

PAULA BEATRIZ DE OLIVEIRA

CAPACIDADE FUNCIONAL DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação Strictu sensu – Atenção à Saúde, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, nível doutorado, como requisito parcial para obtenção do Título de Doutor em Atenção a Saúde.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Darlene Mara dos Santos Tavares

Linha de pesquisa: Atenção à Saúde das populações.

Uberaba

2019

**Catálogo na fonte: Biblioteca da Universidade Federal do
Triângulo Mineiro**

O49c Oliveira, Paula Beatriz de
Capacidade funcional de idosos institucionalizados / Paula Beatriz de
Oliveira. -- 2019.
162 f. : il., fig., graf., tab.

Tese (Doutorado em Atenção à Saúde) -- Universidade Federal do
Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, 2019
Orientadora: Profa. Dra. Darlene Mara dos Santos Tavares

1. Saúde do idoso. 2. Envelhecimento saudável. 3. Atividades cotidianas.
4. Instituição de longa permanência para idosos. I. Tavares, Darlene Mara
dos Santos. II. Universidade Federal do Triângulo Mineiro. III. Título.

CDU 613.98

PAULA BEATRIZ DE OLIVEIRA

CAPACIDADE FUNCIONAL DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação
Strictu sensu – Atenção à Saúde, da Universidade
Federal do Triângulo Mineiro, nível doutorado,
como requisito parcial para obtenção do Título de
Doutor em Atenção a Saúde.

Uberaba, ____ de _____ de 2019.

Prof.^a Dra. Darlene Mara dos Santos Tavares (Orientadora)
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Prof.^a Dra. Jurema Ribeiro Luiz Gonçalves
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Prof.^a Dra. Lislei Jorge Patrizzi
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Prof.^a Dra. Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues
Universidade de São Paulo/ USP, Ribeirão Preto

Prof. Dr. Alisson Fernandes Bolina
Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília/UNB

Dedico aos meus pais, irmãos por todo apoio e carinho; à minha avó pela proteção de sempre e aos idosos institucionalizados fonte de inspiração para este trabalho.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus e a Espiritualidade amiga a oportunidade de desenvolver e concluir este trabalho.

A professora Darlene Mara dos Santos Tavares pela orientação e, por principalmente, acreditar em meu trabalho.

Ao professor Ricardo Jader pelo cuidado e carinho durante toda minha formação.

Aos idosos institucionalizados, razão deste trabalho.

Aos diretores e funcionários das Instituições de Longa Permanência para Idosos participantes deste trabalho.

Aos meus amigos, tios e primos, madrinhas; padrinhos; comadres e afilhados pela compreensão nos momentos de minha ausência.

Aos meus amigos de turma do doutorado, especialmente ao Joilson Meneguci e a Nayara Cândida por toda atenção e carinho na concretização dessa tese.

Aos amigos da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica da UFTM pela compreensão e apoio, sem a qual eu não teria disponibilidade para realizar as atividades do Doutorado.

As meus amigos da Universidade de Uberaba, especificamente as docentes Marciana Fernandes Moll e Marisa Freitas pelo apoio e incentivo.

Aos professores que participaram tanto da minha banca de qualificação quanto da defesa pelo disponibilidade e contribuições.

Aos professores e funcionários da Pós-Graduação em Atenção a Saúde, especialmente os secretários Danielle Cristina Marques Machado e Fabio Renato Barbosa.

“Procuro semear otimismo e plantar sementes de paz e justiça. Digo o que penso, com esperança. Penso no que faço, com fé. Faço o que devo fazer, com amor. Eu me esforço para ser cada dia melhor, pois bondade também se aprende. Mesmo quando tudo parece desabar, cabe a mim decidir entre rir ou chorar, ir ou ficar, desistir ou lutar; porque descobri, no caminho incerto da vida, que o mais importante é o decidir....”

Cora Coralina

RESUMO

Introdução: O processo de institucionalização isoladamente é considerado um preditor de agravo à capacidade funcional. **Objetivos:** avaliar a capacidade funcional para ABVD de idosos institucionalizados no seguimento de seis meses, com objetivos específicos: descrever as instituições de longa permanência de acordo com a resolução colegiada nº 283 de 2005 (RDC 283/2005); caracterizar os idosos segundo as variáveis: sociodemográficas; causas e tempo de institucionalização; presença de visita de familiares e/ou amigos e clínica segundo a capacidade funcional para a ABVD, ao longo do seguimento; verificar a melhora e a piora da ABVD segundo as categorias de dependência e áreas de funcionalidade; verificar modificações na capacidade funcional para ABVD e AIVD; desempenho físico; capacidade cognitiva e indicativo de sintomatologia depressiva de idosos institucionalizados, ao longo do seguimento e identificar os fatores preditores de melhora e piora da capacidade funcional para ABVD no seguimento de seis meses. **Metodologia:** estudo longitudinal, com abordagem quantitativa realizado em oito instituições filantrópicas de longa permanência para idosos do município de Uberaba, MG. A amostra foi constituída por 173 idosos avaliados em dois momentos. Foram utilizados dois instrumentos: para a caracterização das ILPI segundo a RDC nº283/2005 e, para avaliação das características sociodemográficas; causa e tempo de institucionalização; medidas antropométricas; força de preensão palmar; condições clínicas e as escalas Mini Exame do Estado Mental; Index de Katz e Lawton; Escala de Depressão Geriátrica abreviada e Short Physical Performance Battery. Foi realizada análise descritiva, Teste Qui-quadrado; Teste T pareado; Teste McNemar e modelo de regressão multinomial bruta e ajustada. Considerou-se o nível de significância $p \leq 0,05$. **Resultados:** as instituições encontravam-se regularizadas quanto à documentação preconizada pela RDC nº283/2005. Ao longo do seguimento houve diminuição da capacidade funcional para ABVD entre os idosos independentes e dependente total e aumento para os dependentes parcial. Todos os idosos apresentavam dependência para AIVD. Com relação à causa de institucionalização verificou-se que os idosos independentes foram admitidos pelo fato de morarem sós ($p=0,020$); os dependentes parcial por adoecimento ($p=0,002$) e os dependente total tanto por adoecimento ($p=0,002$) quanto à dificuldade do cuidador ($p=0,049$). E os dependentes totais apresentaram melhora para dependência parcial (43,8%) e nenhum para independência. A avaliação por áreas de funcionalidade denotou que os idosos apresentaram maior percentual de melhora para continência e tomar banho, estabilidade para o uso do vaso sanitário e alimentação e, piora para a transferência e continência. Ao longo do seguimento, houve maior proporção de

idosos com piora para a realização das ABVD ($p=0,033$) e AIVD ($p=0,037$) e desempenho físico ($p=0,035$); indicativo de declínio cognitivo($p=0,004$).A presença de declínio cognitivo foi preditora para melhora da ABVD. Idosos com declínio cognitivo apresentam 6,16 vezes mais chances de apresentar melhora para ABVD. **Conclusão:** as variáveis sexo; idade; tempo de institucionalização; polimorbidades; polifarmácia; hospitalização e queda recente; autopercepção negativa de saúde; baixa força de preensão palmar; indicativo de sintomatologia depressiva e baixo peso não estiveram associadas a condição de piora da ABVD. A identificação das variáveis relacionadas à melhora e piora da capacidade funcional permite aos profissionais de saúde, especificamente o enfermeiro presente em todas as ILPI, propor ações que contribuam para prevenção de agravos à saúde dos idosos e piora da capacidade funcional para ABVD.

