

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

FACULDADE DE MEDICINA

ELIANE ROCHA DE ALBUQUERQUE

**MORTE DE RESIDENTES EM INSTITUIÇÕES DE LONGA
PERMANÊNCIA PARA IDOSOS EM BELO HORIZONTE, 2016:
A TERMINALIDADE DA VIDA E O CUIDADO NECESSÁRIO**

BELO HORIZONTE

2017

ELIANE ROCHA DE ALBUQUERQUE

**MORTE DE RESIDENTES EM INSTITUIÇÕES DE LONGA
PERMANÊNCIA PARA IDOSOS EM BELO HORIZONTE, 2016:
A TERMINALIDADE DA VIDA E O CUIDADO NECESSÁRIO**

Dissertação apresentada ao Programa de
Mestrado Profissional em Promoção de
Saúde e Prevenção da Violência do
Departamento de Medicina Preventiva e
Social da Faculdade de Medicina da
Universidade Federal de Minas Gerais
como requisito parcial à obtenção do
título de Mestre

Orientadora: Eliane Dias Gontijo

Co-orientadora: Maria da Conceição J.
Werneck Côrtes

BELO HORIZONTE

2017

FICHA CATALOGRÁFICA

AL345m Albuquerque, Eliane Rocha de.
Morte de residentes em Instituições de Longa Permanência para Idosos em Belo Horizonte, 2016 [recursos eletrônicos]: a terminalidade da vida e o cuidado necessário. / Eliane Rocha de Albuquerque. - - Belo Horizonte: 2022.
91f.: il.
Formato: PDF.
Requisitos do Sistema: Adobe Digital Editions.

Orientador (a): Eliane Dias Gontijo.
Coorientador (a): Maria da Conceição J. Werneck Côrtes.
Área de concentração: Promoção de Saúde e Prevenção da Violência
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina.

1. Qualidade de Vida. 2. Instituição de Longa Permanência para Idosos. 3. Atitude Frente a Morte. 4. Cuidados Paliativos na Terminalidade da Vida. 5. Dissertação Acadêmica. I. Gontijo, Eliane Dias. II. Côrtes, Maria da Conceição J. Werneck. III. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. IV. Título.

NLM: WT 27

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Reitor

Prof. Jaime Arturo Ramírez

Vice-Reitora

Prof^a. Sandra Goulart Almeida

Pró-Reitor de Pós-Graduação

Prof. Rodrigo Antônio de Paiva Duarte

FACULDADE DE MEDICINA

Diretor

Prof. **Tarcizo Afonso Nunes**

Chefe do Departamento de Medicina Preventiva e Social

Prof. Antônio Thomaz Matta Machado

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PROMOÇÃO E SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA

Coordenadora

Prof^a. Elza Machado de Melo

Subcoordenadora

Prof^a. **Cristiane de Freitas Cunha**



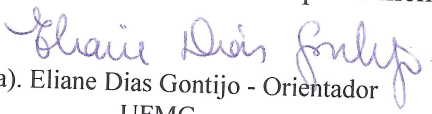
FOLHA DE APROVAÇÃO

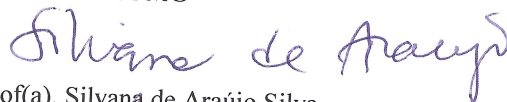
QUALIDADE DE MORTE DE RESIDENTES EM INSTITUIÇÕES DE LONGA
PERMANÊNCIA PARA IDOSOS EM BELO HORIZONTE – 2016


ELIANE ROCHA DE ALBUQUERQUE

Dissertação submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA/MP, como requisito para obtenção do grau de Mestre em PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA, área de concentração PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA.

Aprovada em 18 de julho de 2017, pela banca constituída pelos membros:


Prof(a). Eliane Dias Gontijo - Orientador
UFMG


Prof(a). Silvana de Araújo Silva
UFMG


Prof(a). Maria da Conceição Juste Werneck Côrtes
UFMG


Prof(a). Bernardo de Mattos Viana
UFMG

Belo Horizonte, 18 de julho de 2017.

A Deus, que nunca me desamparou ao longo
de toda a minha vida, e a Maria Santíssima,
que me deu colo e consolo

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu Senhor e meu Deus, a quem este trabalho, assim como toda a minha vida, pertencem, e a Maria, minha mãezinha, que me tomou pela mão e me possibilitou seguir em frente. E a você, AG, que no silêncio me sustentou.

Ao Adriano, amigo, esposo e companheiro de toda uma vida, que tomou sobre si o peso da vida diária para que eu pudesse me dedicar ao trabalho.

Aos meus filhos, Isabelle e Pedro Henrique, pelo apoio e suporte e por não terem me deixado desistir. Isabelle, obrigada por me trazer de volta à realidade. Ao Pedro, agradeço também pelas xícaras de café da madrugada, preparadas com tanto amor e cuidado.

Aos meus pais, Antônio e Diva, que acreditaram em mim desde sempre e nunca me cobraram presença.

À minha irmã Christiane e à minha sobrinha, Maria Beatriz, tão importantes em minha vida. E ao Nilson, meu irmão, presente na ausência.

Aos meus amigos e colegas de trabalho, que tanto me ampararam e ajudaram nesta caminhada, em especial à Jaqueline Aguilar. Sem vocês, eu não teria persistido.

À Professora Dra. Natália Horta, a grande culpada por eu me ter aventurado ao mestrado.

Aos dirigentes e funcionários das instituições de longa permanência que tão bem me receberam e cuja preocupação com o bem estar dos idosos é real e fez com que abraçassem a proposta deste estudo.

A todos os meus colegas de mestrado, parceiros da caminhada

À Professora Dra. Elza Melo, coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência e às Profas. Eliane Gontijo e Conceição Werneck, as mais formidáveis orientadora e coorientadora que alguém poderia ter. Sua disponibilidade e preocupação foram essenciais para este projeto e sem vocês, eu jamais teria caminhado

Aos meus pacientes e alunos, que tanto me ensinaram ao longo da vida e que têm marcado a minha vida profissional com tanto carinho e alegria

Aos meus amigos Ana Carolina Bueno, Jucilene Carneiro e Claudiney Marques, três presentes de Deus na minha vida ao longo destes anos

O que dizer além de muito, muito obrigada? Que Deus os abençoe!

“Como quereis que os outros vos façam, fazei também a eles.”

JESUS CRISTO

RESUMO

A qualidade de vida implica em um processo de morte também adequado, à luz do conceito de Boa Morte - ocorrendo no tempo certo, com dignidade e alívio do sofrimento em seus aspectos físicos, psíquicos, sociais e espirituais. Este estudo, de caráter transversal observacional, se debruça sobre a forma como 104 de 116 idosos institucionalizados morreram em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, no ano de 2016. Utilizou-se as Certidões de Óbito e/ou as Declarações de Óbito e os prontuários institucionais destes idosos, com análise das variáveis associadas ao falecido e seu entorno familiar e social para identificar os fatores associados ao cuidado na fase final da vida. O principal determinante social de institucionalização foi a insuficiência familiar (notadamente a ausência de companheiro), com história de maus tratos em 23 % dos casos. A frequência de insuficiência cognitiva era elevada quando da admissão à ILPI, bem como idade avançada e perda de autonomia para as Atividades Básicas de Vida Diária. A maior parte dos óbitos ocorreu em idosos com perfil coincidente àquele que determinou a institucionalização: sexo feminino, cor branca, baixa escolaridade e ausência de suporte familiar (notadamente um companheiro), bem como alterações cognitivas; a mortalidade proporcional foi mais elevada em pacientes acima dos 80 anos. Observou-se deficiências de registro, inclusive quanto a patologias existentes e presença das grandes síndromes geriátricas. Os dados encontrados sinalizam prováveis situações de sofrimento e inadequação qualitativa e quantitativa dos cuidados prestados no trimestre precedente ao óbito, com sofrimento físico abordado de forma inadequada: dispneia e dor persistentes ocorreram em mais da metade dos idosos; fadiga e outros sintomas tiveram baixa frequência, provavelmente por sub-registro. O suporte familiar, social e espiritual foi insuficiente. Adequada qualidade de morte apenas foi referida em 24 % dos participantes. Tais achados confirmam os dados da literatura com relação ao suporte inadequado prestado às pessoas durante o processo de morrer. Os resultados apontam para a necessidade de estudos adicionais a este respeito, uma vez que conhecer as principais causas de morbimortalidade em idosos institucionalizados contribuirá para um melhor planejamento das ações em saúde, contemplando suas necessidades específicas. Conclui-se pela importância de se discutir o tema da terminalidade e capacitar os responsáveis por apoiar e confortar aqueles que estão morrendo.

Palavras-chave: Qualidade de vida; Instituições de Longa Permanência para Idosos; Idoso; Ortotanásia; Distanásia.

ABSTRACT

The quality of life implies a process of death also appropriate, in the light of the concept of Good Death - occurring in the right time, with dignity and relief of suffering in its physical, psychic, social and spiritual aspects. This observational study focuses on the way 104 of 116 elderly people institutionalized died in Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil, in the year 2016. The death certificates and the institutional records of these elderly people were used to study the variables associated with the deceased and their family and social environment and identify factors associated with care in the final phase of life. The main social determinant of institutionalization was family insufficiency (notably the absence of a partner), with a history of mistreatment in 23% of the cases. The frequency of cognitive impairment was high at the time of admission to ILPI, as well as advanced age and loss of autonomy for the Basic Activities of Daily Living. The majority of deaths occurred in the aged ones with a profile that coincided with the one that determined the institutionalization: female, white, low schooling and absence of family support (notably a partner), as well as cognitive alterations. The proportional mortality was higher in patients over 80 years. Record deficiencies were observed, including those respecting existing pathologies and presence of geriatric syndromes. The data found indicate probable situations of suffering and qualitative and quantitative inadequacy of the care provided in the quarter preceding the death, with inadequately addressed physical suffering: persistent dyspnea and pain occurred in more than half of the elderly; fatigue and other symptoms had low frequency, probably due to under registration. Family, social and spiritual support was insufficient. Adequate quality of death was only reported in 24% of the participants. These findings confirm the literature data regarding inadequate support provided to people during the dying process. The results point to the need for additional studies, since knowing the main causes of morbidity and mortality in institutionalized elderly will contribute to a better planning of health actions, taking into account their specific needs. It concludes by the importance of discussing the terminality and empowering those responsible for supporting and comforting those who are dying.

Keywords: Quality of life. Long-Term Institutions for the Elderly. Ortotanásia. Dysthanasia.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ATB – Antibiótico

AVD – Atividades de Vida Diária

AIVD – Atividades Instrumentais de Vida Diária

ILPI – Instituições de Longa Permanência para Idosos

ONU - Organização das Nações Unidas

OPAS – Organização Panamericana de Saúde

SMAAS-PBH – Secretaria Municipal Adjunta de Assistência Social/Prefeitura de Belo Horizonte

UNFPA - Fundo de Populações das Nações Unidas

WHO – World Health Organization

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
2. REFERENCIAL TEÓRICO	17
2.1 Envelhecimento	17
2.2 Institucionalização	19
2.3 Morte	22
2.4 Registros oficiais de óbito: Declaração de Óbito e Certidão de Óbito	25
3. OBJETIVOS	28
4. METODOLOGIA	29
5. RESULTADOS	37
6. DISCUSSÃO	57
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	73
8. REFERENCIAS	75
9. ANEXOS	83

1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional, que em países desenvolvidos se deu de forma lenta e progressiva, vem acontecendo de forma abrupta em países em desenvolvimento, como resultado do aumento da expectativa de vida na população decorrente da melhoria das condições de vida e dos avanços tecnológicos obtidos ao longo das últimas décadas. (CAMARANO; KANSO, 2017).

Pela primeira vez na história, a maioria das pessoas pode esperar viver até sessenta anos ou mais (World Health Organization - WHO, 2015):

“O envelhecimento é um triunfo do desenvolvimento. O aumento da longevidade é uma das maiores conquistas da humanidade. As pessoas vivem mais em razão de melhorias na nutrição, nas condições sanitárias, nos avanços da medicina, nos cuidados com a saúde, no ensino e no bem-estar econômico. Mas, a população em envelhecimento também apresenta desafios sociais, econômicos e culturais para indivíduos, famílias, sociedades e para a comunidade global” (*Fundo de População das Nações Unidas – UNFPA, 2012*).

No Brasil, o envelhecimento populacional teve início na década de 40, com a redução nas taxas de mortalidade e de fecundidade, sendo que em 1980 havia 6,3% de idosos. Esta percentagem aumentou consideravelmente nas décadas seguintes, atingindo 10,8% do total de residentes em 2010. Estima-se que em 2025 a população idosa brasileira será de 35.427.289, representando 16,2% da população total do país, com projeção para 218.330.014 pessoas para aquele ano, segundo dados obtidos por consulta às bases de dados disponibilizadas pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS, 2017). Essa velocidade das transformações com relação ao envelhecimento, referenciada na publicação Demografia e Saúde – OPAS (2009), coloca o Brasil como um dos países com o maior índice de envelhecimento da população mundial.

Adicionalmente, o processo de envelhecimento pela base, conseqüente à redução da mortalidade em faixas etárias mais jovens, vem sendo substituído pelo envelhecimento pelo topo, em decorrência da maior sobrevivência dos idosos, resultando em uma maior proporção da população acima de 80 anos. Estima-se que este contingente, que em 2010 representava 14,3% da população acima de 60 anos e 1,5% da população total, passe a responder por 6,5% da população total e 19,6% da população idosa em 2050 (CAMARANO; KANSO, 2017).

Este extrato populacional demanda cuidados de longo prazo. Entretanto, nas sociedades modernas, esta necessidade de suporte se dá num contexto desfavorável. As estruturas familiares sofreram importantes transformações no último século (WHO, 2015). A mulher, tradicional cuidadora dos ascendentes idosos, está agora inserida no mercado de trabalho e com frequência não mais está disponível para assumir estas funções; o processo intenso de migração e a conseqüente urbanização levaram, em nível mundial, à redução dos vínculos de apoio tradicionais, estando as pessoas frequentemente distantes de seus núcleos familiares originais. Não só a perda do vínculo entre as diversas gerações predispõe ao isolamento dos idosos, como as taxas de natalidade reduzidas contribuem adicionalmente para a redução da chamada “família estendida”, com menor disponibilidade de familiares para o cuidado dos idosos.

Também os valores socioculturais vigentes, que privilegiam a juventude, contribuem para que o idoso muitas vezes seja visto de forma preconceituosa, sobretudo quando oriundo das faixas mais carentes do ponto de vista socioeconômico (NETTO, 2016). Alterações na estrutura familiar, além da morte de familiares – notadamente o cônjuge - e amigos próximos contribuem ainda mais para o progressivo isolamento de muitos idosos. As doenças crônico-degenerativas, mais prevalentes em faixas etárias mais avançadas, contribuem de forma significativa para a progressiva fragilidade do idoso, com um aumento nos níveis de dependência até mesmo para tarefas simples da vida diária, como o ato de alimentar-se. Isso acarreta uma demanda por cuidados de terceiros à qual os familiares nem sempre podem responder a contento. Para Adorno (2011), a população idosa é parte dos grupos sociais vulneráveis, aos quais o acesso aos equipamentos de proteção social é menor, aí incluídos os cuidados de saúde; assim, os espaços de prestação de cuidados tornam-se mais necessários e há que se estabelecer uma rede de atenção diferenciada para estas populações.

Estas modificações sociais, aliadas ao aumento do número de idosos na população, muitas vezes irão determinar necessidades de abrigamento fora do contexto familiar – assim instituições para residência e cuidado adequado destes gerontes passam a se fazer cada vez mais necessárias.

Com o aumento das situações em que a insuficiência familiar é cada vez mais frequente, as Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) passam a ser uma alternativa importante – quando não a única disponível – para o cuidado das pessoas idosas, notadamente daquelas mais dependentes.

Historicamente, os idosos têm sido negligenciados no planejamento de ações de saúde. Apenas em 1994 o Brasil promulga a Lei nº 8842/1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso (BRASIL, 1994). Em 2002, a Organização das Nações Unidas - ONU aprova o Plano Internacional para o Envelhecimento, cujo principal objetivo é garantir o envelhecimento seguro e digno para todas as populações do mundo.

No Brasil, a resposta à proposição da ONU teve lugar em 2003, quando foi promulgada a Lei no. 10741, conhecida como Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003). Em 2006, é lançada a Portaria nº 2.528 de 2006, dispondo sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, 2006), a qual tem como uma de suas principais diretrizes o envelhecimento ativo e saudável, conforme proposto pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 2005): contemplar maiores oportunidades de saúde, participação e segurança, objetivando melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem, e estabelecer políticas públicas que promovam modos de viver mais saudáveis e seguros em todas as etapas da vida.

Do ponto de vista científico, este processo vem sendo marcado por um maior número de estudos em Gerontologia e Geriatria, buscando uma melhor compreensão do processo de envelhecimento. (NETTO, 2016).

O estudo criterioso das fases finais da vida torna necessário o questionamento sobre a qualidade destes anos e do processo de morte dos cidadãos, principalmente nas faixas etárias mais idosas. O cenário que se apresenta em boa parte do mundo não é auspicioso. No caso particular do Brasil, que se apresenta em 42º lugar em um ranking de Qualidade de Morte que avaliou 80 países (THE ECONOMIST, 2015), percebe-se que há ainda um extenso caminho a ser percorrido para garantir cuidados adequados aos cidadãos idosos no fim da vida.

Diante desse quadro, é inegável a importância de estudos que contribuam para uma melhor compreensão do processo de viver e morrer dos idosos residentes em ILPI.

A autora, como médica geriatra, convive com pacientes que estão morrendo e com seus familiares no dia-a-dia. Destarte, o tema da morte é algo que permeia toda a sua prática profissional, quer na concretude, quer na possibilidade. Ademais, como professora de alunos de graduação em Medicina, percebe as dúvidas dos médicos em formação com relação às maneiras de se abordar mais adequadamente a morte. Foi este o motivador para que se tentasse contribuir para uma melhor compreensão deste processo que impacta todos os seres humanos, uma vez que todo ser vivo irá morrer em algum momento.

Este trabalho se propõe a avaliar a qualidade de morte de idosos institucionalizados, considerando - como afirma Santos (2014) - que é a partir do estudo da morte que questões profundamente concernentes à vida humana poderão ser compreendidas.

2. REFERENCIAL TEÓRICO - O ENVELHECIMENTO E O PROCESSO DE MORRER

2.1 Envelhecimento

A definição de velhice é ainda obscura e de conotação negativa. Em dicionários da Língua Portuguesa, o conceito é pouco explicativo, como mostram as citações abaixo:

De acordo com o Moderno Dicionário da Língua Portuguesa Michaelis (2009):

Velhice

ve.lhi.ce

sf (velho+ice) 1 Condição ou estado de velho. 2 Idade avançada. 3 Período que, na vida do indivíduo, sucede à idade madura. 4 As pessoas velhas. 5 Rabugice própria de velho. *Antôn* (acepção 1): *juventude, mocidade.* ~~Condição ou estado de velho. 2 Idade avançada. 3 Período que, na vida do indivíduo, sucede à idade madura. 4 As pessoas velhas. 5 Rabugice própria de velho. *Antôn* (acepção 1): *juventude, mocidade.*~~

De acordo com o Dicionário Proberam (2013):

Velhice

ve.lhi.ce *substantivo feminino* 1. Estado ou condição de velho. 2. Vetustez. 3. Antiguidade. 4. Idade avançada. 5. Rabugice de velho. 6. Os velhos.

Netto (2016) define velhice como “a última fase do ciclo da vida”, chamando atenção para seu início indefinido. É um conceito a ser considerado de forma ampla, com base em características biológicas, socioculturais e psíquicas. Aspectos fundamentais a serem considerados são as duas formas de envelhecimento hoje reconhecidas na literatura (NETTO, 2016): bem-sucedido (ou saudável) e usual (ou comum). Neste último caso, efeitos extrínsecos intensificariam as alterações desfavoráveis que ocorrem ao longo dos anos; quanto ao envelhecimento saudável, algumas condições se fazem presentes: baixo risco de doenças e/ou incapacidade funcional relacionada a elas, função física e mental preservada e envolvimento ativo com a vida.

Do ponto de vista legal, são consideradas idosas no Brasil as pessoas com sessenta e mais anos de idade, conforme disposto na Lei 1074, de 2003, conhecida como Estatuto do Idoso. (BRASIL, 2003). Entretanto, esta definição não traduz adequadamente a heterogeneidade desta população – o envelhecimento é uma das fases da vida, porém não possui

um momento preciso de início do ponto de vista biológico. Ao contrário, a concepção de velhice varia sobretudo em função de fatores culturais, sociais, econômicos e legais (BEAUVOIR, 1990) nas diferentes culturas ao longo do tempo e nos diversos espaços geofísicos. Netto (2016) aponta que o envelhecimento traz consigo um inventário de perdas que não se limitam à redução da capacidade funcional, ocupacional e da resistência, associados à diminuição da função motora.

Ora, a vulnerabilidade é exatamente um dos principais aspectos do envelhecimento a serem levados em conta de forma mais aprofundada quando nos debruçamos sobre a realidade do envelhecimento no século XXI. Tais indivíduos, ainda que considerados sob o ponto de vista legal, social e cultural como um único grupo, são na verdade extremamente heterogêneos entre si, quaisquer que sejam os aspectos considerados. (PASCHOAL, 2016).

A proteção social do indivíduo pode ser influenciada pela classe socioeconômica à qual pertence (NERI, 2001); também o acesso aos recursos necessários será influenciado pelos fatores ligados à origem social. Outros aspectos serão igualmente diversos: o aparato psíquico pode ser mais robusto ou mais frágil; a história de vida será um fator determinante na forma como se dará a construção de uma rede social de apoio ou, ao contrário, influirá decisivamente para que a mesma não exista ou seja insuficiente.

Do ponto de vista biológico, alguns idosos apresentarão uma baixa acentuada da reserva funcional, com repercussões mais acentuadas em sua capacidade física – limitações motoras, cognitivas e a perda da independência são marcadores importantes do envelhecimento mal sucedido, característico dos chamados “idosos frágeis”. Com isso, sua capacidade de defesa e de reestabelecimento após agressões das mais diversas naturezas, a resposta às medidas terapêuticas e de reabilitação, bem como a interação com o meio estão prejudicadas, o que leva, em última análise a uma menor capacidade de sobrevivência. (FERRIOLI; MORIGUTI; FORMIGHIERI, 2016).

O fato de não possuir um marcador biológico definido faz com que o envelhecimento seja visto de forma ambígua pela sociedade (BEAUVOIR, 1990). Daí as afirmações frequentes – até mesmo por idosos - de que “a velhice não existe”, há apenas pessoas menos jovens que outras e nada mais. A velhice torna-se de certa forma um tabu sobre o qual não se deve falar.

No século I A.C., em sua obra *De Senectute*, Cícero já alertava sobre os fatores que levam à reprovação da velhice, refutando veementemente os mesmos:

“Vejo quatro razões possíveis para acharem a velhice detestável: 1) Ela nos afastaria da vida ativa. 2) Ela enfraqueceria nosso corpo. 3) Ela nos privaria dos melhores momentos. 4) Ela nos aproximaria da morte” (Cícero, século I A.C.)

Hoje compreende-se melhor o processo de envelhecimento do ponto de vista biológico. Marcadores do chamado envelhecimento usual, as grandes síndromes geriátricas (GUIMARÃES, 2004) classicamente estudadas (Insuficiência Cognitiva, Instabilidade Postural, Incontinência Urinária, Imobilidade e Iatrogenia) são também fatores determinantes da qualidade de vida dos idosos; acrescentam-se a elas a Insuficiência Comunicativa e a Insuficiência Familiar (MORAES; MARINO; SANTOS, 2010). Tais síndromes se caracterizam por sua múltipla etiologia e complexidade terapêutica, não constituindo risco de vida iminente mas afetando consideravelmente a qualidade de vida dos idosos. A apresentação atípica de patologias, comum nesta faixa etária, é um complicador adicional que pode ser decisivo para a inadequação do cuidado prestado, haja vista o desconhecimento que muitos leigos e mesmo profissionais de saúde apresentam sobre as peculiaridades do cuidado em saúde a ser prestado. (CRISTOPHE, 2009).

