



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO INTEGRADO  
EM SAÚDE COLETIVA**



**DANIELE FERREIRA RODRIGUES**

**AVALIAÇÃO FUNCIONAL E FATORES ASSOCIADOS EM IDOSOS  
INSTITUCIONALIZADOS NO MUNICÍPIO DE RECIFE-PE**

**Recife  
2014**

**DANIELE FERREIRA RODRIGUES**

**AVALIAÇÃO FUNCIONAL E FATORES ASSOCIADOS EM IDOSOS  
INSTITUCIONALIZADOS NO MUNICÍPIO DE RECIFE-PE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Integrado em Saúde Coletiva - PPGISC do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de concentração: Epidemiologia.

Linha de pesquisa: Saúde do Idoso.

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup> Dra. Márcia Carréra Campos Leal

**Co-Orientadora:** Prof<sup>a</sup> Dra. Ana Paula de Oliveira Marques

**Recife**

**2014**

Ficha catalográfica elaborada pela  
Bibliotecária: Mônica Uchôa- CRB4-1010

R696a Rodrigues, Daniele Ferreira.

Avaliação funcional e fatores associados em idosos institucionalizados no Município de Recife-PE / Daniele Ferreira Rodrigues. – Recife: O autor, 2014.

67 f. : il. ; tab. ; 30 cm.

Orientador: Márcia Carréra Campos Leal.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, CCS. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2014.

Inclui referências, apêndices e anexos.

1. Transição demográfica. 2. Instituição de Longa Permanência para Idosos. 3. Atividades Cotidianas. 4. Idoso com deficiência funcional. I. Leal, Márcia Carréra Campos (Orientador). II. Título.

610.736

CDD (22.ed.)

UFPE (CCS2014-102)

DANIELE FERREIRA RODRIGUES

AVALIAÇÃO FUNCIONAL E FATORES ASSOCIADOS EM IDOSOS  
INSTITUCIONALIZADOS NO MUNICÍPIO DE RECIFE-PE

Dissertação aprovada em 10 de Março de 2014

---

Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Márcia Carréra Campos Leal (Presidente) UFPE

---

Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Ana Paula de Oliveira Marques UFPE

---

Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Ana Márcia Tenório de Souza Cavalcanti UFPE

Recife  
2014

## DEDICATÓRIA

*Aos meus Pais,  
meus maiores exemplos.*

## AGRADECIMENTOS

“Um sonho que se sonha só é apenas um sonho, mas um sonho que se sonha junto é realidade”. É com este pensamento que inicio meus agradecimentos, tendo a ciência de que nada se realiza sem a ajuda e colaboração de diversas pessoas. Quero registrar aqui meus sinceros agradecimentos a todos que se dispuseram a dialogar e contribuir durante esse processo de construção e amadurecimento profissional e pessoal.

Agradeço primeiramente a Deus que de diversas formas tem me abençoado com tantas coisas boas que preenchem minha vida de amor e luz, e com algumas dificuldades me dando forças para superá-las e me permitindo ser uma pessoa melhor.

Agradeço a minha família que mesmo fisicamente distante se faz sempre presente no amor que sentimos uns pelos outros, sem eles nada disso teria se tornado realidade. A meus pais Daniel e Maria de Fátima, agradeço por quem eu sou, por todo carinho, apoio e dedicação. Aos meus irmãos Allyson e Anderson, agradeço pela infância feliz, pelos momentos de companheirismo, por sempre serem ‘IRMÃOS’.

Ao meu amor, namorado, companheiro e amigo Oscar José, por ser uma pessoa tão linda, uma pessoa de luz que dá brilho e colore meus dias, muito obrigada por estar ao meu lado sempre, você é meu anjo lindo.

Agradeço à minha nova família, em especial a Lúcia e José Xavier por terem me acolhido tão bem e por fazer-me sentir em casa sempre.

Agradeço a minha querida Orientadora, a professora Márcia Carréra por ter me ajudado ao longo desses dois anos, por ter compreendido minhas dificuldades e ajudado a superá-las, és para mim um exemplo de ética, garra e determinação.

Agradeço imensamente a professora Ana Paula Marques por estar sempre presente, pelas contribuições, conselhos e orientações.

À querida Érika Gomes, sinto-me imensamente privilegiada por ter sua amizade, é com certeza um presente, obrigada por tudo.

Um agradecimento mais que especial aos idosos e idosas que participaram da pesquisa, que partilharam conosco um pouco de suas histórias, este estudo é deles e para eles.

Agradeço ao IASC e ao Conselho de Saúde do Idoso pela colaboração e permissão para a realização dessa pesquisa. Agradeço também as ILPIS, seus dirigentes e funcionários

que cuidam dos idosos com carinho, que abriram suas portas e nos receberam tão bem sem pedir nada em troca, este é o verdadeiro exemplo de caridade.

Às colegas do Grupo de Pesquisa Saúde do Idoso: Benvinda, Érika, Elisa, Isabelle e Juliana, sabemos o quanto foi difícil. Saber trabalhar em equipe é o conhecimento mais importante que qualquer profissional pode adquirir, exige paciência, compreensão e acima de tudo respeito para com o outro. Obrigada por serem colegas, por não desanimarem diante das dificuldades.

Quero agradecer aos graduandos Elisane, Isabella, Carol, Henrique e Odon, vocês foram fundamentais para o sucesso dessa pesquisa, obrigada pela dedicação e carinho para com os idosos.

A todos os professores e funcionários do PPGISC pelo esforço em compartilhar seus conhecimento e contribuir para a formação em Saúde Coletiva.

A todos os colegas do PPGISC, meus primeiros amigos aqui em Recife, pessoas lindas, extremamente acolhedoras, impossível citar aqui o nome de todos.

Aos queridos colegas da Escola do Governo em Saúde Pública do Estado de Pernambuco, agradeço pelo companheirismo e amizade. É muito bom fazer o que gosto ao lado de pessoas tão especiais.

Agradeço a todos os amigos que torceram por mim e ajudaram a tornar a vida mais leve, não posso deixar de citar minhas amigas queridas que conquistei na graduação: Maria, Corrinha, Priscila, Camila, Joelma e Liliana, sinto uma falta imensa de vocês, e minha querida amiga irmã Jiovana, não tenho palavras para te agradecer por tudo.

Aos amigos de infância que hoje estão tão distantes, especialmente a Isabel Cristina Barbosa, embora nossas vidas tenham tomado rumos diferentes sua amizade sempre foi muito importante para mim.

Enfim, agradeço a todos os amigos e amigas, que não pude citar aqui, mas que passaram pela minha vida ou ainda se fazem presentes, seja na presença física, emocional ou nas lembranças.

Muito Obrigada!

## EPÍGRAFE

“O que se opõe ao descuido e ao descaso é o cuidado. Cuidar é mais que um ato; é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro.”

Leonardo Boff (1999)

## RESUMO

O envelhecimento populacional pode acarretar um aumento de doenças crônicas e prejuízos à funcionalidade que se apresentam como importantes fatores de risco para a institucionalização do idoso. O presente estudo objetivou avaliar a funcionalidade de idosos institucionalizados no município de Recife-PE e seus fatores associados. Trata-se de um estudo descritivo, de corte transversal e abordagem quantitativa no qual participaram 158 idosos residentes nas Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) públicas e filantrópicas. A avaliação cognitiva por meio do Mini Exame do Estado Mental (MEEM) foi aplicada como critério de inclusão. A variável dependente funcionalidade foi avaliada por meio do Índice de Katz que mensura a capacidade funcional dos idosos no desempenho de seis Atividades Básicas de Vida Diária (banho, vestir-se, ir ao banheiro, transferência, continência e alimentação). As associações entre as variáveis explicativas e resposta foram realizadas por meio de análises uni e multivariada, utilizou-se a regressão de Poisson com variância robusta para as variáveis com valores  $p < 0,20$ , adotando-se a razão de prevalência como medida de associação. Observou-se que 79,75% dos idosos foram classificados como Independentes para as ABVD, a continência foi a função que apresentou o maior índice de dependência (40,5%), seguido das atividades vestir-se (22,2%) e banhar-se (21,5%). Na análise univariada a independência funcional foi significativamente mais prevalente nos idosos de instituições públicas, que praticavam atividade física, que não precisavam de equipamentos ou ajuda de alguém para andar sozinho e que tinham relativamente maiores escores de MEEM. A análise ajustada mostrou que a independência funcional continuou significativamente mais prevalente nos idosos de instituições públicas, nos que não precisavam de ajuda para caminhar e nos que tinham relativamente maiores escores MEEM. A independência para caminhar e a função cognitiva preservada apresentam-se potencialmente como fatores protetores para o declínio da funcionalidade dos idosos que residem em ILPI, esses resultados apontam a necessidade de intervenções que visem à manutenção da funcionalidade nessa população.

Palavras-chave: Transição demográfica. Instituição de Longa Permanência para Idosos. Atividades Cotidianas. Idoso com deficiência funcional.

## ABSTRACT

The population aging may result in increase in the prevalence and incidence of chronic diseases and injuries to the functionality presenting as an important risk factor for the institutionalization of the elderly. The present study aimed to evaluate the functionality of institutionalized elderly in the city of Recife-PE and associated factors. This is a descriptive, cross-sectional and quantitative study. The research included 158 elderly residents in long-stay homes for the aged public and philanthropic institutions. The cognitive evaluation performed using the Mini Mental State Examination (MMSE), was used as an inclusion criterion. Functionality was assessed using the Katz Index which measures the functional capacity of the elderly in the performance of six Basic Activities of Daily Living (bathing, dressing, toileting, transferring, continence and feeding). The associations between the explanatory variables and response were performed by means of univariate and multivariate analyzes, we used Poisson regression with robust variance in the variables with p values  $<0.20$ , adopting the prevalence ratio as a measure of association. Data analysis showed that 79.75% elderly were classified as Independent, continence was the function that showed the highest rate of dependence (40.5%), followed by dressing activities (22.2%) and bathing (21.5%). Univariate analysis showed that the functional independence of the statistical point of view, was significantly more prevalent in the elderly public institutions, in practicing physical activity, in that they did not need equipment or help someone to walk alone and who had relatively higher MEEM scores. Controlling for the possible confounding effect we found that the functional independence remained significantly more prevalent in elderly public institutions, in that they did not need walking aids and those who had relatively higher scores MEEM. The independence to walk and preserved cognitive function are presented as potential protective factors for the decline of the functionality of the elderly who reside in long-stay homes for the aged, these results highlight the need for interventions aimed at maintaining the functionality in this population.

**Key words:** Demographic Transition. Homes for the aged. Activities of daily living. Elderly with functional disabilities.

## LISTA DE FIGURAS

- Figura 1 - Classificação da população estudada quanto ao Índice de Independência nas Atividades Básicas da Vida Diária, Índice de Katz, relativa ao número de atividades em que são independentes. Recife-PE, 2013..... 36
- Figura 2 - Classificação da população estudada quanto ao Índice de Independência nas Atividades Básicas da Vida Diária, Índice de Katz, relativa ao tipo de ABVD. Recife-PE, 2014..... 36

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Instituições de Longa Permanência para Idosos públicas e filantrópicas conveniadas ao Conselho de Assistência Social do Município de Recife - PE. Recife, 2013.....	27
--	----

## LISTA TABELAS

Tabela 1 - Distribuição da população estudada segundo as características sociodemográficas e econômicas. Recife-PE, 2013.....	33
Tabela 2 - Distribuição da população estudada segundo as variáveis relativas às condições de saúde e avaliação física. Recife-PE, 2013.....	34
Tabela 3 - Análise univariada dos fatores associados à funcionalidade em idosos institucionalizados no município do Recife. Recife-PE, 2013.....	37
Tabela 4 - Análise ajustada, mediante regressão de Poisson, dos fatores associados a independência funcional em idosos institucionalizados. Recife-PE, 2013.....	39

## LISTA DE APÊNDICES E ANEXOS

APÊNDICE A - Roteiro de entrevista.....	56
APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	63
ANEXO A - Carta de anuência.....	64
ANEXO B – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).....	65

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

ABNT – Associação Brasileira de Normas Técnicas  
ABVD – Atividades Básicas da Vida Diária  
ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária  
AVD – Atividades da Vida Diária  
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa  
CID-10 – Classificação Internacional de Doenças  
GDS – Escala de Depressão Geriátrica  
GDS-15 – Escala de Depressão Geriátrica de 15 itens  
IASC – Instituto de Assistência Social e Cidadania  
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
ILPI – Instituição de Longa Permanência para Idosos  
IMC – Índice de Massa Corporal  
MEEM – Mini Exame do Estado Mental  
OMS – Organização Mundial de Saúde  
ONU – Organização das Nações Unidas  
PNAD – Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios  
SUS – Sistema Único de Saúde  
TCLE – Termo de Compromisso Livre e Esclarecido

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>16</b>
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>18</b>
2.1 TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA E EPIDEMIOLÓGICA.....	18
2.2 O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO E A FUNCIONALIDADE NO IDOSO.....	20
2.3 VELHICE, POLÍTICAS DE PROTEÇÃO A PESSOA IDOSA E A INSTITUCIONALIZAÇÃO.....	22
<b>3 OBJETIVOS.....</b>	<b>25</b>
3.1 OBJETIVO GERAL.....	25
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	25
<b>4 MATERIAIS E MÉTODOS.....</b>	<b>26</b>
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	26
4.2 LOCAL DO ESTUDO.....	26
4.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO.....	27
4.4 POPULAÇÃO ELEGÍVEL.....	27
4.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....	28
4.6 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO.....	28
4.7 VARIÁVEIS INVESTIGADAS.....	28
4.8 ESTUDO PILOTO.....	30
4.9 COLETA DE DADOS.....	30
4.10 ANÁLISE DOS DADOS.....	31
4.11 ASPECTOS ÉTICOS.....	32
4.12 RISCOS E BENEFÍCIOS.....	32
<b>5 RESULTADOS.....</b>	<b>33</b>
<b>6 DISCUSSÃO.....</b>	<b>40</b>
<b>7 CONCLUSÕES.....</b>	<b>46</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>48</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>56</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>64</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial que iniciou nos países desenvolvidos e hoje é uma realidade nos países em desenvolvimento. No Brasil, este processo, denominado de transição demográfica, começou a partir da segunda metade do século XX e tem ocorrido de forma acelerada. É resultado de uma diminuição constante na taxa de natalidade, que se deu de forma expressiva a partir da década de 70, associada a uma maior expectativa de vida ao nascer (CARVALHO; RODRIGUEZ-WONG, 2008; CRUZ; CAETANO; LEITE, 2010).

As alterações na composição populacional refletem o desenvolvimento social e econômico de uma nação, no entanto, só pode ser considerado como uma conquista na medida em que o Estado esteja preparado para acolher as demandas de uma população envelhecida, agregando qualidade aos anos adicionais de vida (VERAS, 2009).

Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2011), demonstram um aumento constante da população com idade igual ou superior a 65 anos em todos os Estados brasileiros, que correspondia a 4,8% em 1991, alcançando 7,4% em 2010. Este processo ocorre acompanhado de importantes modificações no padrão de morbimortalidade da população, que antes era marcado pela alta prevalência de doenças transmissíveis, para um predomínio das doenças crônico-degenerativas (ARAÚJO, 2012).

O processo de envelhecimento biológico é caracterizado por alterações orgânicas e funcionais, o que associado a fatores sociais e ambientais contribuem para a elevação da prevalência de doenças crônicas e de outros agravos, resultando em declínio da aptidão física e da funcionalidade para a realização das Atividades da Vida Diária (AVD) (BUENO et al., 2008; GONÇALVES et al., 2010).

A funcionalidade consiste numa interação complexa e dinâmica entre as condições de saúde de um indivíduo e a sua capacidade para exercer as atividades cotidianas e de se engajar na vida social, sendo influenciada por características pessoais e fatores ambientais onde o idoso vive (FARIAS; BUCHALA, 2005). O comprometimento funcional dos idosos gera implicações importantes para a família, comunidade, sistema de saúde e para a própria vida do idoso, uma vez que a incapacidade em realizar de forma independente as AVD ocasiona maior vulnerabilidade e dependência na velhice, contribuindo para a diminuição do bem estar e da qualidade de vida (ALVES et al., 2007).