Palavras-chave: Idoso. Instituição de Longa Permanência para Idosos. Atividades cotidianas.

ABSTRACT

Introduction: The institutionalization process alone is considered a predictor of impairment of functional capacity. **Objectives:** to evaluate the functional capacity for ABVD institutionalized elderly in the following six months, with specific objectives: to describe the long-term institutions in accordance with collegial resolution No. 283 of 2005 (RDC 283/2005); characterize the elderly according to the variables: sociodemographic; causes and time of institutionalization; presence of family and / or friends visit and clinic according to functional capacity for the ABVD, during the follow-up; to verify the improvement and worsening of the second ABVD dependency categories and areas of functionality; check changes in the functional capacity for ABVD and AIVD; physical performance; cognitive ability and indicative of depressive symptomatology of institutionalized elderly, throughout the follow-up and identify predictors of improvement and worsening of functional evaluation for ABVD in the follow-up of six months. **Methodology:** longitudinal study, with a quantitative approach carried out in eight long-term philanthropic institutions for the elderly (ILPI in the city of Uberaba, MG), constituted by 173 elderly people evaluated in two moments. Two instruments: for the characterization of ILPI according to DRC No. 283/2005 and, for evaluation of sociodemographic characteristics; cause and time of institutionalization; anthropometric measurements; palmar grip strength; clinical conditions and the Mini Mental State Examination; Index by Katz and Lawton; Geriatric Depression Scale Short and Short Physical Performance Battery. A descriptive analysis was performed, Chi-square; Paired T-test; McNemar's test and multinomial regression model gross and adjusted. The significance level $p \leq 0.05$ was considered. **Results:** institutions were regularized regarding the documentation recommended by the DRC No. 283/2005. Throughout the follow- There was a decrease in functional capacity for ABVD among the elderly and dependent and total increase for dependent dependents. All the elderly had dependence on AIVD. Regarding the cause of institutionalization, it was verified that the elderly were admitted for living alone ($p = 0.020$); the dependents due to illness ($p = 0.002$) and the total dependence either due to illness ($p = 0.002$) regarding the difficulty of the caregiver ($p = 0.049$). The evaluation by areas of functionality denoted that the elderly presented a higher percentage of improvement for continence and bathing, stability for use of the toilet and feeding and worsening for transference and continence. Throughout the follow-up, there was a higher proportion of elderly people with worsening of the ABVD ($p = 0.033$) and AIVD ($p = 0.037$) and physical performance ($p = 0.035$); indicative of cognitive decline

($p = 0.004$). The presence of cognitive decline was a predictor for of ABVD. Elderly people with cognitive decline are 6.16 times more likely to improvement for ABVD. **Conclusion:** the variables gender; age; time to institutionalization; polymorphisms; polypharmacy; hospitalization and recent fall; negative self-perception of health; low palmar grip strength; indicative of depressive symptomatology and low weight were not associated with worsening ABVD. The identification of the variables related to the improvement and worsening of the capacity allows health professionals, specifically the nurse presence in all ILPI, proposing actions that contribute to the prevention of elderly health and worsening the functional capacity for ABVD.

Keywords: Aged; homes for the aged; Activities of Daily Living.

RESUMEN

Introducción: El proceso de institucionalización aisladamente es considerado un predictor del agravio a la capacidad funcional. **Objetivos:** el presente estudio tuvo por objetivo general evaluar la capacidad funcional para ABVD de ancianos institucionalizados en el seguimiento de seis meses, con objetivos específicos: describir las instituciones de larga permanencia de acuerdo con la resolución colegiada n° 283 de 2005 (RDC 283/2005); caracterizar lo ancianos según las variables: sociodemográficas; causas y tiempo de institucionalización; presencia de visita de familiares y/o amigos y clínica según la capacidad funcional para la ABVD, a lo largo del seguimiento; averiguar la mejora y el empeoramiento de la ABVD según las categorías de dependencia y áreas de funcionalidad; verificar modificaciones en la capacidad funcional para ABVD y AIVD; desempeño físico; capacidad cognitiva e indicativo de sintomatología depresiva de ancianos institucionalizados a lo largo del seguimiento, e identificar los factores predictores de mejora y empeoramiento de la capacidad funcional para ABVD en el transcurso de seis meses. **Metodología:** estudio longitudinal, con abordaje cuantitativo realizado en ocho instituciones filantrópicas de larga permanencia para ancianos (ILPI) del municipio de Uberaba, MG. La muestra fue constituida por 173 ancianos evaluados en dos momentos. Fueron realizados dos instrumentos: para caracterización de las ILPI según la RDC n° 283/2005 y para evaluación de las características sociodemográficas; causa y tiempo de institucionalización; medidas antropométricas; fuerza de asimiento palmar; condiciones clínicas y las escalas Mini Examen del Estado Mental; Índice de Katx y Lawton; Escala de Depresión Geriátrica abreviada y Short Physical Performance Battery. Fue realizada análisis descriptiva, Test Qui cuadrado; Test T pareado; Test McNemar y modelo de regresión multinomial bruta y ajustada. Se ha considerado el nivel de significancia $p \leq 0,05$. **Resultados:** las instituciones se encontraban regularizadas cuanto a la documentación preconizada por la RDC n° 283/2005. A lo largo del seguimiento hubo disminución de la capacidad funcional para ABVD entre los ancianos independientes y dependiente total y aumento para los dependientes parcial. Todos los ancianos presentaban dependencia para AIVD. Con relación a la causa de institucionalización se ha verificado que los ancianos independientes fueron admitidos por el hecho de vivir solos ($p=0,020$); los dependientes parcial por enfermedad ($p=0,002$) y los dependientes total tanto por enfermedad ($p=0,002$) como a la dificultad del cuidador ($p=0,049$). Ya los dependientes totales presentaron mejora para dependencia parcial (43,8%) y ninguno para independencia. El empeoramiento para la transferencia y continencia. A lo largo del seguimiento, hubo mayor proporción de ancianos con empeoramiento para la

realización de las ABVD ($p=0,033$) y AIVS ($p=0,037$) y desempeño físico ($p=0,035$); indicativo declive cognitivo ($p=0,004$). La presencia de declive cognitivo fue predictora para mejora de la ABVD. Ancianos con declive cognitivo presentaron 6,16 veces más chances de presentar mejora para ABVD. La identificación de las variables relacionadas a la mejora y empeoramiento de la capacidad funcional permite a los profesionales de salud, específicamente al enfermero presente en todas las ILPI, proponer acciones que contribuyan para prevención de agravios a la salud de los ancianos y empeoramiento de la capacidad funcional para ABVD.

