

**CENTRO UNIVERSITÁRIO PARA O DESENVOLVIMENTO DO ALTO VALE DO
ITAJAÍ – UNIDAVI**

THAIS DE SOUZA

AVALIAÇÃO DA FRAGILIDADE DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS

RIO DO SUL

2021

**CENTRO UNIVERSITÁRIO PARA O DESENVOLVIMENTO DO ALTO VALE DO
ITAJAÍ – UNIDAVI**

THAIS DE SOUZA

AVALIAÇÃO DA FRAGILIDADE DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS

Trabalho de Conclusão de Curso a ser apresentado ao curso de Enfermagem, da Área de Ciências Médicas, Biológicas e da Saúde, do Centro Universitário para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí, como requisito parcial, para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^ª. M^a. Rosimeri Geremias Farias

RIO DO SUL

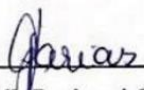
2021

**CENTRO UNIVERSITÁRIO PARA O DESENVOLVIMENTO DO ALTO VALE DO
ITAJAÍ – UNIDAVI**

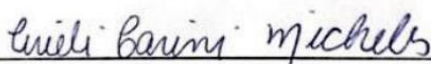
THAIS DE SOUZA

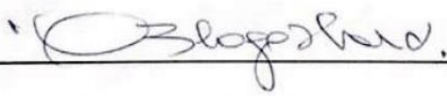
AVALIAÇÃO DA FRAGILIDADE DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS

Trabalho de Conclusão de Curso de
Enfermagem, da Área de Ciências Médicas,
Biológicas e da Saúde, do Centro
Universitário para o Desenvolvimento do
Alto Vale do Itajaí, a ser apreciado pela
Banca Examinadora, formada por:


Orientadora: Prof.^a M.^a Rosimeri Geremias Farias

Banca Examinadora:


Prof. Dra. Arieli Carini Michels


Prof. Dr. Ilson Paulo Ramos Blogoslawski

Rio do Sul, dezembro de 2021.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus, por me dar forças e estar sempre ao meu lado.

Agradeço em especial aos meus pais, minhas irmãs e meu noivo que me apoiaram e não mediram esforços para que eu chegasse até aqui.

Em especial minha coordenadora, professora e orientadora Rosimeri Geremias Farias por toda atenção, paciência, dedicação e incentivo na produção do trabalho de conclusão de curso e por toda a jornada acadêmica.

Agradeço, também, a UNIDAVI por sempre atender e compreender a todas as minhas necessidades, e a oportunidade de poder fazer parte desta história.

A todos os meus amigos, principalmente aos que fiz ao longo desses anos, aqueles que compartilhei momentos bons e ruins, em especial aos que desde o início estiveram ao meu lado me apoiando, me guiando, me ouvindo e me dando conselhos, amigos que levarei para a vida.

Aos professores, coordenadores e supervisores, que estiveram acompanhando toda nossa jornada ao longo dos anos e que me deram suporte teórico, fortalecendo meu conhecimento, contribuindo para mais esse honroso passo, vou levá-los como exemplo para vida pessoal e profissional.

Agradeço com carinho a toda equipe de profissionais do Abrigo Mão Amiga de Ituporanga-SC, em especial ao enfermeiro, que me apoiaram e contribuíram para que meu trabalho de pesquisa fosse executado, a todos os participantes do estudo.

Estendo meu agradecimento a todos os profissionais que conheci nos campos de estágio e todo conhecimento que contribuíram para minha vida acadêmica e que irá somar para minha vida profissional.

RESUMO

Com o aumento da expectativa de vida ocorrido nas últimas décadas em nosso país, se faz necessário a abordagem de temas envolvendo o envelhecimento populacional, dentre eles a acomodação dos idosos em instituições de longa permanência e a sua relação com a fragilidade. Fraqueza, diminuição da capacidade funcional e na capacidade de desenvolver atividades físicas, são características da fragilidade que, ocasionam perda da autonomia, maior nível de dependência. Este estudo tem como objetivo geral avaliar os fatores relacionados à fragilidade de idosos institucionalizados segundo a escala Edmonton Frail. Trata-se de uma pesquisa quantitativa, descritiva e exploratória. A pesquisa foi realizada com os idosos institucionalizados em longa permanência. A coleta de dados se deu por meio da aplicação da Escala Edmonton Frail. Os dados foram tratados e agrupados segundo as variáveis do estudo: cognição, estado geral de saúde, independência funcional, suporte social, uso de medicamentos, nutrição, humor, continência e desempenho funcional. A organização do banco de dados foi feita através de uma planilha específica no Microsoft Excel. Na sequência foram realizadas análises descritivas dos dados, a partir da apuração de frequências simples e cruzadas, tanto em termos absolutos como percentuais. Os resultados foram organizados em gráficos. Foram respeitados os preceitos éticos conforme disposto na Resolução CNS 466/12. Verificou-se que os idosos institucionalizados tem índices altos de fragilidade especialmente relacionados ao desempenho cognitivo (83,63%), dependência para realizar as atividades da vida diária (78,19%), perda do controle urinário (58,18%) e capacidade para mobilidade manifestada pela dificuldade de locomoção (50,90%). O indicador geral de fragilidade entre os entrevistados aponta que 70,93 % dos homens institucionalizados e 87,29% das mulheres apresentam fragilidade severa. Conclui-se que os idosos institucionalizados têm algumas limitações para manutenção da autonomia e independência devido às rotinas da instituição e a presença constante de um cuidador formal. Entretanto, o tempo de institucionalização não é fator preditor de fragilidade visto que, alguns idosos são institucionalizados por já apresentarem fragilidade e a dinâmica familiar impedir a continuidade dos cuidados no domicílio.

Palavras-chave: Idoso. Fragilidade. Institucionalização.

ABSTRACT

With the increase in life expectancy that has occurred in recent decades in our country, it is necessary to address issues involving population aging, including the accommodation of the elderly in long-term care facilities and its relationship with frailty. Weakness, decreased functional capacity and the ability to develop physical activities are characteristics of frailty that cause loss of autonomy and a higher level of dependence. This study aims to assess the factors related to frailty in institutionalized elderly people according to the Edmonton Frail scale. It is a quantitative, descriptive and exploratory research. The survey was carried out with institutionalized elderly people on long stays. Data collection took place through the application of the Edmonton Frail Scale. Data were treated and grouped according to the study variables: cognition, general health status, functional independence, social support, medication use, nutrition, mood, continence and functional performance. The organization of the database was done through a specific spreadsheet in Microsoft Excel. Afterwards, descriptive analyzes of the data were carried out, based on the calculation of simple and crossed frequencies, both in absolute terms and in percentages. The results were organized into graphs. Ethical precepts were respected as provided for in Resolution CNS 466/12. It was found that institutionalized elderly have high rates of frailty, especially related to cognitive performance (83.63%), dependence to carry out activities of daily living (78.19%), loss of urinary control (58.18%) and ability for mobility manifested by the difficulty of locomotion (50.90%). The general indicator of frailty among respondents indicates that 70,93% of institutionalized men and 87,29% of women have severe frailty. It is concluded that institutionalized elderly people have some limitations in maintaining autonomy and independence due to the institution's routines and the constant presence of a formal caregiver. However, the length of institutionalization is not a predictor of frailty, since some elderly people are institutionalized because they are already frail and family dynamics prevent continuity of care at home.

Keywords: Elderly. Fragility. Institutionalization.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição dos idosos segundo sexo e faixa etária.....	24
Gráfico 2 - Avaliação da escolaridade dos idosos institucionalizados conforme grau de instrução.....	25
Gráfico 3 - Avaliação da capacidade cognitiva dos idosos institucionalizados segundo teste do desenho do relógio.....	27
Gráfico 4 - Número de internações segundo a ocorrência nos últimos 12 meses.....	29
Gráfico 5 - Descrição geral de saúde segundo a percepção dos idosos institucionalizados.....	30
Gráfico 6 - Avaliação da Independência funcional conforme a capacidade de desempenhar atividades da vida diária....	32
Gráfico 7 - Disponibilidade de suporte social conforme a frequência de auxílio nas necessidades diárias.....	33
Gráfico 8 - Consumo de medicamentos conforme o número de medicamentos receitados.....	35
Gráfico 9 - Esquecimento no consumo de medicamentos segundo o total de entrevistados.....	36
Gráfico 10 - Representação das condições nutricionais segundo a perda de peso corporal.....	37
Gráfico 11 - Condições de humor segundo a percepção de tristeza.....	39
Gráfico 12 - Avaliação da Incontinência segundo a capacidade de controle urinário.....	41
Gráfico 13 - Avaliação da capacidade de mobilidade conforme o teste levante e ande cronometrado.....	43
Gráfico 14 - Avaliação do grau de fragilidade conforme sexo.....	45
Gráfico 15 - Avaliação do grau de fragilidade segundo tempo de institucionalização.....	46

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

OMS	Organização Mundial da Saúde.
SUS	Sistema Único de Saúde.
ILPI	Instituição de Longa Permanência para Idosos.
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.
EFS	Edmonton Frail Scale.
AVD	Atividades Diárias.
AMA	Abrigo Mão Amiga.
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada.
UNIDAVI	Centro Universitário para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí.
TDR	Teste do Desenho do Relógio.
MEEM	Mini Exame de Estado Mental.
IH	Internação Hospitalar.
AIVD	Atividades Instrumentais da Vida Diária.
SISVAN	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional.
IMC	Índice de Massa Corporal.
IU	Incontinência Urinária.
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
2 REVISÃO DA LITERATURA	12
2.1 ENVELHECIMENTO	12
2.2 POLÍTICAS PÚBLICAS E A SAÚDE DO IDOSO	14
2.2.1 Instituição de Longa Permanência para Idosos	15
2.3 FRAGILIDADE.....	17
2.4 TEORIA DA ADAPTAÇÃO	18
3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	20
3.1 MODALIDADE DA PESQUISA.....	20
3.2 LOCAL DO ESTUDO.....	20
3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA DO ESTUDO	20
3.4 ENTRADA NO CAMPO.....	21
3.5 PROCEDIMENTO DE COLETA	21
3.6 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS	22
3.7 PROCEDIMENTOS ÉTICOS	23
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	24
4.1 DESEMPENHO COGNITIVO	26
4.2 ESTADO GERAL DE SAÚDE.....	28
4.3 INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL	31
4.4 SUPORTE SOCIAL	33
4.5 USO DE MEDICAMENTOS	34
4.6 NUTRIÇÃO.....	37
4.7 HUMOR.....	39
4.8 CONTINÊNCIA	40
4.9 DESEMPENHO FUNCIONAL	42
4.10 GRAU DE FRAGILIDADE	44
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	47

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	49
ANEXOS.....	54
ANEXO I - DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA DO ABRIGO MÃO AMIGA	54
ANEXO II - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE. 55	55
ANEXO III - EDMONTON FRAIL SCALE	59
ANEXO IV - PARECER CONSUBSTANCIADO	62

1 INTRODUÇÃO

Atualmente, o Brasil sofre com o acelerado e intenso crescimento da população idosa. Essa transição demográfica aos poucos irá trazer efeitos significativos em todos os níveis da sociedade. O processo de envelhecimento ocorre de forma inevitável causando a diminuição orgânica e funcional, conforme a senescência do ser humano.

O envelhecimento é uma etapa do ciclo de vida na qual os indivíduos evidenciam alterações biopsicossociais específicas, que podem variar de alterações na cor dos cabelos até limitações nas habilidades motoras ou cognitivas. Essas mudanças tendem a estar relacionadas com o estilo de vida, condições genéticas, acesso a serviços de saúde entre outros elementos condicionantes do envelhecimento saudável.

Deve-se pontuar que a questão cultural pode influenciar no processo de envelhecimento. A qualidade de vida está fortemente vinculada à cultura, pois se trata da percepção que o indivíduo tem de sua posição na vida, dentro do seu contexto cultural, que na maioria das vezes é baseado nos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.

Com o aumento da expectativa de vida ocorrido nas últimas décadas em nosso país, se faz necessário a abordagem de temas envolvendo o envelhecimento populacional, dentre eles a institucionalização dos idosos em instituições de longa permanência e a sua relação com a fragilidade. A população está envelhecendo e cada vez mais, a longevidade e a relação com a fragilidade estão causando a dependência dos idosos. O fato de familiares não estarem preparados para desenvolver atividades relacionadas com o cuidado, torna a institucionalização uma opção para o cuidado integral e seguro dos idosos.

A assistência de enfermagem ao idoso tem como objetivo desenvolver um adequado plano de tratamento, sempre considerando suas especificidades sociais, culturais e socioeconômicas baseados no processo de senescência e senilidade. Tal fato favorece a redução da exposição a fatores de risco e redução de agravos à saúde. Nesse sentido, a Consulta de Enfermagem, viabiliza ao profissional a criação de um vínculo com o idoso, pois o cuidado voltado exige uma atenção multidisciplinar.

É importante trabalhar questões que abordam fatores que favorecem a fragilidade em idosos institucionalizados, pois a partir disto, é possível fornecer subsídios seguros norteadores de cuidados de enfermagem que visem melhorar a qualidade de vida destes idosos, sem interferir no autocuidado dos mesmos, e, conseqüentemente, reduzir a fragilidade. A fragilidade causa fraqueza, diminuição da capacidade funcional e na capacidade de desenvolver atividades físicas, proporcionando uma dependência, deixando os idosos mais vulneráveis a novas

patologias, e, principalmente, ampliando a fragilidade.

De acordo com Freitas et al. (2017), a fragilidade muitas vezes é definida como a vulnerabilidade do indivíduo, porém pode-se tratar como vulnerabilidade a desafios ambientais e redução de reservas fisiológicas sendo que, muitos idosos apresentam uma limitação de força e uma significativa vulnerabilidade a novas patologias, condições que aparecem com o envelhecimento e podem contribuir para tornar um idoso frágil. Faz-se necessário reconhecer alternativas de avaliação precoce dos fatores vinculados à fragilidade em idosos, trazendo para o cotidiano do enfermeiro uma possibilidade de intervenção que mitigue os danos a ela relacionados.

As rotinas das instituições de longa permanência favorecem o desenvolvimento da fragilidade fazendo com que os idosos institucionalizados necessitem de monitoramento do enfermeiro para identificar precocemente os sinais de fragilidade programando a assistência de enfermagem de modo individualizado e promovendo a independência e autonomia do idoso. Neste contexto, é importante saber: Quais os fatores relacionados à fragilidade dos idosos institucionalizados?

Este estudo tem por temática a avaliação de fragilidade de idosos institucionalizados em Instituição de Longa Permanência para Idosos, por meio da aplicação da escala de Edmonton Frail. Traz por objetivo geral, avaliar os fatores relacionados à fragilidade de idosos institucionalizados segundo a mesma escala. Tem por objetivos específicos identificar a presença de fragilidade nos idosos institucionalizados e reconhecer os fatores que predispõem a fragilidade em idosos institucionalizados.

2 REVISÃO DA LITERATURA

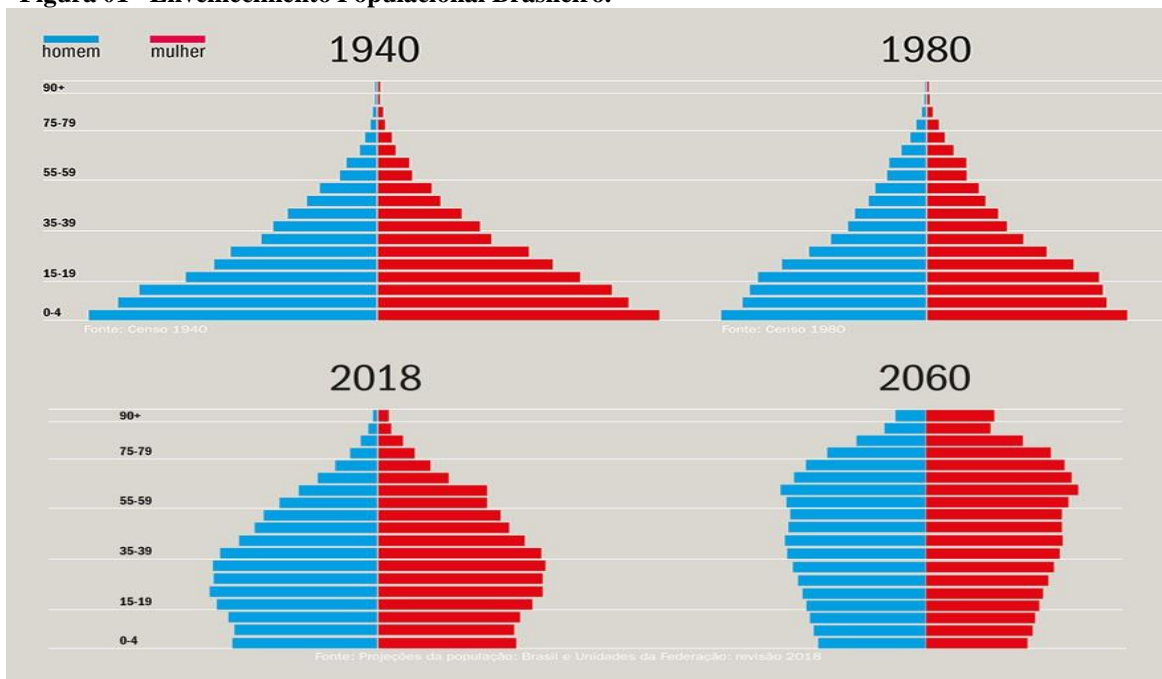
Neste capítulo serão abordados aspectos relacionados ao envelhecimento, políticas públicas, saúde do idoso e fragilidade além de discutir elementos da teoria da adaptação. Será apresentada uma revisão do estado da arte acerca dos dados levantados na literatura, por meio de buscas em livros, artigos científicos e documentos oficiais do Ministério da Saúde.

2.1 ENVELHECIMENTO

O Brasil está envelhecendo de forma rápida e intensa, contando com mais de 29 milhões de pessoas idosas. Com esse crescimento, os avanços devem resultar em melhorias para as condições de vida dessa população, ampliando o acesso a todos os serviços. É considerada idosa a pessoa que tenha 60 anos ou mais (BRASIL, 2020).

