

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO**  
**FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA**

**A Busca do Consenso Sobre as Condições de  
Autonomia e Dependência de Idosos Residentes  
em Instituição de Longa Permanência: uma  
Metodologia de Trabalho para a Equipe de  
Cuidados.**

MARCIA REGINA VENERONI NOVAES  
Orientadora: PROF<sup>a</sup> DR<sup>a</sup> ALICE MOREIRA DERNTL

**São Paulo**

**2005**



**MARCIA REGINA VENERONI NOVAES**

**A Busca do Consenso Sobre as Condições de  
Autonomia e Dependência de Idosos Residentes  
em Instituição de Longa Permanência: uma  
Metodologia de Trabalho para a Equipe de  
Cuidados.**

Tese apresentada ao  
Departamento de Prática de Saúde Pública  
da Faculdade de Saúde Pública da USP,  
para obtenção do grau de Doutor em Saúde Pública.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Alice Moreira Derntl

**São Paulo  
2005**

## *Dedicatória*

**Ao Tuca,**

***Meu amor, meu eterno companheiro e amigo, que nas horas infindáveis de ausência soube respeitar e compartilhar meus sonhos com carinho, dedicação, respeito e muita paciência.***

**A Raquel e Philipe,**

**Que em suas inocências souberam aguardar meu tempo para suas solicitações. Amo vocês!**

***Com muito carinho, respeito e admiração...***

***À Alice,***

***Amiga e orientadora, que dividiu comigo seu tempo,  
sua competência, e com seu exemplo me ensinou a ser um Humano  
melhor! Muito obrigada !***

## *Agradecimentos Especiais*

Agradeço, com todo o meu coração, a **Deus** pela vida que me deu e pela capacidade de aprender sempre!

Agradeço aos **meus pais**, por me permitirem existir e evoluir!

Agradeço a minha sogra **Claudete**, que mais que uma mãe sempre me atende como uma verdadeira amiga.

À amiga **Rita** que compartilha dos mesmos ideais profissionais, e sempre me apoiou durante a realização deste trabalho e contribuiu para sua realização.

Às amigas **Ângela, Tânia, Carla, Bia, Marisa** pela preciosa colaboração nas etapas iniciais deste trabalho.

À amiga **Edvane**, pela amizade, carinho e valiosa ajuda que me deu nos momentos finais da construção deste trabalho.

À **Instituição de Longa Permanência para Idosos** que permitiu a realização deste trabalho, espero que todas um dia, também possam praticar o respeito, qualidade e a humanidade existente neste local!

À **Equipe de Cuidados** que permitiu que este estudo se tornasse concreto. Parabéns pela Cuidado Humano que vocês desempenham!

Aos **Idosos** que despertaram em mim o sentimento de empatia e admiração, responsáveis pela realização deste estudo.

Aos **Membros dos Comitês** de Equivalência Semântica, Idiomática e Cultural sem os quais este trabalho seria inviável.

Aos **Membros da Banca** pela valiosa contribuição científica que prestaram na finalização desta pesquisa.

A todos da **Faculdade de Saúde Pública** da Universidade de São Paulo, FSPUSP.

***Muito Obrigada pela Atenção e Colaboração!***

## RESUMO

O processo de envelhecimento traz consigo modificações biopsicosociais, que muitas vezes comprometem a independência e autonomia do idoso. Estas condições associadas à redução da capacidade assistiva familiar podem resultar no ingresso do idoso em Instituições de Longa Permanência (ILPI). Estas, por sua vez, vivenciam dificuldades como: número reduzido de profissionais para cuidar, déficit na formação específica da equipe de cuidados, moradores com graus de dependência acentuados, carência de sistematização de avaliação e cuidado destes idosos. Mediante estas constatações, este estudo teve como objetivo aplicar e analisar uma Metodologia de Integração e Consenso entre membros da Equipe de Cuidados de uma ILPI, mediante definição do grau de Dependência e Autonomia dos idosos residentes, utilizando a Escala de Autonomia e Dependência (EDA) autoria de Delcros e Lanõe - França, 1980. A coleta de dados constou de 3 momentos: (a) levantamento de dados de prontuário dos idosos (n=57); (b) aplicação da Metodologia e aplicação da EDA (n=57); (c) realização de entrevista com membros da equipe (n=18). Os discursos dos entrevistados (item c) foram ordenados segundo a estratégia de Análise de Conteúdo de Bardin, emergindo as categorias: **Sentir-se Preparado e Não se sentir preparado** para cuidar de idosos. Os pareceres de todos os membros da equipe de cuidados sobre a metodologia aplicada revelaram **Parecer Favorável**. O parecer sobre a EDA, foi categorizado em: **Dimensão Valorativa** e **Dimensão Desvalorativa**. Na primeira, os entrevistados consideram que a metodologia aplicada pode ser eficaz e trazer benefícios para a equipe, para o gerenciamento do cuidado e para os próprios idosos. Na segunda, alguns itens da EDA despertaram dúvidas. Conclusão: a Metodologia de modo geral foi valorizada pela equipe, e foi efetiva na busca do consenso, mas é necessária sua aplicação em outras ILPI para ampliar a avaliação.

**Descritores:** Instituição de Longa Permanência, Idosos, Equipe de Cuidados, Consenso na avaliação.

## SUMMARY

The process of aging brings along bio psychosocial changes, which many times jeopardize the elderly independence and autonomy. These conditions associated with the reduction of the family assistance capacity can result in the elderly admission in Long Term Care Institutions. These, on their turn, face difficulties as: reduce number of professionals, deficit in the specific formation of caregivers team, residents with high degree of dependence, lack of systematization of evaluation and care of the elderly. Through these findings, this study had as an objective applies and analyse a methodology of integration and consensus between members of the caregivers team of a Long Term Care Institution, through definition of the degree of dependance abd autonomy of these elderly residentsw, using the Autonomy and Dependance Scale (ADS) by Delcros and Lanoe – France, 1980. The data colletion had three moments: (a) coletion of data from the oldies' notebook (n=57); (b) aplication of the methodology and aplication of the Autonomy and Dependance Scale (ADS) (n=57); (c) carring out of the interview with members of the team (n=18). The interviewees' speeches (item c) were ordered according to the strategy of analysis of Bardin's Content, emerging the following cathegories: **Feeling Prepared and Not Feeling Prepared** to take care of the elderly. The consideration of all the members of the care team about the ADS was categorized as: **Favorable and Unfavorable**. In the first one, the interviewees took into consideration that the appllied methodology can be effective and bring benefits to the team, to the care management and to the own elderly. In the second, some items of the ADS arouse doubts. Conclusion: The methodology, on the whole, was valued by the team, and was effective in the search for the consensus, but its use in other long term care institution will be necessary in order to broaden the evaluation.

**Kew words:** Long Term Care Institution, Elderly, Caregivers Team, Consensus in the evaluation.

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Características dos Idosos residentes nos pavilhões da ILPI, obtidas por meio de levantamento de dados do prontuário médico da instituição.	104
Quadro 2	Doenças Crônico-Degenerativas identificadas nos prontuários médicos dos 57 idosos avaliados, residentes na ILPI de estudo.	110
Quadro 3	Avaliação do Grau de Dependência dos 15 idosos residentes no Pavilhão Rosa da ILPI de estudo.	116
Quadro 4	Avaliação do Grau de Dependência dos 11 idosos residentes nas "Casinhas" da ILPI de estudo.	117
Quadro 5	Avaliação do Grau de Dependência dos 15 idosos residentes no Pavilhão Azul Inferior, da ILPI de estudo.	118
Quadro 6	Avaliação do Grau de Dependência dos 16 idosos residentes no Pavilhão Azul Superior, da ILPI de estudo.	119
Quadro 7	Número e Classificação do Grau de Dependência e Autonomia de Idosos residentes na ILPI de estudo, através de Consenso entre membros da Equipe de Cuidados, mediante aplicação da Escala de Dependência e Autonomia (EDA)	120
Quadro 8	Caracterização da Equipe de Cuidados submetida à entrevista individual, de acordo com a função exercida na ILP.	123
Quadro 9	Ocorrência de Treinamento, número e % de profissionais e justificativas apresentadas por terem ou não, recebido treinamento prévio.	132
Quadro 10	Atividades desenvolvidas na ILPI para discutir sobre os cuidados necessários e os problemas dos idosos, segundo relato dos Membros da Equipe de Cuidados.	134
Quadro 11	Pareceres dos membros da Equipe de cuidados sobre "Sentir-se Preparado para cuidar do Idoso".	136

## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1 - Distribuição dos membros da Equipe de Cuidados da ILPI de acordo com o setor, turno, número e categoria profissional.	93
Tabela 2 - Distribuição do número de Enfermeiros por plantão, de acordo com o cargo na ILPI.	94

## **LISTA DE ESQUEMAS**

Esquema 1 - Tradução e Adaptação Transcultural da "Echelle de Dependance - Autonomie (EDA)" para o português	88
Esquema 2 - Representação da categoria Parecer Favorável, e suas respectivas unidades de registro, referentes à questão norteadora "O que você achou desta avaliação feita em conjunto com o grupo que cuida do idoso"?	146
Esquema 3 - Representação das categorias - Dimensão Valorativa e Dimensão Desvalorativa - e suas respectivas unidades de registro, referentes à questão norteadora "O que você tem a dizer sobre este instrumento utilizado para a avaliação do idoso?"	156

# ÍNDICE

1. Apresentação	1
2. Introdução	4
3. O Envelhecimento Brasileiro	11
3.1. Aspectos Demográficos e Implicações	11
3.2. As Políticas Públicas dirigidas à População Idosa	14
3.3. Rede de Suporte Social e de Saúde do Idoso	17
4. O Cenário das Instituições de Longa Permanência (ILPI) no Brasil	22
5. A Dinâmica do Cuidar em ILPI	31
5.1. A Enfermagem Gerontológica e o Cuidado a Idosos Residentes em Instituições de Longa Permanência	31
5.2. Trabalho em Equipe, Liderança e Gerenciamento do Cuidado	38
6. Considerações sobre Autonomia e Dependência dos Idosos	44
6.1. Definindo Autonomia e Dependência	44
6.2. Avaliação da Capacidade Funcional Global dos Idosos; um método de avaliação da saúde dos idosos	51
6.3. A “Echelle de Dependance-Autonomie (E.D.A)”	57
6.3.1. O Processo de Tradução e Adaptação de Instrumentos	64
6.3.1.1. Tradução	65
6.3.1.2. Retrotradução (Back-Translation)	66
6.3.1.3. Revisão por um Comitê de Juizes	66
6.3.1.4. Pré – Teste	68
6.3.2. Avaliação das Propriedades de Medida de um Instrumento após sua Tradução	69
7. Objetivos	71
8. Material e Método	72
8.1. Tradução e Adaptação Transcultural da “Echelle de Dépendance-Autonomie (E.D.A)”	73

8.1.1. Tradução	73
8.1.2. Retrotradução (Back-Translation)	74
8.1.3. Revisão por um Comitê de Juizes	75
8.1.3.1. Comitê de Equivalência Semântica	76
8.1.3.2. Comitê de Equivalência Cultural	78
8.1.4. Realização do Pré-Teste	83
8.2. Coleta de Dados	89
8.2.1. Caracterização do Local de Estudo	89
8.2.2. População do Estudo	95
8.2.3. Operacionalização da Coleta de Dados	96
8.2.3.1. Estrutura das Entrevistas	97
8.2.3.2. Método de análise de conteúdo das entrevistas	99
9. Apresentação, análise e discussão dos resultados	101
9.1. Perfil dos Idosos Avaliados	103
9.2. Classificação do Grau de Dependência e Autonomia dos idosos avaliados por meio da Escala de Dependência e Autonomia (EDA)	115
9.3. Apresentação do Perfil da Equipe de Cuidados da ILPI	122
9.4. Pareceres dos Membros da Equipe de Cuidados da ILPI	135
9.4.1. Pareceres sobre “Sentir-se preparado para cuidar de idosos”	136
9.4.2. Os Pareceres da Equipe de Cuidados sobre a Metodologia de Integração e Consenso	145
9.4.3. Os Pareceres da Equipe de Cuidados sobre Escala de Dependência e Autonomia (EDA)	155
10. Conclusões	169
10.1. Conclusões e Comentários do Pesquisador sobre a Metodologia	169
11. Considerações Finais	174
12. Referências Bibliográficas	178
11. Anexos	186
Anexo I: “Echelle de Dépendance-Autonomie (E.D.A.)”	186

Anexo II: Primeira Versão da “Echelle de Dépendance-Autonomie (E.D.A.)”	190
Anexo III: Carta Convite para Comitê de Juizes para Avaliação da Equivalência Semântica e Idiômática da “Echelle de Dépendance-Autonomie (E.D.A.)”	192
Anexo IV: Orientações ao Comitê de Juizes para Avaliação da Equivalência Semântica e Idiômática da “Echelle de Dépendance-Autonomie (E.D.A.)”	193
Anexo V: Instrumento para realização da Avaliação da Equivalência Semântica e Idiômática da “Echelle de Dépendance-Autonomie (E.D.A.)”	194
Anexo VI: Segunda Versão Traduzida da “Echelle de Dépendance-Autonomie (E.D.A.)” Pós Equivalência Semântica e Idiômática	211
Anexo VII: Carta Convite para Comitê de Juizes para Avaliação da Equivalência Cultural da “Echelle de Dépendance-Autonomie (E.D.A.)”	213
Anexo VIII: Orientações ao Comitê de Juizes para Avaliação da Equivalência Cultural da “Echelle de Dépendance-Autonomie (E.D.A.)”	214
Anexo IX: Instrumento para realização da Avaliação da Equivalência Cultural da “Echelle de Dépendance-Autonomie (E.D.A.)”	215
Anexo X: Versão Final - Escala de Dependência e Autonomia (E.D.A.)”	230
Anexo XI: Solicitação de Autorização às Instituições de Longa Permanência (ILP) para realização do Pré-Teste e Coleta de Dados	235
Anexo XII: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	236
Anexo XIII: Primeiro Roteiro de Entrevista com Equipe de Cuidados	237
Anexo XIV: Segundo Roteiro de Entrevista com Equipe de Cuidados	238
Anexo XV: Planilha de dados para o Perfil dos Moradores	239

# ***1. Apresentação***



## **1. Apresentação**

Ao longo de minha trajetória profissional como Enfermeira, sempre me identifiquei de modo particular com o cliente idoso, e comecei a aprofundar meus conhecimentos sobre essa parcela da população a partir da minha inserção no programa de Pós Graduação Stricto Sensu da FSPUSP, nível Mestrado em 1998. Desde então, passei a conhecer mais estreitamente o universo do envelhecimento humano desfrutando da oportunidade de (re)construir meus conceitos e minhas representações sobre a velhice.

Acredito que a imagem existente na sociedade sobre essa etapa da vida ainda é marcada por muitos estereótipos negativos, que interferem nas relações humanas, aqui especificamente, as relações de cuidado a esses indivíduos.

Envolvida com essas questões e atuando como docente de graduação em Enfermagem junto a uma Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI), pude acompanhar e presenciar inúmeras dificuldades vivenciadas pelos profissionais e pelos idosos inseridos nesse contexto.

Dentre essas dificuldades destaco o número reduzido e a insuficiente qualificação dos profissionais e ocupacionais, o que dificulta o atendimento às demandas do idoso institucionalizado, podendo implicar em desenvolvimento de dependência desencadeada pelos cuidados inadequados.

Acredito que, à medida que esses profissionais possuam conhecimento específico sobre o envelhecimento humano e suas implicações, e também recebam treinamento e orientações em serviço, estarão capacitados a desempenhar uma assistência mais adequada que promova o autocuidado e a autonomia dos idosos residentes em ILPI.

A partir dessas reflexões, comecei a buscar na literatura métodos de trabalho com a equipe que assiste diretamente estes idosos, para que promovesse a integração e a educação em serviço, possibilitando resultar em um cuidado promotor da independência e da autonomia desses idosos.

Compartilho da opinião de Spagnol (2005) quando aponta que *“o enfermeiro necessita compreender as relações e as demandas do seu grupo de trabalho para juntos elaborarem, de forma compartilhada, projetos terapêuticos que atendam às necessidades da população”*, neste caso em específico, a população idosa residente em instituições de longa permanência.

É preciso encontrar estratégias de intervenção que propiciem aos trabalhadores deixarem de ser subordinados e passivos, e lhes permitam exercer seu potencial de criação e de participação.

Nesse sentido, este estudo vem aplicar uma nova metodologia de trabalho para a Equipe de Cuidados de Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI), através da busca de consenso entre seus membros, sobre as condições de autonomia e dependência desses residentes, proporcionando momentos para orientação, treinamento e integração da equipe.

Esta pesquisa está estruturada em 10 tópicos além deste: **no segundo tópico** faço uma introdução ao tema e às proposições do estudo; **no terceiro tópico** contextualizo o envelhecimento populacional brasileiro e as políticas existentes voltadas ao idoso, e em particular as Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI); **no quarto tópico** apresento aspectos relativos às Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI), na perspectiva de situar o leitor no campo da pesquisa; **no quinto tópico** discuto o cuidado gerontológico, na perspectiva institucional, e destaco aspectos referentes à dinâmica do trabalho em equipe; **no sexto tópico** faço considerações sobre as definições de autonomia e dependência dos idosos, as formas de avaliá-las, e descrevo o instrumento utilizado neste estudo para avaliação das condições de dependência e autonomia de idosos residentes em ILPI; **no oitavo tópico** descrevo o percurso metodológico da pesquisa, o processo de tradução e adaptação do instrumento utilizado para avaliação dos idosos pela equipe de cuidados e a operacionalização da coleta de dados; **no nono tópico** apresento os resultados obtidos mediante aplicação da metodologia de integração e consenso entre os membros da equipe de cuidado da ILPI; **no décimo tópico** apresento as conclusões gerais do estudo e os comentários do pesquisador sobre a metodologia aplicada; **no décimo primeiro tópico** apresento as articulações teóricas do estudo por meio das considerações finais.

## ***2. Introdução***



## 2. Introdução

É fato que quanto mais velho se torna o Homem, maior a chance de ocorrer diminuição em sua capacidade funcional, podendo implicar em necessidade de ajuda para realização de atos simples do dia-a-dia. Porém, essa constatação não deve agregar o rótulo de incapaz, inútil e dependente a este indivíduo.

A global constatação do envelhecimento populacional trás em seu bojo a premente necessidade de (re)pensar, (re)ver conceitos, atitudes e ações para com os idosos, no intuito de contribuir sobremaneira para um envelhecimento bem sucedido, com conseqüente aumento da qualidade de vida destes, mesmo quando existam situações de dependência.

Sábias são as palavras de HERRERO (1982) quando afirma que

“o homem é sempre um ser dependente de seus semelhantes, dos quais espera ajuda, cooperação, admiração ou afeto. Com a idade vamos mudando os objetos, as pessoas e os ideais dos quais nos sentimos dependentes, ou aos que nos subordinamos por serem necessários”.

Com o passar dos anos nossos desejos, interesses e expectativas vão se modificando, o que nos era muito importante aos 20 anos, provavelmente será fundamentalmente diferente aos 50 anos. Isto não significa que deixamos de ter desejos, mas sim que passamos a desejar outras coisas. É essa variação dos

desejos, interesses e expectativas que nos permite uma melhor adaptação às situações vividas. (VIEIRA, 2003)

A máquina humana ao longo de seu avanço cronológico sofre desgastes que implicam em mudanças fisiológicas. Estas, por sua vez, podem dificultar a adaptação da pessoa idosa à sua nova condição, levando-a à situação de dependência física. Além disso, as exigências sociais às quais o idoso é submetido também podem dificultar seu desempenho e colocá-lo em uma condição desfavorável, diminuindo seu poder decisório e conseqüentemente imputando-lhe algum grau de dependência.

A situação de dependência impõe à necessidade de outra pessoa para minimizar ou até mesmo suprir a incapacidade, que pode ser temporária ou definitiva. Como provedor de suporte ao idoso dependente encontramos em primeira instância a família, que muitas vezes, devido a variados fatores, não consegue desempenhar satisfatoriamente seu papel de cuidador familiar. Na vigência desta incapacidade, ainda na tentativa de manter o idoso integrado ao seio familiar, podem ser contratados cuidadores externos para assistirem esses idosos fragilizados em seu próprio domicílio.

A carência na rede de atendimento ao idoso no Brasil implica falta de serviços de apoio, treinamento e orientação aos familiares e cuidadores, dificultando a dinâmica do cuidado, culminando muitas vezes com a institucionalização.

A Instituição de Longa Permanência é um equipamento da rede social de apoio aos idosos

assegurado na Lei nº 8842 de 1994 que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, regulamentada pelo Decreto 1.948 de 03/07/96. (BRASIL, 1996)

As famílias depositam nas instituições a expectativa da resolução dos problemas enfrentados nos domicílios e a garantia de melhores cuidados à saúde, uma vez que contam com recursos humanos, físicos e materiais para tal. Além disso, a instituição também é para família, a garantia de um local para morar e viver em segurança. (PAVARINI, 1996)

As Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) por sua vez enfrentam uma gama de dificuldades: desde os aspectos administrativos, necessitando de profissionalização da mesma, até o número reduzido e qualificação inadequada dos recursos humanos em seu quadro de pessoal. Essas dificuldades repercutem sobremaneira na qualidade dos cuidados prestados, no respeito à autonomia dos idosos e conseqüentemente na qualidade de vida desses.

A assistência prestada no âmbito institucional deve possuir como meta o incentivo ao Autocuidado e a Promoção da Saúde. Isso está sustentado no princípio da manutenção da autonomia e da independência, assegurando ao idoso o poder de escolha (de acordo com sua capacidade cognitiva), tornando-o participativo e responsável pela realização das atividades da vida diária (respeitando o grau de dependência), podendo contribuir para a redução ou compensação de incapacidades físicas, resultando em melhor qualidade de vida.

As Instituições de Longa Permanência para Idosos (IPLI) devem possuir uma equipe mínima de atendimento, qualificada para prover o cuidado cotidiano indispensável, e que atue como responsável pela manutenção da qualidade destes cuidados e pela prevenção de fatores de risco à saúde e ao bem-estar dos residentes. (DERNTL, 2005)

Quando a equipe prestadora de cuidados não possui em sua formação profissional um preparo específico para atender às demandas do envelhecimento, o desenvolvimento de dependência pode ser desencadeado pelos cuidados prestados por esses profissionais. (PAVARINI, 1996)

Os profissionais, que prestam cuidados diretos e auxiliam os idosos nas Atividades de Vida Diária (AVD), e que compõem o quadro de recursos humanos das ILPIs brasileiras são, em sua maioria, Auxiliares de Enfermagem e também Atendentes de Enfermagem, hoje denominados Ajudantes Operacionais ou Cuidadores de Idosos, dependendo da classificação atribuída pela instituição. A proporção de Enfermeiros é bastante reduzida, como se pode confirmar através de pesquisa realizada por DIOGO E YAMAMOTO (2002) no município de Campinas, no estado de São Paulo, na qual foram avaliadas 6 instituições asilares, sendo que apenas 3 instituições contavam com o profissional Enfermeiro em apenas parte do dia.

A qualificação e o comprometimento da equipe que assiste aos moradores de ILPI está diretamente relacionada a manutenção da qualidade de vida desses idosos, pois as ações desenvolvidas respeitarão a

autonomia e a capacidade funcional dos mesmos. Isto vai ao encontro do pensamento de LAWTON (1991) apud DIOGO (2004) quando afirma que “o idoso que encontra um ambiente (recursos físicos e pessoais) responsivo e adequado ao seu desempenho funcional e competência comportamental, sente-se adaptado e apresenta bem-estar subjetivo positivo”.

Ainda de acordo com DIOGO (2004), a formação de profissionais capacitados na área da saúde do idoso esbarra em diversos obstáculos, como por exemplo, a escassez de conhecimento gerontogeriátrico dos profissionais da saúde, a escassez de conteúdos gerontogeriátricos nos currículos, a falta de campos específicos para a prática, além da inexperiência do corpo docente nos diversos níveis de formação.

Mediante a constatação de déficit na formação dos profissionais que hoje atuam na maioria das ILPI, torna-se premente a necessidade de atualização de seus conhecimentos para capacitá-los a desempenhar um cuidado estimulador da independência e da autonomia, avaliando e respeitando as condições individuais de capacidade funcional dos idosos.

Sustentado nesta constatação, este estudo propõe a utilização de uma metodologia de trabalho com a equipe que presta cuidados diretos e auxiliam os idosos residentes em Instituições de Longa Permanência em suas Atividades de Vida Diária (AVD). Doravante esta equipe será denominada “Equipe de Cuidados”.

Optou-se pela utilização desta nomenclatura, pois diversas instituições possuem em seu quadro de profissionais de enfermagem, ocupacionais

denominados cuidadores, acompanhantes, ou atendente de idosos, os quais não possuem formação específica na área da enfermagem. As atividades que desempenham são tarefas de auxílio na higiene, alimentação, vestuário, deambulação e companhia dos idosos. Sendo assim, o termo Equipe de Cuidados permite abarcar em seu conjunto todos os profissionais, que assistem diretamente e diariamente os idosos que residem em instituições de longa permanência.

A metodologia proposta foi criada por DELCROS E LANÖE (1980) na França, e busca o consenso entre os membros desta equipe acerca das condições de autonomia e dependência dos idosos residentes em ILP, consenso este obtido mediante reuniões com esses profissionais, direcionadas por meio de um instrumento de avaliação. Através deste consenso haverá a obtenção de um escore que possibilitará a classificação da condição de autonomia e dependência individual do idoso.

Segundo DELCROS e LANÖE (1980), essa reunião com a Equipe de Cuidados e a troca de opiniões sobre o estado do idoso em análise, possibilita um momento para a avaliação do cuidado prestado a esse idoso, identificando dificuldades enfrentadas pela equipe, peculiaridades acerca do próprio idoso, oportunizando a realização de orientação e educação em serviço. Desse modo, o déficit de conhecimento específico sobre o processo de envelhecimento, existente eventualmente entre os membros, poderá ser minimizado paulatinamente, contribuindo para um cuidado especializado e direcionado às reais necessidades do idoso.

Através desta metodologia de trabalho promove-se a avaliação periódica da capacidade funcional dos idosos residentes na instituição sob a ótica do consenso da equipe que os assiste diariamente, tornando essa avaliação diferente das demais formas utilizadas até o presente momento, em que se toma como referencial as informações auto-referidas pelo idoso, ou aquelas obtidas através da observação direta do desempenho do idoso.

Acredita-se que essa proposta sistematizada de avaliação pode promover a união da equipe, valorizar o trabalho desempenhado pelos seus membros, resgatar o compromisso com o cuidado e com as informações prestadas, individualizar o cuidado, além de propiciar um momento para atualização dos conhecimentos científicos da equipe. Isso fornece subsídios para a coordenação do processo de cuidar pelo enfermeiro da instituição, atendendo às exigências técnicas e ético-legais feitas às Instituições de Longa Permanência para Idosos.

# ***3.0 Envelhecimento Brasileiro***



### **3. O Envelhecimento brasileiro**

#### **3 . 1. Aspectos Demográficos e Implicações**

O envelhecimento populacional já é um fato constatado pelos diversos setores da sociedade brasileira. Estudos epidemiológicos apontam para um aumento crescente e contínuo do número de idosos. Em 1980 a população idosa correspondia a cerca de 7 milhões de pessoas com mais de 60 anos, em 1991 passou para 11 milhões e as projeções para o ano de 2025 são de aproximadamente 34 milhões de indivíduos com mais de 60 anos, dos quais 10,6% corresponderão a idosos com 80 anos e mais, o que colocará o Brasil na 6ª posição entre os países mais envelhecidos do mundo. (SCHOUERI 2000, IBGE, 2000; CHAIMOWICKZ 1998; VERAS e DUTRA 1993; BERQUÓ e LEITE 1988)

O processo de envelhecimento humano traz consigo algumas implicações que requerem políticas públicas expressivas, que assegurem aos idosos acesso a saúde, inclusão social, moradia, alimentação, transporte, entre outros, objetivando qualidade de vida aos anos restantes.

No contexto psicossocial o idoso passa por processos que requerem adaptação e aquisição de novos papéis. Vários são os fatores que desencadeiam estes processos, como a possível viuvez, a aposentadoria, a perda de companheiros contemporâneos, a emancipação dos filhos, a diminuição da capacidade funcional, refletida em perdas

físicas, muitas vezes desencadeadas por processos patológicos ou depressão.

Segundo CARVALHO e PAPALÉO (1994) o corpo que envelhece está submetido a situações de sobrecarga funcional prolongada, e pode não reagir de modo adaptativo, propiciando o desenvolvimento de processos patológicos agudos e predominantemente crônicos. As alterações fisiológicas que provêm do envelhecimento orgânico, predisõem ao surgimento de doenças crônicas degenerativas, as quais podem comprometer a capacidade funcional. Além disso, perdas neuronais podem iniciar processos demenciais que dificultam o autocuidado, e geram perda da autonomia e da independência.

Apesar dos progressos conseguidos pela medicina, evidenciados pelo prolongamento da vida, as incapacidades e as doenças crônicas continuam existindo, o que resulta em aumento na proporção de indivíduos doentes e incapacitados. Isto implica em acréscimo nos custos do sistema de saúde, especialmente à medida que aumenta a fração de idosos muito velhos, ou seja, com mais de 80 anos de idade, gerando um consumo de gastos desproporcionalmente maiores. (CHAIMOWICZ, 1997)

Ainda de acordo com CHAIMOWICZ (1997), para minimizar o impacto do envelhecimento populacional sobre o sistema de saúde e de assistência social, existem duas linhas de ações: 1- melhorar a capacidade dos sistemas de apoio formal e informal aos idosos; 2- reduzir a demanda, ou seja, a compressão da morbidade, cujo o objetivo seria "adiar o surgimento de

doenças e seqüelas, mantendo fixa a expectativa de vida, e reduzindo assim o intervalo de tempo vivido entre o início das doenças ou incapacidades e a morte”.

Segundo LITVAK (1990) as metas para se atingir uma velhice saudável e comprimir a morbidade seriam a promoção da saúde e do bem-estar durante toda a vida do indivíduo, uma vez que não se fica velho subitamente aos 60 anos.

NERI (1993) afirma que

“envelhecer satisfatoriamente depende do delicado equilíbrio entre as limitações e as potencialidades do indivíduo, o qual lhe possibilitará lidar, em diferentes graus de eficácia, com as perdas inevitáveis do envelhecimento”.

Mediante a probabilidade de ocorrerem perdas na capacidade para o autocuidado com o passar da idade, alguns idosos podem vir a necessitar de auxílio de terceiros para atividades cotidianas, e até mesmo residirem em instituições de longa permanência, e mesmo nessas condições, deve-se manter o pressuposto explicitado anteriormente, assegurando-lhes: o engajamento em atividades produtivas, a manutenção da autonomia de forma a minimizar a dependência. Deste modo, reduzem-se as incapacidades, mantém-se o bem estar físico e mental e conseqüentemente promove-se maior qualidade de vida.

### **3.2. As Políticas Públicas dirigidas à população idosa**

O envelhecimento da população é uma aspiração natural de qualquer sociedade, mas só isto não é o bastante. É necessário almejar a melhoria da qualidade de vida para os que já envelheceram e àqueles que já estão neste processo. (VERAS, 1996)

Pautada nesta premissa é que foi criada a Política Nacional de Saúde do Idoso, inclusa na Política Nacional de Saúde, a qual fundamenta a ação do setor saúde na atenção integral à população idosa e àquela em processo de envelhecimento. Essa medida está em conformidade com a Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90 e com a Lei 8.842/94, regulamentada pelo Decreto nº 1.948 de 03 de julho de 1996. (CNS, 1999)

A Política Nacional do Idoso busca criar condições para que sejam promovidas a autonomia, a integração e a participação dos idosos na sociedade. Segundo ela,

“Cabe ao setor saúde prover o acesso dos idosos aos serviços e às ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, mediante o estabelecimento de normas específicas para tal; o desenvolvimento da cooperação entre as esferas de governo e entre centros de referência em geriatria e gerontologia; e a inclusão da geriatria como especialidade clínica para efeito de concursos públicos, além da

realização de estudos e pesquisas na área (inciso II do Artigo 10)". (CNS, 1999)

A Política Nacional de Saúde do Idoso tem como propósito central promover o envelhecimento saudável, manter e melhorar ao máximo a capacidade funcional dos idosos, prevenir doenças, recuperar a saúde dos que adoecem e reabilitar aqueles que tenham sua capacidade funcional restringida, garantindo-lhes a permanência no meio em que vivem, mantendo-se independente em suas funções na sociedade. (CNS, 1999)

Em 1º de outubro de 2003 foi aprovada a Lei 10.741, que dispõe sobre o Estatuto do Idoso, criado com vistas a garantir às pessoas com idade igual ou superior a 60 anos proteção à vida e à saúde. (BRASIL, 2003)

Além destas disposições de proteção à pessoa idosa está em estudo desde 2003, junto a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), um Regulamento Técnico para o Funcionamento das Instituições de Longa Permanência (ILPI) que, entre as suas determinações, deverá definir a qualidade e quantidade de recursos humanos preconizada para assegurar a qualidade da atenção aos institucionalizados. Está em discussão também, junto aos Ministérios da Saúde e da Previdência Social, a minuta do texto da Política Nacional do Idoso, a qual seria apresentada a público durante o Simpósio Nacional sobre Instituições de Longa Permanência para Idosos, realizado no mês de maio 2005 em São Paulo,

contudo, isso não ocorreu.(Simpósio Nacional sobre ILPI, 2005)

Através destes dados pode-se observar a definição de Políticas Públicas que comprovam a preocupação com a população idosa e, mais recentemente, com a população institucionalizada. Discutem-se também as alternativas de atenção para os “muito velhos” e/ou para os que se tornam dependentes por razões de saúde ou razões sociais. Esse são clientes potenciais para as instituições de longa permanência.

### **3.3. Rede de Suporte Social e de Saúde do Idoso**

Para assegurar qualidade de vida ao idoso é necessário que existam na sociedade equipamentos sociais e de saúde que permitam o desenvolvimento de atividades de atenção aos idosos, no sentido de promover o envelhecimento saudável, com estímulo e manutenção da autonomia e independência dos mesmos.

Um levantamento realizado no estado de São Paulo por FLEURY (1993) mostrou que, quantitativamente despontavam os equipamentos de saúde, cabendo a ressalva de que essa não era uma rede de atendimento exclusivo ao idoso, embora estivessem sendo implantadas ações de atendimento diferenciado à terceira idade para atendimento do idoso. Em quantidade menor vinham os serviços de abrigo (asilos, casas de repouso, clínicas geriátricas, pensionatos, casas transitórias, albergues entre outros). Numa proporção ainda menor despontavam os equipamentos sociais voltados às atividades de lazer, esporte e cultura, os quais também não eram de uso exclusivo da população idosa. Com relação à subvenção, esse levantamento concluiu haver subsídios do poder municipal para um grande número de entidades, embora a maioria das entidades fosse mantida por fontes particulares.

Outro estudo realizado por DAVIM et alli (2004), no município de Natal (RN), mostrou que os recursos financeiros das três instituições estudadas, cadastradas pelo Departamento de Apoio à Pessoa Idosa da

Secretaria Municipal de Promoção Social, advinham de doações das Secretarias Estadual e Municipal, da população e dos próprios idosos com suas aposentadorias.

Um levantamento dos asilos do Município de Belo Horizonte (MG), realizado por CHAIMOWICZ e GRECCO (1999), identificou que cerca de 65% dos asilos são vinculados à Sociedade São Vicente de Paulo (SSVP), 15% são vinculados a entidades religiosas e, a maioria dos restantes, à iniciativa privada. Nenhum asilo era mantido pela municipalidade. Os autores ressaltam ainda que 85,3% do total de idosos, residentes em instituições de longa permanência, vivem em asilos filantrópicos.

Pesquisa realizada por HEREDIA et alli (2004), em 14 instituições cadastradas na Região Nordeste do Rio Grande do Sul, observou que o sustento dos idosos residentes era mantido, na sua grande maioria, com recursos de suas aposentadorias ou por familiares. Em alguns casos havia compra de vagas pela municipalidade, auxílio de organizações religiosas e auxílio de pessoas da comunidade.

Segundo KARSCH (2003),

“neste país, a velhice sem independência e autonomia ainda faz parte de uma face oculta da opinião pública, porque vem sendo mantida no âmbito familiar dos domicílios ou nas instituições asilares, impedindo qualquer visibilidade e, conseqüentemente, qualquer preocupação política de proteção social”.

Aponta ainda a autora que cerca de 40% dos indivíduos com 65 anos ou mais de idade precisam de algum tipo de ajuda para realizar pelo menos uma tarefa como fazer compras, cuidar de finanças, preparar refeições e limpar a casa. Cerca de 10% destes indivíduos necessitam de ajuda para a realização de tarefas básicas como tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro, alimentar-se, sentar e levantar de camas e cadeiras.

É evidente a necessidade da existência de programas e de serviços sociais e de saúde que atendam a essa população. A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) recomenda a criação, em cada país, de normas de atenção aos idosos, a partir de modelos centrados na família e na comunidade; o desenvolvimento de programas e serviços não tradicionais de atenção ao idoso, buscando atingir um bem-estar integral desta população; além da vigilância constante dos mesmos. (BRITO e RAMOS, 1996)

É preciso relembrar que no Brasil existe uma disparidade entre a disponibilidade e a distribuição de recursos técnicos e humanos dentre as diferentes regiões brasileiras, e certamente entre as áreas urbanas e rurais. (PAVARINI, 1996).

Ainda dentro do cenário do envelhecimento brasileiro desponta outro protagonista que é a marcante pobreza da população idosa, para quem a fonte de renda principal repousa na aposentadoria e em pensões. Em consequência aos baixos valores dos benefícios, muitos idosos continuam trabalhando mesmo aposentados, principalmente no mercado informal,

desempenhado atividades mal remuneradas e com jornadas de trabalho extensas. (CHAIMOWICZ, 1997).

O baixo poder aquisitivo da grande massa de idosos que desponta no país implica em dificuldade na contratação de serviços e/ou de profissionais que possam assisti-los no domicílio ou em serviços especializados. Quando esses apresentam comprometimento funcional ou doença que requeiram o auxílio de uma outra pessoa, cabe então, a tarefa a algum membro da família, que se disponha a tal atividade.

Ao se analisar o tripé família-comunidade-Estado, observa-se que a família desempenha o papel de provedora de suporte aos idosos, e parece ser a base principal de apoio aos mesmos. (CHAIMOWICZ, 1997)

De acordo com PAVARINI (1996)

“(....) em função da carência da rede de atendimento ao idoso no Brasil, a tarefa de amparar o idoso é na maioria das vezes desempenhada pelas famílias. O fato de um idoso morar com os filhos ou manter um convívio intergeracional não é garantia de uma velhice bem sucedida(....) de qualquer modo a qualidade das relações familiares depende das condições de vida do idoso: de suas condições biológicas, psicológicas e sócio-estruturais”.

A família, enquanto instituição, passa por um processo de redefinição, principalmente após a mulher se retirar do seio familiar e se inserir no mercado de trabalho, uma vez que era ela a responsável, na maioria das vezes, pela realização das atividades de cuidado às

crianças e idosos. Além disso, o aumento expressivo das separações conjugais e das migrações, vem alterando o perfil de poder e de tomada de decisão dentro das famílias, que passam por uma construção de modelos alternativos de relações e papéis. (DUARTE e PAVARINI, 1998)

Segundo VERAS (1996) os sistemas informais de apoio (parentes, vizinhos, amigos) que foram por muito tempo o maior referencial de apoio na comunidade, estão passando, atualmente, por grandes transformações.

Quando um idoso apresenta alguma dependência, quer seja física ou psíquica, e, além disso, se a família passar por dificuldades econômicas e carência de recursos de suporte na comunidade, combinados à insuficiência afetiva, muito provavelmente a institucionalização pode tornar-se uma solução.

À medida que a população envelhece, a demanda por instituições de longa permanência para idosos aumenta. A expectativa depositada na instituição é de resolutividade dos problemas que culminaram na internação do idoso, com melhores condições de cuidados à saúde, ou no mínimo a garantia de um local para morar.

Neste sentido, uma instituição de longa permanência, para desempenhar adequadamente seu papel de equipamento da rede social de apoio aos idosos, necessita de recursos físicos, materiais e humanos adequados, suficientes e capacitados para assegurar a autonomia, a promoção da saúde e a qualidade de vida de seus moradores.

## ***4. O Cenário das ILPI no Brasil***



#### **4. O Cenário das Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) no Brasil**

A palavra instituição tem origem do latim *Institutione*, que possui os significados de coisa instituída ou estabelecida, regra, norma. A instituição social é um complexo integrado por idéias, padrões de comportamento, relações inter-humanas e muitas vezes um equipamento material, organizado em torno de um interesse socialmente reconhecido. (LOUZÃ NETO, 1986).