Palavras-chave: Anciano. Hogares para ancianos. Actividades Cotidianas.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Modelo Conceitual de doença, incapacidade, limitação funcional e percepção da saúde.....	32
Figura 2 - Modelo de relações entre as dimensões da saúde e a incapacidade funcional proposto por Beland e Zunzunegui.....	33
Figura 3 - Modelo de incapacidade proposto por Verbugge e Jette (1994).....	34
Figura 4 - Diagrama do modelo de incapacidade de acordo com a CIF.....	35
Figura 5 - Visão Geral da CIF.....	37
Figura 6 - Composição da população: primeira etapa	53
Figura 7- Composição da população: segunda etapa.....	54
Figura 8- Mudanças na capacidade funcional para ABVD de idosos institucionalizados ao longo do seguimento, Uberaba, MG, 2018...	85
Gráfico 1 Classificação do grau de dependência dos idosos institucionalizados segundo a RDC n°283/2005, Uberaba, MG, 2008.....	65
Gráfico 2 Frequência da capacidade funcional para as ABVD dos idosos institucionalizados ao longo do seguimento, Uberaba, MG, 2018...	67
Gráfico 3 Prevalência da capacidade funcional para AIVD dos idosos institucionalizados ao longo do seguimento, Uberaba, MG, 2018...	68
Quadro 1 Valores de IMC de referência para a população idosa.....	59

LISTA DE TABELAS

Tabela 1-	Número de vagas e idosos residentes em ILPI filantrópicas vinculadas a SEDS no Município de Uberaba.....	52
Tabela 2-	Distribuição do número de idosos residentes, vagas disponíveis das ILPI, Uberaba, MG, 2018.....	64
Tabela 3-	Distribuição de frequências das variáveis sociodemográficas dos idosos institucionalizados, segundo a capacidade funcional para ABVD, Uberaba, MG, 2018	70
Tabela 4-	Distribuição de frequências das causas de institucionalização dos idosos de acordo com a capacidade funcional para ABVD, Uberaba, MG, 2018.....	73
Tabela 5-	Distribuição de frequências de tempo de institucionalização e presença de visitas a idosos institucionalizados na primeira avaliação meses, de acordo com a capacidade funcional para ABVD, Uberaba, MG, 2018	75
Tabela 6-	Distribuição de frequências do número de morbidades; medicamentos; hospitalizações; quedas e percepção do estado de saúde em idosos institucionalizados na primeira avaliação e após 6 meses segundo a capacidade funcional para ABVD, Uberaba, MG, 2018.....	77
Tabela 7-	Distribuição de frequências declínio cognitivo; indicativo de sintoma depressivo; força de preensão palmar e Desempenho físico dos idosos institucionalizados na primeira avaliação e após seis meses de acordo com a capacidade funcional para ABVD, Uberaba, MG, 2018.....	80
Tabela 8-	Distribuição de frequências das medidas de Índice de Massa Corporal e circunferência da panturrilha dos idosos institucionalizados na primeira avaliação e após 6 meses de acordo com a capacidade funcional para ABVD, Uberaba, MG, 2018.....	83
Tabela 9 -	Distribuição de frequências das mudanças na condição da capacidade funcional para ABVD de idosos institucionalizados	

	ao longo do seguimento, Uberaba, MG, 2018.....	84
Tabela 10-	Distribuição de frequência das mudanças de acordo com as áreas de funcionamento da ABVD de idosos institucionalizados, Uberaba, MG, 2018.....	86
Tabela 11	Distribuição dos escores de ABVD: AIVD e SPPB dos idosos institucionalizados na primeira avaliação e após 6 meses, Uberaba, MG, 2018.....	87
Tabela 12	Distribuição da frequência das médias de indicativo de declínio cognitivo e indicativo de depressão de idosos institucionalizados na primeira avaliação e após 6 meses, Uberaba-MG, 2018.....	87
Tabela 13	Modelo de análise bruta para as variáveis associadas a condição de melhora e piora da capacidade funcional para ABVD, Uberaba, MG, 2018.....	88
Tabela 14	Modelo de análise ajustada para as variáveis associadas a condição de melhora e piora da capacidade funcional para ABVD, Uberaba, MG, 2018.....	90

LISTA DE SIGLAS

AAVD – Atividades Avançadas da Vida Diária

ABVD – Atividades Básicas da Vida Diária

AIVD – Atividades Instrumentais da Vida Diária

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD – Atividades de Vida Diária

AVE – Acidente Vascular Encefálico

CA – Circunferência abdominal

CB – Circunferência do Braço

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CIDID – Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens

CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade

CNAE – Classificação Nacional de Atividade Econômica

CP – Circunferência da Perna

DA – Doença de Alzheimer

DCNT – Doenças Crônicas não Transmissíveis

DP – Desvio Padrão

EUA – Estados Unidos da América

GDS – Escala de Depressão Geriátrica

IAFG – Índice de Aptidão Funcional Global

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ICIDH – International Classification of Impairments, Disabilities and Handcaps

ILPI - Instituições de Longa Permanência para Idosos

IMC – Índice de Massa Corporal

MEEM – Mini Exame do Estado Mental

OMS – Organização Mundial da Saúde

SABE – Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento

SBGG – Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia

SEDS – Secretaria de Desenvolvimento Social

SPPB – Short Physical Performance Battery

SPSS – Stistical Package for Social Science

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	20
1.1	ENVELHECIMENTO HUMANO E INSTITUCIONALIZAÇÃO.....	20
1.2	INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS.....	22
1.3	INCAPACIDADE FUNCIONAL.....	30
1.4	MODELOS ESTRUTURAIS DE SAÚDE, DOENÇA E INCAPACIDADE FUNCIONAL.....	31
2	REFERENCIAL TEÓRICO.....	38
2.1	ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL.....	38
2.2	ESCALAS UTILIZADAS NA AVALIAÇÃO FUNCIONAL DOS IDOSOS	39
2.3	CAPACIDADE FUNCIONAL E INSTITUCIONALIZAÇÃO	41
3	JUSTIFICATIVA	48
4	OBJETIVOS.....	50
4.1	OBJETIVO GERAL.....	50
4.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	50
5	HI'PÓTESES	51
6	MATERIAL E MÉTODOS	52
6.1	TIPO DE ESTUDO.....	52
6.2	POPULAÇÃO DO ESTUDO.....	52
6.2.1	Critérios de Inclusão.....	53
6.2.2	Critérios de Exclusão.....	53
6.2.3	Descrição da população de estudo.....	53
6.3	COLETA DE DADOS.....	54
6.3.1	Instrumento para coleta de dados	54

		19
6.3.1.1	<i>Instrumento para caracterização da ILPI</i>	55
6.3.1.2	<i>Instrumento para avaliação dos idosos</i>	56
6.3.2	Coleta de dados: entrevista e avaliação dos idosos	60
6.4	VARIÁVEIS DO ESTUDO.....	60
6.5	PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS.....	62
6.6	ASPECTOS ÉTICOS.....	63
7	RESULTADOS	64
7.1	DESCRIÇÃO DAS INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA DE ACORDO COM A RESOLUÇÃO COLEGIADA N° 283 DE 2005 (RDC 283/2005).....	65
7.2	CARACTERIZAÇÃO DOS IDOSOS SEGUNDO VARIÁVEIS SÓCIODEMOGRÁFICAS; CAUSAS E TEMPO DE INSTITUCIONALIZAÇÃO; PRESENÇA DE VISITA DE FAMILIARES E/OU AMIGOS E CLINICAS SEGUNDO A CAPACIDADE FUNCIONAL PARA ABVD.....	66
7.3	MUDANÇA DA CAPACIDADE FUNCIONAL E ÁREAS DE FUNCIONALIDADE PARA ABVD SEGUNDO MELHORA E PIORA.....	84
7.4	MODIFICAÇÃO DA ABVD E AIVD; DESEMPENHO FÍSICO; CAPACIDADE COGNITIVA; INDICATIVO DE SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA DOS IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS AO LONGO DO SEGUIMENTO.....	87
7.5	FATORES PREDITORES DA MELHORA E PIORA DA CAPACIDADE FUNCIONAL PARA ABVD DOS IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS DURANTE O SEGUIMENTO.....	88
8	DISCUSSÃO	91
8.1	DESCRIÇÃO DAS INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA DE ACORDO COM A RESOLUÇÃO COLEGIADA N° 283 DE 2005 (RDC 283/2005).....	91
8.2	CARACTERIZAÇÃO DOS IDOSOS SEGUNDO VARIÁVEIS SÓCIODEMOGRÁFICAS; CAUSAS E TEMPO DE	