Na figura 1 apresenta-se o envelhecimento populacional ao longo dos anos e a projeção de idosos para o ano de 2060.

Figura 01 - Envelhecimento Populacional Brasileiro.



Fonte: IBGE, 2019.

Publicações do Ministério da Saúde (BRASIL, 2020), apontam que o perfil epidemiológico da população idosa é avaliado de acordo com o aumento de condições patológicas, porém deve-se destacar que isso não significa limitações de suas atividades,

desempenho ou participação social.

Segundo a Organização Mundial da Saúde - OMS (2005), o envelhecimento é um dos maiores desafios e um dos maiores triunfos da humanidade. Com o passar dos séculos o envelhecimento provocará um grande aumento nas demandas econômicas e sociais. As pessoas idosas na maioria das vezes são ignoradas, entretanto elas constituem um importante recurso para estrutura da nossa sociedade.

A proporção de pessoas idosas está aumentando em todo o mundo. “[...] Entre 1970 e 2025, espera-se um crescimento de 223 %, ou em torno de 694 milhões, no número de pessoas mais velhas [...]” (OMS, 2005, p. 8).

O envelhecimento ativo possibilita que o potencial para o bem-estar físico, social e mental seja observado ao longo da vida, proporcionando às pessoas idosas participação na sociedade, conforme suas necessidades, capacidades e desejos. Junto disso é necessário que se promova segurança, proteção e cuidados necessários para os idosos (OMS, 2005).

O envelhecimento ativo buscou além de cuidados com a saúde, onde foram abordadas outras razões que interferem no envelhecimento. Sendo assim, pode ser compreendido como oportunidade de saúde no processo de otimização, segurança e participação, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida e confirmar que as pessoas envelhecem. A comunicação é fundamental, não se trata apenas de uma troca de palavras, mas sim, um processo dinâmico, compartilhando sentimentos, experiências, informações e opiniões (BRASIL, 2006).

Eliopoulos (2019), traz que para explicar o envelhecimento biológico, faz-se necessário considerar fatores internos e externos, dividindo-os em duas teorias:

❑ Teoria estocástica: entendem os efeitos do envelhecimento como resultantes de ataques aleatórios do ambiente interno e externo.

❑ Teoria não estocástica: entendem as alterações do envelhecimento em consequência de um processo complexo e predeterminado.

Eliopoulos (2019, p. 22) afirma que “[...] O envelhecimento exitoso foi conceituado como a capacidade de preservar a função física e mental e de adaptar-se às mudanças dessa fase da vida, possibilitando um contínuo envolvimento ativo na vida [...]”.

A funcionalidade dos idosos relacionados a dependência para o desempenho das atividades diárias (AVD), podem estar associados às doenças crônicas não-transmissíveis. Essa dependência tende a aumentar de, aproximadamente 5% entre as pessoas com 60 anos, para 50% entre os com 90 anos ou mais (BRASIL, 2006).

A independência e a autonomia dos idosos são metas a serem alcançadas pelos

profissionais no cuidado à pessoa idosa. A dependência afeta essa faixa etária, por isso a função da equipe de saúde é promover o cuidado aos idosos em conjunto com a família (BRASIL, 2006).

Conforme González e Seidl (2011), o envelhecimento é um processo de modificações fisiológicas e funcionais, pontuada por fatores biopsicossociais, biológicos e psicológicos. O envelhecer bem está associado a múltiplas causas, como, estilo de vida, genética, histórico pessoal e cultural.

No século passado, déficits cognitivos e fisiológicos eram interpretados como causalidade exclusiva da idade avançada, sem ponderar que esses declínios poderiam ser explicados através de termos médicos. Por conseguinte, o envelhecimento bem sucedido, ainda não possui uma identificação própria, é visto como envelhecimento ativo, saudável e robusto, porém esses avanços promovem participação e segurança, com objetivo de melhorar a qualidade de vida no decorrer da idade avançada. Além do conhecimento, estudos procuram percepções acerca do que é necessário para promover adaptação às perdas e sobrestimar os ganhos do envelhecimento (GONZÁLEZ; SEIDL, 2011).

Veras e Oliveira (2018), apontam que o cuidado ao idoso deve ser baseado em reconhecimento precoce, onde a prestação de cuidados é capaz de ser organizada e integrada. Os cuidados devem seguir um roteiro, no qual os idosos são acolhidos do início ao fim da vida. Os modelos devem possuir uma linha de cuidados, concentrado para ações de cuidado, educação, promoção à saúde e a qualidade de vida, prevenindo novas doenças, buscando cuidado precoce e reabilitação. Um dos objetivos deve ser baseado na identificação precoce dos fatores de risco para a fragilidade. O estudo aponta que o conceito seria monitorar a saúde e não a doença em si, a fim de que o idoso possa desfrutar do seu tempo de vida com maior qualidade (VERAS; OLIVEIRA, 2018).

2.2 POLÍTICAS PÚBLICAS E A SAÚDE DO IDOSO

A Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, regula que a saúde como um direito fundamental do ser humano, aponta que o Estado tem o dever de promover condições indispensáveis ao seu pleno exercício, e dever de garantir a execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos (BRASIL, 1990).

A Lei de nº 8.842, de 04 de janeiro de 1994, dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências, tem por objetivo assegurar os direitos sociais do idoso, promovendo condições para garantir sua autonomia, integração e

participação efetiva na sociedade. A política nacional do idoso determina órgãos competentes para a promoção e assistência social, prestando serviços e desenvolvendo ações voltadas para o atendimento legal ao idoso. A política nacional do idoso rege que a família, sociedade e o estado tem o dever de assegurar direitos, garantindo sua participação, defendendo a dignidade, bem-estar e o direito à vida, a pessoa idosa não deve sofrer qualquer discriminação (BRASIL, 1994).

A Portaria nº 1.395, de 10 de dezembro de 1999, dispõe sobre a preservação da autonomia das pessoas idosas, garantindo defesa na integridade física e moral.

O Estatuto do Idoso, instituído pela Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, estabelece que é obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária (BRASIL, 2013, p.8).

O direito integral à saúde é assegurado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), promovendo por meio de ações a promoção, prevenção, proteção e recuperação de saúde, priorizando o atendimento preferencial imediato (BRASIL, 2013).

A Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006, estabelece que após a regulamentação do SUS, o Brasil dispõe-se de crescente demanda para a população que envelhece. Regulamentado em 1996 a política nacional do idoso garante direitos sociais a pessoa idosa, elaborando circunstâncias para promover autonomia, integração e participação na sociedade reafirmando o direito à saúde nos atendimentos do SUS (Lei nº 8.842/94; Decreto nº 1948/96; BRASIL, 2006).

2.2.1 Instituição de Longa Permanência para Idosos

Conforme Camarano e Kanso (2010) no Brasil, não há uma definição para Instituições de Longa Permanência para Idosos, sua origem ainda está ligada diretamente aos asilos, direcionando a população carente que necessita de abrigo. As ILPIs não são voltadas para à clínica ou terapêutica, elas são direcionadas apenas para o idoso receber moradia, alimentação e vestiários, com a inclusão de serviços médicos e medicamentos, são tratadas como residências coletivas.

O envelhecimento da população e o aumento da sobrevivência de pessoas com redução da capacidade física, cognitiva e mental estão requerendo que os asilos deixem de fazer parte apenas da rede de assistência social e integrem a rede de assistência à saúde, ou seja, ofereçam algo mais que um abrigo. Para tentar

expressar a nova função híbrida dessas instituições, a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia sugeriu a adoção da denominação Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI). Entretanto, na literatura e na legislação, encontram-se referências indiscriminadamente a ILPIs, casas de repouso, clínicas geriátricas, abrigos e asilos. Na verdade, as instituições se autodenominam ILPIs (CAMARANO A. A; KANSO S, 2010).

As ILPIs são estabelecimentos com atendimento integral, sendo que seu público alvo são idosos dependentes ou independentes. Essas instituições proporcionam serviços em diversas especialidades, de acordo com as necessidades de cada idoso. As ILPI formalizam o cuidado em duas etapas, o cuidado ao idoso voltado à prevenção e diminuição de morbidades e os aspectos relacionados aos vínculos e papéis sociais, com isso, buscam facilitar o processo de envelhecimento, promovendo atividades que proporcionam satisfação pessoal (SOUZA, 2013).

A Resolução RDC Nº 283, de 26 de setembro de 2005 (BRASIL, 2005), considera a necessidade de garantir à população idosa os direitos assegurados na legislação em vigor e a necessidade de prevenção e redução dos riscos à saúde, alertando que os idosos residentes em instituições de Longa Permanência tendem a ficarem mais vulneráveis.

A mesma resolução aprova o Regulamento Técnico que define normas de funcionamento para as Instituições de Longa Permanência para Idosos, de caráter residencial, onde as secretarias de saúde estaduais, municipais e do Distrito Federal devem implementar procedimentos para adoção do Regulamento Técnico estabelecido por esta RDC, podendo adotar normas de caráter suplementar, com a finalidade de adequá-lo às especificidades locais, sendo assim, o descumprimento das determinações deste Regulamento Técnico constitui infração de natureza sanitária sujeitando o infrator a processo e penalidades previstas na Lei nº 6437, de 20 de agosto de 1977, ou instrumento legal que venha a substituí-la, sem prejuízo das responsabilidades penal e civil cabíveis (BRASIL, 2005).

Conforme Faria e Carmo (2015), lar de idosos são instituições com apoio aos mais velhos, definindo este estabelecimento como local de residência. Sendo assim, essas instituições possuem regras a serem seguidas, para o cumprimento de seus deveres. Institucionalizar é proporcionar confiança aos cuidados do lar de idosos. Com isso, foi observado que os idosos apresentam algumas dificuldades ou barreiras para se adaptar às rotinas estabelecidas pela instituição.

2.3 FRAGILIDADE

Publicações de Freitas et al. (2017) relatam que o termo fragilidade dificilmente é utilizado para definir um aspecto do envelhecimento. Outros termos são mais utilizados como doente crônico, debilitado ou até mesmo incapacitado, quando se tem a necessidade de qualificar um idoso. Destaca-se que o idoso está cada vez mais presente como objeto de investigação, com isso observamos sua especificidade de condições de vida e saúde, buscando uma epidemiologia própria para suas condições. Contudo conseguiremos abordar uma relação com a causalidade, diagnósticos e prognósticos promovendo assim a qualidade de vida e melhorando seu tempo de sobrevivência, provendo evidências da eficácia terapêutica. Perante estas buscas, profissionais da saúde adaptaram conceitos para essa nova realidade. A população idosa necessita de intervenções adequadas para sua idade. Tornou-se imperativo buscar um conceito que caracteriza corretamente essa subpopulação, a de frágeis, vendo que hoje em dia compõe 20% da população de idosos.

Conforme Melo et al. (2018), a fragilidade é abordada como uma síndrome que acomete os idosos, resultante do declínio de reservas fisiológicas e funcionais, proporcionando risco elevado de eventos adversos à saúde física e mental.

A síndrome da fragilidade pode evoluir após um evento estressor. Os idosos podem apresentar desnutrição, risco de quedas, perda de peso excessiva, pressão arterial elevada e capacidade funcional diminuída, entre outros. A perda ou diminuição da capacidade funcional, cognitiva e psíquica são fatores que fazem com que familiares encontrem dificuldade no cuidado, possibilitando a procura por Instituições de Longa Permanência para Idosos, com o propósito de suprir as demandas dos idosos (FLUERRI et al., 2018).

Uma das vertentes de estudo da fragilidade é o grupo Canadian Initiative on Frailty and Aging - CIF-A (Iniciativa Canadense sobre Fragilidade e Envelhecimento), que sugere a detecção de fragilidade em idosos é desenvolvida através da Edmonton Frail Scale (EFS). Essa escala foi validada, sendo julgada por confiável, de fácil manuseio e aplicação para toda equipe multidisciplinar. O fato de abordarem aspectos cognitivos, humor e suporte social como um dos indicadores de fragilidade a tornou mais abrangente (COELHO et al., 2009).

A Edmonton Frail Scale (EFS) avalia nove domínios: a cognição que é avaliada com o Teste do Relógio, estado geral de saúde, independência funcional e suporte social são avaliadas através de questionário (escala tipo Likert), uso de medicamentos, nutrição, humor e continência são avaliados por meio de respostas diretas (sim ou não), já o desempenho funcional é avaliado através do teste Levante e Ande Cronometrado (FERNANDES et al.,

2013).

2.4 TEORIA DA ADAPTAÇÃO

Callista Roy, nasceu em 14 de outubro de 1939, em Los Angeles, Califórnia, recebeu o título de Bacharel em Artes na Enfermagem e também o título de Mestre de Ciências na Enfermagem. Concluiu o curso de enfermagem e em seguida estudou Sociologia, onde recebeu o título de Mestre e Doutora em Sociologia (BRAGA; SILVA, 2011).

Como base fisiológica começou a operacionalizar o currículo de enfermagem da Escola de Mount Saint Mary onde tem usado sua teoria na Clínica Neurológica. Após várias publicações, terminou o pós-doutorado. Foi professora e teórica da Escola de Enfermagem da Faculdade de Boston, onde aprofundou-se no que diz respeito aos conhecimentos contemporâneos de enfermagem, obtendo compreensão do papel da enfermagem na promoção da adaptação (BRAGA; SILVA, 2011).

Roy considera que o indivíduo funciona com partes independentes que atuam em unidade para alcançar um determinado objetivo. De acordo com isso, indivíduos têm a capacidade de criar e adaptar-se às mudanças do meio externo, isso depende das exigências e capacidades do meio interno de cada um, com suas motivações, sonhos, esperanças, e tudo que engloba a movimentação constante ao domínio próprio (BRAGA; SILVA, 2011)

Em concordância com Coelho e Mendes (2011), Roy compreende que a enfermagem é uma profissão onde são centrados os processos de vida, ressaltando a promoção da saúde, sendo que a ciência e a prática ampliam a capacidade de adaptação. Ela vê a pessoa como um todo, estando exposta a uma série de eventualidades ou condições que podem afetar o desenvolvimento das pessoas. O ambiente é visto como circunstâncias, condições ou intervenções que afetam o comportamento dos indivíduos, já a saúde é o reflexo da interação das pessoas com o ambiente, buscando adaptar-se.

Segundo Monteiro et al. (2016), a aplicação das teorias de enfermagem aprimora as habilidades teórico-práticas da equipe de enfermagem e contribui com a melhoria do cuidado. A teoria da adaptação destaca-se por compreender a pessoa como sistema adaptativo e holístico, buscando estímulos de interação.

De acordo com Braga e Silva (2011), a Teoria da Adaptação inter-relaciona-se às dimensões de integridade biopsicossocioespiritual do ser humano. O processo de enfermagem de Roy, promove a adaptação positiva do indivíduo. Constitui uma abordagem para resolver problemas, identifica necessidades, implementa intervenções para o cuidado de

enfermagem, avaliando resultados dos cuidados aplicados, podendo assim diferenciar os cuidados da enfermagem das outras especialidades. A capacidade de identificar o nível de adaptação, às dificuldades, buscando intervenções para promover a adaptação deve ser do enfermeiro.

Conforme Braga e Silva (2011), o Processo de Enfermagem, conforme o modelo de adaptação desenvolvido por Roy prevê as seguintes etapas:

- Avaliação do Comportamento;
- Avaliação do Estímulo;
- Diagnóstico de Enfermagem;
- Estabelecimento do Objetivo;
- Intervenção;
- Avaliação.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Neste capítulo serão abordados os procedimentos metodológicos que delinearão a pesquisa. As discussões estão focadas nas informações apresentadas pelos idosos frente a avaliação de fragilidade.

3.1 MODALIDADE DA PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa quantitativa, descritiva e exploratória.

3.2 LOCAL DO ESTUDO

O projeto foi desenvolvido junto a uma instituição de longa permanência para idosos, situada no Alto Vale do Itajaí. Trata-se de uma instituição de rede privada que atende idosos que ficam institucionalizados recebendo atenção e cuidados contínuos.

Na Instituição de Longa Permanência para Idosos as rotinas iniciam-se com a passagem de plantão, após isso os pacientes são encaminhados para o banho, junto ao banho são realizados os curativos, em seguida são direcionados ao refeitório para a primeira refeição e administração de medicamentos.

Na sequência é realizada a verificação dos sinais vitais e anotação de enfermagem, ao longo do dia os pacientes são atendidos individualmente pela fisioterapeuta e pela psicóloga, junto desses atendimentos são realizadas atividades coletivas para estimular o paciente.

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada com todos os idosos que estavam institucionalizados junto a instituição selecionada para o estudo.

No contato inicial com a instituição parceira, identificou-se 60 idosos institucionalizado. Há de se considerar que existe a possibilidade de rotatividade destes idosos especialmente por condições relacionadas a óbitos e transferências.

Estimou-se que 100% dos idosos institucionalizados poderiam fazer parte da amostra deste estudo. Entretanto, quando da coleta de dados, foram descartados cinco idosos da amostra, sendo, 2 óbitos, 1 transferência para tratamento hospitalar e 2 idosos que retornaram

ao domicílios de origem.

3.4 ENTRADA NO CAMPO

O estudo foi direcionado para a avaliação da direção da instituição parceira. De posse das informações detalhadas do processo de condução do estudo e garantindo-se todas as medidas de prevenção da infecção do novo coronavírus, a realização da pesquisa foi autorizada junto a instituição.

Na sequência a proposta foi discutida com o enfermeiro responsável pela instituição a fim de se alinhar as etapas da coleta de dados. O projeto também foi compartilhado com os demais membros da equipe de enfermagem e outros cuidadores de idosos, no intuito de divulgar a proposta e contar com o apoio de todos para a coleta de dados.

3.5 PROCEDIMENTO DE COLETA

A coleta de dados foi realizada após liberação do estudo junto ao Comitê de Ética em Pesquisa da UNIDAVI.