Historicamente as instituições para idosos foram criadas com ênfase na caridade e no atendimento assistencialista, e durante algumas décadas foram a forma predominante de prestar assistência aos idosos. A institucionalização passou a ser considerada um reflexo da pobreza individual e familiar e o termo asilo cristalizou-se como sinônimo de instituição para idosos pobres. (PAVARINI, 1996)

A palavra asilo tem sua origem no grego *asylon*, cujo significado é refúgio, local onde a pessoa sente-se amparada, protegida, ao abrigo de possíveis agravos e danos de qualquer natureza (REZENDE, 2001). Com o tempo esta denominação tornou-se sinônimo de abandono e rejeição, por isso, atualmente, encontram-se instituições com nomes mais suaves como abrigo, lar, casa de repouso, entre outros. De modo geral, estas instituições têm caráter filantrópico, sendo a

maioria mantida por associações religiosas ou beneficentes. (LIMA, 2005)

A Política Nacional do Idoso, entende como asilo *“o atendimento em regime de internato ao idoso sem vínculo familiar ou sem condições de prover a própria subsistência, de modo a satisfazer às suas necessidades de moradia, alimentação, saúde e convivência social”*. Declara ainda, que a assistência ocorre no caso da inexistência do grupo familiar, abandono, carência de recursos financeiros próprios ou da família. (CNS, 1999)

Independentemente da terminologia empregada para se referir a uma instituição de longa permanência para idosos, é certo que além de acolherem idosos que necessitam de abrigo por questões de sobrevivência, também passam a institucionalizar gerontes com doenças crônicas, que muitas vezes comprometem sua capacidade funcional. (BORN, 1996)

Em relação às características das instituições asilares para idosos, que são geralmente de caráter filantrópico, as mesmas apresentam áreas físicas semelhantes a grandes alojamentos. Raramente possuem pessoal especializado para a assistência social e à saúde, ou que possuam uma proposta de trabalho voltada a manter o idoso independente e autônomo. Na maioria das vezes, esses vivem como se estivessem em reformatórios ou internatos, com regras de entradas e saídas, pouca possibilidade de vida social, afetiva e sexual ativa. (SILVA, 1997)

Para GOFFMAN (1974) asilo é um tipo de instituição total, criado para cuidar de pessoas que,

segundo se pensa, são incapazes e inofensivas. Nessas instituições geralmente os internados têm contato restrito com o mundo existente lá fora, e a equipe que ali trabalha está integrada ao mundo externo, o que provoca um distanciamento social entre esses dois grupos.

Na concepção de LOUZÃ NETO (1986), as instituições totais são lugares clausurados no tempo e espaço sociais, submetidos a normas imperativas e que refletem parcialmente as normas sociais da classe dominante, acentuando-se e instaurando outras especiais. Nesse modelo institucional, retira-se a individualidade que é a essência fundamental do ser humano, pois todos os aspectos da vida diária são realizados no mesmo local, sob única autoridade e na presença imediata de grupos de internados.

Esses são tratados da mesma maneira e obrigados a realizarem, em conjunto, os mesmo atos. Ainda, segundo o autor, a instituição coloca uma barreira entre o internado e o mundo externo, sendo que no mundo mais amplo o internado assumia vários papéis e tomava as decisões na sua vida. Na instituição ele é despojado desse papel e passa a assumir apenas o de internado.

Refletindo detalhadamente sobre os aspectos apresentados, evidencia-se que, na maioria das vezes, essa aniquilação da personalidade do indivíduo institucionalizado de fato ocorre. Mas é necessário crer que algumas mudanças, mesmo que ainda tímidas, ocorreram passados esses 15 anos. Hoje, muito embora ainda se conte com um número reduzido de profissionais especializados na área da geriatria e

gerontologia, observa-se uma preocupação em minimizar os efeitos causados pelo afastamento familiar e social. Isto é sustentado pelas colocações de BALTES, NEUMANN e ZANK (1994) quando dizem que as instituições para idosos não precisam ter necessariamente características de instituições totais, mas podem ser estruturadas para promover um envelhecimento positivo.

Atualmente, o próprio idoso muitas vezes opta por morar em uma instituição de longa permanência. Segundo afirma DEBERT(1999) o idoso, ao pretender entrar em uma instituição, o faz pautado em três valores: manter a independência funcional ameaçada ante as deficiências físicas próprias da idade; não ser um estorvo para os filhos e participar de uma vida ativa.

As afirmativas acima são confirmadas por MARTINEZ (2003) quando identifica depoimentos de idosos residentes em instituição asilar, os quais apontam como fator de busca pela internação o não querer ser estorvo para os filhos, a intenção de evitar conflitos intergeracionais e a possibilidade de uma vida social ativa junto a um grupo de mesma idade.

Presenciamos portanto, duas cenas distintas, culminando com o ingresso do idoso em uma instituição de longa permanência. De um lado a dependência física e muitas vezes o comprometimento intelectual e cognitivo, sendo a mola propulsora para tal; e do outro lado, o próprio idoso optando e decidindo por seu ingresso na instituição. Independentemente da causa de sua internação, um aspecto de extrema relevância a ser observado pela instituição é a garantia de condições

dignas de vida a esses indivíduos, assegurando-lhes sua cidadania, respeitando suas capacidades e autonomia.

Apropriando-nos das palavras de BORN (1996) "... uma instituição deve ser mantida como uma unidade de vida, ou como um lugar onde a vida é valorizada e a dignidade do idoso é reconhecida até no leito de morte. Essa qualidade é conseguida pela somatória de atitudes, ambientes, situações. Inicia-se com as entrevistas de internação, passa pelo ambiente físico e humano da instituição, respeito à individualidade e privacidade, e valorização da autonomia".

Em 1990 foram aprovadas pelo legislativo algumas normas mínimas para o funcionamento de casas destinadas ao atendimento de idosos, definindo que esses estabelecimentos devem atender pessoas com 60 anos ou mais de idade, sob o regime de internato ou não, mediante pagamento ou não, durante um período indeterminado. Deve dispor de um quadro de funcionários para atender às necessidades de cuidados com a saúde, alimentação, higiene, repouso e lazer dos usuários, e desenvolver outras atividades características da vida institucional. (Boletim SBGG, 1993).

A Portaria nº 810, de 22 de setembro de 1989, do Ministério da Saúde, define normas e padrões para o funcionamento de casas de repouso, clínicas geriátricas e outras instituições destinadas ao atendimento de idosos, e além disso também dispõe sobre formas de organização, área física, instalações e recursos humanos, estabelecendo critérios que devem ser

atendidos para que as instituições desta natureza possam funcionar. (BRASIL, 1989)

Entretanto, mesmo havendo normas e critérios estabelecidos por lei que devem ser seguidos, alguns autores (TORRES, DAVIM, DANTAS e LIMA, 2004; VIEIRA, 2003; DIOGO e YAMAMOTO, 2002; PAVARINI, 1996) apontam que inúmeras instituições funcionam sem estarem sob as condições ideais, seja em conformidade com os recursos físicos, materiais e/ou humanos, e ainda assim, recebem aval para funcionarem, e segundo BORN (1996) “estão longe de atenderem à população idosa”.

É certo que, com o aumento cada vez maior e mais rápido da população idosa, no mundo e no Brasil, as instituições permanecerão como uma solução alternativa para abrigarem estes indivíduos, quando a família não puder mais dar conta do seu idoso ou quando houver outro motivo para a procura desse recurso. Há a opção de outras modalidades de atendimento não-asilar como Centro de Convivência, Centro de Cuidados Diurno, Hospital Dia, Casa-Lar e Oficina Abrigada de Trabalho, que se destinam a atender o idoso durante determinado período do dia, conforme está assegurado pela Política Nacional do Idoso.

Um estudo realizado pela Coordenadoria de Ação Regional da Secretaria da Família e Bem-estar Social do Estado de São Paulo em 1996, (PAVARINI, 1996), sobre o atendimento ao idoso no estado de São Paulo, verificou que os principais motivos de internação de idosos em instituições de longa permanência eram predominantemente de caráter social, além da

incapacidade assistencial familiar, conforme disposto a seguir:

- Abandono Familiar (dificuldade de moradia, indigência, cárcere privado);
- Precariedade ou ausência de recursos financeiros (baixa renda familiar, baixa renda do idoso, ausência de aposentadoria);
- Rejeição familiar (ausência de afinidade com a família, dificuldades no convívio com os mais jovens da família, ausência de espaço nas relações familiares);
- Inexistência de parentes de 1º grau (viúvos, solteiros, ausência de irmãos, ausência de núcleo familiar);
- Falta de recursos humanos (cuidadores) para assistência (todos os membros da família trabalham ou estão ausentes durante um período prolongado);
- Dependência física, exigência de cuidados especiais.
- E pode-se acrescentar: Opção pessoal

Também CHAIMOWICZ e BRITO (1999) apontam como causas de internações do idoso, em instituição de longa permanência, a necessidade de reabilitação intensiva no período entre a alta hospitalar e o retorno ao domicílio, ausência temporária do cuidador domiciliar, estágios terminais de doenças e níveis de dependência muito acentuados.

Frente a uma família com pouca ou nenhuma capacidade assistiva, a solução encontrada é a institucionalização. Nos últimos 15 a 20 anos, principalmente nas regiões Sul e Sudeste, multiplicaram-se as casas de repouso, clínicas de repouso ou clínicas geriátricas, de caráter privado, com fins lucrativos, e extraordinariamente heterogêneas quanto aos padrões de serviços. Até então o predomínio era de instituições filantrópicas, geralmente mantidas por associações religiosas. Muitas instituições procuraram adequar-se às novas demandas, reformando suas instalações, construindo outras, contratando profissionais, mas geralmente com grandes dificuldades devido à falta de recursos econômicos para programas sociais. (BORN, 1996)

Alguns autores (VIEIRA, 2003; FERRARI, 1991), apontam que a qualidade da assistência prestada ao idoso institucionalizado vem sendo cada vez mais comprometida, favorecendo a ocorrência de problemas como: uso excessivo de tranquilizantes, restrições físicas, ambientes com sujeira e mau cheiro, superlotação, má alimentação ou alimentação inadequada e falta de pessoal qualificado.

A qualidade do atendimento dispensado nas instituições está diretamente ligada à capacitação e a proporção de recursos humanos nelas disponíveis, pois à medida que o grau de dependência dos idosos residentes aumenta, a complexidade do cuidado também se torna maior. Requerendo, portanto, ampliação e qualificação no quadro de pessoal, pois caso isso não ocorra, a qualidade da assistência, principalmente aos idosos fragilizados, estará comprometida.

É premente a necessidade de formação de recursos humanos qualificados para atenderem às demandas suscitadas por esta população. Observamos uma deficiência na formação profissional para a assistência geronto/geriátrica, desde o nível médio até o superior. Os conteúdos abordados nos diversos níveis de formação são precários, insuficientes, quando não, inexistentes. (DIOGO e YAMAMOTO, 2002; DUARTE, 2001; NOVAES, 2001; GANDOLPHO, 2002; RODRIGUES e MENDES, 1993)

Observa-se escassez também nos treinamentos em serviços, isto somado à deficiência na formação, fatalmente comprometerá a qualidade da assistência prestada aos idosos nos mais variados cenários de atenção.

A falta de preparo específico para atender às demandas dos indivíduos idosos pode promover situações de dependência e perda da autonomia. Pautados nos estereótipos de menos valia emitidos pela sociedade onde a velhice esta associada à imagem de fim de vida, incapacidade e perdas, um profissional sem qualificação, que presta assistência a uma população idosa, poderá incutir e até mesmo reforçar um comportamento dependente nestes indivíduos.

MARTINEZ (2003) afirma que é preciso que os profissionais e ocupacionais de uma instituição asilar não tenham apenas as melhores qualificações técnicas e científicas, mas que também possuam qualidades humanas (dedicação, respeito e carinho) capazes de assegurar um cuidado eficaz e eficiente para os idosos.

## ***5. A Dinâmica do Cuidar em ILPI***



## **5. A Dinâmica do Cuidar em ILPI**

### **5.1. A Enfermagem Gerontológica e o Cuidado aos Idosos Residentes em Instituições de Longa Permanência**

A Enfermagem historicamente se caracterizou pelo ato de cuidar de pessoas. No entanto, não deve ser encarada como manifestação prática de caridade.

Segundo o conceito de Enfermagem Gerontológica apresentado por GUNTER e MILLER, apud DUARTE (1997), esta especialidade se estabelece como:

“o estudo científico do cuidado de enfermagem ao idoso, caracterizado como ciência aplicada, com o propósito de utilizar os conhecimentos do processo de envelhecimento, para o planejamento da assistência de enfermagem e dos serviços que melhor atendam à promoção da saúde, à longevidade, à independência e ao nível mais alto possível de funcionamento do idoso.”

Como o crescimento da população idosa é concreto, não só no Brasil, mas em todo o mundo, há necessidade de se cuidar de pessoas cada vez mais idosas e cuja expectativa de vida é cada vez mais longa. Há necessidade de que os profissionais de saúde direcionem um cuidado específico, que rejeitem atitudes negativas, e que, mesmo para aqueles idosos mais fragilizados, o cuidado esteja baseado na manutenção

da autonomia e na melhor qualidade de vida possível. (SANTOS, 2000)

Em função do aumento cronológico da idade, o ser humano experiênciã um processo de diminuição da capacidade funcional, que mais cedo ou mais tarde implicará em debilidades que deverão ser compensadas, e se possível, eliminadas e evitadas. Segundo DUARTE (1997), *“compensar perdas significa muito freqüentemente permitir que uns façam coisas para outros, assim como a administração seletiva das próprias energias e competências”*.

A partir dessa afirmativa, observamos que os idosos possuem 3 opções: 1- abrir mão dos domínios e atividades prejudicados; 2- compensá-las; 3- permitir-se ser dependente nos domínios em que ocorreram perdas, com o objetivo de liberar energia para poder alcançar suas metas em outros domínios e atividades. (BALTES e SILVERBERG, 1995)

Buscando manter a integralidade e autonomia do ser humano, a Enfermagem Gerontológica objetiva, de acordo com SANTOS(2000) é:

*”cuidar do ser humano idoso, considerando sua totalidade biopsicossocial e estimulando o autocuidado, a autodeterminação, a independência; ajudar o ser humano idoso, sua família, e sua comunidade na compreensão do envelhecimento como integrante do ciclo de vida; minimizar os danos e seqüelas, impedindo o envelhecimento patológico e utilizando ações que visem a promoção da saúde, a*

conservação da energia e a qualidade de vida; desenvolver atividades educativas, não só direcionadas à equipe de enfermagem, mas principalmente ao próprio ser humano idoso, à família e à comunidade/sociedade.”

De acordo com MAYEROFF (1971),

“o cuidado ajuda o outro a crescer e a se realizar. O cuidar/cuidado possibilita a auto-realização e é através dele que o ser humano vive o significado de sua própria vida. É um processo de desenvolvimento que assume continuidade e inclui conhecimento, ritmos alternados, paciência, honestidade, confiança, humildade esperança e coragem”.

Independente da idade do indivíduo assistido, todo o cuidado prestado deveria considerar a autonomia de quem está sendo cuidado, não reforçando comportamentos de dependência, quer sejam do cuidador ou do ser cuidado.

Esta concepção está presente no exposto por WALDOW (1992), quando afirma que:

“o cuidado autêntico é dado de acordo com o estilo de cada um, levando em consideração as particularidades e necessidades de cada pessoa que necessita de cuidado e está sob a responsabilidade do cuidador. Este cuidado envolve necessariamente a idéia de favorecer, restabelecer ou reforçar o comportamento para o autocuidado.”

Diante dos conceitos apresentados acerca do cuidado propriamente dito, cabe aqui levantar alguns

questionamentos sobre os indivíduos que prestam este cuidado gerontológico. Quem são estes “cuidadores” nos quais depositamos tantas expectativas e responsabilidades? Será que a formação destes indivíduos sustenta suas ações em direção ao alcance dessas metas? Quais são as condições que enfrentam no trabalho que lhes favorecem alcançar tais ideais? E, em última análise questiono: todos estes objetivos e afirmativas acerca do cuidado ao idoso são de fato alcançados ou minimamente promovidos ?

De acordo com PAVARINI (1996), em termos quantitativos os profissionais que prestam cuidados diretos a idosos residentes em instituições de longa permanência, são em sua maioria representados por cuidadores (geralmente antigos atendentes de enfermagem, com nível de escolaridade muito baixa e nenhuma formação na área da gerontologia), seguidos pelos Auxiliares de Enfermagem. Em uma incidência bem menor aparece o Enfermeiro que, quando a instituição conta com um em seu quadro de pessoal cabe a esse profissional realizar as tarefas mais complexas, dentre elas a responsabilidade pelo processo de coordenação do cuidar.

O reduzido número de profissionais atuando nas instituições de longa permanência, associado ao grau de dependência do idoso, sobrecarrega o dia-a-dia dos cuidadores. Estes profissionais nem sempre possuem uma formação específica na área da Geriatria e Gerontologia que poderia subsidiar suas ações cotidianas em direção ao estímulo à independência e respeito à autonomia dos idosos que estão sob seus cuidados.

Em sua grande maioria, os “cuidadores” são compostos por profissionais da área da enfermagem, Enfermeiros, Técnicos, Auxiliares e Ajudantes Operacionais. Durante a formação profissional desses indivíduos observa-se um conteúdo muito pobre relacionado ao processo de envelhecimento, muitas vezes inseridos dentro de disciplinas que não tratam especificamente do processo de envelhecimento humano. Isto ocorre nos diversos níveis de formação, conforme apontado na literatura. (DIOGO, 2004; MARZIALE, 2003; GANDOLPHO, 2002; NOVAES, 2001; QUINTERO, 1995; DUARTE, 1997)

É evidente que se os profissionais que atuam em relação estreita com a população idosa tivessem uma formação específica, ou se ao menos, passassem por um treinamento em serviço, direcionando-os para os aspectos acima destacados, haveria maiores probabilidades de o contingente de idosos moradores de instituições terem assegurada a manutenção de sua qualidade de vida através da promoção do autocuidado, do respeito à sua autonomia e da promoção da sua independência.

Conforme ressaltam BALTES E SILVERBERG (1994) a dependência física muitas vezes é confundida com dependência para tomada de decisão, o que leva o profissional que presta assistência a tender a fazer pelo idoso e negar sua liberdade, autonomia e capacidade de escolha.

Segundo pesquisa realizada por AGBAYEMA, ONG e WILDEN (1990), observou-se que o desenvolvimento de programas que utilizam trabalhos de grupo com

encontros regulares entre funcionários e idosos proporcionam, entre outros resultados, um aumento de autonomia do idoso.

Através destas dinâmicas em grupo pode-se melhorar o embasamento teórico dos profissionais, subsidiando cientificamente os cuidados prestados, aumentando os comportamentos de apoio à independência dos cuidadores, semelhante ao resultado obtido em estudo elaborado por BALTES, NEUMANN, ZANK (1994).

É sustentado nessas afirmativas, que este estudo propõe uma metodologia de trabalho para a equipe que presta cuidados aos idosos residentes em instituições de longa permanência.

Esta metodologia consiste na realização de reuniões periódicas com a equipe que presta cuidados aos idosos residentes em ILPI, com a proposta de discutir e avaliar a capacidade do idoso para realizar as atividades da vida diária e de autocuidado. Busca-se o consenso entre os membros da equipe de cuidados, sobre as condições de autonomia e de dependência dos idosos. Essa avaliação é direcionada por um instrumento de medida, através do qual se obtém um escore final classificando o grau de dependência do idoso.

Segundo os criadores deste instrumento e metodologia, DELCROS e LANÖE (1980), mediante esse método de trabalho podem ser traçadas metas de cuidado individualizado. Ao mesmo tempo se oportuniza a discussão sobre a dinâmica do cuidado realizado, atualizando-se os conhecimentos da equipe,

esclarecendo eventuais dúvidas. Enfim, esse método de trabalho em equipe permite integrar os membros do grupo, agregar valor às suas informações, promover troca de experiências e reforçar o compromisso profissional.

Acredita-se que ao se adotar esta forma de trabalho, sistematizada e integrada, pode-se promover melhoria na qualidade do cuidado prestado ao idoso asilado, favorecer a promoção da autonomia e do autocuidado. Como consequência, assegurar mais colorido e qualidade à vida daqueles que por diversas razões adotam, voluntariamente ou não, uma instituição de longa permanência como seu Lar.

Reforça-se aqui que, em virtude da diversidade de profissionais que prestam cuidado direto aos idosos residentes em ILPI, adotou-se neste estudo o termo "Equipe de Cuidado", toda vez que houver referência aos mesmos (Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem, Auxiliares de Enfermagem e Cuidadores ou Ajudantes Operacionais).

## **5.2. Trabalho em Equipe, Liderança e o Gerenciamento do Cuidado**

Considerando que o foco de atenção deste estudo é a busca de consenso entre os membros de uma Equipe de Cuidados, sobre as condições de autonomia e dependência do idoso residente em ILP, torna-se necessário destacar alguns aspectos inerentes a dinâmica do trabalho em equipe para posterior contextualização dos resultados obtidos nesta pesquisa.

O cotidiano da Instituição de Longa Permanência (ILP) é caracterizado por atividades que exigem interdependência, quer seja a dependência do idoso para atividades que ele não consegue desempenhar sozinho, assim como a dependência entre os profissionais que atuam na ILP durante a execução de determinadas atividades, demandando cooperação coletiva.

A referência neste estudo são os profissionais que realizam assistência direta ao idoso, sendo neste caso a Equipe de Cuidados. Adotamos aqui, como conceito de equipe, aquele explicitado por CIAMPONE e PEDUZZI (2000). As autoras ressaltam que, embora a definição exata para equipe de saúde na literatura seja escassa, a idéia de equipe está representada pelo conjunto de profissionais em situação comum de trabalho, onde as ações se articulam e ocorre interação entre eles. Para as autoras,

“a centralidade do trabalho em equipe está na obtenção de resultados, ou seja, na atenção integral às necessidades de saúde da clientela, o que pode ser incrementado em qualidade a medida em que a comunicação em busca de consensos, entre os profissionais, integre o cotidiano”.

De acordo com CHIAVENATO (2003), o trabalho em equipe proporciona a participação de todos os membros, as decisões devem ser do grupo, mediante consenso e o máximo envolvimento e comprometimento das pessoas. Para que a participação seja efetiva e, conseqüentemente a qualidade do resultado do trabalho seja otimizada, é preciso que estas pessoas estejam envolvidas, estimuladas e desejosas em contribuir. É necessário que haja um clima de confiança mútuo entre gerente e subordinados. Esta forma de conduzir o trabalho em equipe é denominada Administração Participativa, que difere completamente do sistema que manda, impõe, coage, fiscaliza, não ouve e nem discute, e nem considera o ponto de vista das pessoas envolvidas.

Tradicionalmente observa-se que as organizações tendem a controlar seus trabalhadores, ao invés de estimulá-los a se constituírem como sujeitos sociais, autônomos e responsáveis. Isto se traduz também para a dinâmica de trabalho das equipes de saúde, aqui em especial a equipe de cuidados das ILPs. Essa equipe, composta em sua grande maioria por profissionais da equipe de enfermagem, possui em sua liderança o profissional Enfermeiro, que tem calcado em sua

formação acadêmica o modelo de liderança Nightingaliano.

Esse modelo é preconizado por uma liderança diretiva, autocrática e centralizadora, o que levanta questionamentos, pois dificulta o desenvolvimento do trabalho em equipe. *“Atualmente vivemos um período de mudança histórica, onde antigas respostas são inadequadas para novas realidades. O discurso atual consiste em delegação de poderes, alianças, equipes, envolvimento, parcerias, negociações e exploração da motivação humana.”* (LOURENÇO e TREVIZAN, 2001)

Para CHIAVENATO (2003), o gerente, neste caso o Enfermeiro, deve preparar sua equipe, proporcionando um sistema de comunicação que integre os participantes e fortaleça a consonância e o desempenho. Deve proporcionar também treinamento e desenvolvimento do seu pessoal, além de otimizar sua eficiência e eficácia.

O trabalho em equipe por ser coletivo necessita de um supervisor, ou seja, alguém que coordene as atividades realizadas. Isso é o que ocorre com a Equipe de Cuidados das ILPs, pois, uma vez sendo constituída por elementos com diferentes níveis de escolaridade e formação profissional, requer que o elemento mais qualificado da equipe assuma a coordenação e a orientação do trabalho, aqui o Enfermeiro. (SANTOS, 1993)

A partir dos anos 80 introduz-se a idéia de que a função primordial do enfermeiro deve ser a do gerenciamento da assistência, sendo esse o responsável pelo planejamento das ações que serão

executadas por toda a equipe, utilizando como ferramentas o planejamento da assistência e a supervisão, sendo esses instrumentos para a qualificação da assistência. Através da supervisão a equipe pode ajustar as atividades e efetuar mudanças no sentido de melhorar sua prática. (MELO e GERMANO, 2004)

Partindo-se da definição dada por SANTOS (1993), *“supervisão é a observação dos aspectos técnicos e administrativos da assistência de enfermagem, avaliando a qualidade desta e do desempenho profissional, orientando como realizar os cuidados, quando necessário, acompanhando a aprendizagem”*.

Deve ficar claro que o propósito da supervisão é elevar a qualidade dos serviços prestados ao indivíduo, família e comunidade. O supervisor não deve exercer o papel de fiscal, detectando falhas e aplicando sanções. Ele deve, sim, ser um facilitador, um orientador do trabalho, além de promover a educação.

Atualmente as pessoas são consideradas como o mais valioso dos recursos da organização. Portanto o dilema é tratar pessoas como pessoas, dotadas de características próprias de personalidade, valores pessoais e motivações, ou tratar pessoas como recursos, dotadas de habilidades, capacidades e conhecimento. (CHIAVENATO, 1995)

A marca da liderança moderna é fortalecer o grupo de trabalho ressaltando e valorizando as competências individuais, diluindo o poder na equipe, fazendo com que cada membro reconheça o propósito e o significado

de seu trabalho. O novo líder lança as pessoas à ação, converte seguidores em líderes, e líderes em agentes de mudança. (SIMÕES E FAVERO, 2003)

Deve-se compreender que os líderes não são um sucesso por si só, pois se utilizam de outras pessoas enquanto estabelecem e administram o trabalho na organização. Assim, é preciso lembrar que na enfermagem, não seria possível proporcionar uma assistência de qualidade sem o suporte, a cooperação e a contribuição dos seguidores, o que também é válido para a realidade de trabalho das instituições de longa permanência. A liderança transcende cargos ou posições formais, não carecendo de institucionalização, pois é decorrente de uma sintonia espontânea e informal estabelecida entre líderes e seguidores. (SIMÕES e FAVERO, 2003)

O enfermeiro, ou como gerente da assistência, ou como coordenador da equipe de enfermagem, no caso específico deste estudo da Equipe de Cuidados da Instituição de Longa Permanência para Idosos, deve encontrar estratégias de intervenção que propiciem aos trabalhadores deixarem de ser subordinados e passivos, os quais somente acatam as ordens dos seus superiores e deixam de exercer o seu papel de sujeitos produtivos e criativos no desenvolvimento do trabalho. (SPAGNOL, 2005)

Pautado nessas prerrogativas é que este estudo vem propor uma nova metodologia de trabalho para a Equipe de Cuidados das ILPI, promovendo a participação de todos os membros dessa equipe, valorizando suas opiniões, ouvindo suas avaliações

acerca dos moradores, atribuindo valor ao seu trabalho, sempre através da busca do consenso entre os integrantes dessa equipe sobre as condições de autonomia e dependência do idoso.

Nesse momento o líder, nesse caso o enfermeiro, atua como um mediador, um facilitador, promovendo desenvolvimento de potencialidades, e até mesmo a educação e treinamento se necessário forem. Além disso, conforme exposto por SHIMIZU e CIAMPONE (2004), o líder deve potencializar e desenvolver a liderança junto a todos os integrantes da equipe, pois isso auxilia o processo de interação e aprendizagem e o desenvolvimento de novas condutas e papéis, de modo ativo e participativo.

Essa dinâmica de participação entre os membros da Equipe de Cuidados pode promover a interação e o comprometimento profissional, resultando em aumento da qualidade da assistência e conseqüentemente na qualidade de vida do idoso que reside na instituição.

# ***6. Considerações sobre Autonomia e Dependência dos Idosos***



## **6. Considerações sobre Autonomia e Dependência dos Idosos**

### **6.1. Definindo Autonomia e Dependência**

Quando tratamos do envelhecimento humano, observamos a existência de uma lacuna conceitual para o termo autonomia. Muitas vezes é utilizada para medir o estado de saúde dos idosos, e outras tantas vezes, aparece associada a conceitos como dependência, invalidez, aptidão, deficiência, desempenho, dependência social, entre outros. (McDOWELL e NEWELL, 1996)

A autonomia do idoso é habitualmente confundida com a ausência de incapacidades, ou medida de acordo com a capacidade de realizar tarefas domésticas, o que evidencia uma forte tendência em associar autonomia à noção de dependência social e dependência física, adotando-se uma abordagem negativa. A autonomia seria reduzida ao contrário de dependência física. (FARINATTI, 1997)

Na verdade, diz-se da pessoa autônoma aquela que, independentemente da idade, toma decisões livremente, escolhe entre alternativas a ela apresentadas, de acordo com valores, crenças, aspirações e objetivos próprios de vida, e é capaz de agir pautada nestas deliberações. (OLIVEIRA e FORTES, 1999)

Ainda de acordo com esses autores, os profissionais de saúde na sua prática diária devem respeitar a autonomia de uma pessoa, reconhecendo que cabe a ela possuir pontos de vista, valores e objetivos de vida que podem divergir dos dominantes na sociedade ou daqueles aceitos pelos profissionais.

Segundo BALTES e SILVERBERG (1995) as mudanças da autonomia que ocorrem na velhice continuam a ser uma questão de equilíbrio entre a dependência e a autonomia. A autonomia é desafiada pelas limitações físicas, sociais, psicológicas e econômicas, impostas por um corpo mais vulnerável e mais cansado.

Sustentado pelo referencial teórico da Promoção da Saúde, FARINATTI (1997) aponta 3 níveis de expressão da autonomia, que são ao mesmo tempo distintos e interligados, que são:

- **Autonomia de Ação:** onde se incorpora a noção de independência física, na possibilidade de se mover sem entraves, sem obstáculos materiais, e sem constrangimentos físicos. O indivíduo deve gozar de uma autosuficiência que lhe permita satisfazer suas necessidades.
- **Autonomia de Vontade:** corresponde às possibilidades de autodeterminação. O indivíduo escolhe sem pressões, sem influências. Representa a manifestação de uma intenção. Os estilos de vida dependem da autonomia de vontade.
- **Autonomia de Pensamento:** é o nível mais profundo de autonomia. Representa a diferença

entre a autonomia e a liberdade, é a consciência que nos permite julgar uma situação. Implica no julgamento deliberado, exige um conhecimento, espírito crítico e consciência integrados em uma reflexão lúdica e coerente.

Ainda, de acordo com o autor, a autonomia pode ser determinada através da influência de diversos fatores, tais como: fatores extrínsecos, que são fatores do meio-ambiente físico (habitat, condições da habitação, distância dos centros de abastecimento) e meio-ambiente humano (suporte social, qualidade e quantidade de convívio social, a presença de crianças, parentes, visitas, telefone, políticas de integração social, etc). Os fatores intrínsecos correspondem aos recursos pessoais frente às exigências da vida, além disso, às condições orgânicas dos indivíduos, os meios pelos quais pode lançar mão para executar as ações.

A autonomia possui componentes cognitivos, afetivos, conativos que se manifestam em um contexto físico e social específico, e não pode ser entendida à margem destas dimensões. O grau de autonomia de um indivíduo não corresponde nem às suas condições individuais, nem às características ambientais; ele depende da interação de todos estes aspectos. (FARINATTI, 1997)

Nas palavras de HOGSTEL e GAUL (1991), "a autonomia entendida como um princípio ético é uma forma de liberdade pessoal baseada no respeito pelas pessoas, no qual os indivíduos têm o direito de determinar seu curso de vida enquanto este direito não infringe a autonomia dos outros. Para ser autônomo o

indivíduo deve ser capaz de pensar racionalmente e se autogovernar, caso contrário, a capacidade para tomar decisão deve ser realizada por outra pessoa.”

O envelhecimento é freqüentemente acompanhado por relações de dependência e autonomia. Para BALTES e SILVERBERG (1995), “a dependência significa um estado em que a pessoa é incapaz de existir ou funcionar de maneira satisfatória, sem a ajuda de outrem”. Afirmam as autoras que as dependências da velhice resultam de mudanças biológicas e de mudanças nas exigências sociais, sendo que as últimas parecem determinar as primeiras.

Ainda de acordo com BALTES e SILVERBERG (1995), existem 3 tipos de dependência comumente encontradas entre os idosos:

- **Dependência estruturada:** onde o significado do valor do ser humano é determinado pela sua participação no processo produtivo. A perda do trabalho e/ou a aposentadoria geram a dependência estruturada. A cultura estabelece as bases para a dependência, à medida que sua estrutura social requer até dependência de certos grupos da população para poder funcionar. Embora criticada essa noção prosperou e ainda é usada, por exemplo, na determinação da proporção de dependência, definida em termos de proporção trabalhadora disponível para sustentar os que estão fora da força de trabalho.
- **Dependência Física:** é definida como incapacidade funcional, incapacidade individual para realizar atividades da vida diária. Existem diferentes graus

de dependência funcional, dependendo de quais e quantas incapacidades estão incluídas na avaliação. Essa dependência torna-se mais evidente quando o idoso é acometido por doenças cerebrais degenerativas (Mal de Alzheimer, por exemplo) ou por doenças incapacitantes. A dependência física é freqüentemente interpretada como um sinal de incompetência geral, geradora de dependência generalizada. Infelizmente, existe uma ligação direta entre competência e autonomia, e entre incompetência e dependência, sem considerar a possibilidade de que existem variações entre os extremos.

- ***Dependência Comportamental:*** é uma das mais temidas pelo idoso, tanto que o medo de depender dos outros para o autocuidado é muitas vezes usado para legitimar o suicídio. Freqüentemente a dependência física é precursora da dependência comportamental. Este tipo de dependência é socialmente induzida, independente do nível de competência do idoso. O ambiente espera incompetência e dá ajuda, mesmo que seja desnecessário ou indesejável, para evitar ser considerado negligente ou irresponsável.

Em outra publicação BALTES (1996) aponta os diferentes aspectos da dependência na velhice, e segundo a autora a dependência possui várias faces, diferentes etiologias, funções e conseqüências, e o ambiente social desempenha importante papel na sua emergência e manutenção.

Com relação aos fatores determinantes da dependência na velhice, destacam-se 3 aspectos gerais: 1- Aumento nas perdas físicas e nas experiências de incapacidade biológica, sendo que perturbações na saúde tendem a ser um problema constante; 2- As pressões e as perdas sociais tendem a se acumular (aposentadoria, por exemplo); 3- Os idosos se defrontam com o ajustamento à idéia do tempo que está se tornando cada vez mais curto para eles. (BALTES e SILVERBERG, 1994)

Para esses autores, o envelhecimento pode provocar aumento de enfermidades e perdas, que podem levar à dependência. Entretanto, o conjunto de condições relacionadas ao envelhecimento parece variar bastante, assim como os padrões de autonomia e dependência. O desenvolvimento de dependência para as atividades da vida diária normalmente é considerado como fruto do declínio biológico e de doença, reforçando o modelo biológico do envelhecimento. Quando se associa a velhice com doença, com perdas e incompetência, incorre-se no erro de atribuir somente ao indivíduo a responsabilidade de uma má qualidade de vida.

Se nos atentarmos para a afirmativa feita por NERI (1993) percebemos que:

“o envelhecimento bem sucedido não é mero atributo do indivíduo biológico, psicológico e social, mas é também resultado da qualidade da interação entre indivíduos em mudança, vivendo em sociedades em mudança. Envelhecer bem depende evidentemente do

contexto histórico-cultural e de fatores biológicos durante todo o curso da vida do indivíduo”.

Devemos deixar de lado o paternalismo social, gerado a partir da idéia de que a dependência física é o mesmo que dependência para tomada de decisão, o que justifica o fazer tudo em lugar do idoso e negar sua liberdade, autonomia e capacidade de escolha.

É mister manter-se uma estreita avaliação das condições de autonomia e dependência de idosos que residem em instituições gerontológicas de longa permanência. O ideal é que tais avaliações, como já foi indicado acima, sejam realizadas em conjunto com a equipe que presta assistência, pois desta maneira são promovidas discussões individualizadas, além da troca de informações sistematizada sobre os moradores.

## **6. 2. A Avaliação da Capacidade Funcional Global: um método de avaliação de saúde dos idosos**

Ao se avaliar a capacidade funcional de um indivíduo, inferimos o modo como o mesmo desempenha suas atividades cotidianas, e conseqüentemente identificamos quão autônomo e independente ele é. Dessa maneira, acredita-se ser esse um parâmetro essencial quando nos referimos à população idosa, uma vez que o aumento cronológico da idade parece apontar em direção à perda da função.

Segundo ARAOZ (1994) função é a capacidade do indivíduo para se adaptar aos problemas diários, apesar da existência de uma incapacidade física, mental ou social. A funcionalidade refere-se às atividades desenvolvidas diariamente, relacionadas diretamente ao autocuidado e ao cuidado do seu entorno. Envolve ainda a participação do indivíduo dentro da sociedade.

A capacidade física de um indivíduo idoso é avaliada através da sua capacidade de realizar as Atividades da Vida Diária (AVD), ou seja, aqueles cuidados essenciais e elementares à manutenção do seu bem-estar. (FERNANDES, 1999)

GONÇALVES (1996) cita diversos instrumentos que foram elaborados para avaliar a capacidade funcional de idosos, muitos deles já consagrados pelo tempo de existência e de utilização, tais como a Escala de Atividades Físicas de Vida Diária de KATZ, a Escala de

Atividade Física e Instrumental da Vida Diária o "OARS", o Modelo de Autonomia "GERONTE".

O Índice de Katz é um dos mais conhecidos e estudado, e trata de avaliar atividades de manutenção corporal básica. Segundo GLASS (1998) apud ROSA (1999), este é um modelo para avaliar incapacidade física e é um esquema conceitual dominante no conhecimento sobre a capacidade funcional. Ainda de acordo com o autor, o termo incapacidade tornou-se sinônimo do conceito de capacidade funcional.

Para PAULA, TAVARES e DIOGO (1998) a importância da avaliação funcional sustenta-se na necessidade de que os profissionais que prestam assistência aos idosos têm, em saber sobre a habilidade desses indivíduos em permanecerem independentes.

Observa-se habitualmente uma tendência em usar como sinônimos os termos autonomia e independência. Autonomia está relacionada à capacidade do indivíduo em ditar suas próprias regras de vida, refere-se ao autogoverno. A independência refere-se ao ato de realizar uma ação, inclina-se ao "poder". (JIMENEZ, DANAUY, MEDEROS, 1993).

Nas palavras de DERNTL (1998),

"(...) na prática fala-se de uma outra autonomia, que incorpora sem dúvida o conceito de autogoverno, mas que é apresentada geralmente sob a óptica reducionista da capacidade de desempenho. Quando se trata de pessoas idosas, a autonomia habitualmente é compreendida

como capacidade funcional ou capacidade da vida diária. Vem associada a conceitos de dependência social ou física, invalidez, dependência para o desempenho, etc. Frequentemente autonomia é medida em níveis. O idoso apresenta determinados níveis de autonomia”.

Na velhice a dependência física é muitas vezes confundida com dependência para tomada de decisão, o que justificaria o fazer tudo em lugar do idoso e negar sua liberdade, autonomia e capacidade de escolha. (BALTES e SILVERBERG, 1995)

Quando se fala em avaliar as condições de saúde de um idoso, deve estar claro que não se pode levar em consideração apenas os aspectos biomédicos. As dimensões física, psíquica e social também devem ser contempladas. Tal avaliação é denominada de avaliação geriátrica abrangente ou global holística, em que medidas objetivas dos diferentes desempenhos são utilizadas. (PASCHOAL, 1996)

A idade vincula e desvincula sucessivamente uma série de dependências que diferem de indivíduo para indivíduo de acordo com a idade, cultura, profissão, nível sócio-econômico, estado de saúde e de acordo com o meio ambiente em que vive. A instauração da dependência está muitas vezes ligada ao tipo de personalidade do indivíduo, em alguns casos, o comportamento dependente é observado mesmo quando ainda seria possível algum nível de autonomia. (HERRERO, 1982)

A autonomia da pessoa idosa está ligada à sua capacidade funcional, especialmente no que se refere ao desempenho das atividades da vida diária. A manutenção da capacidade funcional e conseqüente autonomia, é o que confere ao idoso a sensação de bem estar ou uma boa qualidade de vida, independente de sua idade. Desta forma, podemos considerar a autonomia no idoso como um indicativo de idoso saudável. (GONÇALVES, 1996)

A maioria das medidas de capacidade funcional é baseada em informações auto-referidas sobre o desempenho das atividades da vida diária. Tal estratégia gera dificuldade na interpretação das informações, devido à influências culturais, cognitivas, de linguagem, de escolaridade, entre outras.