A população idosa tem sido negligenciada ao longo da história da medicina contemporânea, recebendo com frequência um cuidado de baixa qualidade. Apenas em 1903 surge a proposta de Metchnikoff sobre estudos voltados para a velhice (Gerontologia), seguida em 1909 pela proposta de um ramo médico específico para o cuidado dos idosos por Nascher. Em 1912, surge a Sociedade de Geriatria de Nova York. É a partir do trabalho destes pioneiros que tem início um olhar mais científico sobre os idosos e suas demandas que, ao longo das últimas décadas, tem levado a um contínuo progresso do conhecimento sobre o envelhecimento (NETTO, 2016).

2.2 Institucionalização

O envelhecimento traz consigo comorbidades e incapacidades funcionais que tendem a ser mais prevalentes em faixas etárias mais avançadas, acima dos 80 anos. Importantes marcadores da autonomia do paciente são as chamadas Atividades de Vida Diária (AVD), que traduzem a capacidade do paciente para o autocuidado (vestir-se, banhar-se, alimentar-se, usar o toilette, ser capaz de deambular ou transferir-se entre a cama e a cadeira, mover-se no leito,

controlar os esfíncteres urinário e anal). Também são relevantes as Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD) para que o idoso possa permanecer independente – estas referem-se à capacidade de interação com o meio ambiente, permitindo a execução de tarefas mais complexas, tais como fazer compras e usar o telefone, preparar refeições, utilizar medicamentos e administrar suas finanças (FREITAS; COSTA; GALERA, 2016). Quando a capacidade para realização destas tarefas vai diminuindo, o paciente passa a tornar-se dependente do cuidado de terceiros.

Do ponto de vista legal, a família é considerada a principal responsável pelo cuidado de seus membros, sendo preconizado pela Política Nacional do Idoso que o atendimento aos idosos deve, prioritariamente, desenvolver-se no seio da família, em detrimento do cuidado asilar, exceto em casos especiais (BORN e BOECHAT, 2016). A realidade atual, entretanto, muitas vezes não permite que as famílias exerçam tal papel a contento. Fatores como a redução do tamanho das famílias, a inserção da mulher no mercado de trabalho e as migrações que reduzem o suporte de outros familiares diminuem a disponibilidade do cuidado para os membros mais dependentes do núcleo familiar (WHO, 2015).

A institucionalização, nestas situações, torna-se mais provável em função de alguns fatores: idade avançada, limitação nas atividades de vida diária, morar só, não possuir um companheiro, sexo feminino, alterações mentais e cognitivas, ausência de suportes sociais, pobreza (LINI; PORTELA; DORING, 2016; DEL DUCA et al., 2011).

Assim, as Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) passam a ser vistas, por muitas famílias, como uma alternativa assistencial para suprir as necessidades do idoso, permitindo-lhe melhores condições de sobrevivência (PERLINI; GIRARDON; FURINI, 2007).

Legalmente, as ILPI são consideradas como um sistema social organizacional que deve atender a necessidades muito amplas, desde os cuidados básicos de enfermagem ao atendimento integrado por uma equipe multidisciplinar. Percebe-se a importância de seu papel, mas também a dificuldade enfrentada por essas instituições, que devem responder a tais exigências, muitas vezes assumindo um papel que caberia ao poder público em um contexto socioeconômico desfavorável. (LINI et al., 2015).

Sendo a mortalidade maior nas faixas etárias mais avançadas, não só pela existência de um limite biológico para a vida humana, em torno dos 120 anos de idade que não se alterou apesar do avanço da ciência (MOREIRA, 2016), mas também pela maior vulnerabilidade deste

grupo, sujeito a diversas comorbidades e perdas funcionais, observa-se que muitas vezes é nas ILPI que muitos idosos passarão seus últimos dias de vida (LINI; PORTELA; DORING, 2016) e é a essas instituições que caberá prover os cuidados necessários para que possam fazê-lo com dignidade e o menor sofrimento possível.

Segundo Christophe (2009) a origem dessas instituições remonta ao antigo *gerontokomeion*, modalidade voltada ao cuidado de idosos dos hospitais do antigo Império Bizantino. Encontra-se aqui a mais antiga regulamentação a respeito desses estabelecimentos, no Código Justiniano (534 D.C.).

No mundo ocidental, o primeiro estabelecimento voltado ao abrigamento de idosos de que se tem notícia foi aquele fundado em sua própria casa pelo Papa Pelágio II (520-590).

Na Idade Média, surgem as *almshouses*, na Inglaterra do século X. Tais instituições destinavam-se à caridade, visando ao abrigo de idosos desamparados. Eram mantidas por doações e os benfeitores tinham o poder de decisão sobre quem seriam os agraciados por tal caridade. Com o tempo, essas instituições passaram a acolher outros excluídos sociais, tais como mendigos e loucos.

Na França, no século XVI, surge o movimento hospitalar, o qual visava prioritariamente à manutenção da ordem social, retirando os indesejáveis das vias públicas. Não se fazia distinção entre as diversas categorias de excluídos - mendigos, doentes, loucos e velhos aí encontravam abrigo e alimento, ainda que de forma limitada.

Ao longo do tempo, essas instituições evoluíram para uma certa especialização do cuidado, passando os beneficiários das mesmas a ser alocados em orfanatos para crianças, hospícios para loucos e asilos para idosos (CHRISTOPHE, 2009).

No Brasil, as primeiras referências de que se tem notícia relacionam-se à “Casa dos Inválidos” (fundada no Rio de Janeiro em 1797 pelo Conde de Resende e destinada a soldados idosos) e ao Asilo São Luiz para a Velhice Desamparada, criado na mesma cidade, em 1890.

Observa-se, ao longo do desenvolvimento destas instituições, uma marca filantrópica importante, ligada muito frequentemente a instituições religiosas; entretanto, comunidades de imigrantes foram também relevantes na evolução destas instituições.

Desta forma, as instituições que acolhem os idosos trazem, em sua gênese histórica, um marco cultural negativo, como sendo o local da miséria, da pobreza e do abandono

(COSTA; MERCADANTE, 2013). Para Born e Boechat (2016), tais estabelecimentos são ainda vistos pela sociedade como verdadeiros guetos, onde pessoas deserdadas e incapazes são segregadas do convívio social e submetidas, muitas vezes, a condições extremas de miséria e violência.

Tal visão é de certa forma corroborada pela Política Nacional do Idoso (BRASIL, 1994), em seu postulado constante do Artigo IV, parágrafo III: “Priorização do atendimento ao idoso através de suas próprias famílias, em detrimento do atendimento asilar, à exceção dos idosos que não possuam condições que garantam sua própria sobrevivência”.

As taxas de institucionalização no Brasil são ainda muito baixas, mesmo quando comparadas às de países desenvolvidos, onde toda uma rede de apoio a idosos permite postergar ou mesmo evitar a institucionalização. A visão estigmatizada destas instituições em nossa sociedade é um dos fatores responsáveis por este achado, mas outros fatores, como a baixa disponibilidade de vagas, notadamente aquelas voltadas à população de menor renda, reduzem o acesso da população a esta modalidade de assistência (CAMARGOS, 2014).

Nesse contexto, avaliar como e porque idosos institucionalizados morrem pode contribuir para que se compreenda a qualidade do cuidado prestado aos gerontes.

2.3 Morte

Um dos grandes mistérios que desafiam a humanidade, a morte tem sido encarada de diferentes formas ao longo do tempo e das diversas culturas.

Segundo Santos (2014), morrer é uma experiência que transcende, para o homem, o mero aspecto biológico. Outros aspectos estão envolvidos no processo, remetendo a questões sociais, culturais, psicológicas, espirituais, religiosas e filosóficas. Isso determinou, ao longo da história, uma constante preocupação humana com a morte, levando ao desenvolvimento de sistemas fúnebres através dos quais lidar com os óbitos se tornava possível, tanto do ponto de vista pessoal quanto social.

Artefatos diversos encontrados em túmulos pré-históricos, frequentemente ligados a crenças numa sobrevivência além da morte, atestam a importância do tema para a humanidade desde eras primevas (CAPUTO, 2008).

No Antigo Egito, a este sistema de crenças é acrescida a ideia do julgamento a ser realizado após a morte. Esta passa agora a se associar à possibilidade de penalidades a serem infligidas ao morto na nova dimensão a que ele ou ela passou a pertencer. A morte, paulatinamente, deixa de ser algo natural e passa a ser vista como evento ameaçador, a ser temido diante da perspectiva do castigo (FREITAS, 1992).

Outras religiões partilham esta visão, sendo o ramo judaico-cristão aquele que maior influência teve sobre o pensamento ocidental do morrer (ARIÈS, 2003).

Na Alta Idade Média, observa-se o fator religioso como principal determinante da ideia da “morte domada”, como nos propõe Ariès (2003). A morte era próxima, familiar, vista de forma menos emotiva e desesperada. Considerada um adormecimento até o despertar para a eternidade, quando da volta de Cristo, o doente reunia seus familiares para as despedidas finais. A participação das crianças no processo fazia com que o tema não fosse visto como um tabu, mas como parte da vida.

Posteriormente, quando a Igreja ascende ao poder, a ideia do julgamento ao final dos tempos é substituída pela sentença imediata, no momento em que a morte ocorria; surge a “Morte Aterradora”, com suas representações pictóricas e literárias dramáticas. As imagens do esqueleto segurando a foice e da Dança Macabra dominam o imaginário popular, reforçando a morte como ameaçadora, a portadora do castigo que aguardava os homens ao término de seu tempo de vida (ARIÈS, 2003).

Com o advento da Revolução Científica, o cessar da vida passa a ser visto de forma racional e não só religiosa. Adicionalmente, com o advento da Revolução Industrial, o indivíduo passa a ser sobretudo força de trabalho, sendo pouco importante para aqueles que não fazem parte de seu círculo íntimo. A demonstração pública do luto passa a ser dispensável, já que a morte é agora assunto exclusivo de um determinado grupamento social, ao contrário das sociedades nas quais cada indivíduo é visto como insubstituível – aqui, a dor diz respeito a todos e as manifestações da mesma são vivenciadas por toda a coletividade (ARIÈS, 2003).

A morte passa agora a ser considerada uma inconveniência social, além de representar a derrota do saber humano do ponto de vista científico, portanto algo a ser desconsiderado:

“Deixe tudo conosco e nós resolveremos as coisas, nós sabemos tudo do assunto e podemos resolvê-lo para você, como faríamos com quaisquer outras pessoas (...) E perguntas e respostas com um ar de tamanha importância que, mais uma vez, ao invés da verdadeira questão sobre vida e morte, a única que lhe interessava, o assunto se restringia ao rim e o apêndice que não estavam se comportando como deveriam e que

seriam agora atacados pelo Dr. Mihail Danilovich, mais o especialista, e forçados a entrarem nos eixos” (Tolstoi, 2010)

A Medicina, sendo incapaz de suprimir a morte, opta então por regulá-la, torná-la previsível, ocultá-la nos hospitais. A morte é agora vista como suja, vergonhosa - falar dela torna-se um tabu social.

Para Kübler-Ross (2014), os pacientes gravemente doentes são, com frequência, tratados como seres sem visibilidade, sem autonomia ou direito a opinião.

Entretanto, negar a existência da morte ou evitar pensar sobre ela significa ignorar deliberadamente um dos grandes aspectos definidores da vida humana (SANTOS, 2014). Tal visão é corroborada por Ariès (2014): “Deixar de pensar na morte não a retarda ou evita. Pensar na morte pode nos ajudar a aceitá-la e perceber que ela é uma experiência tão importante e valiosa quanto qualquer outra”.

Não obstante o tabu social, que faz com que a maioria das pessoas evite refletir sobre a morte, assunto considerado de mau gosto, o ser humano, de modo geral, traz em si a expectativa de que terá “uma boa morte”. Mas o que seria isso?

O conceito de ortotanásia (“morte correta”) é usado no contexto de doenças terminais, tradicionalmente definidas como aquelas em que o prognóstico médico indica uma sobrevida inferior a seis meses. Ortotanásia refere-se à morte natural, que ocorre no tempo correto, sendo o bem-estar do paciente o principal foco das intervenções e a qualidade do processo de morte mais importante que sua duração (PESSINI, 2009).

Tal definição contrapõe-se aos termos associados à “Má Morte”, aquela que se dá em meio a sofrimento e angústia, abandono e dor, privando o ser humano de sua dignidade. Os processos da Má Morte variam. Ela pode ocorrer numa situação de distanásia (ou obstinação terapêutica), onde postergar o desfecho é mais importante que a qualidade de vida do paciente terminal (PESSINI, 2009). Outras formas de ocorrência do mal morrer são a mistanásia e a cacotanásia, termos muito próximos entre si, pertencentes à bioética de fronteira (RICCI, 2017). A mistanásia, termo que substituiu a equivocada definição de “Eutanásia Social”, é a morte antecipada, cruel, daqueles a quem faltam condições dignas de vida e que, portanto, irão morrer precocemente, em decorrência de abandono e exclusão sociais. A cacotanásia é a morte em meio a sofrimento desnecessário, marcada pela falta ou inadequação dos cuidados e pela dificuldade ou impossibilidade de acesso aos cuidados necessários.

Observa-se, portanto, que a qualidade da morte depende em grande parte do tipo de cuidado a que o paciente tem acesso. Segundo Santos (2011), os cuidados prestados aos doentes devem ser sempre humanitários, baseados não apenas em correção técnica, mas também no suporte das outras necessidades do paciente, quer seja ele portador de patologia curável ou fatal. Dentro desta perspectiva humanitária, os cuidados paliativos constituem uma categoria à parte, voltada para o suporte do doente terminal e focada no alívio do sofrimento.

Na atualidade, a ocorrência da boa morte não se insere numa perspectiva favorável, seja qual for o nível de estudo considerado. Especificamente em relação ao Brasil, em 2014 a Organização Mundial de Saúde classificou os cuidados paliativos no país no nível 3a, caracterizado pelo desenvolvimento de uma mentalidade paliativa ainda irregular, isolada e com pouco suporte; financiamento de pesquisas e serviços frequentemente baseados em doações privadas e com pouca destinação de verbas por parte do poder público; baixa disponibilidade de morfina e reduzido número de serviços que possam disponibilizar cuidados adequados a pacientes terminais, sendo os mesmos em geral prestados no âmbito domiciliar e insuficientes para atender às demandas da população (WHO, 2014). Adicionalmente, em 2015 uma classificação quanto à Qualidade de Morte que avaliou oitenta países, considerou o Brasil como o trigésimo oitavo pior lugar para se morrer no mundo (THE ECONOMIST, 2015). Há, portanto, um longo caminho a ser percorrido para que se possa assegurar aos cidadãos cuidados adequados ao final de suas vidas.

2.4 Registros oficiais de óbito: Declaração de Óbito e Certidão de Óbito

As estatísticas de mortalidade em seus aspectos quantitativos são, ainda hoje, a principal fonte de dados para se conhecer o perfil epidemiológico de uma população (LAURENTI; JORGE; GOTLIEB, 2004).

No Brasil, o principal instrumento para análise dos óbitos é a Declaração de Óbito (DO). Conforme definição do Ministério da Saúde (2006), a DO é o documento-base do Sistema de Informações sobre Mortalidade do Ministério da Saúde (SIM/MS). É composta de três vias auto-copiativas, pré-numeradas sequencialmente, fornecida pelo Ministério da Saúde e distribuída pelas Secretarias Estaduais e Municipais de saúde conforme fluxo padronizado para todo o país. Esse documento deve ser preenchido pelo médico, o qual possui responsabilidade

ética e jurídica por seu preenchimento e assinatura, bem como pelas informações registradas em todos os campos deste documento.

A partir da DO, será emitida pelo Cartório de Registro Civil a Certidão de Óbito (CO), documento jurídico regulamentado pela Lei no. 6015/73. A CO deverá conter os seguintes dados, transcritos a partir da DO (BRASIL,1973): 1º) a hora, se possível, dia, mês e ano do falecimento; 2º) o lugar do falecimento, com indicação precisa; 3º) o prenome, nome, sexo, idade, cor, estado, profissão, naturalidade, domicílio e residência do morto; 4º) se era casado, o nome do cônjuge sobrevivente, mesmo quando desquitado; se viúvo, o do cônjuge falecido; e o cartório de casamento em ambos os casos; 5º) os nomes, prenomes, profissão, naturalidade e residência dos pais; 6º) se faleceu com testamento conhecido; 7º) se deixou filhos, nome e idade de cada um; 8º) se a morte foi natural ou violenta e as causas conhecidas do óbito, com o nome dos atestantes; 9º) lugar do sepultamento; 10º) se deixou bens e herdeiros menores ou interditos; 11º) se era eleitor. 12º) pelo menos uma das informações a seguir: número de inscrição do PIS/PASEP; número de inscrição no Instituto Nacional do Seguro Social - INSS, se contribuinte individual; número de benefício previdenciário - NB, se a pessoa falecida for titular de qualquer benefício pago pelo INSS; número do CPF; número de registro da Carteira de Identidade e respectivo órgão emissor; número do título de eleitor; número do registro de nascimento, com informação do livro, da folha e do termo; número e série da Carteira de Trabalho.

A DO, por ser instrumento sujeito ao sigilo médico, não é de fácil acesso ao pesquisador interessado, sendo a CO o instrumento descritivo de morte disponível e que deve ser estudada em seu potencial, tanto quantitativa quanto qualitativamente, para que se possa traçar um panorama das causas de óbitos em idosos residentes em ILPI no Município de Belo Horizonte.

Entretanto, o processo de morrer não pode ser refletido apenas pela Declaração de Óbito e, conseqüentemente, pela Certidão de Óbito, elaborada a partir da primeira. O preenchimento das DO muitas vezes é insuficiente ou não reflete a causa básica de morte de forma adequada. Muito frequentemente, as causas de morte são preenchidas utilizando-se termos vagos ou imprecisos ou desconsiderando-se a seqüência que levou ao óbito (LAURENTI; JORGE; GOTLIEB, 2004).

Para uma melhor qualidade dos registros, a OMS, órgão responsável pelas Revisões Decenais da Classificação Internacional de Doenças (CID) a qual inclui normas e propostas referentes à compilação, tabulação e publicação das estatísticas de mortalidade e morbidade,

aprovou o “Modelo Internacional de Atestado Médico de Causas de Óbito”, bem como as regras para seleção ou classificação da causa básica, que passaram a ser usadas internacionalmente, visando à comparabilidade nacional e internacional. A causa básica do óbito é definida como sendo “(a) a doença ou lesão que iniciou a cadeia de acontecimentos patológicos que conduziram diretamente à morte, ou (b) as circunstâncias do acidente ou violência que produziram a lesão fatal”. A versão atualmente em uso é a chamada CID-10 (WHO, 1993). Entretanto, uma das críticas à utilização do modelo da causa básica é o fato de que a mesma se adequa melhor a um contexto de doenças agudas e de alta letalidade. Entretanto, o panorama de transição epidemiológica atual, em que as mortes relacionadas a doenças não transmissíveis passam a ser mais frequentes, torna o uso da causa básica de óbito menos eficiente, uma vez que os óbitos podem resultar da sobreposição de comorbidades, sem que as mesmas necessariamente guardem relação entre si (SIVIERO; RODRIGUES; MACHADO, 2013). Isso é especialmente verdadeiro quando se lida com pacientes idosos, nos quais o padrão de múltiplas patologias é predominante.

Este trabalho analisou as causas e as circunstâncias da morte de idosos residentes nas instituições conveniadas à Secretaria Municipal de Assistência Social de Belo Horizonte, objetivando compreender como estão morrendo estes cidadãos. Diante da escassez de estudos sobre qualidade de morte no Brasil, investigar os cuidados prestados na fase terminal da vida e, conseqüentemente, como os processos de morrer têm ocorrido, torna-se necessário para que se possa planejar e desenvolver ações de saúde pública e de capacitação das equipes das ILPI, possibilitando que o processo de morte possa transcorrer de forma mais digna para nossos idosos.

3. OBJETIVOS

Objetivo Geral

Compreender o processo de morte em idosos institucionalizados em Belo Horizonte no ano de 2016

Objetivos Específicos

1. Descrever o perfil sócio demográfico do idoso falecido, causas do óbito e características das Instituições de Longa Permanência para Idosos;
2. Identificar as circunstâncias de vida do idoso nos três meses precedentes ao óbito;
3. Caracterizar e classificar o processo de morte.

4 METODOLOGIA

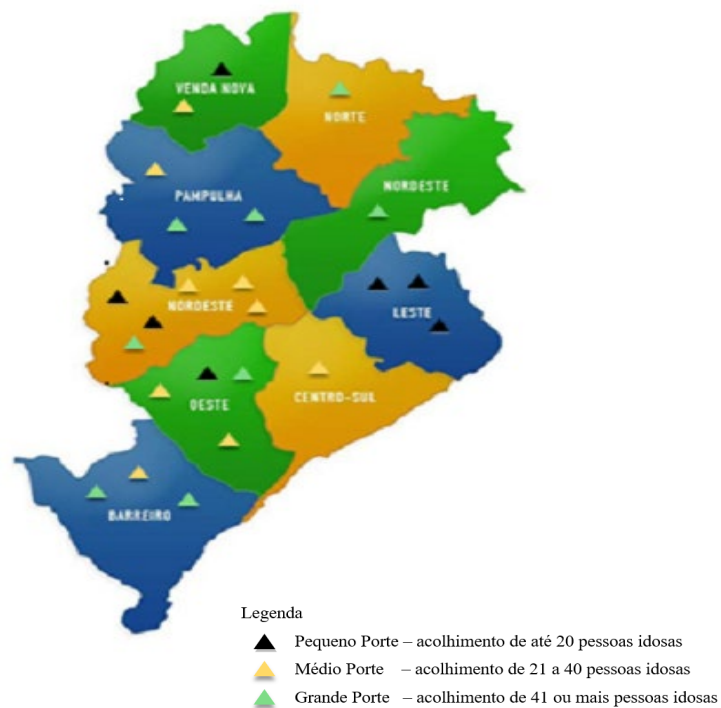
DESENHO

Estudo transversal observacional dos óbitos de residentes em Instituições de Longa Permanência para Idosos ocorridos em 2016.

ÁREA DE ESTUDO

Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) conveniadas à Secretaria Municipal Adjunta de Assistência Social da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte - SMAAS/PBH, distribuídas nas nove regionais do município (FIG. 01) com ocorrência de óbitos entre os dias um de janeiro e 31 de dezembro de 2016.

FIGURA 01 – Distribuição de ILPI (por porte) conveniadas à SEMAS/PBH por Regionais Administrativas. Belo Horizonte. 2016



PESQUISA BIBLIOGRÁFICA

Realizou-se revisão da literatura nas principais bases de dados em ciências da saúde (SciELO, BIREME, LILACS, PubMed, CAPES, MEDLINE e Google Acadêmico), bem como na base de dados da OPAS/OMS, sendo selecionados artigos relacionados à pergunta da pesquisa: como morreram os idosos residentes em ILPI em Belo Horizonte no ano de 2016.

Para orientação da revisão bibliográfica, foram revisados os quatro grandes eixos formadores da pergunta: ILPI, envelhecimento, morte e cuidados paliativos.

Pesquisou-se os significados culturais do envelhecimento, bem como os aspectos médicos ligados ao mesmo. As normas que regem as ILPI e a evolução histórica das mesmas, bem como as perspectivas para o futuro, foram levantadas. A literatura sobre a morte foi avaliada, tanto no que diz respeito aos aspectos biomédicos, quanto aos significados socioculturais. Finalmente, abordou-se a literatura disponível sobre cuidados paliativos e a qualidade do processo de morrer.

FONTES

Prontuários (médico, social e administrativo) dos idosos institucionalizados. Certidões de Óbito (CO) e/ou Declarações de Óbitos (DO) arquivadas nos prontuários. Em caso de divergência nas informações, considerou-se aquelas registradas nos prontuários.