Iniciou-se com uma explicação para a equipe de enfermagem e cuidadores, respeitando-se os horários e as rotinas da instituição. A abordagem deu-se pela identificação primeira de indivíduos lúcidos e orientados, com menor grau de dependência. A coleta das informações deu-se de forma individual e privativa. Já, com os pacientes com dependência, a coleta de dados foi desenvolvida com a participação do cuidador, conforme prevê o regramento do instrumento utilizado para o levantamento de dados.

Explicou-se os objetivos, e etapas do estudo, bem como seus riscos e benefícios, entre outros, por meio da leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO II). Tendo sanadas todas as dúvidas, o termo foi apresentado em duas vias, que puderam ser assinadas, ficando uma de posse da pesquisadora e a outra arquivada, junto aos documentos do participante, na instituição.

Utilizou-se para a coleta de dados a Edmonton Frail Scale (EFS), escala esta validada desenvolvida pelos pesquisadores do Canadian Initiative on Frailty and Aging (CIF-A). O instrumento prevê a avaliação de fragilidade considerando as variáveis: cognição (teste do relógio), estado geral de saúde, independência funcional e suporte social (escala tipo likert), uso de medicamentos, nutrição, humor e continência (questionário sim ou não) e desempenho funcional (levantar e andar cronometrado).

As respostas são divididas em três colunas A, B e C. A coluna A representa respostas que expressam condições favoráveis a fragilidade, cuja pontuação é zero. A coluna B demonstra condições intermediárias de fragilidade, onde sua pontuação é um. A coluna C representa condições severas de fragilidade, cuja pontuação é dois. Conforme as indicações considera-se que idosos com pontuação entre 0-4 não apresentam fragilidade, 5-6 aparentemente vulneráveis, 7-8 fragilidade leve, 9-10 fragilidade moderada e 11 ou mais fragilidade severa (FERNANDES et al., 2013). A escala completa pode ser verificada junto aos anexos deste estudo (ANEXO III).

A coleta de dados aconteceu no mês de agosto de 2021, sendo que, para conclusão das coletas, houve a necessidade de realizá-las em etapas. Os idosos foram separados em grupos e, conforme as rotinas da instituição, e as condições do idoso frente às demandas do estudo, os itens da escala foram sendo preenchidos. Destaca-se que alguns itens necessitaram do desenvolvimento de atividades como, por exemplo, o teste do relógio e o teste levante e ande cronometrado, ações estas que demandaram de maior empenho dos idosos e por conseguinte maior tempo para a coleta das informações. Durante as coletas identificou-se que a grande maioria dos idosos apreciou participar do estudo, demonstrando-se colaborativos, e compreendendo a oportunidade de avaliação individual que estava sendo proposta mediante a realização do estudo.

A coleta de dados foi encerrada com a participação de todos os idosos institucionalizados durante o período programado para a coleta de dados.

3.6 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

Os dados foram tratados e agrupados segundo as variáveis do estudo: cognição, estado geral de saúde, independência funcional, suporte social, uso de medicamentos, nutrição, humor, continência e desempenho funcional.

A organização do banco de dados foi conduzida através de uma planilha específica em planilha excel, na sequência foram realizadas análises descritivas dos dados, a partir da apuração de frequências simples e cruzadas, tanto em termos absolutos como percentuais. Os resultados foram organizados em gráficos e discutidos com a literatura vigente, sob a reflexão da teoria da adaptação de Callista Roy.

3.7 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

O estudo foi autorizado pela instituição parceira onde os idosos, componentes da amostra, encontram-se institucionalizados e pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UNIDAVI. O registro da autorização ética está registrado no parecer consubstanciado de número 4.796.531 (ANEXO IV).

Todos os participantes foram informados sobre os objetivos do estudo, dando início com a entrega do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o qual foi assinado, em duas cópias, autorizando, assim, sua participação no estudo, sendo enfatizado que a participação no estudo é voluntária, deixando-se livre a escolha para quem não desejasse participar da pesquisa. Esse documento ficará armazenado por um período de cinco anos.

A identidade pessoal de cada participante será mantida sob absoluto sigilo, não será mencionando nome ou qualquer outra informação. O estudo apresenta risco mínimo aos participantes frente à coleta de dados e as atividades desenvolvidas, devendo-se considerar o risco de constrangimento dos idosos por não conseguir desenvolver as atividades.

Para minimizar os riscos, a coleta de dados foi desenvolvida de forma dinâmica e individualizada para os pacientes lúcidos, deixando-os à vontade para participar da pesquisa. Foi permitido o acompanhamento dos cuidadores quando o grau de dependência do idoso direcionava para esta condição.

Como benefícios do estudo pode-se destacar a oportunidade de avaliar os idosos e identificar os fatores para o desenvolvimento da fragilidade, assim a equipe multidisciplinar da ILPI poderá fazer uma avaliação e desenvolver ações minimizando os riscos do desenvolvimento da fragilidade. Além disso, espera-se contribuir com a equipe de saúde com o incentivo ao uso de instrumentos de avaliação do idoso, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo será apresentado a avaliação de fragilidade dos idosos institucionalizados considerando-se as variáveis sugeridas na Edmonton Frail Scale (EFS).

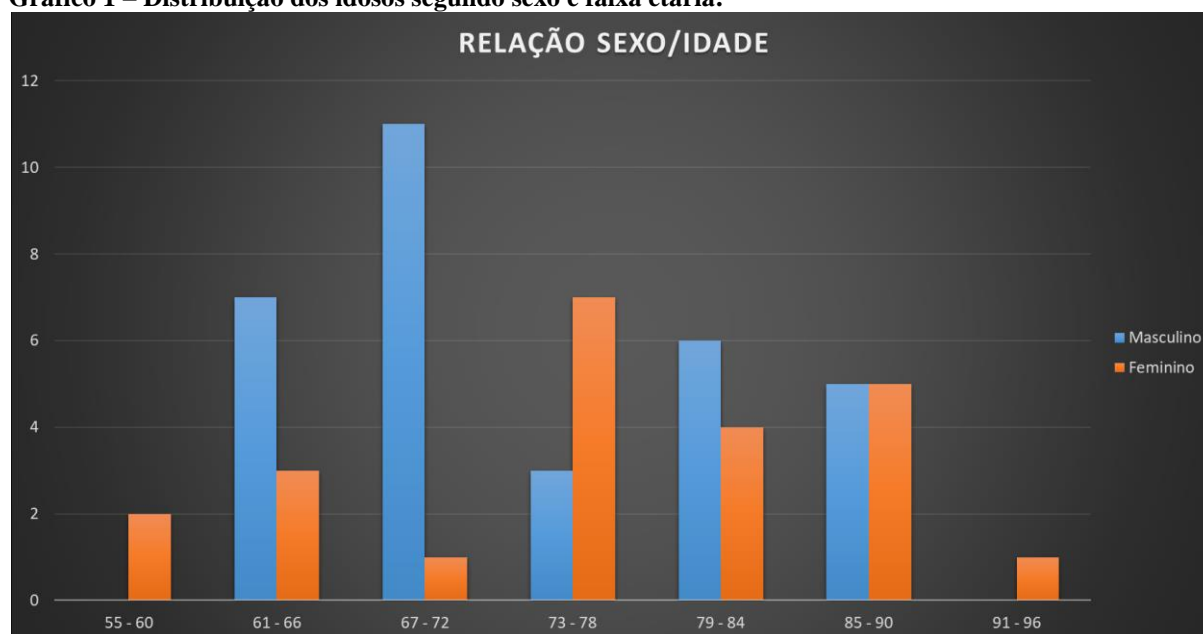
Serão pontuados os critérios utilizados para a avaliação de cada variável, bem como, os resultados alcançados, discutidos em consonância com a literatura vigente à luz da Teoria da Adaptação proposta por Callista Roy.

A população do estudo foi identificada por meio do relatório de institucionalização, disponibilizado pela gestão da instituição de longa permanência, sendo que o total de indivíduos correspondente a 60 pessoas.

Ao considerar-se a população do estudo para o cálculo amostral, propondo um erro amostral de 2% com um nível de confiança de 95%, a amostra prevista alcançava 58 pessoas. Quando do início da coleta de dados, constatou-se que do total da população 2 idosos haviam retornado para seus domicílios, 2 vieram a óbito e 1 foi transferido para outra instituição de longa permanência. Desta forma a amostra final é composta por 55 pessoas. Em relação ao tamanho da população e considerando o nível de confiança de 95% o erro amostral deste estudo é de 3.85%.

Dentre os 55 participantes do estudo 30 são do sexo masculino (55,55%) e 25 do sexo feminino (45,45%). No Gráfico 1 segue a distribuição dos idosos que compõem esta amostra segundo sexo e faixa etária.

Gráfico 1 – Distribuição dos idosos segundo sexo e faixa etária.

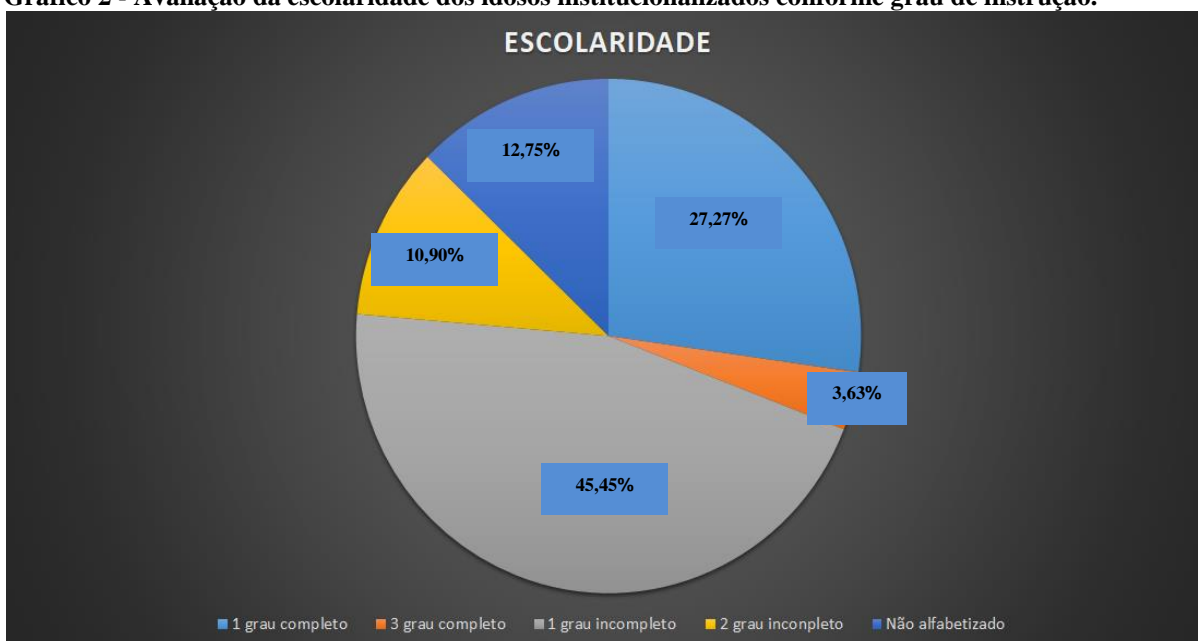


Fonte: Elaborado pela autora, 2021.

É possível perceber que existe uma tendência a institucionalização de pessoas do sexo masculino com idades entre 60 e 70 anos, sendo que neste conjunto etário encontram-se 18 homens, o que representa 60% do total de masculinos. Entre as mulheres a predominância da faixa etária é verificada entre 73 e 84 anos quando se identifica 11 mulheres institucionalizadas, 44% do total de mulheres que compõem a amostra.

O grau de instrução dos idosos institucionalizados pode ser verificado no gráfico que segue.

Gráfico 2 - Avaliação da escolaridade dos idosos institucionalizados conforme grau de instrução.



Fonte: Elaborado pela autora, 2021.

Melo et al. (2018), relatam que o baixo nível de escolaridade em idosos do Brasil é preocupante, sendo capaz de esclarecer complicações cognitivas em idosos, já que a escolaridade contribui para a estimulação das funções cognitivas, como, percepção, atenção, memória, linguagem e funções executivas durante a vida, permitindo mais resistência para distúrbios cognitivos durante o envelhecimento.

Constatou-se que a escolaridade pode influenciar na incapacidade de desempenho cognitivo dos idosos, observa-se que idosos não alfabetizados (12,75%) apresentaram mais dificuldade para desenvolver o teste do desempenho cognitivo. Nota-se também que a grande maioria dos idosos não possuem ensino superior completo.

4.1 DESEMPENHO COGNITIVO

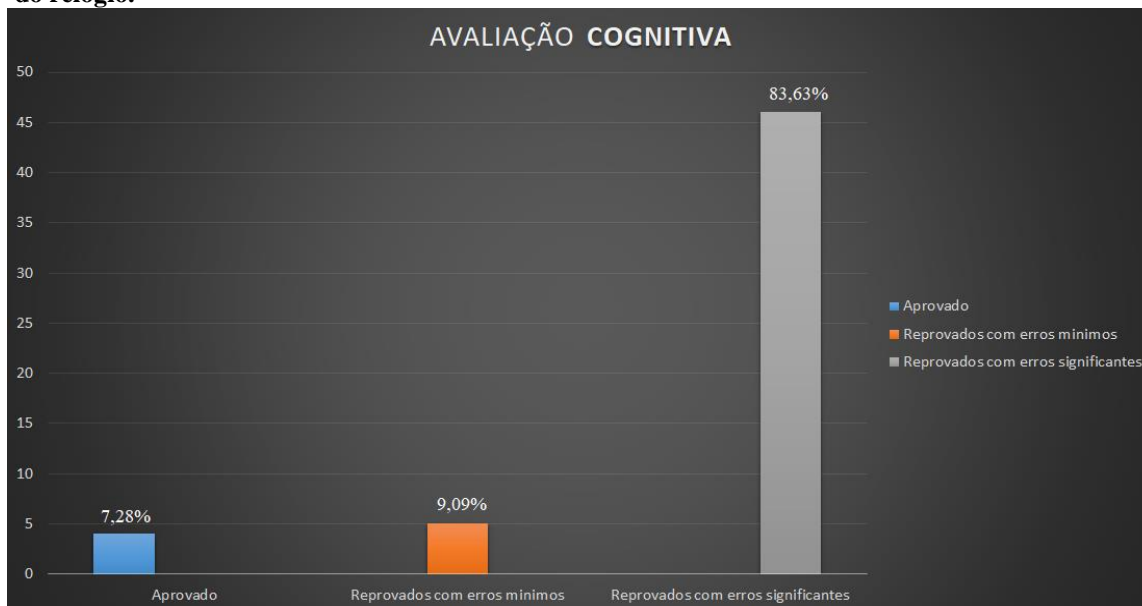
Neste item será abordado o desempenho cognitivo dos participantes do estudo. Para compor esta avaliação utilizou-se o Teste Desenho do Relógio.

O Teste do Desenho do Relógio (TDR) visa o rastreamento de lesões cerebrais, avaliando habilidades visuo-espaciais, construtivas e executivas, que é a capacidade de desenhar ou construir a partir de um estímulo. O teste do relógio busca desenvolver ou avaliar habilidades que esses idosos perderam ao passar dos anos, podendo apresentar como consequência a falta de desenvolverem suas habilidades do dia a dia (BRASIL, 2006).

Na avaliação do teste do desenho do relógio, oportuniza-se a identificação e classificação do desempenho cognitivo segundo os critérios: reprovados com erros significantes, reprovados com erros mínimos e aprovados. Para ser reprovado com erros significantes, o participante precisava colocar os ponteiros de hora e minuto fora de curso, uso inadequado dos ponteiros do relógio, os números estão amontoados em somente um lado do desenho do relógio, os números estão em ordem contrária. Reprovados com erros mínimos é aquele que no desenho estejam presentes todos os ponteiros e números, os ponteiros estão corretamente posicionados, porém não possuem mesmo comprimento; e, para ser aprovado é necessário que todos os ponteiros e números estejam presentes nas devidas posições, onde não há adições ou duplicidades de números e ponteiros. (BRASIL, 2006)

O Gráfico 3 apresenta o resultado da avaliação cognitiva dos idosos considerando-se o proposto no teste do desenho do relógio.

Gráfico 3 - Avaliação da capacidade cognitiva dos idosos institucionalizados segundo teste do desenho do relógio.



Fonte: Elaborado pela autora, 2021.

Observou-se que tanto a institucionalização como a falta de praticar atividades diárias afetam o desempenho cognitivo de idosos ao longo dos anos. Esses idosos acabam entrando em uma rotina diária, muitas vezes devido ao grande número de idosos institucionalizados. Os resultados deste estudo em relação ao item cognição mostram que 46 idosos (83,63%) reprovaram por erros significantes; 5 idosos (9,09%) reprovaram por erros mínimos; e apenas 4 idosos (7,28%) foram aprovados.

Conforme Borges et al. (2018), idosos manifestam maiores comprometimentos da memória recente, conseqüentemente desencadeiam com a avanço do quadro clínico dificuldades de nomeação, elaboração de linguagem e déficits de atenção.

Sendo assim, podemos observar que a autonomia funcional possui um papel importante promovendo o direito de autodeterminação aos idosos, mantendo uma melhor qualidade de vida a cada indivíduo.

Conforme Borges et al. (2018), idosos em instituições de longa permanência desencadeiam isolamento social e inatividade mental e física, devido a rotinas exigidas pelas instituições. As carências apresentadas pelos idosos alertam para a necessidade de desenvolvimento de interação social e medidas de controle.

A capacidade cognitiva deve fazer parte a um julgamento clínico inicial, sendo que esta avaliação reconhece alterações clínicas na saúde mental dos idosos, onde o desempenho social e físico está associado a preservação das funções cognitivas. A perda de memória é referência para a redução da capacidade cognitiva (BRASIL, 2007).

Fluetti et al. (2018) destacam que fragilidade e déficit cognitivo estão diretamente relacionados. Condições como perda de força e massa muscular, fadiga, alteração de marcha e composição corporal que levam a situação de fragilidade são mais comuns em idosos com desempenho cognitivo baixo ampliando a fragilidade.