Alguns autores (KANE e KANE, 1981; GLASS 1998 e FERRUCCI, 1998 apud ROSA 1999) sugerem que para contornar estas dificuldades, sejam realizadas mensurações da capacidade funcional baseadas na observação direta do desempenho.

Em pesquisa realizada por HOEYMANS e col (1996) apud ROSA (1999), comparou-se as mensurações realizadas diretamente através de teste de desempenho, com as de informações auto-referidas, e observou-se que a capacidade funcional auto-referida mostrou-se menos sensível às mudanças decorrentes do avanço da idade, do que as medidas objetivas. Os autores atribuem este achado talvez ao fato que os idosos toleram mais as limitações funcionais e se adaptam ao declínio das capacidades. Esses resultados levam a

inferir que tais medidas são complementares, uma vez que não medem o mesmo construto.

No que concerne à avaliação da autonomia e dependência de idosos, os instrumentos utilizados no Brasil buscam avaliação basicamente da capacidade funcional, ou seja, avaliam quais as atividades cotidianas os idosos conseguem ou não realizar, considerando-se os graus de dificuldade envolvidos, e a capacidade cognitiva requerida para tal. Todos estes instrumentos pautam-se ou nas informações colhidas a partir do relato dos próprios idosos ou através da observação subjetiva feita por avaliadores e ainda por meio de testes de desempenho. Nenhuma destas avaliações é obtida através da ótica da Equipe de Cuidado (Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem, Auxiliares de Enfermagem, Cuidadores ou Ajudantes Operacionais).

A Equipe de Cuidado está em estreito contato com o idoso, muitas vezes seu papel vai além de prestadores de serviço, tornam-se confidentes e amigos, criam vínculos afetivos, passando a fazer parte da história de vida destes idosos.

Pode-se estabelecer então o pressuposto que uma avaliação da capacidade funcional global de idosos residentes em instituições de longa permanência será mais fidedigna se for obtida a partir da ótica de quem está em constante relacionamento com estes indivíduos, nesse caso a Equipe de Cuidados.

O envolvimento de quem cuida, na avaliação periódica de quem é cuidado, pode (re)despertar nesses profissionais um compromisso pela informação

fornecida, que deverá implicar na melhoria da qualidade de sua assistência. Além disso, o momento de tais avaliações propicia discussões acerca do cuidado, do comportamento do idoso, suas capacidades e incapacidades, promovendo um espaço para a educação em serviço e capacitação desta Equipe para desenvolver um cuidado focado nos aspectos Gerontogeriátricos.

Foi pautado nessas prerrogativas que este estudo selecionou um instrumento de avaliação do grau de autonomia e dependência de idosos residentes em instituições de longa permanência, denominado "Échelle de Dépendance-Autonomie (EDA)", criado por DELCROS e LANÔE, na França em 1980.

Neste estudo os conceitos sobre autonomia e independência adotados foram os expressos por JIMENESZ, DANAUY e MEDEROS (1993). E o conceito adotado para dependência foi o de Dependência Física, descrito por BALTES e SILVERBERG (1995), apresentado anteriormente. Do mesmo modo, adotou-se como conceito de capacidade funcional, a capacidade para realização das atividades de vida diária, expresso por FERNANDES (1999).

### **6.3. A “Echelle de Dépendance-Autonomie (E.D.A)”**

A “Echelle de Dépendance-Autonomie (EDA)” (Anexo I) elaborada por DELCROS e LANÖE (1980), testada e validada em seu país de origem (França), avalia a capacidade funcional de idosos residentes em instituições de longa permanência, mediante a avaliação das condições de autonomia e de dependência em que o indivíduo se encontra. Segundo os autores, o instrumento permite a individualização dos cuidados ao morador, na mesma proporção em que valoriza a função da “Equipe de Cuidados”.

Esse instrumento foi selecionado, pois sua proposta é inovadora, à medida que, de acordo com os autores do instrumento, põe em destaque os 3 tipos de necessidades que os moradores de instituições de longa permanência enfrentam: 1- necessidade de ajuda para viver, 2- necessidade de cuidados de saúde, 3- necessidade de relacionamento. Esta escala também serve como fonte de informação, uma vez que resume as observações da “Equipe de Cuidados”, permanecendo disponível no prontuário do idoso.

Mediante o texto original que fundamenta essa escala descreveremos a seguir sua composição e particularidades. Esse instrumento é composto por 25 itens, que abrangem a seqüência cotidiana dos comportamentos, cuja necessidade de intervenção pode estar presente. Através da avaliação de cada item obtém-se um escore global que permite classificar o grau de autonomia/dependência do idoso.

O diferencial desse instrumento reside no fato que essa avaliação é decorrente de uma discussão entre o grupo de profissionais que prestam assistência àquele determinado idoso em questão, o que pode promover a valorização da Equipe de Cuidados.

Segundo os autores DELCROS e LANOE (1980), essa dinâmica de avaliação permite fornecer subsídios para o gerenciamento da assistência da instituição, pois a partir do escore obtido é possível quantificar-se as intervenções necessárias para cada idoso, adequar os recursos humanos e os tipos de moradias, em função do grau de dependência. Essas medidas buscam a promoção e a manutenção da autonomia e da independência do idoso, colaborando para o maior bem estar, e conseqüentemente melhor qualidade de vida.

Atualmente falta às instituições de longa permanência um método que permita uma avaliação efetiva de seus moradores, e ao mesmo tempo avalie a qualidade dos cuidados que estão sendo prestados nas mesmas. Diversos fatores colaboram para sustentação dessa carência, um deles, senão o mais comum, nos mais variados tipos de instituições, é o número reduzido de profissionais e em sua maioria sem formação específica na área da gerontologia e geriatria.

Para que os cuidados prestados aos idosos moradores de uma instituição de longa permanência possam ser efetivos, individualizados, adequados às suas demandas, respeitando as características próprias do envelhecimento humano e ainda mais, assegurando-lhes qualidade é de fundamental importância que os

profissionais responsáveis pela assistência, possuam métodos periódicos de avaliação.

Através de uma avaliação sistematizada, em conjunto com a Equipe de Cuidados dos idosos, o Enfermeiro, coordenador do processo de cuidar, terá subsídios para implementar intervenções, manter uma continuidade do processo e realizar uma avaliação mais efetiva, podendo construir assim uma sistematização da assistência de enfermagem adaptada à realidade de uma instituição gerontológica de longa permanência, atendendo às exigências técnicas e ético-legais feitas pelo Conselho Regional de Enfermagem (COREn). Dessa forma colaboraremos para a construção de novos saberes, sustentando a cientificidade da enfermagem, caminhando em direção à promoção da saúde e da qualidade de vida dos moradores dessas instituições.

Através da dinâmica de discussão em equipe, aplica-se o instrumento em questão. Esse método gera comprometimento no profissional cuidador uma vez que os elementos avaliados derivam da estreita relação cuidador/ser cuidado, tornando-o responsável pelas informações fornecidas, bem como, pela qualidade do cuidado prestado, valorizando sua assistência.

Segundo os autores da "Echelle de Dépendance-Autonomie (EDA)", DELCROS e LANÖE (1980), esta escala de avaliação do grau de dependência e autonomia de idosos residentes em instituição de longa permanência tem um triplo interesse:

- Personaliza os cuidados, (re)centralizando o interesse da "Equipe de Cuidados" e reativando o desejo de conhecer melhor o morador;

- Promove o trabalho em equipe, oferecendo melhor compreensão da dependência e da autonomia, favorecendo as discussões em grupo valorizando as funções da “Equipe de Cuidados”,
- Ajuda a melhorar a gestão da assistência da instituição de longa permanência, assim como melhorar a qualidade dos cuidados prestados.

Esse instrumento é de fundamental importância para a Enfermagem, pois uma das prioridades da assistência de enfermagem aos idosos é manter a sua independência e estimular o autocuidado sempre que possível. (WALDOW, 1987).

A enfermagem tem como baliza o cuidado individualizado, pressupondo que cada ser cuidado tem uma necessidade própria e resposta única às intervenções, sendo assim é mister identificar primeiramente quais são essas demandas.

Mediante o recurso da Échelle de Dependance e Autonomie (EDA) acredita-se ser possível atingir a individualização e além disso, avaliar os resultados dos cuidados propostos e a evolução da capacidade funcional dos idosos.

Essa escala possui 25 itens de avaliação que abrangem a seqüência cotidiana dos comportamentos que podem necessitar de intervenção. (Anexo I)

O instrumento possui: 1- campo de identificação e localização do morador, 2- espaço para registro da opinião sobre o estado do idoso durante a última semana e 3-registro do escore total.

Em cada item avaliado existem 4 proposições, que serão graduadas segundo a opinião da “ Equipe de Cuidados ”, sobre a intensidade de carga de trabalho requerida: nenhuma, ligeira ou leve, média ou moderada e severa ou grave.

O primeiro grupo de 4 itens (1-4) diz respeito aos deslocamentos do idoso: levantar-se, andar, circular e atividades diurnas.

Os 5 itens seguintes (5-9) referem-se a duas condutas: higiene e vestir-se, com o grau de ajuda necessário; e três comportamentos ligados à funções vitais: alimentação, incontinência urinária e fecal (foi permitida uma liberdade objetiva de apreciação das incontinências sem preocupação com a etiopatogenia), as proposições são hierarquizadas em função da freqüência da constatação.

Os próximos 4 itens (10-13) referem-se à freqüência dos atos paramédicos efetuados. Estão aqui representadas as diferentes ações relevantes dos enfermeiros e fisioterapeutas.

Dos 6 itens seguintes (14-19), os dois primeiros apreendem aspectos sensoriais (audição e visão), os outros quatro referem-se a aspectos das relações pessoais. Os marcos de referência prática são o grau de compreensão da hora das refeições, localização do quarto e caráter da evocação das lembranças.

Os últimos 6 itens (20-25) desenvolvem elementos da vida de relação: os laços com o exterior, participação em atividades, diálogo, estado aparente do humor, comportamento. Por fim as reações da “Equipe

de Cuidados”, permitindo avaliar a contra-atitude do conjunto da equipe.

Em relação à utilização prática do instrumento, a grade com 3 colunas permite a representação de três avaliações consecutivas e interativas (cada avaliação é datada e assinada), por exemplo após 8 dias da admissão, depois de um mês ou a cada seis meses.(DELCROS e LANÖE, 1980)

O escore global dos 25 itens, cada um cotado de 1 a 4, está situado entre 25 (mínimo) e 100 (máximo), o mesmo é registrado no espaço correspondente ao total.

Para escores abaixo de 30, a classificação da dependência é ligeira ou leve, permitindo uma nova avaliação entre a equipe em período mais abrangente; escores entre 30 e 65 classificam a dependência em média ou moderada, necessitando-se analisar suas características; escores acima de 65 a dependência é severa ou grave, e a distribuição dos idosos com esta classificação, entre as diversas unidades da instituição deve ser estudada.

**CONTEÚDOS DA “ÉCHELLE de AUTONOMIE-  
INDÉPENDANCE (EDA)”**

<b>Classificação</b>
Inferior a 30 = dependência ligeira / leve
De 30 a 65 = dependência média / moderada
Acima de 65 = dependência severa / grave
<b>Aspectos Investigados</b>
Atividade motora: 4 itens
Atividade de Vida Diária (AVD): 5 itens
Freqüência de cuidados específicos: 4 itens
Percepção, orientação, memória: 6 itens
Vida de relação: 6 itens
<b>Periodicidade da Avaliação</b>
Na 1ª semana da admissão (após a 1ª adaptação)
Conforme evolução do quadro de autonomia-dependência
A critério da equipe (o instrumento permite comparar 3 avaliações)
Recomendam-se avaliações semanais

### **6.3.1. Processo de Tradução e Adaptação de Instrumentos**

Como já foi mencionado anteriormente, o instrumento selecionado para este estudo tem origem francesa, foi criado por DELCROS e LANÖE (1980), portanto, necessita-se a submissão do mesmo a um processo metodológico de tradução e adaptação transcultural, para posterior aplicação prática em nosso país.

A escolha desta escala pautou-se nas orientações de GUILLEMIN, BOMBARDIER e BEATON (1993), os quais desencorajam o desenvolvimento de um instrumento novo, por dois motivos principais: a grande quantidade de instrumentos já disponíveis para esse fim, em outros idiomas e culturas, e o fato do uso de instrumentos diferentes, em estudos realizados em países distintos, não permitem a comparação dos resultados entre tais estudos. Esses procedimentos têm a finalidade de preservar as equivalências semânticas, idiomáticas e conceituais em diferentes contextos culturais.

Segundo CICONELLI (1997) existe um conjunto de instruções padronizadas para a adaptação transcultural de instrumentos de qualidade de vida, criado por Guillemin e colaboradores, em 1993, após uma revisão sistemática da literatura no período compreendido entre 1966 e 1992. Nessa revisão foram analisados trabalhos que abordaram alguma metodologia de tradução e adaptação cultural. Embora essas orientações tenham sido dirigidas para estudos sobre Qualidade de Vida, essas proposições vêm sendo utilizadas para

adaptações transculturais de instrumentos variados. (DUARTE, 2001; GUTIERREZ, 2000; CICONELLI, 1997)

A adaptação transcultural é um processo constituído por várias etapas, e destina-se a medir um fenómeno similar em diferentes culturas, resultando na produção de um instrumento equivalente e adaptado para a outra cultura. Seguindo as orientações apontadas por GUILLEMIN, BOMBARDIER e BEATON (1993) a seguir estão descritas as etapas que devem ser realizadas para a adaptação pretendida.

#### **6.3.1.1. Tradução**

Consiste no processo de tradução do instrumento de uma língua para outra. Recomenda-se que seja realizada por dois tradutores qualificados, de maneira independente, e que ambos estejam cientes dos objetivos da tradução.

Ao se realizar duas traduções simultâneas pode-se detectar erros decorrentes de interpretações divergentes de termos ambíguos no idioma original. Além disto, se esses tradutores forem originários do país onde o instrumento foi desenvolvido, e, portanto dominarem o idioma do ponto de vista semântico, idiomático, cultural e conceitual, a qualidade da tradução será aumentada. (DUARTE, 2001)

### **6.3.1.2. Retrotradução (Back-Translation)**

Nesta fase, com o instrumento já traduzido, realiza-se sua versão para o idioma original e compara-se o resultado com o instrumento de origem. O objetivo é aperfeiçoar a qualidade da versão final. Cada uma das traduções iniciais deve ser reversamente traduzida de forma independente, para evitarem equívocos. Para assegurar a qualidade da tradução reversa, os tradutores escolhidos nesta etapa não deverão ser os mesmos da etapa anterior. Além disto, devem possuir fluência em ambos idiomas e em suas formas coloquiais e, diferentemente dos anteriores não deverão ter conhecimento prévio das intenções do instrumento original, evitando-se assim a presença de viés. (GUILLEMIN, BOMBARDIER e BEATON, 1993)

### **6.3.1.3. Revisão por um Comitê de Juizes**

De acordo com GUILLEMIN, BOMBARDIER e BEATON (1993) o objetivo de se constituir um comitê para revisar as traduções do instrumento, tanto a original como a reversa, é produzir uma versão final, modificada e adaptada, que garanta a replicabilidade do instrumento no idioma em que se pretende utilizar. O comitê deve ser formado por uma equipe multidisciplinar; de especialistas na área a que se refere o instrumento em questão; bilíngues e que

tenham conhecimento do que o instrumento se propõe a mensurar, assim como dos conceitos envolvidos.

Orientam ainda os autores acima, que é permitido ao comitê sugerir modificações ou eliminar itens considerados irrelevantes, inadequados ou ambíguos, além de sugerir outros mais adequados culturalmente e, portanto mais compreensíveis para a maioria da população. Pode ainda solicitar quantas versões considerar necessárias para a adequação da versão final.

Segundo GUILLEMIN, BOMBARDIER e BEATON (1993) para ter valor de equivalência, as traduções devem considerar os seguintes aspectos:

- **Equivalência Semântica:** baseia-se na equivalência do significado das palavras, envolvendo o vocabulário e a gramática. Diversas palavras de um determinado idioma não possuem tradução adequada, ou então podem ter significados diferentes de acordo com o contexto no qual está sendo empregada.
- **Equivalência Idiomática:** algumas expressões idiomáticas ao serem traduzidas perdem completamente o significado, devendo ser substituídas por expressões equivalentes culturalmente, no intuito de preservar o significado previsto no idioma original.
- **Equivalência Experimental ou Cultural:** para uma tradução adequada é fundamental que os termos empregados sejam coerentes com as experiências vividas pela população à qual se destina e estejam inseridos em seu contexto.

- **Equivalência Conceitual:** a tradução deve manter o conceito proposto no instrumento original, isto é, alguns termos podem ser equivalentes semanticamente em outros idiomas, e no entanto podem não preservar a mesma equivalência conceitual.

#### 6.3.1.4. Pré - Teste

Nesta etapa do processo de tradução, segundo GUILLEMIN, BOMBARDIER e BEATON (1993) o objetivo é verificar a equivalência da versão final do instrumento, avaliando-se erros e desvios cometidos na tradução do mesmo. Isto pode ser realizado de duas maneiras:

- a) Técnica de prova:** verifica-se a compreensão do instrumento pela população alvo. Isto pode ser feito questionando-se os indivíduos após cada questão ou item, sobre o que ele compreendeu do mesmo e encorajando-o a verbalizar as dúvidas, resultando em significados equivalentes aos propostos.
- b) Avaliação das versões original e final por leigos bilíngües:** os mesmos responderiam às duas versões e posteriormente seriam verificadas possíveis discrepâncias. Também pode auxiliar na detecção de possíveis inadequações da versão final com o contexto cultural ao qual se destina.

### **6.3.2. Avaliação das Propriedades de Medida de um Instrumento após sua Tradução**

Ainda, de acordo com as recomendações feitas por GUILLEMIN, BOMBARDIER, BEATON (1993), deve-se verificar as propriedades de medida de um instrumento adaptado, ou seja, analisar a sua confiabilidade, validade e sensibilidade. O autor ressalta a existência de divergências em relação a esses procedimentos. De um lado há uma corrente de pensamento que acredita que uma equivalência transcultural adequada e completamente realizada mantém as propriedades de medida do instrumento original. Por outro lado, há outra corrente de pensamento que defende a idéia que, decorrente de um processo de adaptação, um instrumento modificado pode possuir propriedades de medidas desconhecidas na cultura para a qual foi adaptado.

Para um instrumento ser válido deve ter a capacidade de medir aquilo a que se propôs. Adotamos para esta pesquisa duas formas de verificação da validade do instrumento: a validade de face e a validade de conteúdo.

**Validade de Face** é uma avaliação subjetiva, que segundo PASQUALI (1997) verifica a evidência superficial da integridade da medida que o instrumento se propõe a mensurar, e é realizada por aqueles que o utilizarão. Neste estudo essa propriedade foi avaliada através da realização do Pré-Teste.

A **Validade de Conteúdo**, ainda de acordo com PASQUALI (1997), é a determinação da capacidade dos itens do instrumento cobrirem adequadamente aquilo que se pretende mensurar, permitindo ainda que algum escore possa representar tal medida.

Segundo KIMURA (1999) a validade de conteúdo de um instrumento pode ser obtida quando o mesmo é submetido à avaliação por um grupo de juizes, os quais verificarão a relevância de cada item e julgarão se representa adequadamente o conteúdo a que se destina. Essa propriedade pode ser verificada neste estudo, mediante a submissão do instrumento traduzido ao comitê de juizes.

Algumas semelhanças ultrapassam barreiras geográficas, como, por exemplo, as necessidades humanas básicas e a capacidade funcional comuns ao ser humano. Da mesma forma, as instituições de longa permanência para idosos possuem semelhanças estruturais, organizacionais e funcionais, independentemente da sua localização geográfica. Sendo assim, considerou-se que o instrumento em questão, selecionado para este estudo, já previamente testado e validado em seu país de origem, manteria estável sua propriedade de medida, para a avaliação da autonomia e dependência de idosos residentes em instituições de longa permanência, após ser submetido rigorosamente ao processo de adaptação transcultural.

# **7.            *Objetivos***



## **7. OBJETIVOS**

- Aplicar e analisar metodologia de integração e consenso entre membros da Equipe de Cuidados de uma Instituição de Longa Permanência, mediante definição do grau de Dependência e Autonomia dos idosos residentes.
  
- Identificar os pareceres dos membros da Equipe de Cuidados, sobre:
  - a Metodologia aplicada,
  - a Escala de Dependência e Autonomia (EDA) utilizada,
  - “Sentir-se preparado para cuidar de idosos”.

## ***8. Material e Método***



## 8. MATERIAL E MÉTODO

Como já apresentado, selecionou-se para este estudo a “Echelle de Dépendance-Autonomie (EDA)”, (Anexo I), elaborada por DELCROS e LANÖE (1980).

Essa escala consiste numa forma prática de avaliar a capacidade para a realização das Atividades da Vida Diária (AVD), além de conter aspectos globais envolvidos no processo de envelhecimento. O diferencial desse instrumento reside na forma como ele deve ser aplicado: realiza-se uma reunião com a equipe prestadora de cuidado aos idosos, e nesse momento, os casos são discutidos em conjunto permitindo além da avaliação conjunta da competência do idoso para as AVDs, também a reflexão sobre a forma como os cuidados são prestados, proporcionando oportunidade para educação em serviço dessa mesma equipe.

O foco dessa metodologia é a busca do consenso entre os membros da equipe de cuidados.

Esse instrumento já havia sido testado e validado em seu país de origem, mas para sua utilização no Brasil, foi preciso vencer um obstáculo cultural, ou seja, tal escala tinha origem francesa, e para que pudesse ser utilizada aqui, foi necessário submetê-la a um processo de tradução e adaptação transcultural, para então poder ser aplicada junto à equipe de cuidados das instituições de longa permanência para idosos, selecionadas para o estudo.

Portanto, esta pesquisa foi realizada em duas etapas, na **primeira etapa** ocorreu o processo de

tradução e adaptação transcultural da “Echelle de Dépendance-Autonomie (EDA)”, Escala de Autonomia e Dependência (EDA). A **segunda etapa** do estudo correspondeu à coleta de dados propriamente dita, com a aplicação do instrumento já traduzido e adaptado metodologicamente, em uma instituição gerontológica de longa permanência. Passamos a seguir à descrição dessas duas etapas.

## **- 1ª ETAPA -**

### **8.1. Tradução e Adaptação Transcultural da “Echelle de Dépendance-Autonomie (E.D.A)”**

#### **8.1.1. Tradução**

Todos os itens do instrumento em questão foram traduzidos para a língua portuguesa, por intermédio de dois tradutores, sendo o primeiro enfermeiro, de nacionalidade Belga, cuja língua habitual é o Francês. O segundo tradutor era brasileiro e atuava como tradutor de francês “juramentado”. Os dois tradutores atuavam em instituição de ensino superior, especificamente no Comitê de Ética em Pesquisa. Ambos foram esclarecidos a respeito dos objetivos do instrumento, bem como da pesquisa em questão,

atendendo aos requisitos apontados por GUILLEMIN, BOMBARDIER, BEATON (1993).

As duas versões obtidas foram comparadas e ajustadas, até a obtenção de consenso junto aos tradutores, gerando um instrumento único. Finalizada a etapa inicial de tradução, o instrumento foi submetido a retrotradução (back-translation).

### **8.1. 2. Retrotradução (Back-Translation) / Avaliação da Tradução Inicial**

Nessa fase, de acordo com o preconizado pela literatura específica, com o instrumento já traduzido, procedeu-se à sua versão para o idioma de origem (francês), e comparou-se o resultado com o instrumento original. O objetivo dessa etapa era aperfeiçoar a qualidade da versão final da escala de autonomia e dependência. Cada uma das traduções iniciais foi reversamente traduzida de forma independente, para evitar equívoco. Para assegurar a qualidade da tradução reversa, os tradutores dessa etapa não eram os mesmos da etapa anterior. Escolheram-se dois tradutores, ambos de nacionalidade francesa e funcionários do Consulado Belga no Brasil, possuindo fluência nos idiomas francês e português, e em suas formas coloquiais e esses, diferentemente dos anteriores, não tinham conhecimento prévio das intenções do instrumento original recebendo apenas a primeira versão traduzida do instrumento em questão, evitando-se assim a presença de viés. Esses requisitos

atendiam aos critérios estabelecidos por GUILLEMIN, BOMBARDIER E BEATON (1993).

De posse das duas versões comparou-se o material, resultando na apresentação final, a qual foi novamente encaminhada aos tradutores colaboradores, que realizaram a back-translation, com o propósito de avaliação e legitimação da versão final em francês. Não foram obtidas divergências no significado nem no conteúdo entre as versões original e a retrotraduzida do instrumento. Como resultado desse processo obteve-se a primeira versão traduzida da "Echelle de Dépendance-Autonomie (E.D. A)", considerando-se essa etapa concluída.

O passo seguinte consistia na análise das equivalências das duas escalas, isto é, a versão original e a traduzida, por um corpo de juízes.

### **8.1.3. Revisão por um Comitê de Juízes**

De acordo com o proposto por GUILLEMIN, BOMBARDIER E BEATON (1993) um instrumento em processo de tradução deve ser submetido à apreciação de um comitê de juízes, composto por especialistas bilíngües na área de estudo.

Para dar seqüência a essa recomendação constituiu-se um comitê composto por 12 juízes, sendo 6 deles responsáveis pela avaliação da equivalência semântica e idiomática, e os outros 6 juízes eram responsáveis pela avaliação cultural e conceitual.

### **8.1.3.1. Comitê de Equivalência Semântica**

O comitê responsável pela avaliação da **Equivalência Semântica e Idiomática** do instrumento traduzido era formado por 1 Terapeuta Ocupacional, 2 Enfermeiras, 2 Assistentes Sociais, 1 Médico. Com relação à titulação, apenas um dos componentes possuía título de Especialista, os demais possuíam títulos de Doutor e Livre Docente. Buscou-se formar um comitê multiprofissional para que o instrumento pudesse ser avaliado sob diversos prismas. Além disso, uma das características do trabalho junto ao idoso é a interdisciplinaridade.

Além das características anteriores, esse comitê também preencheu os seguintes pré-requisitos:

Ter domínio da língua francesa,

Formação Gerontológica,

Conhecer os processos de construção e adaptação de instrumentos de medida.

Para a realização da equivalência semântica foram enviados aos juízes dessa etapa os seguintes impressos: Versão Original da E.D.A (Anexo I); Carta Convite (Anexo III); Orientações sobre o conceito de Equivalência Semântica (Anexo IV); Instrumento para Avaliação da Equivalência Semântica (Anexo V).

Após a análise inicial por esse comitê, foram realizadas as alterações sugeridas individualmente pelos juízes. Adotamos como critério de equivalência os itens que obtiveram no mínimo 80% de concordância entre os mesmos. (DUARTE, 2001)

Nessa etapa identificou-se um total de 13 itens discordantes entre os membros do comitê, conforme disposto a seguir.

Apprécier l'état du patient durant la dernière semaine environ. Avaliar as condições do paciente durante a última semana.
A stimuler Quando estimulado
Imposer l'aide de deux personnes Necessita da ajuda de 2 pessoas
Prope avec aide Limpo com ajuda
Tenue correcte après aide Apresentação correta após ajuda
A installer ou stimuler Precisa ser servido ou estimulado
Nécessite une assistance complete Necessita de assistência total
D'une fois par semaine à une fois par 24 heures De uma vez por semana a uma vez a cada 24 horas
Sans surveillance particulière Não necessita supervisão
Avec surveillance des prises ou injections Necessita supervisão na administração de medicamentos orais ou injeções
Ne permet pas de situer l'heure du repas Não consegue se situar em relação ao horário das refeições
Bonne Boa
Non bénéfiques Não trazem benefícios

Após realização das alterações sugeridas pelos juízes, o material foi encaminhado novamente aos membros do comitê para ser submetido à nova apreciação e busca de consenso. Finda essa etapa, todos os itens obtiveram concordância acima de 80%, o que permitiu a obtenção da 2ª versão traduzida da "Echelle de Dépendance-Autonomie (E.D.A)".

### 8.1.3.2. Comitê de Equivalência Cultural

O passo seguinte desse processo metodológico consistiu na avaliação da **Equivalência Cultural** da “Echelle de Dépendance-Autonomie (E.D.A)”. Tendo em vista que o instrumento em análise propõe um trabalho em conjunto com a equipe de enfermagem da ILP, julgou-se apropriada a avaliação dessa equivalência a partir da ótica do enfermeiro, o qual desempenha o papel de coordenador do processo de cuidar nesse cenário de atuação.

Para tanto, este comitê de juizes foi constituído por 6 enfermeiras, duas com titulação de Especialista e as outras quatro com título de Mestre. Cinco enfermeiras deste comitê atuavam na docência do Ensino Superior de Enfermagem, especificamente em disciplinas da Saúde do Idoso com atividades práticas em Instituições Gerontológicas de Longa Permanência (ILP). A sexta enfermeira, componente do comitê de equivalência cultural, atuava como responsável técnica de uma Instituição Gerontológica de Longa Permanência (ILP) para idosos.

Para a realização da equivalência cultural foram enviados aos juizes dessa etapa os seguintes impressos: 2ª Versão traduzida e aprovada pelo comitê de equivalência semântica (Anexo VI); Carta Convite (Anexo VII); Orientações sobre o conceito de Equivalência Cultural (Anexo VIII); e Instrumento para Avaliação da Equivalência Cultural (Anexo IX).

Da mesma forma como no processo anterior a 2ª Versão traduzida e aprovada pelo comitê de

equivalência semântica (Anexo VI) foi submetida a uma análise inicial pelo comitê de equivalência cultural, com o objetivo de verificar se os termos empregados estavam coerentes com as experiências vivenciadas em instituições de longa permanência, e também com o processo de envelhecimento humano.

Manteve-se o critério de equivalência para os itens que obtiveram um mínimo de 80% de concordância entre os membros do comitê. Àqueles que estavam em discordância foram re-avaliadas, tendo-se como baliza as sugestões apontadas individualmente pelos juízes.

Nessa etapa foi possível identificar dificuldade de compreensão em 15 domínios dentre os 25 que compunham a escala. Partindo-se da sugestão dada pelos avaliadores, todos estes itens foram re-elaborados. Para aqueles onde existiam intervalos de tempo, como era o caso do domínio de número 8. INCONTINÊNCIA URINÁRIA e domínio de número 9. INCONTINÊNCIA FECAL, estabeleceram-se novos critérios de periodicidade, que após nova apreciação pelo comitê mostraram-se adequados.

O domínio de número 13. TRATAMENTO FISIOTERÁPICO foi questionado em relação à periodicidade e relevância no contexto da avaliação, uma vez que na forma como foi criado originalmente, não retratava claramente dependência ou autonomia, estando implicitamente avaliado por outros itens, como 1. LEVANTAR, 2. ANDAR, 3. CIRCULAÇÃO DO PACIENTE e 4. ATIVIDADE DIURNA.

Partindo-se desta análise, optou-se por excluir o domínio de número 13. TRATAMENTO FISIOTERÁPICO

da avaliação, o que está respaldado nas orientações elaboradas por GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON (1993), quando afirmam que o comitê, além de sugerir modificações, também pode eliminar itens considerados irrelevantes, inadequados ou ambíguos, além de sugerir outros mais adequados culturalmente e, portanto, mais compreensíveis para a maioria da população.

Ainda sustentado por estas orientações, optou-se por desmembrar o domínio 20. RELACIONAMENTOS EXTERIORES À INSTITUIÇÃO, em virtude desse item originalmente verificar 2 domínios diferentes: 1- A freqüência das visitas, e 2- O efeito dessas visitas. Como resultado originou-se o item 20 A. RECEBIMENTO DE VISITAS e 20 B. RELACIONAMENTOS EXTERIORES À INSTITUIÇÃO.

Abaixo podemos evidenciar os itens apontados como passíveis de reformulação, e logo a seguir a respectiva sugestão para mudança:

Original: Espontâneo Sugestão após Avaliação do Comitê: Espontâneo e sem ajuda	(1. LEVANTAR)
Original: Necessita da ajuda de 2 pessoas Sugestão após Avaliação do Comitê: Necessita ajuda de 2 pessoas ou mais	(1. LEVANTAR)
Original: Impossível Sugestão após Avaliação do Comitê: Impossibilitado de andar	(2. ANDAR)
Original: Pelo menos no prédio Sugestão após Avaliação do Comitê: Nas dependências da instituição	(3. Circulação do Paciente)
Original: Nenhuma Sugestão após Avaliação do Comitê: Impossível	(3. Circulação do Paciente)
Original: Atividade Norma Sugestão após Avaliação do Comitê: Ativo	(4. Atividade Diurna)
Original: Na poltrona Sugestão após Avaliação do Comitê: Na poltrona ou Cadeira de rodas	(4. Atividade Diurna)
	(5. Higiene Pessoal)

Original: Limpo com ajuda Sugestão após Avaliação do Comitê: <b>Necessita ajuda parcial</b>	(5. Higiene Pessoal)
Original: <b>Necessita de ajuda total</b> Sugestão após Avaliação do Comitê: <b>Necessita ajuda total</b>	(6. Vestir-se)
Original: <b>Precisa de uma ajuda constante</b> Sugestão após Avaliação do Comitê: <b>Não consegue se vestir sozinho</b>	(7. Alimentação)
Original: <b>Precisa ser servido ou estimulado</b> Sugestão após Avaliação do Comitê: <b>Precisa ser servido ou estimulado, mas come sozinho</b>	(7. Alimentação)
Original: <b>Necessita de assistência total</b> Sugestão após Avaliação do Comitê: <b>Não consegue comer sozinho</b>	(8. Incontinência Urinária)
Original: <b>Nunca</b> Sugestão após Avaliação do Comitê: <b>Não apresenta</b>	(8. Incontinência Urinária)
Original: <b>Menos de uma vez por semana</b> Sugestão após Avaliação do Comitê: <b>Esporádico (menos de 1x/semana)</b>	(8. Incontinência Urinária)
Original: <b>De uma vez por semana a uma vez a cada 24 horas</b> Sugestão após Avaliação do Comitê: <b>Freqüente (1x/semana a 1x/dia)</b>	(8. Incontinência Urinária)
Original: <b>Várias vezes por dia</b> Sugestão após Avaliação do Comitê: <b>Incontinência total (várias vezes/dia)</b>	(9. Incontinência Fecal)
Original: <b>Nunca</b> Sugestão após Avaliação do Comitê: <b>Não apresenta</b>	(9. Incontinência Fecal)
Original: <b>Menos de uma vez por semana</b> Sugestão após Avaliação do Comitê: <b>Esporádico (menos de 1x/semana)</b>	(9. Incontinência Fecal)
Original: <b>De uma vez por semana a uma vez a cada 24 horas</b> Sugestão após Avaliação do Comitê: <b>Freqüente (1x/semana a 1x/dia)</b>	(9. Incontinência Fecal)
Original: <b>Várias vezes por dia</b> Sugestão após Avaliação do Comitê: <b>Incontinência total (várias vezes/dia)</b>	(10.Prevenção de Escaras ou Trocas)
Original: <b>Prevenção de Escaras ou Trocas</b> Sugestão após Avaliação do Comitê: <b>Prevenção de Úlcera de Pressão</b>	(10.Prevenção de Escaras ou Trocas)
Original: <b>Menos de uma vez em 24 horas</b> Sugestão após Avaliação do Comitê: <b>Até uma vez ao dia</b>	(10.Prevenção de Escaras ou Trocas)
Original: <b>Muitas vezes em 24 horas</b> Sugestão após Avaliação do Comitê: <b>Até 3 x/dia</b>	(10.Prevenção de Escaras ou Trocas)
Original: <b>Prevenção intensiva ou trocas freqüentes</b> Sugestão após Avaliação do Comitê: <b>Mais de 3x/dia</b>	(11.Vigilância (PA, Temperatura)
Original: <b>Vigilância ( pressão arterial, temperatura)</b> Sugestão após Avaliação do Comitê: <b>Controle de Sinais Vitais</b>	(11.Vigilância (PA, Temperatura)
Original: <b>Entre uma vez por semana e uma vez por dia</b> Sugestão após Avaliação do Comitê: <b>Mais de 1 x/semana</b>	

Original: Vê e pode ler Sugestão após Avaliação do Comitê: Vê e pode ler	(14. Visão)
Original: Visão nula ou quase Sugestão após Avaliação do Comitê: Não enxerga nada ou apenas vulto	(14. Visão)
Original: Precisa falar alto Sugestão após Avaliação do Comitê: Necessita falar alto e –pausadamente	(15. Audição)
Original: Abolida Sugestão após Avaliação do Comitê: Não ouve nada	(15. Audição)
Original: Boa Sugestão após Avaliação do Comitê: Orientado	(18. Orientação no Espaço)
<b>20 A. Recebimento de Visitas</b>	
Frequente (toda semana)	
Esporádico (em datas especiais)	
Raro (nem em datas especiais)	
Nunca	
<b>20 B. Relacionamentos Exteriores à Instituição.</b>	
Benéfico	
Prejudicial	
Indiferente	
Ausente	

Após nova apreciação pelo comitê de equivalência cultural, os itens acima foram considerados adequados, obtendo-se concordância acima de 80% em todos os itens, finalizando o processo e resultando na obtenção da 3ª versão traduzida e adaptada da “Échelle de Dépendance-Autonomie (E.D.A)” (Anexo X), doravante denominada Escala de Dependência e Autonomia (E.D.A).

#### **8.1.4. Realização do Pré-Teste**

Além da avaliação da Escala de Autonomia e Dependência (EAD), também foi submetido ao pré-teste o 1º Roteiro de Entrevista (Anexo XIII), o qual seria aplicado aos membros da equipe de enfermagem que tivessem participado da avaliação de idosos, residentes em instituição de longa permanência, através do uso da EAD.

Essa etapa do processo teve como finalidade avaliar erros e desvios cometidos na tradução do instrumento. Neste estudo, utilizou-se a Técnica de Prova recomendada por GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON (1993) para verificar a compreensão do instrumento pela população alvo. Nessa técnica verifica-se a compreensão do instrumento questionando-se os indivíduos após cada questão ou item, sobre o que ele compreendeu do mesmo e encorajando-o a verbalizar as dúvidas, resultando em significados equivalentes aos propostos.

O local escolhido para a realização do Pré-Teste possuía características semelhantes ao do local do estudo. Era uma Instituição Gerontológica de Longa Permanência, localizada no município de São Paulo, de caráter Filantrópico com 2/3 da clientela pagante e 1/3 gratuito. Tinha capacidade para 154 idosos, com variados graus de dependência, distribuídos em 6 pavilhões. Em todos eles encontrava-se profissionais da Equipe de Enfermagem. No momento do pré-teste haviam 114 idosos residindo na instituição.

A instituição possuía em seu quadro de profissionais: 2 Médicos Geriatras, 1 Nutricionista, 2 Enfermeiros; 2 Técnicos de Enfermagem (somente plantão noturno), 50 Auxiliares de Enfermagem; 7 Cuidadores de idosos, além do Pessoal Administrativo e Serviços Gerais. Contava ainda com a presença de estagiários dos cursos de graduação em Enfermagem, Fisioterapia, Nutrição, Psicologia e Serviço Social.

O enfermeiro atendia a todos pavilhões coordenando a assistência prestada. Os profissionais de enfermagem, Auxiliares e Técnicos de Enfermagem, possuíam uma jornada de trabalho em forma de plantões 12h x 36h, tanto no período diurno como noturno. Os enfermeiros realizavam jornada de trabalho de 6 horas diárias, somente no turno diurno; os Cuidadores de Idosos atuavam também no turno diurno, com jornada de 8 horas diárias.

Na primeira etapa do Pré-Teste foram avaliados através da Escala de Autonomia e Dependência (EAD) (Anexo X), três idosos de um respectivo pavilhão da instituição, os quais possuíam graus variados de autonomia e dependência (desde autonomia completa até dependência total), previamente escolhidos pela pesquisadora e pelo Enfermeiro da instituição. O pressuposto para essa seleção era permitir uma discussão dinâmica entre os membros participantes da avaliação, uma vez que a variação no grau de dependência poderia promover pontos de vista divergentes, necessitando-se de um consenso para a finalização da escolha do escore adequado a cada idoso.

Participaram desta primeira etapa quatro membros da equipe de enfermagem, 3 Auxiliares de Enfermagem e 1 Atendente de Idosos, que trabalhavam no mesmo pavilhão onde residiam os 3 idosos em avaliação. Optou-se por não incluir o Enfermeiro, nesse momento, para se evitar uma inibição ou constrangimento na emissão das respostas dos outros profissionais, em virtude da posição hierárquica ocupada pelo mesmo. A avaliação ocorreu no próprio pavilhão, no período das 15h -16:30 horas, horário mais favorável aos membros da equipe de enfermagem em virtude de menor ocorrência de procedimentos. A duração em média de cada avaliação individual do idoso foi de cerca de 15 minutos.