INSTRUMENTOS

Para coleta dos dados, foi elaborado formulário eletrônico estruturado, composto por seis módulos: caracterização das ILPI; perfil dos idosos falecidos; características do idoso à admissão na ILPI; condições de vida nos três meses precedentes ao óbito; tipo de cuidado recebido; caracterização do processo de morte.

PROCEDIMENTOS

PROCESSO DE INSTITUCIONALIZAÇÃO

1. Caracterização das ILPI

As 23 ILPI em que foram registrados óbitos no ano de 2016 foram numeradas de 11 a 33, e caracterizadas de acordo com o sistema utilizado pela Secretaria Municipal Adjunta de Assistência Social – SMAAS/PBH, segundo: Porte (pequeno, médio e grande) e tipo de Público atendido (masculino, feminino e ambos os sexos).

2. Perfil dos Idosos Falecidos

As seguintes variáveis foram coletadas:

- Os idosos falecidos foram numerados de 1101 a 3309 (os dois primeiros dígitos se referem à ILPI e os dois últimos, ao falecido, organizados por ordem alfabética);
- Data de nascimento completa (dia/mês/ano);
- Idade no momento do óbito, reclassificada a seguir em três faixas etárias: 60 a 74 anos, 75 a 79 anos e 80 anos em diante;
- Naturalidade, Procedência e Localidade do óbito foram classificados utilizando o código do IBGE, em cinco categorias: 1-Belo Horizonte, 2-outros municípios de Minas (MG), 3-Outros Estados, 4 - Outros países e 5- Ignorada.
- Sexo (conforme constante da CO/DO e dos dados de prontuários): Feminino, Masculino e Ignorado;
- Raça/Cor da pele adotada a classificação constante da DO/CO (branca, preta, amarela, parda e indígena);
- Escolaridade: a classificação seguiu a utilizada pelo IBGE, subdividida em sete categorias: Sem escolaridade, Fundamental I (quatro primeiras séries do ensino fundamental), Fundamental II (cinco últimas séries do ensino fundamental), Médio, Superior Incompleto, Superior Completo e Ignorado;
- Estado Conjugal: foi utilizada a informação constante da CO/DO (solteiro, casado, viúvo, separado judicialmente/divorciado, união estável e ignorado). Em caso de divergência, optou-se pela informação do prontuário, desde que esta não estivesse registrada no mesmo de forma contraditória;
- Filhos: total de filhos e sexo dos mesmos

3. Admissão nas ILPI

Obtiveram-se os seguintes dados:

- Data de admissão e tempo de institucionalização quando do óbito;
- Idade de admissão, com agrupamento nas faixas etárias: 60 a 74 anos, 75 a 79 anos e acima de 80 anos;
- Grau de mobilidade do paciente à admissão, segundo a classificação adotada pela SMAAS/PBH: I, II e III;
- Condições funcionais do paciente à admissão: em maca, cadeira de rodas, deambulando com ajuda (humana ou de aparelhos), deambulando sem ajuda, outras condições (neste caso, as mesmas foram especificadas em separado) ou ignorado;
- Motivos sociais da institucionalização, sendo que um mesmo paciente poderia apresentar mais de um fator, quais sejam: abandono, negligência, autonegligência, insuficiência familiar, mendicância, morador de rua, violência, outros fatores (neste caso, foram especificados) e ignorado. Após a coleta, agrupou-se as variáveis abandono, negligência e violência em uma única categoria, denominada infringência familiar ao dever de cuidar;
- Número e tipo de morbidades pré-existentes;
- Existência das grandes síndromes geriátricas (GUIMARÃES, 2004): insuficiência cognitiva, instabilidade postural, incontinência urinária, imobilidade e iatrogenia, bem como a presença de insuficiência familiar e insuficiência comunicativa. Na ausência de dados, avaliou-se os domínios funcionais a elas associados (MORAES, 2010);
- Uso de medicamentos classificado em quatro categorias: 1 - sem uso de medicação; 2- uso de uma a quatro medicações; 3 - uso de cinco a nove medicações e 4-usuários de dez ou mais medicamentos. A seguir, utilizou-se os critérios de Beers (BEERS, 1997; AGS, 2015), para classificar o esquema medicamentoso em: 1- provavelmente adequado, 2- provavelmente inadequado ou 3- adequação ignorada;

AValiação DO PROCESSO DE MORTE

Verificou-se a distribuição dos óbitos por faixa etária e avaliou-se as causas de morte e os aspectos biomédicos, psíquicos, sociais e espirituais do cuidado prestado ao idoso, com base nos

dados obtidos das CO/DO e prontuários, comparando-se os mesmos às diretrizes existentes na literatura, para caracterizar o processo de morte dos participantes.

1. **Análise das causas de óbito e caracterização da causa básica** - Após análise de concordância entre a C.O e a D.O (TAB. 1 – ANEXO A), todas as causas de óbito registradas nas CO e/ou DO foram avaliadas segundo as Regras Internacionais para Seleção da Causa Básica, sendo o resultado confirmado através do DATASUS- SCB - Seletor de Causas Básicas do SIM (acesso: <http://scbweb.saude.gov.br/scb.asp?oper=%27scb%27>), módulo desenvolvido pelo Ministério da Saúde. Após a revisão dos prontuários, a causa básica foi mais uma vez recodificada, utilizando-se o mesmo procedimento utilizado para as DO e/ou CO.

As causas básicas, organizadas em capítulos da CID-10, foram utilizadas para comparação da mortalidade de idosos institucionalizados com a população idosa de Belo Horizonte.

As causas primárias do óbito foram, também, agrupadas em cinco categorias: 1) Doenças em fase terminal; 2) Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT); 3) Doenças agudas; 4) Causas externas e 5) Ignorado.

Para identificar o cuidado prestado ao idoso no período precedente ao óbito foi realizada a análise do prontuário institucional, buscando-se o início ou agravamento de sinais e sintomas, em um período que variou de 48 horas até um ano precedendo o óbito, segundo a variável analisada (SANTOS, 2009).

- Sinais de sofrimento físico (MORRISON; MEIER, 2004) nos três meses precedentes ao óbito: constipação, fadiga, náusea, caquexia e anorexia, delirium, ansiedade, depressão, estresse espiritual, início ou agravamento de dor e dispneia.
- Alheamento e recusa alimentar no período de um a três meses anteriores ao óbito (SANTOS, 2009);
- Alucinações iniciadas ou agravadas cerca de uma a duas semanas antes do falecimento;
- Sinais de alerta para o óbito iminente, presença de hipotensão, arritmia cardíaca e/ou cianose até 48 horas antes do óbito (SANTOS, 2009);
- Sinais e sintomas, gerais ou ligados a sistemas específicos, nos três meses precedentes ao óbito;
- Grandes síndromes geriátricas (GUIMARÃES, 2004):

Insuficiência Cognitiva: foi avaliada com base nos dados de prontuário - testes cognitivos não estavam disponíveis

Instabilidade e quedas: a ocorrência de quedas foi avaliada no período de um ano, conforme proposto pela literatura (TINETTI et al., 2006). Considerou -se também o número de ocorrências, sendo os idosos classificados em “não caidores” e “caidores”, sendo estes subdivididos entre aqueles com até duas quedas ao ano e aqueles com três ou mais quedas no ano anterior ao óbito;

Imobilidade considerada não apenas na presença da Síndrome de Imobilização, mas também quando houve início ou agravamento de restrição de movimentos do paciente associada à incapacidade de se movimentar (LEDUC; LEDUC; SUGUINO, 2016);

Incontinência Urinária: registrou-se a presença ou não de IU e o tipo da mesma: transitória ou estabelecida. Neste último caso, a IU foi sub-categorizada em: urgência, transbordamento, estresse, mista ou funcional (WAGGS, 2017);

Iatrogenia: considerou-se as drogas utilizadas pelos pacientes durante sua permanência nas ILPI, não incluindo tratamentos realizados em estabelecimentos de saúde formais (como serviços de urgência e hospitalares), em função da indisponibilidade dos mesmos. Os dados dos prontuários foram comparados à medicação em uso para a detecção de eventual iatrogenia.

- a) Avaliou-se o número de drogas utilizadas por cada paciente e eventual caracterização de polifarmácia (sem uso de medicamentos, uso de um a quatro, cinco a nove e acima de dez medicações);
- b) Classificação de adequação dos medicamentos em uso segundo os critérios de Beers (BEERS, 1997; AGS, 2015)
- c) Objetivo do tratamento: sintomático ou voltado a condições específicas. No caso do tratamento sintomático, avaliou-se a adequação do mesmo conforme as diretrizes existentes na literatura (MORRISON; MEIER, 2004; SANTOS, 2009);
- d) Indicação: quadros agudos ou crônicos;
- e) Registrou-se também o uso de oxigenoterapia e de dietas por via enteral;

2. **Conduta em caso de agravamento de seu quadro clínico** e/ou previsão de evolução fatal, classificada em três tipos: a) atendimento em serviço de urgência ou internação hospitalar, verificando-se o nível de atenção instituído em relação ao prognóstico, sendo o mesmo classificado em: 1 – adequado 2 - insuficiente 3 - obstinação terapêutica e 4 – ignorado b) permanência na ILPI: – verificando-se os cuidados humanitários e/ou paliativos (MORRISON; MEIER, 2004; SANTOS, 2009) e sua adequação; O cuidado prestado foi analisado em relação à causa básica do óbito, considerando as diretrizes propostas para as categorias – estado terminal, DANT, agudas, causas externas.
3. **Suporte familiar e social** - Verificou-se a frequência das visitas de familiares e não familiares (amigos e outros, limitadas às de cunho social) nos três meses precedentes ao óbito, comparando os dados obtidos ao padrão das mesmas no ano anterior ao desenlace.
4. **Cuidado espiritual** - Buscou-se registros sobre atendimentos individuais aos idosos falecidos. Na ausência destes, perguntou-se ao responsável técnico se: 1- A ILPI está ligada a alguma confissão religiosa e, em caso afirmativo, de que tipo 2- A instituição possui algum tipo de atendimento religioso regular, qual a frequência do mesmo e de que tipo (coletivo ou individual) e qual a forma como a ação do agente religioso é desenvolvida. 3- Verificou-se a possibilidade de acesso igualitário para todas as correntes religiosas e 4- Se a instituição oferecia regularmente algum tipo de atendimento individual ao residente e se, caso o mesmo demandasse algum atendimento específico, se este era providenciado rotineiramente pela instituição.

ANÁLISE QUALITATIVA DO PROCESSO DE MORTE

A análise do cuidado registrado nos prontuários e a identificação da causa terminal possibilitou a avaliação da qualidade da morte, utilizando-se para os pacientes terminais as categorias: 1) ortotanásia 2) distanásia e 3) cacotanásia (RICCI, 2017; PESSINI, 2009). Para os falecidos por DANT e causas agudas, considerou-se a ocorrência ou não de mistanásia (RICCI, 2017). O cuidado para falecidos por causas externas não foi categorizado, por não se ter encontrado dados da literatura que orientassem essa avaliação em âmbito não hospitalar, porém considerou-se eventual negligência ou imperícia no cuidado

Para a classificação de “Boa Morte”, considerou-se a ocorrência de Ortotanásia e ausência de Mistanásia; a “Morte Indigna” (RICCI, 2017; PESSINI, 2009) foi considerada na presença de distanásia, cacotanásia e mistanásia.

ANÁLISE DOS DADOS

Foi realizada a análise descritiva dos dados e distribuição de frequência absoluta e relativa das variáveis referentes ao perfil dos idosos, características das ILPI (Instituições de Longa Permanência), caracterização dos três meses precedentes ao óbito e informações obtidas nas Certidões de óbito/Declarações de óbito. A organização dos dados e análises estatísticas foram feitas através do software EXCEL 2016.Ink.

CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O estudo foi aprovado na Plataforma Brasil sob o CAAE número 68743716.5.0000.5149 e autorizado pela Secretaria Municipal Adjunta de Assistência Social da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte – SMAAS/PBH. Todas as ILPI participantes foram orientadas sobre os objetivos e métodos da pesquisa, explicitados em Carta de Anuência, dando seu consentimento através do TALE (Termo de Assentimento Livre e esclarecido).

5 RESULTADOS

Das 23 ILPI conveniadas à SMAAS-PBH onde ocorreram óbitos de residentes no ano de 2016, 21 (91%) participaram do estudo, sendo cinco (24%) de pequeno porte, nove (43%) de médio porte e sete (33%) de grande porte. Duas ILPI não aceitaram participar do estudo.

Foram analisados 104 (89,7%) dos 116 óbitos de residentes nestas instituições. Foram excluídos cinco participantes (4% do total) por não haver CO e/ou DO disponíveis e outros sete (6%) por impossibilidade de acesso ao prontuário.

A análise de concordância entre os dados das DO e CO para os participantes para os quais ambas as fontes estavam disponíveis (14 % do total) foi de 100 %.

CARACTERIZAÇÃO DOS FALECIDOS EM 2016 NAS ILPI PARTICIPANTES

As características sociodemográficas dos participantes (TAB.2) mostram que a idade, por ocasião do óbito, variou de 62 a 107 anos, sendo a média de 82,8 anos (DP=9,64) e a mediana 84,5 anos. Sessenta e sete dos participantes (66%) tinham mais de 80 anos. Do total de óbitos, 77 (74%) eram de mulheres. Para os óbitos ocorridos abaixo dos 74 anos, 50% (12) ocorreram em homens; e acima dos 75 anos, as mulheres responderam por 83%.

Para as mulheres, a idade mínima do óbito foi de 64 anos e a máxima de 107. A idade média das falecidas foi de 85 anos (DP= 8,35) e a mediana 85,5 anos. Para o sexo masculino, o óbito ocorreu entre os 62 e os 107 anos, sendo a média 77 anos (DP= 9,9) e a mediana de 75 anos. Na faixa etária com 80 anos ou mais, estavam 78% dos óbitos femininos e 30% dos masculinos (GRÁF.1)

Apenas 14 (13,5%) dos participantes nasceram em Belo Horizonte, sendo a maioria (73%) natural de outros municípios de Minas Gerais, mas todos residiam em Belo Horizonte quando de sua institucionalização.

Mais da metade (51%) era de cor branca, 37 (36%) pardos e 14 (13%) negros. Observou-se que idosos de raça branca morreram em maior proporção que aqueles de raça negra quando se considera o perfil étnico total da população institucionalizada (20% são negros e 44% são brancos). Esta diferença, entretanto, não se mantém quando se considera a etnia e a idade: residentes brancos respondiam por 54% da população acima de 80 anos e negros por

11,76% nesta faixa etária, onde se concentrava a maioria dos óbitos; o mesmo comportamento é visto para a variável etnia na população de Belo Horizonte (DATASUS, 2015).

Quanto ao estado conjugal, 58 falecidos (57%) eram solteiros, 11 (11%) casados, 23 (23%) viúvos e nove (9%) separados judicialmente ou divorciados. Não havia informes disponíveis sobre três dos residentes, nem registro de união estável.

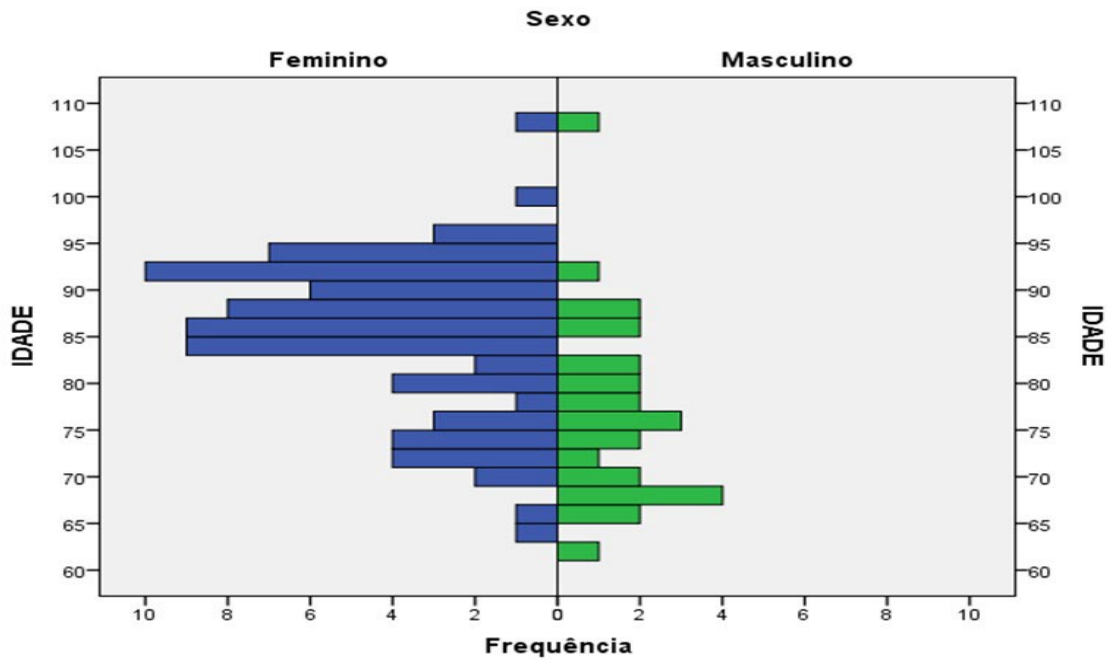
Entre os residentes com registro de escolaridade (86%), a maioria (75%) era analfabeta ou com menos de quatro anos de estudo. Menos de 10% tinham completado o ensino médio e apenas 2% possuíam curso superior.

Para nove participantes (10% do total), desconhecia-se a existência ou não de prole. Dos 95 restantes, 50 (53%) não possuíam filhos. Quanto aos outros 45 idosos, nove (20%) tinham apenas filhas, 17 (38%) apenas filhos do sexo masculino e 19 (42%) possuíam filhos vivos de ambos os sexos.

TABELA 2 - Residentes falecidos em Instituições de Longa Permanência para Idosos segundo variáveis sociodemográficas. Belo Horizonte. 2016

Variáveis sociodemográficas		N	%	% Cumulativa
Sexo				
(n = 104)	Feminino	77	74	74
	Masculino	27	26	100
Faixa Etária (em anos)				
(n= 104)	60-74	25	24	24
	75-79	11	11	35
	≥ 80 a.	68	65	100
Raça/Cor				
(n=104)	Branca	53	51,0	51,0
	Parda	37	35,5	86,5
	Preta	14	13,5	100
Naturalidade				
(n=104)	Interior de Minas Gerais	74	71	71,0
	Belo Horizonte	15	14,5	85,5
	Outros Estados	15	14,5	100
Escolaridade				
(n=89)	Sem escolaridade	30	33,7	33,7
	Fundamental I	37	41,6	75,3
	Fundamental II	12	13,5	88,2
	Médio	08	9,0	97,8
	Superior	02	2,2	100,0
Estado Civil				
(n =101)	Solteiro	58	57	58,0
	Viúvo	23	23	80,0
	Casado	11	11	91,0
	Separado judicialmente/ Divorciado	09	09	100,0
Filhos vivos				
(n = 104)	Sem filhos	50	48	
	Possuíam Filhos	45	43	
	Ignorado	09	09	
Distribuição dos Filhos Vivos por sexo				
(n = 45)	Ambos os sexos	19	42	
	Homens, apenas	17	38	
	Mulheres, apenas	09	20	

Gráfico 1 – Distribuição dos residentes falecidos em Instituições de Longa Permanência participantes do estudo, por sexo e faixa etária ao óbito. Belo Horizonte. 2016



54 (52%) idosos residiam em ILPI de grande porte, 37 (36%) nas de médio porte e 13 (12,5%) em pequeno porte (TAB.3). Trinta e seis idosas (35%) viviam em ILPI de público exclusivamente feminino; os demais gerontes viviam em instituições mistas.

TABELA 3 - Residentes falecidos em Instituições de Longa Permanência para Idosos, segundo características da instituição. Belo Horizonte. 2016

Características da ILPI		N	%	% Cumulativa
Porte				
(n = 104)	Grande	54	51,9	51,9
	Médio	37	35,6	87,5
	Pequeno	13	12,5	100
Público atendido				
(n = 104)	Misto	68	65,4	
	Feminino Exclusivo	36	34,6	

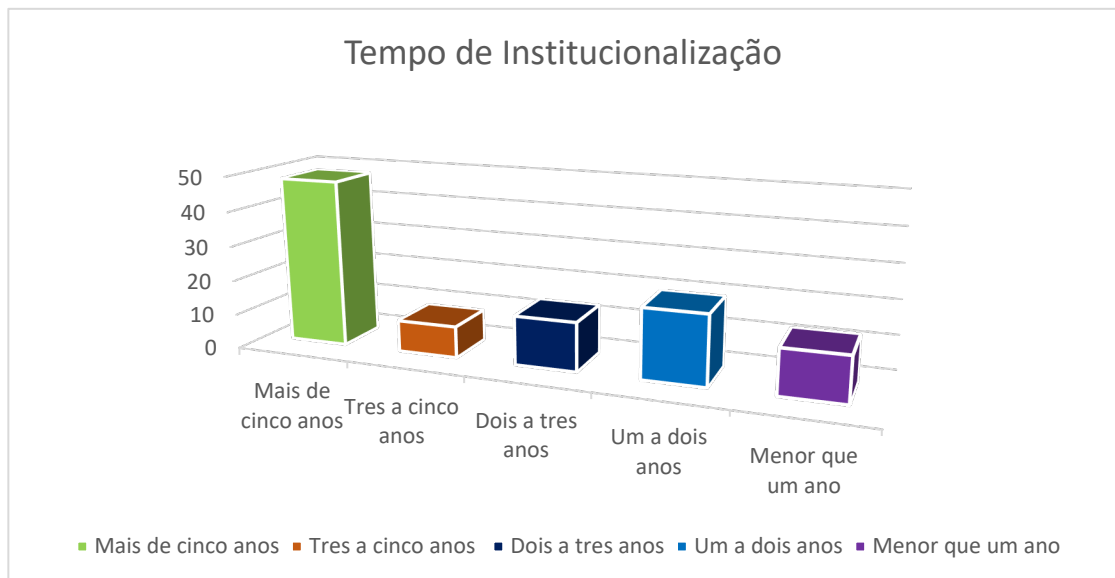
A INSTITUCIONALIZAÇÃO

A admissão mais antiga foi em novembro de 1989 e a mais recente em setembro de 2016. Não foi verificada variação sazonal, com as admissões se distribuindo regularmente ao longo do ano, sendo 27 (26%) internações no verão, e 27 (26%) no outono, 24 (23%) nos meses de inverno e 26 (25%) na primavera.

Trinta e seis (35%) idosos foram institucionalizados a partir de 2015, sendo este o ano com maior número de entradas - 23 idosos. 13 idosos (13 %) dos residentes foram admitidos em 2016, portanto possuíam menos de um ano de institucionalização, quando do óbito.

Ao falecer, 46% dos idosos tinham cinco ou mais anos de admissão, tendo sido institucionalizados anteriormente a 2011, sendo que 21 idosos (20%) tinham mais de dez anos de institucionalização e oito deles (8%) estavam na ILPI há mais de 20 anos. (GRÁF.2).

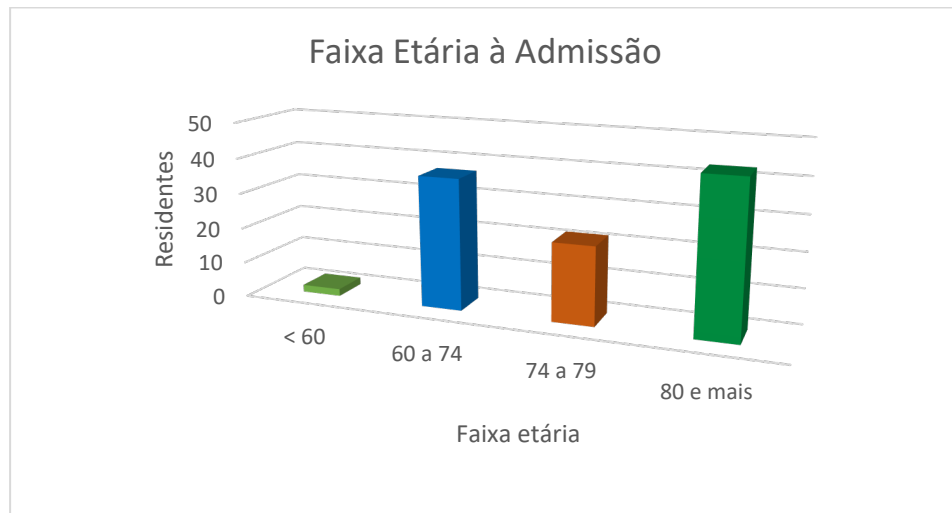
GRÁFICO 2 – Residentes falecidos em ILPI conveniadas à SMAAS-PBH por tempo de Institucionalização. Belo Horizonte. 2016



A idade dos idosos à institucionalização variou de 47 a 107 anos, com média de 77,13 (DP=10,04); moda de 75 e mediana de 78 anos. Quanto às faixas etárias, dois pacientes (2%)

tinham menos de 60 anos ao serem institucionalizados, 37 (36%) tinham entre 60 e 74 anos, 22 (21%) entre 75 e 79 anos e 43 (41%), 80 anos ou mais (GRÁF.3).