As AVD são essenciais para a autonomia das pessoas idosas, e a incapacidade de realizá-las de forma independente pode indicar a necessidade de assistência cotidiana. Dentre estas, as Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD) indicam o nível mais básico de independência estando relacionadas à própria subsistência do idoso, consistem nas atividades referentes ao autocuidado tais como: alimentação, continência, transferência, vestir a própria roupa, usar o banheiro e tomar banho (DUARTE; ANDRADE; LEBRÃO, 2007; MACHADO, 2010).

Segundo o Estatuto do Idoso o cuidado com o idoso é de responsabilidade da família e da sociedade, na ausência de uma rede de apoio familiar a institucionalização apresenta-se muitas vezes como a única alternativa de cuidado e proteção ao idoso, principalmente entre as famílias mais pobres (BRASIL, 2003). As Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) consistem em instituições de caráter residencial, governamentais ou não governamentais, destinadas ao domicílio coletivo de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar, em condição de liberdade, dignidade e cidadania (ANVISA, 2005).

A institucionalização pode se apresentar como positiva para o idoso em situação de vulnerabilidade na medida em que oferece acolhimento, acesso à assistência médica, alimentação e moradia, ou ainda, porque diminui a sobrecarga dos cuidadores familiares. Contudo, em muitos casos, pode representar um enfraquecimento ou ruptura dos laços familiares e sociais (JESUS et al., 2010). Estudos mostram que o próprio processo de institucionalização favorece a inatividade física e a imobilidade nas pessoas idosas além de elevar o risco de isolamento e depressão nesta população, o que influencia negativamente a saúde funcional (OCAÑA et al., 2006).

No Brasil ainda são insuficientes os estudos voltados à população idosa institucionalizada. Um levantamento realizado em todo território nacional entre os anos 2007 e 2009 constatou que existiam no país aproximadamente 84 mil idosos residindo em ILPI, com predomínio das mulheres (57,3%) (CAMARANO; KANSO, 2010).

O conhecimento detalhando do perfil da população idosa institucionalizada pode auxiliar na elaboração de melhores estratégias de cuidado, prevenção e promoção da saúde e qualidade de vida desta população, a fim de proporcionar uma vida independente e garantir uma velhice saudável. Diante deste cenário, surge a seguinte pergunta: Quais fatores estão associados à funcionalidade nos idosos institucionalizados no município de Recife-PE? Desse modo, o presente estudo objetiva avaliar a funcionalidade em idosos institucionalizados no município de Recife-PE e os fatores associados.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA E EPIDEMIOLÓGICA

A transição demográfica engloba as mudanças produzidas pela diminuição das taxas de mortalidade com aumento da expectativa de vida, mas principalmente pelo declínio expressivo da fecundidade. Estas alterações refletem no tamanho relativo e absoluto das diversas populações e nas suas estruturas etárias, resultando em uma população envelhecida e com baixo ritmo de crescimento (CARVALHO; RODRIGUEZ-WONG, 2008).

Esse processo originou-se nos países desenvolvidos ocorrendo de forma gradual, paralelamente ao desenvolvido social e econômico. Já no Brasil e em outros países da América Latina essas mudanças se deram de forma acelerada em meio a uma economia frágil, marcada por níveis crescentes de pobreza em um contexto de importantes desigualdades sociais e econômicas, agravando as dificuldades de acesso aos serviços e recursos públicos, como os de saúde (LEBRÃO, 2007).

A transição demográfica se configura como um dos fenômenos estruturais mais importantes que tem marcado a economia e a sociedade brasileira desde a segunda metade do século passado, caracteriza-se por sua natureza universal, ocorrendo em todos os estados, contudo encontra-se fortemente condicionada às particularidades históricas do país, em um contexto de desequilíbrios regionais e sociais (BRITO, 2008). Nas regiões Norte e Nordeste, por apresentarem condições socioeconômicas menos favorecidas, este processo teve início mais tardiamente, contudo tem ocorrido de forma mais intensa, assim como suas conseqüências (CARVALHO; RODRIGUEZ-WONG, 2008).

Segundo projeções da Organização das Nações Unidas (ONU), é esperado um aumento de 50% na população com 60 anos ou mais nas próximas quatro décadas para os países desenvolvidos que atingirão 418 milhões de idosos em 2050. Nos países em desenvolvimento esse crescimento é ainda mais expressivo, com estimativas para o crescimento de 1,6 bilhões até 2050 (ONU, 2011).

O número de idosos no Brasil passou de três milhões em 1960 para sete milhões em 1975 e 20 milhões em 2008, um aumento de quase 700% em menos de 50 anos (VERAS, 2009). Projeções da Organização Mundial de Saúde (OMS) para 2025 incluem o país entre os dez países do mundo com maior contingente de pessoas com 60 anos e mais, com estimativas de 14% da população sendo composta por pessoas idosas (SCHRAMM et al., 2004).

A OMS definiu como idoso um limite de 65 anos ou mais de idade para os indivíduos de países desenvolvidos e 60 anos ou mais de idade para indivíduos de países em desenvolvimento (WHO, 1984). Dentro do grupo das pessoas idosas os denominados "mais idosos, muito idosos ou idosos em velhice avançada" (idade igual ou maior que 80 anos) tem um crescimento ainda maior do que as demais faixas etárias, constituindo o segmento populacional que mais cresce nos últimos tempos com acréscimo de cerca de 4% ao ano (LEBRÃO, 2007).

O aumento da expectativa de vida nos países desenvolvidos é resultado de mudanças culturais e avanços obtidos em relação à saúde e às condições de vida tais como redução da taxa de fecundidade, queda da mortalidade infantil, hábitos alimentares mais saudáveis e maior cuidado com o corpo (ARAÚJO, 2012). Segundo Lebrão (2007) na América Latina o crescimento da população idosa está mais ligado aos avanços relativos às questões médicas e de saúde pública, principalmente a queda da mortalidade infantil que começou depois de 1930, e não necessariamente às melhorias nos padrões gerais de vida.

Com o processo de reestruturação demográfica e social doenças próprias do envelhecimento passaram a ganhar maior expressão no conjunto da sociedade em um processo denominado Transição Epidemiológica, que se caracteriza por aumento da prevalência de doenças não-transmissíveis e agravos externos, deslocamento da carga de morbi-mortalidade dos grupos mais jovens aos grupos mais idosos e transformação de uma situação em que predomina a mortalidade para outra na qual a morbidade é dominante (VERAS, 2009; ARAÚJO, 2012).

As doenças degenerativas e crônicas tendem a se manifestar de forma expressiva em idades mais avançadas e são consideradas causa importante de incapacidade entre as pessoas mais velhas, uma vez que podem afetar a funcionalidade do idoso e comprometer de forma significativa a qualidade de vida, acarretando dificuldades cotidianas tanto para os próprios idosos quanto para suas famílias (RABELO; CARDOSO, 2007).

## 2.2 O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO E A FUNCIONALIDADE NO IDOSO

Alterações normais do envelhecimento e alguns problemas de saúde freqüentemente apresentam-se associados à declínio no estado funcional (SHELKEY; WALLACE, 2012). Esta condição além de aumentar com a idade relaciona-se a diversos fatores, tais como: sexo feminino, baixa renda, baixa escolaridade, inatividade física, déficit cognitivo, desnutrição, além de comprometimentos no equilíbrio, força e coordenação, que influenciam negativamente a capacidade dos idosos em desempenhar as atividades cotidianas e de participação na sociedade, afetando diretamente sua funcionalidade. (DIRIK; CAVLAK; AKDAG, 2006; WANG et al., 2009; GONÇALVES et al., 2010; GRÖNSTEDT et al., 2011)

Nos países desenvolvidos, onde o processo de transição demográfica ocorreu de forma gradual, estudos vêm apontando uma redução no declínio funcional dos idosos, tendo como possíveis causas o avanço tecnológico, melhoria nas condições socioeconômicas da população idosa, mudanças comportamentais e no padrão epidemiológico (FREEDMAN et al., 2002).

No Brasil, dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) dos anos 2003 e 2008 demonstraram uma situação semelhante, com redução proporcional na incapacidade funcional em ambos os sexos, principalmente nas faixas etárias mais elevadas, entretanto esta diminuição apresenta-se desigual entre as regiões brasileiras, e parece estar relacionada ao nível de desenvolvimento social e econômico de cada região. De um modo geral, nas áreas menos desenvolvidas, principalmente nas regiões Norte e Nordeste, as proporções de idosos que apresentam algum grau de incapacidade funcional são mais elevadas (PARAHYBA; VERAS, 2008).

Apesar dos estudos indicarem uma diminuição relativa do declínio funcional, o aumento da expectativa de vida da população acarreta um acréscimo no número de indivíduos que necessitam de auxílio para a realização das ABVD. Em um estudo realizado no Sul do país aproximadamente 40% dos idosos residentes na comunidade apresentaram diminuição na funcionalidade (FIEDLER; PERES, 2008).

É consensual que a funcionalidade é um termo abrangente que engloba não apenas as funções fisiológicas e estruturas do corpo, mas consiste na interação entre as condições de saúde, fatores pessoais e ambientais e a capacidade para exercer as atividades diárias e de se engajar na vida social (FARIAS; BUCHALLA, 2005).

Para melhor se compreender o sentido desse termo devem ser apreendidos outros conceitos, a funcionalidade encontra-se diretamente relacionada às noções de capacidade,

incapacidade e independência funcional. A capacidade funcional é definida como a habilidade física e mental para a plena realização de uma tarefa ou ação pelo indivíduo enquanto que a dificuldade ou a impossibilidade na execução de determinadas atividades ou tarefas básicas da vida cotidiana é entendida como incapacidade funcional. O termo independência funcional se refere ao potencial que os indivíduos apresentam para decidir e atuar em sua vida de forma independente (WHO, 2004)

A avaliação funcional fornece dados objetivos que podem indicar declínio futuro ou melhoria do estado de saúde sendo, portanto, um aspecto importante na avaliação do estado de saúde dos idosos (SHELKEY; WALLACE, 2012). As informações coletadas possibilitam o desenvolvimento de um plano de cuidados à medida que permitem identificar os aspectos que limitam a independência e autonomia do idoso, além de fornecer meios para avaliar o tratamento e as intervenções direcionadas a esta população (DUARTE; ANDRADE; LEBRÃO, 2007).

Frequentemente, a avaliação da funcionalidade se dá pela declaração indicativa de dificuldade ou de necessidade de ajuda em tarefas básicas de cuidados pessoais e/ ou em tarefas mais complexas necessárias para viver independente na comunidade (BEGATE; RICARDO; SAWAZKI, 2009). O índice de Katz é um dos instrumentos mais adequados para avaliar o estado funcional como uma medida da capacidade para realização das ABVD de forma independente, avalia a funcionalidade por meio da capacidade do indivíduo em executar seis funções: tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro, transferência, continência e alimentação (SHELKEY; WALLACE, 2012).

Este instrumento, que teve sua primeira versão publicada na década de 60, tem sido até os dias atuais amplamente utilizados para avaliação funcional nos estudos gerontológicos nacionais e internacionais. Em uma revisão sobre a utilização do Índice de Katz, verificou-se que ele foi modificado e simplificado ao longo dos anos, principalmente no que se refere às abordagens de pontuação e à classificação da dependência/independência (DUARTE; ANDRADE; LEBRÃO, 2007).

As atividades da vida diária são elementos essenciais de auto-cuidado das pessoas idosas e a incapacidade de realizar de forma independente até mesmo uma atividade pode indicar a necessidade de assistência cotidiana. Desta forma, a diminuição da funcionalidade em idosos aumenta o risco para a institucionalização, além de estar associada à menor qualidade de vida nesta população (TAVARES; DIAS, 2012).

### 2.3 VELHICE, POLÍTICAS DE PROTEÇÃO A PESSOA IDOSA E A INSTITUCIONALIZAÇÃO

O envelhecer faz parte da vida e corresponde a uma fase em que ocorrem diversas mudanças físicas, psicológicas e sociais que acometem cada pessoa de forma muito peculiar. Essas mudanças muitas vezes são encaradas de forma negativa em nossa sociedade onde prevalece a cultura do novo e da valorização do homem de acordo com sua capacidade de produção e detenção de riqueza. Desta forma, no modelo capitalista em que vivemos a velhice perdeu seu valor simbólico, passando a ocupar um lugar marginalizado na sociedade (VERAS, 2009).

O prolongamento da vida é uma aspiração de qualquer sociedade, contudo a forma como tem se dado a transição demográfica brasileira deixa o país com pouco tempo para se adaptar ao crescente contingente de pessoas idosas, principalmente no que se refere à garantia dos seus direitos Sociais. Estes são descritos por Carvalho (2008) como o direito à educação, ao trabalho, ao salário justo, à saúde e a aposentadoria. Para este autor, os direitos sociais, juntamente aos direitos civis e políticos são imprescindíveis para o exercício da cidadania.

Alguns avanços em termos jurídicos, no que diz respeito à garantia dos direitos à pessoa idosa já foram obtidos. Em 1994 foi instituída a Política Nacional do Idoso e criado o Conselho Nacional do Idoso (BRASIL, 1994), o Estatuto do Idoso aprovado em 2003 amplia a resposta do Estado e da sociedade às necessidades da população idosa ao ampliar seus direitos e estabelecer responsabilidades da família, do estado e da sociedade civil para com os idosos (BRASIL, 2003).

A saúde do idoso foi estabelecida como área prioritária de atenção a partir do Pacto da Saúde em 2006. No mesmo ano foi aprovada a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa que tem como um de seus objetivos a promoção da autonomia, independência, integração e participação efetiva do idoso na sociedade, com vistas ao exercício da cidadania e ao atendimento de suas necessidades específicas, nos diversos níveis de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2006).

As políticas públicas destinadas aos idosos devem levar em consideração sua capacidade funcional, a necessidade de autonomia, de participação, de cuidado e de auto-satisfação e também incentivar a possibilidade de atuação em variados contextos sociais e de elaboração de novos significados para a vida na idade avançada, contribuindo para a prevenção, o cuidado e a atenção integral à saúde (VERAS, 2009).

Deste modo, promover o envelhecimento ativo e saudável significa prevenir a perda da capacidade funcional da população idosa, com preservação da independência física e psíquica, promoção do bem estar físico, mental e social, bem como garantir o acesso a instrumentos diagnósticos adequados, medicação e reabilitação funcional (BRASIL, 2006).

A legislação brasileira relativa aos direitos da população idosa tem avançado, entretanto a prática ainda é insatisfatória, pois falta muito para que os idosos brasileiros participem da sociedade como cidadãos gozando dos direitos que lhe são assegurados em lei. Surgem então questionamentos importantes acerca das responsabilidades dos governos, da sociedade e da família no que concernem as questões de moradia e cuidado às pessoas idosas (XIMENES; CÔRTE, 2006).

Embora o cuidado ao idoso dependente deva ser responsabilidade das famílias, este se torna cada vez mais escasso, em função das novas configurações dos arranjos familiares, com mudanças na nupcialidade e da crescente participação da mulher, tradicional cuidadora, no mercado de trabalho. Isto passa a requerer que o Estado, o mercado privado e a sociedade dividam com a família as responsabilidades no cuidado com a população idosa (CAMARANO; KANSO, 2010).

A institucionalização surge, muitas vezes, como única alternativa para esses idosos que não são capazes de se cuidar sozinhos e que não possuem uma rede de apoio social que lhe acolha e garanta os cuidados necessários. A diminuição da capacidade funcional apresenta-se como um importante fator de risco para a institucionalização do idoso, além de interferir negativamente em sua qualidade de vida (TAVARES; DIAS, 2012; DEL DUCA et al., 2012).

As ILPI, antes chamadas de asilos, são uma modalidade antiga de assistência ao idoso, que atende tanto idosos independentes em situação de carência de renda e/ou de família quanto aqueles com dificuldades para o desempenho das atividades diárias, que necessitem de cuidados prolongados (CAMARANO; KANSO, 2010).

Estudos mostram que o processo de institucionalização interfere negativamente na autonomia e na independência do idoso, tornando-os mais vulneráveis à diminuição da funcionalidade já que perdem a capacidade de decidir sobre os aspectos de sua vida diária, dessa forma tornando-se dependentes, além disso a institucionalização favorece a inatividade física e a imobilidade (OCAÑA et al., 2006; CAMERO; OCAÑA; RODRIGUES, 2008).