	INSTITUCIONALIZAÇÃO; PRESENÇA DE VISITA DE FAMILIARES E/OU AMIGOS E CLINICAS SEGUNDO A CAPACIDADE FUNCIONAL PARA ABVD.....	96
8.3	MUDANÇA DA CAPACIDADE FUNCIONAL E ÁREAS DE FUNCIONAMENTO PARA ABVD SEGUNDO MELHORA E PIORA.....	104
8.4	MODIFICAÇÃO DA ABVD E AIVD; DESEMPENHO FISICO; CAPACIDADE COGNITIVA; INDICATIVO DE SINTOMAS DEPRESSIVOS DOS IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS AO LONGO DO SEGUIMENTO.....	106
8.5	FATORES PREDITORES DA PIORA E MELHORA DA CAPACIDADE FUNCIONAL DOS IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS DURANTE O SEGUIMENTO DE SEIS MESES.....	106
9	CONCLUSÃO.....	107
	REFERÊNCIAS.....	112
	APÊNDICES.....	122
	ANEXOS.....	136

1 INTRODUÇÃO

O presente capítulo abordará os seguintes tópicos: envelhecimento populacional na perspectiva da atenção à saúde, que abordará aspectos relacionados à transição demográfica e epidemiológica que influenciam na saúde da população e o processo de institucionalização; Instituições de longa permanência para idosos; Incapacidade funcional; Doença e incapacidade funcional e Capacidade funcional e a institucionalização.

1.1 ENVELHECIMENTO HUMANO E INSTITUCIONALIZAÇÃO

O Brasil vivencia uma rápida mudança demográfica, caracterizada por um crescente contingente de pessoas com 60 anos ou mais de idade (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016). De acordo com a Pesquisa Nacional de domicílio realizada no ano de 2015, o número de idosos brasileiros correspondia a 14,3% da população (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2015). As projeções indicam um envelhecimento progressivo da população idosa, principalmente do grupo etário de 80 anos ou mais (OLIVEIRA et.al., 2016), a chamada quarta idade (MALAGUTTI; BERGO, 2010).

As mudanças na estrutura etária da população refletem o processo de transição demográfica vivenciado pela sociedade, na qual a redução das taxas de natalidade e mortalidade nas diferentes faixas etárias, ao longo dos anos, resultou em crescimento populacional. Com a persistência da redução das taxas de mortalidade, principalmente, entre os indivíduos mais velhos, a população envelheceu (VASCONCELOS; GOMES, 2012).

Assim o Brasil, desde a década de setenta, vivencia a mudança de uma sociedade rural e tradicional, caracterizada por altas taxas de natalidade e mortalidade para uma sociedade urbana e moderna com reduzidas taxas de natalidade e mortalidade (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016; VASCONCELOS; GOMES, 2012).

Envelhecer é um processo multidimensional que pode ser compreendido a partir do ponto de vista biológico; socioemocional e econômico. É um fenômeno dinâmico e progressivo, caracterizado tanto por alterações morfológicas, funcionais, bioquímicas quanto psicológicas (FERREIRA et al., 2012).

No que refere as alterações relacionadas ao nível biológico, há o acúmulo de danos moleculares e celulares resultando em longo prazo em perda gradativa das reservas fisiológicas, aumento do risco de desenvolver doenças e declínio geral da capacidade

intrínseca do indivíduo, e conseqüentemente a morte. Com relação às questões sociais e emocionais, observam-se mudanças nos papéis e posições sociais, assim como a necessidade de trabalhar com perdas de relações próximas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2015).

Pode-se dizer que o envelhecimento humano apresenta dimensão heterogênea, de acordo com a percepção do ser que o vivencia. Assim, para muitos idosos, refere-se à diminuição geral das capacidades da vida diária, outros já o veem como um período de crescente vulnerabilidade e maior dependência, quer seja familiar ou de profissionais. Para outros, a velhice deve ser venerada, por corresponder a uma fase da vida de sabedoria; bom senso e serenidade (FECHINE; TROMPIERI, 2012).

No entanto, independente da perspectiva de envelhecimento adotada, o desafio está no modo como esse grupo crescente de idosos será cuidado, uma vez que, verifica-se o predomínio de baixo nível socioeconômico e educacional e elevada prevalência de doenças crônicas e incapacitantes (BEZERRA; ALMEIDA; NÓBREGA-TERRIEN, 2012).

O aumento da incidência de doenças crônicas, demonstra a transição epidemiológica vivenciada pela população, a qual, vivencia a diminuição das doenças infecciosas e parasitárias. Entretanto o Brasil, assim como outros países em desenvolvimento, apresenta um perfil epidemiológico polarizado, caracterizado pela coexistência entre morbidades e mortalidades por doenças crônicas degenerativas e doenças infecciosas e parasitárias (ARAÚJO, 2012).

A associação de doenças crônicas e idade avançada podem tornar o idoso mais susceptíveis a acidentes, tanto no próprio domicílio quanto em ambiente externo. Além de resultar em possíveis internações prolongadas, sequelas temporárias ou permanentes, contribuindo para a piora funcional (MAAGH et.al, 2013).

Embora velhice não seja sinônimo de doença, é comum nesta fase da vida a presença de maior número de comorbidades, as quais podem resultar em declínio de funções biológicas, mesmo que de modo diferente para cada pessoa. Assim, pode-se dizer que o envelhecimento populacional resulta na necessidade de uma nova cultura do cuidado, que deve ser associada às atuais dimensões da prevenção e do tratamento (GRAEFF, 2014).

Não se pode falar de cuidado e envelhecimento, sem considerar a influência das mudanças sociais, como a inserção da mulher na sociedade; os rearranjos familiares; incrementos tecnológicos, entre outros (DUARTE; BARRETO, 2012). Há a inclusão de novos valores, como o individualismo expresso na tendência de viver sozinho. Em associação com a menor fecundidade, conseqüente redução do número de filhos, e do tamanho das

famílias, começa-se a ter menor disponibilidade de cuidadores familiares (CAMARANO, 2008).

É, nessa fase da vida, que muitos idosos se veem frente ao isolamento; à falta de apoio social; ao abandono familiar; as perdas emocionais; financeiras e físicas e a dificuldade de lidar com o próprio envelhecimento (MARIN et al., 2012).

Tais modificações acabam por alterar as formas habituais de cuidado ao idoso, no seio familiar, suscitando a necessidade de novas propostas do cuidar (CAVALCANTI, 2013).