Observou-se durante esta avaliação empenho dos profissionais participantes, disponibilidade, interesse e profundo conhecimento dos idosos avaliados, mesmo levando-se em consideração que vários membros da Equipe de Cuidados submetidos a entrevista, estavam trabalhando há pouco tempo na instituição, em média 6 meses.

Em relação à Escala de Autonomia e Dependência (EAD) não foram identificadas dificuldades de compreensão dos termos empregados, nem dificuldade de consenso. Mas, quando os membros participantes dessa avaliação foram entrevistados individualmente, para a realização do Pré-Teste do 1º Roteiro de Entrevista (Anexo XIII), observou-se que ao serem indagados em relação a **“Como foi para você participar desta reunião para avaliação dos moradores da instituição?”**, as respostas obtidas e gravadas em fita magnética, não traziam em suas

análises a percepção de um momento onde esses profissionais poderiam trocar experiências, informações e discutirem os cuidados prestados. Da mesma maneira, ao serem indagados sobre **“Quais foram as facilidades que você encontrou durante a avaliação?”** e **“Quais foram as dificuldades que você encontrou durante a avaliação?”**, as respostas contendo essas informações já haviam sido emitidas na questão feita anteriormente **“O que você achou do instrumento utilizado para avaliação?”**. Sendo assim, o Roteiro de Entrevista foi reformulado e submetido novamente ao Pré-Teste (Anexo XIV).

A segunda etapa do Pré-Teste tinha como meta, verificar se as alterações realizadas no instrumento 2º Roteiro de Entrevista (Anexo XIV) citadas acima, permitiriam obtenção de respostas coerentes com o objetivo do estudo.

Para tanto, novamente foram avaliados mais 3 idosos, de um outro pavilhão da instituição, diferente daquele onde foi realizada a primeira etapa do pré-teste. Esses idosos também possuíam graus variados de autonomia e dependência, e também foram previamente escolhidos pela pesquisadora e pelo Enfermeiro da instituição, escolha feita de acordo com o pressuposto apresentado anteriormente. A avaliação foi feita mediante a utilização da Escala de Autonomia e Dependência (EAD) (Anexo X).

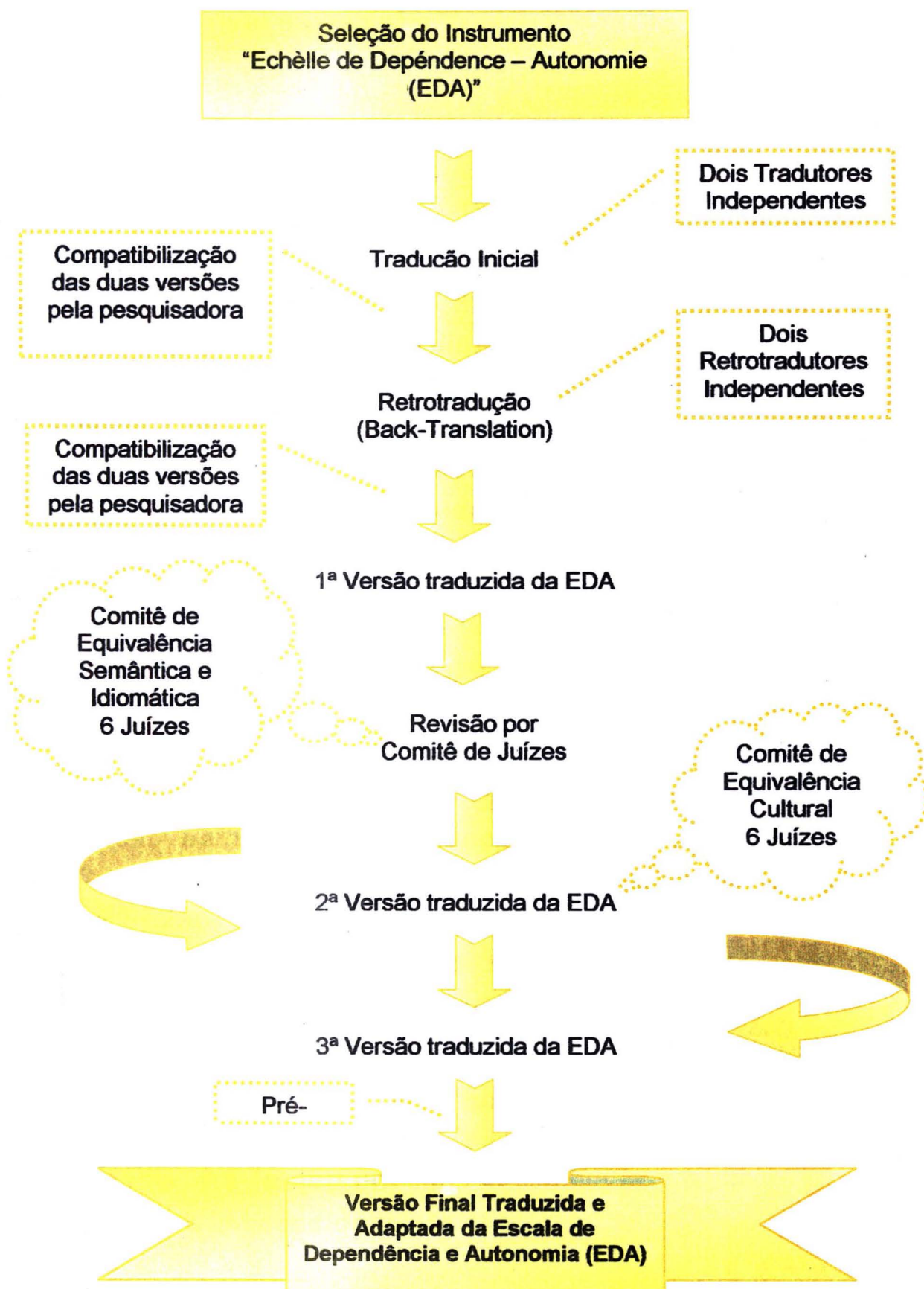
Participaram desta etapa 3 Auxiliares de Enfermagem que atuavam no pavilhão onde residiam os três idosos em avaliação. A avaliação ocorreu no mesmo período que a anterior, apenas diferenciando que nesse

pavilhão havia uma sala contígua ao ambiente em que permaneciam os idosos, o que promoveu maior privacidade ao grupo para realizar a discussão dos casos em questão.

Durante esse processo confirmou-se à praticidade da Escala de Autonomia e Dependência (EAD), mantendo-se o tempo médio de cada avaliação em cerca de 10 - 15 minutos, além disto não houve dificuldade na compreensão dos termos utilizados no instrumento. Após a avaliação com a EDA partiu-se para a entrevista individual com cada um dos Auxiliares de Enfermagem, realizadas na mesma sala, com o recurso de um gravador para as questões abertas e previamente reformuladas. Após este procedimento pode-se constatar que as questões da maneira como foram apresentadas (Anexo XIV), permitiram melhor compreensão por parte dos entrevistados, resultando em respostas pertinentes e objetivas.

Finalizada essa última etapa do Pré-Teste, considerando-se os instrumentos adequados, pode-se dar início à coleta de dados e conseqüentemente à avaliação dos resultados, conforme apresentados a seguir.

**Esquema 1 - Tradução e Adaptação Transcultural da “Echelle de Dépendence – Autonomie (EDA)” para o português. São Paulo, 2005.**



## **- 2ª ETAPA -**

### **8.2. A Coleta de Dados**

Vencido o processo de tradução e adaptação procedeu-se à aplicação da Escala de Dependência e Autonomia (EDA) junto a Equipe de Cuidados de uma Instituição de Longa Permanência para Idosos, para posterior análise dos resultados obtidos através desta nova metodologia de integração e consenso entre os membros da Equipe de Cuidados da ILPI, proposta neste estudo.

#### **8.2.1. Caracterização do Local de Estudo**

Os dados deste estudo foram colhidos em uma Instituição de Longa Permanência para Idosos situada no Município de São Paulo, com capacidade para acolher 230 idosos com diferentes níveis de dependência, desde independência total até aqueles acamados e completamente dependentes.

A instituição tinha caráter Filantrópico, sendo que 30% de sua clientela era beneficente e 70% era pagante, variando o valor da mensalidade de R\$ 1.500,00 a R\$ 6.000,00, de acordo com o tipo de moradia e a necessidade de serviço de enfermagem

constante. A instituição contava com 6 pavilhões com apartamentos individuais ou duplos, sendo que em 2 deles existiam equipes de enfermagem 24 horas diárias para atender aos moradores com maior grau de dependência. Existiam ainda moradias, denominadas "casinhas" onde o residente pode usufruir de sua própria cozinha, lavar sua própria roupa e limpar sua residência, se assim o desejar. Nesse tipo de residência moram idosos independentes ou com um grau de dependência leve, e alguns contam também com acompanhantes contratados por seus familiares. No valor da mensalidade estavam inclusos os serviços de alimentação (5 refeições diárias), lavanderia, limpeza e atendimento médico ambulatorial diário.

A instituição contava com um total de 210 idosos no período em que se realizou a coleta de dados, sendo a faixa etária média destes moradores em torno de 80 – 85 anos de idade, e a idade mínima para admissão na instituição entre 60-65 anos de idade. Conforme já descrito anteriormente, existiam dois pavilhões que contavam com Serviço de Enfermagem (Equipes de Cuidados) 24h/dia. Um destes pavilhões, denominado neste estudo como Pavilhão Rosa, contava na época da coleta de dados, com 15 idosos com graus variados de dependência, residindo em quartos individuais ou duplos, sendo o banheiro coletivo (masculino e feminino), havendo também no local uma cozinha, e uma sala de estar com televisor e mesas para as refeições, além de uma sala para a enfermagem onde eram guardados e preparados os medicamentos em uso pelos moradores.

O outro pavilhão, denominado neste estudo de Pavilhão Azul, também possuía serviço de enfermagem constante, era arquitetonicamente diferente, havendo dois andares denominados Pavilhão Azul Inferior e Pavilhão Azul Superior, ambos possuíam Equipes de Cuidados distintas e o número de idosos total era, na época da coleta de dados, de 70 moradores com dependência leve até dependência severa, residindo em apartamentos individuais ou duplos, sendo em média 35 residentes por pavilhão. Em cada andar também havia uma cozinha, 1 sala de estar, 1 sala de refeições, 1 sala de curativos e um posto de enfermagem.

Cabe aqui ressaltar, que em todos os pavilhões da instituição eram servidas todas as refeições do dia, sendo café da manhã, almoço, lanche da tarde, jantar e ceia. Existia ainda um refeitório central, onde eram servidos diariamente o café da manhã, o almoço e o lanche da tarde, para os moradores que possuíam condições de se deslocar até o local se assim o desejarem. O jantar era sempre servido no local de moradia, para evitar possíveis quedas no percurso, e também a exposição às intempéries.

Outro item importante a ser destacado era a possibilidade de todo morador ter em seu aposento mobiliários pessoais de qualquer espécie, como cama, guarda roupa, escrivaninha, mesa, etc, também se incentivava a colocação de porta-retratos, com o intuito de proporcionar ao ambiente um aspecto de lar, mantendo vivos os vínculos com sua história de vida.

A instituição contava em seu quadro profissional total com a presença diária de Médico, Fisioterapeuta,

Nutricionista, Assistente Social, Enfermeiro, Terapeuta Ocupacional, Pessoal Administrativo, Serviços de Apoio (Governanta, Segurança/Vigia, Limpeza, Jardineiro, Copa/Cozinha, Manutenção). Existiam profissionais que eram terceirizados, como Fonoaudiólogo, Psicólogo e Odontólogo. Havia ainda a presença de estagiários de cursos de graduação em Enfermagem e Nutrição.

Abaixo está discriminado o quadro composto pela Equipe de Cuidados (Equipe de Enfermagem) da instituição. Ressalta-se que esses profissionais estavam distribuídos entre os dois pavilhões citados anteriormente (Pavilhão Rosa e Pavilhão Azul Superior e Inferior), nos turnos manhã, tarde e noite. Também estavam inseridos os profissionais que atendiam no ambulatório médico e aqueles que realizavam visita diária aos moradores mais independentes, que residiam nas "casinhas" descritas anteriormente.

A tabela a seguir também permite visualizar o número de profissionais Técnicos de Enfermagem, Auxiliares de Enfermagem e Cuidadores de Idosos, que possuíam jornada de trabalho igual, ou seja, todos trabalhavam em esquema de plantões de 12 X 36 horas, alternados, portanto, em plantões em dias Pares e Impares.

**Tabela 1 - Distribuição dos membros da Equipe de Cuidados da ILPI de acordo com o setor, turno, número e categoria profissional. São Paulo, 2005.**

PAVILHÃO	Técnico de Enf.		Auxiliar de Enf.		Cuidador de Idosos		Nº Total
	Diurno	Noturno	Diurno	Noturno	Noturno	Diurno	
Rosa	2		2		2	2	8
Azul Inferior Plantão Par		1	4		1	6	12
Azul Inferior Plantão Ímpar		1	3		1	7	12
Azul Superior Plantão Par		1	3		1	6	11
Azul Superior Plantão Ipar	1	1	3		1	5	11
Ambulatório/ Visita Diária	1		10	3			14
<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>25</b>	<b>3</b>	<b>6</b>	<b>26</b>	<b>68</b>

A instituição contava, no momento da coleta de dados, com um total de 6 Enfermeiros. Aqueles que exerciam cargos de chefia realizavam uma jornada de 8 horas diárias, sendo um deles responsável pela supervisão do Pavilhão Rosa, Ambulatório e Visitas Diárias; e o outro Enfermeiro era responsável pela chefia do Pavilhão Azul (Superior e Inferior). Os 4 outros Enfermeiros eram classificados como Assistenciais, realizando os do período diurno, jornada diária de 6 horas (1 Enfermeira de Manhã, 1 Enfermeira à Tarde) e davam atendimento aos dois pavilhões azuis, enquanto que os enfermeiros que atuavam no período noturno cumpriam jornada diária em esquema de plantões de 12 h X 36 horas (1 Enfermeiro no plantão noturno Par, e 1 Enfermeiro no plantão noturno Ímpar), também dando cobertura para os dois pavilhões azuis. Isso pode ser verificado no quadro a seguir:

**Tabela 2 – Distribuição do número de Enfermeiros por plantão, de acordo com o cargo na ILPI. São Paulo, 2005.**

Pavilhão	Enfermeiro				Total
	Chefia		Assistencial		
	Diurno	Noturno	Diurno	Noturno	
Rosa + Ambulatório Médico + Visitas Diárias	01	-	-	-	01
Azul (Superior e Inferior)	01	-	02	02	05
<b>Total</b>	<b>02</b>	<b>-</b>	<b>02</b>	<b>02</b>	<b>06</b>

### **8.2.2. População do Estudo**

A amostra, por conveniência, foi composta por um total de 14 membros da Equipe de Cuidados da ILP, sendo 4 Enfermeiros, 2 Técnicos de Enfermagem, 8 Auxiliares de Enfermagem e 4 Cuidadores de Idosos. Os participantes do estudo concordaram voluntariamente em participar da pesquisa, leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo XII), previamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FSP-USP.

Todos estes profissionais trabalhavam no período diurno, considerando-se que, os Técnicos de Enfermagem, Auxiliares de Enfermagem e Cuidadores de Idosos (14 profissionais) faziam jornada diária em forma de plantões de 12 h X 36 h ; 2 Enfermeiros possuíam cargo de Chefia e tinham jornada de 8 horas diárias e 2 Enfermeiros eram Assistenciais com jornada de 6 horas diárias.

Optou-se por realizar as avaliações do grau de dependência e autonomia dos idosos residentes na ILP com a Equipe de Cuidados do Turno Diurno, pois a maioria das atividades avaliadas através da Escala de Dependência e Autonomia (EDA) está pautada em atividades que ocorrem com os idosos durante o dia.

### 8.2.3. Operacionalização da Coleta de Dados

A coleta de dados ocorreu durante todo o mês de Abril de 2005, sendo realizadas reuniões com os membros das Equipes de Cuidados dos Pavilhões Rosa e Azul (Superior e Inferior), todas às terças-feiras do mês, tanto no período da manhã como da tarde, durante a jornada de trabalho dos profissionais, nos respectivos pavilhões de atuação.

Este procedimento contava com 3 momentos distintos:

- **Primeiro momento:** o pesquisador selecionava por volta de 4 – 5 idosos para serem avaliados a cada vez, e preenchia uma planilha elaborada para compilação dos dados referentes a cada morador, para posterior análise. (Anexo XV)
- **Segundo momento:** realizava-se uma reunião com os membros da Equipe de Cuidados, para se proceder à avaliação do grau de Dependência e Autonomia desses idosos. Nesse momento o intuito era proporcionar o contato dos membros da equipe com a Escala de Dependência e Autonomia (EDA) (Anexo X), uma vez que fazia parte dos objetivos do estudo identificar a opinião dos profissionais sobre o instrumento e sobre o método de integração e consenso para avaliação dos idosos.
- **Terceiro momento:** decorridas as avaliações de todos os idosos selecionados para cada reunião, realizava-se uma entrevista individual com cada

um dos membros da equipe que acabara de participar da metodologia de integração e consenso para avaliação do idoso. Esta entrevista era realizada em um ambiente isolado, com presença apenas do pesquisador e entrevistado, com a utilização de um Roteiro de Entrevista (Anexo XIV), e o recurso de um gravador.

Foram avaliados 56 idosos residentes nos Pavilhões Rosa e Azul, e nas moradias denominadas "Casinhas". O Pavilhão Rosa contava no momento da coleta de dados com 15 idosos, e todos foram avaliados neste estudo. O Pavilhão Azul contava com um total de 70 idosos, sendo avaliados 30 idosos, 19 idosos residiam no pavilhão Azul Inferior e 11 idosos residiam no Pavilhão Azul Superior. Foram avaliados também 10 idosos que residiam nas moradias denominadas "Casinhas".

Desse modo, possibilitou-se a avaliação de idosos em diferentes condições de autonomia e dependência, variando desde os mais autônomos e independentes até àqueles acamados e completamente dependentes.

#### **8.2.3.1. Estrutura das Entrevistas**

Os dados obtidos, junto a Equipe de Cuidados da ILPI, no **terceiro momento** da coleta de dados, ocorreram por meio de entrevistas semi-estruturadas, gravadas e posteriormente transcritos na íntegra. O Roteiro de Entrevista (Anexo XIV), continha questões que visavam orientar uma "*conversa com finalidade*"

como definiu MINAYO(1998), agindo como um facilitador da abertura, ampliação e aprofundamento da comunicação.

O roteiro de entrevistas foi composto de:

1- Perguntas que objetivavam traçar um perfil da Equipe de Cuidados participante da pesquisa:

- Idade
- Sexo
- Estado Civil
- Formação Escolar
- Tempo de Formado
- Função na ILPI
- Tempo de Trabalho na ILPI
- Atividade exercida antes de ingressar na ILPI
- Formação específica em Gerontologia
- Treinamento antes de iniciar a função na ILPI
- Discussão sobre a dinâmica de cuidar integrada na rotina da ILPI

2- Identificação dos pareceres da Equipe de Cuidados sobre:

- sentirem-se preparados ou não para cuidarem de idosos,

- a Escala de Dependência e Autonomia (EDA), e o método de avaliação do idoso através da obtenção do consenso entre os membros da equipe.

Esses pareceres foram obtidos a partir de questões norteadoras contidas no Roteiro de Entrevista (Anexo XIV) descritas abaixo:

- “Você se sente preparado para cuidar do idoso?”.
- “O que você achou desta avaliação feita em conjunto com o grupo que cuida do idoso?”.
- “O que você tem a dizer sobre este instrumento utilizado para a avaliação do idoso?”.

#### **8.2.3.2. Método de Análise de Conteúdo das Entrevistas**

Para identificar os pareceres descritos acima, foram analisados os discursos dos entrevistados, segundo a proposta de Análise de Conteúdo de BARDIN (1977).

A análise de conteúdo pode ser definida como *“um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição dos conteúdos das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/reprodução destas mensagens”*. (BARDIN, 1977)

Ainda segundo a autora, o fundamento da especificidade da análise de conteúdo reside na articulação entre *“a superfície dos textos, descrita e analisada e os fatores que determinam estas características, deduzidos logicamente”*. A análise de

conteúdo trabalha as palavras e suas significações, procurando conhecer o que está por trás das palavras analisadas.

A técnica é constituída por três fases: a pré-análise; a descrição analítica e a interpretação inferencial. Na pré-análise o material das entrevistas deve ser transcrito e submetido à leitura flutuante, privilegiando o sentido global dos discursos. Posteriormente, na fase de descrição analítica, prossegue-se com o recorte e escolha das unidades de registro, elegendo-as e codificando-as mediante a convergência com o fenômeno em estudo. Assim, as unidades temáticas são classificadas sob um título genérico, a partir de um grupo de elementos, num processo chamado de categorização. (BARDIN, 1977)

Nas palavras de BARDIN (1977), a categorização *“é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o gênero (analogia), com os critérios previamente definidos. As categorias são rubricas ou classes, as quais reúnem um grupo de elementos sob um título genérico, agrupamento esse efetuado em razão dos caracteres comuns destes elementos”*. As categorias obtidas com esse processo possuem relações, podendo proporcionar o aprofundamento de idéias, propor inferências e adiantar as interpretações do conteúdo manifesto, ou mesmo do conteúdo latente.

# ***9. Apresentação, Análise, Discussão dos Resultados***



## 9. Apresentação, análise e discussão dos resultados

Este estudo foi realizado através de uma amostra estabelecida por conveniência, que permite uma população de estudo em número reduzido, e em uma única instituição de longa permanência. Em virtude disso, os resultados aqui apresentados possuem certas limitações, que impedem a generalização para todo universo institucional e profissional. Muito embora se saiba que as características das ILPI são similares, principalmente no que concerne às condições de dependência e autonomia dos idosos residentes e ao quadro profissional, repousando as maiores distinções nas características financeiras e administrativas das mesmas.

Conforme explicitado no capítulo anterior, a operacionalização da coleta de dados deste estudo foi desenvolvida em 3 momentos distintos. **Primeiro momento:** registro de dados acerca de cada idoso morador, que seria submetido à avaliação do grau de dependência e autonomia, pela Equipe de Cuidados (Anexo XV). **Segundo momento:** reunião com os membros da Equipe de Cuidados, para aplicação da EDA. **Terceiro momento:** entrevista individual com cada um dos membros da equipe de cuidados participante.

Neste capítulo serão apresentados os resultados dos três momentos:

- 1- Perfil dos Idosos avaliados pela equipe de cuidados
- 2- Classificação do Grau de Dependência e Autonomia desses idosos, segundo critérios estabelecidos por Delcros e Lanõe, autores da EDA.
- 3- Resultados das entrevistas individuais com a equipe de cuidados(Anexo XIV), considerando: Perfil dos participantes e categorias emergentes dos discursos.

## **9.1. Perfil dos Idosos Avaliados**

Mediante as informações do prontuário dos idosos submetidos à avaliação pelo método da EDA, registrados em planilha (Anexo XV), foi possível construir um perfil desses idosos. Esse Perfil torna-se importante uma vez que evidencia situações clínicas, psicológicas e sociais capazes de promover condições de dependência, auxiliando, portanto, na compreensão da classificação do grau de dependência e autonomia obtida.

Foram avaliados 57 idosos moradores dos Pavilhões Rosa, Azul Superior e Inferior e também moradores das chamadas "Casinhas". É importante ressaltar que esses idosos possuíam diferentes graus de autonomia e de dependência, e assim foram selecionados, para possibilitar diferentes situações de avaliação, segundo o método aplicado.

**Quadro 1 – Características dos Idosos residentes nos pavilhões da ILPI, obtidas por meio de levantamento de dados do prontuário médico da instituição. São Paulo, 2005.**

Características dos Idosos	Pavilhões		
	Rosa	Azul (Superior e Inferior)	“Casinhas”
<b>Sexo</b>			
Masculino	2	8	2
Feminino	13	23	9
<b>Faixa Etária</b>			
60 – 65 anos	1	-	1
66 – 70 anos	-	-	1
71 - 75 anos	-	4	-
76 – 80 anos	2	2	2
81 – 85 anos	3	7	3
86 – 90 anos	6	8	1
91 – 95 anos	2	6	1
96 – 100 anos	1	3	2
mais de 101 anos	-	1	-
<b>Estado Civil</b>			
Solteiro(a)	4	3	1
Viúvo(a)	8	21	4
Casado(a)	1	5	3
Divorciado(a)	2	2	3
<b>Tempo de residência na instituição</b>			
1 – 2 anos	3	8	3
3 – 5 anos	5	10	5
6 – 8 anos	3	5	2
9 – 11 anos	1	5	-
12 – 15 anos	1	2	-
16 – 21 anos	2	1	1
<b>Doenças Crônico-Degenerativas presentes</b>	Todos idosos apresentavam alguma doença crônica degenerativa referida em seu prontuário, destacamos as mais citadas no Quadro 5.		
<b>Rede de Suporte Social</b>			
Filhos	10	23	7
Netos	4	9	4
Amigos	2	6	4
Irmãos	1	6	4
Esposo(a)	-	4	-
Genro/Nora	1	7	-
Cunhado(a)	-	5	1
Sobrinhos	2	4	3

Ao se realizar a interpretação dos dados obtidos, observa-se que em relação ao **Sexo** a maioria são mulheres, correspondendo ao total de 45 idosas, o equivalente a 80% da população. Os idosos do sexo masculino corresponderam a 12 indivíduos, o equivalente a 20% da população avaliada. Dados semelhantes são apontados pela literatura, sendo que o número absoluto de mulheres idosas residentes em instituições de longa permanência tem sido muito superior à população masculina, a qual raramente ultrapassa os 20%. (CHAIMOWICZ, 1999; DAVIM, TORRES, DANTAS e LIMA, 2004; HEREDIA et all, 2004)

Mundialmente observa-se uma feminização da velhice, e várias são as explicações para a ocorrência deste evento: o acompanhamento médico-obstétrico mais efetivo, padrões de comportamento e estilo de vida mais saudáveis, mais preocupação e mais cuidado com a saúde e na prevenção de doenças, menor exposição a riscos relativos a acidentes de trabalho e de trânsito, menos suicídios e menos homicídios. (GARRIDO e MENEZES, 2002; KARSCH, 2003; HEREDIA et. alli, 2004)

Para CHAIMOWICZ (1999) a institucionalização parece ser, em grande medida, uma questão feminina, uma vez que as mulheres constituem em média cerca de 80% da população dos asilos, o que também é verificado em outros países como Canadá, Israel e EUA. Em parte, isto pode ser explicado pela maior vida média feminina, viuvez precoce, dificuldade para o (re) casamento e nível baixo de instrução e de renda. Além disso, outro fator importante é o baixo número de admissões masculinas nestes locais.

Quanto à **Faixa Etária** pode-se observar que essa população era composta por uma clientela de idade avançada, estando sua maioria (15 idosos) situada na faixa etária de 86 até 90 anos. Também as faixas etárias de 81 até 85 anos e 91 até 95 anos apresentaram uma quantidade grande de moradores contando cada uma delas respectivamente com 13 e nove idosos.

As faixas etárias mais jovens apresentaram menor quantidade de idosos. Na faixa etária de 60 até 65 anos havia dois moradores; de 66 até 70 anos apenas um morador; na faixa 71 até 75 anos quatro moradores; e na faixa de 76 até 80 anos cinco moradores.

No período da coleta de dados, havia na instituição moradores com faixas etárias extremamente elevadas, mas em número reduzida; a faixa etária de 96 até 100 anos contou com seis moradores e somente um morador contava com 108 anos.

Estudos realizados (YAMAMOTO e DIOGO, 2002; DAVIM, TORRES, DANTAS e LIMA, 2004; HEREDIA et. all., 2004) observaram predomínio de idosos com idade superior a 70 anos, residentes em ILPI, e associaram o fato à redução da capacidade funcional com conseqüente instalação de dependência e maior risco para o adoecimento como fator de institucionalização.

Apontam ainda HEREDIA et alii (2004), que o percentual de internados cresce à medida que aumenta a faixa etária, se considerada de 10 em 10 anos, o que comprova o declínio da saúde com o passar do tempo. Em nosso estudo, essa observação é confirmada pela

presença de 44 idosos ( 77%) com idades entre 81 até 108 anos.

No tocante ao **Estado Civil** dos idosos residentes na ILP de estudo, verificou-se que 33 moradores eram viúvos, o que correspondeu à maioria da população analisada; oito idosos eram solteiros, sete idosos eram divorciados, e somente nove idosos ainda encontravam-se casados. Novamente os dados estão em consonância com a literatura, pois ao somar-se o número de idosos viúvos, solteiros e divorciados é possível identificar que 48 destes moradores (84%) não possuem companheiros, o que é um fator favorável à ocorrência da institucionalização. (PAVARINI, 1996; CORTELETTI, CASARA e HEREDIA, 2004).

Além disso, a constituição familiar não é garantia de permanência do idoso no domicílio, principalmente quando esse indivíduo é portador de doença crônico-degenerativa, em especial a Demência, que propicia condição biológica desfavorável, evidenciada pela perda da autonomia e instalação de dependência.

Levantaram-se também, informações acerca do **Tempo de Residência** na instituição, e verificou-se que existiam idosos que moravam há cerca de 1 ano (10 idosos), e também havia aqueles que se encontravam na instituição há mais de 15 anos (um residia há 16 anos, dois residiam há 18 anos e um residia há 21 anos).

Em estudo realizado por HEREDIA et. al. (2004), onde analisaram as condições de 176 idosos institucionalizados na região nordeste do Rio Grande do Sul, foi evidenciado que 17,6% dos idosos internados

em ILPI residiam entre 1 a 2 anos, 31,3% residiam entre 2 a 6 anos e 9,7% residiam há mais de 10 anos na ILP.

O cenário revelado pelo presente estudo mostrou um achado semelhante, pois a maioria dos idosos residentes na ILP estavam asilados por um período de 3 a 5 anos e a faixa etária desses indivíduos oscilava de 80 a 99 anos, com uma média de idade de 81 anos. Apenas uma idosa tinha 67 anos e residia na instituição há 3 anos, tendo entrado na ILP, portanto, com 64 anos de idade. Isso também pode ser confirmado através do exposto por HEREDIA et. al. (2004) quando afirmam que atualmente o internamento em ILP acontece em faixas etárias mais avançadas, denotando um aumento da longevidade, e permanência mais prolongada no domicílio, ainda que, com restrição de autonomia.

Um achado curioso deste estudo merece destaque. Observou-se a existência de uma parcela de idosos residentes nesta instituição há um tempo bastante avançado. Sete idosos da população analisada (12%) moravam na ILP há mais de 12 anos, havendo indivíduos que residiam ali há 16, 18 e 21 anos. Buscando identificar a idade de entrada, observou-se que houve idoso que ingressou na instituição com 67 anos de idade, sendo a média de idade desses indivíduos cerca de 68 anos no momento da admissão. Talvez este fato possa ser explicado por uma característica cultural, pois a maioria dos idosos em questão era de origem Germânica e residir em instituição de longa permanência, para este povo, é prática comum na terceira idade, sendo uma opção voluntária dos próprios indivíduos.

Mediante consulta aos prontuários médicos, identificou-se que muitos idosos apresentavam **doenças crônico-degenerativas** de base, e em muitos casos essas patologias eram fatores contribuintes para a presença de condição de dependência física, identificada no momento da avaliação em conjunto com a Equipe de Cuidados, através da aplicação da Escala de Dependência e Autonomia (EDA).

A sobrecarga funcional do organismo durante a longa jornada de vida favorece a ocorrência de processos patológicos crônicos, levando ao surgimento das doenças crônico-degenerativas.(CARVALHO e PAPALÉO, 1994)

No Quadro 5 estão representadas as patologias encontradas mais freqüentemente nos prontuários pesquisados. É importante ressaltar que dentre os prontuários analisados todos os idosos apresentavam presença de um ou mais distúrbios de saúde. Não houve ausência deste tipo de citação em nenhum prontuário.

**Quadro 2 - Doenças Crônico-Degenerativas identificadas nos prontuários médicos dos 57 idosos avaliados, residentes na ILPI de estudo. São Paulo, 2005.**

<b>Doença Crônico Degenerativa Identificada no Prontuário</b>	<b>Nº de prontuários</b>
Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)	20
Insuficiência Coronariana (ICO)	4
Arritmia Cardíaca	9
Marcapasso Cardíaco Definitivo	3
Dist. Circulatórios Periféricos (Varizes, Insuf. Arterial, TVP)	7
Demência	21
Depressão	14
Seqüela de AVC	6
Doença de Parkinson	4
Labirintite	4
Diabetes Mellitus	4
Hipotireoidismo	8
Osteoporose	6
Quedas com Fraturas	15
Osteoartrose + Dor	10
Prótese de Quadril	6
Incontinência Urinária + Infecção Urinária	11
Degeneração da Mácula / Catarata / Glaucoma	17
Neoplasia	7
Hérnia de Hiato e Gastrite/Esofagite	14

Observou-se que, algumas das patologias e/ou eventos que apresentaram alta incidência implicavam na ocorrência de dependência, senão inicialmente, certamente ao longo do tempo de convivência com a mesma. Foi o caso da Demência, onde se observou que de um total de 57 idosos avaliados, em conjunto com a Equipe de Cuidados, 21 apresentavam este diagnóstico médico, o que correspondia a 37% desta população. A incidência elevada dessa doença pode ser explicada pelo fato que a maioria desses indivíduos encontrava-se com idade entre 86 até 90 anos. Sabe-se que quanto mais o cérebro envelhece maior a ocorrência de perda neuronal com conseqüente atrofia do córtex cerebral, levando a maior propensão ao desenvolvimento de processos demenciais, que dificultam o autocuidado, gerando perda da autonomia e da independência. (CARVALHO e PAPALÉO, 1994)

Dos 57 idosos submetidos à avaliação em grupo havia 14 com quadro depressivo, talvez relacionado ao quadro de demência, decorrente da percepção das perdas cognitivas que apresentava; ou também provavelmente associado ao afastamento familiar e social, conseqüentes à institucionalização. Segundo GARRIDO e MENEZES (2002), as síndromes depressivas e demenciais são os problemas mentais mais prevalentes na população idosa.

De acordo com CORTELLETTI et al (2004) a depressão está muito freqüentemente vinculada às perdas, principalmente as afetivas, e as relacionadas a papéis familiares, laborais e sociais. No idoso asilado as perdas são muitas, o que justifica a grande

incidência de estados depressivos e a limitação das possibilidades de prevenção.

Também associada à faixa etária avançada notou-se a presença de elevada frequência de quedas, por sua vez associadas à presença de osteoartrose, que resultava em dificuldades locomotoras, além disso, a presença de osteoporose predispõe à fraturas. Associado a esses fatores que levam a instabilidade postural observou-se também que 17 idosos (31%) apresentavam degeneração da mácula ou então presença de catarata, outro fator importante no desenvolvimento de dependência, pois a diminuição da acuidade visual dificulta a deambulação, e pode predispor a quedas, além de gerar insegurança e conseqüente dependência.

Sabe-se que o envelhecimento provoca minimização da funcionalidade dos sistemas, diminuição do sistema perceptivo evidenciado pela diminuição da acuidade visual e auditiva e, sobretudo, o desgaste do aparelho locomotor refletido na cinestesia, desencadeando uma pior condição de perceber o corpo no espaço e no tempo em relação aos objetos e às demais pessoas. Em função deste declínio sensorial e motor, o idoso apresenta dificuldade crescente na realização de atividades cotidianas. (HEREDIA et al., 2004)

Outro achado freqüente foi a presença de Incontinência Urinária evidenciada em 11 moradores. Sabe-se que a perda do controle esfinteriano está associada freqüentemente à evolução do processo demencial, além de predispor à Infecção Urinária.

Conforme já apontado anteriormente evidenciou-se que 37% dos idosos avaliados neste estudo apresentavam diagnóstico de quadro demencial, o que pode explicar a incidência alta de incontinência urinária.

Encontrou-se também em 20 (35% dos idosos) o diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). A literatura aponta que 10% a 15% dos brasileiros são hipertensos, e esse percentual sobe para 30% a 55% ao se tratar de população idosa. Esse é um dado importante, ao considerar-se que a hipertensão pode levar a complicações graves como Acidente Vascular Cerebral (AVC), Insuficiência Renal Crônica, Insuficiência Coronariana (ICo), sendo essa última responsável por 40% dos óbitos entre pessoas idosas. (CORTELLETTI et al., 2004)

O prontuário médico dessa instituição possuía uma característica bastante interessante. Observava-se uma preocupação com o registro da história de vida dos moradores e seus vínculos afetivos. Um dado importante para este estudo, uma vez que consta na EDA um momento específico para avaliar, entre outros fatores, como é o relacionamento do morador com o meio externo à instituição, qual a frequência das visitas que o morador recebe e qual o impacto que isso traz ao idoso em questão.

Buscando sustentar essas avaliações coletou-se, então, do prontuário médico a composição da **Rede de Suporte Social** que os idosos possuíam, sendo incluídas aqui as relações que mantinham fora da instituição.

Apurou-se que essa rede de apoio social era composta em sua maioria pelos filhos, uma vez que a maioria dos moradores era de viúvos. A esposa ou marido também eram citados, embora em frequência muito pequena, o que correspondia à pequena presença de idosos ainda com cônjuge vivo. Esse dado vai de encontro ao exposto por CHAIMOWICZ (1997), quando afirma que a família é a base principal de apoio aos idosos, desempenhando o papel fundamental como provedora de suporte aos mesmos.

Aqueles que eram solteiros tinham como vínculo externo irmãos, sobrinhos, cunhados e amigos, o que de acordo com VERAS (1996) é classificado como sistema informal de apoio.

Estudos realizados em instituições brasileiras de longa permanência para idosos também apontaram, que as visitas recebidas por esses idosos são, em sua grande maioria, dos filhos, netos, irmãos e sobrinhos. Porém destacam, que quanto maior o tempo de internação na ILP menor a frequência das visitas. (CORTELLETTI et al, 2004; DAVIM et al, 2004; HEREDIA et al, 2004)

## **9.2. Classificação do Grau de Dependência e Autonomia dos idosos avaliados por meio da Escala de Dependência e Autonomia (EDA)**

Além dos registros em prontuários, a aplicação da Escala de Autonomia e Dependência (EDA) resultou na classificação do grau de dependência e autonomia ao apontar um escore, resultante da somatória de pontos atribuídos ao idoso para os 25 itens da EDA, através do consenso obtido entre os membros da Equipe de Cuidados ao longo da avaliação.

A seguir será apresentada a classificação do Grau de Dependência e Autonomia dos residentes da instituição obtida pela metodologia de aplicação da EDA.

Conforme já descrito em capítulo anterior, esse instrumento permite a classificação do idoso em 3 Graus de Dependência, de acordo com a somatória de pontos obtida: pontuação inferior a 30, dependência ligeira ou leve; de 30 a 65 pontos, dependência média ou moderada; acima de 65 pontos, dependência severa ou grave.

Nos quadros a seguir estão dispostas as avaliações individuais e consensuais realizadas em cada pavilhão, bem como a pontuação obtida em cada um dos 25 itens que compõem a Escala de Dependência e Autonomia (EDA), com o objetivo de permitir ao leitor uma visão global do instrumento utilizado.