GRÁFICO 3 – Distribuição dos residentes falecidos nas Instituições de Longa Permanência por faixa etária à institucionalização. Belo Horizonte. 2016



O tempo de institucionalização até o óbito variou com a faixa etária à admissão. A mediana foi maior na faixa entre 75 a 80 anos quando comparado com idosos com menos de 74 anos (TAB. 4)

Tabela 4 – Tempo de institucionalização por faixa etária à admissão dos residentes falecidos nas Instituições de Longa Permanência. Belo Horizonte. 2016

Faixa Etária à admissão	Tempo médio de institucionalização até o óbito (anos e meses)		
	Média	DP	Mediana
Abaixo de 74 anos	Sete anos e oito meses	8,02	Quatro anos e nove meses
75 a 80 anos	Cinco anos e nove meses	4,7	Cinco anos e onze meses
80 anos e mais	Três anos e cinco meses	4,31	Um ano e nove meses

Não se encontrou registros sobre o grau de dependência ou a capacidade funcional para execução de atividades de vida diária (AVD) admissão na maioria dos prontuários. Assim, utilizou-se a capacidade de marcha como marcador indireto de funcionalidade. Entretanto, apenas 88 idosos (85%) tinham documentadas suas condições de marcha quando da admissão

à ILPI. Destes, 36 (41%) deambulavam sem ajuda; os restantes 52 (59%) necessitavam de ajuda humana para deambular ou não o faziam de forma alguma (TAB. 5).

Para a faixa etária acima de 80 anos, encontrou-se 23 (53,5%) idosos com incapacidade (admitidos em maca ou cadeira de rodas) ou necessidade de ajuda para a deambulação.

O principal motivo de institucionalização foi a insuficiência familiar presente em 82 (79%) dos 102 registros disponíveis para esta variável. Vinte idosos (20%) foram admitidos por dois ou mais fatores. As categorias Violência (10% dos casos), Abandono (9%) e Negligência (4%), após agrupadas numa única variável, denominada Infringência Familiar ao Dever de Cuidar, tiveram participação na determinação de 23 admissões (23% dos residentes). Autonegligência determinou a institucionalização em 11 casos (11%) e cinco (5%) eram moradores de rua. Outros dois casos (2%) apresentavam motivações específicas: uma idosa desejava morrer na instituição da qual foi fundadora e um idoso recusava qualquer contato com os familiares (sequer fornecia informações sobre os mesmos) e não tinha condições de subsistir de forma autônoma.

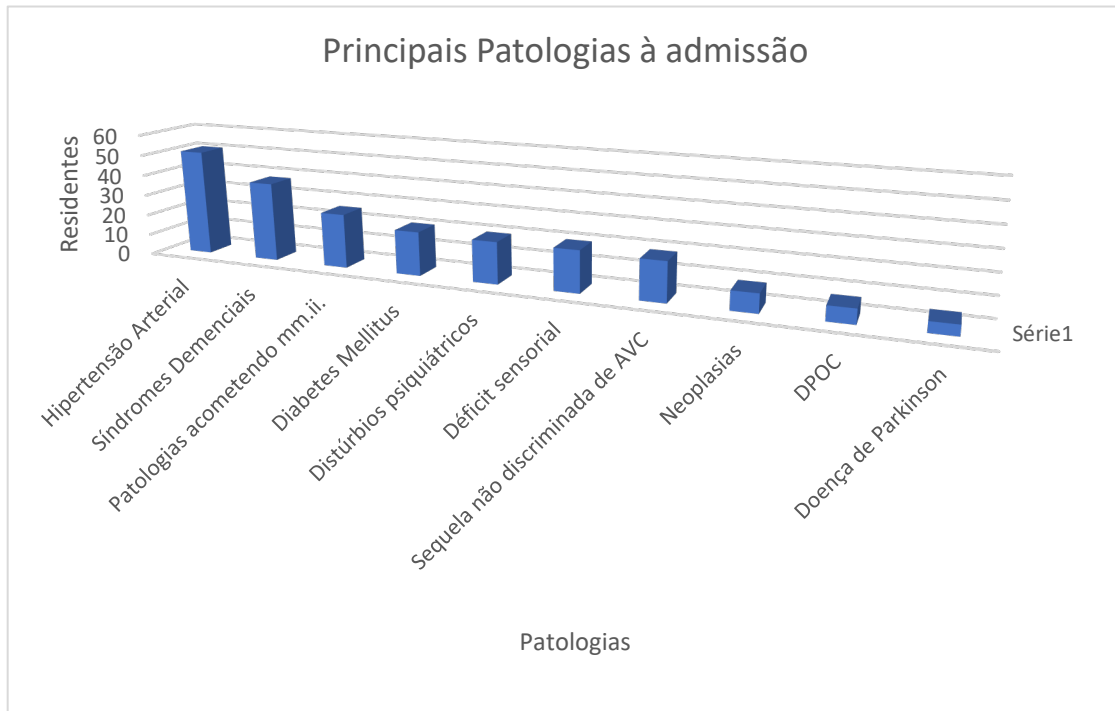
Registros quanto à presença ou não de patologias prévias foram encontrados para 98 idosos (91%), sendo que três deles não referiam quaisquer doenças. Para seis (6%) participantes, não havia informações sobre patologias ou a existência de Síndromes Geriátricas à admissão, sendo os mesmos excluídos da análise.

Dos 95 idosos que apresentavam alguma patologia à admissão, 16 (17%) possuíam um diagnóstico, para 31 (33%) eram referidas duas ou três patologias, 29 (31%) tinham quatro ou cinco doenças estabelecidas e 19 (20%) tinham seis ou mais comorbidades prévias, sendo referidas sete patologias à admissão para um dos participantes. A média de patologias presentes nos idosos estudados foi de 3,9 (DP= 2,2), próxima à mediana que foi igual a quatro.

Avaliou-se as doenças mais prevalentes, notadamente aquelas associadas a limitações da autonomia dos pacientes. Para este cômputo, foram excluídos os seis idosos falecidos que não possuíam dados de prontuários relativos à admissão e aqueles sem relatos de patologia, sendo considerados os 95 pacientes restantes.

Hipertensão arterial foi a patologia mais frequente (54%) seguida pelas síndromes demenciais, com 40% (GRÁF.4).

Gráfico 4 - Principais patologias à admissão em residentes falecidos em Instituições de Longa Permanência participantes do estudo. Belo Horizonte. 2016.



Incontinência urinária estava presente em 51 pacientes (54% dos 95 residentes com registros disponíveis).

A ausência de registros nos prontuários determinou que a identificação das demais síndromes geriátricas fosse verificada por meio dos quatro domínios funcionais (cognição, humor, mobilidade e comunicação). A investigação da Iatrogenia foi feita indiretamente, pela avaliação do esquema farmacológico em uso pelos pacientes quando de sua admissão.

A categorização em domínios funcionais excluiu residentes para os quais havia apenas registro de “sequela de AVE” (19 pacientes) ou “sequela de TCE” (4 pacientes), sem discriminação quanto ao tipo de disfunção apresentada (cognitiva, comportamental, motora, comunicativa ou mais de um domínio acometido). Quando tais déficits estavam descritos, foram alocados nos grupos específicos antes da categorização.

Para os 75 pacientes (72%) em que foi possível a categorização em domínios funcionais verificou-se: a) Alterações cognitivas (relato de síndromes demenciais ou déficit

cognitivo) em 38 (51%); b) Alterações do humor (depressão), acrescidas de patologias que determinavam alterações comportamentais (esquizofrenia e distúrbios psiquiátricos não especificados): presentes em 27% dos casos (20 pacientes); c) Portadores de limitação motora (história prévia de instabilidade de marcha e/ou quedas de repetição, sequelas de patologias comprometendo funcionalidade de membros inferiores d) Doença de Parkinson e restrição da mobilidade em 50 pacientes (67%).

Em relação às alterações comunicativas, apenas se encontrou registros sobre déficits sensoriais, não havendo qualquer referência à capacidade ou não de se comunicar do paciente quando de sua admissão. Baixa acuidade visual estava descrita para 15 residentes (20% do total) e hipoacusia significativa foi referida em cinco casos (7%).

Quanto à terapêutica medicamentosa à admissão, excluídos os 17 idosos para os quais não havia registros quanto ao uso de medicações, a avaliação quantitativa mostrou que sete deles (8%) não utilizavam nenhuma medicação. Quanto aos demais, 46 pacientes (53%) utilizavam de uma a quatro medicações; 33 (38%) de cinco a nove e um idoso (1%) usava mais de dez drogas.

Avaliação Qualitativa foi realizada para os pacientes em uso de uma ou mais medicações (n= 80): sete não utilizavam nenhuma medicação e em 17 pacientes não foi possível avaliar qualitativamente a mesma, tendo em vista a ausência de dados clínicos que permitissem o uso dos critérios de Beers (BEERS, 1997; AGS, 2015). O esquema medicamentoso avaliado com base nos referidos critérios estava inadequado em 67 pacientes (84%).

TABELA 5 - Condições à admissão dos idosos falecidos em Instituições de Longa Permanência para Idosos. Belo Horizonte. 2016

Condições à admissão		N	%
Marcha			
(n = 88)	Em Maca	06	06
	Cadeira de Rodas	20	19
	Deambulando com ajuda	26	25
	Deambulando sem ajuda	36	35
	Ignorado	16	15
Motivo da Institucionalização			
(n= 102)	Insuficiência Familiar	82	79
	Infringência ao dever de cuidar	23	23
	Auto-negligência	11	11
	Morador de Rua	05	05
	Outros motivos	02	02
	Ignorado	02	02
Número de Patologias Prévias			
(n=101)	Zero	06	06
	Uma	16	16
	Duas ou três	31	30
	Quatro ou cinco	29	28
	Seis ou mais	19	19
	Ignorado	1	1
Principais patologias Prévias			
(n=95)	Hipertensão Arterial	51	54
	Síndromes Demenciais	38	40
	Lesões de MM.II.	26	27
	Diabetes Mellitus	21	22
	Distúrbios psiquiátricos	20	21
	Déficit sensorial	20	21
	Sequela de AVC	19	20
	Neoplasias	09	09
	DPOC	07	07
	Doença de Parkinson	05	05
Síndromes Geriátricas			
(n = 98)	Incontinência urinária	51	52
Comprometimento de domínios funcionais			
(n = 75)	Cognição	38	51
	Comportamentais e do humor	20	27
	Limitação da mobilidade	50	67
	Déficits sensoriais (baixa acuidade visual e hipoacusia)	20	27
Número de medicamentos			
(n = 87)	01 a 04 medicações	46	53
	05 a 09 medicações	33	38
	Mais de dez medicações	01	01
	Sem uso de medicações	07	08
Adequação de medicamentos – Critérios de Beers			
(n = 80)	Inadequado	67	84
	Adequado	13	16

O PROCESSO DE MORTE

A maioria dos óbitos (65,4%) ocorreu em idosos com 80 anos ou mais.

Analisando as causas terminais de morte registradas na DO e/ou CO, verificou-se septicemia como a mais frequente (27%), seguida por causa não definida (18,3%); insuficiência respiratória (11%), parada cardíaca (8%); em sete (7%) pneumonia; em cinco (5%), insuficiência respiratória aguda e pneumonite aspirativa foi a causa em quatro idosos (3,8%). Outras causas foram encontradas, com frequência inferior a 3%.

As causas básicas segundo o registro nas DO/CO foram as seguintes: 24 idosos (23 %) faleceram por demências; 23 (22 %) idosos morreram por doenças respiratórias, sendo 13 (13 % do total de óbitos) em decorrência de pneumonia e 08 (8 %) por DPOC; 15 (14 %) por doenças cardiovasculares; 12 (12 %) por causas mal definidas de óbito e 06 (6 %) devido a DM.

Utilizando as Regras Internacionais para Seleção da Causa Básica, observou-se que a principal causa básica do óbito com base na DO/CO foi demência em 24 pacientes (23%), pneumonia (13%); 11 (10,6%) manteve-se não definida; DPOC e Diabetes mellitus respectivamente 8 e 6%. Outras patologias foram responsáveis por menos de 3% dos óbitos. (TAB 6 - ANEXO B)

Causas do óbito após revisão dos prontuários

Após análise dos prontuários, a causa básica das DO e/ou CO foi revista. Encontrou-se que a demência, em sua fase terminal, foi a causa básica do óbito em 27 (26%) pacientes; doenças cardiovasculares foram a causa básica em outros 27 pacientes (25,9%), ao passo que o Diabetes Mellitus respondeu por 12 óbitos (11,5%). Causas externas foram expressivas, estando na origem de 11 óbitos (11 %). Para seis (5,8%) residentes, as neoplasias foram a causa básica do óbito. As morbidades DPOC e pneumonia ocorreram em quatro idosos cada uma. Outras patologias responderam por menos de 3% dos óbitos (TAB. 7 - ANEXO C).

A Tabela 8 mostra as causas básicas de morte mais frequentes na análise comparativa entre as diferentes fontes de dados.

Tabela 8 - Distribuição das principais causas básicas de óbito em residentes de ILPI, segundo as fontes. Belo Horizonte. 2016.

Principais Causas de Óbito	Causa Básica – Fonte					
	CO/DO		Revisão CO/DO		Revisão Prontuário	
	Causa	%	Causa	%	Causa	%
1	Demências	23,0	Demências	23,0	Demências	26,0
2	Pneumonia	13,0	Pneumonia	13,0	Doenças cardiovasculares	24
3	Causa não definida	11,0	Causa não definida	10,6	Diabetes	11,5
4	DPOC	8,0	DPOC	8,0	Causas externas	11,0
5	Doenças cardiovasculares	12,0	Diabetes Mellitus	6	Neoplasias	6,0

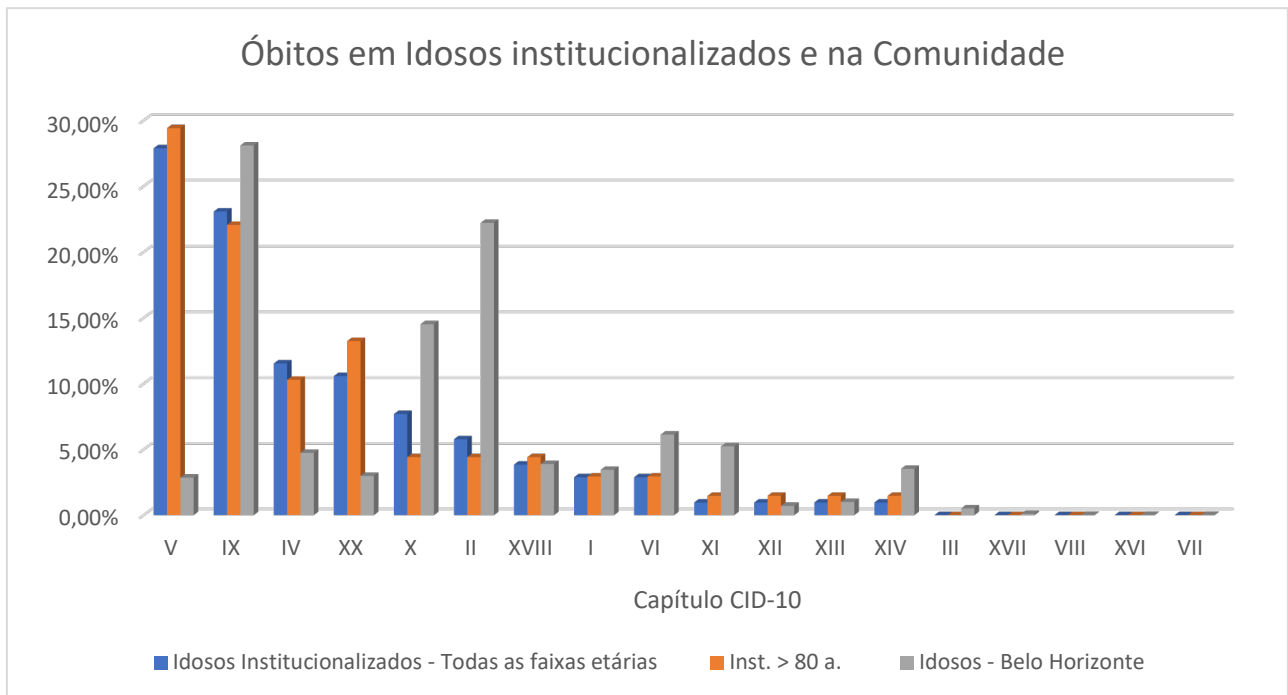
Considerando-se os dados da DO/CO e do prontuário, as doenças inseridas no Capítulo V da CID-10 (Transtornos mentais e comportamentais) foram a primeira causa de mortalidade para idosos institucionalizados (27,9% dos óbitos). Neste capítulo, todos os residentes tiveram como causa de óbito doenças pertencentes ao grupo CID-10 “transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos”.

O Capítulo IX da CID-10 (doenças do aparelho circulatório) foi a segunda principal causa de óbito para os idosos institucionalizados, respondendo por 24 % dos óbitos.

O Capítulo II, neoplasias, foi a sexta causa de óbito nos idosos institucionalizados, estando aí incluídos 6% dos óbitos (GRÁF. 5)

A causa básica do óbito em conjunto com as demais informações constantes do prontuário permitiu categorizar-se a doença que levou à morte em cinco categorias: a) Doença terminal ocorreu em 33 pacientes (31,7%) b) Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT), levaram ao óbito de 47 idosos (45%) c) Doenças agudas ocorreram em nove residentes (8,7%) d) Causas externas, causa básica do óbito em 11 participantes (10,6) e) Ignorado - quatro idosos (3,8%).

Gráfico 05 – Causas de morte por capítulo do CID-10 em idosos falecidos em Instituições de Longa Permanência participantes do estudo e na comunidade. Belo Horizonte. 2016.



Avaliação do processo de morte

Os sinais e sintomas indicativos de sofrimento e/ou processo de morte em curso foram analisados no período precedente ao óbito (TAB. 9 – ANEXO D). Os achados foram a seguir avaliados com base nas diretrizes de tratamento propostas para as categorias de causa básica do óbito já estabelecidas - terminal, DANT, agudas, causas externas e causa ignorada. Dos 104 residentes, 28 (27%) não tinham qualquer registro de sintomas em seus prontuários, sendo a análise realizada em 76 pacientes (73% dos participantes).

Os sintomas de dor e dispneia persistentes (duração acima de quinze dias) foram os mais frequentes, havendo relato de dispneia em 57 pacientes (75%). Quanto à dor, havia relato de início ou agravamento nos três meses precedentes ao óbito em 45 pacientes (59%); havia ainda registro de manutenção de quadro álgico prévio a este período em cinco residentes (6,6%), num total de 50 pacientes (66%) que experimentaram dor durante seu processo de morte.

Quanto aos demais sintomas, 13 (17,1%) residentes apresentavam náuseas ou vômitos persistentes, cinco (6,6%) residentes tiveram registro de fadiga e cinco (6,6%) estavam caquéticos. Depressão foi referida em apenas dois idosos (2,6%) do total e constipação

intestinal (fecaloma) foi referida em um caso (1,3%). Não havia qualquer registro de ansiedade ou estresse espiritual. Apenas três pacientes (3,9%) tiveram relatada a ocorrência de alheamento e/ou recusa de contato no período entre um e três meses precedendo o óbito. Delirium e/ou alucinações nas duas semanas anteriores ao óbito foram referidos em 20 pacientes (26,3%).

Quanto aos sinais de óbito iminente, avaliados nas 48 horas precedentes, encontrou-se relato de hipotensão para nove idosos (11,8%) e cianose foi descrita em três (3,9%). Não havia menção de arritmia cardíaca neste período para nenhum dos participantes.

Febre foi referida em 16 pacientes; havia relato de úlceras de pressão em 15 (19,7%) pacientes e de tosse protraída (superior a 04 semanas) em 12 casos. Também foram referidos diarreia persistente (mais de 15 dias) em 09 residentes, disfagia em oito idosos e descompensação de níveis glicêmicos nos quinze dias anteriores ao óbito em oito casos.

Outros sintomas que tiveram baixa frequência, entre 1 e 2%, foram avaliados apenas quando se relacionavam à causa do óbito ou a possível iatrogenia.

Quanto às grandes síndromes geriátricas, dos 76 pacientes com dados disponíveis em prontuário, 71 apresentavam Incontinência Cognitiva registrada e 71 tinham relato de Incontinência Urinária. Não havia dados em prontuário que permitissem a classificação do tipo de incontinência de urina.

Para 46 residentes, foi referida presença de instabilidade, sendo que 14 pacientes sofreram uma queda no ano anterior ao óbito; não havia registro de duas ou mais quedas para nenhum dos idosos. Pelo menos uma das quedas deveu-se à negligência no cuidado (paciente caiu da cadeira por estar sem a contenção de tronco necessária); em outros dois residentes o evento queda se deveu a fatores intrínsecos ao paciente e em dois casos a queda sinalizava a existência de doença subjacente (“queda premonitória”). Não havia caracterização das outras quedas.

Imobilidade e/ou síndrome da imobilização estavam presentes em 32 pacientes.

Entre os 104 casos avaliados, em 17 (22,3%) foi possível identificar indícios de iatrogenia: um deles relacionou-se a complicação de pós-operatório em intervenção realizada contra o desejo do paciente, outro decorreu de hemorragia digestiva associada ao uso de anti-inflamatórios não esteróides (AINES) e em 15 residentes (19,7%) havia relato de úlceras de decúbito. Avaliou-se também a atenção farmacológica. Do total de residentes, 16 (15,4%) pacientes usavam dez ou mais medicações, 44 usavam entre cinco e nove drogas (42,3%), 24

(23,1%) usavam entre um e quatro medicamentos e 20 (19,2%) não tinham qualquer registro quanto ao uso ou não de medicações. O número de drogas utilizadas variou entre zero e 15 medicações, média de 5,2 drogas por paciente (DP=3,79), com mediana igual a 5.

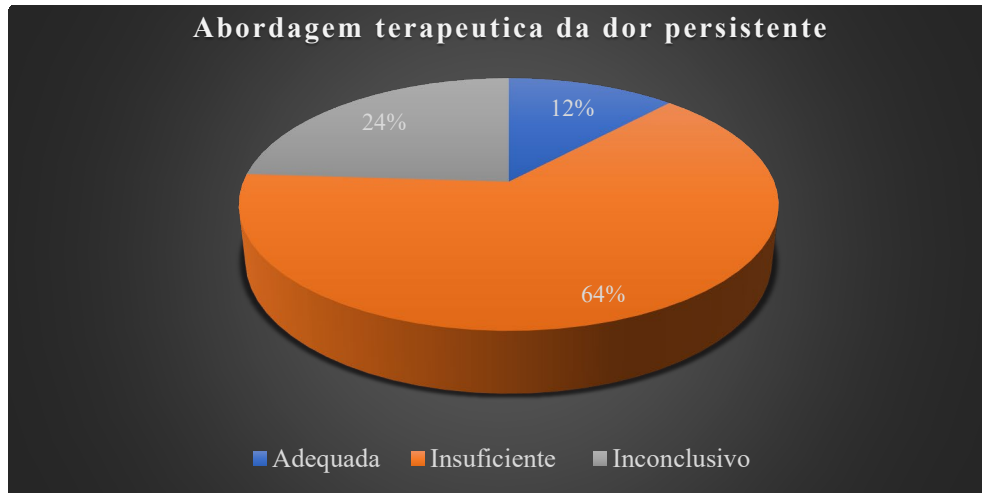
Quanto às medicações sintomáticas, o número de drogas variava de zero a nove, sendo a média de 1,5 (DP= 1,62), mediana 1. Cinco residentes (4,8%) usavam de cinco a nove medicações diárias, 61 (58,7%) idosos usavam de um a quatro e 38 (36,5%) não recebiam nenhum sintomático.