Considerando avaliação cognitiva inicial pode-se aplicar o mini exame de estado mental (MEEM) que pode ser utilizado como instrumento de rastreio, no qual avalia vários domínios, como, orientação temporal, espacial, memória imediata e de evocação, cálculo, linguagem-nomeação, repetição, compreensão, escrita e cópia de desenho. O MEEM não se ajusta para diagnóstico, porém aponta funções cognitivas prejudicadas e auxilia a uma abordagem mais detalhada (BRASIL, 2007).

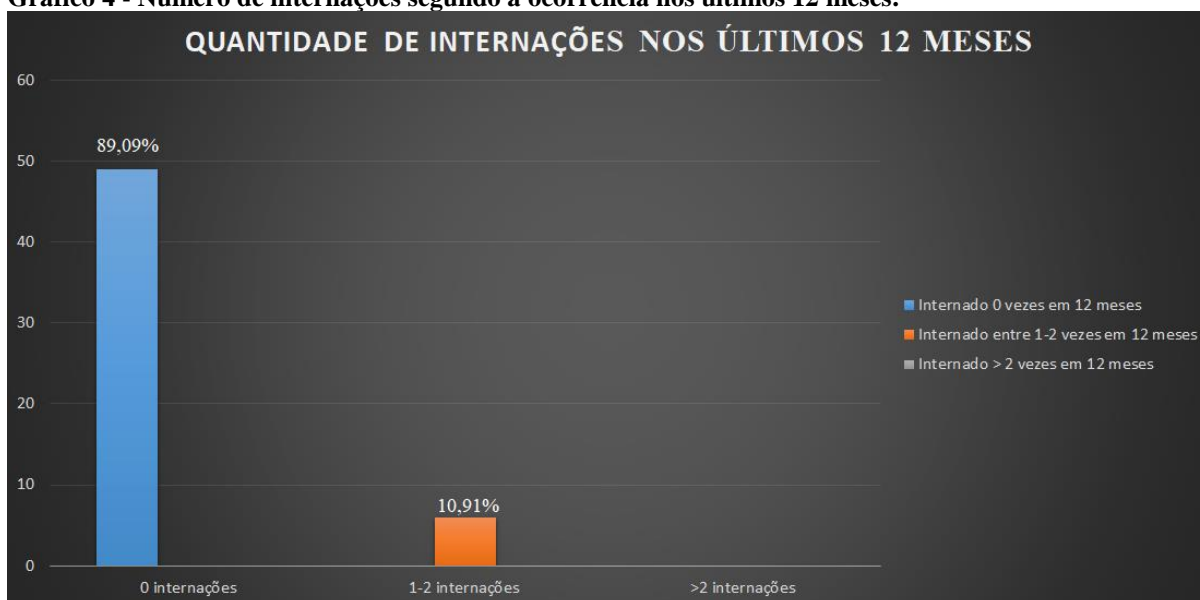
4.2 ESTADO GERAL DE SAÚDE

Silva et al. (2021), mencionam que devido ao aumento da população idosa, a procura pelos serviços de saúde ampliará e, conseqüentemente, as internações hospitalares (IH) tendem a crescer, porém, destaca-se que as IH possuem alto risco, devido a presença de multicomorbidades.

Além disso, conhecer os principais motivos que favorecem as IH dos idosos é fundamental, pois com isso é possível desenvolver medidas preventivas, buscando intervir de maneira adequada às necessidades da população idosa. (SILVA et al., 2021)

Para avaliar o estado geral de saúde dos idosos institucionalizados considerou-se os registros das informações acerca da quantidade de vezes que os idosos apresentaram a necessidade de cuidados hospitalares (internação) nos últimos 12 meses, além desta informação, buscou-se a opinião dos participantes sobre sua saúde.

É importante destacar que, apesar da institucionalização, o local deste estudo oportuniza a manutenção de cuidados de saúde, os idosos recebem suporte de uma equipe multidisciplinar e, em caso de adoecimento os idosos recebem acompanhamento numa perspectiva semelhante ao domicílio. Mediante a avaliação dos profissionais, quando indicado internação, os idosos são encaminhados para a rede de saúde, utilizando-se da estrutura hospitalar para internação. Os achados deste estudo, em relação às internações hospitalares, são apresentados no Gráfico 4.

Gráfico 4 - Número de internações segundo a ocorrência nos últimos 12 meses.

Fonte: Elaborado pela autora, 2021.

Em conformidade com Maia et al. (2020), as variáveis apontam que a internação pode algumas vezes estar associada a causa, já outras vezes a consequência da síndrome da fragilidade, porém é comum que idosos frágeis tornem-se mais vulneráveis a internação. Muitas vezes, as internações encontram-se ligadas as patologias que se desenvolvem durante o envelhecimento humano, onde podemos apresentar a queda como um dos principais fatores da internação.

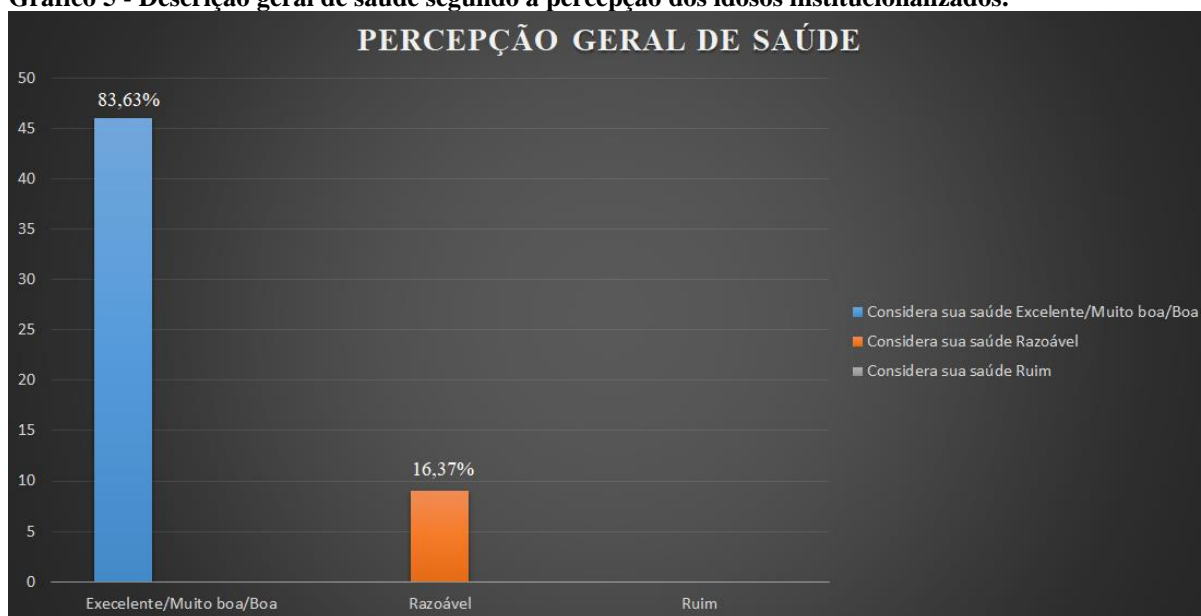
Observou-se que, considerando a faixa etária da amostra, o número de internações nos últimos 12 meses é baixo, levando em conta o tipo de atendimento disponibilizado na ILPI em questão. Pode-se avaliar também que, no geral, muitas vezes a procura por internações entre os idosos está relacionada carência, sintomas de isolamento ou até mesmo a desnutrição. Levando em conta que as ILPIs possuem atendimento integral pela equipe multidisciplinar, psicólogos, nutricionistas, médicos e enfermeiros, responsáveis por buscar manter a qualidade de vida e a satisfação de necessidade básicas dos idosos, espera-se que as dificuldades maiores sejam atendidas minimizando o risco de internação.

Segundo Roy, os mecanismos de enfrentamento são herdados ou genéticos, e caracterizam os processos de controle da pessoa para enfrentar situações, sejam elas conscientes ou inconscientes. O uso máximo de mecanismos de enfrentamento amplia o nível de adaptação e aumenta a capacidade de resposta do indivíduo em responder positivamente a um estímulo (GEORGE, 2000).

Entre as variáveis da escala Edmonton Frail para verificação da fragilidade, sugere-se que o idoso manifeste sua percepção em relação à sua própria saúde. Perguntou-se como o idoso

decreveria sua saúde e entre as possibilidades de resposta oportunizou-se: excelente; muito boa; boa; razoável e ruim. Os achados foram agrupados entre aqueles que descrevem sua saúde de maneira positiva, intermediária e ruim. O gráfico 5 apresenta o percentual de distribuição das respostas dos idosos.

Gráfico 5 - Descrição geral de saúde segundo a percepção dos idosos institucionalizados.



Fonte: Elaborado pela autora, 2021.

Saúde é uma concepção que envolve, entre outros, aspectos biológicos, buscando ausência de comorbidades. A saúde é resultado de diversos fatores, como por exemplo, estilo de vida, alimentação, escolaridade e sexo (SILVA; COMIN; SANTOS, 2012).

O envelhecimento é tratado como desqualificação pelos idosos, o que reflete de forma negativa no estado geral de saúde. A institucionalização afeta a saúde já que pode ser relacionada com o abandono familiar. Os idosos se sentem incapazes, o que favorece o surgimento de sintomas depressivos e o isolamento social. (SILVA; COMIN; SANTOS, 2012)

De modo geral, os idosos, apesar da institucionalização, avaliam de maneira positiva a sua condição de saúde. Esta percepção contribui para o bem-estar geral. Sentir-se satisfeito com a sua saúde oportuniza que o idoso invista seus esforços em outras atividades e habilidades que lhe possa preencher o tempo e estimular demandas gerais como a exemplo a melhora do desempenho cognitivo.

Observa-se que o sistema de saúde busca, com todos os recursos, prevenção e promoção para um envelhecimento saudável, buscam manutenção na capacidade funcional de cada indivíduo, com intuito de prevenir doenças. Procuram a recuperação da saúde dos que adoecem

e a reabilitação dos que venham a ter sua capacidade funcional prejudica, garantindo-lhes independência em suas funções cotidianas.

Callista Roy afirma que a interação da pessoa com o ambiente é reflexo de como cada indivíduo irá conduzir a capacidade de lidar com novas situações, refletindo diretamente na saúde (COELHO; MENDES, 2011).

4.3 INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL

A independência funcional está relacionada à capacidade de desenvolver atividades da vida diária (AVDs) e atividades instrumentais da vida diária (AIVDs).

A autonomia dos idosos ao executar AVDs e AIVDs expõe um grau de dificuldade, sendo que entre as atividades de vida diária estão inclusos tomar banho, comer, usar o banheiro e andar pelos cômodos da casa e para atividade instrumentais da vida diária incluem fazer compras, realizar trabalhos domésticos e preparar refeições.

Conforme a Escala Edmonton Frail foram avaliadas as atividades como preparar refeição (cozinhar), cuidar do dinheiro, transporte (locomoção de um lugar para outro), tomar remédios, cuidar da casa (limpar/arrumar a casa), fazer compras, usar o telefone e lavar a roupa.

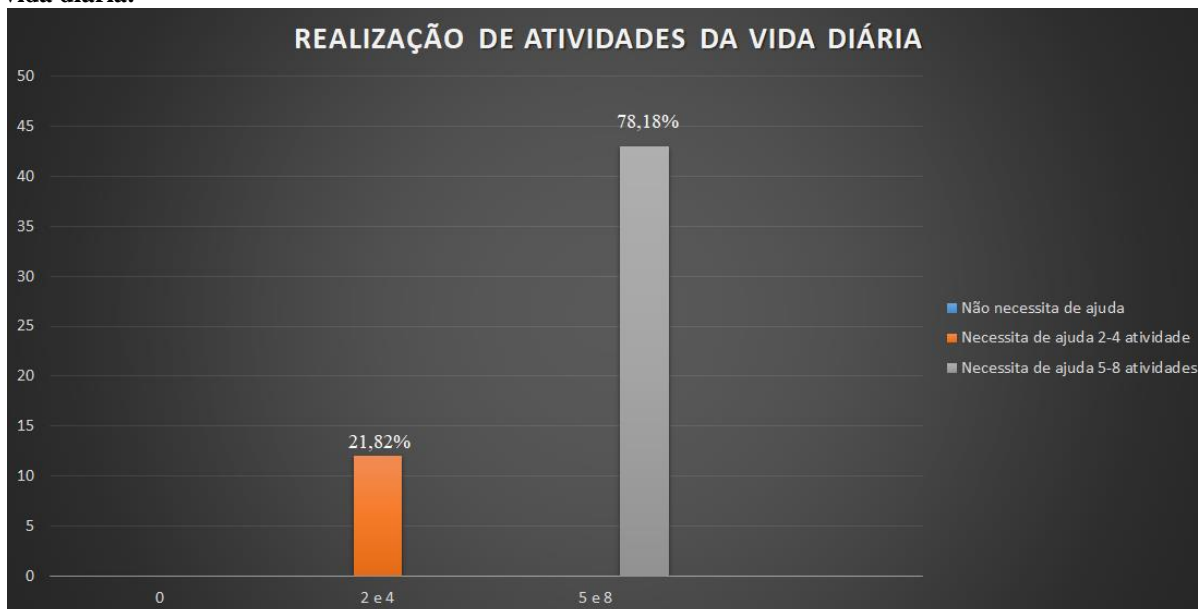
Neste indicador podemos encontrar um viés do estudo. As rotinas da instituição não favorecem que os idosos desempenhem estas atividades.

Para classificar a independência funcional buscou-se identificar quantas das seguintes atividades cada idoso necessita de ajuda, onde as opções de resposta são zero (0), 2-4 vezes e de 5-8 vezes.

Considerou-se para além do fato de os idosos não estarem fisicamente aptos para realizar as atividades que compunham esta variável, mas também o fato de não terem as oportunidades para realiza-las. Nesta situação, os idosos consideraram que necessitam de ajuda para realização das atividades avaliadas.

O gráfico que segue aborda o resultado da independência funcional conforme atividades diárias do dia a dia.

Gráfico 6 - Avaliação da Independência funcional conforme a capacidade de desempenhar atividades da vida diária.



Fonte: Elaborado pela autora, 2021.

De acordo com o gráfico acima, 100% dos idosos institucionalizados necessitam de ajuda para desenvolver algum tipo de atividade do dia-a-dia, sendo que 78,18% requerem ajuda entre 5-8 vezes e 21,82% de 2-4 vezes.

Utilizou-se este item para avaliar as necessidades de ajuda que cada indivíduo, porém como estamos abordando idosos institucionalizados e, nesta situação, a equipe multidisciplinar é responsável por manter esses afazeres em ordem, seguindo as rotinas e horários da instituição. Destaca-se que alguns idosos tem a liberdade de cuidar de objetos pessoais e desempenhar pequenas atividades como arrumar a cama e organizar suas roupas o que foi considerado no momento da avaliação. As características específicas das ILPIs como infraestrutura, regimento interno, organização, entre outros, podem ter influenciado nestes resultados.

Ferreira et al. (2012), aborda que a presença de incapacidades físicas e cognitivas, estão associadas ao envelhecimento levando a perda de habilidades ou dificuldades de executar atividades do dia a dia.

O envelhecimento está relacionado ao sofrimento social, porém é possível buscar viver com qualidade de vida. É necessário incentivar a independência e autonomia, dando-lhe a liberdade de agir e tomar decisões do dia-a-dia, proporcionando a capacidade de desenvolver atividades da vida diária sem a necessidade de solicitar ajuda (FERREIRA; et al, 2012).

Doenças crônicas não transmissíveis podem afetar a funcionalidade e o desenvolvimento dos idosos, diminuindo a capacidade funcional e de desempenho nas atividades de vida diária. Portanto, mantém-se claro que o desafio é conseguir contribuir para

que os idosos institucionalizados consigam se sentir em casa, dando-lhes a possibilidade de viver sua própria vida com a maior qualidade possível.

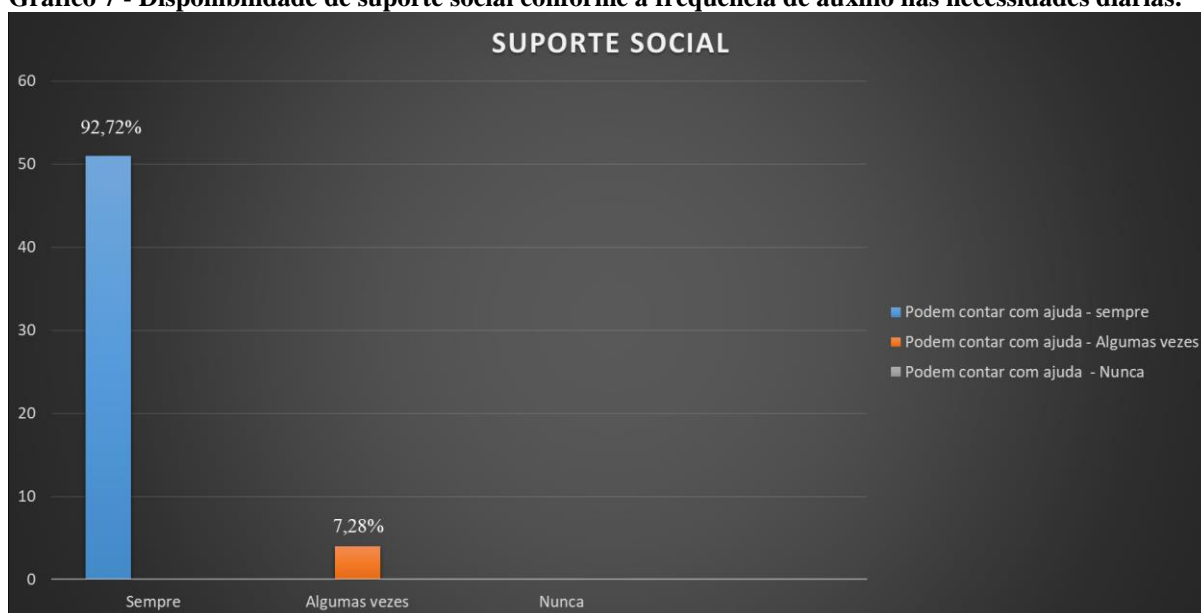
4.4 SUPORTE SOCIAL

O suporte social envolve o cuidador, familiar, amigo e companheiro. Durante a institucionalização e com os profissionais da equipe multidisciplinar e os cuidadores que cada idoso poderá contar. O cuidador possui maior proximidade com os idosos sendo que suas tarefas diárias envolvem acompanhar o idoso durante o desenvolvimento de atividades, auxiliar na alimentação, higiene pessoal e controle de medicações nos horários corretos, buscando promover qualidade de vida a cada idoso. A grande procura por institucionalização de idosos vem aumentando devido à falta da capacidade de suprir as demandas tanto do idoso quanto da família (BRASIL, 2007).