**Quadro 3- Avaliação do Grau de Dependência dos 15 idosos residentes no Pavilhão Rosa da ILPI de estudo.**

Item da EDA	Idoso														
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Levantar	3	1	3	4	4	1	4	1	1	3	3	4	3	1	4
Andar	3	1	3	2	4	1	3	1	2	2	1	4	3	2	3
Circulação do Paciente	1	2	1	2	2	1	2	1	1	2	1	2	2	2	2
Atividade Diurna	3	1	3	3	3	1	3	1	1	3	3	3	3	2	3
Higiene Pessoal	4	4	4	4	4	3	4	3	3	3	4	4	4	4	4
Vestir-se	4	4	4	4	4	3	4	3	1	3	4	4	4	3	4
Alimentação	4	2	2	4	2	2	4	2	2	2	2	3	4	2	2
Incontinência urinária	4	1	4	4	4	3	4	4	1	2	3	4	3	3	3
Incontinência Fecal	4	3	1	3	4	1	4	1	1	1	1	3	3	2	3
Prevenção de Úlcera por Pressão	3	1	1	2	2	1	2	1	1	1	1	2	1	1	1
Controle de Sinais Vitais	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
Administração de Tratamentos	3	3	3	3	2	2	3	2	2	3	2	3	3	2	3
Visão	3	1	1	2	1	1	3	1	2	1	1	4	3	1	1
Audição	2	1	1	2	1	1	3	1	2	1	2	2	1	1	1
Fala	2	3	2	3	1	1	3	1	1	1	1	2	2	2	1
Orientação no Tempo	4	4	4	4	4	2	4	1	1	1	2	4	4	2	4
Orientação no Espaço	4	4	4	4	4	2	4	1	1	1	4	4	4	1	4
Memória	4	4	3	3	2	2	3	1	2	1	2	4	3	2	3
Recebimento de Visitas	2	3	1	3	1	2	1	1	3	1	2	1	3	2	1
Relacionamentos exteriores à Instituição	3	3	1	3	2	1	3	1	1	1	1	3	3	1	3
Atividades e Lazer	4	2	3	4	2	3	4	4	1	3	2	4	3	3	2
Conversação	3	3	1	3	1	1	3	1	1	1	2	3	2	2	2
Humor	4	2	1	4	1	2	1	4	1	1	2	4	4	4	2
Comportamento Perturbado, Agitado	3	3	3	2	2	2	2	2	1	1	2	2	3	1	3
Reação dos Cuidadores	1	1	1	1	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1
Total Individual Pontos	78	60	58	76	61	43	75	46	37	43	51	77	74	50	63
<b>Média da ILPI</b>	<b>58</b>														

**Quadro 4- Avaliação do Grau de Dependência dos 11 idosos residentes nas “Casinhas” da ILPI de estudo.**

Item da EDA	Idoso										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Levantar	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Andar	2	1	1	1	1	1	2	1	2	1	1
Circulação do Paciente	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1
Atividade Diurna	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Higiene Pessoal	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Vestir-se	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Alimentação	2	2	2	1	1	2	2	1	2	1	1
Incontinência urinária	1	1	1	1	1	3	2	1	1	1	1
Incontinência Fecal	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Prevenção de Úlcera por Pressão	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Controle de Sinais Vitais	4	4	3	4	4	3	4	3	3	3	3
Administração de Tratamentos	3	3	1	1	1	3	2	1	1	1	3
Visão	2	1	2	2	2	1	2	2	2	1	1
Audição	3	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1
Fala	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Orientação no Tempo	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Orientação no Espaço	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Memória	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Recebimento de Visitas	3	1	3	1	1	1	2	2	2	2	1
Relacionamentos exteriores à Instituição	3	1	2	1	1	2	1	1	1	1	1
Atividades e Lazer	3	2	2	2	2	2	4	1	2	1	1
Conversação	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1
Humor	1	2	2	1	1	2	2	1	1	1	2
Comportamento Perturbado, Agitado	3	2	1	1	1	2	1	1	1	1	2
Reação dos Cuidadores	3	1	1	1	1	3	1	1	1	1	1
Total Individual Pontos	45	34	34	30	30	38	41	29	32	28	31
<b>Média da ILPI</b>	<b>58</b>										

**Quadro 5- Avaliação do Grau de Dependência dos 15 idosos residentes no Pavilhão Azul Inferior, da ILPI de estudo.**

Item da EDA	Idoso														
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Levantar	4	4	4	2	1	4	4	4	4	3	2	4	4	4	4
Andar	4	4	4	3	1	4	4	4	4	3	1	4	4	4	4
Circulação do Paciente	1	1	1	1	1	1	1	2	1	3	2	2	1	1	1
Atividade Diurna	4	4	2	3	2	1	3	4	4	4	1	3	3	3	3
Higiene Pessoal	4	4	4	4	1	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4
Vestir-se	4	4	4	4	1	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
Alimentação	4	4	2	4	1	2	3	4	4	2	4	4	4	4	4
Incontinência urinária	4	4	3	4	1	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4
Incontinência Fecal	4	4	2	4	1	4	3	4	4	2	4	4	4	4	4
Prevenção de Úlcera por Pressão	4	4	2	2	1	4	4	4	4	3	1	4	2	4	4
Controle de Sinais Vitais	3	4	3	3	3	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3
Administração de Tratamentos	3	4	2	3	2	3	4	4	4	2	3	4	3	4	3
Visão	4	3	1	1	1	1	3	3	2	2	1	1	1	1	2
Audição	1	2	1	1	1	1	2	1	2	3	1	2	1	1	1
Fala	2	4	1	3	2	1	2	3	2	1	3	4	2	4	2
Orientação no Tempo	4	4	2	4	2	1	2	4	2	1	4	4	4	4	4
Orientação no Espaço	4	4	2	4	1	1	2	4	2	1	4	4	2	4	4
Memória	2	4	2	3	1	1	2	3	2	2	2	4	2	4	4
Recebimento de Visitas	2	1	1	2	2	4	1	1	3	3	4	1	1	1	1
Relacionamentos exteriores à Instituição	4	4	1	4	1	1	1	4	4	1	4	4	4	3	1
Atividades e Lazer	3	4	3	4	4	2	1	4	4	3	4	4	3	4	2
Conversação	3	4	1	4	1	1	1	3	3	1	4	4	3	4	3
Humor	4	4	2	1	2	1	1	2	3	3	4	4	2	4	3
Comportamento Perturbado, Agitado	2	2	2	3	2	2	2	3	2	3	3	3	3	2	4
Reação dos Cuidadores	1	1	1	1	3	1	1	1	1	3	1	1	1	2	3
Total Individual Pontos	79	85	53	72	39	55	62	81	77	63	72	86	73	81	76
<b>Média da ILPI</b>	<b>58</b>														

**Quadro 6- Avaliação do Grau de Dependência dos 16 idosos residentes no Pavilhão Azul Superior, da ILPI de estudo.**

Item da EDA	Idoso															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Levantar	4	3	3	4	3	1	4	1	3	4	1	1	3	4	1	3
Andar	4	2	3	4	3	2	4	2	2	4	1	1	3	4	1	3
Circulação do Paciente	4	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1
Atividade Diurna	4	1	3	3	1	2	3	2	2	1	1	1	4	4	3	3
Higiene Pessoal	4	4	3	4	4	2	4	3	3	4	3	4	4	4	4	3
Vestir-se	4	4	4	4	4	1	4	3	3	4	3	4	4	4	4	3
Alimentação	4	2	2	4	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	4	2
Incontinência urinária	4	4	2	4	4	3	4	2	1	4	3	4	4	4	4	4
Incontinência Fecal	4	4	2	4	1	1	4	2	1	4	1	4	4	4	4	2
Prevenção de Úlcera por Pressão	4	1	2	4	1	3	2	3	4	4	1	4	4	4	4	2
Controle de Sinais Vitais	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
Administração de Tratamentos	4	3	3	3	2	3	3	2	2	4	3	3	3	4	3	3
Visão	4	3	2	4	2	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1
Audição	2	1	4	1	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1
Fala	4	4	2	4	1	1	2	1	1	3	3	4	1	1	3	2
Orientação no Tempo	4	4	3	4	1	1	4	1	1	1	3	4	4	1	4	1
Orientação no Espaço	4	4	2	4	1	1	4	2	1	1	3	4	4	1	4	1
Memória	4	4	2	4	2	2	2	2	1	2	2	4	4	2	4	1
Recebimento de Visitas	1	4	1	1	2	1	1	1	1	1	2	1	1	3	1	1
Relacionamentos exteriores à Instituição	3	4	1	4	1	1	4	1	1	3	1	1	4	1	2	1
Atividades e Lazer	4	3	2	4	1	1	3	2	1	2	2	4	3	3	4	1
Conversação	4	4	1	4	1	1	2	2	1	3	1	4	2	2	4	1
Humor	4	2	2	4	1	1	2	2	1	2	1	2	1	3	4	1
Comportamento Perturbado, Agitado	1	2	3	3	2	1	2	2	2	2	2	3	2	2	4	1
Reação dos Cuidadores	1	1	1	1	2	1	1	2	3	2	1	1	1	1	2	1
Total Individual Pontos	87	72	57	86	49	39	67	48	43	62	46	67	69	64	72	46
<b>Média da ILPI</b>	<b>58</b>															

Buscando condensar as informações, elaborou-se o quadro abaixo, onde estão descritas as classificações dos graus de dependência de cada pavilhão da instituição.

**Quadro 7 - Número e Classificação do Grau de Dependência e Autonomia de Idosos residentes na ILP de estudo, através de Consenso entre membros da Equipe de Cuidados, mediante aplicação da Escala de Dependência e Autonomia (EDA)**

<b>Pavilhão</b>	<b>Dependência Ligeira ou Leve (&lt; 30 pontos)</b>	<b>Dependência Moderada ou Média (30 - 65 pontos)</b>	<b>Dependência Grave ou Acentuada (&gt; 65 pontos)</b>
Rosa	0	10	5
Azul	0	13	16
Casinhas	2	9	0
<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>32</b>	<b>23</b>

Ao se analisar os dados obtidos verificou-se que somente 2 idosos foram classificados no **Grau de Dependência Ligeira ou Leve**, destacando-se que esses idosos residiam nas chamadas "Casinhas". Conforme já descrito anteriormente, neste tipo de moradia residem os idosos mais independentes, que não necessitam de supervisão contínua e possuem capacidade para desempenho de atividades de vida diária preservada, embora alguns, por opção familiar, mantenham acompanhantes diariamente.

No **Grau de Dependência Média ou Moderada** foram classificados 33 idosos, sendo 10 residentes no

Pavilhão Rosa, 14 no Pavilhão Azul e 9 nas "Casinhas". Isso significa dizer que 58% dessa população de idosos apresentava algum grau de comprometimento, ou para o autocuidado ou para realização de atividades básicas de vida diária.

**No Grau de Dependência Severa ou Grave** foram classificados 22 idosos(38,5%), sendo 5 residentes no Pavilhão Rosa e 17 no Pavilhão Azul. Não houve nenhum idoso com essa classificação morando nas "Casinhas". Além disso, também não se encontrou nenhum idoso residindo nos pavilhões onde existe Equipe de Cuidados durante as 24 horas do dia, com classificação do Grau de Dependência Ligeira ou Leve. Esse resultado permite afirmar que a EDA, de fato, promoveu uma classificação fidedigna das reais condições de dependência e autonomia do idoso dessa ILP de estudo.

Nota-se que 55 idosos, ou seja, 96,5% da população avaliada obtiveram classificação de dependência entre Moderada e Severa. Ao se correlacionar esses dados com as características dos idosos apontadas anteriormente, novamente se verifica que o instrumento em questão, a Escala de Dependência e Autonomia (EDA), permitiu identificar as condições reais desses idosos, uma vez que a população avaliada era composta por idosos de faixa etária avançada, com presença de grande número de doenças crônico-degenerativas predisponentes a perda de autonomia e independência, com comprometimento para realização do autocuidado e/ou de atividades diárias básicas.

### **9.3 . Apresentação do Perfil da Equipe de Cuidados da ILPI**

A análise dos dados obtidos por intermédio da aplicação do Segundo Roteiro de Entrevista (Anexo XIV) possibilitou a identificação do Perfil dessa Equipe de Cuidados, os quais serão apresentados através de método analítico descritivo, conforme disposto a seguir.

Para facilitar a visualização do todo por parte do leitor estão dispostas no quadro a seguir as características dos componentes da Equipe de Cuidados, que voluntariamente participou do estudo. Na seqüência estas informações serão comentadas, tendo como base os dados apontados em literatura.

**Quadro 8 - Caracterização da Equipe de Cuidados submetida à entrevista individual, de acordo com a função exercida na ILP. São Paulo, 2005.**

Característica	Membros da Equipe de Cuidados			
	Cuidador de Idosos	Auxiliar Enf.	Técnico Enf	Enfermeiro
<b>Faixa Etária</b>				
30-35	1	3	1	2
36-40	1	3	-	1
41-45	1	1	1	1
46-53	1	1	-	-
<b>Sexo</b>				
Masculino	1	0	0	0
Feminino	3	8	2	4
<b>Estado Civil</b>				
Solteiro	-	-	-	1
Casado	3	6	2	2
Divorciado	1	1	-	1
Viúvo	-	1	-	-
<b>Formação Escolar</b>				
1ºG.Incomp	1	-	-	-
1ºG.Comp.	1	-	-	-
2ºG.Incomp	1	5	-	-
2ºG.Comp.	-	3	2	-
Superior	-	-	-	4
<b>Tempo de Formado</b>				
6m-2a	Não possuem formação	4	-	-
3a-5a		3	2	1
6a-10a		1	-	-
12a-18a		-	-	3
<b>Função na ILPI</b>	4	8	2	4
<b>Tempo de Trabalho na ILPI</b>				
3meses	-	-	-	3
2-5 anos	2	6	-	-
6-10anos	1	2	2	-
11-17anos	1	-	-	-
<b>Atividade Anterior</b>				
Cuidador Idoso ILP	3	6	-	-
Atendente Enf ILP	1	-	-	-
Aux.Enf.HomeCare	-	1	-	-
CxSuperm	-	1	-	-
Atend Enf Hospital	-	-	1	-
Secretária	-	-	1	-
Enfº em Hospital	-	-	-	4
<b>Formação em GerontoGeriatria</b>				
Não	1	4	4**	2
Sim	3**	4**	-	2***

\*\*Referem como formação em Geriatria e Gerontologia curso fornecido pela ILP, ministrado por docente da FSP-USP, na própria instituição.

\*\*\* Curso de Pós Graduação em Enfermagem Geriátrica - USP e UNIFESP

Em relação à **Faixa Etária** dos profissionais da Equipe de Cuidados entrevistados, identificou-se que a maioria (sete profissionais) possuía idade entre 30 -35; cinco possuíam idade entre 36-40 anos; quatro tinham idade entre 41 – 45 anos e dois tinham idade entre 46 – 53 anos.

Apenas um dos profissionais entrevistados era do **sexo** masculino e os 17 profissionais restantes eram mulheres. Isso vem confirmar a literatura, ao referir que a maioria das pessoas atuantes em atividades ligadas ao cuidado humano, é do sexo feminino; a atividade de cuidar de alguém com dependência está sempre associada à imagem feminina, da mãe, da esposa, da filha, entre outras.(MEYER, 1993)

A análise do **Estado Civil** dos profissionais mostrou que a maioria era casada correspondendo a 72% (13 profissionais), uma era solteira, uma era viúva e três eram divorciadas. Correlacionando-se esse dado com a faixa etária, observa-se que esses profissionais são mais maduros, configurando maior estabilidade na vida pessoal.

Outro item que compunha o perfil desses profissionais era **Formação Escolar**. A maioria, 12 profissionais (67%), tinha grau de escolaridade situado no 2º grau. Destes, sete tinham formação de 2º grau incompleto, enquanto cinco profissionais tinham 2º grau completo. Todos eram Auxiliares e Técnicos de Enfermagem.

A Equipe contava também com ocupacionais de formação escolar elementar, havendo um com 1º Grau Incompleto e um com 1º Grau Completo. Esses

ocupacionais eram Cuidadores de Idosos, os que realizavam atividades elementares de auxílio aos idosos, na alimentação, higiene, vestuário, deambulação e atividade importante de companhia.

Os profissionais com formação de Nível Superior, num total de quatro, eram todos Enfermeiros.

Na categoria Formação Escolar incluiu-se a análise do **Tempo de Formado** dos profissionais Auxiliares de Enfermagem, Técnicos de Enfermagem e Enfermeiros, num total de 14 profissionais, subdivididos em 4 categorias de intervalo de tempo, elaboradas mediante os dados obtidos das entrevistas. O intervalo de 6 meses até 2 anos de formado contou com quatro profissionais; 3 até 5 anos de formado foi o que concentrou o maior número com um total de seis profissionais; o intervalo de 6 anos até 10 anos de formado contou apenas com um profissional; e o maior tempo de formado correspondeu ao intervalo de 12 até 18 anos, sendo de três Enfermeiros.

Acredita-se que, quanto maior o tempo de experiência profissional, maior a chance de vivência de diferentes situações, assegurando maior segurança e preparo profissional. Esse pressuposto pode ser confirmado através dos relatos de vários entrevistados, quando submetidos a seguinte questão norteadora "Você se sente preparado para cuidar do idoso?". Vários membros da Equipe de Cuidados relataram sentirem-se preparados por atuarem há vários anos junto à clientela idosa, afirmando que os anos de prática lhes conferia segurança e os capacitavam para o cuidar.

Como é o exemplo do relato E13 (Cuidador de Idosos) *"... me sinto bem preparada, porque já tenho conhecimento ao longo do tempo de 21 anos, acho que nesse serviço se você me perguntar você saber fazer isso, eu sei fazer tudo, antigamente eu fazia complexo, eu fazia medicação, eu punccionava veia, fazia de tudo. Hoje não, porque o quadro mudou muito e eu não faço, mas eu me sinto bem preparada para isso."*

Essa percepção também pode ser evidenciada no relato de uma das enfermeiras entrevistadas, E15 *"... o dia a dia me trouxe esse preparo, aprendi muito, errei bastante, e os próprios idosos me ensinaram..."*

Cabe aqui uma reflexão: sendo os Enfermeiros os responsáveis diretos pela liderança da Equipe de Cuidados, e possuindo esses, uma longa jornada profissional, tiveram a chance de vivenciar experiências diversas no trabalho em equipe, bem como, um contato maior com indivíduos longevos; uma vez que a população brasileira possui um contingente cada vez maior de idosos. Assim, pode-se pressupor uma maior chance de êxito no gerenciamento da assistência aos idosos nos serviços de saúde e particularmente numa ILPI.

O item 6 do Roteiro de Entrevista (Anexo XIV), referia-se a **Função que Exercia na ILPI**. Foram mantidas as categorias profissionais determinadas pela ILP de estudo: 4 Cuidadores de Idosos; 8 Auxiliares de Enfermagem; 2 Técnicos de Enfermagem e 4 Enfermeiros.

A composição da Equipe de Cuidados da ILP de estudo difere do que foi encontrado em outros

trabalhos, pois em sua composição verifica-se a existência de Enfermeiros diariamente. Estudos realizados por PAULA(1994) e FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO(1993) apud CHAIMOWICZ e GRECO (1999), mostraram que 98% das instituições não possuíam enfermeira. Também YAMAMOTO e DIOGO (2002), em estudo realizado com idosos e instituições no município de Campinas, observaram a existência de enfermeiros em apenas 4 das 6 instituições analisadas, e em três dessas instituições, o enfermeiro estava presente apenas parte do dia, contrapondo-se à resolução COFEN – 146 de 1992, a qual determina que “em toda instituição onde exista unidade de serviço que desenvolva ações de Enfermagem, deverá haver o Enfermeiro durante todo o período de funcionamento da unidade”.

Neste sentido a ILP desse estudo pode ser considerada privilegiada, pois existiam na instituição um total de seis enfermeiros, entre os turnos diurno e noturno.

No que se refere ao **Tempo de Trabalho na Instituição**, identificou-se que a Equipe de Cuidados era formada por pessoas que estavam vinculadas à instituição por um longo período, existindo profissionais que faziam parte do quadro de pessoal há 17 anos. A maioria, nove profissionais, estava ligada à instituição entre 2 – 5 anos; no intervalo 6 – 10 anos, 4 profissionais; dentro do intervalo 11 – 17 anos encontrou-se dois. É necessário informar que em função de reformas arquitetônicas, com o intuito de ampliar e propiciar melhores acomodações, assim como possibilitar o atendimento de idosos mais dependentes,

o Pavilhão Azul passava por mudanças no quadro de recursos humanos. Em virtude disto, no momento da coleta de dados existiam três profissionais, especificamente Enfermeiros, que pertenciam ao quadro de pessoal da instituição há apenas 3 meses.

Observou-se a existência de estabilidade institucional, minimizando a rotatividade profissional, o que confere tendência a melhor qualidade assistencial, pois o vínculo entre profissionais e instituição aumenta, e fundamentalmente, o vínculo com os idosos residentes, promovendo, dessa forma, maior conhecimento das características individuais de cada morador, peculiaridades, preferências, hábitos diários, entre outros.

O relacionamento dos idosos em instituição de longa permanência acaba se tornando um contexto familiar, onde eles encontram proteção tanto dos profissionais como dos outros idosos. Acaba havendo substituição de elementos, uma vez que a convivência familiar cotidiana torna-se, na maioria das vezes, esporádica. Esse vínculo passa a ser tão forte que os idosos verbalizam a expressão “pegar amizade”, tornando-se, assim, uma manifestação de carinho e confiança promovidos pelo convívio asilar. (DAVIM et al., 2004)

À Equipe de Cuidados da ILP também foi indagado em que **Atividade Trabalhou Antes** de pertencer ao quadro de pessoal da referida instituição. Obteve-se que 10 profissionais já haviam trabalhado em ILP como Atendente de Enfermagem e/ou Cuidador de Idosos. Outro campo de trabalho que apareceu várias vezes, foi

Instituição Hospitalar, destacada por cinco profissionais, atuando como Enfermeiros e Atendentes de Enfermagem. Pode-se identificar ainda atividades como Secretária, Operador de Caixa de Supermercado e Auxiliar de Enfermagem em Home Care, cada uma delas citadas por um profissional.

É curioso o fato de que mais da metade dos membros da Equipe de Cuidados, da ILP em questão, terem como experiência prévia o trabalho em instituições de longa permanência para idosos, denotando uma identificação profissional com o tipo de clientela. Analisando-se ainda os dados acima, pode-se verificar que o meio hospitalar ainda é um cenário de trabalho marcante para os profissionais de enfermagem, que em sua maioria compõem as Equipe de Cuidados da ILPI.

Ainda, buscando compor o perfil dos profissionais da Equipe de Cuidados da ILP, estes indivíduos foram questionados quanto a **Formação Específica na Área da Geriatria/Gerontologia**. Dos 18 profissionais interrogados, apenas dois (Enfermeiros) disseram possuir curso de Especialização em Geriatria/Gerontologia, em nível Pós Graduação Lacto Sensu; nove profissionais disseram terem participado de um curso intitulado "Cuidar do idoso e cuidar de si mesmo" promovido pela própria instituição, ministrado por docentes da Faculdade de Saúde Pública-USP, realizado durante a jornada de trabalho desses profissionais; e sete profissionais responderam que nunca receberam algum tipo de conteúdo de formação específica na área da Geriatria/Gerontologia.

Achados similares também são apontados pela literatura, segundo a qual, a formação específica na área do envelhecimento humano ainda é restrita a um número pequeno de profissionais, necessitando-se rever os conteúdos de formação científica dos profissionais da saúde, em todos os níveis de formação, para subsidiá-los adequadamente em suas intervenções junto à população idosa nos mais diversos tipos de serviços, promovendo melhores condições de assistência, promovendo e incentivando o autocuidado, assegurando a manutenção da autonomia e da independência destes idosos. (RODRIGUES, 1993; QUINTERO, 1995; PAVARINI, 1996; DUARTE, 1997; DUARTE 1998; NOVAES, 2001; NOVAES E GANDOLPHO, 2002; GANDOLPHO, 2002; MARZIALE, 2003; DAVIM et al, 2004; DIOGO, 2004).

Por outro lado, não se pode omitir o fato extremamente positivo, da ILPI em questão, promover aos seus funcionários um momento durante a jornada de trabalho, de promoção e incentivo ao crescimento científico sobre especificidades do envelhecimento humano, sobre a dinâmica das relações com os idosos e sobre o cuidado necessário que o próprio profissional deve dispensar a si mesmo, no exercício de suas funções. Essa atitude por parte da direção da ILPI desperta nos profissionais um sentimento de reconhecimento, valorizando o indivíduo enquanto ser humano, que também necessita ser cuidado, para poder cuidar melhor do outro, além de atualizar os conhecimentos teóricos, assegurando maior qualidade ao atendimento, despertando o profissional para aspectos muitas vezes desapercibidos. Permite também

a integração entre os membros das Equipes de Cuidados, possibilitando a troca de informações e experiências.

Continha ainda o Roteiro de Entrevista (Anexo XIV), questionamento acerca do recebimento de **Treinamento ao Iniciar as Atividades na Instituição**. A inclusão dessa questão estava pautada na crença, em que havendo um treinamento antes do profissional iniciar suas atividades, em uma nova estrutura organizacional, com regras e rotinas próprias, atendendo à uma clientela com características e comportamentos específicos à idade, o desempenho e conseqüentemente a qualidade de suas intervenções seriam melhores. Nesse sentido pressupõe-se que o idoso atendido também usufruiria de melhor qualidade de vida.

Obtivemos dois grandes grupos de respostas: 3 profissionais que referiram **ter** recebido treinamento antes de iniciar suas atividades, e 15 profissionais que referiram **não ter** recebido treinamento. Ao referirem que tinham recebido treinamento, imediatamente eram questionados quanto a terem, ou não, sentido **falta** da existência do mesmo. Nesse momento, identificaram-se dois sub grupos de respostas, com justificativas diversas, dispostas no quadro abaixo, para facilitar a visualização e compreensão do leitor.

**Quadro 9 – Ocorrência de Treinamento, número e % de profissionais e justificativas apresentadas por terem ou não, recebido treinamento prévio. São Paulo, 2005.**

Treinamento	Nº	%	Justificativas
<b>Sim</b>	3	17	-Orientações pela própria Equipe quanto a rotinas (2 prof) -Reciclagem feita pelo Enfermeiro da ILPI (1 prof)
<b>Não Não sentiu falta</b>	6	33	-Já trabalhava na área (4 profissionais) -Recebeu acolhimento dos colegas (1 prof) -Já tinha cuidado de pessoa dependente (1 prof)
<b>Não Sentiu falta</b>	9	50	-Tinha falta de conhecimento sobre o envelhecimento (6 prof.) -Falta de tempo dos colegas para passarem as rotinas (1 prof.) -Rotina diferente do hospital (2 prof.)
<b>Total</b>	18	100	

Do total de 18 profissionais entrevistados, apenas 3 referiram ter recebido treinamento antes de iniciarem suas atividades, atendo-se esse, apenas às informações sobre as rotinas da instituição e reciclagem sobre alguns procedimentos.

Nota-se que nove profissionais não tiveram um treinamento formal para iniciarem suas atividades, e referiram terem sentido falta desse preparo. Nesse grupo, a maioria (seis profissionais) associou esta necessidade à um déficit de conhecimento científico específico sobre o envelhecimento, o que pode comprometer a qualidade da assistência e até mesmo, gerar insegurança. Além disso, outros profissionais também apontaram que a rotina diária da ILPI é muito diferente da rotina do ambiente hospitalar, onde a experiência anterior estava vinculada (dois profissionais). Observe-se que quando não ocorre treinamento formal, fica a cargo do próprio profissional

buscar inteirar-se das rotinas através dos colegas de trabalho, que já estão integrados ao ambiente. Partindo-se desta premissa, observou-se que um profissional apontou ter sentido falta do treinamento, pois muitas vezes os colegas não tinham tempo suficiente para passarem estas informações.

Em contrapartida, obteve-se que seis profissionais referiram não terem recebido treinamento, mas também não sentiram falta dele, pois já possuíam experiência anterior junto à população idosa ou dependente (cinco profissionais); e um profissional pontuou ter tido bom acolhimento dos colegas, recebendo as informações necessárias sobre as rotinas e as normas da instituição. Isso vem confirmar um dos pressupostos apontados no início desta discussão, a vinculação, pelos entrevistados, do preparo profissional ao tempo de experiência, conferindo, segundo eles, segurança e habilidade para cuidar do idoso.

O item 11 do Roteiro de Entrevista (Anexo XIV) questionou se era costume na instituição haver **discussão a respeito dos cuidados necessários, sobre problemas dos idosos, etc.** Essa pergunta buscava identificar se ocorriam rotineiramente momentos para trocas de experiências e informações entre os profissionais, ou se havia periodicamente uma reciclagem ou momentos para atualização da Equipe de Cuidados. Analisando-se os resultados obtidos, verificou-se que 16 profissionais afirmaram haver momentos para discussão sobre os cuidados aos idosos, entre outros temas. Somente 2 profissionais, disseram não haver esse tipo de discussão na instituição.

Especifica-se no quadro abaixo quais são as formas de discussões referidas pelos profissionais.

**Quadro 10 - Atividades desenvolvidas na ILPI para discutir sobre os cuidados necessários e os problemas dos idosos, segundo relato dos Membros da Equipe de Cuidados. São Paulo, 2005.**

<b>Existência de Atividades</b>	<b>Tipo de Atividades</b>	<b>Nº de Membros da Equipe de Cuidados</b>
<b>Sim</b>	Reciclagem para Auxiliares de Enfermagem	8
	Palestra feita pelos estagiários que frequentam a ILP	1
	Curso ministrado por docentes da FSP-USP, promovido pela ILP	2
	Treinamento para padronização de técnicas	3
	Discussão entre colegas	2
<b>Não</b>	-	2
<b>Total</b>		<b>18</b>

Verificou-se que 89% dos profissionais afirmaram existir momentos específicos durante a jornada de trabalho para discutirem as situações específicas dos idosos residentes, quer fosse a simples troca de experiência entre os próprios profissionais ou momentos formais como curso de extensão, palestras ou reciclagem interna.

Conforme já dito anteriormente, isso reforça o vínculo entre os membros da Equipe de Cuidados. Além de embasar estes profissionais com conteúdos específicos sobre o processo do envelhecimento humano, está capacitando-os a dispensarem uma assistência promotora do autocuidado e da autonomia, princípio norteador da assistência ao idoso.

#### **9 . 4 . Pareceres dos membros da Equipe de Cuidados da ILPI**

Dando seqüência à apresentação dos dados obtidos por intermédio da aplicação do 2º Roteiro de Entrevista (Anexo XIV), serão apresentados e analisados, os resultados referentes às questões norteadoras do roteiro de entrevista.

Essas questões permitiram identificar os pareceres da Equipe de Cuidados da ILPI sobre:

- Sentir-se preparado para cuidar de idosos;
- A metodologia de integração e consenso para avaliar o grau de Dependência e Autonomia dos idosos residentes;
- O instrumento utilizado para a avaliação do grau de Dependência e Autonomia dos idosos residentes, a EDA.

A abordagem metodológica escolhida para a análise desses dados foi a qualitativa, pois segundo MINAYO (1992) "tem a capacidade de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais".

Para a análise dos dados obtidos, aplicou-se o Método de Análise de Conteúdo de BARDIN (1977). A análise constou, portanto, do recorte e escolha das unidades de registro (idéia central) e a configuração das categorias, resultantes da classificação analógica e progressiva dos elementos constituintes dos conceitos emitidos através dos discursos dos membros da Equipe de Cuidados da ILPI.

emitidos através dos discursos dos membros da Equipe de Cuidados da ILPI.

#### **9.4.1. Pareceres sobre**

##### **“Sentir-se preparado para cuidar do Idoso”**

Na intenção de identificar as opiniões dos membros da Equipe de Cuidados da instituição de estudo acerca de sentirem-se preparados ou não para cuidarem de idosos, todos foram submetidos à seguinte pergunta: **“Você se sente preparado para cuidar de idosos?”**

Mediante análise dos discursos obtidos, foi possível identificar dois tipos distintos de opiniões, o que permitiu a categorização das idéias em dois grandes grupos de análise: Sentir-se Preparado e Não se Sentir Preparado.

Buscando a compreensão das categorias acima, identificaram-se as unidades de registro, que emergiram dos relatos dos depoentes. Foram dispostas no quadro abaixo, as categorias e suas unidades de registro.

**Quadro 11 - Pareceres dos membros da Equipe de cuidados sobre “Sentir-se Preparado para cuidar do Idoso”.**

<b>Categoria</b>	<b>Unidade de Registro</b>
<b>Sentir-se preparado</b>	★ Gostar de idosos e do que faz
	★ Ter experiência profissional
	★ Ter experiência profissional e conhecimento científico
<b>Não se sentir preparado</b>	★ Falta de conhecimento específico sobre o

Mergulhando no universo das unidades de registro, pode-se verificar que para os membros da Equipe de Cuidados desta ILPI, estar preparado para cuidar de idosos está associado à dimensão humana do cuidado, uma vez que pontuam como essencial o **gostar do que faz**. Além disso, reforçam a importância da existência de carinho e respeito, uma atitude empática, colocando-se no lugar do outro. Isto pode ser evidenciado através de alguns relatos destacados abaixo:

*E 1 “Me sinto preparada para cuidar de idosos porque eu gosto de fazer o meu trabalho, já trabalhei nesta área, continuo trabalhando, gosto do que faço...”.*

*E 2 “Sim, muito bem preparada porque é uma função que eu adoro fazer, cuidar do idoso”.*

*E 14 “No meu ponto de vista, para cuidar do idoso a gente tem que ter muito carinho, compreensão, eu me sinto preparada, foi a área que eu escolhi, eu gosto muito de cuidar do idoso. Eu vejo pelo lado, que um dia todo nos vamos envelhecer então eu trato assim, o idoso com a maneira que quando eu, um dia for idosa, gostaria que alguém cuidasse de mim.”*

Em estudo realizado com Auxiliares de Enfermagem, no âmbito hospitalar, RODRIGUES (2002) identificou que os mesmos reconhecem os idosos como indivíduos carentes de carinho e atenção, e acreditam que o amor à profissão é o caminho ideal para prestar uma assistência com qualidade, e que a paciência é a principal característica desta prática.

De acordo com WALDOW (1992), o termo cuidar pode ser considerado como “atenção, preocupação para, responsabilidade por, observar com atenção, com afeto,

amor ou simpatia”, de modo geral o termo implica na idéia de fazer, de ação.

Para BOFF (1999), *“cuidar é entrar em sintonia com, auscultar-lhes o ritmo e afinar-se com ele. Cuidar das coisas implica ter intimidade, senti-las dentro, acolhê-las, respeitá-las, dar-lhes sossego e repouso”*.

Nesse sentido, pode-se afirmar que os profissionais da equipe de cuidados deste estudo, possuem internalizados em si, aspectos vitais para essa dinâmica. Indo mais além, VOLICH (2000) afirma que *“aquele que cuida deve deparar com a compreensão de que, antes mesmo das competências técnicas necessárias, seu desejo de vida e de desenvolvimento do outro é um elemento essencial para que esse outro responda ao gesto do cuidar”*.

Remetendo essa análise ao universo da instituição de longa permanência para idosos, a presença do atributo humanitário, sentimental e afetivo na figura de quem cuida, neste estudo em especial a Equipe de Cuidados, é fundamental. O idoso em sua grande maioria perdeu vínculos afetivos com o mundo exterior à instituição, está desprovido de seu papel social, tornando-se indivíduo fragilizado e carente emocionalmente, necessitando ser acolhido, respeitado e valorizado, para poder garantir qualidade à sua vida.

O desafio do cuidado na instituição asilar está em cuidar sem possuir, sem anular a autonomia do idoso, onde as normas, as rotinas institucionais sirvam para orientar a ação, mas não para expropriar os valores, os sentimentos, transformando o cuidado em algo apenas laborativo. (CAPONI, 1997; MARTINEZ, 2003)

Ainda analisando a categoria **Sentir-se preparado** para cuidar do idoso, obteve-se que, além dos atributos humanitários, alguns membros da Equipe de Cuidados também apontaram como sustentáculo para seu preparo a **experiência profissional** e outros associaram o preparo para cuidar com a **experiência profissional ligada ao conhecimento teórico**, conferido pela formação profissional.

Em alguns relatos, os profissionais apontaram que além de gostarem de cuidar de idosos, sentem-se preparados por atuarem há muito tempo junto a essa clientela. Segundo eles, a longa trajetória profissional conferiu-lhes experiência e segurança para atuarem nas mais variadas situações, como pode ser observado nos relatos apontados abaixo.

**E 4** *“sim me sinto, tenho muitos anos na área já, me sinto preparada, só aqui tenho 10 anos né, fora que eu já trabalhei em outro. Eu gosto, tem que gostar da profissão senão, não adianta”.*

**E 6** *“Agora me sinto preparada, no começo eu sentia uma certa dificuldade, por não ter experiência na área, eu vim de um ramo completamente diferente, mas agora depois de anos, me sinto preparada”.*

**E 13** *“Me sinto bem preparado, porque já tenho conhecimento de longo tempo, de 21 anos. Acho que nesse serviço, se você me perguntar você saber fazer isso, eu sei fazer tudo, antigamente eu fazia complexo, eu fazia medicação, eu puncionava veia fazia de tudo, hoje não, porque o quadro mudou muito, e eu não faço mais, eu me sinto bem preparada para isso. O tempo*

*que eu trabalho me ajudou a me preparar muito e conhecer melhor”.*

Um número ainda maior, o correspondente a 8 membros da Equipe de Cuidados também se sentem preparados para cuidar de idosos por, além de gostar do que fazem, possuem experiência associada ao conhecimento teórico científico, conferido pela formação profissional. Esse aspecto foi apontado tanto por profissionais de nível médio (Auxiliares e Técnicos de Enfermagem) quanto por profissionais de nível superior (Enfermeiros), conforme em destaque a seguir.

**E 5** *“...eu me considero preparada, porque eu estudei um pouquinho..”*

**E 7** *“Me sinto preparada, por que eu adoro os idosos e também porque eu fiz meu curso de auxiliar, que prepara para qualquer coisa que acontecer com ele, eu estou preparada”.*

**E 8** *“Sinto-me preparada porque estudei, a gente adquire um pouco de conhecimento, mas o conhecimento mesmo você adquire no dia-dia eu acho, porque lá você aprende o básico, ai quando você vai indo, você aprendendo cada vez melhor a cuidar deles e gostar também”.*

**E 9** *“Estou preparada, fiz o auxiliar enfermagem e hoje eu sei dos cuidados que precisa ter com idoso, os horários de decúbitos uns precisam, outros não precisam de atenção, e o primeiro item que sempre batem na mesma tecla com as pessoas, paciência, muita paciência”.*

**E 10** *“Me sinto, porque consigo contribuir com todas necessidades de cada morador. A minha*

*formação, e os cursos de reciclagem que a gente tem na instituição, e o gostar também me dão o preparo”.*

**E 12** *“Eu me sinto preparada porque eu fiz o curso, e eu aprendi a cuidar, e no meu gostar de fazer, acaba dando 100% o que e necessário”.*

**E 15** *“Me sinto preparada porque busquei esse conhecimento, até pelo tempo que trabalho aqui. O contato diário somado ao conhecimento se complementa. Só o embasamento teórico não basta, assim como a prática sem o conhecimento específico também não é o bastante”.*

**E 18** *“me sinto preparada, porque eu tive um preparo, mesmo há tempos quando eu fiz um curso de especialização em geriatria. Também tenho procurado material sobre envelhecimento, idosos. O conhecimento científico me dá mais segurança. Acho que o cuidar em si, a bagagem dos anos de experiência dentro da enfermagem me prepararam, e também eu gosto de cuidar de idoso”.*

Analisando estas colocações, nota-se que a competência para o cuidar de idosos, para a maioria dos membros da Equipe de Cuidados, está posta para além da experiência prática dos anos de jornada profissional, que, sem dúvida nenhuma, lhes confere segurança, habilidade e destreza. Essa competência, segundo eles, está alicerçada no conteúdo teórico científico, recebido através do curso profissionalizante a que se submeteram, embora caiba aqui uma ressalva, trata-se de um conteúdo de formação generalista.

É possível verificar, na fala do discurso E 15, que somente o conteúdo teórico não basta para lhes conferir

segurança e preparo, é necessário o vínculo à prática, ao contato diário com o idoso, propiciando a aplicação dos conhecimentos às múltiplas e variadas experiências.

Observe-se que a clientela idosa possui comportamentos peculiares, que requerem do profissional cuidados e atitudes promotoras de autonomia e de independência, que só poderão ser efetivados pelo profissional na medida em que esse os conhece.

Isso é confirmado pelo exposto por YOSHITOME (2005), quando afirma que a qualidade da atenção aos idosos em uma ILPI depende da suficiência de recursos, da organização administrativa, da competência do pessoal, do processo de trabalho e ainda, do relacionamento entre prestador e usuário. Reforça ainda a autora, que é preciso a profissionalização, o conhecimento das questões sobre o processo de envelhecimento humano e das instituições.

Reforçando essas opiniões, destaca-se a última categoria **Não se sentir preparado para cuidar do idoso**, identificada através da análise dos discursos dos membros da Equipe de Cuidados. A unidade de registro referente a esta categoria foi à **falta de conhecimento científico específico sobre o envelhecimento humano**. Esse despreparo pode ser evidenciado no relato de 3 entrevistados:

*E 11 "Eu acho que a gente nunca tá preparada, a gente tem muito mais para aprender cuidando do idoso, acho que nunca estamos preparado para cuidar deles da maneira que eles necessitam, da maneira que eles*

*acham que devem ser cuidados, acho que a gente tem que aprender para cuidar deles”.*

**E 16** “ *No hospital tinha a experiência com o adulto, mas com o idoso ainda sinto necessidade de estudar mais, pois têm características e especificidades que fogem do meu conhecimento. Não tive tempo para um preparo adequado, porque vim aqui de uma hora para outra. O que me dá segurança é meu conhecimento científico geral”.*

**E 17** “*Sinto falta de conhecimento teórico na área de Geriatria e Gerontologia, sobre coisas específicas do envelhecimento. O conhecimento científico interfere na melhor qualidade da assistência. Eu gosto de idoso, se você não gosta atrapalha o cuidado”.*

Quando a equipe que presta cuidados aos idosos, residentes em ILPI, não possui formação profissional, com preparo específico para atender às demandas do envelhecimento, pode ocorrer desenvolvimento de dependência nesses indivíduos, desencadeado pelos cuidados inadequados prestados por esses profissionais. (PAVARINI, 1996)

Também MARTINEZ (2003) aponta, que os indivíduos que prestam cuidado a idosos em ILPI devem estar capacitados técnica, física e emocionalmente para cuidar, devido às exigências que o idoso requer em suas solicitações, no seu comportamento. O despreparo leva o cuidador a sentimentos de chateação, preocupação, o que reforça a necessidade do conhecimento na área gerontológica para desenvolver um trabalho com segurança, tranquilidade e compreensão.