O número de medicações para tratamento específico de patologias agudas e/ou crônicas variou de zero a 11, com média 3,7 (DP=3,1), mediana 4.

Avaliando-se os dados de prontuário e classificando-se as medicações com base nos critérios de BEERS (1997), encontrou-se esquema farmacológico adequado para 76 (73,1%) residentes e inadequado para oito (7,7%); em 20 (19,2%) idosos não havia dados disponíveis que permitissem essa categorização. Entretanto, verificou-se que em alguns pacientes, apesar de registro de sintomas, não constava o tratamento correspondente. Em 13 pacientes com relato de náuseas e vômitos persistentes, não havia registro de prescrição de sintomáticos ou suspensão de medicações que poderiam agravar o sintoma digestivo. Também não havia registro de tratamento para dois casos com relato de depressão. A terapêutica para impactação fecal registrada foi inadequada e este paciente não teria recebido analgesia.

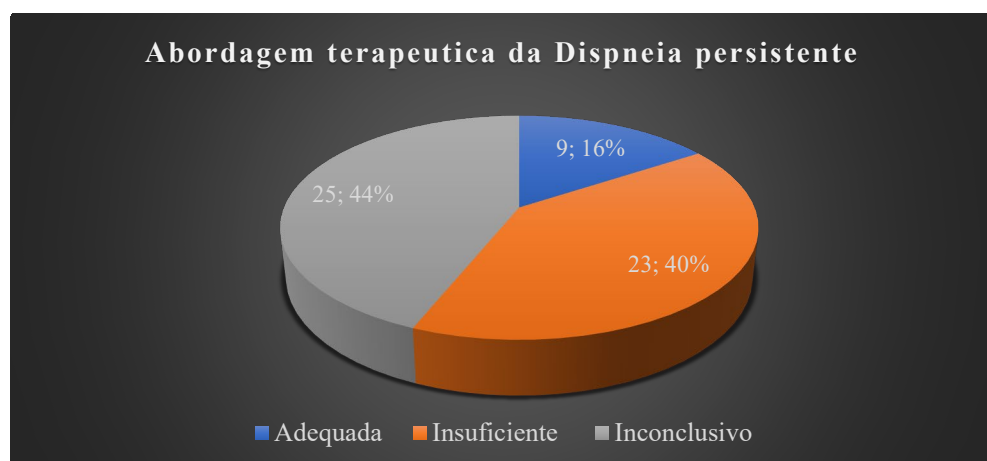
No que diz respeito à dor, apenas 6 pacientes (7,9%) tinham registrada abordagem terapêutica de acordo com as diretrizes propostas; em 32 pacientes (42%) não foi referida analgesia ou a mesma foi insuficiente ao longo de todo o processo da morte. Os outros 12 idosos (16%) com relato de dor não possuíam registros suficientes para uma adequada avaliação (GRÁF.6).

Gráfico 6 – Abordagem terapêutica da dor persistente em residentes falecidos em Instituições de Longa Permanência nos três meses precedentes ao óbito. Belo Horizonte. 2016.



Para a dispneia, encontrou-se registro de abordagem adequada em 9 residentes (12%) e insuficiente ou ausente em 23 casos (30%); 25 pacientes (33%) não possuíam informes suficientes para uma adequada conclusão sobre as medidas instituídas (GRÁF.7).

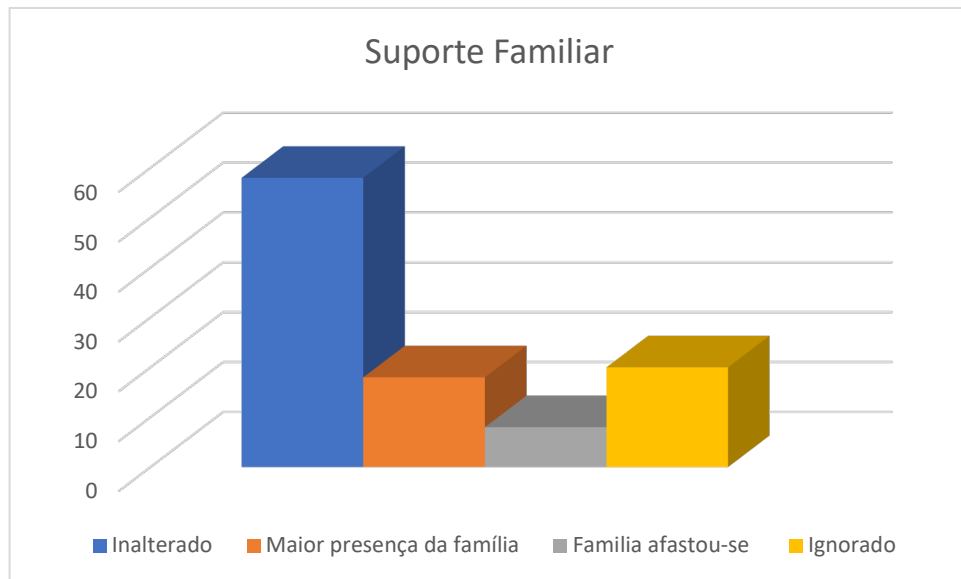
Gráfico 7 – Terapêutica da dispneia persistente em residentes falecidos em Instituições de Longa Permanência nos três meses precedentes ao óbito. Belo Horizonte. 2016.



As visitas familiares não se alteraram em 58 residentes (56%) no trimestre prévio ao óbito. Houve aumento na frequência para dezoito residentes (17%) e verificou-se redução em

oito idosos (8%) e mesmo interrupção total das visitas em um caso. Não havia registros em 20 (19%) dos prontuários (GRÁF. 8).

Gráfico 8 – Padrão de visitas de familiares a residentes falecidos em Instituições de Longa Permanência nos três meses precedentes ao óbito. Belo Horizonte. 2016.



Em relação aos contatos sociais, verificou-se que 59 residentes (57%) não eram visitados por outras pessoas além de familiares, 18 residentes (17%) recebiam visitas de não familiares pelo menos uma vez ao mês e em 27 casos (36%) não havia dados disponíveis.

Não havia quaisquer registros sobre os cuidados espirituais recebidos pelos participantes do estudo nos três meses precedentes ao óbito. Assim, verificou-se junto às Instituições qual era o tipo de suporte espiritual disponível para cada uma delas. Uma das ILPI não respondeu ao questionamento. Para as demais 20 instituições, encontrou-se os seguintes resultados: a maioria das ILPI está ligada a alguma confissão religiosa, sendo 15 de orientação católica romana e uma de orientação espírita. Quatro ILPI são de orientação laica. Todas possuem atendimento religioso coletivo regular, variando a frequência entre semanal a mensal.

Nenhuma das ILPI restringe a presença de quaisquer confissões, porém em duas das instituições de orientação religiosa a presença de profissões de fé diversas daquela à qual a ILPI está ligada é restrita a atendimentos individuais, se solicitado pelo residente. Nenhuma das ILPI laicas faz esse tipo de restrição. Três das ILPI não providenciam atendimento religioso específico, mesmo quando solicitado pelo residente, transferindo a demanda a familiares.

Qualificação do processo de morte

Sintomas e sinais inespecíficos foram registrados nos prontuários de idosos portadores de doença terminal, com predomínio de náuseas e vômitos em dez pacientes (28%). Havia relato de início, agravamento ou manutenção de quadro álgico por mais de quinze dias em 18 dos pacientes terminais (50%), nos três meses precedentes ao óbito, porém para apenas dois deles havia registro de analgesia em conformidade com as diretrizes para cuidado do paciente em fase terminal de demência; para os outros 16 pacientes (89%) com queixas de dor, o tratamento antiálgico referido nos prontuários não era adequado.

Do total de pacientes terminais, 20 (56%) apresentaram dispneia, sendo o tratamento registrado inadequado em 12 deles (perfazendo 60% dos pacientes terminais com a queixa). Em um dos casos o tratamento atendeu as diretrizes preconizadas para cuidados paliativos em pacientes portadores de quadro demencial avançado. Para sete dos pacientes, os registros não permitiram conclusão adequada sobre o cuidado.

Em oito residentes (22%) idosos os familiares tornaram-se mais presentes, muitas vezes com visitas diárias; em dois casos, entretanto, a família afastou-se quando o óbito se fez mais provável. Em quase metade dos casos (16 residentes), o padrão de contato com os familiares não se alterou. Para dez pacientes (28%) o informe não estava disponível.

Quanto ao local do óbito, apenas 11 (31%) residentes faleceram na instituição. Vinte e um deles (58%) foram hospitalizados, mas apenas dois foram encaminhados para serviços de cuidados paliativos - enquanto permaneceram na ILPI, o cuidado registrado foi considerado inadequado segundo as diretrizes da literatura para abordagem paliativa de pacientes em fase final de demência e neoplasia.

Cinco dos idosos, embora sabidamente em fase terminal, foram encaminhados para internação em unidade de terapia intensiva - quatro deles com demência avançada e um portador de DPOC em fase final.

Para pacientes que morreram por complicações de DANT, encontrou-se relato de náuseas e/ou vômitos para 11 pacientes (24%), porém não há havia registro de administração de antieméticos.

Hiporexia foi registrada em oito pacientes, não sendo referida a adoção de qualquer medida a este respeito; medicações que poderiam estar contribuindo para a gênese da queixa foram mantidas em cinco (63%) deles, embora existissem outras opções terapêuticas para o tratamento objetivado.

Houve um único registro de diarreia nos prontuários destes pacientes, provavelmente decorrente do uso de antibiótico (ATB); entretanto, em dois outros residentes, foi utilizado antidiarreico, apesar de não haver qualquer referência a hábito intestinal alterado nas anotações da equipe.

Três residentes (07 % dos falecidos por complicações de DANT) apresentaram elevações glicêmicas importantes, sem relato de abordagem adequada, sendo o DM causa básica do óbito em todos eles.

Um paciente apresentou elevações significativas de pressão arterial, sem referência de medidas de controle eficazes. Veio a óbito posteriormente, tendo acidente vascular cerebral hemorrágico como causa terminal.

Há relato de febre em cinco pacientes, tendo quatro deles falecido por infecção superveniente a doença crônica. Destes, três haviam recebido ATB já na ILPI, sendo a droga utilizada e a dose para a terapêutica objetivada conformes à literatura.

Em dois pacientes, houve registro de hipotensão nas 48 horas que precederam o óbito. Ambos foram levados pela equipe da ILPI ao setor de urgência, mas nenhuma medida terapêutica adicional foi adotada naquele setor, vindo ambos a falecer na ILPI. Há relato de cianose nas 48 horas precedentes ao óbito em um paciente, mas não havia relato de qualquer medida adotada pela instituição para que o residente fosse submetido a avaliação médica em tempo hábil; o mesmo veio a falecer na ILPI.

Para os residentes falecidos por doenças agudas, encontrou-se registro de ter um deles falecido por peritonite, complicando intervenção cirúrgica decidida por familiares, contra o desejo da paciente e o parecer da equipe da ILPI.

Um dos pacientes foi levado pela equipe ao atendimento de urgência, mas não foi referido nenhum tipo de encaminhamento ou modificação de conduta por aquele setor, vindo o paciente a falecer na ILPI.

Um dos pacientes recebeu antidiarreicos, mas não havia qualquer informe sobre diarreia em seu prontuário

Quanto aos óbitos por causa externa, observou-se que em seis casos houve falha na atuação da equipe da ILPI, com quedas decorrentes de inadequada acomodação do paciente ou traumas decorrentes de cuidados inadequados, como queimaduras por água quente durante o banho do idoso. Houve, entretanto, casos de mistanásia precedendo a institucionalização – um dos pacientes deu entrada na ILPI com infecção grave em membro inferior decorrente de mordedura de rato no domicílio, vindo a falecer algumas horas após a admissão, apesar do esforço da equipe da ILPI para providenciar atendimento médico em tempo hábil.

6 DISCUSSÃO

ILPI

Belo Horizonte possui 126 ILPI, número acima da média nacional encontrada por Camarano (2016), que é de 24 instituições para municípios com mais de 500.000 habitantes. O foco do presente trabalho, entretanto, são as 24 ILPI conveniadas com o poder público.

Camarano (2016) apontou que no Brasil predominam instituições de pequeno porte (38%), porém em Belo Horizonte estas correspondem a 29% das ILPI conveniadas à SMAAS-PBH, sendo a maioria (41,7%) de médio porte.

A média de idosos abrigados em cada uma das ILPI estudadas foi de 38,3 residentes por instituição, valor superior à média nacional que é de 30 residentes (CAMARANO, 2016).

Observa-se ainda que a população institucionalizada feminina (77%) está em proporção superior em relação à média nacional (57%) em decorrência da maior oferta de vagas para mulheres: entre as 913 vagas disponíveis, 374 (40%) são exclusivamente destinadas a mulheres (SMAAS – PBH).

PERFIL DOS IDOSOS FALECIDOS

O padrão de maior mortalidade de pacientes com oitenta anos ou mais institucionalizados corresponde àquele encontrado nas estatísticas oficiais de mortalidade (DATASUS, 2015), tanto para Belo Horizonte (onde os maiores de 80 anos representam 44% dos óbitos de idosos) quanto do Brasil (44%). A maior mortalidade nesta faixa etária associa-se ao fato de que, comparativamente a idosos mais jovens, estes pacientes apresentam maior número de comorbidades e limitações funcionais (CHAIMOWICZ, 2016).

Nos residentes estudados, aqueles acima de 80 anos responderam por uma proporção ainda maior de óbitos, quando comparados aos dados para a comunidade. Dentre os fatores que explicam tal achado, está o maior risco de institucionalização dos idosos mais vulneráveis, notadamente aqueles portadores de disfunção cognitiva, se comparados a seus pares que permanecem na comunidade; além disso, idade acima de 80 anos, *per se*, é fator de risco para institucionalização (DEL DUCA et al., 2012). Quando da institucionalização, portanto, estes

gerontes já são mais vulneráveis e mais sujeitos a apresentar patologias que cursem com morbidade e/ou mortalidade elevadas. Adicionalmente, a institucionalização aumenta o risco para a perda de autonomia do idoso (MARINHO, 2013), sendo a dependência para Atividades de Vida Diária (AVD) um forte preditor de morbidade e mortalidade (MARTÍNEZ-VELILLA; CAMBRA-CONTIN; IBÁÑEZ-BEROIZ, 2014), o que piora o prognóstico destes idosos. Outro aspecto a ser considerado é o fato de que as ILPI estudadas são de cunho filantrópico e abrigam, em sua maioria, idosos oriundos de condições socioeconômicas vulneráveis e com baixa escolaridade – fatores estes que influenciam negativamente o processo de adoecimento dos idosos, inclusive pela maior dificuldade de acesso ao sistema de saúde (CHAIMOWICZ, 2016).

O sexo feminino respondeu pela maior parte do total de óbitos, o que também ocorre quando se considerada a população em geral, notadamente para as faixas etárias mais elevadas – isso é explicado em parte pela feminização do envelhecimento (CHAIMOWICZ, 2016). Entretanto, nos óbitos estudados, a proporção em mulheres foi superior àquela encontrada na população em geral, que é de 53,5%. Isso se explica pela composição da população abrigada nestas instituições, onde 78% dos residentes são mulheres, ao passo que na comunidade o gênero feminino representa 60,2% da população acima de 60 anos e 69% dos idosos acima de 80 anos. Esta distribuição não decorre apenas do fato já mencionado da disponibilidade das vagas nas ILPI conveniadas à SMAAS-PBH para o sexo feminino, mas pelo fato de o sexo feminino, *per se*, constituir fator de risco para institucionalização (DEL DUCA et al., 2012).

A maior mortalidade em brancos reflete a concentração de idosos com idade mais avançada nessa etnia, provavelmente em virtude das desigualdades socioeconômicas: embora a mortalidade de indivíduos da raça negra seja mais elevada, esses óbitos ocorrem em faixas etárias mais jovens, determinando uma menor proporção de negros na população idosa (CHAIMOWICZ, 2016). Del Duca et al. (2012) e Lini et al. (2015) não encontraram relação entre a variável etnia e a institucionalização.

A maioria de solteiros, viúvos e separados judicialmente/divorciados corrobora os achados de outros autores (LINI; PORTELA; DORING, 2016; Del Duca et al., 2012), que demonstraram que possuir um companheiro atua como fator protetor contra a institucionalização.

O predomínio de óbitos em idosos com baixa escolaridade reflete a maior proporção dessa característica na população institucionalizada – conforme demonstrado por Del Duca et al. (2012), baixa escolaridade *per se* é fator de risco para institucionalização.

ADMISSÃO À ILPI

À institucionalização, dois dos idosos avaliados tinham menos de sessenta anos - isso se explica pela longa permanência dos mesmos na ILPI (mais de vinte anos), o que localiza sua institucionalização nos anos anteriores à regulamentação das ILPI, deflagrada a partir da promulgação da Lei 8842, que dispõe sobre a Política Nacional do Idosos (BRASIL, 1994) mas apenas regulamentada em anos posteriores, quando foi proibida a admissão a ILPI de pessoas com menos de 60 anos de idade (BRASIL; 2007, 2005, 2001).

Por outro lado, as faixas etárias mais avançadas (80 anos e mais) responderam por quase metade das admissões no grupo estudado. Este achado está em conformidade com estudo realizado no Brasil recentemente (LINI; PORTELLA; DORING, 2016), o que corrobora os dados da literatura segundo os quais idade acima de 80 anos representa risco até 9,5 vezes maior para admissão a ILPI em comparação às demais faixas etárias (DEL DUCA et al., 2012).

A idade à admissão correlacionou-se também ao tempo em que os idosos permaneceram institucionalizados até a ocorrência do óbito, com um menor tempo de permanência para idosos com 80 anos comparativamente às faixas etárias mais jovens. Segundo Chaimowicz (2016), essa maior mortalidade decorre não só da letalidade aumentada de patologias comuns, como infecções respiratórias, mas também pelo grande número de comorbidades e prevalência aumentada de polifarmácia e iatrogenia; nesta faixa etária, observa-se ainda que as apresentações atípicas das doenças são mais frequentes, dificultando o diagnóstico e a terapêutica.

A ausência de registros sobre o grau de dependência na grande maioria dos prontuários determinou a utilização da capacidade de marcha como indicador indireto da funcionalidade (CAMARA et. al, 2008; SANTOS *et al*, 2014).

Mais da metade dos pacientes acima de 80 anos deambulava com dificuldade ou era incapaz de fazê-lo quando de sua admissão à ILPI, estando em maca ou cadeira de rodas nesta ocasião. Os dados confirmam a literatura, que refere limitação progressiva da marcha para idosos acima dos 80 anos, afetando cerca de 66% dos pacientes entre 80 e 84 anos e 51% das pessoas acima de 85 anos (PAIXÃO Jr.; HECKMAN, 2016, P.1031). Lini, Portella e Doring

(2016) reafirmam a incapacidade de deambular ou a necessidade de ajuda para fazê-lo como um dos fatores determinantes de institucionalização.

Dentre os determinantes sociais da institucionalização, a insuficiência familiar surge como o mais relevante, estando presente em 79% dos casos. Perlini, Girardon e Furini (2007), consideram que o objetivo da família ao decidir pela institucionalização do idoso frequentemente é proporcionar ao mesmo melhores condições de vida que aquelas que lhe poderiam oferecer, quer pela falta de familiares que se disponibilizem a assumir o cuidado, quer pela dificuldade de conciliar o cuidado e as demandas do dia-a-dia. Ainda assim, persiste a visão social de que institucionalizar um idoso significa o desejo de “livrar-se dele”, considerando-se a família como a fonte obrigatória de cuidado primário, conceito este reforçado pelo Estado: no Estatuto do Idoso, a família é vista como a principal responsável pelo idoso (BRASIL, 2003). Diversos autores, entretanto, apontam a necessidade de implantar e/ou implementar estruturas de apoio eficazes para as famílias, para que possam cuidar adequadamente de seus membros (MINAYO; SOUZA; PAULA, 2010).

A recategorização de abandono, violência e negligência em Infringência ao Dever de Cuidar revelou 23% dos idosos com história de maus tratos. Este valor é muito superior àquele descrito para países desenvolvidos, nos quais os relatos citam a incidência de maus tratos no ambiente doméstico como ocorrendo em cerca de 4 a 6% dos casos (DIWAN; PERDUE, 2017), mas é importante considerar que a população de idosos institucionalizados constitui um grupo de maior vulnerabilidade, a ser considerado à parte. Valadares e Souza (2010) relatam que a maioria dos casos de violência contra idosos é perpetrada por familiares e a vítima frequentemente apresenta comprometimento mental, fator este que predispõe à institucionalização (LINI et al., 2015). Ao se analisar a institucionalização, estas situações de não cuidado por parte da família para com seus integrantes fazem da violência uma realidade a ser considerada (PERLINI; GIRARDON; FURINI, 2007).

Ao se avaliar a frequência das patologias mais prevalentes e/ou daquelas que implicavam em prejuízo cognitivo e/ou funcional, percebe-se que a hipertensão arterial era conhecida em 52% dos pacientes. Essa prevalência é inferior à descrita na literatura – estima-se que mais de 60% dos pacientes com mais de sessenta anos apresentem níveis tensionais elevados (CAMPANA et. al, 2016). Entretanto, dados da PNS 2013 apontam auto-relato de Hipertensão Arterial em 53% dos idosos entre 65 a 74 anos e 55% naqueles com mais de 75 anos. Uma provável explicação para este achado é a questão do sub-diagnóstico, tanto pelo

acesso precário à saúde de idosos que muitas vezes estão em situação de vulnerabilidade quanto em decorrência de outros fatores, como falhas de memória do idoso ou o desconhecimento do diagnóstico por parte do paciente e/ou de seus familiares (ZATTAR et al, 2013). Além disso, muitas admissões prévias à regulamentação das ILPI, iniciada a partir de 2001, não trazem registros das condições de saúde dos idosos.

Quanto ao diabetes, a prevalência encontrada (20,2%) à admissão está muito próxima daquela descrita para idosos com 65 a 74 anos, que é de 19,9%.

As neoplasias, responsáveis pela segunda maior causa de óbitos entre idosos (DATASUS, 2015) estavam presentes em 09 (9,2%) dos residentes com registros de patologias, quando de sua admissão à ILPI.

Quanto aos Gigantes Geriátricos, apenas para a Insuficiência familiar e a Incontinência Urinária (IU) encontrou-se registros formais nos prontuários. Ainda assim, apenas 52 (53%) dos 98 residentes com registros disponíveis tiveram relatada a presença de IU. Em relação à literatura, que estima a IU em cerca de 80% dos idosos institucionalizados (MARKLAND, 2011), esta prevalência é bem inferior, explicando-se pela falta de registros formalizados e/ou pelo não reconhecimento da incontinência urinária com um problema em pacientes idosos, o que pode levar a sub-registro da condição (BRITO e CALDAS, 2016).

Não havia dados suficientes que permitissem avaliar a ocorrência de Iatrogenia. Assim, avaliou-se a atenção farmacológica à admissão. Excluídos os 17 idosos para os quais não havia registros quanto ao uso de medicações, encontrou-se a presença de polifarmácia, definida como o uso de cinco ou mais medicações (GNJIDIC et al., 2012) em 39% dos casos. Esta frequência é semelhante à encontrada por Rozenfeld (2013), que descreve o uso de cinco ou mais medicações para 30 a 40% de idosos residentes na comunidade. Entretanto, Loyola Filho, Uchoa e Costa-Lima (2006) encontraram, na região metropolitana de Belo Horizonte, em um estudo que avaliou idosos residentes na comunidade, uma prevalência bem inferior de polifarmácia (14,3%), com o uso médio de 2,1 medicamentos por paciente – esta diferença reflete a maior fragilidade dos idosos encaminhados para institucionalização, sendo que a polifarmácia, em si, aumenta o risco de efeitos colaterais severos em idosos (LUCHETTI; NOVAES; LUCHETTI, 2016) e, conseqüentemente, torna-os ainda mais fragilizados e com maior potencial para institucionalização.