Este tipo de moradia, por manter a pessoa idosa fora de seu convívio familiar, tem o inconveniente de produzir isolamento e inatividade física e mental, diminuindo, conseqüentemente, sua qualidade de vida (JESUS et al., 2010). As condições muitas vezes

precárias encontradas nas instituições asilares, no que se referem à infra-estrutura, serviços prestados e recursos humanos, reforça essa situação (PESTANA; SANTO, 2008).

O envelhecimento da população e o aumento da sobrevivência de pessoas com redução da capacidade física, cognitiva e mental estão requerendo que os asilos deixem de fazer parte apenas da rede de assistência social e integrem a rede de assistência à saúde, ou seja, ofereçam algo mais que um abrigo (CAMARANO; KANSO, 2010).

A institucionalização apresenta-se como uma alternativa de atenção aos idosos em situação de abandono e vulnerabilidade, oferecendo acolhimento, acesso à assistência médica, alimentação e moradia (JESUS et al., 2010). Embora seja indiscutível o aumento da demanda por este serviço a questão da institucionalização de idosos continua sendo um tema delicado e sua aceitação como alternativa de suporte social ainda não são consensuais. Na maior parte dos casos, o abandono constitui-se no seu principal motivo (PESTANA; SANTO, 2008).

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 GERAL**

Avaliar a funcionalidade de idosos institucionalizados no município de Recife-PE e seus fatores associados.

#### **3.2 ESPECÍFICOS**

Caracterizar a amostra segundo as variáveis sociodemográficas, condições de saúde e relações familiares;

Estimar a prevalência de incapacidade funcional nos idosos institucionalizados no município de Recife-PE;

Verificar associações entre funcionalidade e as demais variáveis investigadas.

## **4 MATERIAIS E MÉTODOS**

### **4.1 TIPO DE ESTUDO**

Trata-se de um estudo descritivo, observacional, de corte transversal e abordagem quantitativa. Segundo Almeida Filho e Barreto (2012) os estudos transversais, também chamados estudos de prevalência, produzem “instantâneos” da situação de saúde de uma população ou comunidade, com base na avaliação individual do estado de saúde de cada um dos membros do grupo.

Este tipo de estudo tem sido o mais empregado na prática concreta de investigação no campo da saúde e tem como principal objetivo estimar dimensão, magnitude ou extensão de um estado ou situação de interesse no processo saúde/doença de uma população, apresentando como vantagens o baixo custo, a simplicidade analítica e o alto potencial descritivo (ALMEIDA FILHO; BARRETO, 2012).

### **4.2 LOCAL DO ESTUDO**

O estudo foi realizado nas ILPI públicas e filantrópicas vinculadas ao Instituto de Assistência Social e Cidadania (IASC) e cadastradas no Conselho de Assistência Social do município do Recife. De acordo com as informações da Secretaria do Idoso da Prefeitura do Recife existem no Município duas ILPI públicas e sete com caráter filantrópico (Quadro 1).

Quadro 1 - Instituições de Longa Permanência para Idosos públicas e filantrópicas conveniadas ao Conselho de Assistência Social do Município de Recife - PE. Recife, 2013

<b>INSTITUIÇÃO</b>	<b>ENDEREÇO</b>
<b>Públicas</b>	
Casa de Longa Permanência Iêda Lucena	Rua Áureo Xavier, nº 95 - Cordeiro, Recife/PE
Casa de Longa Permanência Porto Seguro	Rua Doutor Aluisio Baltar, 29 - Iputinga, Recife/PE
<b>Filantrópicas</b>	
Abrigo Casa do amor	Rua Ramirez Galvão, 218 - Arruda, Recife/PE
Abrigo Cristo Redentor	Av. Agamenon Magalhães, s/nº - Curado, Recife/PE
Abrigo Lar de Maria – Centro Espírita Moacir	Rua Paula Batista, 205 - Casa Amarela, Recife/PE
Associação Espírita Batista de Carvalho (Lar das Vovozinhas)	Av. São Paulo, 373 - Jardim São, Recife/PE
Abrigo Espírita Lar de Jesus	Rua Vitorino Palmares, s/nº - Torre, Recife/PE
Associação Espírita Casa dos Humildes	Rua Henrique Machado, 110 - Casa Forte, Recife/PE
Santa Casa Instituto Padre Venâncio	Av. Afonso Olindense, 1764 - Várzea, Recife/PE

#### 4.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO

A população do estudo correspondeu aos 432 idosos, de ambos os sexos, com idade equivalente ou superior a 60 anos, que estavam institucionalizados no período de coleta dos dados, nas ILPI selecionadas para o estudo.

#### 4.4 POPULAÇÃO ELEGÍVEL

Por se tratar de um estudo em que foram avaliados vários aspectos relacionados às condições de saúde dos idosos institucionalizados, com a utilização de instrumentos variados, optou-se por incluir no estudo todos os idosos que atenderam aos critérios de inclusão estabelecidos.

#### 4.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Foram incluídos no estudo os idosos cadastrados nas ILPI estudadas, com idade igual ou acima de 60 anos - condição que define a pessoa idosa, de acordo com a Lei nº 8842/94, que trata sobre a Política Nacional do Idoso e do Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003).

Por ser um estudo onde a maior parte das variáveis investigadas foram autorreferidas, a avaliação cognitiva por meio do Mini Exame do Estado Mental (MEEM) foi utilizada como critério de inclusão para assegurar a validade das informações. Para este estudo foi utilizada a versão traduzida e adaptada para o Brasil por Bertolucci et al. (1994). Estes autores observaram que o escore total do MEEM dependia do nível educacional e propuseram a utilização de pontos de cortes diferenciados para o diagnóstico genérico de “declínio cognitivo”. Os pontos de corte usados foram de 13 para analfabetos, 18 para escolaridade baixa/média, e 26 para alta escolaridade (BERTOLUCCI et al., 1994).

#### 4.6 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Foram excluídos do estudo os idosos com comprometimento visual, auditivo e/ou de comunicação que pudesse interferir na coleta dos dados primários durante a entrevista.

#### 4.7 VARIÁVEIS INVESTIGADAS

##### 4.7.1 Variável dependente

Capacidade funcional dos idosos, avaliada por meio da Escala de Atividades Básicas de Vida Diária - Índice de Katz, elaborada por Katz et al. (1963) e adaptada para a população brasileira por Lino et al. (2008). Esta escala avalia a capacidade funcional dos idosos no desempenho de seis funções básicas da vida diária: banho, vestir-se, ir ao banheiro, transferência, continência e alimentação. Neste estudo optou-se por utilizar a escala publicada por Katz e Akpon (1976) escolhida por ser a última versão modificada com anuência do autor, atribui valor 0 para a realização da atividade de forma independente, sem ajuda, e valor 1 para a realização da função com auxílio parcial ou total, possibilitando a construção de um escore de varia de 0 à 6 pontos, quanto maior a pontuação marcada, maior a dependência do idoso.

Para fins de análise, o idoso foi classificado como independente se ele realizava sem qualquer ajuda 04 ou mais atividades do Índice de Katz e como dependente quando ele precisava de auxílio para realizar mais de duas atividades.

#### 4.7.2 Variáveis independentes

##### 4.7.2.1 Dados Sociodemográficos

- Natureza da Instituição: pública ou filantrópica;
- Tempo de Institucionalização: menos de 1 ano, de 1 a menos de 3 anos, de 3 a 5 anos, mais de 5 anos;
- Sexo: masculino ou feminino;
- Faixa etária: categorizada em três níveis (60 a 69 anos; 70 a 79 anos e 80 anos ou mais);
- Condição conjugal: casado/com companheiro(a) ou sem companheiro(a);
- Escolaridade: sem escolaridade, primário incompleto, primário completo, 1º grau incompleto e mais ou não sabe/não respondeu;
- Rendimento pessoal: não possui rendimentos, até 1 salário mínimo ou mais de 1 salário mínimo.

##### 4.7.2.2 Condições de saúde

- Situação de saúde auto-percebida: muito boa/boa, regular, ruim;
- Percepção subjetiva da visão: muito boa/boa, regular, ruim, não respondeu;
- Percepção subjetiva da audição: muito boa/boa, regular, ruim;
- Prática regular de atividade física: sim ou não; definida como a prática de atividade física com frequência mínima de 3 vezes por semana e duração de 30 minutos.
- Uso de dispositivo que auxilia a marcha: sim ou não;
- Ajuda de terceiros para caminhar: sim ou não;
- Morbidade diagnosticada: sim ou não;
- Quantidade de medicamentos por dia: nenhum, 1 a 4, 5 ou mais.
- Ocorrência de quedas nos últimos seis meses: nenhuma vez, uma vez, mais de duas vezes;
- Função Cognitiva: avaliada por meio do Mini-Exame do Estado Mental – MEEM;

- Presença de sintomas depressivos: obtida por meio da Escala de Depressão Geriátrica de 15 itens (GDS-15), cujo resultado de 5 ou mais pontos diagnostica risco médio de depressão e o escore igual ou maior que 11 caracteriza alto risco. A versão brasileira da GDS-15 oferece medidas válidas para o diagnóstico de episódio depressivo maior de acordo com os critérios da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), bem como oferece medidas confiáveis de gravidade do quadro depressivo (ALMEIDA; ALMEIDA, 1999)

- Estado Nutricional: Avaliado por meio do Índice de Massa Corporal (IMC), calculado através da divisão da massa corporal pelo quadrado da altura ( $\text{Kg}/\text{m}^2$ ). Para análise, serão utilizados os pontos de corte propostos para idosos por Lipschitz (1994), que considera as modificações na composição corporal que ocorrem durante o envelhecimento, sugerindo a utilização de maior ponto de corte do IMC para baixo peso e menor para obesidade: baixo peso ( $\text{IMC} < 22 \text{ Kg}/\text{m}^2$ ), eutrofia ( $\text{IMC}$  entre 22 e 27  $\text{Kg}/\text{m}^2$ ), e sobrepeso ( $\text{IMC} > 27 \text{ Kg}/\text{m}^2$ ).

- Equilíbrio e Marcha: avaliados através da Escala de Equilíbrio e Marcha de Tinetti, que identifica alterações na locomoção, diagnostica e quantifica a gravidade do comprometimento e prediz o risco de quedas (TINETTI et al, 1994);

- MEEM: consiste em um teste composto por diversas questões, agrupadas em sete categorias, cada uma delas desenhadas para avaliar funções cognitivas específicas: orientação para o tempo, memória imediata, atenção e cálculo, evocação, lembrança de palavras, linguagem e capacidade construtiva visual, em um escore que varia de 0 a 30 pontos (FOLSTEIN; FOLSTEIN; MCHUGH, 1975).

#### 4.8 ESTUDO PILOTO

O piloto foi realizado no mês de Janeiro de 2013 com 13 idosos em uma das ILPI públicas do estudo. A coleta dos dados era diariamente avaliada e o instrumento modificado de acordo com as necessidades identificadas pelos pesquisadores. Foram realizados ajustes mínimos referentes à formatação do roteiro de entrevistas e à categorização de algumas variáveis.

#### 4.9 COLETA DOS DADOS

Os dados foram coletados nas ILPI no período de Janeiro a Maio de 2013, por meio de entrevista e avaliações individuais, com aplicação de instrumentos padronizados e coleta de dados nos prontuários.

O registro das informações foi efetuado utilizando-se um roteiro de entrevista semi-estruturado (APÊNDICE A), composto por questões fechadas e semi-abertas, organizadas em blocos temáticos incluindo: dados de identificação, sociodemográficos e condições de saúde e através de instrumentos validados no Brasil. Na análise dos prontuários também foram investigadas informações referentes à morbidade com diagnóstico e ao uso de medicamentos.

#### 4.10 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram digitados em dupla entrada em banco de dados construído com o auxílio do *software Excel 2010*. Após a digitação estes foram conferidos e as inconsistências corrigidas. Para a análise estatística o banco foi exportado para o programa *Stata 12.1SE*.

A análise descritiva dos dados foi realizada por meio de frequências absoluta e relativa para as variáveis categóricas, e as medidas usuais de locação (média) e dispersão (desvio padrão) para as variáveis numéricas.

As associações entre as variáveis explicativas e resposta foram avaliadas por meio de análises uni e multivariada, utilizando-se regressão de Poisson com variância robusta, adotando-se a razão de prevalência como medida de associação. Na análise univariada, as variáveis explicativas foram avaliadas individualmente, obtendo-se estimativas das razões e prevalências, com seus respectivos intervalos de 95% de confiança e os valores p dos testes de associação com a resposta. As variáveis com valores  $p < 0,20$  nos teste de associação foram incluídas em um modelo de regressão multivariável de Poisson a fim de identificar aquelas com associação significativa ao nível de 0,05 e obter as correspondentes estimativas das razões de prevalências, ajustadas pelo controle de confundimento com as demais variáveis explanatórias. A apresentação dos resultados atendeu às normas recomendadas pela Associação Brasileira de Normas Técnicas – ABNT: NBR 14724.

#### 4.11 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa desenvolvida está vinculada ao projeto “PERFIL SOCIAL E EPIDEMIOLÓGICO DE PESSOAS IDOSAS NO CONTEXTO ASILAR”. Este projeto foi encaminhado ao IASC, órgão vinculado à Prefeitura do Recife-PE, responsável pelo monitoramento das Instituições de Longa Permanência da região metropolitana do Recife, tendo sido concedida a Carta de Anuência para realização da pesquisa nas ILPIs conveniadas (ANEXO A) e foi submetido e aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Pernambuco (CAAE nº 02013112600005208) (ANEXO B).

Desta maneira, a investigação atendeu aos requisitos estabelecidos na Resolução 196/1996 do Ministério da Saúde, referente ao desenvolvimento de pesquisa científica envolvendo seres humanos, resguardando os princípios éticos da justiça, beneficência e da não maleficência.

O consentimento em participar da pesquisa foi feito por meio da assinatura ou impressão digital do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B). Os idosos foram informados sobre os objetivos da pesquisa, o anonimato e a possibilidade de desistência em qualquer fase da realização desta.

#### 4.11 RISCOS E BENEFÍCIOS

Este estudo envolveu risco mínimo, tanto no que diz respeito à possível constrangimento para o entrevistado, como para risco de possíveis acidentes na aplicação dos instrumentos de avaliação. Para minimizar este possível risco, as avaliações foram realizadas sempre por mais de um avaliador e foi solicitado à ILPI um local adequado para a realização da coleta dos dados.

Como benefício, os resultados obtidos nesta pesquisa serão apresentados em todas as Instituições selecionadas para a pesquisa e ao Órgão responsável pelo monitoramento das Instituições de Longa Permanência para Idosos da região metropolitana do Recife - Instituto de Assistência Social e Cidadania (IASC), podendo auxiliar na avaliação da atenção prestada nestas instituições e servir como subsídio para implementação de ações no sentido de qualificar a assistência aos idosos.

No domínio acadêmico, esta pesquisa servirá como base para a realização de outras pesquisas de iniciação científica, sendo ainda previstos a elaboração de artigos científicos abordando a relevância do tema.

## 5 RESULTADOS

Um levantamento prévio realizado no mês de Janeiro de 2013 constatou que havia 432 idosos vivendo nas ILPI públicas e filantrópicas do município do Recife, destes, 215 atenderam aos critérios de inclusão e foram avaliados por meio do MEEM, após a aplicação dos pontos de corte foram incluídos no estudo 158 idosos sem déficit cognitivo.

As características sociodemográficas e econômicas estão descritas na Tabela 1. A maior parte da população estudada residia em ILPI filantrópicas (85,4%), era do sexo feminino (70,3%), tinha menos de 80 anos (66,4%), não tinha companheiro (90,5%), estava institucionalizada há menos de três anos (57,6%), era aposentada com rendimento mensal de até 1 salário mínimo (77,6%) e possuía primário incompleto (31,6%).