O item suporte social irá abordar se o idoso institucionalizado poderá contar com a ajuda dos cuidadores ou técnicos de enfermagem, quando houver necessidade de desenvolver alguma atividade e não consegue sozinho. Para este item, cada idoso poderia selecionar entre as seguintes alternativas de resposta: sempre, algumas vezes ou nunca.

O gráfico abaixo aborda a condição de suporte social relacionado a ajuda dos cuidadores no desenvolvimento de atividades por parte dos idosos.

Gráfico 7 - Disponibilidade de suporte social conforme a frequência de auxílio nas necessidades diárias.



Fonte: Elaborado pela autora, 2021.

Em relação ao suporte social, apenas 7,28% dos idosos afirmaram contar algumas vezes com ajuda de terceiros de acordo com as suas necessidades, sendo que 92,72% relataram que sempre recebem ajuda para terem atendidas todas as suas necessidades. Nenhum idoso referiu que não pode contar com ajuda para no atendimento de suas necessidades.

Segundo Roy, citado por Braga e Silva (2011), o ser humano deve ser considerado na integridade biopsicossocioespiritual. Se alguma função estiver comprometida o enfermeiro tem por meta promover uma adaptação positiva do indivíduo.

O suporte social atua como fator importante na proteção dos idosos no processo de envelhecimento, auxiliando a lidar com o enfrentamento e recuperação de distúrbios fisiológicos. Por conta disso, avaliar o suporte social dos cuidadores e da equipe de enfermagem em relação às funções desempenhadas na vida dos idosos é importante para o fornecimento de informações significativas, para o planejamento do cuidado adequado aos idosos, e consequente promoção da adaptação.

Roy aborda que o indivíduo está em constante comunicação com um meio externo e as mudanças necessárias para sua saúde. Para enfrentar mudanças do ambiente a pessoa usa tanto de seus mecanismos inatos, quanto os adquiridos durante a vida, sendo os biológicos, sociais e psicológicos (BRAGA; SILVA, 2011).

4.5 USO DE MEDICAMENTOS

De acordo com Brasil (2007), a doença e o uso de medicamentos estão associados ao envelhecimento. Os medicamentos devem ser utilizados com cuidado, pois o uso incorreto pode gerar diversas complicações na saúde do idoso. Dose, nome da medicação, horários fazem parte da utilização correta, a orientação ao idoso ou familiar. É importante esclarecer os idosos para evitar erros e complicações, promovendo a segurança no uso de medicamentos.

Para avaliação deste item, questionou-se quanto ao uso de cinco ou mais medicamentos com prescrição médica, e quanto aos horários, se o idoso costuma esquecer de tomar os medicamentos. Ambos questionamentos permitiam a escolha entre as alternativas sim ou não.

No contexto dos idosos institucionalizados registra-se que os mesmos não possuem autoridade para ficar com os remédios. É responsabilidade da equipe de enfermagem cuidar dos horários e das medicações de todos os idosos institucionalizados.

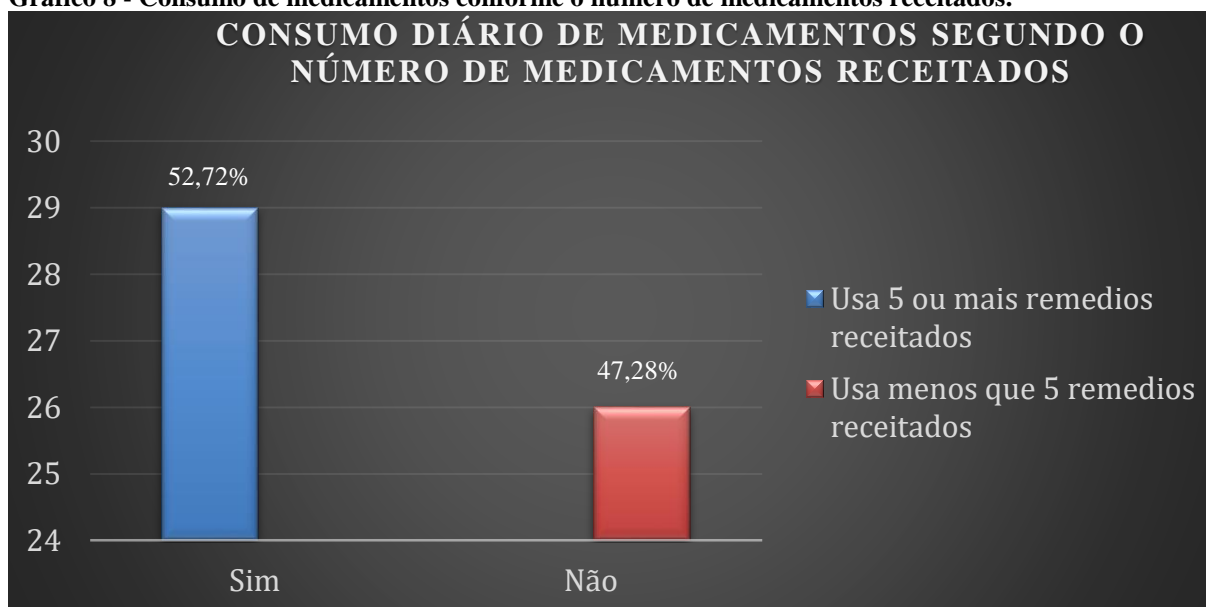
Aqui surge outra condição que precisa ser ponderada considerando-se a realidade da amostra. A quantidade de medicamentos utilizada pode ser avaliada com fidedignidade. Quanto

aos esquecimentos, considerou-se a possibilidade de falhas na administração, segundo as observações dos idosos e de seus cuidadores.

O processo de envelhecimento ocasiona alterações fisiológicas, onde tendem a contribuir para o grande número de medicação, novamente o crescente aumento da população idosa, interfere no sistema de saúde, vendo que idosos institucionalizados costumam fazer uso de maior número de medicamentos (MASCARELO et al., 2021).

O gráfico que segue aponta o percentual de idosos que utilizam 5 ou mais medicamentos prescritos pelo médico para uso diário.

Gráfico 8 - Consumo de medicamentos conforme o número de medicamentos receitados.



Fonte: Elaborado pela autora, 2021.

Observou-se durante os estudos realizados que a quantidade de medicação utilizada pela pessoa idosa irá variar de acordo com seu histórico, ou seja, idosos portadores de comorbidade tendem a fazer uso de mais medicações.

A polifarmácia é uma característica comumente encontrada entre idosos. Segundo Pereira et al. (2017), o uso de vários medicamentos pode estar associado ao aumento ou gravidade das doenças entre os idosos. Acredita-se ainda que o fato de terem acesso favorecido aos serviços de saúde faz com que recebam mais prescrições de medicamentos.

Segundo Moreira et al. (2018), o número de comorbidade, incapacidades cognitivas, mentais e físicas estão diretamente ligadas ao consumo excessivo de medicações, porém o excesso de medicações utilizadas pelos idosos aumentam as chances de a pessoa idosa apresentar desfechos negativos na saúde, vendo que os idosos são mais sensíveis a desenvolver

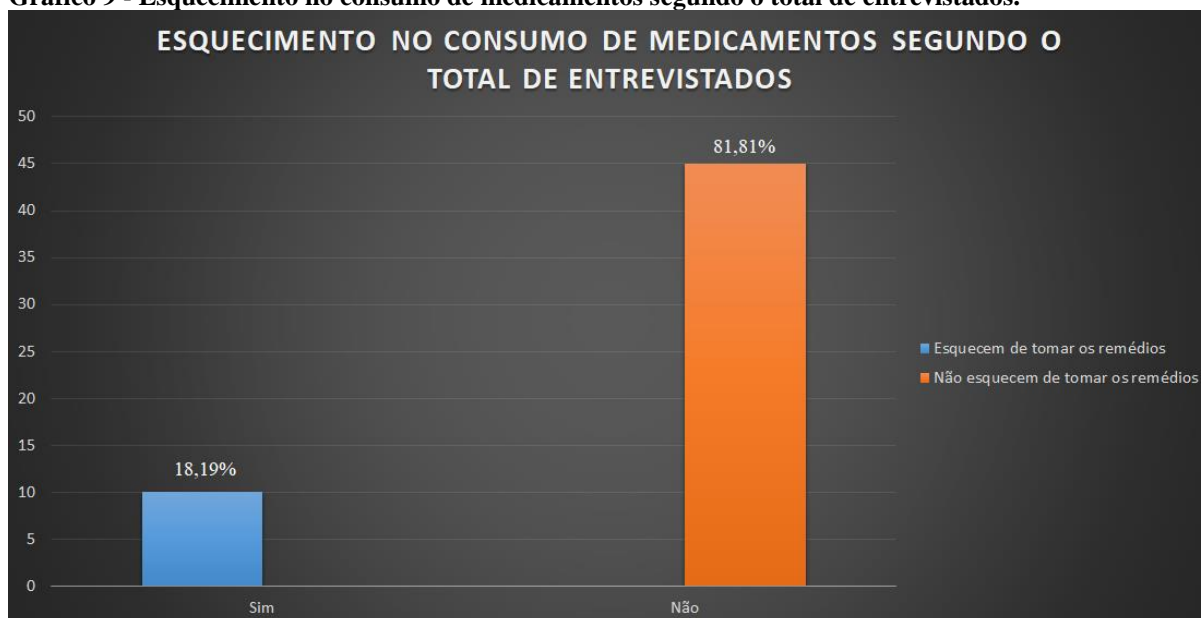
uma reação adversa. Pereira et al. (2017) descrevem que o uso de 5 medicamentos ou mais aumenta em torno de 50% o risco de eventos adversos. Este risco amplia-se para 95% quando o paciente utiliza mais de 8 medicamentos.

A manutenção de um grande número de medicamentos em uso contínuo está relacionada com a fragilidade dos idosos. Constatou-se que o uso de medicações possui duas versões, sendo que sua ação pode agir intervindo nas comorbidade presentes no organismo, promovendo melhor qualidade de vida aos idosos, independência funcional e autonomia e por outro lado podem gerar interações medicamentosas ocasionando incapacidade funcional e outras síndromes geriátricas. Observa-se que a avaliação direta da equipe multiprofissional contribui para garantir qualidade de vida aos idosos.

Roy descreve que o enfermeiro deve ter conhecimento e ser capaz de reconhecer processos normais do corpo para, a partir daí, reconhecer processos compensatórios e comprometidos da adaptação fisiológica (GEORGE, 2000).

O Gráfico 9 traz os relatos de idosos e cuidadores quanto possíveis esquecimentos no consumo dos medicamentos.

Gráfico 9 - Esquecimento no consumo de medicamentos segundo o total de entrevistados.



Fonte: Elaborado pela autora, 2021.

O modelo Roy aborda a pessoa, o ambiente, a saúde e a enfermagem, sendo que a pessoa é vista por estímulos internos e externos, onde a pessoa se torna ativa e reativa a estímulos (GEORGE, 2000).

O esquecimento de tomar medicamentos, considerado pelos idosos ou cuidadores, pode estar relacionado a atrasos na administração ou até mesmo dificuldades dos idosos em perceber esta condição.

Destaca-se a necessidade de intervenção neste contexto pois é um elemento controlável para a redução da fragilidade entre idosos institucionalizados.

4.6 NUTRIÇÃO

O Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) utiliza o Índice de Massa Corporal (IMC) para classificação do estado nutricional de cada idoso. Os idosos apresentam condições peculiares que condicionam o seu estado nutricional. Alguns desses condicionantes são devidos às alterações fisiológicas próprias do envelhecimento, enquanto outros são influenciados pelas enfermidades presentes e por fatores relacionados com a situação socioeconômica e familiar (BRASIL, 2007).

De acordo com a Escala Edmonton Frail no item nutrição, avalia-se a perda de peso. Essa avaliação é motivada pela percepção do idoso em relação às suas roupas. Os idosos foram questionados se perceberam alguma perda notável no peso a ponto de suas roupas ficarem mais folgadas. As opções de respostas envolvem as alternativas sim ou não.

Gráfico 10 - Representação das condições nutricionais segundo a perda de peso corporal.



Fonte: Elaborado pela autora, 2021.

Observa-se no gráfico acima que 35 pessoas (63,63%) dos entrevistados não apresentaram perda de peso, enquanto 20 pessoas (36,37%) perceberam folgas em suas roupas relacionando esta condição à perda de peso.

Idosos institucionalizados possuem um cardápio diferenciado de suas casas. São avaliados pela nutricionista e, conforme a avaliação, determina-se os tipos de alimentos condizentes com a idade e com as patologias do idoso.

Constatou-se que durante o dia os idosos institucionalizados possuem vários horários para refeições tendo a oportunidade de receberem dieta programada, balanceada, com características que permitam o controle alimentar adequado.

Acredita-se que condições individuais relacionadas ao envelhecimento, patologias, entre outras podem afetar o consumo alimentar oportunizando a perda de peso.

Segundo Campos, Monteiro e Ornelas (2000) as mudanças fisiológicas que interferem no estado nutricional são: diminuição do metabolismo basal, redistribuição da massa corporal, alterações no funcionamento digestivo, alterações na percepção sensorial e diminuição da sensibilidade à sede.

Conforme Nóbrega et al. (2018), a saúde bucal do idoso é fundamental para manter uma boa qualidade de vida. Idosos que apresentam problemas de saúde bucal, podem desencadear um declínio na saúde em geral, influenciando principalmente no processo de nutrição.

Idosos institucionalizados apresentam alto risco de desencadear problemas bucais, a institucionalização pode estar associada a redução do fluxo salivar, consequência do uso de medicamentos em grande quantidade e dificuldades de higienização (NÓBREGA et al., 2018).

Observou-se também, que alguns idosos apresentam dificuldades para se alimentarem sozinhos, sendo dependentes do auxílio da equipe de enfermagem.

Campos, Monteiro e Ornelas (2000) afirmam que a dificuldade alimentar do idoso pode ser decorrente da incapacidade para realizar suas atividades diárias sozinho o que pode levá-los a comer em menor quantidade ou substituir alimentos saudáveis por outros industrializados e mais fáceis de serem manipulados.

Para Roy, integridade da pessoa é expressa como a capacidade de preencher as metas de sobrevivência, crescimento, reprodução e controle (GEORGE, 2000).

4.7 HUMOR

O índice de depressão em idosos varia de 4,7% a 36,8%, sendo que idosos institucionalizados e com histórico de patologias possuem maior prevalência há desenvolverem depressão. A depressão em idosos possui impacto negativo na vida e na saúde (BRASIL, 2007).

Em relação ao estado de humor, a Escala Edmonton Frail indica que se questione sobre a frequência com que a pessoa se sente triste ou deprimida. Considerando a frequência, as respostas ficaram entre sim – com frequência ou não.

O gráfico 11 apresenta a percepção de tristeza relatada pelos idosos.

Gráfico 11 - Condições de humor segundo a percepção de tristeza.



Fonte: Elaborado pela autora, 2021.

Conforme Maia et al. (2020), os sintomas depressivos e transtornos mentais são condições clínicas do avançar da idade, porém a fragilidade provoca maior vulnerabilidade e declínio na qualidade de vida.

Segundo Fernandes et al. (2019), a principal causa de incapacidade e de isolamento social é a depressão, especialmente idosos institucionalizados.

A institucionalização não é uma proposta de adaptação simples aos idosos, levando em conta que, a distância familiar e a às novas rotinas interferem consideravelmente na possibilidade de acomodação à nova situação. Pode-se observar também que conflitos familiares ocasionam a institucionalização em alguns casos, o que leva o idoso a se isolar.

Constatou-se também que a institucionalização possui o desafio de resolver ou minimizar situações patológicas, devolvendo o indivíduo o mais breve possível para sua rotina habitual sob pena de subtrair-lhe a funcionalidade.

Nunes, Ferreti e Santos (2012), afirma que alterações de humor e sintomas de depressão com frequência devem ser observados, analisados e investigados. Nesse contexto, as autoras ainda complementam que o delirium poderá depender de diversos fatores, como a idade, o tipo de fármaco empregado, magnitude do procedimento, tempo de permanência hospitalar, distúrbios metabólicos, infecções, entre outros.