A avaliação qualitativa foi realizada para os 80 pacientes em uso de 1 ou mais medicações e nos quais havia registro de dados clínicos que permitissem o uso dos critérios de Beers (BEERS, 1997; AMERICAN GERIATRICS SOCIETY, 2015). O esquema medicamentoso à admissão, avaliado com base nos referidos critérios era potencialmente inadequado em 67 pacientes (84%), dado significativamente superior ao encontrado em estudo realizados com idosos de Minas Gerais por Martins et al (2015), que encontraram uso de medicamentos potencialmente inadequados pelos critérios de Beers em 43,8% dos idosos. Mais uma vez, tal achado provavelmente reflete as diferenças entre idosos encaminhados à institucionalização e aqueles que permanecem na comunidade – a prevalência de medicações potencialmente inapropriadas pelos critérios de Beers assemelha-se àquela encontrada por de Lima et. al (2017) para idosos institucionalizados (80%).

Com relação à insuficiência cognitiva, instabilidade e imobilidade, diante da incompletude e inespecificidade dos registros, optou-se por avaliar de maneira indireta a existência dos mesmos à admissão, porém não foi possível definir com segurança quais dos pacientes descritos como apresentando restrição de mobilidade na verdade eram portadores de instabilidade ou síndrome de imobilização, sendo estas condições avaliadas em conjunto, após recategorização das patologias prevalentes à admissão.

A taxa de 56% de disfunção cognitivo-comportamental na admissão, sendo 39% de quadros demenciais, está muito acima daquela referida para a população brasileira em geral, estimada entre 7,6 e 7,9% (BURLÁ et al, 2013). Entretanto, mostra similitude com os dados de Lini et al. (2016), que encontraram uma prevalência de demência de 32% em idosos institucionalizados no Rio Grande do Sul, por ser fator associado à institucionalização. Além disso, idosos em faixas etárias mais avançadas apresentam taxas de prevalência progressivamente maiores para quadros demenciais.

Vinte pacientes (27%) eram portadores de alterações psiquiátricas acometendo o humor: depressão foi relatada em 9 pacientes (9,5%) e esquizofrenia em 8 idosos (8%). Os dados para depressão são comparáveis àqueles descritos para a comunidade, onde a prevalência de depressão nos diversos estudos varia entre 4,8 e 14,6% (FRANK; RODRIGUES, 2016). Entretanto, estes mesmos autores descrevem que a prevalência em idosos institucionalizados é mais elevada, podendo alcançar 22% em estudos brasileiros.

Quanto à esquizofrenia, a prevalência acima dos 65 anos na comunidade é significativamente menor, estando em torno de 1,7% para homens e 2,3% para mulheres (FOX et al, 2017). Possivelmente, tal achado decorre do fato de que na verdade o diagnóstico de esquizofrenia nestes pacientes representasse alteração comportamental precoce de quadros demenciais (SPERANZA e MOSCI, 2016), bem como uma maior taxa de institucionalização destes pacientes, em comparação a idosos sem alterações comportamentais (DEL DUCA, 2012).

Acometimento do domínio motor foi considerado para os residentes com história prévia de instabilidade de marcha e/ou quedas de repetição, sequelas de patologias comprometendo funcionalidade de membros inferiores. Doença de Parkinson e restrição da mobilidade por outras patologias ocorreram em 50 residentes (67% dos 95 estudados). Considerou-se, como propõe LINI (2016) que a limitação motora influencia na institucionalização destes pacientes devido à dependência para Atividades de Vida Diária por eles apresentada. O valor encontrado por este autor para dependência de AVD como determinante de institucionalização foi de 75,9%, similar ao de outros estudos, como o realizado por Del Duca et. al. (2000), onde foi encontrado um percentual de 79,4%.

Para a Insuficiência Comunicativa, não havia quaisquer registros que possibilitassem uma adequada avaliação.

Os principais fatores de risco para institucionalização na população estudada relacionaram-se à falta de suporte familiar (notadamente a ausência de companheiro ou filhos), idade avançada, sexo feminino, ausência de escolaridade formal e, de forma ainda mais significativa, a presença de alterações cognitivas e perda de autonomia para as Atividades Básicas de Vida Diária, o que corrobora os dados da literatura (LINI, 2016; DEL DUCA, 2012).

6.1 AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE MORTE

ÓBITO

A maior mortalidade acima de 80 anos reflete a tendência de mortalidade no Brasil, que a partir de 2013 vem aumentando nessa faixa etária (CHAIMOWICZ, 2016). Em Belo Horizonte, observa-se que os óbitos de idosos acima de 80 anos equivalem a 48,7% do total de

óbitos ocorridos em pessoas acima de 60 anos (MINISTÉRIO DA SAÚDE/DATASUS, 2015). A diferença nas taxas, embora os dois grupos se encontrem em faixas etárias mais avançadas, próximas do limite da vida humana, explica-se pelo fato de que os residentes de ILPI estão em piores condições de saúde e com mais incapacidades cognitivas e/ou funcionais em relação aqueles que permaneceram na comunidade (LINI, 2016).

Comparativamente aos óbitos de idosos residentes na comunidade, observou-se, para a totalidade dos residentes, que os transtornos mentais e comportamentais (capítulo V da CID-10) foram a primeira causa de mortalidade nos institucionalizados (28% dos óbitos) ao passo que na população em geral estão em décimo primeiro lugar como causa de óbito (3%). A elevada proporção dessa causa de óbito reflete a alta prevalência de quadros demenciais na população institucionalizada em comparação à população em geral, achado também observado em outros estudos: Lini et al. (2014), em avaliação da prevalência de demências em idosos institucionalizados no Rio Grande do Sul, encontrou uma prevalência de 32%, muito acima dos valores previstos pela OMS para a população em geral, que estão em torno de 2 a 8% (WHO, 2012).

Há que se considerar também que, por se tratar de população vulnerável e com múltiplas comorbidades, a investigação de óbito em idosos deveria utilizar causas múltiplas e não apenas a causa básica da Declaração de Óbito. Ao se excluir patologias coexistentes e que contribuíram de forma expressiva não só para o óbito, mas também para a pior qualidade de vida destes cidadãos, o modelo de causa básica não nos permite uma adequada visão de seu processo de adoecimento e morte (SIVIERO; RODRIGUES; MACHADO, 2013).

A ausência de estudos disponíveis no Brasil especificamente sobre a causa de morte em idosos institucionalizados tornou-se evidente quando da revisão da literatura. Os resultados encontrados apontam para a necessidade de estudos adicionais a este respeito, uma vez que conhecer as principais causas de morbimortalidade em idosos institucionalizados, as quais não são semelhantes às da população residente na comunidade, poderá contribuir para que a atenção à saúde destes idosos possa ser melhor planejada, contemplando as necessidades específicas desta população (LINI, 2014).

PROCESSO DE MORTE E AVALIAÇÃO DO CUIDADO

O cuidado aos idosos necessita ser aprimorado. Na sociedade contemporânea, ainda ressoam as palavras de outras eras: “Todos os homens desejam alcançá-la [a velhice], mas ao ficarem velhos se lamentam” (CÍCERO, séc. I AC).

Muito contribui para este lamento o fato de que a velhice frequentemente se associa a estereótipos negativos: mau-humor, ineficiência, perda de autonomia, isolamento social, doença, incapacidade produtiva. Como reflete Beauvoir (1990), o indivíduo envelhecido é visto como condenado à obsolescência numa sociedade em constante dinamismo; é o “refugo” social, um marginalizado que não tem sua história de vida considerada.

Nesse contexto, não surpreende que na velhice a qualidade de vida e os cuidados prestados sejam inadequados. Os próprios idosos e seus familiares tendem a ignorar problemas de saúde, por considerarem que os mesmos são parte do envelhecimento normal. Muitos profissionais de saúde compartilham esta visão, atribuindo as alterações apresentadas pelos idosos ao processo natural de envelhecimento (PASCHOAL, 2016). Ademais o paradigma médico tradicional, centrado na doença e que procura explicar todo o quadro a partir de uma única patologia, é inadequado na abordagem de idosos (NEGRI et al, 2004). Pesquisas conduzidas nesse segmento etário tendem a ser pouco numerosas – considera-se erroneamente que as comorbidades e o uso de diversas medicações por estes pacientes interfeririam na metodologia dos estudos, sendo a faixa etária superior para inclusão nas pesquisas frequentemente mais baixa que o necessário (BAYER, 2017).

Por outro lado, a cultura médica moderna considera a cura e a prevenção de enfermidades como seus grandes objetivos; processos associados à não possibilidade de cura e à morte em geral são vistos como fracasso (SANTOS e MATTOS, 2011). Assim, os profissionais da saúde muitas vezes não estão adequadamente preparados para o cuidado de pacientes em fase terminal de vida, ora prestando uma assistência exagerada, ora insuficiente, mas que ignora o sofrimento e trata inadequadamente os sintomas.

Estes fatores levam a que cada vez mais pacientes idosos e portadores de síndromes incapacitantes diversas morram em situação de abandono ou em situações de sofrimento desnecessário (MATSUMOTO, 2012).

A análise dos prontuários de 104 residentes em ILPI que faleceram em 2016 sinaliza prováveis situações de sofrimento e inadequação dos cuidados no trimestre anterior ao óbito, de acordo com as diretrizes para cuidados paliativos em doentes terminais; para os idosos

falecidos por doenças agudas e por DANT em fase não terminal, também os registros de cuidados humanitários não paliativos (SANTOS, 2011) foram inapropriados.

Mortes por Doenças Terminais

A dispneia persistente foi o sintoma mais frequente e as medidas informadas foram insuficientes em 60% dos casos, sendo que o pilar do alívio sintomático para tais pacientes, a oxigenoterapia (MORRISON; MEIER, 2004) apenas foi administrado a 30% dos portadores de dispneia. Este sintoma compromete fortemente a qualidade de vida, sendo extremamente angustiante para o paciente e para aqueles que o assistem (CARVALHO ET AL, 2011). A ausência de medidas minimamente adequadas para controle dos sintomas marca o processo de morte destes pacientes com sofrimento e estresse desnecessários.

Observou-se dor persistente, superior a quinze dias, em metade dos idosos com doença terminal, sendo que o tratamento apenas foi adequado em dois deles, ambos portadores de quadros demenciais. A abordagem da dor foi insuficiente na grande maioria dos casos, incluídos aí cinco pacientes portadores de neoplasia em fase avançada. A dor, para o ser humano, segundo o conceito da Associação Internacional de Estudos da Dor (IASP) é uma “experiência sensorial e emocional desagradável, associada a dano real ou potencial, ou descrita em termos de tal dano”. Esta é uma experiência individual, não havendo como mensurá-la de forma objetiva; portanto, o paciente é o único habilitado a dizer de sua dor (ARANTES; MACIEL, 2008).

A dor em idosos institucionalizados tem prevalência mais elevada que a de idosos na comunidade, variando de 71 a 83% em alguns estudos (DELAROZZA, PIMENTA E MATSUO, 2007). Isso decorre não só da saúde mais fragilizada destes idosos, mas, como reafirma Kóvacs (2006), outros fatores como o desamparo e o isolamento contribuem para o aumento da dor. Ademais, muitos profissionais de saúde não estão preparados para uma adequada abordagem da dor. Estudos mostram que 40 a 80% dos residentes em ILPI com dor crônica se encontram submedicados (Ferrel, 1995; Bernabei et al., 1998). Embora evidências científicas sugiram que idosos têm um limiar de dor mais elevado, o que muitas vezes contribui para um atraso no diagnóstico de patologias graves, sua tolerância à ocorrência da mesma, está diminuída em relação a paciente mais jovens (CHIBA e ASHMAWI, 2016).

Mais do que a simples dor física, a concomitância de outros fatores como a ausência de suporte familiar e social e a baixa disponibilidade de apoio espiritual vivenciada pelos idosos institucionalizados remete ao conceito de dor total proposto por Cicely Saunders:

(...) Não precisamos de um melhor controle da dor, mas um melhor cuidado geral. As pessoas precisam de espaço para serem elas mesmas. Eu cunhei o termo “dor total” a partir do meu entendimento que as pessoas moribundas têm dor física, psicológica, social e espiritual, que devem ser tratadas (SAUNDERS, 1992, p.1)

Observa-se, assim, a baixa qualidade registrada da abordagem à dor – este foi um dos fatores que mais contribuíram para a categorização da “Má Morte” observada em grande parte da população estudada. Náuseas e vômitos acometeram 28% dos idosos em fase terminal. Tais sintomas acarretam importante desconforto e redução da qualidade de vida do paciente (CARVALHO, 2011); ainda assim, apenas 3% dos pacientes com este relato receberam tratamento antiemético.

Fadiga, referida como presente em 70 a 100% dos doentes terminais, apenas foi registrada nos prontuários de dois residentes (6%), sugerindo uma desvalorização da queixa, apesar de esta ser referida na literatura como altamente impactante sobre a qualidade de vida de pacientes terminais, muitas vezes superando sintomas como náuseas e dor (CARVALHO, 2012).

Os registros de outros sintomas também estavam ausentes ou eram infrequentes, o que reforça a hipótese de uma percepção subdimensionada quanto ao sofrimento destes pacientes. Um dos fatores para tal é a especificidade por eles apresentada do ponto de vista médico, o que muitas vezes mascara e atrasa a realização de diagnósticos e subsequente intervenção terapêutica (GORZONI e PASSARELI, 2016; PERMPONGKOSOL, 2011). Há ainda o paradigma médico contemporâneo, baseado em um tecnicismo que muitas vezes leva os profissionais a não perceberem a importância do cuidado (CAPONERO, 2006). Finalmente, o conceito de alteridade precisa ser evocado: segundo Beauvoir (2009), todas as culturas humanas possuem uma dualidade expressa nas figuras do Mesmo e do Outro. Sobretudo quando reflete aquilo que podemos vir a nos tornar, o Outro é uma ameaça, portanto pode ser recusada verbalmente e na forma como lidamos com ele (BEUAUVOIR, 1990). Não é surpresa que

aqueles que convivem com o velho ou o moribundo muitas vezes ignorem sua dor e sofrimento, na tentativa de rechaçar a identificação. Tolstoi (2010) já colocava na boca de um dos seus personagens esse distanciamento do Eu: “foi ele quem morreu e não eu (...) Comigo vai ser diferente – eu estou vivo”. Negar o sofrimento do outro é negar a possibilidade do próprio sofrimento. Outro importante fator a ser considerado é o fato de que o pensamento paliativo é relativamente recente em nosso meio – a primeira iniciativa de que se tem notícia data de 1983 e, apesar de inegáveis avanços ocorridos nos últimos anos, o Brasil ainda é qualificado no nível 3a pela Organização Mundial de Saúde, situando-se entre os países em que a disponibilidade de cuidados paliativos é ainda isolada (WHO, 2014).

Finalmente, influi na insuficiência do cuidado a posição ainda pouco definida sobre o que na verdade é uma ILPI: tais instituições têm sua origem ligada aos asilos, locais de abrigo dos pobres e miseráveis e ainda falta compreensão em relação a seu papel na atualidade: embora seja um lar, é caracterizado pela legislação como equipamento de Assistência Social (CAMARANO e KANSO, 2010) e é também um local de atenção à saúde, face à vulnerabilidade de seus residentes, portadores de doenças graves ou em fase terminal, que necessitam de atendimento especializado ou cuidados paliativos (BORN e BOECHAT, 2016). Lini et al. (2015) apontam a distância entre a regulamentação técnica e legal das ILPI e as atividades ali desenvolvidas. Com frequência a atenção médica é deficiente e os cuidados são prestados por profissionais sem capacitação adequada. Embora as ILPI estejam situadas na área de abrangência das Estratégias de Saúde da Família, o sistema muitas vezes ignora os idosos institucionalizados, privatizando o cuidado e transferindo para as instituições – em grande parte carentes de recursos financeiros - a responsabilidade pelo cuidado dos internos, contribuindo para a baixa qualidade do cuidado percebida.

Segundo Kübbler-Ross (2014), a proximidade da morte traz à tona sentimentos conflitivos entre o moribundo e seus familiares e amigos, sendo o processo de morte um momento para se trabalhar a culpa e o perdão e para o resgate de relações. O reduzido número de visitas de familiares ou de amigos nos três meses precedentes ao óbito sugere que a perda de vínculos que levou à institucionalização ou que ocorreu em decorrência desta interferem neste processo de elaboração da morte, confirmando o postulado de Cherix e Kóvacs (2012), em seu estudo sobre a morte em ILPI: “É possível pensar numa ‘morte civil’ ligada às perdas dos direitos e da cidadania, à ruptura dos laços familiares, de trabalho, amigos, cultura e privacidade”.

Quanto aos demais residentes, que constituíam o entorno social destes idosos em seus momentos finais, não havia registros sobre eventuais alterações em suas relações com os idosos próximos da morte. A grande maioria das instituições não possui alojamento especial para idosos terminais e as poucas transferências (14%) de idosos terminais para enfermarias de dependentes objetivavam prioritariamente a otimização do cuidado técnico e em nenhuma das instituições o suporte familiar, social ou espiritual se diferenciava daquele fornecido aos demais residentes.

Em algumas instituições, os gestores informaram que se evitava deliberadamente este tipo de diferenciação para não “assustar” os demais residentes. Essa prática confirma o relato de Chérix e Kóvacs (2012) sobre a ausência de rituais de passagem e de espaço para a elaboração dos lutos, bem como a tentativa feita por algumas ILPI para esconder a morte, visando evitar o “contágio” dos demais moradores, lembrando-os de que também morrerão. Isso reflete o padrão sociocultural vigente nas sociedades ocidentais: a morte vista como feia, indesejável, vergonhosa (KÜBLER-ROSS, 2014).

Embora as instituições estudadas relatem a presença regular de pelo menos um ministro religioso, não foi possível mensurar qual o acesso dos residentes a algum tipo de cuidado espiritual individual.

A própria falta de registro a este respeito sugere não ser este um aspecto suficientemente valorizado no cuidado dos pacientes institucionalizados.

Assim, aspectos importantes da vida e, conseqüentemente, do processo de morte se mostraram comprometidos nos pacientes estudados e podem ter contribuído para a ocorrência da dor total (SAUNDERS, 1992) e o achado da “Má Morte” (cacotanásia e distanásia) como provável marcador do processo de finitude em 92% dos óbitos de paciente terminais

Mortes por complicações de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT)

Na avaliação de pacientes com Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT), a diretriz utilizada foi a da adequação dos cuidados humanitários, sem o enfoque paliativo adotado para os portadores de doença terminal. Os cuidados humanitários também contemplam aspectos que vão além da mera adequação técnica, implicando em abordagens de outras esferas

necessárias a uma adequada qualidade de vida: não só os aspectos físicos, mas a atenção psíquica, social e espiritual devem ser consideradas (SANTOS, 2011).

Considerando-se os registros disponíveis, a ocorrência de mistanásia foi significativa (42%). A mistanásia, segundo Ricci (2017) origina-se de fatores ético-sociais, não sendo natural, mas provocada pela estrutura social. É a morte do pobre, resultado de uma vida precária e decorrente de abandono, omissão ou negligência social, impedindo o bem-viver: para se morrer com dignidade, há que nascer e viver de forma digna.

Repercutindo a “morte civil” citada por Chérix e Kóvak (2012), observou-se que os idosos estudados com frequência tiveram baixo acesso aos serviços de saúde. A existência de ideias pré-concebidas por parte do próprio idoso e de seus cuidadores, que tendem a atribuir as queixas do idoso ao envelhecimento *per se*, no errôneo discurso “velho é assim mesmo” (PASCHOAL, 2016) é um dos fatores implicados, retardando a busca por atendimento médico em fases mais precoces das patologias.

Há que se considerar também a dificuldade de acesso aos serviços de saúde. Dos 104 residentes estudados, a maioria dependia exclusivamente do Sistema Único de Saúde – SUS, refletindo as características socioeconômicas desfavoráveis dos assistidos pelas ILPI conveniadas à SMAAS-PBH. Em um estudo sobre acesso de idosos a serviços de saúde (LOUVISON et al., 2008) observou-se que quantitativamente o uso dos aparatos de saúde é maior na população idosa com maior renda, maior escolaridade, menor idade e que apresenta melhor situação de saúde, frequentemente estando adscrita à saúde suplementar. Embora qualitativamente não existam estudos que apontem para diferenças entre o sistema público e privado de saúde, o acesso a serviços de saúde depende da capacidade do idoso de procurar atendimento e relaciona-se diretamente não só à posse de seguro saúde, mas também à renda e ao nível de escolaridade. Louvison et al. (2008) observaram que o acesso aos níveis primários de atenção era menor em idosos atendidos exclusivamente pelo SUS, sendo os mesmos atendidos predominantemente em hospitais. Isso corrobora o fato de que a preocupação muitas vezes se volta para complicações agudas de patologias, frequentemente diagnosticada em fases mais tardias, mais que para a promoção de saúde e prevenção de agravos – a manifestação geriátrica das patologias não se apresenta como risco de vida iminente, mas resulta em importante comprometimento da qualidade de vida e em maior mortalidade (GORZONI E PASSARELI, 2016).

Também há que se lidar com as dificuldades qualitativas da assistência. Há despreparo de muitos profissionais da saúde para lidar com idosos, o que termina por levar a sub-diagnósticos e, conseqüentemente, à omissão terapêutica (GORZONI e PASSARELI, 2016). Segundo Permpongkosol (2011), a perda de habilidade do organismo idoso – em função das reservas orgânicas comprometidas – de responder às doenças de forma tradicional, faz com que muitas vezes os sintomas sejam atípicos ou silenciosos e por isso de mais difícil detecção pelo idoso, seus cuidadores e por profissionais de saúde. Ademais, muitas vezes observa-se por parte do Sistema de Saúde a transferência da responsabilidade pelo cuidado dos internos para as ILPI (LINI, 2015), as quais lutam com dificuldades financeiras e com a pouca capacitação dos profissionais envolvidos no cuidado.

Considerando-se estes fatores, que apontam para uma baixa qualidade da atenção primária prestada a estes idosos e, conseqüentemente, ações e promoção da saúde insuficientes e/ou inadequadas, não é surpresa que quase metade dos processos de morte nos idosos portadores de DANT possa ter transcorrido na forma da “Má Morte”, pela ocorrência de complicações agudas e potencialmente evitáveis da doença de base. O achado de termos vagos (“desconhecida”, “ignorada”, “indeterminada”, “falência de múltiplos órgãos) como causa do óbito pode apontar dificuldade de acesso à assistência médica e de diagnóstico. (REBOUÇAS E PEREIRA, 2008; CHAIMOWICZ, 2016).

Mortes por doenças agudas e causas externas

Em idosos falecidos por causas agudas, registrou-se a presença de mistanásia. Os mesmos fatores já citados para as complicações de DANT – acesso insuficiente ou inadequado a cuidados de saúde, apresentação atípica de patologias em idades mais avançadas e a elevada frequência de patologias que cursam com disfagia (demências, Doença de Parkinson) que com frequência levam a pneumonias aspirativas, a segunda causa terminal de óbito em pacientes acima dos 80 anos (CHAIMOWICZ, 2016)

O baixo percentual de causas externas (11%) identificado no estudo confirma a subnotificação relatada para o Brasil por de Lima e Alves (2016), não obstante a constante melhoria observada nos sistemas de registro. Outra possibilidade, segundo o mesmo autor, é a deliberada omissão da informação evitando a obrigatoriedade do envio ao IML. Verificou-se

que em casos que o idoso sofreu quedas, as causas terminais de morte foram atribuídas a patologias agudas, como sepse e pneumonia ou referidas como indeterminadas e as causas básicas referiam-se a patologias crônicas, como AVC hemorrágico (não traumático), demência e DPOC.

