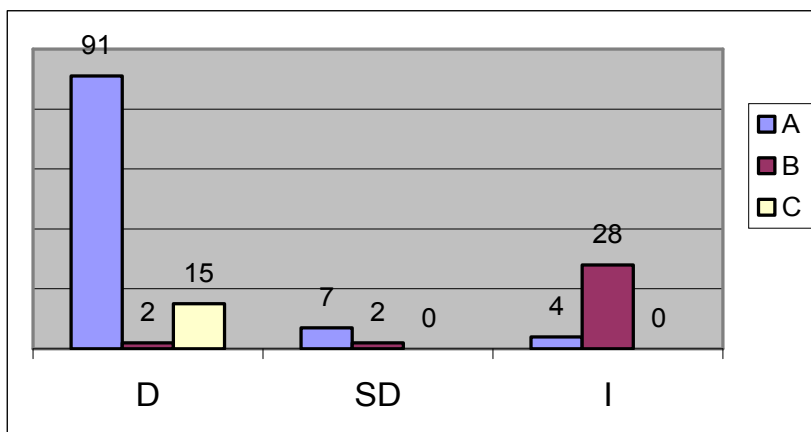
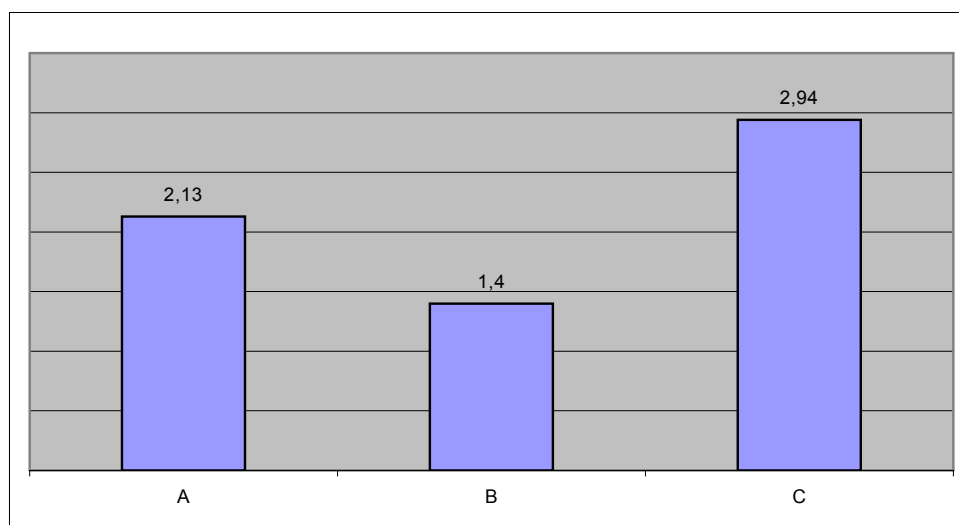


Gráfico 2 — Resultado da Avaliação Funcional (Lawton) nas Três Instituições



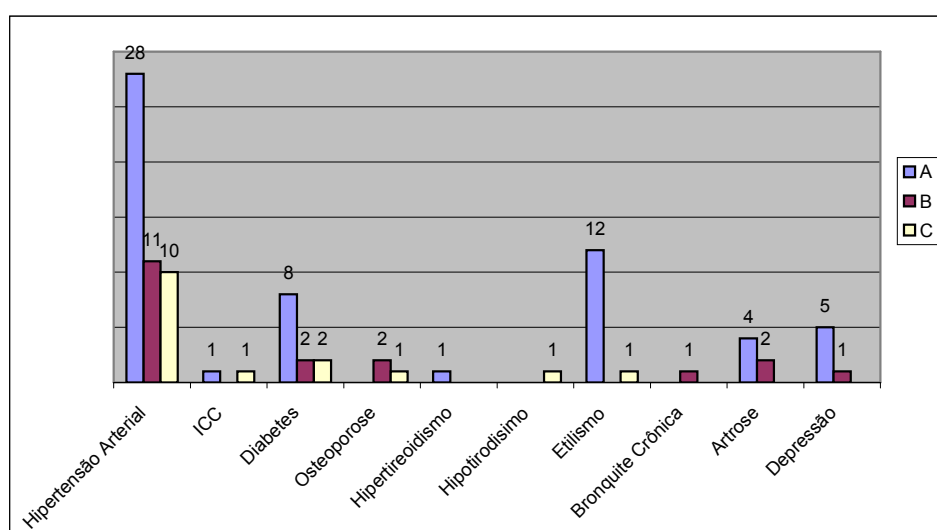
A alta porcentagem de idosos, 54% do total da amostra (81 idosos), que necessitam de auxílio em pelo menos uma de suas atividades de vida diária (dependentes e semi-dependentes) reforça a teoria da relação entre dependência funcional e institucionalização. A análise dos medicamentos utilizados impressiona principalmente no que diz respeito aos idosos residentes na Instituição A, 50% deles recebem, pelo menos, um medicamento (Gráficos 6, 7 e 8). Estes dados se confirmam quando se observa o comportamento deles na instituição, a grande maioria está prostrada em cadeiras espalhadas pelos corredores e salas da instituição, muitos nem reconhecem o lugar em que estão. Obviamente, existe um grande número de idosos lúcidos, ativos e especialmente orientados, porém, convivendo no mesmo ambiente, acabam por se perguntar: “onde é mesmo que estou, às vezes, até me esqueço!”. Relato feito por um idoso durante uma das entrevistas. Como já foi dito, os medicamentos devem ser pesquisados e avaliados devido à grande quantidade e diversidade em que são utilizados e também pelo efeito aumentado da “meia-vida” nos idosos — resultado das alterações na absorção e distribuição da droga pelo organismo. No gráfico 3 é possível observar a média da quantidade de medicamentos utilizados diariamente nas três instituições.