Tabela 1- Distribuição da população estudada segundo as características sociodemográficas e econômicas. Recife-PE, 2013

<b>VARIÁVEIS</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Natureza da Instituição</b>		
Pública	23	14,6
Filantrópica	135	85,4
<b>Tempo de institucionalização (anos)</b>		
Menos de 1	46	29,1
De 1 a menos de 3	45	28,5
De 3 até 5	23	14,6
Mais de 5	44	27,8
<b>Sexo do idoso</b>		
Masculino	47	29,7
Feminino	111	70,3
<b>Faixa etária (anos)</b>		
60 a 69	50	31,6
70 a 79	55	34,8
80 e + anos	53	33,6
<b>Condição conjugal</b>		
Casado ou tem companheiro	15	9,5
Sem companheiro	143	90,5
<b>Escolaridade</b>		
Sem escolaridade	37	23,4
Primário incompleto	50	31,6
Primário completo	38	24,1
1º grau incompleto e mais	23	9,5
Não sabe/não respondeu	10	6,3
<b>Rendimento Pessoal (Salário Mínimo)<sup>1</sup></b>		
Não possui rendimentos	21	13,8
Até 1 salário mínimo	118	77,6
Mais de 1 salário mínimo	13	8,6

<sup>1</sup> Considerado o salário mínimo vigente ao ano de 2013 - R\$ 678,00

A Tabela 2 apresenta a distribuição da população estudada em relação às características das condições de saúde e a avaliação física dos idosos entrevistados. Em relação às condições de saúde autopercebida, 39,9% dos idosos consideraram sua saúde muito boa ou boa, a visão foi considerada muito boa ou boa por 44,9% dos entrevistados. Já com relação à audição a maior parte dos idosos (77,8%) consideraram-na muito boa ou boa.

No que diz respeito à utilização de equipamentos para auxiliar a marcha observou-se que 31% dos idosos estudados faziam uso de bengalas ou andadores e 19% necessitavam de ajuda de outros para caminhar. Detectou-se que apenas 12% praticavam atividade física regular, a avaliação do risco de quedas por meio da Escala de Equilíbrio e Marcha de Tinetti revelou que 27,8% dos idosos que realizaram o teste apresentavam risco mínimo para quedas. Em relação à depressão, avaliada pelo GDS, aproximadamente metade dos idosos (48,4%) apresentou risco médio ou elevado (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição da população estudada segundo as variáveis relativas às condições de saúde e avaliação física. Recife-PE, 2013

<b>VARIÁVEIS</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Saúde autopercebida</b>		
Muito boa/boa	63	39,9
Regular	62	39,2
Ruim	33	20,9
<b>Percepção visual</b>		
Muito boa/boa	71	44,9
Regular	37	23,4
Ruim	49	31,0
Não respondeu	1	0,6
<b>Percepção auditiva</b>		
Muito boa/boa	123	77,8
Regular	22	13,9
Ruim	13	8,2
<b>Prática de atividade física<sup>1</sup></b>		
Sim	19	12,0
Não	139	88,0
<b>Equipamento para marcha<sup>2</sup></b>		
Sim	49	31,0
Não	101	63,9
Não se aplica	8	5,1
<b>Ajuda para caminhar</b>		
Sim	30	19,0
Não	120	75,9
Não se aplica	8	5,1

<sup>1</sup> Considerada prática de atividade física com frequência mínima de 3 vezes por semana e duração de 30 minutos;

<sup>2</sup> Utilização de bengalas e/ou andadores;

Tabela 2 (Continuação) - Distribuição da população estudada segundo as variáveis relativas às condições de saúde e avaliação física. Recife-PE, 2013

<b>VARIÁVEIS</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Morbidade diagnosticada<sup>3</sup></b>		
Sim	120	75,9
Não	38	24,1
<b>Quantidade de medicamentos</b>		
Nenhum	19	12,0
1 a 4	61	38,6
5 ou mais	78	49,4
<b>Quedas nos últimos 6 meses</b>		
Nenhuma vez	116	73,4
Uma vez	24	15,2
Mais de duas vezes	18	11,4
<b>Avaliação da Depressão (GDS)</b>		
Baixo risco	81	51,6
Médio risco	64	40,8
Alto risco	12	7,6
<b>Índice de Massa Corporal (IMC)</b>		
< 22 – Baixo peso	40	25,3
22 a 27 - eutrofia	44	27,8
> 27 - sobrepeso	47	29,7
Não realizou o teste*	27	17,1
<b>Escala de Equilíbrio e Marcha de Tinetti</b>		
Risco mínimo	44	27,8
Risco elevado	37	23,4
Risco moderado	40	25,4
Não realizou o teste*	37	23,4

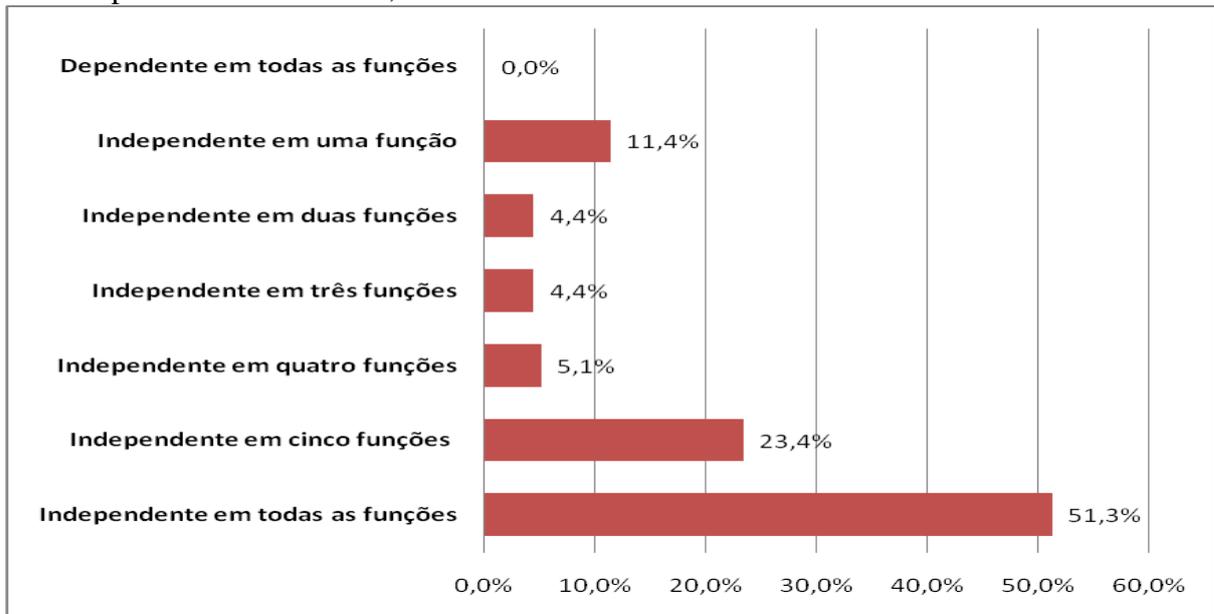
<sup>3</sup>Verificado no prontuário.

\*Não realizou o teste por ser cadeirante, acamado ou deficiente visual.

A funcionalidade para as ABVD avaliada por meio do índice de Katz, mostrou que 126 idosos (79,75%) foram classificados como Independentes, sendo assim definidos os que eram capazes de realizar quatro ou mais atividades sem qualquer auxílio e 32 (20,25%) foram classificados como dependentes, ou seja, precisam de auxílio total ou parcial para a realização de até três ABVD.

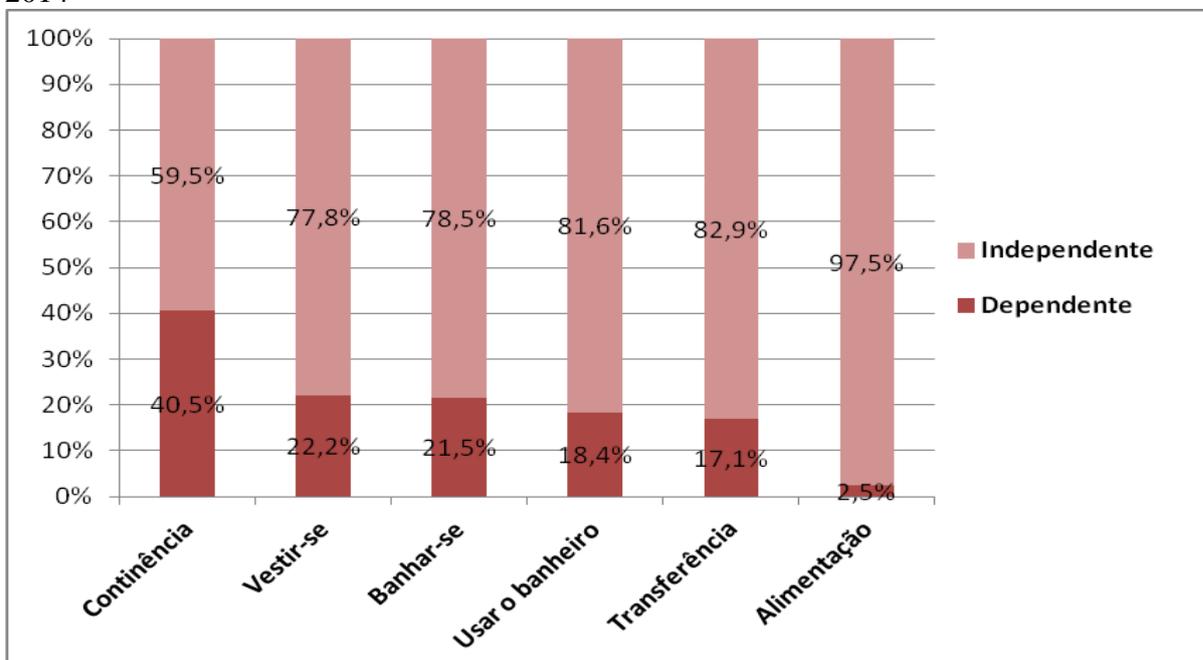
Em relação ao número de atividades realizadas, 81 idosos (51%) eram independentes para todas as funções, 37 (23%) eram independentes em 5 funções, 7(5%) eram independentes em 4 funções, 18 idosos (11%) eram independentes em apenas uma função avaliada e nenhum idoso declarou ser dependente para todas as funções (Figura 1).

Figura 1 - Classificação da população estudada quanto ao Índice de Independência nas Atividades Básicas da Vida Diária, Índice de Katz, relativa ao número de atividades em que são independentes. Recife-PE, 2013



Ao se avaliar separadamente as ABVD, observou-se que a continência urinária e/ou fecal apresentou o maior índice de dependência (40,5%), seguido das atividades: vestir-se e banhar-se, ambas com frequências próximas a 22%; usar o banheiro (18,4%) e transferência (17,1%). A atividade que menos idosos relataram necessidade de ajuda foi alimentação (2,5%) (Figura 2).

Figura 2 - Classificação da população estudada quanto ao Índice de Independência nas Atividades Básicas da Vida Diária, Índice de Katz, relativa ao tipo de ABVD. Recife-PE, 2014



A análise univariada (Tabela 3) mostrou que a independência funcional, do ponto de vista estatístico, foi significativamente mais prevalente nos idosos de instituições públicas, que praticavam atividade física, que não precisavam de equipamentos ou ajuda de alguém para andar sozinhos e naqueles que tinham relativamente maiores escores de MEEM.

Tabela 3 - Análise univariada dos fatores associados à funcionalidade em idosos institucionalizados no município do Recife. Recife-PE, 2013

Variável	Funcionalidade:			P
	Amostra N	Independência N(%)	RP (IC95%)	
<b>Natureza da instituição</b>				< 0.001
Pública	23	23(100.0)	1.3(1.2 - 1.4)	
Filantrópica	135	103(76.3)	1.0	
<b>Tempo de institucionalização (anos)</b>				0.892*
Menos de 1	46	37(80.4)	1.0	
De 1 a menos de 3	45	34(75.6)	0.9(0.8 - 1.2)	
De 3 a 5	23	22(95.7)	1.2(1.0 - 1.4)	
Mais de 5	44	33(75.0)	0.9(0.7 - 1.2)	
<b>Sexo do idoso</b>				0.820
Masculino	47	38(80.9)	1.0	
Feminino	111	88(79.3)	1.0(0.8 - 1.2)	
<b>Faixa etária</b>				0.283*
60 a 69	50	42(84.0)	1.0	
70 a 79	55	44(80.0)	1.0(0.8 - 1.1)	
80 e + anos	53	40(75.5)	0.9(0.7 - 1.1)	
<b>Estado conjugal atual</b>				0.568
Com companheiro	15	11(73.3)	1.0	
Sem companheiro	143	115(80.4)	1.1(0.8 - 1.5)	
<b>Escolaridade</b>				0.720*
Analfabeto	37	32(86.5)	0.9(0.8 - 1.1)	
Primário incompleto	50	36(72.0)	0.8(0.6 - 1.0)	
Primário completo	38	29(76.3)	0.8(0.7 - 1.0)	
Primeiro grau incompleto e mais	23	21(91.3)	1.0	
<b>Rendimento pessoal (Salário Mínimo)*</b>				0.430
Sem rendimentos	21	19(90.5)	1.0	
Até 1 salário mínimo	118	93(78.8)	0.9(0.7 - 1.0)	
Mais de 1 salário mínimo	13	11(84.6)	0.9(0.7 - 1.2)	
<b>Saúde autopercebida</b>				0.124*
Muito boa/boa	63	54(85.7)	1.0	
Regular	62	48(77.4)	0.9(0.8 - 1.1)	
Ruim	33	24(72.7)	0.8(0.7 - 1.1)	
<b>Percepção visual</b>				0.215*
Muito boa/boa	71	60(84.5)	1.1(0.9 - 1.4)	
Regular	37	28(75.7)	1.0	
Ruim	49	37(75.5)	1.0(0.8 - 1.3)	

\*Teste de tendência linear

Tabela 3 (Continuação) - Análise univariada dos fatores associados à funcionalidade em idosos institucionalizados no município do Recife. Recife-PE, 2013

Variável	Funcionalidade:		RP (IC95%)	P
	Amostra N	Independente N(%)		
<b>Percepção auditiva</b>				0.119*
Muito boa/boa	123	100(81.3)	0.9(0.8 -1.0)	
Regular	22	20(90.9)	1.0	
Ruim	13	6(46.2)	0.5(0.3 -0.9)	
<b>Prática atividade física<sup>1</sup></b>				< 0.001
Sim	19	19(100.0)	1.3(1.2 – 1.4)	
Não	137	107(78.1)	1.0	
<b>Equipamento para a marcha<sup>2</sup></b>				0.006
Sim	49	33(67.3)	1.0	
Não	101	91(90.1)	1.3 (1.1 –1.6)	
<b>Ajuda para caminhar</b>				<0.001
Sim	30	13(43.3)	1.0	
Não	120	111(92.5)	2.1(1.4 -3.2)	
<b>Morbidade diagnosticada</b>				0.156
Sim	120	93(77.5)	1.0	
Não	38	33(86.8)	1.1(1.0 -1.3)	
<b>Quantidade de medicamentos</b>				0.516*
Nenhum	19	17(89.5)	1.0	
1 a 4	61	47(77.0)	0.9(0.7 -1.1)	
5 ou mais	78	62(79.5)	0.9(0.7 -1.1)	
<b>Quedas nos últimos 6 meses</b>				0.147*
Nenhuma vez	116	97(83.6)	1.0	
Apenas 1 vez	24	16(66.7)	0.8(0.6 -1.1)	
Duas ou mais vezes	18	13(72.2)	0.9(0.6 -1.2)	
<b>Avaliação da Depressão (GDS)</b>				0.158*
Baixo risco	81	67(82.7)	1.0	
Médio risco	64	51(79.7)	1.0(0.8 - 1.1)	
Alto risco	12	7(58.3)	0.7(0.4 - 1.2)	
<b>Índice de Massa Corporal (IMC)</b>				0.487*
< 22	40	38(95,0)	1.0	
22 a 27	44	43(97,7)	1.0(0.9 – 1.1)	
> 27	47	43 (91,5)	1.0(0.9 – 1.1)	
<b>Escala de Equilíbrio e Marcha de Tinetti</b>				0.078*
Risco mínimo	45	44(97.8)	1.0	
Risco moderado	40	40(100.0)	1.0(1.0 - 1.1)	
Risco elevado	37	32(86.5)	0.9(0.8 - 1.0)	
<b>Avaliação cognitiva (MEEM)</b>	147	-	1.02(1.01-1.04)	0.002

\*Teste de tendência linear

<sup>1</sup>Considerada prática de atividade física com frequência mínima de 3 vezes por semana e duração de 30 minutos;<sup>2</sup>Utilização de bengalas e/ou andadores;

A Tabela 4 apresenta os resultados do modelo final ajustado realizada mediante ajustes de modelos de regressão multivariada de Poisson. A independência funcional continuou sendo significativamente mais prevalente nos idosos de instituições públicas, nos que não precisavam de ajuda para caminhar e nos que tinham relativamente maiores escores MEEM.