Cuidar de um idoso no domicílio, não é tarefa fácil, principalmente daquele que envelhece com dependência, demandando de tempo e preparo de seus cuidadores, que terão a responsabilidade do cuidar (MARIN et al., 2012). No entanto, as famílias possuem dificuldade em encontrar apoio e orientação do Estado, da sociedade em geral, sendo raros os programas voltados ao cuidado do idoso no domicílio (CAMELO; MELO, 2010)

Assim, à medida que surgem dificuldades para o cuidado do idoso, relacionada à suas demandas de saúde, ou a própria insuficiência familiar define-se pela institucionalização (CAMARANO; BARBOSA, 2016).

1.2 A INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS

A origem dos asilos, ou “gerontokomeion” remota a Grécia Antiga. O termo asilo, deriva do grego ásylos, e latim asyly, sendo definido como “casa de assistência social onde são recolhidas, para sustento ou também educação, pessoas pobres e desamparadas, como mendigos, crianças, órfãos e velhos”. Ou ainda, pode-se ser descrito como local, onde o indivíduo encontra-se isento da execução das leis (ARAÚJO; SOUZA; FARO, 2013, p. 252).

Observa-se que são poucas as informações a respeito da história dos asilos. No entanto, é notável a forte influência do cristianismo na história desses locais (ARAÚJO; SOUZA; FARO, 2013; POLLO; ASSIS, 2008). A exemplo tem-se o hospital para idosos fundado na própria casa do Papa Pelágio II (520-590) (RESENDE, 2002); as “almshouse”, século X, construídas na Inglaterra, próximas aos mosteiros, destinadas a caridade e hospitalidade em geral. Ressalta-se que os recursos financeiros para essas instituições provinham tanto dos mosteiros, quanto de benfeitores, que acabavam por definir as pessoas que poderiam ser assistidas nesses locais (CHRISTOPHE; CAMARANO, 2010).

Com o avançar dos anos, século XIV e XV, as mudanças políticas e econômicas vivenciadas na Europa, fizeram com que as instituições de caridade se multiplicassem com o

intuito de atender os pobres, desprovidos de espaço na sociedade burguesa, (CHRISTOPHE; CAMARANO, 2010).

Na Inglaterra, século XVI, com a instituição das “Pour Laws”, o governo, responsável pelo cuidado a pobres, mendigos, loucos, idosos entre outros, incentiva o crescimento das almshouse, local destinado ao abrigo dos necessitados. Concomitante, na França, surgiram os “Bureaux des Pauvres, as Aumônes, Charités e Hôtel-Dieu” instituições destinadas a hospitalidade e cuidado, tanto de idosos, mendigos, loucos e doentes (CHRISTOPHE; CAMARANO, 2010).

Por não existir locais específicos para o cuidado a idosos, esses eram abrigados juntamente a outros pobres, doentes mentais, crianças abandonadas e desempregados (POLLO; ASSIS, 2008).

No século de XVII e XVIII, mediante a influência da reforma protestante e o Iluminismo, as almshouse continuaram a proliferar, independente da Igreja católica. No período, considerado, o século das Luzes, a partir da inclusão do método da razão, nas discussões sociais, as instituições destinadas à caridade, passam a dividir os seus beneficiários: crianças em orfanatos; loucos em hospícios e idosos em asilos (CHRISTOPHE; CAMARANO, 2010).

Já no século XIX, observa-se o surgimento de amplos asilos, responsáveis por abrigar numerosos idosos. Salpêtrière, foi a instituição referência desse período, responsável por abrigar cerca de oito mil pessoas, dentre estas dois a três mil idosos (POLLO; ASSIS, 2008). Nestes locais, o cuidado dos mais necessitados, estava a cargo daqueles que apresentavam melhores condições de saúde (CHRISTOPHE; CAMARANO, 2010).

Nas Américas, os colonizadores ingleses disseminaram a cultura das “almshouses, poorhouses, poor farms, enfermarias do condado, asilos (asylums), casas do condado”, sendo locais destinados a cuidar das pessoas necessitadas, conforme sua origem no velho mundo (CHRISTOPHE; CAMARANO, 2010).

Com relação ao Brasil, o primeiro relato refere-se à criação da Casa dos Inválidos, no Rio de Janeiro, em 1797 pelo Conde de Resende, quinto Vice - Rei do Brasil, com o intuito de abrigar soldados velhos e proporcionar uma velhice digna, a quem contribuiu com a pátria (POLLO; ASSIS, 2008). Entretanto, no início do século XIX, a casa teve fim, sendo os pacientes transferidos para a Santa Casa na mesma cidade (CHRISTOPHE; CAMARANO, 2010).

Contudo, especificamente relacionado ao idoso, apenas em 1890 há referência à criação do Asilo São Luiz para a Velhice Desamparada, no Rio de Janeiro, instituição

destinada ao cuidado de indivíduos pobres, em resposta a demandas filantrópicas e assistenciais do período (ARAÚJO; SOUZA; FARO, 2013). Embora, funcionasse como um mundo à parte do restante da cidade, a instituição preconizava que os idosos necessitavam de um cuidado diferenciado, sendo objeto de preocupação social. A partir de 1909, passou, também, a oferecer serviços diferenciados a idosos que podiam pagar uma mensalidade. Atualmente, é considerado um local de cuidados para idosos de alta renda (CHRISTOPHE; CAMARANO, 2010; NOVAES, 2003).

Em 1964, na cidade de São Paulo, a Santa Casa de Misericórdia, passa a ser considerada instituição gerontológica, devido ao grande número de internação de idosos em detrimento de mendigos, população previamente atendida pelo serviço (BORN, 2002).

Considerando a pouca especificidade histórica do termo asilo no cuidado aos idosos, com o passar do tempo foram incorporadas novos termos para definir o local de assistência aos idosos como: abrigo, lar, casa de assistência, ancionato e clínica geriátrica (POLLO; ASSIS, 2008). Entretanto, atualmente, é frequente a utilização do termo Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI).

As ILPI referem-se a: “instituições governamentais ou não governamentais, de caráter residencial, destinada ao domicílio coletivo de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar, em condição de liberdade e dignidade e cidadania” (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2005).

O termo surgiu a partir de discussões das comissões especializadas da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG) em congressos e em jornadas, como uma proposta de substituição ao termo “asilo”; atendendo a expressão Long Term Care Institution (BORN; BOECHAT, 2011) e a demanda crescente por cuidado, nos casos dos idosos frágeis. Assim, a ILPI gradualmente poderá deixar de ser vinculada apenas a assistência social, e passar também a integrar a rede de assistência à saúde em resposta a redução da capacidade física, mental e cognitiva da população atendida. Mas deve-se esclarecer que, na atualidade as ILPI não são lugares destinados à clínica e terapêutica (CAMARANO; BARBOSA, 2016).

A fiscalização das entidades que prestam serviços aos idosos é realizada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), enquanto que as políticas de cuidado de longa duração são de responsabilidade do órgão da assistência social, vinculado ao Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (CAMARANO; MELO, 2010).

No Brasil, há poucos serviços formais vinculados ao Estado para prestar cuidado aos idosos que não possuem suporte familiar e/ou recursos financeiros e necessitam de apoio (CAMARGOS, 2013). De modo que, a institucionalização passa a ser a principal alternativa

para cuidado prolongado ao idoso, em detrimento da família (CAMARGOS; RODRIGUES; MACHADO, 2011).