Sabe-se que existe, apontada pela literatura, uma lacuna na formação básica do profissional, tanto em nível médio como superior, no que concerne a abordagem de conteúdos específicos sobre o envelhecimento humano. Isso gera os sentimentos de despreparo expressos acima, que pode comprometer adiante, a qualidade da assistência prestada aos idosos, nos mais variados cenários, aqui em específico o da instituição de longa permanência. (RODRIGUES, 1993; QUINTERO, 1995; PAVARINI, 1996; DUARTE, 1997; DUARTE 1998; NOVAES, 2001; NOVAES E GANDOLPHO, 2002; GANDOLPHO, 2002; MARZIALE, 2003; DAVIM et al, 2004; DIOGO, 2004).

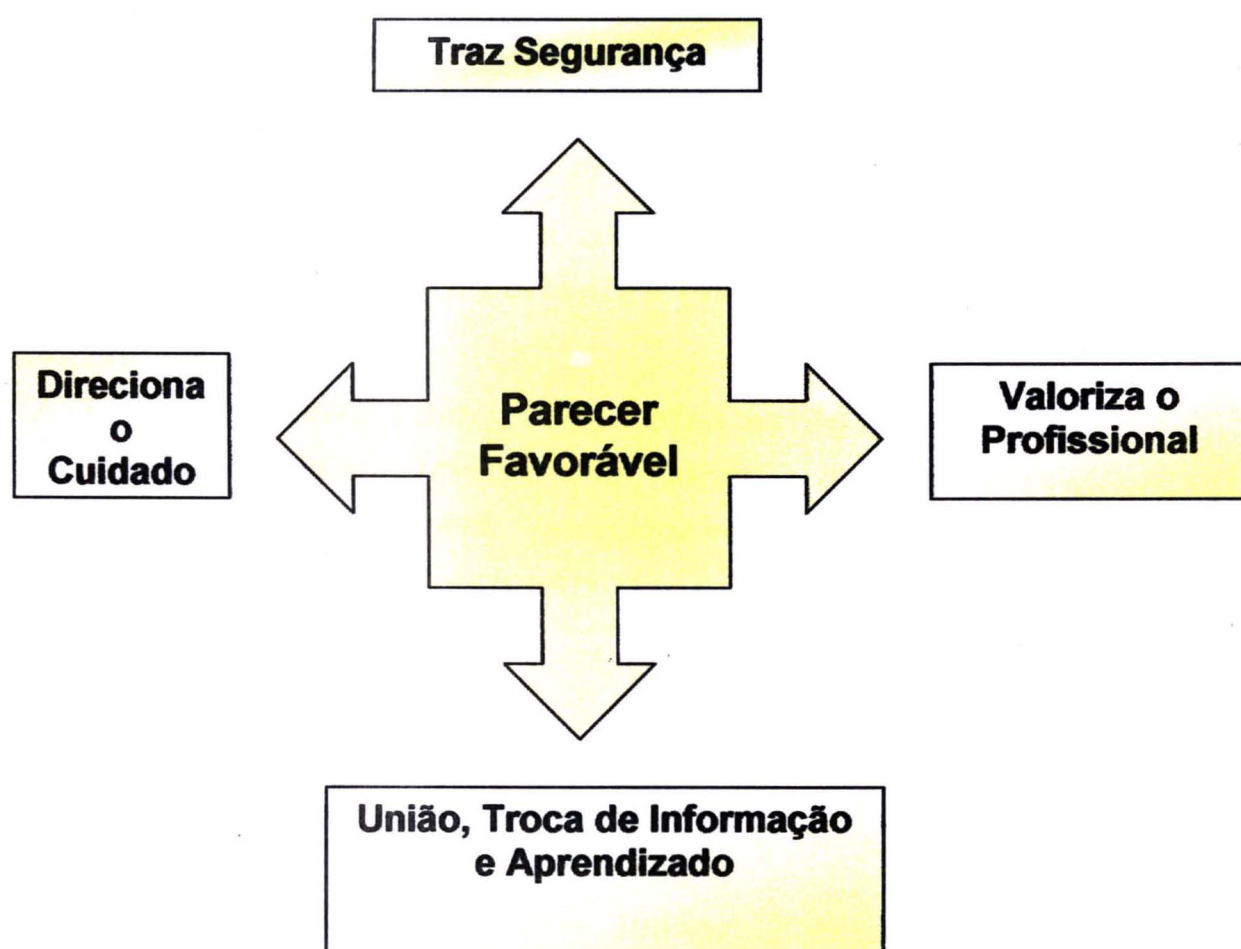
Conhecendo-se o déficit na formação básica dos diversos profissionais, talvez uma forma de minimizar essa deficiência seja a educação em serviço, promovendo momentos durante a própria jornada de trabalho para capacitação dos membros da equipe de cuidados, objetivando melhoria na qualidade assistencial. Na outra ponta desta ação quem se beneficia é o idoso morador da instituição, que poderá ter suas reais necessidades atendidas, poderá ter assegurado o respeito à sua autonomia e o incentivo à sua independência.

#### **9.4.2. Os pareceres da Equipe de Cuidados sobre a Metodologia de Integração e Consenso.**

Os pareceres dos profissionais da Equipe de Cuidados da ILPI, sobre o método utilizado para avaliar os idosos, foram obtidas através das repostas à questão norteadora: **“O que você achou desta avaliação feita em conjunto com o grupo que cuida do idoso?”**

A partir da análise dos depoimentos foram realizados o recorte e escolha das unidades de registro, configurando somente uma única categoria denominada **Parecer Favorável**. Observou-se que todos os membros da equipe emitiram opiniões positivas acerca do método utilizado para realização da avaliação, o qual promovia uma reunião com a equipe de cuidados, e se buscava o consenso de opinião entre eles, sobre as condições de dependência e autonomia dos idosos em avaliação. Esse achado pode ser evidenciado através do esquema representacional abaixo.

**Esquema 2 – Representação da categoria Parecer Favorável, e suas respectivas unidades de registro, referentes à questão norteadora “O que você achou desta avaliação feita em conjunto com o grupo que cuida do idoso”?**



Para evidenciar os pareceres desses indivíduos sobre a metodologia empregada, serão apresentadas as unidades de registros e os respectivos discursos emitidos pelos entrevistados.

### **Unidade de Registro 1: Valorização Profissional**

**E 13** *“enriquece um pouco nosso trabalho, porque a gente pensa que aquilo ali não vale nada dia-dia, aí você vê que vale alguma coisa, dá valor, enriquece nosso serviço de alguma maneira”*

**E 17** *“... foi ótimo pois os funcionários conhecem muito, eles se sentem importantes em estar ajudando no trabalho”.*

**E 18** *“foi muito bom, porque eles estão diretamente envolvidos no atendimento do idoso, e se sentem valorizadas em estarem participando da avaliação, valoriza a opinião do funcionário”.*

### **Unidade de Registro 2: União, Troca de Informação e Aprendizado**

**E 1** *“eu acho legal todos juntos, porque a gente pode conversar e acaba aprendendo uma com a outra, um sabe uma coisa para explicar melhor, entender, eu acho legal!”.*

**E 2** *“eu achei super legal, porque cada um dá sua opinião, e foi muito importante, um falava uma coisa e a gente dizia, não, não é assim, a gente tem mais tempo*

*no pavilhão. Foi muito importante trocar experiência, é muito importante ter diálogo com os colegas de serviço”.*

**E 4** *“foi interessante, dá para saber dos moradores, como eles agem no dia-a-dia. É válido e melhor trabalhar em grupo do que sozinho, dá pra trocar idéia”.*

**E 8** *“possibilita trocar informação porque a gente ta com ele mais tempo, sabe do que eles gostam ou não gostam, o que eles têm ou não”.*

**E 9** *“é bom, porque a gente fez em conjunto, eu creio que favorece muito o morador, a harmonia com os colegas de trabalho, a união. Um dá uma dica, e a gente recebe essa orientação como um alerta, porque a gente sabe o cuidado que tem que ter, isso favorece muito o morador, duas cabeças pensam melhor do que uma”.*

**E 10** *“é muito importante porque dá para se perceber que todo mundo está interagindo com a situação em que o idoso se encontra, suas dificuldades...”*

**E 11** *“achei ótimo porque é uma maneira de conhecer mais o idoso. a gente pode informar e aprender realmente o lado do morador, tem coisa que eu sei e meu colega não sabe, eu acho ótimo a gente estar aprendendo”.*

**E 12** *“em grupo é bom porque todos colocam um pouquinho, todos estão tendo um contato direto com o morador, sabem um pouco. Esse tipo de avaliação é bom fazer sempre, a gente ta vendo as necessidades deles”.*

**E 13** *“eu vejo este trabalho em grupo muito bom, porque a gente pode discutir e trocar conhecimento entre nós, isso só enriquece nosso trabalho”.*

**E14** *“A partir do momento em que o grupo senta para avaliar, há vários olhares e todos podem aprender”.*

### **Unidade de Registro 3: Traz Segurança**

**E 14** *“ achei legal porque cada um dá uma opinião e as opiniões de todos são válidas, com isso fica bem fácil estar avaliando o idoso no dia-a-dia”.*

**E 15** *“Gostei muito, já apliquei outros instrumentos e houve interferência de quem avaliava, era uma pessoa só, e se você não conhece o morador ele te omite fatos. Essa forma traz mais segurança para as pessoas que avaliam, traz uma visão mais aberta”*

### **Unidade de Registro 4 : Direciona o Cuidado.**

**E 7** *“Eu achei interessante, porque mostra a resposta de outros colegas da gente. A gente tem que prestar mais atenção nos detalhes, mesmo sendo pequeno, porque tem gente que tratam eles como instrumento, vai lá, dá o banho e pronto, acabou. Nem vê os detalhes de batom, nem nada, aí, fazendo estas perguntas, fica bem melhor”.*

**E 16** *“Eu acho que a equipe junta favorece maior conhecimento do morador, para chegar num consenso*

*sobre as características do morador. Ajuda a direcionar o cuidado e ver como a equipe trabalha”.*

**E 17** *“... na maioria das vezes é difícil não haver consenso, eles conhecem tanto que respondem rápido. A pessoa não só responde o questionário, mas também comenta outras coisas ao redor daquilo, e você pode perceber dificuldades, necessidades na equipe”.*

As unidades de registro recortadas dessas análises vieram confirmar os pressupostos levantados ao se iniciar este estudo.

O consenso da Equipe de Cuidados quanto às condições de dependência e autonomia é a confirmação da eficácia do planejamento, organização e efetivação do treinamento em serviço:

- O consenso agrega qualidade ao cuidado, possibilita atenção continuada e coerente;
- O método acompanha o processo de alteração das condições de autonomia e dependência, possibilitando, enquanto possível, postergar ou prevenir a dependência;
- O método possibilita um processo contínuo de coordenação e avaliação da qualidade do cuidado prestado.

Observe-se que as confirmações para todos esses pressupostos podem ser encontradas nas falas dos entrevistados.

Nos discursos emitidos, por profissionais de variados níveis de formação, foi possível verificar a percepção da metodologia de integração e consenso

como um método capaz de verificar o tipo e a qualidade da assistência prestada ao idoso, pois surgem durante o momento da avaliação, discussões e argumentações dos profissionais, que dão pistas acerca da forma como realizam determinadas abordagens junto ao idoso, permitindo inferir sobre o tipo de cuidado, se promotor ou não do autocuidado, da autonomia e independência do morador; conforme apontado na Unidade de Registro 4: Direciona o Cuidado.

Durante a dinâmica, principalmente quando ocorria divergência de opinião sobre determinado aspecto, foi possível à pesquisadora perceber déficit na assistência, ou minimização da importância de determinado cuidado. Nesses momentos, ocorria entre os próprios membros da equipe, uma discussão mais detalhada desses aspectos, e cada profissional discorria sobre o modo como intervinha junto ao idoso, resultando na troca de experiência, estando sempre subjacente à importância da individualização e humanização do cuidado.

Também foi apontada pelos depoentes, que a discussão em grupo, para buscar um consenso sobre as condições de dependência e autonomia do idoso, promove maior união entre os membros da equipe, à medida que todos podem emitir sua opinião, gerando troca de experiências e informações, culminando com um momento para a educação em serviço, resultando num aprendizado, refletindo sobremaneira na qualidade do cuidado prestado por essa equipe.

Ainda no tocante à discussão em grupo para busca do consenso, verificou-se a verbalização da ocorrência de união entre os membros da equipe, caracterizados

na **Unidade de Registro 2: União, Troca de Informação e Aprendizado**. Para que a equipe obtenha êxito em suas ações, é fundamental a existência de união entre os membros, até mesmo para que possa haver troca de informações e opiniões sem ocorrência de conflitos. Ao se trabalhar com uma equipe unida, o sucesso na organização e planejamento das ações, e, na realização de momentos de orientação e treinamento em serviço, poderão ser obtidos com menos dificuldades. Além disso, a existência de consenso de opiniões, entre os membros da equipe, reflete coerência em suas ações, promovendo segurança a todos envolvidos no processo, o que ficou sustentado na **Unidade de Registro 3: Traz Segurança**.

SHIMIZU e CIAMPONE (2004) identificaram, em pesquisa realizada com técnicos e auxiliares de enfermagem de unidade de terapia intensiva, que *“as representações emitidas por estes profissionais acerca do trabalho em equipe demonstrava a necessidade de criação de espaços institucionais que proporcionem maior interação entre os membros da equipe, onde os sujeitos possam verbalizar os sentimentos de ansiedade, insatisfação, dor, insegurança e conflito, vivenciados nas relações com os pacientes, com familiares, com a equipe de trabalho e com a instituição.”*

Buscando compreender o universo do trabalho em equipe, vimos que devem ser consideradas duas dimensões: a articulação das ações e a interação dos profissionais. A centralidade do trabalho em equipe está na obtenção de resultados que expressem a finalidade do trabalho, a qual pode ser aprimorada em sua

qualidade por meio da comunicação em busca de consenso entre os profissionais no cotidiano do trabalho. A dinâmica das inter-relações e o vínculo entre os integrantes do grupo potencializam a realização do trabalho. ((PEDUZZI e CIAMPONE, 2000)

Sustentado nessas premissas, os resultados aqui apresentados, por intermédio das unidades de registro apresentadas acima, confirmam a pertinência da metodologia de integração e consenso aqui proposta, enquanto promotora de meio propício para a realização de um trabalho em equipe mais favorável, uma vez que cria espaços de participação, favorece vínculos, reforça o compromisso profissional, e permite momentos de reflexão e orientação.

Um achado inesperado durante a operacionalização da coleta de dados, através das reuniões com os membros da Equipe de Cuidados para avaliação dos idosos, foi à verificação, em determinados momentos das discussões, de prevalência da opinião de determinados profissionais, os quais pareciam exercer um tipo de liderança sobre o restante da equipe, independente da posição hierárquica ocupada.

De modo geral as opiniões emitidas eram em sua maioria convergentes, mas em algumas situações era nítida a influência que alguns profissionais exerciam sobre outros. Não se refere aqui ao profissional Enfermeiro, que em virtude da posição hierárquica a ele conferida, já atua como líder da equipe; além disso, houve preocupação no início do estudo em não incluí-lo durante a busca do consenso, objetivando afastar

qualquer influência que ele pudesse ter, em virtude do cargo.

Mesmo assim, essa liderança despontou entre os outros profissionais da equipe. Na busca por uma compreensão desse fenômeno, encontra-se respaldo nas palavras de SHIMIZU e CIAMPONE (2004), quando afirmam que *“o papel de coordenação de grupo deve ser desenvolvido e potencializado não apenas nos gerentes, mas em todos os integrantes da equipe, pois auxilia o processo de interação e aprendizagem, e o desenvolvimento de novas condutas e papéis, de modo ativo e participativo”*.

Observa-se assim, outro ponto positivo em relação ao método proposto para a avaliação dos idosos, pois através do espaço criado para a emissão de um parecer sobre as condições destes moradores, desenvolvem-se novos papéis, valoriza-se o ponto de vista de cada profissional e conseqüentemente valoriza o trabalho por ele realizado, apontando em direção a uma administração participativa, na qual as pessoas têm reais possibilidades de participar, com liberdade de discutir, sugerir e questionar. Nesse sentido, essa dinâmica pode promover motivação aos membros da equipe de cuidados, resultando em maior eficiência e conseqüentemente, maior qualidade na assistência prestada, além da satisfação dos trabalhadores. (PEREIRA e FAVERO, 2001)

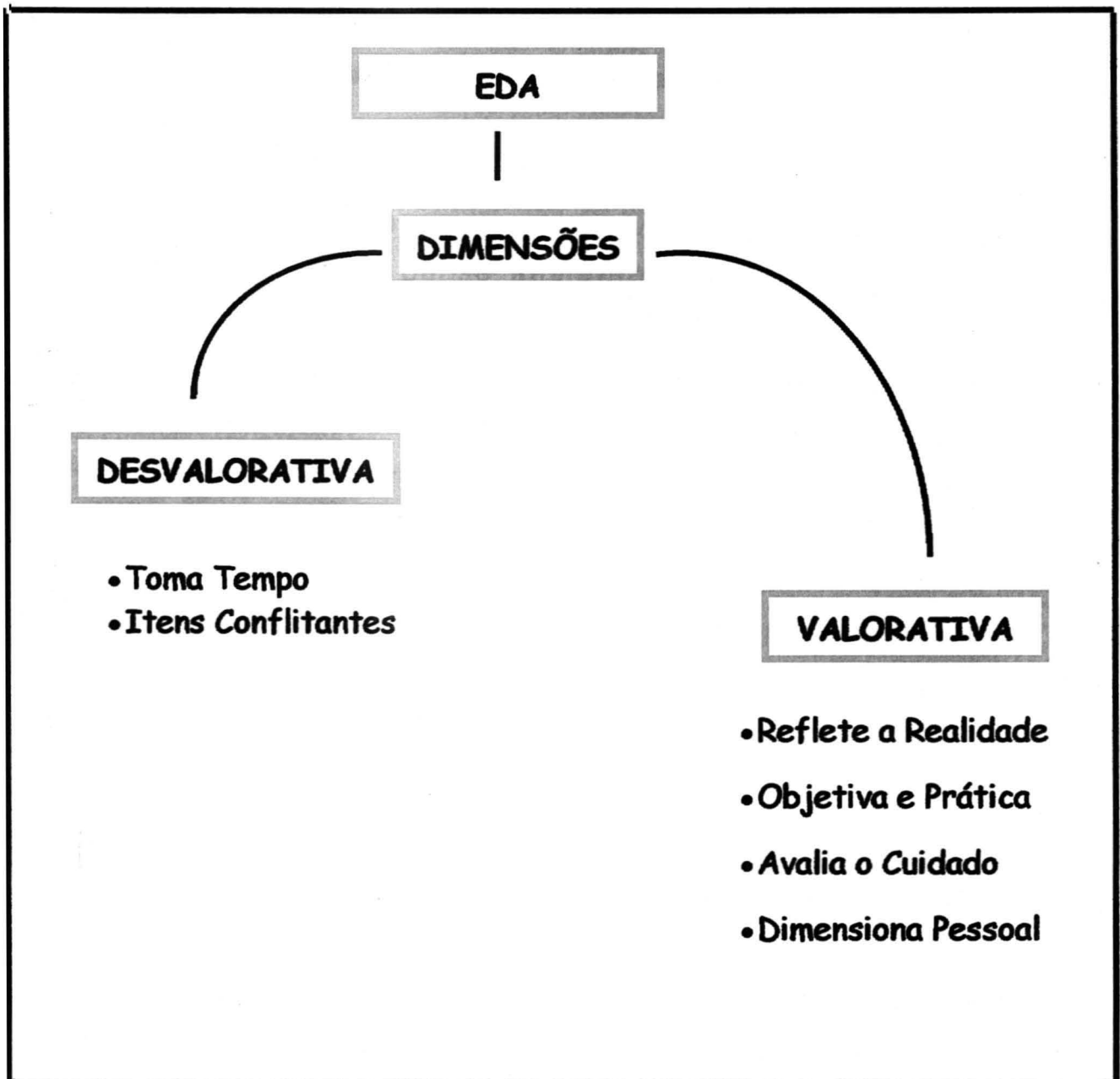
### 9.4.3. Os Pareceres da Equipe de Cuidados sobre a Escala de Dependência e Autonomia (EDA)

Uma vez que para realizar a avaliação do grau de dependência e autonomia dos idosos residente na ILP foi utilizado um instrumento traduzido e adaptado para o português: a Escala de Dependência e Autonomia (EDA) (Anexo X), já descrita em capítulos anteriores, buscou-se obter a opinião da Equipe de Cuidados sobre a referida escala. Perguntou-se **“O que você tem a dizer sobre esse instrumento utilizado para a avaliação do idoso?”**.

Ao se proceder a análise das respostas, observou-se que os discursos mostravam opiniões que giravam em torno de aspectos positivos e negativos da EDA. Portanto, foram eleitas duas categorias: **Dimensão Valorativa e Dimensão Desvalorativa**, com suas respectivas unidades de registro: “Reflete a realidade”; “Objetiva e Prática”; “Avalia o Cuidado”; “Dimensiona Pessoal”; “Toma Tempo”; “Itens Conflitantes”.

Elaborou-se, portanto, o esquema de representação das categorias apresentado a seguir, com o objetivo de ilustrar e facilitar a compreensão.

**Esquema 3 – Representação das categorias - Dimensão Valorativa e Dimensão Desvalorativa - e suas respectivas unidades de registro, referentes à questão norteadora “O que você tem a dizer sobre este instrumento utilizado para a avaliação do idoso?”**



A seguir serão descritas as duas dimensões obtidas e as unidades de registro que permitiram suas construções, sendo realizados os comentários pertinentes logo após apresentação de cada categoria.

- **Dimensão Valorativa**

### **Unidade de Registro 1: Reflete Realidade**

**E 1** *“gostei da escala, porque dá para avaliar o paciente em termos de se alimentar, para dar o banho, estas coisas, da idéia do dia-dia das coisas”.*

**E 2** *“a escala, o instrumento é muito interessante, têm varias coisas dos idosos, uns mais debilitados que os outros. É o dia-dia deles, principalmente os mais debilitados, as perguntas são muito importantes, e dá para avaliar os que estão piores e os melhores”.*

**E 3** *“achei que passa a realidade do que acontece com o morador, suas dificuldades, igual o que a gente vê. Está muito bons estes itens”.*

**E 4** *“retrata o dia-dia do morador, o que acontece com ele”.*

**E 6** *“achei uma seqüência lógica, as perguntas são coerentes, e reflete no dia-dia deles”.*

**E 8** *“está dentro do que acontece com ele, alguns são demenciados ou outros não, outros andam ou não, uns tomam banho sozinho outro não toma, outros comem sozinho outros não comem, tem tudo a ver”.*

**E 9** *“está dentro do padrão certinho, retrata tudo”.*

**E 10** *“muito interessante, muito bem formulado, corresponde com o dia-dia dos idosos corretamente”.*

**E 11** *“na minha opinião tá ótimo, você tem quatro opinião para o morador, acho que tá ótimo”.*

## **Unidade de Registro 2: Objetiva e Prática**

**E 5** *“Eu achei bom porque ela tá dentro do parâmetro do dia-dia. Não toma muito tempo nós, aqui, se você percebeu nosso tempo e quilometrado, a gente deixa de fazer, para dar atenção para você, não que atrapalha, é muito bom e a gente fica contente, mas a gente gostaria de ter mais tempo, mas a gente não tem.”*

**E 14** *“eu achei bem objetiva e facilita bastante, porque através dessas perguntas que você faz, assim relacionada ao idoso, a gente tem uma visão melhor, para tá respondendo como é o idoso que você tá cuidando. Eu achei as perguntas bem objetivas, e através das perguntas a gente dá respostas centrada, em relação ao que você quer saber daquele idoso que você está avaliando”.*

**E 15** *“o instrumento é extremamente claro, fácil de responder, e as questões têm a ver com a rotina diária”.*

**E 16** *“ a escala é fácil de ser aplicada, não toma tempo, cerca de 10 – 15 minutos, e as perguntas são claras”.*

**E 17** *“a escala é rápida para aplicação, é prática”.*

### **Unidade de Registro 3: Avalia o Cuidado**

*E 7 “dá para ter idéia do dia-dia do idoso, dá para saber do próprio funcionário quem tá cuidando ou não, para ficar em dúvida e ver, não, aquela não prestou atenção no que ele fez realmente, deu para ver se ele faz mesmo, eu gostei. Para o funcionário prestar mais atenção”.*

*E 12 “ela é bem completa, porque toda pergunta tem alguma coisa a ver, depende do morador, e enfermagem depende do outro para a gente ver as necessidades dele”.*

### **Unidade de Registro 4: Dimensiona Pessoal**

*E 17 “a escala é rápida e prática, e até ajuda para dimensionar pessoal”.*

*E 18 “é um instrumento bom, permite dar a quantidade de pessoal, horas de enfermagem pelo grau de dependência”.*

Obteve-se que, os atributos positivos, relacionados à categoria **Dimensão Valorativa** resultantes das opiniões da Equipe de Cuidados sobre a EDA, ocorreram em maior proporção que os aspectos negativos relacionados. Verificou-se que 9 profissionais (50%) afirmaram que a escala em questão, continha itens, em sua composição, que permitiam refletir o cotidiano do idoso que reside em uma instituição de longa permanência. Os entrevistados apontaram que a escala possibilitava verificar o comprometimento desses

moradores para a realização do autocuidado, assim como a evolução dessas dificuldades. Além disso, pontuaram também, que o instrumento oferecia 4 opções de respostas, sendo todas elas condizentes com as situações vividas diariamente.

A equipe referiu ainda a praticidade e a rapidez do instrumento para aplicação, demorando em média cerca de 10 a 15 minutos para avaliar cada idoso. Destacaram a evidência de entrosamento entre os membros da equipe e o conhecimento dessa sobre as peculiaridades de cada idoso, evidenciados pela prontidão das respostas, não havendo dificuldade para a obtenção do consenso sobre os itens avaliados, conferindo novamente agilidade ao processo.

Outro aspecto favorável sobre o instrumento, apontado pelos entrevistados foi a possibilidade de ocorrer avaliação da qualidade do cuidado prestado através da aplicação da EDA. Essa característica também foi identificada na categoria Opinião Favorável, já comentada anteriormente.

Alguns discursos, especificamente de Enfermeiros, evidenciaram que através da classificação do grau de dependência e autonomia do idoso, obtida por meio da somatória dos pontos atribuídos ao longo da avaliação, é possível dimensionar o número de recursos humanos necessários em determinado pavilhão, ou seja, à medida que aumenta o percentual de idosos mais dependentes em determinado setor da instituição, torna-se evidente a necessidade de aumentar o número de profissionais da equipe de cuidados nesse local, para atender qualitativamente à demanda.

Essa possibilidade já havia sido ressaltada pelos próprios autores do instrumento, Delcros e Lanoë, oportunizando a (re)alocação dos moradores, bem como dos profissionais que atuam em determinado setor.

Segundo DERNTL (2005), um dos pilares de sustentação da existência de uma ILPI é a forma como essa instituição é administrada. Atualmente, a forma de administração que aplica o planejamento estratégico é a mais recomendada. *“No planejamento estratégico, o dimensionamento dos recursos humanos - o precioso capital humano - deve estar de acordo com o número de residentes e com a complexidade dos cuidados requeridos por eles”*.

#### • Dimensão Desvalorativa

##### **Unidade de Registro 1: Toma Tempo**

**E 18** *“a escala poderia se mais prática, toma tempo. Não sei se porque estamos com o número reduzido de funcionários, mas sempre alguém tinha que sair no meio da avaliação e depois retornar. Achei muito comprida, embora as perguntas sejam pertinentes. É um instrumento bom, se na prática pudéssemos aplicar”*.

## Unidade de Registro 2: Itens Conflitantes

**E 6** *“eu achei a escala boa, mas achei que no caso da Sra X, o humor dela realmente não dava para classificar, quanto aos outros itens todos se encaixaram bem”.*

**E 15** *“alguns itens geraram dúvidas na resposta, em função da rotina desta instituição, como, por exemplo, alimentação, controle de sinais vitais. Também falta o item mau humor”.*

**E 16** *“as perguntas são claras, só que os sinais vitais e a alimentação aqui tem uma rotina própria. Também achei o item Reação dos Cuidadores muito subjetivo, dificulta a avaliação, pois às vezes o enfermeiro tem um parecer sobre o outro cuidador e a postura dele na hora da avaliação é diferente”.*

**E 17** *“... a pergunta de memória sempre é difícil de responder, porque às vezes tem idoso que não fala direito, ou está meio comatoso, e aí não temos como saber se ele lembra, se entende. O item da reação dos cuidadores também sempre acaba sendo favorável, não sei, pelo menos foi o que eu vi quando eu avaliei. O item Humor também foi difícil, achei que faltou algo, não sei!”.*

Verificou-se que a **Dimensão Desvalorativa: Toma Tempo**, foi emitida apenas por um dos membros da Equipe de Cuidados, especificamente uma enfermeira. Esta profissional argumentou que apesar do instrumento “ser bom”, “tomava tempo para a aplicação, por ser muito extenso”.

No decorrer da coleta de dados, foi possível à pesquisadora perceber que em algumas reuniões de avaliação junto com a equipe de cuidados, era evidente a sensação de desconforto entre alguns membros, às vezes manifestada por interrupções freqüentes, sendo necessário permitir uma pausa momentânea na avaliação, para que algum profissional se ausentasse, na “desculpa” de um atendimento “inadiável” a algum morador, ou até mesmo familiar. Nessas situações, a pesquisadora pode identificar nos participantes, uma atitude profissional mecanicista, preocupada com o cumprimento das tarefas diárias no espaço de tempo determinado, revelando algumas características marcantes do “modelo vocacional e disciplinar” da enfermagem, introduzidos por Florence Nightingale. (MEYER, 1995)

Detendo-se na análise do discurso E5, quando indagado acerca da opinião sobre o instrumento, observa-se que esse profissional também destaca a questão do tempo, rigorosamente determinado para as várias atividades a serem realizadas em seu turno, mas, ao mesmo tempo, avalia a escala utilizada como prática e rápida, conforme se pode verificar: *“Eu achei bom porque ela tá dentro do parâmetro do dia-dia. Não toma muito tempo. Nós, aqui, se você percebeu, nosso tempo é quilometrado, a gente gostaria de ter mais tempo, mas a gente não tem”*.

É possível, portanto, verificar a existência de duas percepções distintas sobre o mesmo instrumento. De um lado, uma visão pautada na resolutividade, ou seja, o cumprimento das tarefas, num determinado espaço de tempo, onde a ação é colocada em primeiro plano.

Nesta ótica o momento "gasto" no preenchimento do instrumento para avaliação das condições de autonomia e dependência do idoso, é percebido como uma tarefa a mais, necessitando re-divisão do tempo já bastante sobrecarregado. Por outro lado, em primeiro plano colocou-se o humano, ou seja, o centro da atenção saiu da atividade e passou a ser a avaliação das condições do morador; nesse movimento a cientificidade ganhou espaço de importância.

Essas duas tendências comportamentais são comuns dentro do contexto da enfermagem, sendo reflexos do processo histórico evolutivo da profissão, que saiu de uma dimensão funcional para uma dimensão intelectual, embora ainda traga consigo muitas marcas advindas de todo esse processo de transição. (MEYER, 1995)

Ainda avaliando a **Dimensão Desvalorativa**, na **Unidade de Registro: Itens Conflitantes** destacam-se comentários tecidos por alguns profissionais, tanto enfermeiros como auxiliares de enfermagem, descrevendo dificuldades sentidas em determinados itens de avaliação, que compunham a escala utilizada.

Um dos itens apontados foi o de número **18. Memória**, nesse item as opções de resposta eram: normal (1), sujeita a alguns esquecimentos (2), persistem apenas fatos antigos (3), não retém nenhum fato (4). A colocação feita por um membro da equipe sobre esse item foi que "em algumas situações sentia dificuldade em definir a resposta adequada ao morador, em função deste apresentar dificuldade de comunicação verbal, impossibilitando uma resposta fidedigna".

Outro item que os entrevistados, neste caso também somente Enfermeiros, encontraram dificuldade para responder foi o **item. 25 Reação dos Cuidadores**. Aqui se atribuía uma pontuação referente à contratidade da equipe de cuidados para com o idoso. As opções de respostas eram: favoráveis(1), neutras(2), cansaço ou irritação (3), impressão de que o paciente não está adaptado (4). Os entrevistados argumentaram ter dificuldade na seleção da opção por ser esse um critério subjetivo de análise, e também porque algumas vezes, no cotidiano com o morador, o profissional tem uma postura diferente daquela apresentada no decorrer da avaliação em grupo, dificultando a escolha adequada da resposta.

É necessário esclarecer que algumas avaliações foram aplicadas pelas Enfermeiras da Equipe de Cuidados da instituição. Inicialmente, um dos critérios para a aplicação da metodologia de integração e consenso, e conseqüentemente da EDA, foi não manter o Enfermeiro presente durante a avaliação do idoso, buscando-se minimizar possível influência que a opinião desse profissional pudesse exercer sobre os outros membros da equipe, uma vez que mantém uma posição de liderança perante a mesma. À medida que se evidenciaram comportamentos de liderança, já discutidos anteriormente, por parte de outros profissionais que não o enfermeiro, optou-se por incluí-lo na dinâmica da avaliação, buscando verificar sua percepção sobre o método e sobre o instrumento.

As experiências vivenciadas pela pesquisadora durante a aplicação da EDA permitiram perceber que na maioria das vezes as reações dos cuidadores eram

favoráveis. De um modo geral mostraram-se envolvidos, interessados, preocupados e conhecedores das características dos moradores. Somente em duas situações foi atribuída a opção “cansaço” ou “irritação” ao item **Reação dos Cuidadores**, e nessas vezes estava relacionada ao mau humor constante que os moradores apresentavam, dificultando o relacionamento diário, gerando desgaste e cansaço por parte dos cuidadores.

O item **23. Humor** também gerou dúvidas. Em determinadas avaliações sentiu-se necessidade de ajustar a opção para “mau humor”, pois alguns idosos apresentavam essa característica comportamental, não havendo possibilidade de resposta correta segundo os entrevistados, na opção “humor”.

De fato, a pesquisadora também vivenciou a dificuldade apontada. Por duas vezes os idosos em avaliação tinham como característica um mau humor constante, segundo relatos dos membros da equipe de cuidados. Esses indivíduos mostravam-se sempre insatisfeitos, reclamavam constantemente e também solicitavam os profissionais freqüentemente, durante o decorrer do dia. Nessas colocações foi possível identificar um sentimento de irritação e cansaço por parte da equipe, pois mesmo atendendo prontamente a esses moradores, parecia que os mesmos nunca estavam satisfeitos. Isso desestimulava e frustrava a equipe.

Outro ponto que deve ser destacado, também apontado por alguns membros da equipe, refere-se a uma característica específica da ILPI de estudo. Nessa

instituição era rotina, que os idosos no momento da alimentação fossem sempre servidos, ou seja, os moradores não se levantavam e dirigiam-se até um local para servirem-se sozinhos. Até lhes era dada a opção, de escolher o que desejavam comer, mas esperavam que a comida fosse colocada em seu prato.

Esse fato gerou dificuldade no momento de avaliar o item **7. Alimentação**, pois as opções de respostas existentes eram: sozinho (1), precisa ser servido ou estimulado, mas come sozinho (2), ajudar permanecendo presente (3), não consegue comer sozinho (4). Nesse momento o idoso nunca recebeu a nota 1- sozinho, independentemente de possuir condições para se servir.

Também YAMAMOTO e DIOGO (2002), encontraram em seu estudo situação semelhante. Em quatro instituições, de um total de seis ILPI avaliadas, essa rotina também foi identificada. As ILPI não permitiam ao idoso servir-se sozinho, porém cada residente tinha a liberdade de escolher a quantidade e o tipo de alimento dentre as opções de cardápio de cada refeição. Segundo PAVARINI (1996), isso reforça, ou até mesmo, cria comportamentos de dependência nos idosos. Em seu estudo a autora também identificou esse tipo de rotina, e levantou o seguinte questionamento: *“Os alimentos não poderiam ficar disponíveis e os idosos mesmos se servirem?”*.

Outra rotina, percebida pela pesquisadora e apontada pelos entrevistados, foi em relação ao controle dos sinais vitais (verificação de pressão arterial, medida de temperatura, etc). A instituição

mantinha como rotina o controle dos sinais vitais de todos os moradores, em média 2 vezes por semana. Esse fato implicava, na maioria das vezes, em atribuição de nota 3 ao idoso em avaliação, pois o item **11. Controle de Sinais Vitais** tinha como opções de respostas: raro (1), uma vez por semana no máximo (2), mais de uma vez por semana (3), várias vezes ao dia (4).

# **10. Conclusões**



## **10. Conclusões**

O objetivo deste estudo foi aplicar e analisar uma metodologia de integração e consenso entre os membros da Equipe de Cuidados de uma Instituição de Longa Permanência, mediante definição do grau de Dependência e Autonomia dos idosos residentes.

De modo geral a metodologia foi valorizada pela equipe, e foi efetiva para alcançar o consenso, mas a incorporação dessa metodologia à rotina de atividades e as avaliações periódicas serão indispensáveis para se conhecer a real dimensão de sua eficácia.

### **10.1. Conclusões e Comentários do pesquisador sobre a Metodologia quanto:**

- **Integração e Consenso da equipe**

Concluiu-se que a obtenção do consenso transcorreu de forma fácil e rápida revelando profundo conhecimento da equipe sobre as condições de dependência e autonomia dos idosos. Apenas os itens "Humor", "Memória" e "Reação dos Cuidadores", geraram dúvidas no momento da definição da resposta individual, dificultando ou mesmo afetando o processo de consenso.

O comportamento e as falas dos profissionais revelaram um envolvimento grande com os moradores da instituição. Era evidente a preocupação e o interesse em determinar as capacidades e as dificuldades que os idosos apresentavam. Em algumas vezes a obtenção de consenso tornou-se mais demorada, em virtude de discordância entre os participantes sobre aspectos práticos do cuidado diário, pois um profissional estimulava ao máximo a independência do idoso, enquanto outro o privava dessa possibilidade. Nessas situações aqueles indivíduos que eram favoráveis ao estímulo do autocuidado acabavam por convencer, e até mesmo orientar a conduta dos outros participantes.

Isso reforça a contribuição positiva dessa metodologia, pois permite ocorrer educação em serviço, minimizando os possíveis déficits de conhecimento dos membros da Equipe de Cuidados, além disso, promove momentos de discussão, permitindo resolução de eventuais conflitos internos, resultando em interação e união.

É preciso destacar que durante as discussões em busca do consenso sobre o idoso, alguns membros da equipe exerciam comportamentos de liderança quando emitiam seu parecer sobre determinado aspecto em avaliação. Nesses momentos foi possível verificar que a opinião desses indivíduos prevalecia, e o restante do grupo concordava com aquilo que havia sido exposto. De modo geral, essa atitude era evidenciada em pessoas que trabalhavam há muito tempo na instituição, e de fato conheciam profundamente cada morador. Eram nítidas características de liderança nessas pessoas, entretanto cabe ressaltar que tais aspectos foram

encontrados em profissionais com diversos níveis de escolaridade, ou seja, tanto naqueles com formação escolar fundamental, nível médio e superior.

- **Capacidade do Método para definir Dependência e Autonomia de Idosos em ILPI**

O instrumento utilizado para avaliação, a Escala de Dependência e Autonomia (EDA), de autoria de Delcros e Lanøe, (1980), permitiu a Classificação do Grau de Dependência e Autonomia dos idosos residentes, revelando que a maioria apresentava Dependência Moderada e Severa, achado este em consonância com a faixa etária avançada e presença de elevado número de doenças crônico-degenerativas.

Quanto aos itens da escala utilizada, a EDA, observou-se que os itens que requeriam uma avaliação objetiva, como no caso da realização de atividades de vida diária (AVD), o consenso era obtido sem dificuldades. Os participantes encontravam maior dificuldades para chegar a um consenso, naqueles onde se avaliavam outras capacidades e comportamentos do idoso, especificamente nos itens referentes à memória e humor.