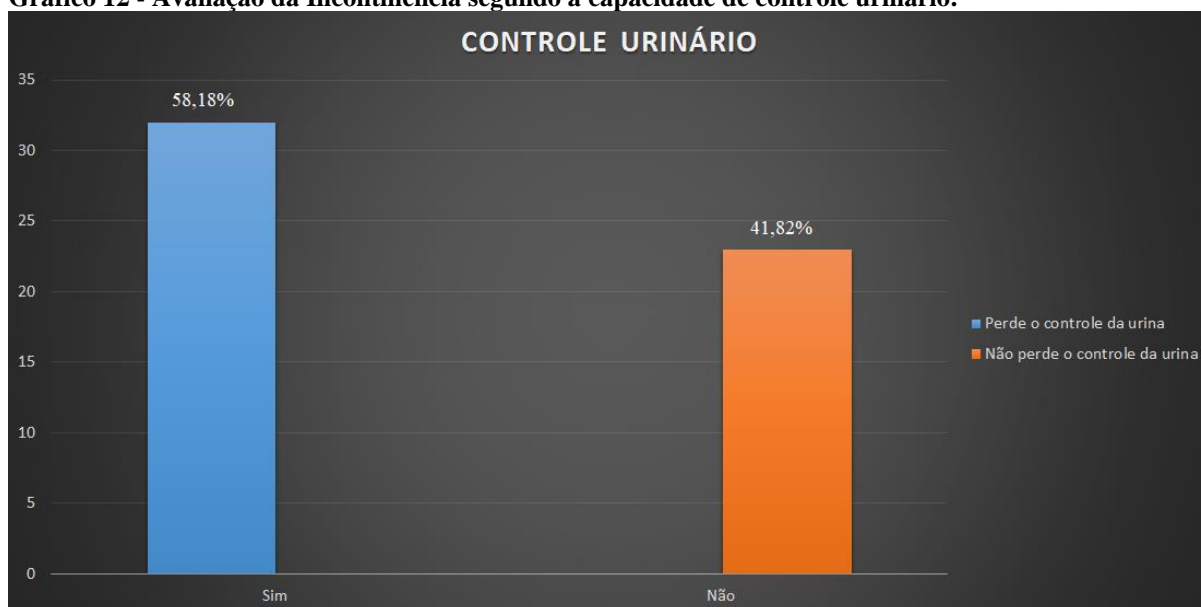
Em concordância com Roy, descrevem que adaptar-se às perdas e evidenciar novos ganhos que a vida nos proporciona é um importante passo a ser tomado quando se vivencia uma nova experiência (BRAGA; SILVA, 2011).

4.8 CONTINÊNCIA

Incontinência urinária (IU) é classificada como perda involuntária da urina, podendo se manifestar como o avançar da idade, porém pode ocorrer em qualquer idade, principalmente em mulheres. Consequentemente, idosos institucionalizados desenvolvem IU com prevalência de 25 a 30%.

A continência está associada à capacidade de controlar a urina. Neste estudo os idosos foram questionados quanto a presença de algum problema que o leve a perder a urina sem querer.

Os relatos acerca da perda de controle urinário podem ser observados no gráfico que segue.

Gráfico 12 - Avaliação da Incontinência segundo a capacidade de controle urinário.

Fonte: Elaborado pela autora, 2021.

Doenças crônicas, uso de medicamentos em grande qualidade e a institucionalização ou hospitalização tendem a desencadear com mais frequência infecções no trato urinário, sendo que predispõe a diversos outros distúrbios, como por exemplo, úlceras por pressão (BRASIL, 2007).

A incontinência urinária (IU), possui imensa repercussão na qualidade de vida dos idosos, provocando constrangimento e isolamento social, podendo desencadear depressão. A principal causa de desenvolvimento de IU é a redução da pressão máxima de fechamento uretral em mulheres e em homens é o aumento da próstata (BRASIL, 2007).

Entre a amostra deste estudo identificou-se que 32 idosos (58,18%) afirmam perder o controle da urina. Assim, é comum entre eles o uso de fraldas geriátricas. Essa condição está associada a idade avançada e dependência dos idosos. Conforme rotina da instituição parceira, a troca de fraldas acontece em horários programados, seis vezes durante o dia e até quatro vezes durante a noite.

Braga e Silva (2011), apontam que estímulos negativos favorecem a instalação de processos de enfermidade e quebra do equilíbrio e integridade pessoal comprometendo a adaptação dos indivíduos.

4.9 DESEMPENHO FUNCIONAL

O desempenho funcional procura de maneira sistemática verificar doenças e agravos que possam intervir no desempenho do idoso. Independência e autonomia é o objetivo proposto pela Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) (BRASIL, 2007).

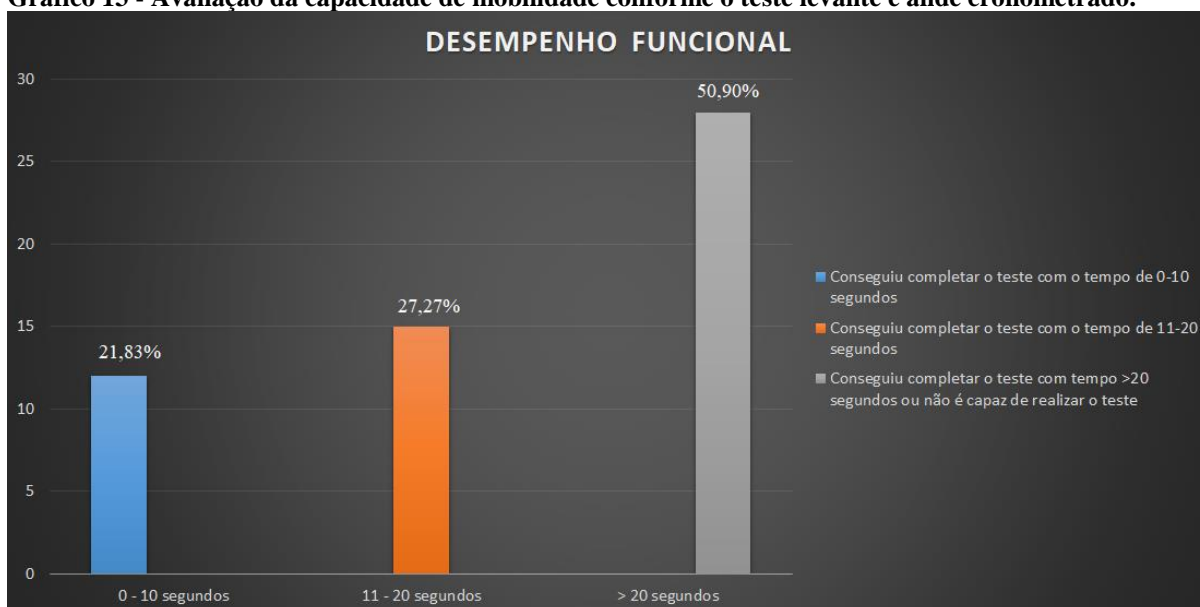
Brasil (2007), relata que para a avaliação do desempenho funcional ou capacidade funcional utiliza-se atividades cotidianas ou atividade de vida diária (AVD), observando se conseguem desempenhar atividades do dia-a-dia, como desenvolver atividade em casa e locomoção de um lugar para outro.

A avaliação do Desempenho Funcional foi realizada através do teste levante e ande cronometrado. Para este teste o paciente é colocado sentado em uma cadeira com suas costas e braços apoiados, terá que ficar de pé e andar normalmente até uma marca ao chão (3 metros de distância), voltar para a cadeira e sentar-se novamente. A avaliação é realizada considerando-se o tempo em segundos, que o paciente leva para cumprir a atividade.

Em casos em que o paciente se mostrou incapaz de completar ou até mesmo desenvolver o teste sua pontuação seria >20 segundos.

O teste é classificado como (zero) para os pacientes que conseguem executar o percurso no tempo entre 0-10 segundos, (um) para os pacientes que conseguem executar o percurso no tempo de 11-20 segundos e (dois) para os pacientes que conseguiram ou não executar o percurso no tempo superior a 20 segundos.

O gráfico 13 apresenta a descrição do percentual de idosos considerando seu desempenho no teste relacionado com o tempo de execução da tarefa proposta.

Gráfico 13 - Avaliação da capacidade de mobilidade conforme o teste levante e ande cronometrado.

Fonte: Elaborado pela autora, 2021.

De acordo com Borges et al. (2013), às instituições de longa permanência representam um imenso desafio para os idosos, visto que doenças pré-existentes podem se agravar devido às dificuldades de adaptação dos idosos as mudanças de rotina e as condições de vida, tornando o idoso vulnerável à fragilidade e ao declínio funcional.

Conforme Duarte et al. (2015), a avaliação da fragilidade e da capacidade funcional de idosos contribuem na detecção do grau de dependência visando uma conduta mais eficaz ao tratamento e um diagnóstico precoce, evitando assim possíveis complicações, promovendo uma qualidade de vida adequada durante o envelhecimento.

Após a aplicação do teste para avaliação do desempenho funcional foi possível constatar que 50,90% dos idosos apresentaram grande dificuldade em desenvolver o percurso no tempo determinado e sem auxílio, ultrapassando 20 segundos ou sequer conseguiram realizar o teste; 27,27% conseguiram o tempo entre 11 a 20 segundo e 21,83% conseguiram desenvolver no tempo esperado correspondente a 10 segundos. Foi possível verificar o grau de dificuldade que muitos idosos apresentam para se locomoverem sozinhos e a falta equilíbrio para se manterem de pé por muito tempo. Destaca-se que todos os idosos da instituição em questão possuem atendimento com a fisioterapeuta e com a equipe de enfermagem, estimulando a movimentação passiva e ativa.

“O idoso frágil pode apresentar limitações físicas para a prática de exercícios, de modo a não ficar claro se o idoso mais ativo é menos frágil ou se os mais frágeis não têm condições

de se exercitar, caracterizando a possível causalidade reversa” (FARIAS, ANTUNEZ; FASSA, 2014).

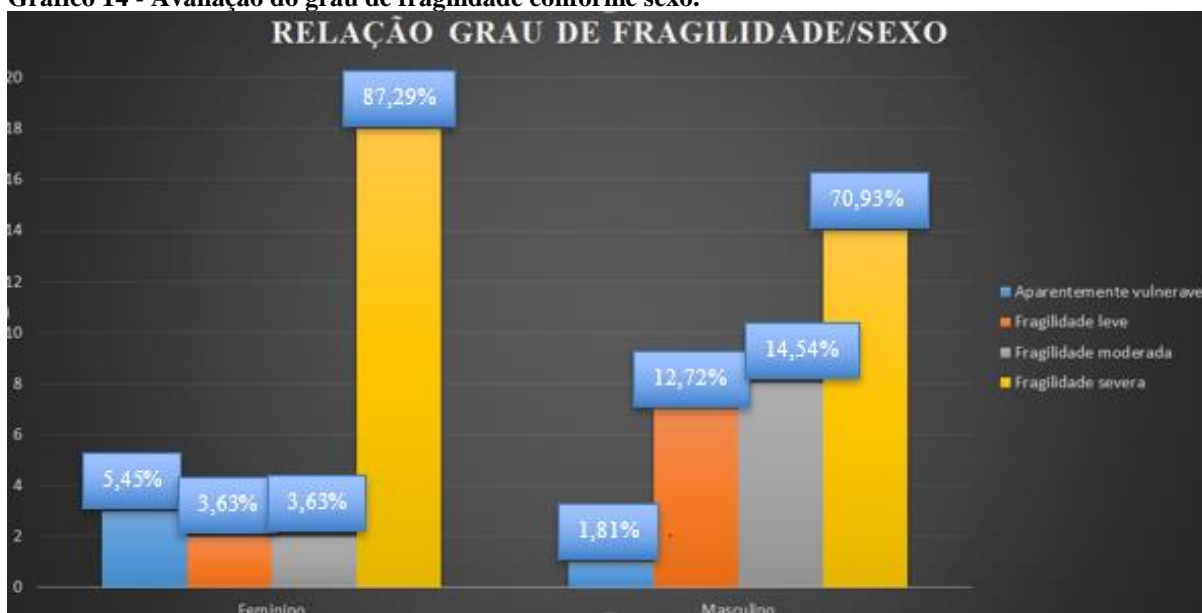
4.10 GRAU DE FRAGILIDADE

Fragilidade é conhecida como uma síndrome diagnosticável e que pode ser tratada se diagnosticada precocemente. Essa síndrome possui tendência a aumentar com o avançar da idade, levando a maior vulnerabilidade, causando dificuldade em exercer atividades da vida diária. Idosos frágeis apresentam um grau de incapacidade mais elevado, promovendo grande procura por cuidados especializados, sendo a institucionalização uma opção (BORGES et al., 2013).

Para a análise do grau de fragilidade foi necessário avaliar todos os itens que compõem a Escala Edmonton Frail. A classificação do grau de fragilidade é definida conforme o somatório de pontos alcançados como resultado em cada uma das variáveis da escala. A pontuação para análise da classificação de fragilidade é: 0-4 pontos não apresentam fragilidade, 5-6 pontos aparentemente vulnerável, 7-8 pontos fragilidade leve, 9-10 pontos fragilidade moderada e 11 ou mais pontos fragilidade severa

O gráfico 14 apresenta o percentual de fragilidade alcançada, por sexo, segundo a classificação em pontos descrita anteriormente.

Gráfico 14 - Avaliação do grau de fragilidade conforme sexo.



Fonte: Elaborado pela autora, 2021.

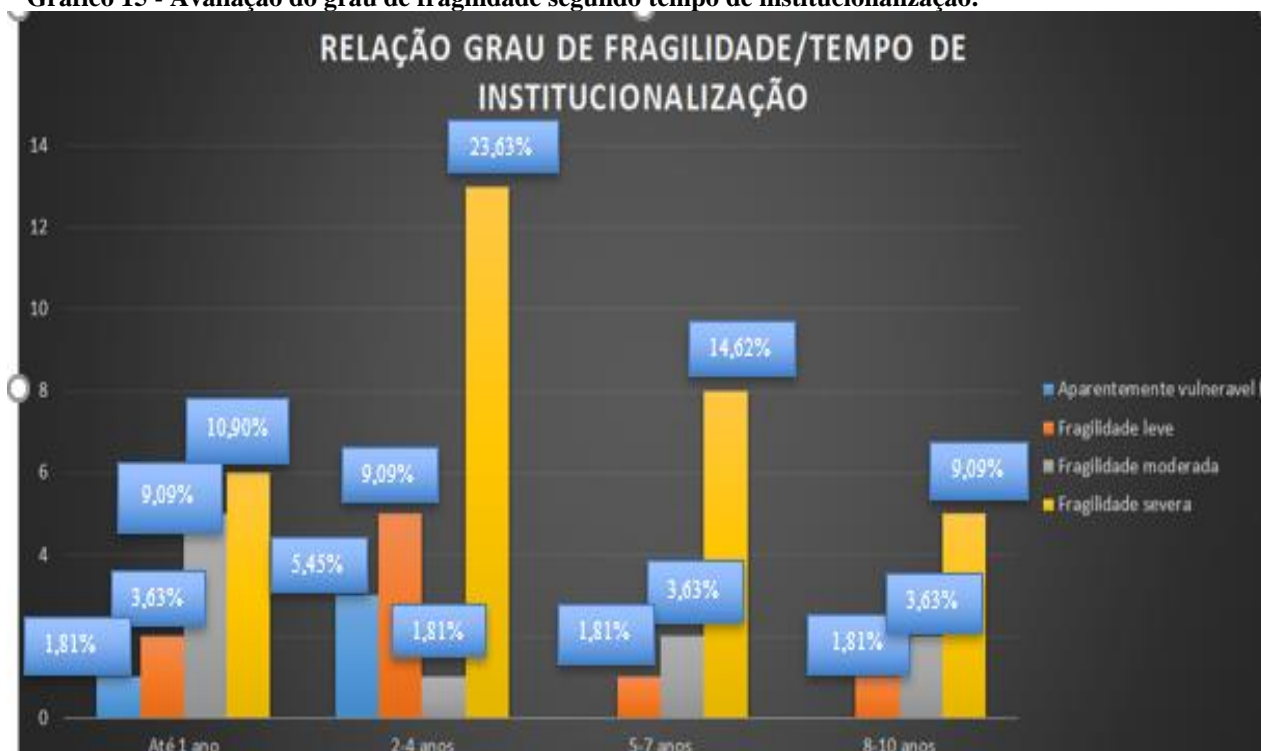
Destaca-se que todos os participantes do estudo (100%) apresentaram um grau de fragilidade, podendo variar entre aparentemente vulnerável e fragilidade severa.

As pacientes femininas apresentam alto percentual de fragilidade severa (87,29%) e se comparadas aos pacientes masculinos na mesma condição (70,93%) com fragilidade severa, considera-se que as mulheres institucionalizadas têm maior fragilidade do que os homens.

Conforme Farias, Antunez e Fassa (2014) as mulheres, são mais longevas que os homens, entretanto, são mais frágeis. Alguns fatores contribuem para a condição de fragilidade entre eles destaca-se que as mulheres possuem menos massa magra que os homens da mesma faixa etária e são mais propensas a apresentar uma alimentação inadequada, o que as torna mais vulneráveis aos efeitos da sarcopenia. Além disso, sinais de depressão e alterações no humor manifestam-se mais comumente entre as mulheres.

Tratando da possível relação do tempo de institucionalização com grau de fragilidade, buscou-se identificar se a fragilidade aumenta no decorrer dos anos de institucionalização. Essa condição está descrita no gráfico 15.

Gráfico 15 - Avaliação do grau de fragilidade segundo tempo de institucionalização.



Fonte: Elaborado pela autora, 2021.

A maior condição de fragilidade em termos quantitativos de indivíduos está nos idosos institucionalizados entre 2 e 4 anos (23,63%).

Neste estudo é possível evidenciar que a institucionalização não é determinante para gerar fragilidade, mas pode contribuir para o agravamento da fragilidade. Essa condição está associada às rotinas da instituição que interferem para o alcance de algumas variáveis a exemplo a administração de medicamentos e a realização de algumas atividades do dia-dia, comuns entre idosos domiciliados. Idosos com mais tempo de institucionalização apresentaram indicadores de fragilidade menores do que aqueles institucionalizados a menos tempo.

Outra condição importante em relação a institucionalização é o fato de que muitas pessoas acessam a institucionalização por já estarem fragilizadas e o cuidado não acontecer efetivamente no domicílio.

Santiago e Mattos (2014) destacam que a institucionalização está vinculada a fatores como vulnerabilidade social e condições de saúde o que remete a condição de fragilidade mesmo antes da institucionalização.

Braga e Silva (2011) destacam que as pessoas têm respostas individuais a adaptação e essas respostas estão em constante mudança. O enfermeiro se faz necessário para identificar e favorecer respostas adaptativas.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O envelhecimento é a soma das limitações vivenciadas ao longo da vida por todas as pessoas. Na velhice acontece a queda de força e a degeneração do organismo de forma heterogênea para cada indivíduo, não há uma explicação concreta para esta fase da vida, sendo que os sistemas envelhecem de forma desigual de um indivíduo para outro.