Tabela 4 - Análise ajustada, mediante regressão de Poisson, dos fatores associados a independência funcional em idosos institucionalizados. Recife-PE, 2013

Variável	Funcionalidade:		Modelo final RP <sub>ajustada</sub> (IC95%)	Valor p
	Amostra N	Independente N(%)		
<b>Natureza da instituição</b>				0.004
Pública	23	23(100.0)	1.2(1.0 - 1.3)	
Filantrópica	124	99(79.8)	1.0	
<b>Necessita da ajuda para caminhar</b>				<0.001
Sim	29	12(41.4)	1.0	
Não	118	110(93.2)	2.1(1.4 - 3.3)	
<b>MEEM</b>	-	-	1.02(1.01-1.03)	0.003*

†As variáveis explanatórias do modelo inicial são aquelas que apresentaram um valor p < 0.20 na análise univariada (Tabela 1). \*Teste de tendência linear.

## 6 DISCUSSÃO

No que diz respeito ao perfil sociodemográfico dos idosos residentes nas instituições públicas e filantrópicas do Recife, os resultados desta pesquisa comprovam a tendência de estudos recentes nesta área. Observa-se que há predominância do sexo feminino, sem companheiro(a), com baixa renda (até um salário mínimo) e baixa escolaridade (VIVAN; ARGIMON, 2009; GONÇALVES et al., 2010). Del Duca et al. (2012) em estudo de caso controle realizado no município de Pelotas-RS, identificaram que estes fatores são preditores de institucionalização em idosos.

O processo de feminização do envelhecimento ocorre em quase todas as partes do mundo e é resultado da maior expectativa de vida das mulheres que, em média, vivem 8 anos a mais que os homens (VERAS, 2009). No Brasil, de acordo com os dados do último censo demográfico, a proporção de idosos do sexo masculino com idade igual ou maior que 60 anos era aproximadamente 20% menor que o sexo feminino, resultando em uma razão de sexo de 80,1 homens para cada 100 mulheres (IBGE, 2010). Na população institucionalizada esta diferença se apresenta de forma ainda mais expressiva, com prevalência de idosas variando de 57,3% (CAMARANO; KANSO, 2010) a 88,3% (VIVAN; ARGIMON, 2009).

Esta constatação se relaciona com a sobremortalidade masculina presente em quase todos os grupos etários, fazendo com que um quantitativo menor de homens atinja a velhice (IBGE, 2011). De acordo com Bandeira, Melo e Pinheiro (2010) este fato decorre de diferenças sociais e ocupacionais, com destaque para as mortes violentas (assassinatos e acidentes), cujas vítimas, quando jovens e adultas, são homens em mais de 90% dos casos. Por outro lado, as mulheres procuram os serviços de saúde com mais frequência ao longo da vida e são mais atentas ao aparecimento de sinais e sintomas (LEBRÃO, 2007).

A saúde auto percebida consiste em uma avaliação global e subjetiva que contempla aspectos cognitivos, emocionais e de saúde física. Embora não tenha se associado à funcionalidade, um número importante de idosos nesta pesquisa considerou sua saúde como regular ou ruim. Estudos demonstram que uma avaliação negativa da própria saúde se relaciona a piores níveis de capacidade funcional (NOGUEIRA; RIBEIRO; ROSADO, 2010, MACIEL; GUERRA, 2007).

As percepções auditiva e visual também foram avaliadas. Schneider, Marcolin e Dalacorte (2008), ao avaliarem a audição de idosos por meio do Teste do sussurro observaram que 16,9% tinham a audição inadequada bilateralmente, semelhante ao encontrado neste estudo onde aproximadamente 22% dos idosos consideram a audição regular ou ruim.

Segundo esses autores a perda ou diminuição da capacidade auditiva leva o idoso a um maior risco de isolamento social e depressão e está associada à incapacidade funcional para a realização das ABVD (SCHNEIDER; MARCOLIN; DALACORTE, 2008).

Embora não tenha sido encontrada relação significativa entre a visão e a funcionalidade neste estudo, pouco mais da metade dos idosos consideraram-na ruim ou regular. Estudos demonstram que ocorre um aumento na prevalência de problemas oculares com o avançar da idade, os quais quando não tratados se configuram como importante fator associado à dificuldade de realização das atividades cotidianas (LUIZ et al., 2009; MACEDO et al., 2010).

Constatou-se que aproximadamente 76% dos idosos estudados apresentaram alguma morbidade registrada em prontuário, este número é inferior ao encontrado em outros estudos, o que pode indicar falhas de diagnóstico precoce ou nos registros destas doenças nos prontuários dos idosos e não necessariamente melhores condições de saúde. Pinto e Neri (2013) em estudo multicêntrico de base populacional com 2.472 idosos de sete localidades brasileiras, constatou que apenas 11,3% dos idosos não apresentavam doenças crônicas, 49,7% tinham 1 ou 2 e 39,0% apresentavam 3 ou mais.

A sobreposição de doenças crônicas é uma informação importante e deve ser observada na atenção a população idosa institucionalizada, pois compromete o estado de saúde e a capacidade funcional desses indivíduos (NOGUEIRA et al., 2010). Embora não tenha sido avaliado nessa pesquisa, estudos demonstram que o acúmulo de doenças crônicas é comum na população idosa. Aires, Paz e Perosa (2009) ao estudarem idosos institucionalizados, verificaram que 34,6% dos idosos com alguma doença diagnosticada apresentavam comorbidades, ou seja, doenças que se sobrepõem, sendo as mais prevalentes encontradas nesta população, segundo Marchon, Cordeiro e Nakano (2008), as do sistema cardiovascular (73,3%), seguidas de complicações endócrinas e metabólicas (66,7%) e alterações osteomusculares (50%).

O acúmulo de morbidades resulta no uso elevado de medicamentos, quase sempre consistindo em polifarmácia. Nesse estudo, a semelhança de outros na área (MARCHON; CORDEIRO; NAKANO, 2008; POLARO et al., 2012), um número importante de idosos usavam medicamentos regularmente, sendo que 49,37% faziam uso de cinco ou mais. Segundo Oliveira e Novaes (2013) a polifarmácia é mais elevada no sexo feminino e nas faixas etárias mais avançadas e constitui fator de risco importante para quedas na população idosa. Além disso, o acúmulo de doenças crônicas associado ao consumo elevado de

medicamentos podem ser causas de redução da capacidade funcional e conseguinte baixa qualidade de vida (NOGUEIRA; RIBEIRO; ROSADO, 2010).

A funcionalidade vem sendo vista como um novo paradigma de saúde para a população idosa. O declínio funcional está associado a uma complexa rede de determinação em que participam tanto fatores clínicos como aqueles ligados à capacidade para desempenhar atividades e participar socialmente, tudo isso mediado pelo contexto ambiental e pessoal. A doença participa dessa rede causal, mas sua presença não está necessariamente relacionada com a perda da autonomia (MARCHON; CORDEIRO; NAKANO, 2008).

Muitas vezes, limitações funcionais apresentam maior repercussão na vida diária de um idoso do que as doenças crônicas (SCHNEIDER; MARCOLIN; DALACORTE, 2008). Nesse estudo, 79,75% dos idosos foram considerados independentes de acordo com o índice de KATZ. Em relação ao número de atividades realizadas nenhum idoso declarou ser dependente para todas as atividades e aproximadamente metade eram dependentes em no mínimo uma ABVD avaliada, essas prevalências são menores do que o encontrado em outros estudos (ARAÚJO; CEOLIM, 2007; DEL DUCA et al., 2012).

Um estudo transversal, com 187 idosos institucionalizados, realizado no estado de São Paulo, por exemplo, demonstrou que 63% destes necessitavam de auxílio para a execução de pelo menos uma ABVD e 30% eram funcionalmente dependentes para todas as atividades estudadas (ARAÚJO; CEOLIM, 2007). Além disso, Del Duca et al. (2012) observaram que a prevalência de incapacidade funcional é consideravelmente maior nos idosos institucionalizados do que naqueles residentes na comunidade, 79,4% e 26,8% respectivamente.

Uma possível explicação para a menor incapacidade funcional para as ABVD observada nesse estudo consiste no fato de que só participaram da pesquisa os idosos considerados sem déficit cognitivo de acordo com o MEEM. Desse modo, a independência funcional observada pode estar superestimada, já que estudos demonstram que a função cognitiva é um importante indicador de declínio na funcionalidade (DIRIK; CAVLAK; AKDAG, 2006; WANG et al., 2009).

Mesmo participando do estudo apenas os idosos com a cognição preservada, foi observado que a independência funcional associou-se de forma significativa a níveis de função cognitiva mais elevados ( $p < 0,003$ ). A semelhança desse resultado, um estudo realizado em uma cidade espanhola com 380 idosos não institucionalizados encontrou que o risco de apresentar dependência para as atividades básicas e instrumentais da vida diária

aumentou significativamente na presença de declínio na função cognitiva, seja ele leve ou moderado (ARANDA et al., 2009).

A continência foi a função que mais apresentou prevalência de dependência, seguida de vertir-se e banhar-se, o mesmo resultado foi encontrado no estudo de Vivan e Argimon (2009) que avaliaram 103 idosos institucionalizados na cidade de Porto Alegre, RS. Em geral, quanto maior o número de dificuldades que uma pessoa tem com as ABVD, mais severa é a sua incapacidade (ALVES et al., 2007).

Nesse estudo a funcionalidade não diferiu entre os sexos ou faixas etárias, ao contrário do encontrado em outros estudos que identificaram piores níveis funcionais no sexo feminino e em idosos com idade mais avançada (MARCHON; CORDEIRO; NAKANO, 2008; NOGUEIRA et al., 2010). Contudo, após análise ajustada identificou-se que a dependência funcional foi significativamente mais prevalente nos idosos residentes em ILPI Filantrópicas, este fato pode ser explicado em partes por particularidades no perfil dos idosos residentes nestas ILPI.

Um estudo realizado no Brasil em todas as ILPI constatou que a maioria é de natureza filantrópica (65,2%), refletindo sua origem, apenas 6,6% são públicas com predominância das municipais. Nas ILPI pesquisadas residem cerca de 84 mil idosos, o que representa menos de 1% da população idosa brasileira. As ILPI são em geral de pequeno porte e estão trabalhando em plena capacidade (CAMARANO; KANSO, 2010).

Com relação ao tempo de institucionalização observou-se que maior proporção de idosos estava institucionalizada a menos de três anos, e os que residiam na ILPI a mais de cinco anos apresentaram menor prevalência de independência para as ABVD. Embora as diferenças entre o tempo de institucionalização e a funcionalidade não tenham sido estatisticamente significativas, estudos demonstram que o tempo de institucionalização se correlaciona negativamente com a independência funcional para as ABVD (MARCHON; CORDEIRO; NAKANO, 2008; OLIVEIRA; NOVAES, 2012).

A depressão, embora não tenha se associado nesse estudo à funcionalidade, tem se mostrado um fator importante de declínio da capacidade funcional (NOGUEIRA et al., 2010). Dados de um estudo longitudinal com idosos no estado de Michigan – EUA, sugerem que os efeitos da depressão sobre a diminuição da funcionalidade é independente da função cognitiva. Contudo, este mesmo estudo observou que o agravamento da depressão e do estado cognitivo prediz um aumento adicional na probabilidade de dependência para as AVD (LI; CONWELL, 2009).

Os resultados do estudo de Galhardo, Mariosa e Takata (2010), que avaliaram depressão em idosos institucionalizados por meio do GDS, identificaram que 65% apresentavam depressão, sendo que desses, 37% já faziam uso de antidepressivos. Os autores observaram ainda que a independência funcional foi menor no grupo classificado com depressão moderada do que nos idosos sem depressão.

A relação entre estado nutricional e funcionalidade para as ABVD não tem sido muito explorada no Brasil. Embora o IMC não tenha interferido na funcionalidade dos idosos desse estudo, estudos internacionais com idosos institucionalizados observaram correlação positiva entre a independência funcional para as ABVD e melhor IMC, níveis elevados de albumina, ferro sérico, Hematócrito e Hemoglobina no sangue e correlação negativa com a idade e sódio sérico. Portanto o baixo peso e a anemia se configuram como fatores de risco adicionais para a subsequente deficiência na função física nesta população (STEVENS; KILLEEN, 2010; LOPEZ-CONTRERAS et al., 2010).

Nesse estudo o fato do idoso necessitar de ajuda de outras pessoas para caminhar se associou à menor prevalência de independência funcional ( $p < 0,001$ ). É importante destacar que devido ao seu menor nível de complexidade, a medida das ABVD mensuram um processo de declínio funcional elevado e a dificuldade ou necessidade de ajuda em realizar essas atividades indicam importante prejuízo funcional em outros sistemas (SCHNEIDER; MARCOLIN; DALACORTE, 2008).

A variáveis utilização de equipamentos para a marcha e prática de atividade física se associaram significativamente à funcionalidade na análise univariada, contudo, após análise ajustada com controle de confundimento perderam sua significância, possivelmente devido à relação que elas guardam com o fato do idoso ser dependente de ajuda para caminhar.

Já é bem estabelecido na literatura que um dos grandes componentes para o declínio funcional do idoso é a inatividade física, vários estudos foram publicados relatando sua importância para a manutenção ou melhora do estado funcional em idosos intitucionalizados (ROSENDAH et al., 2006; ROLLAND et al., 2007; DEL DUCA et al., 2012). Nesse estudo todos os idosos que realizavam atividade física regular, considerada a prática com frequência mínima semanal de 3 vezes e duração de 30 minutos, foram classificados como independentes para as ABVD, tendo se associado a independência funcional na análise univariada.

Do mesmo modo, Gonçalves et al. (2010) em estudo multicêntrico constatou que quanto menor a capacidade funcional piores são os níveis de aptidão física, principalmente no que se refere a flexibilidade, coordenação, agilidade, equilíbrio dinâmico, força e resistência. Nesse estudo o equilíbrio dinâmico foi avaliado por meio da escada de equilíbrio e marcha de

Tinetti, o grupo de idosos que apresentou risco elevado para quedas de acordo com essa escala apresentou prevalências de dependência para as ABVD mais elevado que os idosos com risco moderado ou baixo, contudo essa diferença foi sutil, não sendo significativa do ponto de vista estatístico.

Estudos de intervenção têm demonstrado que a prática regular de atividade física é capaz de prevenir e em alguns casos melhorar a funcionalidade em idosos. Um Ensaio clínico realizado com idosos institucionalizados com doença de Alzheimer observou que a realização de um programa de exercícios físicos associou-se a declínio mais lento na funcionalidade para as AVD após um ano (ROLLAND et al., 2007). Outro estudo aplicou um programa de exercícios de alta intensidade funcional em um grupo de 191 idosos dependentes para as ABVD e observou melhora significativa na velocidade da marcha, após três meses, e no equilíbrio e força de membros inferiores no final do sexto mês (ROSENDAL et al., 2006).

A baixa frequência de atividade física dentre os idosos estudados (12%) reflete a falta de estímulo por parte das ILPI, a maior parte não dispunha de espaço adequado para a realização de exercícios físicos, nenhuma das instituições tinha o profissional de educação física e apenas uma tinha fisioterapeuta no seu quadro de funcionários. Além disso, eram poucas as atividades de lazer e recreação. No geral, as ILPI não são adaptadas para possibilitar uma vida ativa e independente aos idosos, torna-se, portanto, fundamental desenvolver uma infra-estrutura física favorável ao envelhecimento (DEL DUCA et al., 2012).