Ainda comentando a eficácia do método para definir dependência e autonomia, especificamente quanto aos itens "memória" e "humor", concluiu-se, quanto à memória que, ao efetuar a somatória total de pontos da EDA, é possível o idoso obter no mínimo 25 pontos e no máximo 100 pontos. Considerando-se a

dificuldade na atribuição de pontos somente no item 18 "Memória", mesmo que o idoso receba nota mínima neste item, ou seja, 1 ponto, ou nota máxima, 4 pontos, no momento da somatória de todos os pontos, ele não mudará sua classificação em função da pontuação obtida na memória. Mas, de qualquer modo, é necessário um número maior de aplicações dessa escala, para permitir melhor análise dessa questão.

Nas circunstâncias em que o idoso apresentava como característica um Mau Humor constante, ficava muito difícil atribuir uma pontuação para o respectivo item da avaliação que de fato refletisse esse aspecto. Como experimentação a pesquisadora atribuiu a pontuação máxima para esse item, ou seja, a resposta *apatia completa*, uma vez que essa era a "pior" nota, acrescentando 4 pontos à somatória total. Percebeu-se que na classificação geral do grau de dependência destes indivíduos, isso não acarretou mudança de classe. Mesmo que, o indivíduo tivesse recebido a "melhor" nota no item, ou seja, 1 ponto correspondente a *normal e constante*, ele se mantinha, no momento da somatória, na mesma classificação. Acredita-se que isso possa ter ocorrido em função das notas atribuídas em outros itens, mas para que se possa ter fidedignidade dessa informação também é necessário que outras avaliações, com o mesmo critério sejam realizadas, em um número maior de instituições.

- **Opiniões e Comentários da Equipe sobre o Método aplicado e a Escala em particular**

As opiniões de todos os entrevistados foram favoráveis ao uso da metodologia, pois consideraram que essa promove união e integração da equipe permitindo a troca de informações culminando em aprendizado. Opinaram também que o método aplicado valoriza os profissionais e traz segurança, uma vez que a avaliação de cada pessoa idosa resulta de um consenso da equipe. Essa metodologia, ainda segundo opinião da equipe, pode ser eficaz e trazer benefícios para o gerenciamento do cuidado, à medida que direciona as ações para a promoção do autocuidado e para a autonomia dos idosos.

Na opinião dos membros da Equipe de Cuidados a EDA apresentou aspectos positivos (Dimensão Valorativa), pois refletiu a realidade diária do idoso na instituição, sua aplicação foi prática e objetiva, permitiu avaliar o cuidado prestado pela equipe, além de possibilitar o dimensionamento de pessoal de acordo com o grau de dependência do idoso. Os entrevistados também identificaram aspectos negativos (Dimensão Desvalorativa) ao referirem que o uso da escala tomou tempo, e que alguns itens despertaram dúvidas no momento da definição do nível de opção.

# ***11. Considerações Finais***



## 11. Considerações Finais

O cenário selecionado para este estudo foi a Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI), uma vez que o número de idosos no Brasil cresce vertiginosamente e a ILPI se apresenta para o futuro como importante equipamento social de atenção a essa população. Hoje temos garantido o aumento da expectativa de vida, mas não há garantias de que ela será desfrutada integralmente no contexto familiar.

A família que não consegue ou não quer manter o idoso no domicílio deposita na instituição expectativas por soluções, que lhes atribuem grande responsabilidade. As instituições passam a desempenhar então funções de guarda, proteção, alimentação, cuidado, integração e lazer.

Para que essas dimensões possam ser alcançadas é necessário que a instituição conte com recursos físicos, materiais, financeiros e humanos, equivalentes em proporção e qualidade. Infelizmente, essa não é a realidade atual. Sabemos serem inúmeras as dificuldades pelas quais as ILPI passam.

Nas palavras de DERNTL (2005) "As instituições de longa permanência precisam se profissionalizar. Ainda que as políticas mais recentes dirigidas ao idoso no Brasil tenham feito progressos importantes, muitas dessas instituições ainda estão alheias à necessidade de incorporar a administração moderna à sua prática".

Associada à questão administrativa, outro problema evidente na ILPI é a capacitação dos

profissionais que prestam atendimento diário aos moradores. Quanto à formação desses recursos, a literatura aponta deficiências em conteúdos específicos sobre o envelhecimento humano na formação profissional, que podem comprometer a qualidade do atendimento prestado. Além disso, em virtude de recursos humanos reduzidos (em quantidade e qualidade) nessas instituições há sobrecarga de trabalho, o que gera conflitos entre os membros da equipe que presta cuidados aos idosos, comprometendo novamente o cuidado e mais adiante a qualidade de vida do idoso institucionalizado.

Nesse sentido, este estudo ao propor uma metodologia de trabalho para a Equipe de Cuidados de ILPI, que promove a integração através da busca de consenso sobre as condições de dependência e autonomia dos idosos residentes, poderá preencher uma dentre as inúmeras lacunas já apontadas.

Ao criar momentos durante a jornada de trabalho, para refletir, entre outras questões, a respeito das capacidades dos idosos para o autocuidado, das suas condições de percepção e orientação no tempo e espaço, da sua qualidade de relacionamento social, permite-se reflexão sobre a dinâmica de relação dessa equipe com os próprios idosos.

Foi possível perceber durante as reuniões promovidas com os participantes da pesquisa, que essa metodologia de trabalho gerou nesses indivíduos um sentimento de valorização, tanto em relação ao seu trabalho quanto à sua opinião. Ficando evidenciado nos próprios discursos por eles emitidos, denotando também

um comprometimento dessa equipe com a qualidade de sua assistência.

Além disso, durante essas reuniões o comportamento e as falas dos membros da equipe revelaram um grande envolvimento com os moradores, caracterizando a existência de um cuidado humanizado, que se faz fundamental na manutenção da qualidade da vida do idoso institucionalizado.

Isso reforça a contribuição positiva dessa metodologia, pois além de permitir ocorrer educação em serviço, também gera momentos de interação, de troca de experiência e resolução de divergências, promovendo união entre os profissionais, resultando em melhores condições de trabalho em equipe, conseqüentemente um cuidado de melhor qualidade.

Durante a coleta de dados, especificamente durante avaliação de dois idosos através da aplicação da Escala de Dependência e Autonomia (EDA), a pesquisadora encontrou dificuldade no que se referiu à falta da opção "mau humor" junto ao item 23, discriminado como Humor, conforme discutido no capítulo 9 item 9.4.3. Em virtude da amostragem reduzida de idosos, considera-se necessária a avaliação de um número maior de idosos com o uso desse instrumento, no sentido de verificar a mesma ocorrência, suscitando a necessidade de inclusão da opção "mau humor" na escala.

Com base nesses achados recomendo que a metodologia aqui proposta seja aplicada em outras instituições de longa permanência, com outra cultura organizacional e eventualmente equipe de cuidados com

outra composição. Desta forma será possível verificar como se comportam o método e os resultados.

Finalmente, é fundamental para as instituições de longa permanência para idosos a qualificação tanto dos profissionais como da própria instituição para atenderem satisfatoriamente aos idosos que ali residam. O investimento científico e social promovem uma velhice bem sucedida. Melhorando a qualidade do atendimento e adaptando-o às demandas dos idosos, estar-se-á caminhando nesta direção.

# ***12. Referências Bibliográficas***



## 12. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Agbayewa MO, Ong A, Wilden B. Empowering long term care facility residents using a resident staff group approach. **Clinical Gerontologist**. 1990; 9 (3-4): 191-201.

Araoz GBF. Valoración funcional. In: Llera FG, Martín JPM. **Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico**. Barcelona: Masson; 1994.

Baltes MM, Neumann EM, Zank S. Maintenance and rehabilitation of independence in old age: IN intervention program for staff. **Psychology and Aging**. 1994; 9(2): 179-188.

Baltes MM, Silverberg S. A dinâmica dependência-autonomia no curso da vida. In: Neri AL (org). **Psicologia do envelhecimento**. Campinas, Papirus. 1995. p. 73 -110.

Baltes MM, Silverberg S. The dynamics between dependency and autonomy. Illustrations across the life-span. In: Fearheman DL, Lerner RM, Perlmutter M. (Eds). **Life-span development and behavior**. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates, 1994. p.42 - 90.

Baltes MM. **The many faces of dependency in old age**. Cambridge: Cambridge University Press, 1996.

Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977.

Bercovich AM. Características regionais da população idosa no Brasil. In: b. 1992, Belo Horizonte. Anais. Belo Horizonte: Fundação João Pinheiro.

Berquó ES, Leite VM. Algumas considerações sobre a demografia da população idosa no Brasil. **Ciênc. E Cult**. 1988; 40: 679-88.

Born T. Cuidado ao idoso em instituição. In: Papaleo MN. **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo, Atheneu, 1996. p. 403 – 414.

Brasil. Portaria nº 810, de 22 de setembro de 1989. Aprova normas e os padrões para o funcionamento de casas de repouso, clínicas geriátricas e outras instituições destinadas ao atendimento de idosos, a serem observados em todo o território nacional. **Diário Oficial da União** de 27 de setembro de 1989 Brasília, 27 set 1989.

Brasil. Estatuto do idoso. Lei n. 10741 de 01 de outubro de 2003. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 3 out 2003.

Brito FC, Ramos LR. Serviços de atenção à saúde do idoso. In: Papaléo NM. **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo, Atheneu; 1996.

Caponi G. A concepção do cuidado e a especificidade da enfermagem geriátrica e gerontológica. **Texto e Contexto – Enfermagem**. 1997, 6(2):51-56.

Carvalho FE, Papaléo NM. **Geriatrics: fundamentos, clínica e terapêutica**. São Paulo, Atheneu, 1994.

Ciampone MHT, Peduzzi M. Trabalho em equipe e trabalho em grupo no programa de saúde da família. **R. Bras. Enferm.** 2000, 53 (especial), 143-147.

Ciconelli RM. **Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida “Medical outcomes study 36 – item short form health survey (SF – 36)”**. São Paulo; 1997. [ Tese de Doutorado – Unifesp ]

Chaimowicz F, Brito D. Dinâmica da institucionalização de idosos em Belo Horizonte, Brasil. **Rev. Saúde Pública**. 1999; 33 (5): 454-460.

Chaimowicz F. **Os idosos brasileiros no século XXI: demografia, saúde e sociedade**. Belo horizonte, Postgraduate; 1998.

Chaimowicz F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. **Rev. Saúde Pública**. 1997; 31 (2): 184-200.

Chiavenato I. **Administração de recursos humanos**. 3 ed. São Paulo: Atlas, 1995.

Chiavenato I. **Gerenciando pessoas: como transformar gerentes em gestores de pessoas**. São Paulo, Prentice Hall; 2003.

Conselho Nacional de Saúde. **Política Nacional de Saúde do Idoso**. Ministério da Saúde: Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília, 12/11/1999.

Cortelletti IA, Casara MB, Heredia VBM. **Idoso asilado: um estudo gerontológico**. Caxias do Sul: Educ/Edipucrs, 2004.

Davim RMB, Torres GV, Dantas SMM e Lima VM. Estudo com idosos de instituições asilares no município de Natal/RN: características sócioeconômicas e de saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. 2004; 12(3): 518-524.

Debert GG. Em torno da velhice no asilo. In: Debert GG. **A reinvenção da velhice: socialização e processos de privatização do envelhecimento**. São Paulo: Fapesp. 1999, 99-136.

Delcros M, Lanõe R. Une nouvelle échelle dévaluation de la dépendance des patients dans les établissements de long séjour. **La Revue de Geriatrie** 1980; 8: 395-400.

Derntl AM. As muitas autonomias e o autocuidado. **Gerontologia** 1998; 6:197-199.

Derntl AM. Quem administra as instituições de longa permanência para idosos? **Portal do Envelhecimento**, capturado em 04/03/2005. Disponível em <URL:<http://www.pucsp.br/portaldoenvelhecimento/pforum/ilpis5.htm>

Diogo MJD, Yamamoto A. Os idosos e as instituições asilares do município de Campinas. **Rev. Latino - Am. Enfermagem**. 2002; 10(5):660-666.

Diogo MJD. Formação de recursos humanos na área da saúde do idoso. **Rev. Latino - Am. Enfermagem**. 2004; 12(2): 280-82.

Duarte YAO. Princípios de assistência de enfermagem gerontológica. In: Papaléo MN. **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo, Atheneu. 1996, p: 222-229.

Duarte YAO. Cuidadores de idosos: uma questão a ser analisada. **Mundo da Saúde**. 1997; 21 (4): 226-230.

Duarte YAO, Pavarini SCI. Instituições de idosos: qualificação de pessoal. In: I Congresso Paulista de Geriatria e Gerontologia. São Paulo, 1998. **Consensos e recomendações**. São Paulo, Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 1998. p: 66-73.

Duarte YAO. **Família: rede de suporte ou fator estressor. A ótica de idosos e cuidadores familiares**. São Paulo, 2001. [ Tese de Doutorado – EEUSP ]

Farinatti PTV. Avaliação da autonomia do idoso: definição de critérios para uma abordagem positiva a partir de um modelo de interação saúde-autonomia. **Arq. Geriat.Gerontol** 1997; 1(1): 31-37.

Fernandes MGM. Avaliação da Capacidade funcional de Idosos. **Nursing** 1999; (13):26-29.

Ferrari MAC. Instituições que abrigam idosos: propostas de padrões mínimos para seu funcionamento. **Terapia Ocup**. São Paulo. 1991; 2(2/3): 86-99.

Fleury NP. **Atendimento à população idosa no Estado de São Paulo**. São Paulo: Fundo Social de solidariedade do Estado de São Paulo, 1993.

Gandolpho MA. **O cuidar do idoso hospitalizado: representações dos profissionais de enfermagem.** São Paulo; 2002. [Dissertação de Mestrado – Faculdade de Saúde Pública da USP ].

Garrido R, Menezes PR. O Brasil está envelhecendo: boas e más notícias por uma perspectiva epidemiológica. **Rev.Bras. Psiquiatr.** [periódico on line] 2002;24(1). Disponível na World Wide Web<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692001000300003&Ing=pt&nrm=isso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692001000300003&Ing=pt&nrm=isso)> [2004 ago 9]

Goffman E. **Manicômios, prisões e conventos.** São Paulo: Perspectiva, 1974.

Gonçalves LHT, Cardoso V. Instrumentos de avaliação da autonomia no desempenho das atividades da vida diária do cliente idoso. **Arq. Catar. de Medicina.** 1996; 4: 21-47.

Guillemin F, Bombadier C, Beaton D: Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. **J. Clin. Epidemiol.** 1993; (46): 1417-1432.

Gutierrez BAO. **Tradução para o português e descrição do processo de validação do “Seattle Obstructive Lung Disease Questionnaire”** .São Paulo; 2000.[ Dissertação de Mestrado – EEUSP ]

Heredia VBM, Casara MB, Cortelletti IA, Ramalho MH, Sassi A, Borges NM. A realidade do idoso institucionalizado. **Textos sobre Envelhecimento** [periódico on line]2004; 7 (2). Disponível na World Wide Web<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692001000300003&Ing=pt&nrm=isso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692001000300003&Ing=pt&nrm=isso)> [2005 jan15]

Herrero FJ. Evolucion y valoracion de la dependência e invalidez em la asistencia al anciano. **Rev. Española de Geriatria y Gerontologia** 1982; 13 (1): 33-38.

Hogstel MO, Gaul AL. Safety or autonomy: an ethical issue for clinical gerontological nurses. **Journal of Gerontological Nursing.** 1991; 17(3): 06-11.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Censo Demográfico 2000.** Rio de Janeiro (RJ).

Jiménez JEM, Danauy GQ, Mederos JCR. Medicion de la autonomia en el anciano: evaluacion multidimensional. **Rev. Cubana Salud Pub.** 1993; (19): 85-92.

Kane RA, Kane RL. **Assessing the elderly: a practical guide to measurement**. Toronto: Lexington Books. 1981; p: 1-67.

Karsch UM. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. **Cad. Saúde Pública** [periódico on line] 2003; 19 (3). Disponível em <URL: [http:// www.scielo.org/sciel.php?script=csi](http://www.scielo.org/sciel.php?script=csi)> [ 2004 dez 17]

Lima MAXC. O termo "institucionalização". **Retratos de Asilo** [Portal do Envelhecimento] Disponível em <URL:<http://www.pucsp.br/portaldoenvelhecimento/retratos/retratos3.htm>> [2005 mar 04]

Litvak J. El envejecimiento de la población: um desafio que vá más allá del año 2000. **Bol. Oficina Sanit. Panam.** 1990; (109): 1-5.

Lourenço MR, Trevizan MA. Líderes da enfermagem brasileira: sua visão sobre a temática da liderança e sua percepção a respeito da relação liderança & enfermagem. **Rev. Latino –Am. Enfermagem**. [periódico on line] 2001; 9 (3). Disponível na World Wide Web<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692001000300003&Ing=pt&nrm=isso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692001000300003&Ing=pt&nrm=isso)> [2005 abril 19]

Louzã Neto MR, et al. O idoso, as instituições totais e a institucionalização. **Rev. Paul. Hospitais**, 1986; 34 (7,8,9): 135 –143.

McDowell I, Newel C. **Measuring health: a guide to rating scales and questionnaires**. New York, Oxford Univerity Press, 1996.

Martinez SHL. **O significado do cuidado para quem cuida do idoso em uma instituição asilar**. São Paulo; 2003. [Dissertação de Mestrado-UNIFESP]

Marziale MHP. A política nacional de atenção ao idoso e a capacitação dos profissionais de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, 2003; 11 (6):701-06.

Mayeroff M. **On caring**. New York: Harper & Row, 1971.

Melo MNB, Germano RM. No caminho da pedras: a supervisão de enfermagem em hospitais públicos. **Rev. Nursing**. 2004; 74 (7): 39-44.

Meyer DEE. A formação da enfermeira na perspectiva do gênero: uma abordagem sócio-histórica. In: Waldow VR, Lopes MJM, Meyer DE. **Maneiras de cuidar e maneiras de ensinar: a enfermagem entre a escola e a prática profissional**. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.

Minayo MCS. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec-Abrasco; 1998.

Neri AL. **Qualidade de Vida no adulto maduro: interpretações teóricas e evidências de pesquisa.** Campinas: Papirus; 1993.

Neri AL. Psicologia do envelhecimento: uma área emergente. In: \_\_\_\_\_ (Org). **Psicologia do envelhecimento: tópicos selecionados numa perspectiva de curso de vida.** Campinas: Papirus; 1995.

Néri AL. Atitudes em relação à velhice: evidências de pesquisa no Brasil. **Gerontologia.** 1997; 5(3): 130-139.

Novaes MRV. **As representações sociais dos alunos de graduação em Enfermagem sobre “Ser Velho” e “ Cuidar de Velhos”.** São Paulo; 2001. [Dissertação de Mestrado – Faculdade de Saúde Pública da USP]

Novaes MRV, Gandolpho MA. A imagem da velhice: a ótica do estudante de enfermagem. **Nursing.** 2002; 50 (7): 19-24.

Oliveira AC, Fortes PAC. O direito à informação e a manifestação da autonomia de idosos hospitalizados. **Rev. Esc. Enf. USP** 1999; 33(1): 59-65.

Paschoal SMP. Epidemiologia do envelhecimento. In: Papaléo NM. **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada.** São Paulo, Atheneu; 1996.

Paschoal SMP. Autonomia e independência. In: Papaléo NM. **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada.** São Paulo, Atheneu; 1996; cap. 28.

Pasquali L. **Psicometria: teoria e aplicações.** Brasília, Unb, 1997.

Pavarini SCI. **Dependência comportamental na velhice: uma análise do cuidado prestado ao idosos institucionalizado.** Campinas (SP); 1996. [ Tese de Doutorado – Unicamp ]

Pavarini SCI, Néri AL. Compreendendo dependência, independência e autonomia no contexto familiar: conceitos, atitudes e comportamentos. In: Duarte YAO, Diogo MJE. **Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico.** São Paulo: Atheneu: 2000.49-70.

Paula JAM, Tavares MCGCF, Diogo MJD. Avaliação funcional em Gerontologia. **Gerontologia** 1998; 6(2): 81-88.

Peduzzi M, Ciampone MHT. Trabalho em equipe e trabalho em grupo no programa saúde da família. **Rev. Bras. Enfermagem** 2000; 53 (especial): 143-7.

Pereira MCA, Fávero N. A motivação no trabalho em equipe de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** 2001; 9(4) [periódico on line] Disponível em <<http://www.scielo.br> > [2004nov 22]

Simpósio Nacional sobre Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI) " Envelhecer com dignidade: um direito humano fundamental !"; 2005 maio 18-20; São Paulo (SP).

Quintero OM. La Enseñanza de Enfermería Gerontológica en Educación Superior en Venezuela. *Gerontologia* 1995; 3(4): 201-205.

Rezende JM. **Institucionalização do idoso**. Linguagem médica [Online]. Disponível: [usuários.cultura.com.br](http://usuários.cultura.com.br), 2001.

Rodrigues MR. **As relações entre as concepções dos idosos e dos auxiliares de enfermagem sobre o cuidado em ambiente hospitalar**. São Paulo; 2002 [Dissertação de Mestrado – UNIFSP]

Rosa TEC. **Determinantes da capacidade funcional de idosos residentes no distrito de São Paulo**. São Paulo; 1999. [Dissertação de Mestrado – Faculdade de Saúde Pública da USP]

Rodrigues RAP, Mendes MMR. Enfermagem geronto-geriátrica: proposta curricular. *Revista Paulista de Enfermagem* 1993; 12(2): 78-81.

Santos I. **Supervisão em Enfermagem**. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1993.

Santos SSC. Enfermagem Gerontológica: reflexão sobre o processo de trabalho. *Rev. Gaúcha Enf.* 2000. 21 (2): 70-86.

Shoueri JR, Ramos LR, Papaleo Neto M. Crescimento populacional: aspectos demográficos e sociais. In: Carvalho Filho ET, Papaléo Neto M. **Geriatría: fundamentos, clínica e terapêutica**. São Paulo: Atheneu; 2000.

Silva YA. A enfermagem nos serviços e programas públicos de atenção ao idoso. *Texto & contexto Enfermagem*. 1997; 6 (2): 127-36.

Simões ALA, Favero N. O desafio da liderança para o enfermeiro. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [on line]. Set/out. 2003, 11 (5) [citado 19 de Abril 2005], p.567-573. Disponível na World Wide Web: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692003000500002&Ing=pt&nrm=isso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692003000500002&Ing=pt&nrm=isso). ISSN0104-1169.

Spagnol CA. (Re)pensando a gerência em enfermagem a partir de conceitos utilizados no campo da saúde coletiva. *Ciênc.Saúde Coletiva*. [on line] jan/mar. 2005, 10 (1) [citado 19 Abril 2005], p.119-127. Disponível na World Wide Web: [http://www.scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232005000100019&Ing=pt&nrm=isso](http://www.scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000100019&Ing=pt&nrm=isso). ISSN 1413-8123.b

Veras RP, Dutra S. Envelhecimento da população brasileira: reflexões e aspectos a considerar quando da definição de desenhos de pesquisas para estudos populacionais. *Rev. Saúde Coletiva* 1993; (1): 107-26.

Veras RP. Atenção preventiva ao idoso – uma abordagem de saúde coletiva. In: Papaléo Neto M. **Gerontologia: a Velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu; 1996.

Vieira EB. **Instituições Geriátricas: avanço ou retrocesso?** Rio de Janeiro: Revinter; 2003.

Waldow VR. Determinação do nível de dependência em enfermagem junto a idosos institucionalizados de Porto Alegre. **Rev. Gaúcha de Enf.** 1987; (8:) 46-73.

Waldow VR. Cuidado: uma revisão teórica. *Revista Gaúcha de Enfermagem* 1992. 14(2):108 – 112.

Yoshitome AY. Indicadores para instituições de longa permanência para idosos ILPI. **Portal do Envelhecimento** [ fórum on line] 2005. Disponível em < <http://www.pucsp.br/portaldoenvelhecimento/pforum/ilpi3.htm>> [2005mar04]

# ***13. Anexos***



## ANEXOS

### ANEXO I

#### ÉCHÈLLE DE DÉPENDANCE E AUTONOMIE (EDA)

Degré de Dépendance de Mme ou Mr: \_\_\_\_\_

Service/Unité de Soins: \_\_\_\_\_

Apprécier l'état du patient durant la dernière semaine environ.

Marquer un Seul dès 4 degrés pour chacun dès 25 items en omettre aucun. Encercler le chiffre retenu.

<b>1. LEVER:</b>	1	1	1
Spontané - 1	2	2	2
A stimuler - 2	3	3	3
Avec l'aide d'une personne - 3	4	4	4
Impose l'aide de deux personnes - 4			
<b>2. MARCHÉ:</b>	1	1	1
Sans aide - 1	2	2	2
Avec canne, déambulateur, etc - 2	3	3	3
Exige l'aide d'au moins une personne - 3	4	4	4
Impossible - 4			
<b>3. CIRULATION DU PATIENT:</b>	1	1	1
Dans le bâtiment au moins - 1	2	2	2
A l'étage seulement - 2	3	3	3
Jusqu'aux toilettes uniquement - 3	4	4	4
Nulle - 4			
<b>4. SEJOUR DIURNE:</b>	1	1	1
Activité normale - 1	2	2	2
Repos fréquents - 2	3	3	3
Au fauteuil - 3	4	4	4
Au lit si on ne le lève pas - 4			
<b>5. TOILETTE:</b>	1	1	1
Seul - 1	2	2	2
Après stimulation - 2	3	3	3
Prope avec aide - 3	4	4	4
Nécessite une aide totale - 4			

<b>6. HABILLEMENT:</b>	1	1	1
Seul – 1	2	2	2
Après stimulation – 2	3	3	3
Tenue correcte après aide – 3	4	4	4
Nécessite une aide constante - 4			
<b>7. ALIMENTATION:</b>	1	1	1
Seul – 1	2	2	2
A installer ou stimuler – 2	3	3	3
A aider en restant présent – 3	4	4	4
Nécessite une assistance complète - 4			
<b>8. SOUILLURES URINAIRES:</b>	1	1	1
Jamais – 1	2	2	2
Moins d'une fois par semaine – 2	3	3	3
D'une fois par semaine à une fois par 24 heures – 3	4	4	4
Plusieurs fois par jour - 4			
<b>9. SOUILLURES FÉCALES:</b>	1	1	1
Jamais – 1	2	2	2
Moins d'une fois par semaine – 2	3	3	3
D'une fois par semaine à une fois par 24 heures – 3	4	4	4
Plusieurs fois par jour – 4			
<b>10. PRÉVENTION D'ESCARRES OU CHANGES:</b>	1	1	1
Inutiles – 1	2	2	2
Moins d'une fois par 24 heures – 2	3	3	3
Plusieurs fois par 24 heures – 3	4	4	4
Prévention intensive ou changements fréquents – 4			
<b>11. SURVEILLANCE: (Prélèvements ou TA, courbe thermique)</b>	1	1	1
Rare – 1	2	2	2
Une fois par semaine au maximum – 2	3	3	3
D'une fois par semaine à une fois par 24 heures – 3	4	4	4
Plusieurs fois par 24 heures - 4			
<b>13. ADMINISTRATION DE TRAITEMENTS:</b>	1	1	1
Aucune – 1	2	2	2
Sans surveillance particulière – 2	3	3	3
Avec surveillance des prises ou injections – 3	4	4	4
Perfusions, sondes, pansements, etc - 4			

<b>14. PRISE EN CHARGE KINESITHERAPEUTIQUE:</b>	1	1	1
Aucune – 1	2	2	2
D'entretien – 2	3	3	3
Active temporaire – 3	4	4	4
Intensive - 4			
<b>15. VISION:</b>	1	1	1
Voit et peut lire – 1	2	2	2
Vision affaiblie gênant la lecture – 2	3	3	3
Défaut gênant dans la vie quotidienne –3	4	4	4
Vision nulle ou Presque – 4			
<b>16. AUDITION:</b>	1	1	1
Normale – 1	2	2	2
Impose de parler fort – 2	3	3	3
Mauvaise (même avec um appareil) – 3	4	4	4
Abolie - 4			
<b>17. PAROLE:</b>	1	1	1
Normale – 1	2	2	2
Lente ou gênée – 2	3	3	3
Difficile à comprendre – 3	4	4	4
Absente ou incompréhensible - 4			
<b>18. ORIENTATION DANS LE TEMPS:</b>	1	1	1
Normale – 1	2	2	2
Perturbée épisodiquement – 2	3	3	3
Permet de se situer par rapport aux repas – 3	4	4	4
Ne permet pas de situer l'heure du repas - 4			
<b>19. ORIENTATION DANS L'ESPACE:</b>	1	1	1
Bonne – 1	2	2	2
Desorientation épisodique – 2	3	3	3
Perturbée mais lui permet de retrouver sa chambre – 3	4	4	4
Ne lui permet pas de retrouver sa chambre - 4			
<b>20. MEMOIRE:</b>	1	1	1
Normale – 1	2	2	2
Sujette à quelques oublis – 2	3	3	3
Ne persistent que des faits anciens – 3	4	4	4
Aucun fait n'est retenu - 4			

<b>21. RELATIONS EXTERIEURES AU SERVICE:</b>	1	1	1
Bénéfiques, fréquentes – 1	2	2	2
Utiles – 2	3	3	3
Non bénéfiques – 3	4	4	4
Absentes – 4			
<b>22. ACTIVITES ET LOISIRS:</b>	1	1	1
Spontanés et faciles – 1	2	2	2
Quand on les propose – 2	3	3	3
Difficiles même avec aide – 3	4	4	4
Aucune activité - 4			
<b>23. CONVERSATION:</b>	1	1	1
Normale et spontanée – 1	2	2	2
Si on l'engage – 2	3	3	3
Limitée et difficile – 3	4	4	4
Relations verbales impossibles - 4			
<b>24. HUMER:</b>	1	1	1
Normale et égale – 1	2	2	2
Moments d'excitation ou de tristesse – 2	3	3	3
Tristesse marquée – 3	4	4	4
Apathie complète – 4			
<b>25. COMPORTEMENT PERTURBE, AGITE, Etc:</b>	1	1	1
Jamais – 1	2	2	2
Troubles exceptionnels ou légers – 2	3	3	3
Troubles fréquents ou gênants – 3	4	4	4
Incontrôlable - 4			
<b>26. REACTIONS SOIGNANTS:</b>	1	1	1
Favorables – 1	2	2	2
Neutre – 2	3	3	3
Lassitude ou agacement – 3	4	4	4
Impression que le patient est inadapté - 4			
<b>TOTAL</b>			
<b>DATES DES EVALUATIONS</b>			
<b>EVALUATION FAITE PAR Mme et/ou Mr</b>			

## ANEXO II

## Primeira Versão - Échelle de Dépendance e Autonomie (EDA)

Grau de Dependência do (a) Sr(a): \_\_\_\_\_

Serviço/Unidade de Cuidados: \_\_\_\_\_

Analisar o estado do paciente durante mais ou menos a última semana. Marcar somente um dos 4 graus para cada um dos 25 itens, sem omitir nenhum. Assinalar o número correspondente.

**1. LEVANTAR**

- Espontâneo - 1
- Estimulado - 2
- Com ajuda de 1 pessoa - 3
- Impõe ajuda de 2 pessoas - 4

**2. ANDAR**

- Sem ajuda - 1
- Com bengala, andador, etc - 2
- Precisa ajuda de pelo menos 1 pessoa - 3
- Impossível - 4

**3. CIRCULAÇÃO DO PACIENTE**

- Pelo menos no prédio - 1
- Somente no andar - 2
- Unicamente até o sanitário - 3
- Nenhuma - 4

**4. ATIVIDADE DIURNA**

- Atividade Normal - 1
- Repouso freqüente - 2
- Na poltrona - 3
- Na cama se ninguém o levanta - 4

**5. HIGIENE PESSOAL**

- Sozinho - 1
- Após ser estimulado(a) - 2
- Com ajuda - 3
- Necessita de ajuda total - 4

**6. VESTIR-SE**

- Sozinho - 1
- Após ser estimulado(a) - 2
- Corretamente após ajuda - 3
- Precisa de uma ajuda constante - 4

**7. ALIMENTAÇÃO**

- Sozinho - 1
- Com estímulo - 2
- Ajudar permanecendo presente - 3
- Precisa de assistência completa - 4

**8. INCONTINÊNCIA URINÁRIA**

- Nunca - 1
- Menos de uma vez por semana - 2
- De uma vez por semana a uma vez em 24 horas - 3
- Várias vezes por dia - 4

**9. INCONTINÊNCIA FECAL**

- Nunca - 1
- Menos de uma vez por semana - 2
- De uma vez por semana a uma vez em 24 horas - 3
- Várias vezes por dia - 4

**10. PREVENÇÃO DE ESCARAS OU TROCAS**

- Desnecessárias - 1
- Menos de uma vez em 24 horas - 2
- Muitas vezes em 24 horas - 3
- Prevenção intensiva/trocas freqüentes - 4

**11. VIGILÂNCIA (PA, P, T)**

- Rara - 1
- Uma vez por semana no máximo - 2
- Entre uma vez por semana e uma vez por dia - 3
- Várias vezes por dia - 4

**12. ADMINISTRAÇÃO DE TRATAMENTOS**

- Nenhuma - 1
- Sem vigilância - 2
- Com vigilância de tomadas de medicamentos orais ou injeções - 3
- Perfusão, sondas, curativos, etc - 4

**13. TRATAMENTO FISIOTERAPICO**

- Nenhum - 1
- De manutenção - 2
- Esporádico - 3
- Intensivo - 4

**14. VISÃO**

- Vê e pode ler – 1
- Visão fraca dificultando a leitura – 2
- Deficiência, dificultando vida cotidiana – 3
- Visão nula ou quase - 4

**15. AUDIÇÃO**

- Normal – 1
- Precisa falar alto – 2
- Ruim (mesmo com aparelho) – 3
- Abolida – 4

**16. FALA**

- Normal – 1
- Lenta ou atrapalhada – 2
- Difícil de entender – 3
- Ausente ou incompreensível - 4

**17. ORIENTAÇÃO NO TEMPO**

- Normal – 1
- Perturbada de vez em quando – 2
- Permite situar-se em relação às refeições – 3
- Não permite se situar em relação às refeições – 4

**18. ORIENTAÇÃO NO ESPAÇO**

- Normal – 1
- Desorientação de vez em quando – 2
- Perturbada mas lhe permite encontrar o próprio quarto – 3
- Não lhe permite encontrar o próprio quarto - 4

**19. MEMÓRIA**

- Normal – 1
- Sujeita a alguns esquecimentos – 2
- Persistem apenas fatos antigos – 3
- Não retém nenhum fato - 4

**20. RELACIONAMENTOS EXTERIORES À INSTITUIÇÃO**

- Benéficos, freqüentes – 1
- Úteis – 2
- Não benéficos – 3
- Ausentes - 4

**21. ATIVIDADES E LAZER**

- Espontâneas, fáceis – 1
- Quando propostas – 2
- Difíceis mesmo com ajuda – 3
- Nenhuma atividade – 4

**22. CONVERSAÇÃO**

- Normal e espontânea – 1
- Se estimulada – 2
- Limitada e difícil – 3
- Relacionamento verbal impossível - 4

**23. HUMOR**

- Normal e constante – 1
- Momentos de excitação ou tristeza – 2
- Tristeza acentuada – 3
- Apatia completa - 4

**24. COMPORTAMENTO PERTURBADO, AGITADO, ETC**

- Nunca – 1
- Distúrbios raros ou leves – 2
- Distúrbios freqüentes ou constrangedores – 3
- Incontrolável – 4

**25. REAÇÕES DOS CUIDADORES**

- Favoráveis – 1
- Neutras – 2
- Cansaço ou irritação – 3
- Impressão de que o paciente não está adaptado – 4

**TOTAL:****Data da avaliação:****Avaliação Realizada por:**

**ANEXO III****Carta Convite para Comitê de Juizes para avaliação da Equivalência Semântica e Idiômática da “ Échelle de Dépendance e Autonomie (EDA)”**

Prezado(a) \_\_\_\_\_

Venho por meio desta convidá-lo(a) a ser um dos membros do comitê de juizes na validação semântica e idiômática do instrumento que estou submetendo a adaptação transcultural, para posterior aplicação e análise. Este processo faz parte do meu programa de Pós Graduação Stricto Sensu da Faculdade de Saúde Pública da USP, nível Doutorado.

A referida escala propõe-se a mensurar as condições de autonomia e dependência de idosos que residem em instituições de longa permanência. Tal avaliação é realizada em conjunto com a equipe que presta assistência direta à estes indivíduos, o que a torna diferente de outros instrumentos utilizados até o momento.

Acredito que sua experiência profissional e seus conhecimentos teóricos poderão contribuir sobremaneira para a realização deste estudo.

Sei que o (a) Sr(a) possui inúmeras atribuições profissionais, mas em virtude das várias etapas que ainda devem ser vencidas neste estudo, solicito que me envie, se possível, resposta até dia 15/08/04.

Além da cópia impressa, segue também uma em disquete, caso queira me enviar a resposta por e-mail. Meu endereço eletrônico é [mveneroni@uol.com.br](mailto:mveneroni@uol.com.br), e meu endereço para correspondência:

Rua: Vinicius de Moraes, 136.

Bairro Morumbi - Atibaia

Cep: 12945-350

Desde já agradeço imensamente sua colaboração e empenho, e coloco-me à disposição para eventuais esclarecimentos.

Atenciosamente,

---

Márcia Regina Veneroni Novaes  
Pós Graduada - FSPUSP

## ANEXO IV

### Orientações ao Comitê de Juizes para avaliação da Equivalência Semântica e Idiomática da “Échelle de Dépendance e Autonomie (EDA)”

Prezado(a) \_\_\_\_\_

Apresento a seguir as versões original e traduzida para o português da “Escala de Dependência e Autonomia” (EDA), instrumento que se propõe mensurar as condições de dependência e autonomia de idosos residentes em instituições de longa permanência, através de avaliação realizada em conjunto com a equipe de cuidados da instituição. Esta escala foi desenvolvida por M. Delcros e R. Lanoë, na França em 1980. Considerando as diferenças culturais entre o país de origem do instrumento e o nosso, estamos realizando a adaptação transcultural do mesmo para utilização na assistência e na pesquisa, seguindo metodologia apropriada para estudos desta natureza.

Solicito assim, sua preciosa colaboração no sentido de avaliar as equivalências semântica e idiomática entre as versões original e traduzida do referido instrumento, considerando as seguintes orientações:

**Equivalência Semântica:** refere-se à correspondência no significado das palavras, envolvendo o vocabulário e a gramática.

**Equivalência Idiomática:** representa a equivalência de expressões em ambos idiomas, algumas vezes ao serem traduzidas acarretam em perda de significado no outro idioma, caso isso ocorra deve-se substituir a expressão original por outra parecida, para preservar seu significado original.

Utilize os critérios a seguir para determinar sua avaliação de equivalência, assinalando com um “X” o campo correspondente ao seu julgamento:

<b>Escala de Equivalência</b>
-1 = não equivalente
0 = indeciso
+1 = equivalente

Caso, em sua avaliação, o item corresponda aos valores (-1) ou (0), por favor, sugira a alteração que julgar mais adequada, no espaço abaixo de cada item.

Agradeço imensamente sua colaboração!

Atenciosamente,  
Márcia Regina Veneroni Novaes

## ANEXO V

### Instrumento para realização da Avaliação da Equivalência Semântica e idiomática da “Échelle de Dépendance e Autonomie (EDA)”

Após a análise de cada um dos itens, assinale com um “X” o campo correspondente à sua opinião, de acordo com a escala de equivalência abaixo. Caso, em sua avaliação, o item corresponda aos valores -1 ou 0, por favor, sugira as alterações que julgar mais adequadas, no espaço abaixo de cada item.

<b>Escala de Equivalência</b>
-1 = não equivalente
0 = indeciso
+1 = equivalente

**Échelle de Dépendance e Autonomie (EDA)**

**Escala de Dependência e Autonomia (EDA)**

-1	0	+1

---

**Degre de Dépendance de Mme ou Mr**

**Grau de Dependência do (a) Sr(a)**

-1	0	+1

**Service/Unite de Soins**

**Serviço/Unidade de Cuidados**

-1	0	+1

---

**Apprécier l'état du patient durant la dernière semaine environ.**

**Analisar o estado do paciente durante mais ou menos a última semana.**

-1	0	+1

---

Marquer un seul des 4 degrés pour chacun des 25 items sans en omettre aucun.  
 Marcar somente um dos 4 graus para cada um dos 25 itens, sem omitir nenhum.

-1	0	+1

Encercler le chiffre retenu.

Assinalar o número correspondente.