A primeira legislação nacional específica para a organização de locais voltado ao cuidado de idosos foi promulgada em 1989, através da PORTARIA n°810/1989, “referente às normas para funcionamento de casas de repouso, clínicas geriátricas e outras instituições destinadas ao atendimento de idosos” (BRASIL, 1989).

Em 2001, a Portaria n° 73, trouxe o termo atendimento integral institucional para descrever o cuidado prestado em uma “instituição asilar, prioritariamente aos idosos sem famílias, em situação de vulnerabilidade, oferecendo-lhes serviços nas áreas sociais, psicológica, médica, de fisioterapia, de terapia ocupacional, de enfermagem, de odontologia e outras atividades específicas para este segmento social” (BRASIL, 2001).

De acordo com a Portaria n°73, as instituições podem ser classificadas conforme o atendimento prestado em modalidade I, II e III. A modalidade I destina-se a idosos independentes para as Atividades da Vida Diária (AVD) mesmo que façam uso de algum equipamento de autoajuda. Já a modalidade II refere-se a idosos independentes e dependentes que necessitam de auxílio e de cuidados especializados e que necessitem de acompanhamento de profissionais de saúde. Nestas instituições não deverão permanecer idosos portadores de dependência física importante e doença mental incapacitante. E por fim na modalidade III, é destinada a idosos que necessitam de assistência total no mínimo, em uma AVD, sendo, portanto, recomendado a assistência de uma equipe interdisciplinar (BRASIL, 2001).

Em 2005, a Resolução da Diretoria Colegiada n°283, revogou a Portaria n°810/1989, e passou a definir os critérios mínimos para o funcionamento das ILPI. Esta resolução, similar a Portaria n°73/2001, apresenta no item 3.4 o grau de dependência dos idosos a serem atendidos em modalidade asilar: dependência grau I, II e III (ANVISA, 2005).

Consideram-se idosos que apresentam grau de dependência I, aqueles independentes, mesmo que necessitem utilizar equipamentos de autoajuda. Quanto ao grau de dependência II, refere-se aos idosos com dependência em até três atividades de autocuidado para a vida diária, tais como: alimentação, mobilidade, higiene, sem comprometimento cognitivo ou com alteração cognitiva controlada. E por fim idosos com grau de dependência III, aqueles totalmente dependentes de assistência para todas as atividades de autocuidado para a vida diária e/ou com comprometimento cognitivo (ANVISA, 2005).

De acordo com a RDC n°283, a identificação do grau de dependência dos idosos residentes contribui para definir o quantitativo de recursos humanos, principalmente o número de cuidadores (ANVISA, 2005).

Embora, observe-se uma evolução dos cuidados institucionais, ressalta-se que não é da cultura latina, institucionalizar seus idosos (BRASIL, 2006). Especificamente no Brasil, a institucionalização não é uma prática cultural, sendo uma condição pouco receptiva tanto para idosos; quanto familiares e a sociedade em geral (CARRARA; ESPIRITO SANTO, 2016). A institucionalização opõe-se a tradição cultural que o cuidado dos idosos seja de responsabilidade da família, principalmente das filhas (ARAÚJO, 2016).

O preconceito sobre a institucionalização remete-se à origem histórica das ILPI, que nos primórdios, conforme mencionado, enquanto asilos, eram responsáveis por abrigar idosos, deficientes mentais e meliantes, reflexos dos estereótipos negativos associados a pobreza, ao abandono e rejeição familiar (CHRISTOPHE; CAMARANO, 2010; DEPOLITO; LEOCADIO, CORDEIRO, 2009).

A própria Constituição Federal (1988) prevê que o cuidado dos membros dependentes deve ser responsabilidade das famílias, sociedade e do Estado (BRASIL, 1988). No entanto, conforme já relatado, os novos arranjos familiares, e a feminização do processo de envelhecimento, onde a mulher, tradicional cuidadora, passa também a prescindir de cuidados, (BARROS et al., 2016), tem suscitado a discussão de novas formas de atenção ao idoso.

A Portaria Nº 2.874, de 30 de Agosto de 2000, propõem diferentes modalidades de atendimento ao idoso que favoreçam o cuidado familiar como referência de atenção. Assim, propõe-se o atendimento do idoso na forma de residência com a família acolhedora; residência em casalar; residência em república; atendimento em centro-dia e atendimento domiciliar, com intuito de promover a autonomia e independência da pessoa idosa (BRASIL, 2000). No entanto, a assistência oferecida pelo Estado é inespecífica e, conforme mencionado, são poucas as instituições vinculadas ao governo que prestam serviços de atenção aos idosos (CAMELO; MELO, 2012).

Com relação à organização jurídica das ILPI brasileiras, observa-se o predomínio de serviços filantrópicos, sendo aproximadamente dois terços do total, considerando as públicas e privadas. Em 2010, 65,2% das instituições eram filantrópicas (religiosas e leigas), 28,2% privadas e 6,6% públicas ou mistas. Na ocasião apenas duas instituições eram de responsabilidade do governo federal: o Abrigo Cristo Redentor que responde pelo cuidado de idoso pobres e a Casa Gerontológica de Aeronáutica Brigadeiro Eduardo Gomes, destinada a trabalhadores e familiares da aeronáutica (CAMARANO; BARBOSA, 2010). No entanto, desde o início deste século, tem-se verificado um crescimento das instituições privadas em detrimento das filantrópicas e públicas (CHRISTOPHE; CAMARANO, 2010).

O Estatuto do Idoso reafirma a preferência do cuidado familiar ao geronte, quando destina o atendimento do mesmo por entidade de longa permanência, apenas na “inexistência de grupo familiar, casa-lar, abandono ou carência de recursos próprios ou da família”, conforme descrito no art. 37, parágrafo 1º (BRASIL, 2003)

Nos países desenvolvidos verifica-se uma realidade diversa, predominando programas de atendimento ao idoso na comunidade, com intuito de manter esse indivíduo em seu domicílio até idade mais avançada. Com isso, nas instituições asilares desses países, há a tendência de identificar a presença de idosos mais velhos em detrimento dos mais jovens (ARAÚJO, 2016; BORN; BOECHAT, 2011). Enquanto que, no Brasil, principalmente em instituições públicas há o predomínio de idosos jovens que buscam abrigo devido a questões sociais (CAMARANO, 2013).

Países como, Estados Unidos, Alemanha, Inglaterra oferecem formas alternativas de prestar assistência ao idosos como: centro-dia; centro-noite e serviços profissionais de assistência domiciliar, no intuito de mantê-los mais tempo em seu domicílio (ARAÚJO, 2016). E nos casos de institucionalização, principalmente nos Estados Unidos (EUA) e Inglaterra, há duas formas distintas de serviço: a Home For The Aged (lar para idosos) local destinado ao cuidado de idosos independentes e Nursing Home (lar- enfermaria; residência medicalizada) ou Long Term Care Institution para aqueles dependentes (POLLO; ASSIS, 2008).