Por ser um desenho transversal, não é possível inferir uma relação causal entre a diminuição da funcionalidade e os demais fatores estudados. Estudos sugerem que a incapacidade funcional é um fator de risco para institucionalização dos idosos, por outro lado, o próprio processo de institucionalização leva a declínio da capacidade funcional (DEL DUCA et al., 2012), estando este fato bastante relacionado à conformação do cuidado recebido por esses idosos nas ILPI. Este parece ser, portanto, um processo cíclico e complexo, que envolve uma interação de fatores relacionados ao envelhecimento reforçados por aspectos culturais, sociais e ambientais.

## 7 CONCLUSÕES

A avaliação da funcionalidade pode ser usada como um indicador de saúde para a população idosa. A capacidade de realizar as ABVD refletem um nível básico de autonomia e independência no que diz respeito ao autocuidado e conseqüentemente na qualidade de vida dessa população.

Este estudo avaliou a funcionalidade para as ABVD em idosos institucionalizados e seus fatores associados. É importante ressaltar que a avaliação se deu por meio de autorrelato, portanto, para garantir a confiabilidade dos resultados e minimizar os vieses de informação optou-se por incluir no estudo apenas os idosos com a função cognitiva preservada.

A população desse estudo é, portanto, bem definida, e consiste nos idosos institucionalizados em ILPI públicas e filantrópicas do município de Recife, que concordaram em participar da pesquisa e sem déficit cognitivo e sem dificuldades de comunicação. Desse modo, deve-se ter cautela ao extrapolar os resultados para outros grupos de idosos.

Nesse estudo foram encontrados níveis importantes de dependência funcional, aproximadamente 50% dos idosos eram dependentes em no mínimo uma ABVD, sendo a continência a mais prevalente, contudo, na população geral de idosos institucionalizados, incluindo os idosos com déficit cognitivo, a prevalência de incapacidades deve ser ainda mais expressiva.

Observou-se que a natureza da instituição, necessidade de ajuda para caminhar, função cognitiva, prática regular de atividade física e o uso de equipamento para auxiliar a marcha se associaram significativamente a melhores prevalências de independência funcional, contudo estes dois últimos não permaneceram após a análise multivariada, provavelmente por estarem diretamente relacionados, ou serem conseqüência do fato do idoso apresentar dificuldade para deambular sozinho.

Destaca-se, portanto a natureza prevenível de alguns destes fatores, tal como a prática regular de atividade física, pouco ou nada incentivada nas ILPI estudadas. A forma como as ILPI se estruturam e se organizam para acolher os idosos podem estar contribuindo para as situações de dependência, principalmente no que se refere as ILPI filantrópicas, que apresentam um perfil de cuidado diferente das ILPI públicas desse estudo.

A adaptação das ILPI se faz imprescindível, criar condições favoráveis para que os idosos possam realizar de forma independente ou com ajuda mínima suas atividades de autocuidado, físicas, de lazer e que estimulem a função cognitiva podem contribuir para a

redução na prevalência de dependência funcional e melhorar a saúde e a qualidade de vida dos idosos institucionalizados.

Ressalta-se que este estudo não pretende ser um ponto de partida para estudos futuros que avaliem mais profundamente a essência organizacional das ILPI na nossa sociedade e a forma como esta, associada ao processo de envelhecimento, influencia na perda da independência e autonomia da pessoa idosa.

## REFERÊNCIAS

AIRES, M.; PAZ, A. A.; PEROSA, C. T. SITUAÇÃO DE SAÚDE E GRAU DE DEPENDÊNCIA DE PESSOAS IDOSAS INSTITUCIONALIZADAS. **Rev. gaúch. enferm**, v. 30, n. 3, p. 492-499, 2009. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/8239>>. Acesso em: 20 fev. 2014.

ALMEIDA FILHO, N.; BARRETO, M. L. **Epidemiologia & Saúde: Fundamentos, Métodos, Aplicações**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2012.

ALMEIDA, O.P.; ALMEIDA, S.A. Confiabilidade da versão brasileira da escala de depressão em geriatria (GDS) versão reduzida. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, São Paulo, v. 57, n. 2-B, p. 421-26, 1999. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/anp/v57n2B/1446.pdf>>. Acesso em: 08 jul. 2012.

ALVES et al. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 8, p.1924-1930, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n8/19.pdf>>. Acesso em: 20 fev. 2014.

ANVISA. **Resolução da Diretoria Colegiada**, 283, de 26 de setembro de 2005. Disponível em: <[www.portalsaude.gov.br](http://www.portalsaude.gov.br)>. Acesso em: 20 fev. 2014.

ARANDA, E. R.; ALQUÉZAR, A. L.; TERRER, T. M.; BOTAYA, R. M. Enfermedades crónicas y deterioro funcional para las actividades de la vida diaria en población mayor no institucionalizada. **Rev. Esp. Geriatr. Gerontol.**, v. 44, n. 5, p. 244-50, 2009. Disponível em: <[http://www.researchgate.net/publication/250774456\\_Enfermedades\\_crnicas\\_y\\_deterioro\\_funcional\\_para\\_las\\_actividades\\_de\\_la\\_vida\\_diaria\\_en\\_poblacin\\_mayor\\_no\\_institucionalizada](http://www.researchgate.net/publication/250774456_Enfermedades_crnicas_y_deterioro_funcional_para_las_actividades_de_la_vida_diaria_en_poblacin_mayor_no_institucionalizada)> Acesso em: 20 fev. 2014.

ARAÚJO, J. D. Polarização epidemiológica no Brasil. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 21, n. 4, p. 533-538, 2012. Disponível em: <[http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?pid=S1679-49742012000400002&script=sci\\_arttext](http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?pid=S1679-49742012000400002&script=sci_arttext)>. Acesso em: 20 fev. 2014.

ARAÚJO, M. O. P. H.; CEOLIM, M. F. Avaliação do grau de Independência de idosos residentes em instituições de longa permanência. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 378-85, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n3/06.pdf>>. Acesso em: 6 nov. 2012.

BANDEIRA, L; MELO, H. P; PINHEIRO, L. S. “Mulheres em dados: o que informa a PNAD/IBGE”, 2008. In: **Observatório Brasil da Igualdade de Gênero**, julho, 2010, p. 107-119. Disponível em: <<http://scholar.google.com.br/scholar?q=%22Mulheres%20em%20dados:%20o%20que%20informa%20a%20PNAD/IBGE%22%20Observat%C3%B3rio%20Brasil%20da%20Igualdade%20de%20G%C3%AAnero>>. Acesso em: 20 fev. 2014.

BEGATE, P. S.; RICARDO, A. C. M.; SAWAZKI, G. Avaliação do desempenho funcional de idosos institucionalizados e não Institucionalizados através do teste de mobilidade timed up and go (TUG). **Revista Funcional**, v. 2, n. 2, p. 43-52, 2009. Disponível em: <[http://www.unilestemg.br/revistafuncional/arquivos/v2\\_n2/05\\_AVALIACAO\\_DO\\_DESEMPENHO\\_FUNCIONAL\\_DE\\_IDOSOS.PDF](http://www.unilestemg.br/revistafuncional/arquivos/v2_n2/05_AVALIACAO_DO_DESEMPENHO_FUNCIONAL_DE_IDOSOS.PDF)>. Acesso em: 23 nov. 2012.

BERTOLUCCI, P. H. F.; BRUCKI, S. M. D.; CAMPACCI, S. R.; YARA, J. O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, São Paulo, v. 52, n. 1, p. 1-7, 1994. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/anp/v52n1/01.pdf>>. Acesso em: 08 jul. 2012.

BOFF, L. **Saber Cuidar: Ética do Humano - compaixão pela terra**. Rio de Janeiro: Vozes, 1999.

BRASIL. Lei nº. 8.842 de 4 de janeiro de 1994. **Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências**. Diário Oficial União. 1994; jan 5.; Sec.1. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18842.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18842.htm)>. Acesso em: 20 Fev. 2014.

\_\_\_\_\_. Lei nº. 10.741 de 1º de outubro de 2003. **Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências**. Diário Oficial União. 2003; out 3.; Sec.1. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/110.741.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.741.htm)>. Acesso em: 20 Fev. 2014.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. **Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2528%20aprova%20a%20politica%20nacional%20de%20saude%20da%20pessoa%20idosa.pdf>>. Acesso em: 10 jul. 2012.

BRITO, F. Transição demográfica e desigualdades sociais no Brasil. **Rev. bras. estud. popul.** v. 25, n. 1, p. 5-26, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepop/v25n1/v25n1a02.pdf>>. Acesso em: 25 nov. 2012.

BUENO, J. M et al. Avaliação nutricional e prevalência de doenças crônicas não transmissíveis em idosos pertencentes a um programa assistencial. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 4, p. 1237-46, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n4/20.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2012;

CAMARANO, A. A.; KANSO, S. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. Notas de pesquisa. **R. bras. Est. Pop.**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 233-235, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepop/v27n1/14.pdf>>. Acesso em: 20 fev. 2014.

CAMERO, M. J. C.; OCAÑA, M. J. R; RODRÍGUEZ, J. B. R. Nivel de dependencia y percepción de salud tras la valoración enfermera. **Gerokomos**. v. 19, n. 4, p. 177-183, 2008. Disponível em: <[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-928X2008000400003](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2008000400003)>. Acesso em: 20 Fev. 2014.

CARVALHO, J. A. M.; RODRIGUEZ-WONG, L. L. A transição da estrutura etária da população brasileira na primeira metade do século XXI. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 597-605, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v24n3/13.pdf>>. Acesso em: 20 Fev. 2014;

CARVALHO, J. M. **Cidadania no Brasil: o longo caminho**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2008, 236 p.

CRUZ, D.T.; CAETANO, V.C.; LEITE, I.C.G. Envelhecimento populacional e bases legais da atenção à saúde do idoso. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n. 4, p. 500-508, 2010. Disponível em: <[http://www.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2010\\_4/artigos/CSC\\_v18n4\\_500-508.pdf](http://www.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2010_4/artigos/CSC_v18n4_500-508.pdf)>. Acesso em: 19 nov. 2012.

DEL DUCA GF, SILVA SG, THUMÉ E, SANTOS IS, HALLAL PC. Indicadores da institucionalização de idosos: estudo de casos e controles. **Rev. Saúde Pública**, n. 46, v. 1, p. 147-53, 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102012000100018&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102012000100018&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 20 Fev. 2014.

DIRIK, A.; CAVLAK, U.; AKDAG, B. Identifying the relationship among mental status, functional independence and mobility level in Turkish institutionalized elderly: Gender differences. **Arch. Gerontol. Geriatr.**, v. 42, p. 339-350, 2006. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16289366>>. Acesso em: 24 nov. 2012.

DUARTE, Y. A. O.; ANDRADE, C. L. A.; LEBRÃO, L. L. O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 41, n. 2, p. 317-25, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n2/20.pdf>>. Acesso em: 25 nov. 2012.

FARIAS, N.; BUCHALA, C. M. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial da Saúde: Conceitos, Usos e Perspectivas. **Rev Bras Epidemiol.**, São Paulo, v. 8, n. 2, p. 187-93, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v8n2/11.pdf>>. Acesso em 12 nov. 2012.

FIEDLER, M. M.; PERES, K. G. Capacidade funcional e fatores associados em idosos do Sul do Brasil: um estudo de base populacional. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 409-415, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n2/19.pdf>>. Acesso em: 25 nov. 2012.

FOLSTEIN, M. F.; FOLSTEIN, S. E.; MCHUGH, P. R. Mini-mental state: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. **Journal of Psychiatric Research**. v. 12, n. 3, p. 189-198, 1975. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0022395675900266>>. Acesso em: 20 Fev. 2014.

FREEDMAN, V. A. et al. Recent trends in disability and functioning among older adults in the United States: a systematic review. **JAMA**, v. 288, n. 24, p. 3137-46, 2002. Disponível em: <<http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=195652>>. Acesso em 12 nov. 2012.

GALHARDO, V. A.; MARIOSIA, M. A. S.; TAKATA, J. P. I. Depressão e perfis sociodemográfico e clínico de idosos institucionalizados sem déficit cognitivo. **Rev Med Minas Gerais**, v. 20, n. 1, p. 16-21, 2010. Disponível em: <<http://rmmg.medicina.ufmg.br/index.php/rmmg/article/viewArticle/203>>. Acesso em: 20 Fev. 2014.

GONÇALVES et al. O idoso institucionalizado: avaliação da capacidade funcional e aptidão física. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 9, p. 1738-46, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v26n9/07.pdf>>. Acesso em: 25 nov. 2012.

GRÖNSTEDT, H. et al. Functional level, physical activity and wellbeing in nursing home residents in three Nordic countries. **Aging Clin Exp Res**, Sweden, n. 5-6, v. 23, 2011. Disponível em: <<http://www.kurtis.it/aging/en/abstract.cfm/7507>>. Acesso em: 25 nov. 2012.

IBGE. Indicadores sociais e Municipais: uma análise dos resultados do universo do Censo Demográfico 2010. Estudos e Pesquisas - Informação Demográfica e Socioeconômica, n. 28, 2011. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/indicadores\\_sociais\\_municipais/indicadores\\_sociais\\_municipais.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/indicadores_sociais_municipais/indicadores_sociais_municipais.pdf)>. Acesso em: 20 Fev. 2014.

JESUS et al. Cuidado sistematizado a idosos com afecção demencial residentes em instituição de longa permanência. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS), v. 31, n. 2, p. 285-92, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v31n2/12.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2012.

KATZ, S. et al. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. **JAMA**, v. 185, n. 12, p. 914-9, 1963. Disponível em: <<http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=666768>>. Acesso em: 12 jun. 2012.

KATZ, S.; AKPOM, C. A. A measure of primary sociobiological functions. **Int J Health Serv.**, v. 6, n. 3, p. 493-508, 1976. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/133997>>. Acesso em: 18 jun 2012.

LEBRÃO, M. L. O envelhecimento no Brasil: Aspectos da transição demográfica e epidemiológica. **Saúde Coletiva**, v. 4, n. 17, p. 135-140, 2007. Disponível em: <<http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/pessoaidosa/EnvelhecimentoBrasil-Transicao-MLLebrao-SaudeColetiva2007.pdf>>

LI, L. W.; CONWELL, Y. Effects of Changes in Depressive Symptoms and Cognitive Functioning on Physical Disability in Home Care Elders. **J Gerontol A Biol Sci Med Sci**, v. 64A, n. 2, p. 230-236, 2009. Disponível em: <<http://biomedgerontology.oxfordjournals.org/content/64A/2/230.short>>. Acesso em: 20 Fev. 2014.

LINO, V. T. S et al. Adaptação transcultural da Escala de Independência em Atividades da Vida Diária (Escala de Katz). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 103-112, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n1/09.pdf>>. Acesso em: 22 nov. 2012.

LIPSCHITZ, D. A. Screening for nutritional status in the elderly. **Primary care**, v. 21, n. 1, p. 55-67, 1994. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8197257>>. Acesso em: 28 jul. 2012.

LOPEZ-CONTRERAS, M. J.; ZAMORA-PORTERO, S.; LOPEZ, M. A.; MARIN, J. F.; ZAMORA, S.; PEREZ-LLAMAS, F. Dietary intake and iron status of institutionalized elderly people: relationship with different factors. **J Nutr Health Aging**, v.14, n.10, p. 816-21, 2010. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21125198>>. Acesso em: 20 Fev. 2014.

LUIZ, L. C.; REBELATTO, J. R.; COIMBRA, A. M. V.; RICCI, N. A. Associação entre déficit visual e aspectos clínico-funcionais em idosos da comunidade. **Rev Bras Fisioter**, São Carlos, v. 13, n. 5, p. 444-50, set./out. 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-35552009000500012&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-35552009000500012&script=sci_arttext)>. Acesso em: 20 Fev. 2014.

MACEDO, B. G.; PEREIRA, L. S. M.; CASTRO, A. N. B. V.; CAMELO, J.; SALES, P.C.D. Correlação entre acuidade visual e desempenho funcional em idosos com catarata. **Geriatrics & Gerontologia**. v. 3, n. 4, p.158-163, 2009. Disponível em: <<http://www.sbgg.org.br/profissionais/arquivo/revista/volume3-numero4/artigo03.pdf>>. Acesso em: 20 Fev. 2014.