Gráfico 3 — Número Médio de Medicamentos Consumidos Diariamente pelos Idosos nas Três Instituições



Cabe observar que, na Instituição B, nenhum idoso faz uso de medicação psiquiátrica, haja visto o caráter da instituição em receber apenas idosos física e mentalmente independentes, explicando, desse modo, o baixo número médio de medicamentos em relação às demais. Na Instituição C, é grande também, o consumo de medicamentos, sobretudo de neurolépticos — 27% (28,8% no total das três instituições). Também é alto o consumo, nas três instituições de ansiolíticos (26%) e anti-hipertensivos (28%). Em relação à prevalência das doenças, temos: hipertensão arterial (26%), etilismo (8%), diabetes (8%). O gráfico 4 mostra que a Instituição B apresenta a maior proporção de idosos portadores de múltiplas doenças (53,4%), seguido pela Instituição A (50%).

Gráfico 4 — Principais Doenças Crônicas



CONCLUSÃO

Um dos principais motivos que levam à institucionalização é o estado de dependência funcional, o qual provoca uma sobrecarga de cuidados aos familiares. Na realidade da institucionalização de Presidente Prudente-SP, ocorre uma somatória de fatores: a falta de redes de apoio, principalmente familiar, já que um grande número de idosos não recebem

visitas, e o alto grau de dependência ou semi-dependência funcional. As três instituições pesquisadas, uma particular e duas filantrópicas, apresentam características bastante diferentes e adotam maneiras distintas em relação à rotina diária. No que se refere às instituições, predomina o caráter filantrópico e assistencialista (exceto a Instituição C, que é privada e com fins lucrativos), com quadro de funcionários sem qualificação específica para cuidar de idosos, pouca ou nenhuma atividade de lazer, despersonalização do indivíduo (com exceção Instituição B). A população pesquisada reflete a realidade dos idosos institucionalizados: alto grau de dependência, 45,7% para AVD's; grande número de doenças crônicas — co-morbidades, uso de diverso tipos de medicamentos concomitantemente, 72% tomam pelo menos um medicamento diariamente; baixos níveis de escolaridade, 37% analfabetos e 48% com 1 a 4 anos de escolaridade; situação econômica precária, 23% não possuem nenhum tipo de renda; relações conflituosas com a família, 36% não possuem nenhum contato com a família, exceto na Instituição C, onde 100% recebem visitas freqüentes da família; abandono. A Instituição B traz uma nova concepção de “asilamento” / “moradia”, onde os idosos participam ativamente na rotina da instituição, inclusive com poderes de decisão sobre alterações nas questões administrativas que os envolvem diretamente. Trata-se de uma instituição onde o idoso possui auto-gestão, trabalhando para manter e melhorar o local onde vive. Um fator positivo para a manutenção de aspectos funcionais e cognitivos. A população de idosos faz-se crescente e as instituições de caráter asilar constituem-se, muitas vezes, na única opção para esses indivíduos e suas famílias. Não devemos criar generalizações negativas acerca do processo de institucionalização. O que se deve ser feito é integrar esses indivíduos que se encontram em situação de institucionalizados e inseri-los no contexto social. É necessário, portanto, que também façam parte de pesquisas sobre essa população. A importância de se desenvolver pesquisas desse tipo em grandes cidades brasileiras, utilizando instrumentos padronizados a fim de se fornecer dados comparativos, reside na necessidade de se traçar um panorama da situação desses idosos espalhados pelo país. Conhecer quem são e como vivem os idosos residentes em instituições de longa permanência, mostra uma realidade pouco conhecida no Brasil, principalmente pelo poder local, cujas pesquisas, tanto em idosos da comunidade como de instituições, ainda são escassas.

REFERÊNCIAS

- CAMARANO, A. A. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. In: CANÇADO, F. A. X. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan 2002. p.58-71.
- CAMARANO, A. A. et al. Transformações no padrão etário da mortalidade brasileira em 1979-1994 e no impacto da força de trabalho. **Texto para discussão nº 512**. Rio de Janeiro: IPEA, set. 1997.
- GOLDIM, J. R. Bioética e envelhecimento. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002 , p.921-928.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo de 2000. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/censo/default.php>. Acesso em 19 de agosto de 2004.
- KALACHE, A.; VERAS, R. P.; RAMOS, L. R. O envelhecimento da população mundial: um desafio novo. *Revista de Saúde Pública*. v.21, p.200-210, 1987.
- KATZ, S. et al. Studies of fitness in the aged: the index of ADL; a standard measure of biological and psychosocial function, *Jama*, v.185, p.914-919, 1963.
- LAWTON, M. P. The functional assessment of elderly people. *J. Am. Geriatr. Soc.* N.9, p.465-481, 1971.
- MAY, T. **Pesquisa social: questões métodos e processos**. Porto Alegre: Artmed, 2004.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS) — World Health Organization (WHO). **The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders**, Geneva, 1992.

PASCHOAL S. M. P. Autonomia e Independência. In: PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia**. São Paulo: Atheneu, 1996 p.313-323

SCHOUERI JUNIOR, R.; RAMOS, L. R.; PAPALÉO NETTO, M. Crescimento populacional: aspectos demográficos e sociais. In: CARVALHO FILHO, E. T.; PAPALÉO NETTO, M. **Geriatrics: fundamentos, clínica e terapêutica**. São Paulo: Atheneu, p.9-29, 1994.