A proporção de idosos institucionalizados nos EUA e Inglaterra, representa menos de 12%, número sempre menor em relação àqueles que recebem cuidado em seu domicílio (ARAÚJO, 2016). E considerando as Nursing Homes, especificamente nos EUA, cerca da metade dos residentes possuem 85 anos ou mais, são mulheres, com pouco apoio familiar e/ou amigos, possuem demência (50 a 70%) e são dependentes em três ou mais Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD) (75%) (AMERICAN GERIATRICS SOCIETY, 2006).

No Brasil, também há uma classificação semelhante aos EUA, adotada tanto pela Vigilância Sanitária do Estado de São Paulo, quanto pela Classificação Nacional de Atividade Econômica (CNAE). Para estas organizações as instituições de cuidado ao idoso podem ser divididas em: abrigo de idosos e clínicas e residências geriátricas (WATANABE; GIOVANNI, 2009).

Consequente ao envelhecimento populacional, o governo Japonês instituiu um sistema de seguros para oferecer cuidado em longo prazo a idosos frágeis. Por considerar que os idosos preferem receber o cuidado no próprio domicílio, e o menor custo, o Governo do Japão oferece profissional para prestar atendimento formal no domicílio. E no caso de permanência

do idoso em casa, os membros da família devem complementar o cuidado de modo informal (TANIHARA et.al, 2014)

Entende-se por abrigo, instituições como asilos, casa para velhice com alojamento, ILPI e residências destinadas a assistência social, que não envolva cuidados médicos. Enquanto, clínicas e residências geriátricas referem-se a casa de repouso para pessoas com 60 anos ou mais, sobre a responsabilidade médica, para receber cuidados terapêuticos, médicos; de enfermagem e de outros profissionais (WATANABE; GIOVANNI, 2009).

Embora a Política Nacional do Idoso, proíba a “permanência de idosos de portadores de doenças que necessitem de assistência médica ou de enfermagem permanente em instituições asilares de caráter social” (BRASIL, 1994), esta não é uma realidade das ILPI. Observa-se que a maioria das instituições atendem idosos de diferentes graus de dependência, conforme descrito pela RDC n°283, em um mesmo espaço físico (ANVISA, 2005).

Instituições da cidade de Belo Horizonte e região metropolitana referiram não aceitar idosos que apresentassem grau de dependência III, devido a demanda de cuidados e o elevado custo. No entanto, mostravam-se cientes que deveriam manter o atendimento aos internos que viessem a apresentar agravo do seu estado de saúde e aumento do grau de dependência e, portanto, limitação funcional (CAMARGOS, 2014).

Na próxima década, em países desenvolvidos, haverá um aumento de 130% da população com limitações funcionais residindo em instituições de cuidado prolongado (ONDER et al., 2012). No Brasil, a perspectiva é que em 2050 haverá dois potenciais cuidadores para cada idoso de 75 anos, enquanto no ano de 2000 eram cerca de cinco pessoas para cada idoso (RIPSA, 2009).

Em estudo realizado por Camargos (2014) sobre as ILPI em Minas Gerais, verificou-se a existência de 135 instituições responsáveis por abrigar 4.041 idosos. E dentre estas instituições, 73,1% apresentavam lista de espera. Fato que ressalta uma demanda reprimida de locais de apoio e cuidado aos idosos. A situação não se faz diferente na cidade de Natal, onde se verifica longas listas de espera por vaga nas ILPI (ARAÚJO, 2016).

Apesar da procura pelas ILPI, a imagem negativa desses locais ainda permanece interiorizada no imaginário das pessoas (CAMARGO, 2013), possível consequência dos relatos dos antigos asilos, muitas vezes considerados inóspitos, negligenciando os direitos das pessoas (CAVALCANTI, 2013; CARRARA; ESPIRITO SANTO, 2016). Outrora, os idosos eram abrigados em asilos de mendicância juntamente com outras pessoas em situação de pobreza, doentes mentais; órfãos, desempregados entre outros (CAMARGO, 2013; POLLO; ASSIS, 2008).

Soma-se, a ideia de exclusão social proporcionada pelas instituições (ARAÚJO; LOPES, 2010; CHRISTOPHE; CAMARANO, 2010), a concepção de que estes locais restringem a liberdade de seus moradores, à medida que impõem normas e rotinas para seu funcionamento. Há ainda, o medo da morte e finitude, uma vez que seus residentes encontram-se vivendo a última fase da vida, na qual é comum a prevalência de doenças e mortalidade (CHRISTOPHE; CAMARANO, 2010). Todos esses aspectos contribuem para a perpetuação da imagem negativa da ILPI.

No entanto, deve-se dizer, que as instituições não apresentam esse caráter de isolamento social, uma vez que legalmente são incentivadas a manter o vínculo dos idosos com a sua família, e inseri-lo na vida da comunidade (ANVISA, 2005). Ressalta-se que as rotinas, são necessárias para manter a organização do serviço, uma vez que se trata de uma residência coletiva. Embora, as principais atividades, como alimentação, lazer e repouso, sejam realizadas em horários pré-definidos, há uma flexibilidade em respeito às demandas de cuidados dos moradores (CHRISTOPHE; CAMARANO, 2010).

Em muitas situações confere-se a ILPI a responsabilidade pelo abandono, que em alguns casos já existia antes do idoso adentrar a instituição (CAMARANO; BARBOSA, 2016).

Assim, as mudanças que se fazem necessárias nas instituições, não devem restringir-se somente a substituição do termo “asilo” para ILPI, como uma maneira de desvencilhar-se do estereótipo de abandono, pobreza, precárias condições de habitação e higiene (ALVES-SILVA; SCORSOLINI-COMIN; SANTOS, 2013). Mas, devem buscar superar esse estigma (CAVALCANTI, 2013), apresentando-se como locais de abrigo que primam pelo bem-estar, segurança e dignidade dos idosos (ANVISA, 2005).

De acordo com revisão da literatura nacional, as ILPI configuram-se como locais monótonos, que contribuem para o sedentarismo, desestimulam a aquisição de novas experiências e conhecimento. Também não há o incentivo a manutenção de antigas vivências e habilidades adquiridas (ALVES-SILVA; SCORSOLINI-COMIN; SANTOS, 2013).

No entanto, há idosos que buscam as instituições, por vontade própria, justificando sua decisão em manter-se independente sem sobrecarregar os familiares; por estarem viúvos ou não possuírem filhos ou outros possíveis cuidadores. Portanto, não se deve manter a crença que as ILPI são locais de solidão, privação de afeto familiar e desprezo (FREITAS; NORONHA, 2010).

Deste modo, considerando a crescente demanda por instituições que proporcionem cuidados de longa duração a idosos, a nova estrutura familiar e as atuais demandas sociais

faz-se necessário realizar estudos que avaliem tanto o trabalho quanto as condições de vida e saúde dos idosos que passam a residir em instituições de longa permanência.

1.3 INCAPACIDADE FUNCIONAL

O conceito de saúde para a pessoa idosa relaciona-se mais a sua condição de autonomia e independência do que pela presença ou ausência de doença orgânica (BRASIL, 2006). Assim, muitos idosos apresentam doenças ou disfunções orgânicas que na maioria das vezes, não estão relacionadas à limitação das atividades ou restrição da participação social. Portanto, mesmo com doenças o idoso pode continuar a desempenhar o seu papel social (MORAES, 2012).