MACHADO, F. N. **Capacidade e desempenho para a realização das atividades básicas de vida diária: um estudo com idosos dependentes**. Dissertação de mestrado. 2010. Disponível em: <[http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/GCPA-8BAMCT/fl\\_via\\_nunes\\_machado.pdf?sequence=1](http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/GCPA-8BAMCT/fl_via_nunes_machado.pdf?sequence=1)>. Acesso em: 20 Fev. 2014.

MACIEL, A.C.C.; GUERRA, R.O. Influência dos fatores biopsicossociais sobre a capacidade funcional de idosos. **Rev Bras Epidemiol**, v. 10, n. 2, p. 178-89, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v10n2/05.pdf>>. Acesso em: 20 Fev. 2014.

MARCHON, R. M.; CORDEIRO, R. C.; NAKANO, M. M. Capacidade Funcional: estudo prospectivo em idosos residentes em uma instituição de longa permanência. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** v.13, n.2, 2010. Disponível em: <[http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-98232010000200005&lng=pt&nrm=iso](http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232010000200005&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 20 Fev. 2014.

NOGUEIRA, S. L.; RIBEIRO, R. C. L.; ROSADO, L. E. F. P. L.; FRANCESCHINI, S. C. C.; RIBEIRO, A. Q.; PEREIRA, E. T. Fatores determinantes da capacidade funcional em idosos longevos. **Rev. Bras. Fisioter.**, São Carlos, v. 14, n. 4, p. 322-9, 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rbfis/v14n4/aop019\\_10.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rbfis/v14n4/aop019_10.pdf)>. Acesso em: 20 Fev. 2014.

OCAÑA, M. J. et al. Autonomía y estado de salud percibidos em ancianos institucionalizados. **Gerokomos**, Madrid, v. 17, n. 1, p. 6-23, 2006. Disponível em: <<http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v17n1/comunicacion1.pdf>>. Acesso em: 12 nov. 2012.

OLIVEIRA, M. P. F.; NOVAES, M. R. C. G. Perfil socioeconômico, epidemiológico e farmacoterapêutico de idosos institucionalizados de Brasília, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 18, v. 4, p.1069-1078, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v18n4/20.pdf>>. Acesso em: 20 Fev. 2014.

ONU. **World Population Prospects: the 2010 revision**. New York: Unites Nations, 2011. Disponível em: <<http://esa.un.org/wpp/>>. Acesso em: 20 Fev. 2014.

PARAHYBA, M. I.; VERAS, R. Diferenciais sociodemográficos no declínio funcional em mobilidade física entre os idosos no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 13, v. 4, p.1257-1264, 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232008000400022&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232008000400022&script=sci_arttext)>. Acesso em: 12 nov. 2012.

PESTANA, L. C.; SANTO, F. H. E. As engrenagens da saúde na terceira idade: um estudo com idosos asilados. **Rev. esc. enferm.**, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 268-75, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n2/a08.pdf>>. Acesso em: 21 nov. 2012.

PINTO, J. M.; NERI, A. L. Doenças crônicas, capacidade funcional, envolvimento social e satisfação em idosos comunitários: Estudo Fibra. **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 18, v. 12, p. 3449-3460, 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232013001200002&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232013001200002&script=sci_arttext)>. Acesso em: 20 Fev. 2014.

POLARO, S. H. I.; FIDERALINO, J. C. T.; NUNES, P. A. O.; FEITOSA, E. S. F.; GONÇALVES, H. T. Idosos residentes em instituições de longa permanência para idosos da região metropolitana de Belém-PA. **Rev. bras. geriatr. gerontol.** v.15, n. 4, 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-98232012000400016&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-98232012000400016&script=sci_arttext)>. Acesso em: 20 Fev. 2014.

RABELO, D. F.; CARDOSO, C. M. Auto-eficácia, doenças crônicas e incapacidade funcional na velhice. **Psico USF**, n. 12, v. 1, p. 75-81, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pusf/v12n1/v12n1a09.pdf>>. Acesso em: 20 Fev. 2014.

ROLLAND, Y.; PILLARD, F.; KLAPOUSZCZAK, A.; REYNISH, E.; THOMAS, D.; ANDRIEU, S.; RIVIÈRE, D.; VELLAS, B. Exercise program for nursing home residents with Alzheimer's disease: a 1-year randomized, controlled trial. **J Am Geriatr Soc.**, v. 55, n. 2, p.158-65, 2007. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17302650>>. Acesso em: 20 Fev. 2014.

ROSENDAHL, E.; LINDELÖF, N.; LITTBAND, H.; YIFTER-LINDGREN, E.; LUNDIN-OLSSON, L.; HÅGLIN, L.; GUSTAFSON, Y.; NYBERG, L. High-intensity functional exercise program and protein-enriched energy supplement for older persons dependent in activities of daily living: A randomised controlled trial. **Australian Journal of Physiotherapy**. v. 52, p.105–113, 2006; Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16764547>>. Acesso em: 17 Fev. 2014.

SCHNEIDER, R. H.; MARCOLIN, D.; DALACORTE, R. R. Avaliação Funcional de Idosos. **Scientia Medica**, v. 18, n. 1, 2008. Disponível em:

<<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/scientiamedica/article/viewFile/2090/2806>>. Acesso em: 20 mar. 2012.

SCHRAMM, J.M.A. et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 897-908, 2004. Disponível em: <[http://www.saude.es.gov.br/download/TRANSICAO\\_EPIDEMIOLOGICA\\_E\\_CARGA\\_DE\\_DOENCA\\_NO\\_BRASIL.pdf](http://www.saude.es.gov.br/download/TRANSICAO_EPIDEMIOLOGICA_E_CARGA_DE_DOENCA_NO_BRASIL.pdf)>. Acesso em: 10 jul. 2012.

SHELKEY, M.; WALLACE, M. Katz Index of Independence in Activities of Daily Living (ADL). **Try this: Best Practices in Nursing Care to Older Adults**, New York, v. 2, 2012. Disponível em: <[http://consultgerirn.org/uploads/File/trythis/try\\_this\\_2.pdf](http://consultgerirn.org/uploads/File/trythis/try_this_2.pdf)>. Acesso em: 10 jul. 2012.

STEVENS, J.; KILLEEN, M.; A randomized controlled trial testing the impact of exercise of cognitive symptoms and disability of residents with dementia. **Contemporary Nurse**, v. 21, n. 1, p. 32-40, 2006. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16594879>>. Acesso em: 10 jul. 2012.

TAVARES, D. M. S.; DIAS, F. A. Capacidade funcional, morbidades e qualidade de vida de idosos. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 21, n. 1, p. 112-20, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n1/a13v21n1.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2012.

TINETTI, M. E. et al. A multifactorial intervention to reduce the risk of falling among elderly people living in the community. **New England Journal Medical**. v. 331, n. 6, p. 821-827, 1994. Disponível em: <<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM199409293311301>>. Acesso em: 30 jun 2012.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev. Saúde Pública**, v.43, n. 3, 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102009000300020](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000300020)>. Acesso em: 10 jul. 2012.

VIVAN, A. S.; ARGIMON, I. I. L. Estratégias de enfrentamento, dificuldades funcionais e fatores associados em idosos institucionalizados. **Cad. Saúde Pública**, n. 25, v. 2, p. 436-444, 2009. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v25n2/22.pdf>>. Acesso em: 10 jul. 2012.

WANG, J. et al. The Effects of Resident and Nursing Home Characteristics on Activities of Daily Living. **J Gerontol. A Biol. Sci. Med. Sci.**, v. 64, n. 4, p. 473-480, 2009. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2657168/>>. Acesso em: 15 nov. 2012.

WHO. **Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde: CIF**. Lisboa, 2004. Disponível em: <[http://www.inr.pt/uploads/docs/cif/CIF\\_port\\_%202004.pdf](http://www.inr.pt/uploads/docs/cif/CIF_port_%202004.pdf)>. Acesso em: 15 nov. 2012.

WHO. **The uses of Epidemiology in the study of the elderly**. Report of a WHO Scientific Group on the Epidemiology of Aging. Geneva, 1984. 83 p. Disponível em: <[http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO\\_TRS\\_706.pdf](http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_706.pdf)>. Acesso em: 29 nov. 2012.

XIMENES, M. A.; CÔRTE, B. O fazer institucionalizado: o cotidiano do asilamento. **Revista Kairós**. São Paulo, v. 9, n. 2, p. 135-145, 2006. Disponível em: <[http://www4.pucsp.br/pos/gerontologia/downloads/Kairosv9\\_n2.pdf](http://www4.pucsp.br/pos/gerontologia/downloads/Kairosv9_n2.pdf)>. Acesso em: 12 nov. 2012.

## APÊNDICE A - Roteiro de Entrevista

### 1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Hora início \_\_\_:\_\_\_ Hora término \_\_\_:\_\_\_

01. Nº Questionário: _____	Nquest: _____
02. Entrevistador: _____	Entrev: _____
03. Data da entrevista: ___/___/___	Data _____
04. Nº do idoso: _____	Nidoso: _____
Nome: _____	
05. Situação do idoso: (1) acamado (2) cadeirante (3) deficiente visual (4) amputado (5) deficiente auditivo (6) sem restrição	SitIdoso: _____
06. IPLI (Nome/ Endereço): _____	
07. Natureza: (1) pública (2) filantrópica	NatILPI _____
08. Tempo de institucionalização: (1) menos de 1 ano (2) 1- 3 anos (3) 3- 5 anos (4) > 5 anos	TempILPI _____

### 2. DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

09. Sexo: (1) Masculino (2) Feminino	Sexo: _____	
10. Data de Nascimento ___/___/___	Data: ___/___/___	
11. Idade em anos completos _____	Idadeanos: _____	
12. Faixa etária: (1) 60 a 69 anos (2) 70 a 79 anos (3) 80 e + anos	Faixaet: _____	
13. Estado Conjugal: (1) casado ou tem companheiro (a) (2) Solteiro (a) (3) Viúvo (a) (4) Separado (a) ou divorciado (a) (9) Não responde	EstadoConj: _____	
14. O Sr(a) tem/teve filhos? (1) Sim (2) Não	Filhos: _____	
14.1. Número de filhos: _____ (0) Não se aplica	Nfilhos: _____	
15. O Sr(a) frequentou a escola? (1) Sim (2) Não	Estud: _____	
<u>Se não tiver estudado, pule para a questão 16. Em caso de resposta afirmativa, passe para a 15.1.</u>		
15.1. Até que série o senhor(a) estudou?	Anosdeestudo: _____	
(1) Primário incompleto	(5) 2ª grau incompleto	(9) Não sabe
(2) Primário completo	(6) 2ª grau completo	(0) Não se aplica
(3) 1ª grau incompleto	(7) Superior incompleto	
(4) 1ª grau completo	(8) Superior completo	
16. Rendimento pessoal:	RendPessoal: _____	
(1) Até um salário mínimo (Até R\$ 678,00)		
(2) Entre um e dois salários mínimos (De R\$ 678,00 a R\$ 1.356,00)		

- (3) De dois a quatro salários (De R\$ 1.356,00 a R\$ 2.034,00)  
 (4) Mais de quatro salários (Mais de R\$ 2.034,00)  
 (5) Não possui rendimentos

### 3. CONDIÇÕES DE SAÚDE

17. Situação de saúde (auto-percebida): (1) Muito boa/ boa (2) Regular (3) Ruim Sauauto: \_\_\_\_\_
18. Pratica atividade física? (1) Sim (2) Não Pratfísica: \_\_\_\_\_
19. Você utiliza algum equipamento que o ajuda a “andar sozinho” (por exemplo: andadores e bengalas)?  
 (1) Sim (2) Não Equimarcha: \_\_\_\_\_
20. Você necessita da ajuda de alguém para caminhar?  
 (1) Sim (2) Não Ajuda terceiros: \_\_\_\_\_
21. Você considera sua visão: (1) Boa (2) Regular (3) Ruim Percevis: \_\_\_\_\_
23. Você considera sua audição: (1) Ótima (2) Regular (3) Ruim Percebaud: \_\_\_\_\_
24. Nos últimos seis meses você caiu quantas vezes na instituição?  
 (1) Nenhuma vez (2) Apenas uma vez (3) Caiu duas ou mais vezes Nquedas: \_\_\_\_\_

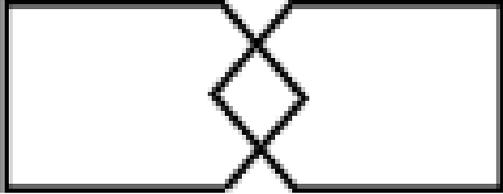
### 4. DADOS DO PRONTUÁRIO

28. Morbidade(s) registradas no prontuário: (1) Sim (2) Não MorbDiag: \_\_\_\_\_
29. Quantidade de medicamentos utilizados pelo idoso: \_\_\_\_\_ Quantmed: \_\_\_\_\_

## 5. AVALIAÇÃO COGNITIVA

## MINI EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)

DOMÍNIOS			ERRADO	CERTO
<b>1. Orientação temporal</b> (0 - 5 pontos)	Em que dia estamos?	Ano	0	1
		Semestre ou hora aproximada	0	1
		Mês	0	1
		Dia do mês	0	1
		Dia da semana	0	1
<b>2. Orientação espacial</b> (0 - 5 pontos)	Onde estamos?	<b>Estado</b>	0	1
		<b>Cidade</b>	0	1
		<b>Bairro ou rua próxima</b>	0	1
		<b>Local geral</b> – que local é este aqui? (apontando ao redor num sentido mais amplo – NAI)	0	1
		<b>Local específico</b> – em que local nós estamos? (consultório)	0	1
<b>3. Memória imediata</b> (repita as palavras) (0 - 3 pontos)	Peça ao idoso para repetir as palavras depois de dizê-las. Repita os objetos na ordem até que o entrevistado o aprenda (máximo 5 repetições)	Caneca	0	1
		Tijolo	0	1
		Tapete	0	1
<b>4. Cálculo</b>	O (a) Sr (a) faz cálculos?	Sim (vá para 4a) Não (vá para 4b)		
4a. Cálculo (0 - 5 pontos)	Se de R\$100,00 fossem tirados R\$ 7,00 quanto restaria? E se tirarmos mais R\$ 7,00? (total de 5 subtrações ao todo)	100 - 7 = 93	0	1
		93-7 = 86	0	1
		86-7 = 79	0	1
		79-7 = 72	0	1
		72-7 = 65	0	1
4b. (0 – 5 pontos)	Soletre a palavra MUNDO de trás para frente	O	0	1
		D	0	1
		N	0	1
		U	0	1
		M	0	1
<b>5. Memória de evocação</b> (0 – 3 pontos)	Repita as palavras que disse há pouco	Caneca	0	1
		Tijolo	0	1
		Tapete	0	1
<b>6. Linguagem</b> (0-3 pontos)	Mostre um relógio e uma caneta e peça ao idoso para nomeá-los	Relógio	0	1
		Caneta	0	1
<b>7. Linguagem</b> (0-1 ponto)	Repita a frase!	“NEM AQUI, NEM ALÍ, NEM LÁ”.	0	1
<b>8. Linguagem</b> (0-2 pontos)	Siga uma ordem de três estágios:	a) Pegue o papel com a mão direita;	0	1
		b) Dobre-o ao meio;	0	1
		c) Ponha-o no chão;	0	1

<b>9. Linguagem</b> (1 ponto)	Escreva em um papel: “feche os olhos”. Peça ao idoso para que leia a ordem e a execute	FECHE OS OLHOS	0	1
<b>10. Linguagem</b> (1 ponto)	Peça ao idoso para escrever uma frase completa. O comando é: <b><u>ESCREVA UMA FRASE QUE TENHA COMEÇO, MEIO E FIM E FAÇA SENTIDO.</u></b>	Uma frase com início meio e fim (não precisa ser longa). Implica na presença mínima do sujeito e do verbo, devendo ter sentido. <u>Gramática e pontuação não são pontuadas.</u>	0	1
<b>11. Linguagem</b> (1 ponto)	Copie o desenho:		0	1
TOTAL DE PONTOS DOS 11 QUESITOS			MEEM _____	