A população está envelhecendo cada vez mais, a longevidade e a relação com a fragilidade estão causando a dependência dos idosos. O fato de familiares não estarem preparados para desenvolver atividades profissionais para o cuidado torna a institucionalização dos idosos uma opção para garantir o suprimento das necessidades deste público.

A fragilidade é um fator que envolve o envelhecimento que está associado a incapacidade motora, psicológica e social dos idosos, provocando a falta de adesão às rotinas.

Observa-se que a escolaridade pode interferir no grau de fragilidade, pois está diretamente relacionada com as funções cognitivas. Esta evidência é apresentada no desempenho do teste do relógio quando 83,63% dos idosos apresentaram dificuldades cognitivas.

O fato de avaliarem positivamente a sua condição de saúde e de não necessitarem de internações hospitalares frequentes diminui a relação com a fragilidade. Entretanto é necessário atentar para o uso de medicamentos, que embora prescritos, se utilizados em quantidade expõem os idosos a maior risco de eventos adversos e consequente fragilidade.

A institucionalização compromete a autonomia dos idosos para a execução de atividades da vida diária já que muitas delas como preparar refeições, tomar remédios e até mesmo cuidar do dinheiro ficam prejudicadas quando entre as rotinas da institucionalização não tem ações para oportunizar o desempenho destas atividades. Nesta variável, os idosos definiram-se como dependentes para a realização das atividades da vida diária. Por outro lado, destacam positivamente o suporte que recebem da equipe multiprofissional e demais colaboradores da instituição.

A programação alimentar na instituição em questão é garantida pela presença de nutricionista que faz a avaliação dos idosos, bem como o planejamento do cardápio disponibilizado. Neste contexto, o padrão de peso dos idosos tende a ser mantido, salvo em condições relacionadas à comorbidades.

A avaliação do humor foi relacionada à presença de sentimento de tristeza. Mesmo em condições de institucionalização, verifica-se que os idosos tendem a não se sentirem tristes. O suporte dos profissionais de psicologia auxilia na manutenção da saúde mental.

A incontinência gera um limitador e corrobora com a fragilidade quando direciona para o uso de fraldas. Esta condição aumenta a dependência de cuidados com a higiene e os riscos de agravo como dermatites ou infecções. É comum encontrar idosos institucionalizados em uso de fraldas geriátricas.

O desempenho funcional foi avaliado de acordo com a capacidade de mobilidade. Nesta variável verificou-se que alguns idosos já não têm mais a capacidade de mobilidade preservada ou tem esta função comprometida. Embora os idosos recebam assistência de fisioterapeuta, apresentaram dificuldades na mobilidade o que direciona para a fragilidade.

As Instituições de Longa Permanência para Idosos podem contribuir para o desenvolvimento da fragilidade, devido às rotinas institucionais e a falta de identificação precoce de sinais de fragilidade, porém fatores pessoais interferem no processo de desenvolvimento de fragilidade.

Destaca-se a importância de a equipe multidisciplinar implementar medidas para a avaliação precoce quanto à fragilidade, buscando prevenir e intervir junto aos fatores condicionantes de fragilidade.

Quanto aos resultados encontrados neste estudo deve-se destacar que são característicos da amostra selecionada. As generalizações devem ser vistas com cautela, evitando-se equívocos. Além disso, a avaliação realizada permite a identificação inicial do grau de fragilidade considerando-se fatores gerais direcionados para a população em geral. Cabe a utilização de outros instrumentos de avaliação de modo complementar, que possam considerar as condições da institucionalização diminuindo possíveis vieses do estudo.

Entretanto, os dados levantados servem para fomentar o planejamento de ações do cuidado e revisão no conjunto de normas e rotinas da instituição criando-se oportunidades para minimizar fatores diretamente relacionados com a condição de fragilidade do idoso institucionalizado.

Conclui-se que os idosos institucionalizados que participaram do estudo apresentam alto grau de vulnerabilidade, evidenciando que o número de idosos portadores de fragilidade severa é grande comparado com o número de idosos institucionalizados. O tempo de institucionalização parece não ser determinante para o aparecimento de fragilidade, mas sim um fator de colaboração. Deve-se considerar o conjunto dos elementos individuais e das condições de institucionalização para a determinação da fragilidade dos idosos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BORGES, Eliane Gomes da Silva et al. Efeitos da dança no equilíbrio postural, na cognição e na autonomia funcional de idosos. **Rev Bras Enferm**, 2018. Disponível em <<https://www.scielo.br/j/reben/a/VB7Sgd7mTwG3XKjTPDjVD3F/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em 12 out. 2021.

BORGES. L. Cintia et al. Avaliação da fragilidade de idosos institucionalizados. **Acta Paul Enferm**. 2013. Disponível em <<https://www.scielo.br/j/ape/a/75twwQRrJQGqKZPGfgPbD9c/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 23 out. 2021.

BRAGA, Cristiane Giffoni; SILVA, José Vitor da. **Teorias de Enfermagem**. São Paulo, SP: Iátria, 2011. 252 p. (recurso online) ISBN 978-85-7614-070-2.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde da Pessoa Idosa**. (2020). Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z-1/s/saude-da-pessoa-idosa#:~:text=Na%20legisla%C3%A7%C3%A3o%20brasileira%2C%20C3%A9%20considerada,a%20carteira%20nacional%20de%20habilita%C3%A7%C3%A3o>> . Acesso em: 18 mai. 2021.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 18 mai. 2021

BRASIL. **Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994**. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Brasília, 1994. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8842.htm>. Acesso em: 18 mai. 2021

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno nº 19 da Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília - DF, 2006. Disponível em http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad19.pdf. Acesso em: 22 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa**. Brasília - DF, 2007. 1.ª reimpressão. Disponível em <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abcad19.pdf>. Acesso em: 23 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto do Idoso**. 3. ed., 2. reimpr. Brasília, 2013. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estatuto_idoso_3edicao.pdf>. Acesso em: 18 mai. 2021

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006**. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. 2006. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html>. Acesso em: 18 mai. 2021

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução - RDC nº 283 de setembro de 2005**. Considerando a necessidade de garantir à população idosa os direitos assegurados na

legislação em vigor. 2005. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2005/res0283_26_09_2005.html>. Acesso em: 18 mai. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/evelhecimento_saude_pessoa_idosa.pdf>. Acesso em: 18 mai. 2021

BRASIL. **Portaria nº 1.395 de 10 de dezembro de 1999**. Aprovar a Política Nacional de Saúde do Idoso, cuja íntegra consta do anexo desta Portaria e dela é parte integrante. 1999. Disponível em: <<https://www2.mppa.mp.br/sistemas/gcsubsites/upload/37/Portaria%20NR%201395-99%20Politica%20Nac%20Saude%20Idoso.pdf>>. Acesso em: 18 mai. 2021

CAMARANO, Ana Amélia; KANSO, Solange. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. **Revista Bras. Est. Pop.**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 233-235 jan./jun. 2010. Disponível em <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-30982010000100014>. Acesso em: 27 mai. 2021.

CAMPOS, Maria Teresa Fialho de Sousa, MONTEIRO, Josefina Bressan Resende e ORNELAS, Ana Paula Rodrigues de Castro. **Fatores que afetam o consumo alimentar e a nutrição do idoso**. Revista de Nutrição [online]. 2000, v. 13, n. 3 [Acessado 15 Novembro 2021] , pp. 157-165. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1415-52732000000300002>>. Epub 06 Jun 2003. ISSN 1678-9865. <https://doi.org/10.1590/S1415-52732000000300002>.

COELHO, Sonia Margarida Santos; MENDES, Isabel Margarida Dias Monteiro. Da pesquisa à prática de enfermagem aplicando o modelo de adaptação de Roy. **Esc Anna Nery** (impr.) 2011 out-dez; 15 (4):845-850. Disponível em <<http://www.scielo.br/j/ean/a/xkwqGfDtDZ4ZRRSHm9ttKmP/?lang=pt>>. Acesso em 18 mai. 2021.

COELHO, Suzele Cristina et al. Adaptação Cultural e Validade da Edmonton Frail - EFS em uma amostra de Idosos Brasileiros. **Rev Latino Americana Enfermagem**. 2009 novembro-dezembro; 17(6). Disponível em <https://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n6/pt_18.pdf>. Acesso em: 22 mai. 2021.

DUARTE, Marcella Costa Souto et al. Fragilidade e Status Funcional de Idosos Institucionalizados. **J. Res. fundam. care**. online, 2015. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/5057/505750947005.pdf>>. Acesso em: 23 out. 2021.

ELIOPOULOS, Charlotte. **Enfermagem gerontológica**. 9. Porto Alegre ArtMed 2019 1 recurso online ISBN 9788582714829.

FARIA, Carla Gomes; CARMO, Macedo Peixoto. Transição e (In) Adaptação ao Lar de Idosos: Um Estudo Qualitativo. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, Out-Dez 2015. Disponível em <https://www.scielo.br/j/ptp/a/rdPxRBH7h4L6fL467SsLPVG/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 18 ago. 2021.

FARIAS ANTUNEZ, Simone; FASSA, Ana Cláudia Gastal. Prevalência e fatores associados à fragilidade em população idosa do Sul do Brasil, 2014. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 28, n. 1, e 2017405, mar. 2019. Disponível em <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742019000100018&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 15 nov. 2021. Epub 21-Mar-2019. <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742019000100008>.

FERNANDES, Bruna Karen Cavalcante et al. Diagnósticos de enfermagem para Idosos Frágeis Institucionalizados. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, 13(4):966-72, abr., 2019. Disponíveis em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/237572>>. Acesso em: 24 out. 2021.

FERNANDES, Heloíse da Costa Lima et al. Avaliação da Fragilidade de Idosos Atendidos em uma Unidade da Estratégia Saúde da Família. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2013 Abr-Jun; 22(2): 423-3. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/tce/a/ftTmDGf4FFk9VfVpKRqWtqt/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 23 out. 2021.

FERREIRA, Olívia Galvão Lucena et al. Envelhecimento ativo e sua relação com a independência funcional. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2012 Jul-Set; 21(3): 513-8. Disponível em <<https://www.scielo.br/j/tce/a/fMTQ8Hnb98YncD6cC7TTg9d/?lang=pt&format=pdf>>. Acesso em 12 out. 2021.

FLUETTI, Marina Tadini et al. The frailty syndrome in institutionalized elderly persons. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia** [online]. 2018, v. 21, n. 01 [Acessado 15 Novembro 2021], pp. 60-69. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1981-22562018021.170098>>. ISSN 1981-2256. <https://doi.org/10.1590/1981-22562018021.170098>

FREITAS, Elizabete Viana et al. **Manual Prático de Geriatria**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017. Disponível em: <https://www.biosanas.com.br/uploads/outros/artigos_cientificos/30/ba2d5f7a187cc177d865f09864bce1e3.pdf>. Acesso em: 02 nov. 2021.

GEORGE, Julia B. **Teorias de enfermagem: os fundamentos para a prática profissional**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

GONZALEZ, Lilian Maria Borges; SEIDL, Eliane Maria Fleury. **O envelhecimento na perspectiva de homens idosos1**. Universidade Católica de Brasília, Brasília-DF, Brasil, 2011. Disponível em <<https://www.scielo.br/j/paideia/a/6zQQgw6Qj6QcfyTDLjRQCzq/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 18 ago. 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Idosos indicam caminhos para uma melhor idade**. 2019. Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias24036-idosos-indicam-caminhos-para-uma-melhor-idade>>. Acesso em: out. 2021.

MAIA, Luciana Colares et al. Fragilidade em idosos assistidos por equipes da atenção primária. **Ciência & Saúde Coletiva**, 25(12):5041-5050, 2020. Disponível em <https://www.scielo.br/j/csc/a/wfG4ncXNcgqMnyMRwxNHsrz/?format=pdf>. Acesso em: 25 out. 2021.

MASCARELO, Andreia et al. Prevalência e fatores associados à polifarmácia excessiva em pessoas idosas institucionalizadas do Sul do Brasil. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** 2021;24(2): Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbgg/a/b4XgNDNj6w5w4HQwftCGGxt/?format=pdf&lang=pt.>>. Acesso em: 20 out. 2021.

MELO, Elisa Moura de Albuquerque et al. **Síndrome da fragilidade e fatores associados em idosos residentes em instituições de longa permanência.** RIO DE JANEIRO, V. 42, N. 117, P. 468-480, ABR-JUN, 2018. Disponível em <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/4nWzWXZCQjKqHQ7QhskGR7y/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 18 ago. 2021.

MONTEIRO, Ana Karine da Costa et al. Aplicabilidade da Teoria de Callista Roy no Cuidado de Enfermagem ao Estomizado. **Rev Enferm Atenção Saúde** [Online]. Jan/Jul 2016; 5(1):84-92. Disponível em <<http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/viewFile/1625/pdf>>. Acesso em 21 maio. 2021.

MOREIRA, Francisca Sueli Monte et al. Uso de medicamentos potencialmente inapropriados em idosos institucionalizados: prevalência e fatores associados. **Ciência & Saúde Coletiva**, 25(6):2073-2082, 2020. Disponível em <<https://www.scielo.br/j/csc/a/mqWgy8Q6GsC5XDrvkmMCbJs/?format=pdf&lang=pt.>>. Acesso em: 26 out. 2021.

NÓBREGA, Patrícia Vidal de Negreiros et al. Uso de Prótese e síndrome da fragilidade em idosos institucionalizados. **Estud. interdiscipl. envelhec.**, Porto Alegre, v. 23, n. 1, p. 87-101, 2018. Disponível em: < <https://seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/view/63767>>. Acesso em: 20 out. 2021.

NUNES, Maria Inês; FERRETI, Renata eloh de Lucena; SANTOS, Mariza. **Enfermagem em geriatria e gerontologia.** Rio de Janeiro Guanabara Koogan 2012 1 recurso online ISBN 978-85-277-2153-0.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. 60p.: il. Disponível em: <https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf>. Acesso em 24 mai. 2021.

PEREIRA, Karine Gonçalves et al. Polifarmácia em idosos: um estudo de base populacional. **Revista Brasileira de Epidemiologia** [online]. 2017, v. 20, n. 02 [Acessado 15 Novembro 2021] , pp. 335-344. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1980-5497201700020013>>. ISSN 1980-5497. <https://doi.org/10.1590/1980-5497201700020013>.

SANTIAGO, Livia Maria; MATTOS, Inês Echenique Prevalência e fatores associados à fragilidade em idosos institucionalizados das regiões Sudeste e Centro-Oeste do Brasil. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia** [online]. 2014, v. 17, n. 2 [Acessado 15 Novembro 2021] , pp. 327-337. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1809-98232014000200010>>. ISSN 1981-2256. <https://doi.org/10.1590/S1809-98232014000200010>.

SILVA, Júnia Denise Alves; COMIN, Fabio Scorsolini e SANTOS, Manoel Antônio. **Idosos em Instituições de Longa Permanência: Desenvolvimento, Condições de Vida e Saúde.** *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 26(4), 820-830, 2012. Disponível em <<https://www.scielo.br/j/prc/a/qqS5Cdp9JcWBgW4Q84MDwsD/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 02 nov. 2021.

SILVA, Renan Lucas et al. Internação hospitalar de pessoas idosas de um grande centro urbano brasileiro e seus fatores associados. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** 2021. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbagg/a/sDzk4CrwXLJhJDJrVhdJqdD/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 28 out. 2021.

SOUZA, Elizabeth Moura Soares. **Fragilidade em idosos institucionalizados: aplicação da Edmonton Frail Scale associada à independência funcional.** Ribeirão Preto, 2013. 156 F. Tese (Doutorado em Enfermagem) Universidade de São Paulo - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Disponível em: < <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/83/83131/tde-22052014-184011/publico/ELIZABETHMOURASOARESDESOUZA.pdf>>. Acesso em: 24 de out. 2021.

VERAS P. Renato e OLIVEIRA Martha. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. **Ciência & Saúde Coletiva**, 23(6):1929-1936, 2018. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/csc/a/snwTVYw5HkZyVc3MBmp3vdc/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 18 ago. 2021.

ANEXOS

ANEXO I - DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA DO ABRIGO MÃO AMIGA

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e efeitos legais que, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Instituição Centro Universitário para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí, tomei conhecimento do projeto de pesquisa: Avaliação da Fragilidade de Idosos Institucionalizados, e cumprirei os termos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares, e como esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, autorizo a sua execução nos termos propostos.

Ituporanga, 28/05/21.....

ASSINATURA: 

NOME: Roberta Rosa Welter

CARGO: Diretora

CARIMBO DO/A RESPONSÁVEL

Associação Abrigo Mão Amiga - AM,
CNPJ: 09.377.460/0001-08
SC 350, Km 385 - CEP 88400-000
Bairro Cerro Negro - Ituporanga/SC

Associação Abrigo Mão Amiga - AM,
CNPJ: 09.377.460/0001-08
SC 350, Km 385 - CEP 88400-000
Bairro Cerro Negro - Ituporanga/SC

ANEXO II - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

**CENTRO UNIVERSITÁRIO PARA O DESENVOLVIMENTO
DO ALTO VALE DO ITAJAÍ**

PROPPEX – Pró-reitoria de Pós-Graduação, Pesquisa e Extensão
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE**AVALIAÇÃO DA FRAGILIDADE DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS**

Você está sendo convidado a participar em uma pesquisa. O documento abaixo contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa que está sendo realizada. Sua colaboração neste estudo é muito importante, mas a decisão em participar deve ser sua. Para tanto, leia atentamente as informações abaixo e não se apresse em decidir. Se você não concordar em participar ou quiser desistir em qualquer momento, isso não causará nenhum prejuízo a você. Se você concordar em participar basta preencher os seus dados e assinar a declaração concordando com a pesquisa. Se você tiver alguma dúvida pode esclarecê-la com o responsável pela pesquisa. Obrigado (a) pela atenção, compreensão e apoio.