De fato, na avaliação dos 104 óbitos, encontrou-se uma baixa prevalência de quedas no ano anterior em relação aos dados da literatura. Paixão Jr. e Heckman (2016) descrevem estar o risco de cair para idosos institucionalizados em torno de 50%, com uma prevalência de 38% de quedas.

O registro das quedas variou entre as ILPI, sendo que em apenas oito instituições encontrou-se notificação de quedas no ano anterior ao óbito, variando entre um a três episódios. Assim, a possibilidade de subnotificação e/ou omissão deliberada do dado aventadas por de Lima e Alves (2016) pode ser real.

A maioria dos residentes estudados (59,6%) não teve, em seus registros, sinais que apontassem para um processo de “Boa Morte”, enfrentando dor e sofrimento físico, abandono por familiares e amigos e sem que o suporte espiritual oferecido fosse suficiente do ponto de vista individual (RICCI, 2017; PESSINI, 2009). Frequentemente, à indiferença ou à insuficiente percepção de seu sofrimento por parte dos cuidadores (TEIXEIRA, 2009), associam-se o despreparo e o precário acesso a medidas adequadas de cuidado (GORZONI E PASSARELI, 2006). No caso de pacientes terminais, a obstinação terapêutica, inclusive com internações em unidades de terapia intensiva, visando “manter a vida” a todo custo, pode acarretar sofrimento evitável e prolongado nos momentos finais da vida (PESSINI, 2009).

Em algumas instituições, o responsável técnico ou o gestor informou que a postura da ILPI era encaminhar todo e qualquer residente que estivesse próximo da morte, mesmo que estivessem em fase terminal, a serviços de urgência ou, preferencialmente, internação hospitalar, “para que não morressem na casa”. As justificativas para esta atitude variaram: “não assustar os demais residentes”; “dificuldades para conseguir um médico que atestasse o óbito”; “transtornos provocados pela permanência do corpo no lar até que a remoção fosse possível” e “medo de serem acusados de negligência” foram as mais comuns. Em outras instituições, observou-se a atitude oposta, com forte determinação em manter o residente sob os cuidados da instituição, mesmo em casos que necessitariam de atenção em instituições de saúde.

Também se detectou casos de óbito por negligência, como a ocorrência de traumas decorrentes de acomodação do idoso de forma inadequada a sua condição física ou o desenvolvimento de úlceras de pressão em pacientes restritos ao leito.

Deve-se salientar, entretanto que estas conclusões devem ser consideradas com reserva por terem sido usados dados secundários, menos confiáveis em função de registro e de coleta, bem como por sua heterogeneidade. Portanto, são válidas se os registros dos prontuários realmente refletiram a realidade vivida por estes idosos. É frequente a adoção de medidas por profissionais de saúde sem que se tenha o cuidado de registrá-las; no caso das ILPI, outro complicador é o fato de que parte dos pacientes é atendida em instâncias de saúde formais, que não registram os procedimentos adotados no prontuário do idoso.

Pode-se considerar que a “Boa Morte” tenha ocorrido em apenas 24% dos pacientes, aos quais foi garantido acesso a cuidados de saúde apropriados quando da ocorrência de doenças agudas ou complicações de DANT que sobrevieram apesar da adequação do tratamento instituído quando ainda na ILPI.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Estes dados trazem à luz a questão do envelhecimento e da morte como inerentes ao ser humano – essencialmente ligadas à vida, tal como o nascimento e o ser.

Na experiência pessoal da autora, tanto em sua prática profissional como médica e professora, quanto em sua vida pessoal, os achados da literatura sobre a dificuldade humana em lidar adequadamente com o envelhecimento e a morte têm sido confirmados. Ainda consideramos que envelhecer é penetrar numa fase de abandono e miséria, limitações e sofrimento. Quanto à morte, é vista como fracasso e derrota, algo a ser escondido, como se sua inevitabilidade pudesse assim ser negada.

Entretanto, ao voltarmos as costas a tais realidades, contribuímos para reforçar a mística pessimista que insiste em perpassá-las. Como profissionais do cuidado, essa omissão não nos é permitida; não temos o direito de aceitá-lo e é nosso dever fazer todo o possível para honrar a escolha que fizemos ao decidir participar das dores e alegrias de outros seres humanos, em função de nossa trajetória profissional.

Uma das propostas que nasceram deste estudo é que se padronize os prontuários institucionais, uma vez que o sub-registro é uma constante no Brasil. Também é de suma importância que, ao serem atendidos em estabelecimentos de saúde que não as ILPI, os registros das condutas adotadas sejam feitos no prontuário institucional do idoso ou que pelo menos se anexe a ele fotocópias dos registros realizados extramuros. Embora as ILPI não sejam caracterizadas legalmente como estabelecimentos de saúde, constituem a principal – se não a única – fonte de cuidado para a maioria dos idosos residentes, em grande parte fragilizados, portadores de múltiplas patologias e em uso de diversas medicações.

O correto preenchimento das Declarações de Óbito permitiria conhecer a real morbimortalidade dos idosos e conseqüentemente implementar programas eficazes de cuidado e organizar infraestrutura de apoio às instituições.

Estudos adicionais sobre a qualidade da morte nos idosos institucionalizados devem ser realizados, permitindo uma maior compreensão do processo e o desenvolvimento de estratégias que auxiliem nossos idosos a alcançarem uma terminalidade digna. Os relatos na literatura quanto às repercussões das mortes ocorridas em ILPI sobre os demais residentes e a equipe técnica são ainda escassos e faz-se mister um olhar diferenciado também sobre esse aspecto de seu cotidiano, que não apenas influencia a maneira de se lidar com a morte mas é

simultaneamente impactado pelos óbitos que aí ocorrem. É necessário que se supere o tabu que ronda a morte, sensibilizando e capacitando os profissionais envolvidos no cuidado do idoso para que possam lidar melhor com tema tão controverso, mas ainda assim tão pertinente.

E o processo de morrer, se realmente compreendido como parte da vida, poderá ser vivido de forma serena, como propõe Tolstoi (1886) em seu clássico *A Morte de Ivan Ilitch*: “Não havia medo, porque também não havia morte. Em seu lugar, havia luz”.

8 REFERÊNCIAS

ADORNO, R.C.F. **Um olhar sobre os jovens e sua vulnerabilidade social**. São Paulo: AAPCS, 2001, p.11

AMERICAN GERIATRICS SOCIETY. AGS 2015 Beers Criteria Update Expert Panel: AGS 2015 updated Beers Criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. *J Am Geriatr Soc.*, New York, v. 53, n. 11, p. 2227-46. nov. 2015. Disponível em: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=pubmed&dopt=Abstract&list_uids=26446832 Acesso em 18 mar. 2016

ARANTES, A.C.L.Q.; MACIEL, M.G.S. Avaliação e tratamento da dor. In: Conselho Regional de Medicina do estado de São Paulo/ Grupo de Trabalho em Cuidados Paliativos do Cremesp. **Cuidado Paliativo / CREMESP**. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008. p. 370-391

ARIÈS, Philippe. **História da Morte no Ocidente**. Rio de Janeiro: Ediouro, 2003, 316 p.

_____. **O Homem diante da Morte**. São Paulo: Editora UNESP, 2014, 838 p.

BAYER, A. Methodologic Challenges of Research in Older People. In: Fillit, H. M.; Rockwood, K. ; Young, j. (Eds) **Brocklehurst's Textbook of Geriatric Medicine and Gerontology**. 8 ed. Philadelphia: Elsevier, 2017. p. 27-34.e2

BEAUVOIR, S. **A Velhice**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990, 711 p.

_____. **O Segundo Sexo**, 2 ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2009, 936 p.

BEERS, M.H. Explicit criteria for determining potentially inappropriate medication use by the elderly. *Arch Intern Med*, v. 157, n. 14, p. 1531–1536. jul. 1997

BERNABEI, R et al. Management of pain in elderly patients with cancer. SAGE Study Group (Systematic Assessment of Geriatric Drug Use via Epidemiology). *JAMA*. v. 279, p. 1877-82. 1998

BORN, T.; BOECHAT, N.S. Qualidade dos cuidados ao idosos institucionalizado. In: Freitas, E.V.; Py, L. (Eds.) **Tratado de Geriatria e Gerontologia**, 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. p. 1301-1306.

BRASIL. Lei nº 6015 de 31 de dezembro de 1973. Dispõe sobre os registros públicos, e dá outras providências. Brasília: DF, dezembro de 1973.

BRASIL. Lei nº 8842 de 04 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Brasília: DF, janeiro de 1994.

_____. Lei nº 1074 de 1.º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília: DF, outubro de 2003.

_____. Lei nº 6.015, DE 31 DE DEZEMBRO DE 1973. Dispõe sobre os registros públicos, e dá outras providências.. Brasília: DF, dezembro de 2003.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa – PNSI. Brasília: DF, outubro de 2006

_____. Ministério da Saúde. A declaração de óbito: documento necessário e importante / Ministério da Saúde, Conselho Federal de Medicina – Brasília: DF, 2006. 40 f.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Datasus. Disponível em: www.datasus.gov.br. Acesso em 21 maio de 2017.

BRITO, A.C.; CALDAS, G.H.O. Incontinência Urinária. In: Freitas, E.V.; Py, L. (Eds.) **Tratado de Geriatria e Gerontologia**, 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. p. 787-797.

BURLÁ, C. et al. Panorama prospectivo das demências no Brasil: um enfoque demográfico *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 18, n. 10., p. 2949-2956, 2013

CAMARA et al. Capacidade funcional do idoso: formas de avaliação e tendências. *Acta Fisiatr São Paulo*, v. 15, n. 4. p. 249-256. 2008

CAMARANO, A.A. et al. As Instituições de Longa Permanência para Idosos no Brasil. In: Encontro Nacional de Estudos Populacionais, 17, 2016, Caxambu, Minas Gerais. **Anais...** Belo Horizonte: Abep, 2016. p. 1-17.

CAMARANO, A.A.; KANSO, S. Envelhecimento da População Brasileira: uma contribuição demográfica. In: Freitas, E.V.; Py, L. (Eds.) **Tratado de Geriatria e Gerontologia**, 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. p. 52-65.

_____. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. *R. bras. Est. Pop.*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 233-235 jan./jun. 2010

CAMARGOS, M.C.S., Instituições de longa permanência para idosos: um estudo sobre a necessidade de vagas. *R. bras. Est. Pop.*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, p. 211-217, jul./dez. 2014

CAMPANA et. al. Hipertensão Arterial no Idoso. In: In: Freitas, E.V.; Py, L. (Eds.) **Tratado de Geriatria e Gerontologia**, 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. p. 507-521

CAPONERO, R. A evolução do movimento *Hospice*. In: Pimenta, C.A.M; Mota, D.D.C.F; da CRUZ, D.A.L.M. (org.) **Dor e Cuidados Paliativos**. Barueri: Editora Manole Ltda., 2006. p. 1-15

CAPUTO, R.S. O homem e suas representações sobre a morte e o morrer: um percurso Histórico. *Revista multidisciplinar da UNIESP – Saber Acadêmico*, Presidente Prudente – periódico eletrônico. n. 6 , dez/2008. Disponível em:

<http://www.uniesp.provisorio.ws/revista/revista6/pdf/8.pdf> Acesso em 28 mar. 2017

CARVALHO, A.G.P. Alívio de Sintomas. In: Santos, F.S. (ed.) **Cuidados Paliativos – Diretrizes, Humanização e Alívio de Sintomas**. São Paulo: Atheneu Editora, 2011. p. 331-374

CARVALHO, A.L.O.; ISSA, V.; LOPES, N. Cuidados paliativos na insuficiência cardíaca. In: Santos, F.S. (ed.) **Cuidados Paliativos – Diretrizes, Humanização e Alívio de Sintomas**. São Paulo: Atheneu Editora, 2011. p. 517-527

CHAIMOWICZ, F. Epidemiologia do envelhecimento no Brasil. In: Freitas, E.V.; Py, L. (Eds.) **Tratado de Geriatria e Gerontologia**, 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. p. 66-78.

CHERIX, K.; KOVÁCS, M.J. A questão da morte nas Instituições de Longa Permanência para Idosos. *Revista Temática Kairós Gerontologia*, São Paulo, v. 15, n. 4, p. 175-184, ag. 2012

CHIBA, T.; ASHMAWI, A. Diagnóstico e tratamento da dor. In: Freitas, E.V.; Py, L. (Eds.) **Tratado de Geriatria e Gerontologia**, 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. p. 1186-1197.

CHRISTOPHE, M. *Instituições de Longa Permanência para Idosos no Brasil: uma opção de cuidados de longa duração?* 2009. 163 f. Dissertação (Mestrado em Estudos Populacionais e Pesquisas Sociais) – Escola Nacional de Ciências Estatísticas, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Rio de Janeiro. 2009

CÍCERO, M.T., **Saber Envelhecer**. [livro digital] Porto Alegre: L&PM Editores, 2007. e-book para Kindle Leitor Digital. 125 p.

COHEN, S.P.; RAJA, S.N. Pain. In: Goldman, L.; Schafer, A.I. (ed) **Goldman-Cecil Medicine**, 25 ed. New Yor: Elsevier Saunders, 2016. p. 133-143.e2

COSTA, M.C.N.S.; MERCADANTE, E.F. O Idoso residente em ILPI (Instituição de Longa Permanência do Idoso) e o que isso representa para o sujeito idoso. *Revista Temática Kairós Gerontologia*, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 209-222, mar. 2013

DEL DUCA, G.F. et al. Indicadores da institucionalização de idosos: estudo de casos e controles. *Rev Saúde Pública*, São Paulo, vol. 46, n 1, p. 147-53, 2012

DELLAROZA, M.S.G; PIMENTA, C.A.M.; MATSUO, T. Prevalência e caracterização da dor crônica em idosos não institucionalizados. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n.5, p. 1151-1160, mai. 2007

DICIONÁRIO Priberam da Língua Portuguesa [on line]. Editora Priberam. 2008-2013. Disponível em <http://www.priberam.pt/DLPO/velhice> . Acesso em 15 de maio de 2016

DIWAN.S.; PERDUE, M.S. Social Assessment of Older Patients. In: Fillit, H. M.; Rockwood, K. ; Young, j. (Eds) **Brocklehurst's Textbook of Geriatric Medicine and Gerontology. 8 ed.** Philadelphia: Elsevier, 2017. p. 226-231.e2

FERRELL, B.A. Pain evaluation and management in the nursing home. *Ann Intern Med.* v. 123, p. 681-7. 1995

FERRIOLI, E.; MORIGUTI, J.C.; FORMIGHIERI, P.F. Idoso Frágil. In: Freitas, E.V.; Py, L. (Eds.) **Tratado de Geriatria e Gerontologia**, 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. p. 996-1001.

FRANK, M.H.; RODRIGUES, N.L. Depressão, ansiedade, outros transtornos afetivos e suicídio. In: Freitas, E.V.; Py, L. (Eds.) **Tratado de Geriatria e Gerontologia**, 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. p. 391-403.

FREITAS, E.V.; BAHIA, L. Diabetes mellito. In: Freitas, E.V.; Py, L. (Eds.) **Tratado de Geriatria e Gerontologia**, 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. p. 845-859.

_____. COSTA, E.F.A.; GALERA, S.C. Avaliação Geriátrica Ampla. In: Freitas, E.V.; Py, L. (Eds.) **Tratado de Geriatria e Gerontologia**, 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. p. 152- 167.

FREITAS, L.V. O ser humano: entre a vida e a morte: Visão da Psicologia Analítica. In: Kovács, M.J. (Org.) **Morte e desenvolvimento humano**, São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992. p.111-141

FOX et al. Mental Illness in Older Adults. In: Fillit, H. M.; Rockwood, K. ; Young, j. (Eds) **Brocklehurst's Textbook of Geriatric Medicine and Gerontology. 8 ed.** Philadelphia: Elsevier, 2017. p. 433-444.e4

FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (UNFPA) - HELPAGE INTERNATIONAL. **Resumo Executivo. Envelhecimento no Século XXI: celebração e desafio.** Londres: Fundo de População Das Nações Unidas (UNFPA) - 2012. Disponível em: www.unfpa.org.br/sumario%20envelhecimento%20sec%20xx.pdf . Acesso em: 21 maio 2016

GNJIDIC, D. Polypharmacy cutoff and outcomes: five or more medicines were used to identify community-dwelling older men at risk of different adverse outcomes. *Journal of Clinical Epidemiology*. V. 65, p. 989-95. 2012

GORZONI, M.L.; PASSARELLI, M.C.G. Farmacologia e terapêutica. In: Freitas, E.V.; Py, L. (Eds.) **Tratado de Geriatria e Gerontologia**, 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. p.1015-1023

GUIMARÃES, R.M. Os Compromissos da Geriatria in: Guimarães, R.M.; Cunha, U.G.V. **Sinais e Sintomas em Geriatria**, São Paulo: Editora Atheneu, 2004

KOVÁCS, M.J. A caminho da morte com dignidade no século XXI. *Rev. bioét.* V. 22, n.1, p. 94-104. 2014

KÜBLER-ROSS, E., **On death and dying** [livro digital]. New York: Simon & Schuster, Inc., 2014. e-book para Kindle Leitor Digital.

LAURENTI, R.; JORGE, M.H.P.M.; GOTLIEB, S. L. D. Informação em mortalidade: o uso das regras internacionais para a seleção da causa básica. *Rev Bras Epidemiol.*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 195-203. 2009

LEDUC, M.M.S.; LEDUC, V.R.; SUGUINO, M.M. Imobilidade e Síndrome da Imobilização. In: Freitas, E.V.; Py, L. (Eds.) **Tratado de Geriatria e Gerontologia**, 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. p. 1068-1077.

de LIMA, E. E. C.; ALVES, L. C. A evolução da omissão de mortes por acidentes e violência no Brasil: uma análise espacial da associação entre mortes por causas externas e mal definidas. In: Encontro Nacional de Estudos Populacionais, 19, 2014, São Pedro, São Paulo. **Anais...** São Paulo: ABEP, 2014. p.1-3

de LIMA, T.J.V. Reações adversas a medicamentos entre idosos institucionalizados: prevalência e fatores associados. *Arch Health Invest*, v. 6, n. 3, p. 129-135. 2017

LINI, E.V.; PORTELA, M.R.; DORING, M. Fatores associados à institucionalização de idosos: estudo caso-controle. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p.1004-1014. 2016

_____. et al. Instituições de longa permanência para idosos: da legislação às Necessidades. *Rev Rene.*, Passo Fundo, v. 16, n. 2, p. 284-93. Mar./abr. 2015

- LINI, E.V. . et al. Idosos institucionalizados: prevalência de demências, características demográficas, clínicas e motivos da institucionalização. *RBCEH, Passo Fundo*, v. 11, n. 3, p. 267-275, set./dez. 2014
- LOUVISON, M.C.P. et al. Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos do município de São Paulo. *Rev Saúde Pública, São Paulo*, vol. 42, n 4, p. 733-40
- LOYOLA FILHO, A.I.; UCHOA, E.; LIMA-COSTA, M.F. Estudo epidemiológico de base populacional sobre uso de medicamentos entre idosos na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro*, v. 22, n.12, p. 2657-2667, dez. 2006
- LUCHETTI, G.; NOVAES, P.H.; LUCCHETTI, A.L.G. Polifarmácia e Adequação do uso de medicamentos. In: Freitas, E.V.; Py, L. (Eds.) **Tratado de Geriatria e Gerontologia**, 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. p.1024-1030
- MARINHO, L.M. et al. Grau de dependência de idosos residentes em instituições de longa permanência. *Rev Gaúcha Enferm. Porto Alegre*, v. 34, 1, p. 104-110. 2013
- MARKLAND ET AL. Incontinence. *Med Clin North Am.* V. 95, n. 3, p. 539-54. 2011
- MARTÍNEZ-VELILLA, N.; CAMBRA-CONTIN, K.; IBÁÑEZ-BEROIZ, B. Comorbidity and prognostic indices do not improve the 5-year mortality prediction of components of comprehensive geriatric assessment in hospitalized older patients. *BMC Geriatrics*, v. 14, n.64. p. 1-6, 2014. [periódico eletrônico] disponível em <http://www.biomedcentral.com/1471-2318/14/64>
- MARTINS, G.A. et al. Uso de medicamentos potencialmente inadequados entre idosos do Município de Viçosa, Minas Gerais, Brasil: um inquérito de base populacional. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro*, v. 31, n. 11, p. 2401-2412, nov. 2015
- MATSUMOTO, D.Y. Cuidados Paliativos: conceitos, fundamentos e princípios. In: Carvalho, R.T.; Parsons, H.A. (org.) **Manual de Cuidados Paliativos ANCP**, 2 ed., São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2012. p. 23-31
- MINAYO, M.C.S.; SOUZA, E.R.; PAULA, D. R. Revisão sistemática da produção acadêmica brasileira sobre causas externas e violências contra a pessoa idosa. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, n. 6., p-2719-2728, 2010
- MORAES, E.N.; MARINO, M.C.A.; SANTOS, R.R. Principais síndromes geriátricas. *Rev. Med. Minas Gerais, Belo Horizonte*, v. 20, n. 1, p. 54-66. 2010

MOREIRA, V.G. Biologia do Envelhecimento. In: Freitas, E.V.; Py, L. (Eds.) **Tratado de Geriatria e Gerontologia**, 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. p. 14-27.

MORRISON, R.S.; MEIER, D.E. Palliative Care. *N Engl J Med*. v. 350, p. 2582-90. 2004

NEGRI, L.S.A. et al. Aplicação de um instrumento para detecção precoce e previsibilidade de agravos na população idosa. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 9, n. 4., p. 1033-1046, 2004

NERI, A.L. Velhice e qualidade de Vida na mulher. In: Neri A.L. (org.) **Desenvolvimento e Envelhecimento. Perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas**. Campinas: Papirus, 2001. p. 161-200

NETTO, M.P. O estudo da Velhice: Histórico, Definição do Campo e Termos Básicos. In: Freitas, E.V.; Py, L. (Eds.) **Tratado de Geriatria e Gerontologia**, 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. p. 03-13.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Plano internacional para o envelhecimento**. Madri: Organização das Nações Unidas (ONU), 2012. Disponível em: http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_manual/5.pdf Acesso em: 21 maio 2016.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAUDE (OPAS). **Demografia e Saúde Contribuição para Análise de Situação e Tendências**. Brasília: Organização Panamericana de Saúde (OPAS), 2009. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/demografia_saude_contribuicao_tendencias.pdf Acesso em: 21 de maio de 2016.

PAIXÃO Jr., C.M.; Heckman, M.F., Distúrbios de Postura, marcha e quedas. In: Freitas, E.V.; Py, L. (Eds.) **Tratado de Geriatria e Gerontologia**, 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. p. 1031-1043

PASCHOAL, S.M.P. Qualidade de vida na Velhice. In: Freitas, E.V.; Py, L. (Eds.) **Tratado de Geriatria e Gerontologia**, 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. p. 79-86.

PERLINI, N. M. O.; GIRARDON, M. T. L.; FURINI, A. C. Em busca de uma instituição para a pessoa idosa morar: motivos apontados por familiares. *Rev Esc Enferm USP*, São Paulo, v. 41, n. 2, p. 229-36. 2007

PERMPONGKOSOL, S. Iatrogenic disease in the elderly: risk factors, consequences, and prevention. *Clinical Interventions in Aging* v. 6, p. 77-82. 2011

PESSINI, L. Distanásia: Rev. Bioét. Conselho Federal de Medicina. Brasília, vol. 04, no. 1, 2009. Disponível em http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/394 Acesso em 15 mai. de 2016

REBOUÇAS, M.; PEREIRA, M.G. Indicadores de saúde para idosos: comparação entre o Brasil e os Estados Unidos. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health*, v. 23, n. 4, 2008.