## 6. AVALIAÇÃO FUNCIONAL

<b>Formulário de Avaliação das Atividades Básicas de Vida Diária (AVD) – Índice de Katz</b>		
<b>ATIVIDADES</b> Pontos (1 ou 0)	<b>INDEPENDÊNCIA</b> (0 Ponto) SEM supervisão, orientação ou assistência pessoal	<b>DEPENDÊNCIA</b> (1 Pontos) COM supervisão, orientação ou assistência pessoal ou cuidado integral
Banhar-se Pontos = _____	(0 Ponto) Banha-se completamente ou necessita de auxílio apenas para uma parte do corpo como as costas, genitais ou uma extremidade incapacitada.	(1 Pontos) Necessita de ajuda para banhar-se em mais de uma parte do corpo, entrar e sair do chuveiro ou banheira ou requer assistência total no banho.
Vestir-se Pontos = _____	(0 Ponto) Pega as roupas do armário e veste as roupas íntimas, externas e cintos. Pode receber ajuda para amarrar os sapatos.	(1 Pontos) Necessita de ajuda para vestir-se ou necessita ser completamente vestido.
Ir ao banheiro Pontos = _____	(0 Ponto) Dirigi-se ao banheiro, entra e sai do mesmo, arruma suas próprias roupas, limpa a área genital sem ajuda	(1 Pontos) Necessita de ajuda para ir ao banheiro, limpar-se ou usa urinol ou comadre.
Tranferência Pontos = _____	(0 Ponto) Senta-se/deita-se e levanta-se da cama ou cadeira sem ajuda. Equipamentos mecânicos de ajuda são aceitáveis.	(1 Pontos) Necessita de ajuda para sentar-se, deitar-se ou levantar-se da cama ou cadeira.
Continência Pontos = _____	(0 Ponto) Tem completo controle sobre suas eliminações (urinar e evacuar).	(1 Pontos) É parcial ou totalmente incontinente do intestino ou bexiga.
Alimentação Pontos = _____	(0 Ponto) Leva a comida do prato a boca sem ajuda. A preparação da comida pode ser feita por outra pessoa.	(1 Pontos) Necessita de ajuda total ou parcial com a alimentação ou requer alimentação enteral.
<b>TOTAL DE PONTOS</b>  KATZ: _____	<b>Índex nas AVD</b> 0 = Independente para todas as funções. 1 = Independente em cinco funções e dependente em uma função. 2 = Independente em quatro funções e dependente em duas funções. 3 = Independente em três funções e dependente em três funções. 4 = Independente em duas funções e dependente em quatro funções. 5 = Independente em uma função e dependente em cinco funções. 6 = Independente para todas as funções.	

**7. AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDAS - ÍNDICE DE TINETTI****Equilíbrio (16 pontos). Instruções: Sujeito sentado em uma cadeira rígida, sem braços.**

1. Equilíbrio sentado	Escorrega/inclina-se na cadeira Estável/Seguro	0 ( ) 1 ( )
2. Levantando da cadeira	Incapaz sem ajuda Capaz, usa membros superiores para auxiliar Capaz sem usar membros superiores	0 ( ) 1 ( ) 2 ( )
3. Tentativas de levantar	Incapaz sem ajuda Capaz, requer mais de uma tentativa Capaz de se levantar, uma tentativa	0 ( ) 1 ( ) 2 ( )
4. Assim que levanta (primeiros 5 segundos)	Instável (cambaleia, move os pés, oscila o tronco) Estável, mas usa dispositivo de auxílio à marcha Estável sem dispositivo de auxílio	0 ( ) 1 ( ) 2 ( )
5. Equilíbrio em pé	Instável Instável, mas aumenta a base de suporte (entre os calcanhares > 10 cm de afastamento) e usa dispositivo de auxílio Diminuição da base sem dispositivo de auxílio	0 ( ) 1 ( ) 2 ( )
6. Teste dos três tempos*	Começa a cair Agarra ou balança (braços) Equilibrado	0 ( ) 1 ( ) 2 ( )
7. Olhos fechados (mesma posição do item 6)	Instável Estável	0 ( ) 1 ( )
8. Girar 360°	Instável (desequilibrado) Passos descontínuos Passos contínuos	0 ( ) 1 ( ) 2 ( )
9. Sentando	Inseguro (erra a distância, cai na cadeira) Usa os braços ou movimentação abrupta Seguro, movimentação suave	0 ( ) 1 ( ) 2 ( )

**Marcha (12 pontos)**

10. Início da marcha	Hesitação ou várias tentativas para iniciar Sem hesitação	0 ( ) 1 ( )
11. Comprimento e altura dos passos	a) Perna DIREITA em balanceio: Não passa o membro E Passa o membro E Pé D não se afasta completamente do solo com o passo Pé D se afasta completamente do solo b) Perna ESQUERDA em balanceio Não passa o membro D Passa o membro D Pé E não se afasta completamente do solo com o passo Pé E se afasta completamente do solo	0 ( ) 1 ( ) 0 ( ) 1 ( ) 0 ( ) 1 ( ) 0 ( ) 1 ( )
12. Simetria dos passos	Passos diferentes Passos semelhantes	0 ( ) 1 ( )
13. Continuidade dos passos	Paradas ou passos descontínuos Passos contínuos	0 ( ) 1 ( )
14. Direção	Desvio nítido Desvio leve ou moderado ou uso de apoio Linha reta sem apoio (bengala ou andador)	0 ( ) 1 ( ) 2 ( )
15. Tronco	Balanço grave ou uso de apoio Flexão dos joelhos ou dorso ou abertura dos braços Sem flexão, balanço, não usa os braços ou apoio	0 ( ) 1 ( ) 2 ( )
16. Distância dos tornozelos	Tornozelos separados Tornozelos quase se tocam enquanto anda	0 ( ) 1 ( )

**Total: 28 pontos**

## 8. AVALIAÇÃO DA DEPRESSÃO

### ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA DE 15 ITENS

Antes de iniciar as perguntas, explicar que elas se referem a como o idoso tem se sentido durante a última semana.

N.	Pergunta	Resposta	Escore	
			Não	Sim
1	Você está basicamente satisfeito(a) com a vida?		1	0
2	Você deixou muitos de seus interesses e atividades?		0	1
3	Você sente que sua vida está vazia?		0	1
4	Você se aborrece com frequência?		0	1
5	Você se sente de bom humor a maior parte do tempo?		1	0
6	Você tem medo que algum mal vá lhe acontecer?		0	1
7	Você se sente feliz a maior parte do tempo?		1	0
8	Você sente que sua situação não tem saída?		0	1
9	Você prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?		0	1
10	Você se sente com mais problemas de memória do que a maioria?		0	1
11	Você acha maravilhoso estar vivo?		1	0
12	Você se sente um inútil nas atuais circunstâncias?		0	1
13	Você se sente cheio de energia?		1	0
14	Você acha que sua situação é sem esperanças?		0	1
15	Você sente que a maioria das pessoas está melhor que você?		0	1
<b>TOTAL</b>				

**Pontuação:**

**0 a 5 = normal**

**6 a 10 = depressão leve**

**11 a 15 = depressão severa.**

## APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

### **Perfil social e epidemiológico de pessoas idosas no contexto asilar**

Autora: Márcia Carréra Campos Leal

Endereço para contato: Av. Prof. Moraes Rego, s/n. Cidade Universitária. Recife – PE.

CEP: 50670-901.

E-mail: [marciacarrera@hotmail.com](mailto:marciacarrera@hotmail.com)

Telefone: (81): 21268550

CEP/CCS/UFPE: Av. da Engenharia, s/n. Cidade Universitária. Recife – PE,

CEP: 50740-600. Recife – PE.

Telefone: (81): 21268588

Convido o(a) senhor(a) a participar deste estudo que tem como objetivo identificar o perfil social e epidemiológico de pessoas idosas residentes em Instituições de Longa Permanência. As informações obtidas servirão para elaboração de trabalhos desenvolvidos pelo grupo de pesquisa “Saúde do Idoso” e serão coletados através de uma entrevista.

Vale salientar que sua participação é voluntária e lhe será garantido e respeitado o direito de interromper a sua participação na pesquisa a qualquer momento. Sua participação no estudo não acarretará despesas para o senhor (a), assim como também não receberá pagamento.

As informações obtidas ficarão em segredo, sendo respeitada a sua privacidade no momento da entrevista. As informações serão armazenadas no Departamento de Medicina Social em armário particular, sob a responsabilidade da pesquisadora, podendo os resultados obtidos ser usados apenas para alcançar os objetivos deste trabalho, incluindo publicações em revistas científicas.

O estudo poderá trazer risco como o possível constrangimento para o senhor (a) durante a entrevista. Porém, poderá trazer melhorias para a qualidade de vida do idoso, pois ajudará a aumentar os conhecimentos na área da assistência ao idoso institucionalizado, além disso, durante a entrevista o senhor (a) poderá fazer perguntas e esclarecer suas dúvidas.

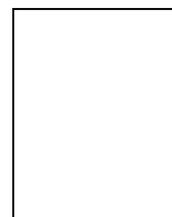
### **Consentimento**

Após leitura do documento e esclarecida às dúvidas que julgo necessárias sobre o estudo, declaro que concordo em participar voluntariamente do mesmo.

Recife, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2013.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante ou acompanhante

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador responsável



## ANEXO A – Carta de Anuência



### CARTA DE ANUÊNCIA

Autorizo as estudantes Isabelle Rayanne Alves Pimentel da Nóbrega, CPF:062.913.604-11, RG: 3003331 SEDES-PB; Elisa Moura Melo Mesquita Monteiro, CPF: 063.919.274-21, RG: 7233296 SDS-PE; Juliana Lourenço Silva, CPF: 055.240.204-47, RG: 7038002 SDS; Erika Carla Cavalcanti Gomes, CPF: 036.163.724-10, RG: 6345783 SDS-PE; Benvinda Pereira de Barros, CPF:011.769.924-14, RG:5766796; Daniele Ferreira Rodrigues, CPF:06417421422, RG:002263354 SSP-RN, sob a orientação da profª. Márcia Carréra Campos Leal - CPF:274396234-87; RG:1.227.360 – SDS/PE e Co-orientação da profª. Ana Paula de Oliveira Marques - CPF:650116434-68; RG:1.932.683 - SSP/PE, do Programa de Pós-graduação Integrado em Saúde Coletiva e Programa de Pós-graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Pernambuco, a desenvolverem nas unidades de abrigamento de idosos do IASC a pesquisa "Perfil Social e Epidemiológico de Pessoas no Contexto Asilar".

A responsável pela pesquisa nos deu ciência do projeto e compromete-se a resguardar os itens abaixo listados:

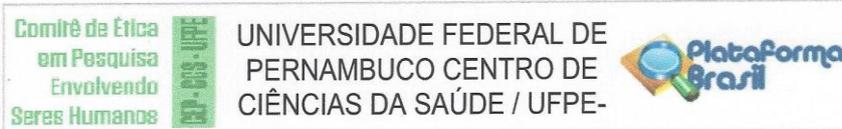
- O cumprimento das determinações éticas da Resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde, na coleta e divulgação dos dados;
- O cumprimento da Lei nº. 10.741, de 1º de outubro de 2003, que dispõe sobre o Estatuto do Idoso;
- A garantia de fornecer esclarecimentos, antes e durante o curso da pesquisa, bem como a apresentação do relatório final do estudo, de forma que o IASC possa refletir e implementar melhorias no serviço prestado;
- A garantia de liberdade de recusa a participar ou retirar a anuência, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma;
- A garantia de que a instituição e nenhum usuário será identificado e terá assegurada a privacidade quanto aos dados envolvidos na pesquisa;
- Não haverá nenhuma despesa para o IASC decorrente da realização ou divulgação da pesquisa.

Recife, 30 de maio de 2012.

Edna Mirtes dos Santos Granja  
Diretora de Proteção Social  
Especial de Alta Complexidade  
Matrícula nº. 8025-0 - DPSEAC / IASC

Edna Mirtes dos Santos Granja – Matrícula nº. 8025-0  
Diretora de Proteção Social Especial de Alta Complexidade – IASC

## ANEXO B – Parecer do Comitê de ética em Pesquisa (CEP)



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** PERFIL SOCIAL E EPIDEMIOLÓGICO DE PESSOAS IDOSAS NO CONTEXTO

**Pesquisador:** Márcia Carréra Campos Leal

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 02013112.6.0000.5208

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DA NOTIFICAÇÃO

**Tipo de Notificação:** Envio de Relatório Final

**Detalhe:**

**Justificativa:** Envio do relatório final do projeto.

**Data do Envio:** 09/11/2013

**Situação da Notificação:** Parecer Consubstanciado Emitido

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 468.954

**Data da Relatoria:** 15/11/2013

#### Apresentação da Notificação:

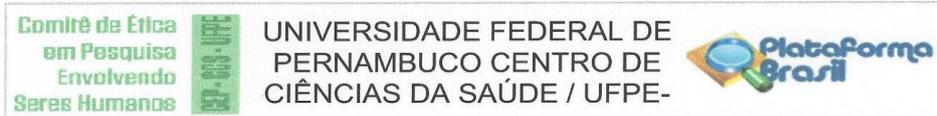
Trata-se notificação do protocolo em epígrafe com vistas a apresentar relatório final. O estudo caracterizado como descritivo e de corte seccional quantitativo, estudou idosos institucionalizados no Município do Recife, de ambos os sexos, cadastrados em Instituições de Longa Permanência (ILPIs), com idade mínima igual ou acima de 60 anos (condição que define a pessoa idosa, de acordo com a Lei n° 8842/94, que trata sobre a Política Nacional do Idoso).

#### Objetivo da Notificação:

O objetivo da pesquisa era identificar o perfil social e epidemiológico de pessoas idosas residentes em ILPIs segundo variáveis sociodemográficas, comprometimento cognitivo, condição de saúde, prática de atividade física, estado nutricional, sintomas de depressão, apoio social e funcionalidade familiar, bem como verificar existência de possível associação entre as variáveis

**Endereço:** Av. da Engenharia s/n° - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS  
**Bairro:** Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600  
**UF:** PE **Município:** RECIFE  
**Telefone:** (81)2126-8588 **Fax:** (81)2126-8588 **E-mail:** cepccs@ufpe.br

## ANEXO B – Parecer do Comitê de ética em Pesquisa (CEP) (continuação)



Continuação do Parecer: 468.954

investigadas.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

A previsão de riscos indicada restringia-se ao possível constrangimento com a situação de entrevista.

Os benefícios seriam avaliados em termos de melhorias para a qualidade de vida do idoso, tendo em vista a ampliação do conhecimento na área da assistência ao idoso institucionalizado.

**Comentários e Considerações sobre a Notificação:**

Trata-se de pesquisa importante visto que não se pode mais dizer que o Brasil seja um país jovem, já que a Organização Mundial de Saúde (OMS) considera uma população envelhecida quando a proporção de pessoas com 60 anos ou mais atinge 7% com tendência a crescer. De acordo com o Censo Populacional de 2010, os brasileiros com 60 anos ou mais já somam 18 milhões de indivíduos, representando 12% da população total e que os idosos institucionalizados necessitam de intervenções sistematizadas, por meio de uma equipe multidisciplinar em saúde, focada na prevenção de agravos decorrentes do processo de envelhecimento e na manutenção da capacidade funcional.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Os termos de notificação obrigatória foram anexados à Plataforma Brasil.

**Recomendações:**

Não se aplica.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Notificação aprovada.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O Colegiado aprova o parecer da notificação do relatório final da pesquisa, tendo o mesmo sido avaliado e aprovado de forma definitiva.

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS  
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-600  
 UF: PE Município: RECIFE  
 Telefone: (81)2126-8588 Fax: (81)2126-8588 E-mail: cepccs@ufpe.br

**ANEXO B - Parecer do Comitê de ética em Pesquisa (CEP) (continuação)**

Comitê de Ética  
em Pesquisa  
Envolvendo  
Serres Humanos



UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
PERNAMBUCO CENTRO DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE / UFPE-



Continuação do Parecer: 468.954

RECIFE, 26 de Novembro de 2013

---

Assinador por:  
GERALDO BOSCO LINDOSO COUTO  
(Coordenador)

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS  
Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-600  
UF: PE Município: RECIFE  
Telefone: (81)2126-8588 Fax: (81)2126-8588 E-mail: cepccs@ufpe.br