Eu, _____ residente e domiciliado

_____, portador da Carteira de Identidade, RG nº _____ nascido (a) em ___/___/_____, concordo de livre e espontânea vontade em participar como voluntário da pesquisa Avaliação da Fragilidade de Idosos Institucionalizados. Declaro que obtive todas as informações necessárias, bem como todos os eventuais esclarecimentos quanto às dúvidas por mim apresentadas. Estou ciente que:

- O estudo tem como objetivo avaliar os fatores relacionados à fragilidade de idosos institucionalizados segundo a escala Edmonton Frail.

- A pesquisa é importante de ser realizada, pois este estudo possivelmente possibilitará obter subsídios seguros norteadores de cuidados de enfermagem que visem melhorar a qualidade de vida destes idosos, sem interferir no autocuidado dos mesmos, e, conseqüentemente, reduzir a fragilidade.
- Participarão do estudo idosos entre 62 a 92 anos que estão cadastrados e institucionalizados na instituição.
- Para conseguir os resultados desejados, a pesquisa será realizada por meio de uma avaliação de fragilidade de idosos utilizando-se por instrumento de coleta de dados a Escala Edmonton Frail, sendo está um instrumento já validado.
- A pesquisa apresenta risco mínimo, sendo considerado o constrangimento diante das perguntas e respostas. Para isso se existir a possibilidade de o (a) senhor (a) não se sentir confortável com a continuidade da entrevista esta será encerrada neste momento. A fim de minimizar os riscos, será garantido o anonimato e confidencialidade das informações dos participantes que responderem ao questionário, os nomes dos respectivos indivíduos serão substituídos por números e estas pessoas poderão cancelar sua participação na pesquisa a qualquer momento. Garante-se que a sua participação não trará riscos a sua integridade física, podendo apenas trazer algum desconforto emocional diante da abordagem do tema, advindo da lembrança de aspectos que podem ter sido difíceis. A pessoa poderá apresentar o risco de constrangimento ao não conseguir responder as perguntas.
- A pesquisa é importante de ser realizada, pois como benefícios do estudo pode-se destacar a oportunidade de avaliar os idosos e identificar os fatores para o desenvolvimento da fragilidade, assim a equipe multidisciplinar da ILPI poderá fazer uma avaliação e desenvolver uma conduta minimizando os riscos do desenvolvimento da fragilidade. Além disso, espera-se contribuir com a equipe de saúde

com o incentivo ao uso de instrumentos de avaliação do idoso, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde.

- Se houver algum problema ou necessidade, ou caso haja desconforto a entrevista poderá ser interrompida a fim de proceder-se à escuta atenta das razões que o fazem se sentir assim, e só retomaremos a entrevista quando você se sentir à vontade para continuar. A pesquisadora se comprometerá a fornecer suporte emocional, mediante a indicação e agendamento de acompanhamento por profissional de saúde Psicóloga Janaina Fronza, CRP 13151 vinculada ao próprio Abrigo, caso eu sinta qualquer desconforto ou constrangimento que possa estar relacionado à participação na pesquisa. Se eu julgar necessário, a entrevista será interrompida por tempo indeterminado, até me considerar reestabelecido (a) emocionalmente para o término da entrevista.
- Se, no transcorrer da pesquisa, eu tiver alguma dúvida ou por qualquer motivo necessitar posso procurar a Rosimeri Geremias Farias responsável pela pesquisa no telefone (47) 3531-6000, no endereço R. Guilherme Gemballa, 13 - Jardim América, Rio do Sul - SC, 89160-932.
- Caso venha a surgir alguma dúvida ou necessidade de mais informações em relação à pesquisa ou ainda, no caso da disposição em revogar sua participação, poderá entrar em contato pelos telefones ou e-mails, Rosimeri Geremias Farias; rosimeri@unidavi.edu.br; (47) 3531-6000 ou Thais de Souza; thais.souza@unidavi.edu.br; (47) 98871-4214.
- A participação é voluntária e pode ser interrompida a qualquer momento pelo entrevistado.
- Tenho a liberdade de não participar ou interromper a colaboração neste estudo no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação. A desistência não causará nenhum prejuízo a minha saúde ou bem-estar físico.
- As informações obtidas neste estudo serão mantidas em sigilo e; em caso de divulgação em publicações científicas, os meus dados pessoais não serão mencionados. Serão utilizados numeros, respeitando os princípios contidos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de

Saúde. Posteriormente, as informações serão organizadas, analisadas, divulgadas e publicadas.

- Caso eu desejar, poderei pessoalmente tomar conhecimento dos resultados ao final desta pesquisa, os resultados estarão disponíveis na banca de conclusão de curso e serão divulgados na Mostra Acadêmica do Curso de Enfermagem no Centro Universitário para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí.
- Não receberei nenhum ressarcimento ou indenização para participar desta pesquisa.

DECLARO, outrossim, que após convenientemente esclarecido (a) pela pesquisadora e ter entendido o que me foi explicado, consinto voluntariamente em participar desta pesquisa e assino o presente documento em duas vias de igual teor e forma, ficando uma em minha posse.

Ituporanga, ____ de _____ de 2021.

(Nome e assinatura do sujeito da pesquisa e/ou responsável legal)

Responsável pelo projeto: Rosimeri Geremias Farias - Enfermeira COREN/SC 74762; Endereço para contato: Rua R. Guilherme Gemballa, 13 - Jardim América, Rio do Sul - SC, 89160-932. Telefone para contato: (47) 3531-6000; rosimeri@unidavi.edu.br.

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa da UNIDAVI: Rua Dr. Guilherme Gemballa, 13 – Caixa Postal 193 - Centro – 89.160-000 – Rio do Sul - PROPPEX - Telefone para contato: (47) 3531- 6026. etica@unidavi.edu.br.

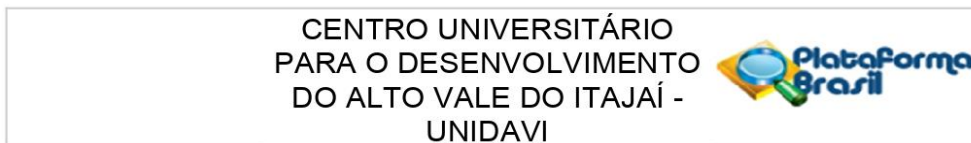
ANEXO III - EDMONTON FRAIL SCALE

ESCALA EDMONTON FRAIL	
<input type="checkbox"/> Idoso <input type="checkbox"/> Cuidador/familiar	
Coluna B _____ X 1PT= _____ Coluna C _____ X 2 PT= _____ TOTAL DE PONTOS _____/17	
<p>Instruções: Para cada item, por favor, marque apenas uma opção na coluna A, B ou C. Itens marcados na coluna A valem zero. Conte 1 ponto para cada item marcado na coluna B. Conte dois pontos para cada item marcado na coluna C. Se houver dúvidas em relação à cognição do paciente, peça para ele, inicialmente, completar o Teste do Desenho do Relógio. Caso o paciente não seja aprovado neste teste, solicite ao cuidador para responder ao restante das perguntas da ESCALA DE FRAGILIDADE.</p>	
<p>Método de Pontuação TDR da EFE O TDR da EFE foi pontuada da seguinte maneira:</p> <p>A. Aprovado – Todos os ponteiros e números estão presentes nas devidas posições. Não há adições ou duplicidades.</p> <p>B. Reprovado com erros mínimos – Todos os ponteiros e números estão presentes. Os ponteiros estão corretamente posicionados, no entanto, os ponteiros têm o mesmo comprimento e/ou pequenos erros de espaçamentos. Um “erro de espaçamento” existe se após se sobrepor a transparência alvo e fazer a rotação para melhor pontuação, ocorre qualquer um dos itens abaixo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Algum número está posicionado na porção interior do círculo. • Há mais ou menos de três números em qualquer quadrante do círculo. <p>C. Reprovado com erros significantes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colocação dos ponteiros de hora e minuto fora de curso • Uso inadequado dos ponteiros do relógio, de forma que o paciente tenta usar um display digital ou circula os números ao invés de usar os ponteiros. • Os números estão amontoados em um extremo do relógio (ex: qualquer quadrante contém menos de dois números) ou os números estão em ordem contrária • Ocorrem outras distorções quanto a sequência ou mesmo uma possível distorção da integridade da face do relógio (distorção dos números e ponteiros) <p>UMA REPROVA COM ERROS SIGNIFICANTES SUGERE DÉFICIT COGNITIVO.</p>	
<p>1. COGNIÇÃO</p> <p>TESTE DO DESENHO DO RELÓGIO (TDR): Por favor, imagine que este</p>	

<p>circulo é um relógio. Eu gostaria que você colocasse os números nas posições corretas e que depois incluísse os ponteiros de forma a indicar (onze horas e dez minutos).</p> <p>(0) APROVADO</p> <p>(1) REPROVADO COM ERROS MÍNIMOS</p> <p>(2) REPROVADO COM ERROS SIGNIFICANTES</p>	
<p>2. ESTADO GERAL DE SAÚDE</p> <p>A- Nos últimos 12 meses, quantas vezes você foi internado?</p> <p>(0) 0</p> <p>(1) 1-2</p> <p>(2) >2</p>	
<p>B- De modo geral, como você descreveria sua saúde?</p> <p>(0) Excelente</p> <p>(0) Muito boa</p> <p>(0) Boa</p> <p>(1) Razoável</p> <p>(2) Ruim</p>	
<p>3. INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL</p> <p>Em quantas das seguintes atividades você precisa de ajuda?</p> <p>(0) 0</p> <p>(1) 2-4</p> <p>(2) 5-8</p> <ul style="list-style-type: none"> • Preparar refeição (cozinhar) • Cuidar do dinheiro • Transporte (locomoção de um lugar para outro) • Tomar remédios • Cuidar da casa (limpar/arrumar a casa) • Fazer compras • Usar o telefone • Lavar a roupa 	
<p>4. SUPORTE SOCIAL</p> <p>Quando você precisa de ajuda, você pode contar com a ajuda de alguém que atende as suas necessidades?</p> <p>(0) Sempre</p> <p>(1) Algumas vezes</p> <p>(2) Nunca</p>	
<p>5. USO DE MEDICAMENTOS</p> <p>Normalmente, você usa cinco ou mais remédios diferentes receitados pelo médico?</p> <p>(0) Não</p> <p>(1) Sim</p> <p>Algumas vezes você esquece de tomar seus remédios?</p> <p>(0) Não</p> <p>(1) Sim</p>	

<p>6. NUTRIÇÃO</p> <p>Recentemente, você tem perdido peso, de forma que suas roupas estão mais folgadas?</p> <p>(0) Não (1) Sim</p>	
<p>7. HUMOR</p> <p>Você se sente triste ou deprimido (a) com frequência?</p> <p>(0) Não (1) Sim</p>	
<p>8. CONTINÊNCIA</p> <p>Você tem problemas de perder o controle da urina sem querer? Segurar a urina?</p> <p>(0) Não (1) sim</p>	
<p>9. DESEMPENHO FUNCIONAL</p> <p>FAVOR OBSERVAR: Pontue este item do teste com >20 segundos se:</p> <ul style="list-style-type: none"> • O individuo se mostrar relutante ou incapaz de completar o teste. • Para a realização do teste o paciente necessita andador (ou bengala) ou precisa de auxílio de outra pessoa. <p>TESTE "LEVANTE E ANDE" CRONOMETRADO: Eu gostaria que você sentasse nesta cadeira com suas costas e braços apoiados. Quando eu disser "VÁ", por favor fique em pé e ande normalmente até a marca no chão (aproximadamente 3m de distância), volte para a cadeira e sente novamente.</p> <p>(SE FOR OMITIR ESTE ITEM MARQUE O ITEM 3).</p> <p>(0) 0-10 SEG (1) 11-20 SEG (2) >20 SEG</p>	
<p>CLASSIFICAÇÃO:</p> <p>Não apresenta fragilidade - 0-4 Aparentemente vulnerável - 5-6 Fragilidade leve - 7-8 Fragilidade moderada - 9-10 Fragilidade severa - 11 ou mais</p>	

ANEXO IV - PARECER CONSUBSTANCIADO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação da fragilidade de idosos institucionalizados

Pesquisador: Rosimeri Geremias Farias

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 47707321.1.0000.5676

Instituição Proponente: FUNDACAO UNIVERSIDADE PARA O DESENVOLVIMENTO DO ALTO VALE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.796.531

Apresentação do Projeto:

Com o aumento da expectativa de vida ocorrido nas últimas décadas em nosso país, se faz necessário a abordagem de temas envolvendo o envelhecimento populacional, dentre eles a institucionalização dos idosos em instituições de longa permanência e a sua relação com a fragilidade.

Fraqueza, diminuição da capacidade funcional e na capacidade de desenvolver atividades físicas, são características da fragilidade que ocasionam perda da autonomia deixando os idosos mais vulneráveis a novas patologias, e, principalmente, gerando um nível de dependência maior. A pesquisa possui como principal objetivo geral avaliar os fatores relacionados à fragilidade de idosos institucionalizados segundo a escala Edmonton Frail. Trata-se de uma pesquisa quantitativa, descritiva e exploratória. A pesquisa será realizada junto a idosos que estiverem institucionalizados em longa permanência, independente da escolaridade, sexo ou grau de fragilidade. A identidade pessoal de cada participante será mantida sob absoluto sigilo, não mencionando nome ou qualquer outra informação. A coleta de dados dar-se-á por meio da aplicação da Escala Edmonton Frail. Os dados serão analisados por meio de análises descritivas, a partir da apuração de frequências simples e cruzadas, tanto em termos absolutos como percentuais. Serão respeitados os preceitos éticos conforme disposto na Resolução CNS 466/12. Acredita-se que as Instituições de Longa Permanência para Idosos podem contribuir para o aumento da fragilidade entre idosos devido às rotinas institucionais e a falta de identificação

Endereço: DOUTOR GUILHERME GEMBALLA 13

Bairro: JARDIM AMERICA

CEP: 89.160-932

UF: SC

Município: RIO DO SUL

Telefone: (47)3531-6000

E-mail: etica@unidavi.edu.br

**CENTRO UNIVERSITÁRIO
PARA O DESENVOLVIMENTO
DO ALTO VALE DO ITAJAÍ -
UNIDAVI**



Continuação do Parecer: 4.796.531

precoce de sinais de fragilidade.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar os fatores relacionados à fragilidade de idosos institucionalizados segundo a escala Edmonton Frail.

Objetivo Secundário:

Identificar a presença de fragilidade nos idosos institucionalizados.

Reconhecer os fatores que predisõem a fragilidade em idosos institucionalizados.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

O estudo apresenta risco mínimo aos participantes frente à coleta de dados e as atividades desenvolvidas, devendo-se considerar o risco de constrangimento dos idosos por não conseguir desenvolver as atividades. Para minimizar os riscos a coleta de dados será realizada de uma forma dinâmica, individualizada, deixando-os à vontade para participar da pesquisa. Os instrumentos de coleta de dados (escala) serão entregues de forma numerada, onde os números irão substituir o nome dos participantes. Além disto, garante-se que os idosos que venham a sentir-se constrangidos durante a realização do estudo serão encaminhados para atendimento com a psicóloga Janaina Fronza CRP 13151, vinculada ao próprio Abrigo onde os idosos estão institucionalizados.

Benefícios:

Como benefícios do estudo pode-se destacar a oportunidade de avaliar os idosos e identificar os fatores para o desenvolvimento da fragilidade, assim a equipe multidisciplinar da ILPI poderá fazer uma avaliação e desenvolver uma conduta minimizando os riscos do desenvolvimento da fragilidade. Além disso, espera-se contribuir com a equipe de saúde com o incentivo ao uso de instrumentos de avaliação do idoso, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Vide campo "Conclusões ou pendências de lista de inadequações".

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide campo "Conclusões ou pendências de lista de inadequações".

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto sem restrições éticas.

Endereço: DOUTOR GUILHERME GEMBALLA 13

Bairro: JARDIM AMERICA

CEP: 89.160-932

UF: SC

Município: RIO DO SUL

Telefone: (47)3531-6000

E-mail: etica@unidavi.edu.br

**CENTRO UNIVERSITÁRIO
PARA O DESENVOLVIMENTO
DO ALTO VALE DO ITAJAÍ -
UNIDAVI**



Continuação do Parecer: 4.796.531

Considerações Finais a critério do CEP:

Pesquisa aprovada sem restrições éticas, apta para o início da coleta de dados. Ao término da pesquisa deverá ser anexado o relatório final via Plataforma Brasil.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1766889.pdf	01/06/2021 21:27:47		Aceito
Outros	Instrumentodecoleta.pdf	01/06/2021 21:08:22	THAIS DE SOUZA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoTCC.pdf	01/06/2021 20:44:48	THAIS DE SOUZA	Aceito
Outros	DeclaracaoInstituicaoParceira.pdf	01/06/2021 17:41:13	THAIS DE SOUZA	Aceito
Outros	AutorizacaoPsicologa.pdf	01/06/2021 17:40:22	THAIS DE SOUZA	Aceito
Outros	Termodecompromisso.pdf	01/06/2021 17:39:13	THAIS DE SOUZA	Aceito
Outros	Termodeutilizacaodedados.pdf	01/06/2021 17:37:39	THAIS DE SOUZA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	01/06/2021 17:27:22	THAIS DE SOUZA	Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRosto.pdf	01/06/2021 17:26:13	THAIS DE SOUZA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DO SUL, 22 de Junho de 2021

Assinado por:
JOSIE BUDAG MATSUDA
(Coordenador(a))

Endereço: DOUTOR GUILHERME GEMBALLA 13
Bairro: JARDIM AMERICA **CEP:** 89.160-932
UF: SC **Município:** RIO DO SUL
Telefone: (47)3531-6000 **E-mail:** etica@unidavi.edu.br

CENTRO UNIVERSITÁRIO
PARA O DESENVOLVIMENTO
DO ALTO VALE DO ITAJAÍ -
UNIDAVI



Continuação do Parecer: 4.796.531

Endereço: DOUTOR GUILHERME GEMBALLA 13

Bairro: JARDIM AMERICA

CEP: 89.160-932

UF: SC

Município: RIO DO SUL

Telefone: (47)3531-6000

E-mail: etica@unidavi.edu.br