RICCI, L. A. L., A morte social: mistanásia e bioética [livro digital]. São Paulo: Paulus, 2017 e-book para Kindle Leitor Digital (coleção Ethos)

ROZENFELD; S. Prevalência, fatores associados e mau uso de medicamentos entre os idosos: uma revisão/Prevalence, associated factors, and misuse of medication in the elderly: a review. *Cad Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 717-24. 2013

SANTOS, E.C.; MATTOS, L.F.C. Os Cuidados Paliativos e a Medicina de Saúde e Comunidade. In: Santos, F.S. (ed.) **Cuidados Paliativos – Diretrizes, Humanização e Alívio de Sintomas**. São Paulo: Atheneu Editora, 2011. P. 17-24

SANTOS, F.S, **Cuidados Paliativos – Diretrizes, Humanização e Alívio de Sintomas**. São Paulo: Atheneu Editora, 2011. 654 p.

_____. **Cuidados Paliativos – Discutindo a Vida, a Morte e o Morrer**. São Paulo: Atheneu Editora, 2009. 447 p.

SANTOS, F.S, Perspectivas Histórico-culturais da Morte. In: Santos, F.S.. (Ed.) **Tratado Brasileiro sobre Perdas e Luto**. São Paulo: Atheneu Editora, 2014. p. 3-11

SAUNDERS, C. **Beyond the horizon- a search for meaning in suffering**. London: Darton, Longman and Todd. Ltd. 1992

SIVIERO, P.; RODRIGUES, R. N., MACHADO, C.J. **Análise da mortalidade: modelo de causa básica e modelo de causas múltiplas**. Belo Horizonte: UFMG/CEDEPLAR, fev. 2013. 21 p.: il.

SPERANZA, A.C.C.. MOSCI, T. Diagnóstico diferencial das demências. In: Freitas, E.V.; Py, L. (Eds.) **Tratado de Geriatria e Gerontologia**, 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. p. 221-230.

TEIXEIRA, A.T. Aspectos jurídicos da morte e do morrer. In: Santos, F.S.. (Ed.) **Cuidados Paliativos – Discutindo a Vida, a Morte e o Morrer**. São Paulo: Atheneu Editora, 2009. 447 p.

THE ECONOMIST. **The 2015 Quality of Death Index Ranking palliative care across the world: A report by The Economist Intelligence Unit**. Londres: The Economist Intelligence Unit. Disponível em:

<https://www.eiuperspectives.economist.com/sites/default/files/2015%20EIU%20Quality%20of%20Death%20Index%20Oct%2029%20FINAL.pdf> Acesso em 21 fev. 2016

TINETTI, M.E. et al. Fall-Risk Evaluation and Management: Challenges in Adopting Geriatric Care Practices. *The Gerontologist*, St. Louis, v. 46, n. 6, p. 717-725. 2006

TOLSTOI, L. **A morte de Ivan Ilitch**. Porto Alegre: L&PM, 2010, 101 p.

VALADARES, F.C.; SOUZA, E.R. Violência contra a pessoa idosa: análise de aspectos da atenção de saúde mental em cinco capitais brasileiras. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, n. 6., p-2763-2774, 2010

WAGG, A.S. Urinary Incontinence. In: Fillit, H. M.; Rockwood, K. ; Young, j. (Eds) **Brocklehurst's Textbook of Geriatric Medicine and Gerontology. 8 ed.** Philadelphia: Elsevier, 2017. p. 895-903.e4

WEIZFLOG, W. **Michaelis: Moderno Dicionário da Língua Portuguesa** [Online]. Editora Melhoramentos Ltda.© 2009. Disponível em: <http://www.michaelis.uol.com.br/moderno/portugues>. Acesso em 15 de maio de 2016

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **World report on ageing and health**. Luxembourg: World Health Organization, 2015. Disponível em: <http://www.who.int/ageing/events/world-report-2015-launch/en/>. Acesso em: 24 abr. 2016.

_____. **Global Atlas of Palliative care at the end of life**. Londres: World Health Organization, 2014. Disponível em: http://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf Acesso em 16 jan. 2017

_____. **Dementia. WHO Fact Sheets, 2012**. Geneva: WHO Mental Health Gap Action Programme (mhGAP), 2012. Disponível em: www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/en/. Acesso em: 28 jun. 2017.

_____. **Active ageing: a policy framework**. Madri: World Health Organization, 2005. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67215/1/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf. Acesso em 27 abr. 2016.

_____. **Manual of the International Statistical Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death**. 10 th Revision. Geneva: World Health Organization, 1993. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42893/1/ICD_10_1949_v2_eng.pdf Acesso em 05 dez. 2016.

ZATTAR et. al. Prevalência e fatores associados à pressão arterial elevada, seu conhecimento e tratamento em idosos no sul do Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 29, n.3, p.507-521, mar. 2013

TABELA 01 – ANEXO A

Tabela 01 – Comparação de dados entre DO e CO de residentes falecidos em ILPI. Belo

N	DO X CO	Nat.	Nome da mãe	Sx.	ID.	Local Óbito	Data Óbito	Causas Óbito (Seq.)	Causa básica	Causa Terminal	CO:D O	CO:DO Total
1104	DO	316250	S.E.M.	M	85	HU	09/07	D/C/B	DA	Ins. Resp.	10/10	10/10
	CO	316250	S.E.M.	M	85	HU	09/07	D/C/B	DA	Ins. Resp.		
1806	DO	315660	R.C.J.	F	85	ILPI 18	03/09	D/C/B/A	DA	PCR	10/10	20/20
	CO	315660	R.C.J.	F	85	ILPI 18	03/09	D/C/B	DA	PCR		
1812	DO	314470	A.C.V.M.	F	88	ILPI 18	24/01	D/C/B/A	Demência	Pneum.	10/10	30/30
	CO	314470	A.C.V.M.	F	88	ILPI 18	24/01	D/C/B/A	Demência	Pneum.		
2001	DO	240980	J.J.A.	M	70	ILPI 20	10/03	D	Causa Indeterm.	-	10/10	40/40
	CO	240980	J.J.A.	M	70	ILPI 20	10/03	D	Causa Indeterm.	-		
3002	DO	316250	A.F.M.	F	83	ILPI 30	27/12	D/C/B	Ca de pele metastático	-	10/10	50/50
	CO	316250	A.F.M.	F	83	ILPI 30	27/12	D/C/B	Ca de pele metastático	-		
3004	DO	315810	A.D.D.	M	79	ILPI 30	20/04	D/C	HA Sist.	Choque Cardiog.	10/10	60/60
	CO	315810	A.D.D.	M	79	ILPI 30	20/04	D/C//	HA Sist.	Choque Cardiog.		
3005	DO	310620	M.O.R.	F	83	ILPI 30	08/12	D	Causa Desconhec	-	10/10	70/70
	CO	310620	M.O.R.	F	83	ILPI 30	08/12	D//	Causa Desconhec	-		
3006	DO	311340	M.S.J.	F	80	ILPI 30	17/06	D/C/B	Alzheimer	Ins. Resp.	10/10	80/80
	CO	311340	M.S.J.	F	80	ILPI 30	17/06	D/C/B	Alzheimer	Ins. Resp.		

Horizonte. 2016

N	DO X CO	Nat.	Nome da mãe	Sx.	Id.	Local Óbito	Data Óbito	Causas Óbito (Seq.)	Causa básica	Causa Terminal	CO:DO	CO:DO Total
3008	DO	313520	M.N.M.	M	67	ILPI 30	08/05	D	Falência múltiplos órgãos	-	10/10	90/90
	CO	313520	M.N.M.	M	67	ILPI 30	08/05	D	Falência múltiplos órgãos //	-		
3011	DO	311890	H.H.R.G.	M	86	ILPI 30	19/05	D/C/B	Úlceras de pressão	Insuf. resp. aguda	10/10	100/100
	CO	311890	H.H.R.G.	M	86	ILPI 30	19/05	D/C/B	Úlceras de pressão	Insuf. resp. aguda		
3012	DO	311840	F.F.J	M	75	ILPI 30	30/04	D/C/B	HA sist..	Insuf. resp. aguda	10/10	120/120
	CO	311840	F.F.J	M	75	ILPI 30	30/04	D/C/B	HA sist..	Insuf. resp. aguda		
3201	DO	313120	M.J.D.	M	88	ILPI 32	28/09	D/C/B/A	DPOC	PCR	10/10	130/130
	CO	313120	M.J.D.	M	88	ILPI 32	28/09	D/C/B/A	DPOC	PCR		
3202	DO	314000	D.R.	F	88	ILPI 32	18/07	D/C/B	ITU	PCR	10/10	140/140
	CO	314000	D.R.	F	88	ILPI 32	18/07	D/C/B	ITU	PCR		

(continuação)

ANEXO B

TABELA 06 - Causas básicas ajustadas de Mortalidade em residentes falecidos de ILPI conveniadas à SMAAS-PBH, segundo DO/CO. Belo Horizonte. 2016.

Descrição	Causa Básica ajustada (n = 104)	
	Freq	%
Pneumonia não especificada	13	12,5
Demência não especificada	12	11,5
Outras causas não definidas e as não especificadas de mortalidade	11	10,6
Doença de Alzheimer	10	9,6
Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica	08	7,7
DM não especificado	6	5,8
Úlceras de pressão	4	3,8
Outras septicemias especificadas	3	2,9
Hipertensao arterial	3	2,9
Demência vascular	2	1,9
Infarto agudo do miocárdio	2	1,9
Insuficiência Cardíaca	2	1,9
Hemorragia intracraniana não traumática	2	1,9
Acidente vascular cerebral não especificado como isquêmico ou hemorrágico	2	1,9
Pneumonite por sólidos e líquidos	2	1,9
Infecção localizada da pele e do tecido subcutâneo, não especificada	2	1,9
Insuficiência renal crônica não especificada	2	1,9
Diarreia e gastroenterite de origem infecciosa presumível	1	1
Neoplasia Maligna do reto	1	1
Neoplasia Maligna da pele, não especificada	1	1
Neoplasia Maligna do ovário	1	1
Neoplasia Maligna da próstata	1	1
Aterosclerose generalizada e a não especificada	1	1
Doença de Parkinson	1	1
Doença renal hipertensiva	1	1
Parada Cardíaca	1	1
Sequela de doenças cerebrovasculares	1	1
Íleo paralítico	1	1
Outras formas de obstrução intestinal e as não especificadas	1	1
Fibrose e cirrose hepática	1	1
Insuficiencia renal não especificada	1	1
Infecção do trato urinario de localização não especificada	1	1
Senilidade	1	1
Queda de uma cadeira - habitação coletiva	1	1

Queda sem especificação - habitação coletiva

1

1

ANEXO C

TABELA 07 - Causas básicas ajustadas de Mortalidade em residentes falecidos de ILPI, segundo DO/CO e prontuário. Belo Horizonte. 2016.

Descrição	Causa Básica ajustada (n = 104)	
	Freq	%
Demências	27	26
Diabetes Mellitus	12	11,54
Hipertensão essencial (primária)	7	6,73
Sequela de acidente vascular cerebral, não especificado como isquêmico ou hemorrágico	5	4,81
Doença renal hipertensiva	4	3,85
Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica	4	3,85
Outras causas mal definidas e as não especificadas de mortalidade	4	3,85
Doença de Parkinson	3	2,88
Infarto agudo do miocárdio	2	1,92
Flutter e fibrilação atrial	2	1,92
Pneumonia bacteriana não especificada	2	1,92
Pneumonite devido a sólidos e líquidos	2	1,92
Diarreia e gastroenterite de origem infecciosa presumível	1	0,96
Hepatite viral crônica C	1	0,96
Doença de Chagas crônica com acometimento cardíaco	1	0,96
Neoplasias	6	5,76
Aterosclerose generalizada e a não especificada	1	0,96
Hipertensão reno-vascular	1	0,96
Insuficiência cardíaca não especificada	1	0,96
Acidente vascular cerebral, não especificado como isquêmico ou hemorrágico	1	0,96
Peritonite, sem outras especificações	1	0,96
Outras infecções localizadas, especificadas, da pele e do tecido subcutâneo	1	0,96
Fratura patológica não classificada em outra parte	1	0,96
Insuficiência renal crônica não especificada	1	0,96
HP de TCE e politrauma após atropelamento, evoluindo com tétano e epilepsia	1	0,96
Queda no mesmo nível por escorregão, tropeção ou passos em falso - habitação coletiva	1	0,96
Queda envolvendo uma cadeira de rodas - habitação coletiva	1	0,96
Queda de um leito - habitação coletiva	1	0,96
Queda de uma cadeira - habitação coletiva	1	0,96
Outras quedas no mesmo nível - habitação coletiva	1	0,96
Queda sem especificação - habitação coletiva	1	0,96
Queda sem especificação - habitação coletiva	1	0,96
Mordedura de rato - residencia	1	0,96

ANEXO D

TABELA 09 – Sinais e sintomas no período de até três meses precedentes ao óbito em idosos falecidos em Instituições de Longa Permanência. Belo Horizonte. 2016

Sinais e Sintomas	N	%
Sinais de Sofrimento nos três meses precedentes ao óbito		
(n = 76)		
Dispneia > 15 dias	57	75
Início ou agravamento de dor > 15 dias	45	64
Manutenção de quadro álgico iniciado em período antecedendo o óbito superior a 03 meses	05	6,6
Náuseas e vômitos	13	17,1
Fadiga	05	6,6
Caquexia	05	6,6
Depressão	02	2,6
Constipação intestinal	01	1,3
Ansiedade	00	00
Estresse espiritual	00	00
Alheamento progressivo no período de um a três meses precedentes ao óbito		
(n = 76)		
Recusa de contato	03	3,9
Anorexia no mês precedente ao óbito		
(n = 76)		
	30	39,5
Recusa de líquidos no mês precedente ao óbito		
(n = 76)		
	00	00
Delirium e/ou alucinações nas duas semanas precedentes ao óbito		
(n = 76)		
	20	26,3
Sinais de alerta para o óbito iminente (até 48 horas antes da morte)		
(n = 76)		
Hipotensão	09	11,8
Cianose	03	3,9
Arritmia cardíaca	00	00
Outros Sinais e Sintomas registrados		
(n = 76)		
Febre	16	21
Úlceras de pressão	15	19,7
Tosse protraída (> 04 semanas)	12	15,8%
Diarreia protraída (> 15 dias)	09	11,8%
Disfagia	08	10,5
Descompensação glicêmica	08	10,5
Síndromes Geriátricas		
(n = 76)		
Insuficiência Cognitiva	71	
Incontinência Urinária	71	
Instabilidade	46	
Iatrogenia (n= 104)	17	
Imobilidade e Síndrome da Imobilização (n = 83)	32	

ANEXO E

Secretaria Municipal Adjunta de Assistência Social - SMAAS

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA

A Secretaria Municipal Adjunta de Assistência Social – SMAAS/ Belo Horizonte autoriza a realização da Trabalho Acadêmico pela pesquisadora Eliane Rocha de Albuquerque, aluna do mestrado profissional em Promoção da Saúde e Prevenção da violência da Faculdade de Medicina da UFMG .

O tema do Trabalho é "Mortalidade de residentes em Instituições de Longa Permanência para idosos em Belo Horizonte – 2015" realizado sob a orientação das professoras Eliane Costa Dias Macedo Gontijo e Maria da Conceição Werneck Cortes.

Informo que a autorização está condicionada ao cumprimento do termo de compromisso assinado pela pesquisadora e autorização dos atores envolvidos.

Belo Horizonte, 30 de março de 2017



Domingos Sávio de Araújo

Gerente de Coordenação da Política de Assistência Social

Carta de Anuência – Projeto de pesquisa “*Mortalidade de residentes em Instituições de Longa Permanência para Idosos em Belo Horizonte – 2016*”

Prezados Senhores,

Dirigimo-nos a Vossas Senhorias para convidá-los a participar em pesquisa para avaliação da mortalidade de idosos em Instituições de Longa Permanência conveniadas à Secretaria Municipal Adjunta de Assistência Social –SMAAS/ Belo Horizonte ao longo do ano de 2016.

O estudo “*Mortalidade de residentes em Instituições de Longa Permanência para Idosos em Belo Horizonte – 2016*”, é de responsabilidade de Eliane Rocha de Albuquerque, médica geriatra e mestranda do Programa de Pós Graduação no Mestrado Profissional Promoção da Saúde e Paz e Prevenção da Violência. Se necessário, a mesma poderá ser contactada por telefone (31- 99632 4882) ou email (eliangeriatra@gmail.com). A orientação do estudo será realizada pelas professoras Eliane Dias Gontijo e Maria da Conceição Werneck Cortês, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. O trabalho será desenvolvido durante o ano de 2017, através de avaliação das Declarações de Óbito e/ou Certidões de Óbito e da análise dos dados sociais, familiares e clínicos disponíveis nos prontuários institucionais. Será utilizado instrumento para coleta de dados elaborado pela pesquisadora, sendo os mesmos posteriormente avaliados sob uma perspectiva quantitativa.

Pretende-se compreender como ocorre a morte dos idosos institucionalizados, analisando as variáveis relativas à qualidade de morte e aquelas referentes ao falecido e às instituições. Nossa hipótese é de que diversas variáveis (sociais, intrínsecas ao idoso e referentes ao ambiente) influenciam o cuidado durante o processo de morte – a detecção de tais fatores poderia levar à adoção de medidas para implementar a qualidade de vida dos idosos.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa – COEP da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais em 11 de novembro de 2016, sito à Av. Antônio Carlos, 6627, Pampulha - Belo Horizonte - MG - CEP 31270-901 - Unidade Administrativa II - 2º Andar - Sala: 2005 Em caso de dúvidas, o mesmo poderá ser contactado pelo telefone 3409-4592 ou pelo e-mail: coep@prpq.ufmg.br.

A pesquisa atende às diretrizes do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde (MS) do Brasil, inclusive no que se refere ao consentimento, sigilo e anonimato, benefícios e propriedade intelectual.

Todos os cuidados necessários serão adotados para minorar os riscos inerentes à pesquisa, os quais se referem à possibilidade de quebra de sigilo ou à perda de documentos das instituições. Para tanto, a pesquisadora realizará pessoalmente a coleta de dados no espaço físico das instituições e se compromete a assegurar o sigilo dos documentos - uma vez obtidos, as vias dos mesmos terão a identificação nominal ocultada. Ademais, garante-se que nenhum documento original constante do prontuário dos idosos será retirado das ILPIs.

O estudo tem objetivo exclusivamente científico. Serão estudados dados secundários, sendo garantido o total anonimato dos envolvidos, tanto na análise, quanto na divulgação dos resultados. Entretanto, os dados obtidos poderão ser utilizados em trabalhos científicos publicados ou apresentados oralmente em congressos e palestras sem revelar a identidade da Instituição Participante, de seus funcionários ou dos idosos falecidos cujos e Declarações/certidões de óbito serão avaliados. Os dados obtidos durante a pesquisa são confidenciais e não serão usados para outros fins.

Os senhores não terão qualquer tipo de despesa para participar da pesquisa e não receberão remuneração por sua participação. Entretanto, caso algum dano seja causado aos participantes, a pesquisadora responderá nos termos da lei pelos mesmos, civil e criminalmente,

A participação no referido estudo é voluntária, podendo os senhores, portanto, recusar-se a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa sem qualquer penalização ou prejuízo em virtude desta decisão.

Instituição:

Presidente:

ANEXO G

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezados senhores, vimos convidá-los a participar em pesquisa para avaliação da mortalidade de idosos em Instituições de Longa Permanência conveniadas à Secretaria Municipal Adjunta de Assistência Social –SMAAS/ Belo Horizonte ao longo do ano de 2016. Conforme normatização vigente para pesquisa científica, solicitamos que leiam o presente termo de consentimento e, caso estejam de acordo com o mesmo, firmem seu recebimento. Lembramos que a participação na pesquisa é voluntária, sendo portanto passível de recusa em qualquer momento da mesma.

Declaro, por meio deste termo, que concordei em ser entrevistado (a) e/ou participar na pesquisa de campo referente à pesquisa intitulada “Mortalidade de residentes em Instituições de Longa Permanência para idosos em Belo Horizonte – 2016”, desenvolvida por Eliane Rocha de Albuquerque. Fui informado (a), ainda, de que o estudo é de responsabilidade de Eliane Rocha de Albuquerque, médica geriatra e mestrandia do Programa de Pós Graduação no Mestrado Profissional Promoção da Saúde e Paz e Prevenção da Violência e que, se necessário, a mesma poderá ser contactada por telefone (31- 99632 4882) ou email (eliangeriatra@gmail.com). Foi-me dito que a orientação do estudo será realizada pelas professoras Eliane Dias Gontijo e Maria da Conceição Werneck Cortês, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. O trabalho será desenvolvido durante o ano de 2017, através de avaliação das Declarações de Óbito e/ou Certidões de Óbito e da análise dos dados sociais, familiares e clínicos disponíveis nos prontuários institucionais. Será utilizado instrumento para coleta de dados elaborado pela pesquisadora, sendo os mesmos posteriormente avaliados sob uma perspectiva quantitativa.

Fui também informado de que o estudo pretende compreender como ocorre a morte dos idosos institucionalizados, analisando as variáveis relativas à qualidade de morte e aquelas referentes ao falecido e às instituições e de que a hipótese proposta é de que diversas variáveis (sociais, intrínsecas ao idoso e referentes ao ambiente) influenciam o cuidado durante o processo de morte – a detecção de tais fatores poderia levar à adoção de medidas para implementar a qualidade de vida dos idosos.

Foi-me referido que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa – COEP da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais em 11 de novembro de 2016, sito à Av. Antônio Carlos, 6627, Pampulha - Belo Horizonte - MG - CEP 31270-901 - Unidade Administrativa II - 2º Andar - Sala: 2005 e que, em caso de dúvidas, o mesmo poderá ser contactado pelo telefone 3409-4592 ou pelo e-mail: coep@prpq.ufmg.br.

Também fui orientado quanto ao fato de que a pesquisa atende às diretrizes do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde (MS) do Brasil, inclusive no que se refere ao consentimento, sigilo e anonimato, benefícios e propriedade intelectual. Sei que todos os cuidados necessários serão adotados para minorar os riscos inerentes à pesquisa, os quais se referem à possibilidade de quebra de sigilo ou à perda de documentos das instituições. Para tanto, a pesquisadora realizará pessoalmente a coleta de dados no espaço físico das instituições e se compromete a assegurar o sigilo dos documentos - uma vez obtidos, as vias dos mesmos terão a identificação nominal ocultada. Ademais, foi garantido que nenhum documento original constante do prontuário dos idosos será retirado das ILPIs.

Fui informado de que o referido estudo tem objetivo exclusivamente científico. Serão estudados dados secundários, com garantia de total anonimato dos envolvidos, tanto na análise, quanto na divulgação dos resultados. Entretanto, os dados obtidos poderão ser utilizados em trabalhos científicos publicados ou apresentados oralmente em congressos e palestras sem revelar a identidade da Instituição Participante, de seus funcionários ou dos idosos falecidos cujos e Declarações/certidões de óbito serão avaliados. Os dados obtidos durante a pesquisa são confidenciais e não serão usados para outros fins.

Estou ciente de que os indivíduos e as instituições participantes no projeto não terão qualquer tipo de despesa para participar da pesquisa e não receberão remuneração por sua participação. Entretanto, caso algum dano seja causado aos participantes, a pesquisadora responderá nos termos da lei pelos mesmos, civil e criminalmente. Sei que a participação no referido estudo é voluntária, sendo-me facultado, portanto, recusar-me a participar ou retirar meu consentimento em qualquer fase da pesquisa sem qualquer penalização ou prejuízo em virtude desta decisão. Afirmando que aceitei participar por minha própria vontade, sem receber qualquer incentivo financeiro ou ter qualquer ônus e com a finalidade exclusiva de colaborar para o aprimoramento das Instituições de Longa Permanência conveniadas com a Secretaria Municipal Adjunta de Assistência Social.

Minha colaboração se fará de forma anônima, facultando o acesso da pesquisadora aos prontuários institucionais dos residentes da ILPI falecidos em 2016. O acesso à documentação e a análise dos dados coletados se farão apenas pela pesquisadora.

Atesto recebimento de uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Instituição
Presidente:

Belo Horizonte, _____ de _____ de 2017.

Assinatura do(a) participante: _____

Assinatura do(a) pesquisador(a): _____

Assinatura do(a) testemunha(a): _____