-1	0	+1

1. LEVER  
 1. LEVANTAR

-1	0	+1

Spontané  
 Espontâneo

-1	0	+1

A stimuler  
 Estimulado

-1	0	+1

Avec l'aide d'une personnes  
 Com ajuda de 1 pessoa

-1	0	+1

Impose l'aide de deux personnes  
 Impõe ajuda de 2 pessoas

-1	0	+1

2. MARCHÉ  
 2. ANDAR

-1	0	+1

**Sans aide**  
**Sem ajuda**

-1	0	+1

**Avec canne, déambulateur, etc**  
**Com bengala, andador, etc**

-1	0	+1

**Exige l'aide d'au moins une personne**  
**Precisa de ajuda de pelo menos 1 pessoa**

-1	0	+1

**Impossible**  
**Impossível**

-1	0	+1

**3. CIRULATION DU PATIENT**  
**3. CIRCULAÇÃO DO PACIENTE**

-1	0	+1

**Dans le bâtiment au moins**  
**Pelo menos no prédio**

-1	0	+1

**A l'étage seulement**  
**Somente no andar**

-1	0	+1

**Jusqu'aux toilettes uniquement**  
**Unicamente até o sanitário**

-1	0	+1

Nulle  
Nenhuma

-1	0	+1

4. SEJOUR DIURNE  
4. ATIVIDADE DIURNA

-1	0	+1

Activité normale  
Atividade Normal

-1	0	+1

Repos fréquents  
Repouso freqüente

-1	0	+1

Au fauteuil  
Na poltrona

-1	0	+1

Au lit si on ne le lève pas  
Na cama se ninguém o levanta

-1	0	+1

5. TOILETTE  
5. HIGIENE PESSOAL

-1	0	+1

Seul  
Sozinho

-1	0	+1

Après stimulation  
Após ser estimulado(a)

-1	0	+1

---

**Prope avec aide**  
**Com ajuda**

-1	0	+1

---

**Nécessite une aide totale**  
**Necessita de ajuda total**

-1	0	+1

---

**6. HABILLEMENT**  
**6. VESTIR-SE**

-1	0	+1

---

**Seul**  
**Sozinho**

-1	0	+1

---

**Après stimulation**  
**Após ser estimulado(a)**

-1	0	+1

---

**Tenue correcte après aide**  
**Corretamente após ajuda**

-1	0	+1

---

**Nécessite une aide constante**  
**Precisa de uma ajuda constante**

-1	0	+1

---

**7. ALIMENTATION**  
**7. ALIMENTAÇÃO**

-1	0	+1

---

Seul  
Sozinho

-1	0	+1

A installer ou stimuler  
Com estímulo

-1	0	+1

A aider en restant présent  
Ajudar permanecendo presente

-1	0	+1

Nécessite une assistance complète  
Varias vezes por dia

-1	0	+1

8. SOUILLURES URINAIRES  
8. INCONTINÊNCIA URINÁRIA

-1	0	+1

Jamais  
Nunca

-1	0	+1

Moins d'une fois par semaine  
Menos de uma vez por semana

-1	0	+1

D'une fois par semaine à une fois par 24 heures  
De uma vez por semana a uma vez em 24 horas

-1	0	+1

Plusieurs fois par jour  
Varias vezes por dia

-1	0	+1

---

**9. SOUILLURES FÉCALES**  
**9. INCONTINÊNCIA FECAL**

-1	0	+1

---

**Jamais**  
**Nunca**

-1	0	+1

---

**Moins d'une fois par semaine**  
**Menos de uma vez por semana**

-1	0	+1

---

**D'une fois par semaine à une fois par 24 heures**  
**De uma vez por semana a uma vez em 24 horas**

-1	0	+1

---

**Plusieurs fois par jour**  
**Várias vezes por dia**

-1	0	+1

---

**10. PREVENTION D'ESCARRES OU CHANGES**  
**10. PREVENÇÃO DE ESCARAS OU TROCAS**

-1	0	+1

---

**Inutiles**  
**Desnecessárias**

-1	0	+1

---

**Moins d'une fois par 24 heures**  
**Menos de uma vez em 24 horas**

-1	0	+1

---

Plusieurs fois par 24 heures  
Muitas vezes em 24 horas

-1	0	+1

Prévention intensive ou changes fréquents  
Prevenção intensiva ou trocas frequentes

-1	0	+1

11. SURVEILLANCE: (Prélèv. ou TA, courbe thermique)  
11. VIGILÂNCIA (Pressão Arterial, Temperatura)

-1	0	+1

Rare  
Raro

-1	0	+1

Une fois par semaine au maximum  
Uma vez por semana no máximo

-1	0	+1

D'une fois par semaine à une fois par 24 heures  
Entre uma vez por semana e uma vez por dia

-1	0	+1

Plusieurs fois par 24 heures  
Várias vezes por dia

-1	0	+1

12. ADMINSTRATIONS DE TRAITEMENTS  
12. ADMINISTRAÇÃO DE TRATAMENTOS

-1	0	+1

Aucune  
Nenhuma

-1	0	+1

Sans surveillance particulière  
Sem vigilância

-1	0	+1

Avec surveillance des prises ou injections  
Com vigilância de tomadas de medicamentos orais ou injeções

-1	0	+1

Perfusions, sondes, pansements, etc  
Perfusão, sondas, curativos, etc

-1	0	+1

13. PRISE EN CHARGE KINESITHERAPEUTIQUE  
13. TRATAMENTO FISIOTERAPICO

-1	0	+1

Aucune  
Nenhum

-1	0	+1

D'entretien  
De manutenção

-1	0	+1

Active temporaire  
Esporádico

-1	0	+1

Active temporaire  
Esporádico

-1	0	+1

Intensive  
Intensivo

-1	0	+1

14. VISION  
14. VISÃO

-1	0	+1

Voit et peut lire  
Vê e pode ler

-1	0	+1

Vision affaiblie gênant la lecture  
Visão fraca dificultando a leitura

-1	0	+1

Défaut gênant dans la vie quotidienne  
Deficiência, dificultando a vida cotidiana

-1	0	+1

Vision nulle ou Presque  
Visão nula ou quase

-1	0	+1

15. AUDITION  
15. AUDIÇÃO

-1	0	+1

Normale  
Normal

-1	0	+1

---

**Impose de parler fort**  
**Precisa falar alto**

-1	0	+1

---

**Mauvaise (même avec um appareil)**  
**Ruim (mesmo com aparelho)**

-1	0	+1

---

**Abolie**  
**Abolida**

-1	0	+1

---

**16. PAROLE**  
**16. FALA**

-1	0	+1

---

**Normale**  
**Normal**

-1	0	+1

---

**Lente ou gênée**  
**Lenta ou atrapalhada**

-1	0	+1

---

**Difficile à comprendre**  
**Difficil de entender**

-1	0	+1

---

**Absente ou incompréhensible**  
**Ausente ou incompreensível**

-1	0	+1

---

**17. ORIENTATION DANS LE TEMPS**  
**17. ORIENTAÇÃO NO TEMPO**

-1	0	+1

---

**Normale**  
**Normal**

-1	0	+1

---

**Perturbée épisodiquement**  
**Perturbada de vez em quando**

-1	0	+1

---

**Permet de se situer par rapport aux repas**  
**Permite situar-se em relação às refeições**

-1	0	+1

---

**Ne permet pas de situer l'heure du repas**  
**Não permite se situar em relação às refeições**

-1	0	+1

---

**18. ORIENTATION DANS L'ESPACE**  
**18. ORIENTAÇÃO NO ESPAÇO**

-1	0	+1

---

**Bonne**  
**Normal**

-1	0	+1

---

**Désorientation épisodique**  
**Desorientação de vez em quando**

-1	0	+1

---

**Perturbée mais lui permet de retrouver sa chambre**  
**Perturbada mas lhe permite encontrar o próprio quarto**

-1	0	+1

**Ne lui permet pas de retrouver sa chambre**  
**Não lhe permite encontrar o próprio quarto**

-1	0	+1

**19. MEMOIRE**  
**19. MEMÓRIA**

-1	0	+1

**Normale**  
**Normal**

-1	0	+1

**Sujette à quelques oublis**  
**Sujeita a alguns esquecimentos**

-1	0	+1

**Ne persistent que des faits anciens**  
**Persistem apenas fatos antigos**

-1	0	+1

**Aucun fait n'est retenu**  
**Não retém nenhum fato**

-1	0	+1

**20. RELATIONS EXTERIEURES AU SERVICE**  
**20. RELACIONAMENTOS EXTERIORES À INSTITUIÇÃO**

-1	0	+1

**Bénéfiques, fréquentes**  
**Benéficos, frequentes**

-1	0	+1

---

**Utiles**  
**Úteis**

-1	0	+1

---

**Non bénéfiques**  
**Não benéficos**

-1	0	+1

---

**Absentes**  
**Ausentes**

-1	0	+1

---

**21. ACTIVITES ET LOISIRS**  
**21. ATIVIDADES E LAZER**

-1	0	+1

---

**Spontanés et faciles**  
**Espontâneas, fáceis**

-1	0	+1

---

**Quand on les propose**  
**Quando propostas**

-1	0	+1

---

**Difficiles même avec aide**  
**Difíceis mesmo com ajuda**

-1	0	+1

---

**Aucune activité**  
**Nenhuma atividade**

-1	0	+1

---

**22. CONVERSATION**  
**22. CONVERSAÇÃO**

-1	0	+1

**Normale et spontanée**  
**Normal e espontânea**

-1	0	+1

**Si on l'engage**  
**Se estimulada**

-1	0	+1

**Limitée et difficile**  
**Limitada e difícil**

-1	0	+1

**Relations verbales impossibles**  
**Relacionamento verbal impossível**

-1	0	+1

**23. HUMEUR**  
**23. HUMOR**

-1	0	+1

**Normale et égale**  
**Normal e constante**

-1	0	+1

**Moments d'excitation ou de tristesse**  
**Momentos de excitação ou tristeza**

-1	0	+1

**Tristesse marquée**  
**Tristeza acentuada**

-1	0	+1

---

**Apathie complète**  
**Apatia completa**

-1	0	+1

---

**24. COMPORTEMENT PERTURBE, AGITE, ETC**  
**24. COMPORTAMENTO PERTURBADO, AGITADO, ETC**

-1	0	+1

---

**Jamais**  
**Nunca**

-1	0	+1

---

**Troubles exceptionnels ou légers**  
**Distúrbios raros ou leves**

-1	0	+1

---

**Troubles fréquents ou gênants**  
**Distúrbios frequentes ou constrangedores**

-1	0	+1

---

**Incontrôlable**  
**Incontrolável**

-1	0	+1

---

**25. REACTIONS SOIGNANTS**  
**25. REAÇÕES DOS CUIDADORES**

-1	0	+1

---

**Favorables**  
**Favoráveis**

-1	0	+1

---

Neutre  
Neutras

-1	0	+1

---

Lassitude ou agacement  
Cansaço ou irritação

-1	0	+1

---

Impression que le patient est inadapté  
Impressão de que o paciente não está adaptado

-1	0	+1

---

TOTAL  
TOTAL

-1	0	+1

---

DATES DES EVALUATIONS  
DATA DA AVALIAÇÃO

-1	0	+1

---

EVALUATION FAITE PAR Mme et/ou Mr  
AVALIAÇÃO REALIZADA POR

-1	0	+1

---

## ANEXO VI

**Segunda Versão Traduzida da “Echelle de Dépendance-Autonomie  
(E.D.A.)” - Pós Equivalência Semântica e Idiomática**

Escala de Dependência e Autonomia (EDA)

Grau de Dependência do (a) Sr(a)

Serviço/Unidade de Cuidados

Avaliar as condições do paciente durante a última semana..

Marcar somente um dos 4 graus para cada um dos 25 itens, sem omitir nenhum.

Assinalar o número correspondente.

**1. LEVANTAR**

Espontâneo

Quando estimulado

Com ajuda de 1 pessoa

Necessita da ajuda de 2 pessoas

**2. ANDAR**

Sem ajuda

Com bengala, andador, etc

Precisa de ajuda de pelo menos 1 pessoa

Impossível

**3. CIRCULAÇÃO DO PACIENTE**

Pelo menos no prédio

Somente no andar

Unicamente até o sanitário

Nenhuma

**4. ATIVIDADE DIURNA**

Atividade Normal

Repouso freqüente

Na poltrona

Na cama se ninguém o levanta

**5. HIGIENE PESSOAL**

Sozinho

Após ser estimulado(a)

Limpo com ajuda

Necessita de ajuda total

**6. VESTIR-SE**

Sozinho

Após ser estimulado(a)

Apresentação correta após ajuda

Precisa de uma ajuda constante

**7. ALIMENTAÇÃO**

Sozinho

Precisa ser servido ou estimulado

Ajudar permanecendo presente

Necessita de assistência total

**8. INCONTINÊNCIA URINÁRIA**

Nunca

Menos de uma vez por semana

De uma vez por semana a uma vez a cada 24 horas

Varias vezes por dia

**9. INCONTINÊNCIA FECAL**

Nunca

Menos de uma vez por semana

De uma vez por semana a uma vez em 24 hora s

Varias vezes por dia

**10. PREVENÇÃO DE ESCARAS OU TROCAS**

Desnecessárias

Menos de uma vez em 24 horas

Muitas vezes em 24 horas

Prevenção intensiva ou trocas freqüentes

**11. VIGILÂNCIA (Pressão Arterial, Temperatura)**

Raro

Uma vez por semana no máximo

Entre uma vez por semana e uma vez por dia

Várias vezes por dia

**12. ADMINISTRAÇÃO DE TRATAMENTOS**

Nenhuma

Não necessita supervisão especial

Necessita supervisão na administração de medicamentos orais ou injeções  
Perfusão, sondas, curativos, etc

### **13. TRATAMENTO FISIOTERAPICO**

Nenhum  
De manutenção  
Esporádico  
Intensivo

### **14. VISÃO**

Vê e pode ler  
Visão fraca dificultando a leitura  
Deficiência, dificultando a vida cotidiana  
Visão nula ou quase

### **15. AUDIÇÃO**

Normal  
Precisa falar alto  
Ruim (mesmo com aparelho)  
Abolida

### **16. FALA**

Normal  
Lenta ou atrapalhada  
Difícil de entender  
Ausente ou incompreensível

### **17. ORIENTAÇÃO NO TEMPO**

Normal  
Perturbada de vez em quando  
Permite situar-se em relação às refeições  
Não consegue se situar em relação ao horário das refeições

### **18. ORIENTAÇÃO NO ESPAÇO**

Boa  
Desorientação de vez em quando  
Perturbada mas lhe permite encontrar o próprio quarto  
Não lhe permite encontrar o próprio quarto

### **19. MEMÓRIA**

Normal  
Sujeita a alguns esquecimentos  
Persistem apenas fatos antigos

Não retém nenhum fato

### **20. RELACIONAMENTOS EXTERIORES À INSTITUIÇÃO**

Benéficos, freqüentes  
Úteis  
Não trazem benefícios  
Ausentes

### **21. ATIVIDADES E LAZER**

Espontâneas, fáceis  
Quando propostas  
Difíceis mesmo com ajuda  
Nenhuma atividade

### **22. CONVERSAÇÃO**

Normal e espontânea  
Se estimulada  
Limitada e difícil  
Relacionamento verbal impossível

### **23. HUMOR**

Normal e constante  
Momentos de excitação ou tristeza  
Tristeza acentuada  
Apatia completa

### **24. COMPORTAMENTO PERTURBADO, AGITADO, ETC**

Nunca  
Distúrbios raros ou leves  
Distúrbios freqüentes ou constrangedores  
Incontrolável

### **25. REAÇÕES DOS CUIDADORES**

Favoráveis  
Neutras  
Cansaço ou irritação  
Impressão de que o paciente não está adaptado

### **TOTAL**

**DATA DA AVALIAÇÃO:**

**AVALIAÇÃO REALIZADA POR:**

## ANEXO VII

**Carta Convite para Comitê de Juizes para Avaliação da Equivalência Cultural da “ Échelle de Dépendance e Autonomie (EDA)”**

Prezado(a) \_\_\_\_\_

Venho por meio desta convidá-lo(a) a ser um dos membros do **comitê de juizes na validação cultural** do instrumento que estou submetendo a adaptação transcultural, para posterior aplicação e análise. Este processo faz parte do meu programa de Pós Graduação Stricto Sensu da Faculdade de Saúde Pública da USP, nível Doutorado.

A referida escala propõe-se a mensurar as condições de autonomia e dependência de idosos que residem em instituições de longa permanência. Tal avaliação é realizada em conjunto com a equipe que presta assistência direta a estes indivíduos, o que a torna diferente de outros instrumentos utilizados até o momento.

Acredito que sua experiência profissional e seus conhecimentos teóricos poderão contribuir sobremaneira para a realização deste estudo.

Sei que o (a) Sr(a) possui inúmeras atribuições profissionais, mas em virtude das várias etapas que ainda devem ser vencidas neste estudo, solicito que me envie, se possível, resposta até dia 20/12/04.

Desde já agradeço imensamente sua colaboração e empenho, e coloco-me à disposição para eventuais esclarecimentos.

Atenciosamente,

---

Márcia Regina Veneroni Novaes

Pós Graduanda – FSPUSP

## ANEXO VIII

### Orientações ao Comitê de Juízes para Avaliação da Equivalência Cultural da “ Échelle de Dépendance e Autonomie (EDA)”

Prezado(a) \_\_\_\_\_

Apresento a seguir a versão traduzida para o português da “Escala de Dependência e Autonomia” (EDA), e submetida ao Comitê de Equivalência Idiomática e Semântica. Este instrumento propõe-se mensurar as condições de dependência e autonomia de idosos residentes em instituições de longa permanência, através de avaliação realizada em conjunto com a equipe de cuidados da instituição. Esta escala foi desenvolvida por M. Delcros e R. Lanoë, na França em 1980. Considerando as diferenças culturais entre o país de origem do instrumento e o nosso, estamos realizando a adaptação transcultural do mesmo para utilização na assistência e na pesquisa, seguindo metodologia apropriada para estudos desta natureza.

Solicito assim, sua preciosa colaboração no sentido de avaliar a equivalência cultural entre as versões original e traduzida do referido instrumento, considerando as seguintes orientações:

**Equivalência Cultural:** corresponde a análise da equivalência das situações retratadas nos itens com as vivenciadas em nosso contexto cultural. Alguns itens poderão ser modificados ou descartados, com a intenção de manter a coerência com o objetivo ao qual se destina.

Utilize os critérios a seguir para determinar sua avaliação de equivalência, assinalando com um “X” o campo correspondente ao seu julgamento:

<b>Escala de Equivalência</b>
-1 = não equivalente
0 = indeciso
+1 = equivalente

Caso, em sua avaliação, o item corresponda aos valores (-1) ou (0), por favor, sugira a alteração que julgar mais adequada, no espaço abaixo de cada item.

Agradeço imensamente sua colaboração!

Atenciosamente,

Márcia Regina Veneroni Novaes

## ANEXO IX

### Instrumento para realização da Avaliação da Equivalência Cultural da “ Échelle de Dépendance e Autonomie (EDA)”

Após a análise de cada um dos itens, assinale com um “X” o campo correspondente à sua opinião, de acordo com a escala de equivalência abaixo. Caso, em sua avaliação, o item corresponda aos valores -1 ou 0, por favor, sugira as alterações que julgar mais adequadas, no espaço abaixo de cada item.

<b>Escala de Equivalência</b>
-1 = não equivalente
0 = indeciso
+1 = equivalente

#### Escala de Dependência e Autonomia (EDA)

-1	0	+1

#### Grau de Dependência do (a) Sr(a)

-1	0	+1

#### Serviço/Unidade de Cuidados

-1	0	+1

#### Avaliar as condições do paciente durante a última semana.

-1	0	+1

#### Marcar somente um dos 4 graus para cada um dos 25 itens, sem omitir nenhum.

-1	0	+1

Assinalar o número correspondente.

-1	0	+1

---

**1. LEVANTAR**

-1	0	+1

---

Espontâneo

-1	0	+1

---

Quando estimulado

-1	0	+1

---

Com ajuda de 1 pessoa

-1	0	+1

---

Necessita da ajuda de 2 pessoas

-1	0	+1

---

**2. ANDAR**

-1	0	+1

---

Sem ajuda

-1	0	+1

---

Com bengala, andador, etc

-1	0	+1

---

Precisa de ajuda de pelo menos 1 pessoa

-1	0	+1

---

**Impossível**

-1	0	+1

---

**3. CIRCULAÇÃO DO PACIENTE**

-1	0	+1

---

**Pelo menos no prédio**

-1	0	+1

---

**Somente no andar**

-1	0	+1

---

**Unicamente até o sanitário**

-1	0	+1

---

**Nenhuma**

-1	0	+1

---

**4. ATIVIDADE DIURNA**

-1	0	+1

---

**Atividade Normal**

-1	0	+1

---

**Repouso frequente**

-1	0	+1

---

**Na poltrona**

-1	0	+1

---

**Na cama se ninguém o levanta**

-1	0	+1

---

**5. HIGIENE PESSOAL**

-1	0	+1

---

**Sozinho**

-1	0	+1

---

**Após ser estimulado(a)**

-1	0	+1

---

**Limpo com ajuda**

-1	0	+1

---

**Necessita de ajuda total**

-1	0	+1

---

**6. VESTIR-SE**

-1	0	+1

---

**Sozinho**

-1	0	+1

---

**Após ser estimulado(a)**

-1	0	+1

---

**Apresentação correta após ajuda**

-1	0	+1

---

**Precisa de uma ajuda constante**

-1	0	+1

---

## 7. ALIMENTAÇÃO

-1	0	+1

---

**Sozinho**

-1	0	+1

---

**Precisa ser servido ou estimulado**

-1	0	+1

---

**Ajudar permanecendo presente**

-1	0	+1

---

**Necessita de assistência total**

-1	0	+1

---

## 8. INCONTINÊNCIA URINÁRIA

-1	0	+1

---

**Nunca**

-1	0	+1

---

**Menos de uma vez por semana**

-1	0	+1

---

**De uma vez por semana a uma vez a cada 24 horas**

-1	0	+1

---

**Varias vezes por dia**

-1	0	+1

---

**9. INCONTINÊNCIA FECAL**

-1	0	+1

---

**Nunca**

-1	0	+1

---

**Menos de uma vez por semana**

-1	0	+1

---

**De uma vez por semana a uma vez em 24 horas**

-1	0	+1

---

**Varias vezes por dia**

-1	0	+1

---

**10. PREVENÇÃO DE ESCARAS OU TROCAS**

-1	0	+1

---

**Desnecessárias**

-1	0	+1

---

**Menos de uma vez em 24 horas**

-1	0	+1

---

**Muitas vezes em 24 horas**

-1	0	+1

---

**Prevenção intensiva ou trocas freqüentes**

-1	0	+1

---

**11. VIGILÂNCIA (Pressão Arterial, Temperatura)**

-1	0	+1

---

**Raro**

-1	0	+1

---

**Uma vez por semana no máximo**

-1	0	+1

---

**Entre uma vez por semana e uma vez por dia**

-1	0	+1

---

**Várias vezes por dia**

-1	0	+1

---

**12. ADMINISTRAÇÃO DE TRATAMENTOS**

-1	0	+1

---

**Nenhuma**

-1	0	+1

---

**Não necessita supervisão especial**

-1	0	+1

---

**Necessita supervisão na administração de medicamentos orais ou injeções**

-1	0	+1

---

**Perfusão, sondas, curativos, etc**

-1	0	+1

---

**13. TRATAMENTO FISIOTERAPICO**

-1	0	+1

---

**Nenhum**

-1	0	+1

---

**De manutenção**

-1	0	+1

---

**Esporádico**

-1	0	+1

---

**Intensivo**

-1	0	+1

---

**14. VISÃO**

-1	0	+1

---

**Vê e pode ler**

-1	0	+1

---

**Visão fraca dificultando a leitura**

-1	0	+1

---

**Deficiência, dificultando a vida cotidiana**

-1	0	+1

---

**Visão nula ou quase**

-1	0	+1

---

**15. AUDIÇÃO**

-1	0	+1

---

**Normal**

-1	0	+1

---

**Precisa falar alto**

-1	0	+1

---

**Ruim (mesmo com aparelho)**

-1	0	+1

---

**Abolida**

-1	0	+1

**16. FALA**

-1	0	+1

**Normal**

-1	0	+1

**Lenta ou atrapalhada**

-1	0	+1

**Difícil de entender**

-1	0	+1

**Ausente ou incompreensível**

-1	0	+1

**17. ORIENTAÇÃO NO TEMPO**

-1	0	+1

**Normal**

-1	0	+1

**Perturbada de vez em quando**

-1	0	+1

**Permite situar-se em relação às refeições**

-1	0	+1

**Não consegue se situar em relação ao horário das refeições**

-1	0	+1

**18. ORIENTAÇÃO NO ESPAÇO**

-1	0	+1

**Boa**

-1	0	+1

**Desorientação de vez em quando**

-1	0	+1

**Perturbada, mas lhe permite encontrar o próprio quarto**

-1	0	+1

**Não lhe permite encontrar o próprio quarto**

-1	0	+1

**19. MEMÓRIA**

-1	0	+1

**Normal**

-1	0	+1

**Sujeita a alguns esquecimentos**

-1	0	+1

**Persistem apenas fatos antigos**

-1	0	+1

Não retém nenhum fato

-1	0	+1

---

**20. RELACIONAMENTOS EXTERIORES À INSTITUIÇÃO**

-1	0	+1

---

Benéficos, freqüentes

-1	0	+1

---

Úteis

-1	0	+1

---

Não trazem benefícios

-1	0	+1

---

Ausentes

-1	0	+1

---

**21. ATIVIDADES E LAZER**

-1	0	+1

---

Espontâneas, fáceis

-1	0	+1

---

Quando propostas

-1	0	+1

---

Díficeis mesmo com ajuda

-1	0	+1

---

**Nenhuma atividade**

-1	0	+1

---

**22. CONVERSAÇÃO**

-1	0	+1

---

**Normal e espontânea**

-1	0	+1

---

**Se estimulada**

-1	0	+1

---

**Limitada e difícil**

-1	0	+1

---

**Relacionamento verbal impossível**

-1	0	+1

---

**23. HUMOR**

-1	0	+1

---

**Normal e constante**

-1	0	+1

---

**Momentos de excitação ou tristeza**

-1	0	+1

---

**Tristeza acentuada**

-1	0	+1

**Apatia completa**

-1	0	+1

**24. COMPORTAMENTO PERTURBADO, AGITADO, ETC**

-1	0	+1

**Nunca**

-1	0	+1

**Distúrbios raros ou leves**

-1	0	+1

**Distúrbios freqüentes ou constrangedores**

-1	0	+1

**Incontrolável**

-1	0	+1

**25. REAÇÕES DOS CUIDADORES**

-1	0	+1

**Favoráveis**

-1	0	+1

**Neutras**

-1	0	+1

---

**Cansaço ou irritação**

-1	0	+1

---

**Impressão de que o paciente não está adaptado**

-1	0	+1

---

**TOTAL**

-1	0	+1

---

**DATA DA AVALIAÇÃO**

-1	0	+1

---

**AVALIAÇÃO REALIZADA POR**

-1	0	+1

---

## ANEXO X

## VERSÃO FINAL - ESCALA DE DEPENDÊNCIA E AUTONOMIA (EDA)

Grau de Dependência do (a) Sr(a): \_\_\_\_\_

Serviço/Unidade de Cuidados: \_\_\_\_\_

Avaliar as condições do paciente durante a última semana. Marcar somente um dos 4 graus para cada um dos 25 itens, sem omitir nenhum. Assinalar o número correspondente.

1. LEVANTAR			
Espontâneo e sem ajuda (1)	1	1	1
Quando estimulado (2)	2	2	2
Com ajuda de 1 pessoa (3)	3	3	3
Necessita da ajuda de 2 pessoas ou mais(4)	4	4	4
2. ANDAR			
Sem ajuda (1)	1	1	1
Com bengala, andador, etc (2)	2	2	2
Precisa de ajuda de pelo menos 1 pessoa (3)	3	3	3
Impossibilitado de andar (4)	4	4	4
3. CIRCULAÇÃO DO PACIENTE			
Nas dependências da instituição (1)	1	1	1
Somente no andar (2)	2	2	2
Unicamente até o sanitário (3)	3	3	3
Impossível (4)	4	4	4
4. ATIVIDADE DIURNA			
Ativo (1)	1	1	1
Repouso freqüente (2)	2	2	2
Na poltrona ou Cadeira de Rodas (3)	3	3	3
Na cama se ninguém o levanta (4)	4	4	4
5. HIGIENE PESSOAL			
Sozinho (1)	1	1	1
Após ser estimulado (2)	2	2	2
Necessita ajuda parcial (3)	3	3	3
Necessita de ajuda total (4)	4	4	4

6. VESTIR-SE			
Sozinho (1)	1	1	1
Após ser estimulado (2)	2	2	2
Apresentação correta após ajuda (3)	3	3	3
Não consegue se vestir sozinho (4)	4	4	4
7. ALIMENTAÇÃO			
Sozinho (1)	1	1	1
Precisa ser servido ou estimulado, mas come sozinho (2)	2	2	2
Ajudar, permanecendo presente (3)	3	3	3
Não consegue comer sozinho (4)	4	4	4
8. INCONTINÊNCIA URINÁRIA			
Não apresenta (1)	1	1	1
Esporádico (menos de 1x/semana) (2)	2	2	2
Frequente (1x/semana a 1x/dia) (3)	3	3	3
Incontinência total (várias vezes/dia) (4)	4	4	4
9. INCONTINÊNCIA FECAL			
Não apresenta (1)	1	1	1
Esporádico (menos de 1x/semana) (2)	2	2	2
Frequente (1x/semana a 1x/dia) (3)	3	3	3
Incontinência total (várias vezes/dia) (4)	4	4	4
10. PREVENÇÃO DE ÚLCERA POR PRESSÃO			
Desnecessárias (1)	1	1	1
Até uma vez ao dia (2)	2	2	2
Até 3 x/dia (3)	3	3	3
Mais de 3x/dia (4)	4	4	4
11. CONTROLE DE SINAIS VITAIS			
Raro (1)	1	1	1
Uma vez por semana no máximo (2)	2	2	2
Mais de 1 x/semana (3)	3	3	3
Várias vezes por dia (4)	4	4	4

12. ADMINISTRAÇÃO DE TRATAMENTOS			
Nenhuma (1)	1	1	1
Não necessita supervisão especial (2)	2	2	2
Necessita supervisão na administração de medicamentos orais ou injeções (3)	3	3	3
Perfusão, sondas, curativos, etc (4)	4	4	4
13. VISÃO			
Vê e pode ler (1)	1	1	1
Visão fraca dificultando a leitura (2)	2	2	2
Deficiência, dificultando a vida cotidiana (3)	3	3	3
Não enxerga nada ou apenas vulto (4)	4	4	4
14. AUDIÇÃO			
Normal (1)	1	1	1
Necessita falar alto e pausadamente (2)	2	2	2
Ruim (mesmo com aparelho) (3)	3	3	3
Não ouve nada (4)	4	4	4
15. FALA			
Normal (1)	1	1	1
Lenta ou atrapalhada (2)	2	2	2
Difícil de entender (3)	3	3	3
Ausente ou incompreensível (4)	4	4	4
16. ORIENTAÇÃO NO TEMPO			
Normal (1)	1	1	1
Perturbada de vez em quando (2)	2	2	2
Permite situar-se em relação às refeições (3)	3	3	3
Não consegue se situar em relação ao horário das refeições (4)	4	4	4
17. ORIENTAÇÃO NO ESPAÇO			
Orientado (1)	1	1	1
Desorientação de vez em quando (2)	2	2	2
Perturbada mas lhe permite encontrar o próprio quarto (3)	3	3	3
Não lhe permite encontrar o próprio quarto (4)	4	4	4

18. MEMÓRIA			
Normal (1)	1	1	1
Sujeita a alguns esquecimentos (2)	2	2	2
Persistem apenas fatos antigos (3)	3	3	3
Não retém nenhum fato (4)	4	4	4
19. RECEBIMENTO DE VISITAS			
Freqüente (toda semana) (1)	1	1	1
Esporádico (em datas especiais) (2)	2	2	2
Raro (nem em datas especiais) (3)	3	3	3
Nunca (4)	4	4	4
20. RELACIONAMENTOS EXTERIORES À INSTITUIÇÃO			
Benéfico (1)	1	1	1
Prejudicial (2)	2	2	2
Indiferente (3)	3	3	3
Ausente (4)	4	4	4
21. ATIVIDADES E LAZER			
Espontâneas, fáceis (1)	1	1	1
Quando propostas (2)	2	2	2
Díficeis mesmo com ajuda (3)	3	3	3
Nenhuma atividade (4)	4	4	4
22. CONVERSAÇÃO			
Normal e espontânea (1)	1	1	1
Se estimulada (2)	2	2	2
Limitada e difícil (3)	3	3	3
Relacionamento verbal impossível (4)	4	4	4
23. HUMOR			
Normal e constante (1)	1	1	1
Momentos de excitação ou tristeza (2)	2	2	2
Tristeza acentuada (3)	3	3	3
Apatia completa (4)	4	4	4

24. COMPORTAMENTO PERTURBADO, AGITADO, ETC			
Nunca (1)	1	1	1
Distúrbios raros ou leves (2)	2	2	2
Distúrbios freqüentes ou constrangedores (3)	3	3	3
Incontrolável (4)	4	4	4
25. REAÇÕES DOS CUIDADORES			
Favoráveis (1)	1	1	1
Neutras (2)	2	2	2
Cansaço ou irritação (3)	3	3	3
Impressão de que o paciente não está adaptado (4)	4	4	4
TOTAL			
DATA DA AVALIAÇÃO			
AVALIAÇÃO REALIZADA POR			

**ANEXO XI****Solicitação de Autorização às Instituições de Longa Permanência para Idosos para realização do Pré-Teste e Coleta de Dados**

Eu, Márcia Regina Veneroni Novaes, enfermeira, RG 12.415.125-5, venho por meio desta, solicitar a Diretoria desta instituição a autorização para realização da pesquisa ***“Avaliação da Autonomia e Dependência de Idosos residentes em Instituição de Longa Permanência: um instrumento para avaliação pela Equipe de Cuidados”***. Esta pesquisa faz parte de um programa de Pós-Graduação Stricto Sensu, nível Doutorado, da Faculdade de Saúde Pública da USP, e tem como orientadora a Profª Drª Alice Moreira Demtli.

Este trabalho tem como objetivo experimentar o uso de um instrumento de avaliação da autonomia e da dependência dos idosos que vivem em instituições de longa permanência, tendo como avaliadores os membros da equipe que prestam assistência direta aos mesmos. Este instrumento permite, através de discussão em grupo, manter uma avaliação contínua dos moradores, e a partir da pontuação obtida com este instrumento, identificar as reais necessidades de cada indivíduo, e conseqüentemente determinar o grau de dependência e as implicações para a assistência.

Através da dinâmica de avaliação em grupo, assegura-se a individualização dos cuidados aos idosos, despertando no profissional maior responsabilidade pela assistência prestada. Além disso, possibilita discussões periódicas e atualização continuada da equipe. Do ponto de vista administrativo, tal instrumento permite quantificar o número de profissionais necessários em função do grau de dependência do morador. Este estudo não implica em riscos para os participantes, e fica asseguradas a garantia do sigilo e anonimato dos participantes desta pesquisa, e a utilização dos dados obtidos apenas para publicações científicas.

Acredito que os resultados obtidos serão de grande valia para as instituições, uma vez que através este tipo de avaliação pode-se sistematizar a assistência prestada, o que vai ao encontro das exigências feitas pelo Conselho Regional de Enfermagem (COREn)

Desde já agradeço a atenção dispensada, e aguardo um parecer de VSª.

Atenciosamente

---

Enfª Me. Márcia R. V. Novaes

Pesquisadora

---

Profª Drª Alice Moreira Demtli

Orientadora

Fone: 4418-3601

e-mail: [mrveneroni@uol.com.br](mailto:mrveneroni@uol.com.br)

**ANEXO XII****Termo de Consentimento Livre e Esclarecido****(Para ser apresentado à Equipe de Cuidados)**

O envelhecimento humano é marcado por alterações fisiológicas que podem acarretar diminuição da Capacidade Funcional, gerando redução da Autonomia e da Independência. Tais circunstâncias podem dificultar a capacidade para o autocuidado, implicando em necessidade de auxílio de uma outra pessoa para tais atividades.

Este estudo tem como objetivo experimentar um instrumento de avaliação do grau de Autonomia e de Dependência de idosos residentes em Instituições de Longa Permanência, e a partir desta avaliação, adequar e individualizar os cuidados prestados aos mesmos, objetivando sempre a manutenção da independência e da qualidade de vida.

Concordo em participar voluntariamente deste estudo, e estou ciente que serão respeitados o sigilo e anonimato das informações obtidas e que o mesmo não me expõe a nenhum risco, além disso, posso me retirar da pesquisa a qualquer momento. Tenho conhecimento do caráter científico deste trabalho e que a realização do mesmo foi autorizada por esta instituição,

---

Assinatura

São Paulo, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 200\_\_

**Pesquisadora Responsável: Márcia Regina Veneroni Novaes**

**Fone: 4418-3601**

**e-mail: [mrveneroni@uol.com.br](mailto:mrveneroni@uol.com.br)**

## ANEXO XIII

## Primeiro Roteiro de Entrevista com Equipe de Cuidados

1. Data nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (dia/mês/ano)
2. Sexo: \_\_\_\_\_ 3. Estado Civil: \_\_\_\_\_
4. Formação Escolar
 

<input type="checkbox"/> 1º Grau Completo	<input type="checkbox"/> 1º Grau Incompleto
<input type="checkbox"/> 2º Grau Completo	<input type="checkbox"/> 2º Grau Incompleto
<input type="checkbox"/> Superior Completo	<input type="checkbox"/> Superior Incompleto
5. Função que exerce na instituição: \_\_\_\_\_
6. Tempo que trabalha na instituição?
 

<input type="checkbox"/> 0 - 12 meses ( 1 ano)	<input type="checkbox"/> 37 meses – 48 meses (4anos)
<input type="checkbox"/> 13 – 24 meses (2 anos)	<input type="checkbox"/> mais de 48 meses ( + 4anos)
<input type="checkbox"/> 25 meses – 36 meses (3 anos)	
7. Em que atividade trabalhou antes? \_\_\_\_\_
8. Possui formação específica na área de Geriatria/Gerontologia?
 

<input type="checkbox"/> Sim Qual: _____
<input type="checkbox"/> Não
8. Você recebeu algum tipo de treinamento ao iniciar suas atividades nesta instituição?
 

<input type="checkbox"/> Sim Qual: _____
<input type="checkbox"/> Não
9. É costume discutir a respeito dos cuidados que devem ser prestados aos moradores?
 

<input type="checkbox"/> Sim Como: _____
<input type="checkbox"/> Não
10. Como foi para você participar desta reunião para avaliação dos moradores da instituição?
11. O que você achou do instrumento utilizado para a avaliação?
12. Quais foram às facilidades que você encontrou durante a avaliação?
13. Quais foram às dificuldades que você encontrou durante a avaliação?
14. Você gostaria de sugerir alguma pergunta que não foi feita?

**ANEXO XIV****Segundo Roteiro de Entrevista com Equipe de Cuidados**

**1. Idade:** \_\_\_\_\_ (anos)

**2. Sexo:** \_\_\_\_\_ **3. Estado Civil:** \_\_\_\_\_

**4. Formação Escolar**

1º Grau Completo                       1º Grau Incompleto

2º Grau Completo                       2º Grau Incompleto

Superior Completo     Superior Incompleto

**5. Se auxiliar ou Técnico de Enfermagem, qual o tempo de formado:** \_\_\_\_\_

**6. Função que exerce na instituição:** \_\_\_\_\_

**7. Tempo que trabalha na instituição?**

0 - 6 meses (\_\_\_ meses)

7 - 12 meses ( 1 ano)

37 meses – 48 meses (4anos)

13 – 24 meses (2 anos)

mais de 48 meses (+ 4anos)

25 meses – 36 meses (3 anos)

**8. Em que atividade trabalhou antes?** \_\_\_\_\_

**9. Possui alguma formação específica na área de Geriatria/Gerontologia?**

Sim Qual: \_\_\_\_\_

Não

**10. Você recebeu algum tipo de treinamento ao iniciar suas atividades nesta instituição?**

Sim Qual: \_\_\_\_\_

Não

**11. É costume haver discussão a respeito dos cuidados necessários, dos problemas do idoso, da história de vida dos moradores?**

Sim Como: \_\_\_\_\_

Não

**12. Você se sente preparado para cuidar do idoso?**

**13. O que você achou desta avaliação, feita em conjunto com o grupo que cuida do idoso?**

**14. O que você tem a dizer sobre este instrumento utilizado para a avaliação do idoso?**

**ANEXO XV****Planilha de Dados para o Perfil dos Moradores**

<b>Nome</b>	<b>Sexo</b>	<b>Idade</b>	<b>Tempo na ILPI</b>	<b>Dados Relevantes</b>	<b>Rede Social</b>