Embora o envelhecimento não seja sinônimo de doença, há uma tendência a incidência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) (SILVA et al., 2015) tornando-se um importante desafio para a saúde pública. Uma vez que a presença de morbidades pode resultar em diferentes graus de incapacidade e conseqüentemente diminuir a qualidade de vida do indivíduo e a capacidade econômica (SILVA et al., 2015).

Conquanto, seja comum falar de DCNT, as discussões acerca do tema são recentes. No século XVIII, alguns profissionais mostraram-se preocupados em construir uma classificação das doenças que poderiam se tornar crônicas, suscitando outras formas de cuidado, além do tratamento médico (AMIRALIAN, et al., 2003). Contudo, somente na Conferência Mundial de Saúde em 1948, na VI Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID), foram inclusas as doenças consideradas “não fatais” (DATASUS, 2008).

Até a década de 70, as doenças eram vistas, somente como manifestações agudas, conforme o modelo médico vigente, preocupado em apenas descrever as conseqüências das mesmas, sem incluir as questões crônicas, evolutivas e não reversíveis (AMIRALIAN et al., 2003). Partia-se da seguinte premissa:

Etiologia → patologia → manifestação

Paralelamente ao modelo de saúde médico havia o modelo social, o qual considerava a doença como resultado de um problema social, conseqüente a um ambiente físico incomum (OMS, 2004).

A incapacidade pode ser vista a partir de aspectos físicos, cognitivos e emocionais (ALVES; LEITE; MACHADO, 2008).

O aspecto físico refere-se ao desempenho sensitivo e motor na realização de tarefas e atividades como: mudança de decúbito; transferências, deambulação entre outros. Já as questões funcionais sensórias e motoras fazem parte da organização diária do comportamento, classificado como atividades de vida diária (ALVES; LEITE; MACHADO, 2008).

Com o intuito de melhor compreender as dimensões envolvidas no processo de saúde e doença foram criados diferentes modelos estruturais (PERRACINI; FLÓ; GUERRA, 2011), os quais serão descritos a seguir.

1.4 MODELOS ESTRUTURAIS DE SAÚDE, DOENÇA E INCAPACIDADE FUNCIONAL

Para Nagi (1965), o processo de incapacidade, iniciaria com uma doença de base que resultaria no estado de degeneração fisiológica, física e mental. No segundo estágio, haveria a deficiência, entendida como a alteração da estrutura ou das funções anatômicas. Já no terceiro estágio, a limitação funcional quer física ou emocional, resultante da deficiência, finalizaria na inabilidade em executar tarefas e papéis associadas à vida do indivíduo. E por fim, no último estágio há a discordância entre a capacidade real do indivíduo e o que a sociedade espera que ele seja capaz de realizar (JOHNSON; WOLINSKY, 1993). Esse modelo social permaneceu como forma de conceituação de incapacidade até a década de 80 (PERRACINI; FLÓ; GUERRA, 2011).

A proposta de Nagi (1976) buscou além de descrever o processo de incapacidade, realizar a diferenciação dos conceitos: patologia, deficiência, limitação funcional e incapacidade. Para tanto, o autor incorporou ao seu modelo os conceitos centrais de “incapacidade no desempenho em nível individual e a incapacidade no desempenho de papéis sociais”. Propôs-se, portanto, três dimensões de desempenho: a física; a emocional e a mental. O desempenho físico contempla a função sensório-motora do organismo, caracterizada por atividades como andar, ajoelhar-se, ouvir entre outras. Já o desempenho emocional envolve atividades relacionadas à efetividade do indivíduo em lidar com o estresse da vida, como a ansiedade e outros sintomas psicológicos. Enquanto que o desempenho mental, refere a capacidade intelectual e racional quantificada pela habilidade em resolver problemas (ALVES; LEITE; MACHADO, 2008).

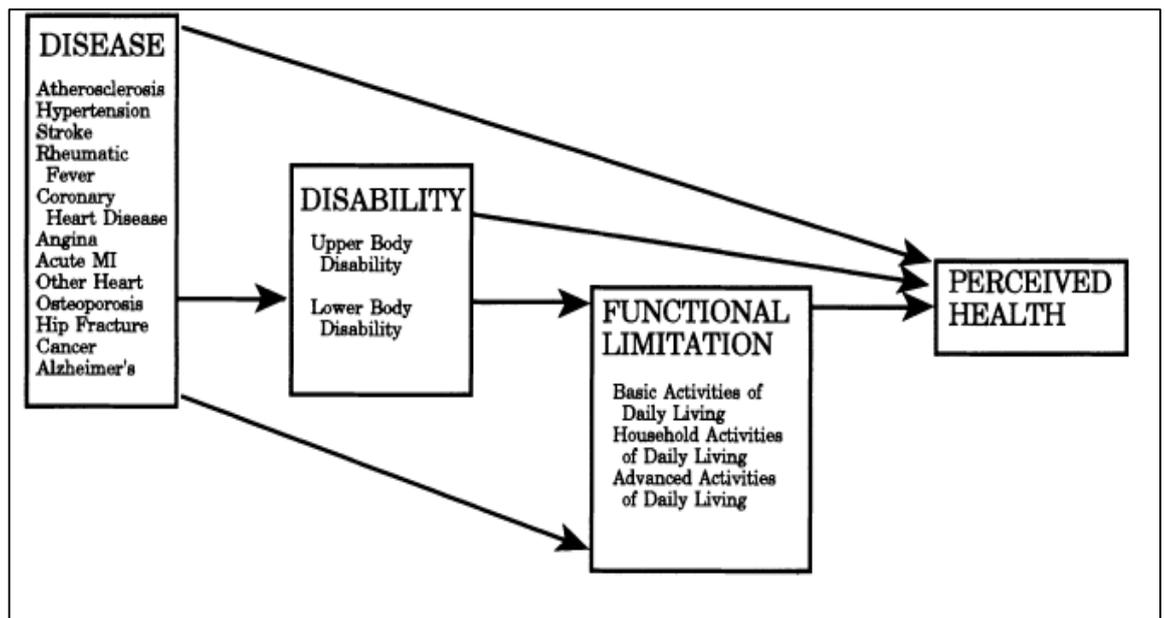
Entretanto, a desvantagem deste modelo encontra-se no fato de conceber a deficiência como um processo sequencial, de modo que não há como passar do primeiro estágio para

outro, sem passar por um estágio intermediário. Além do mais, os fatores que influenciam o processo, não são descritos (JOHNSON, WOLINSKY, 1993).

O próximo modelo foi proposto por Johnson e Wolinsky (1993) a partir dos quatro constructos: doença, incapacidade, limitação funcional e saúde percebida. Os autores utilizaram por fundamentação os conceitos apresentados por Nagi (1965). Entretanto, a diferença entre os modelos encontra-se na alteração de alguns termos, na sequência causal presumida do processo de incapacidade e na adição do conceito de saúde percebida como variável dependente final. As mudanças realizadas fazem o modelo ser sociologicamente relevante. Assim, o modelo, parte da condição de saúde, através da deficiência física, expressa na forma de limitações do comportamento ou atividade resultando em último estágio na percepção relativa da saúde de da doença (JOHNSON; WOLINSKY, 1993).

A seguir, apresenta-se a estrutura do modelo de Johnson e Wolinsky (1993).

Figura 1 - Modelo Conceitual de doença, incapacidade, limitação funcional e percepção da saúde.

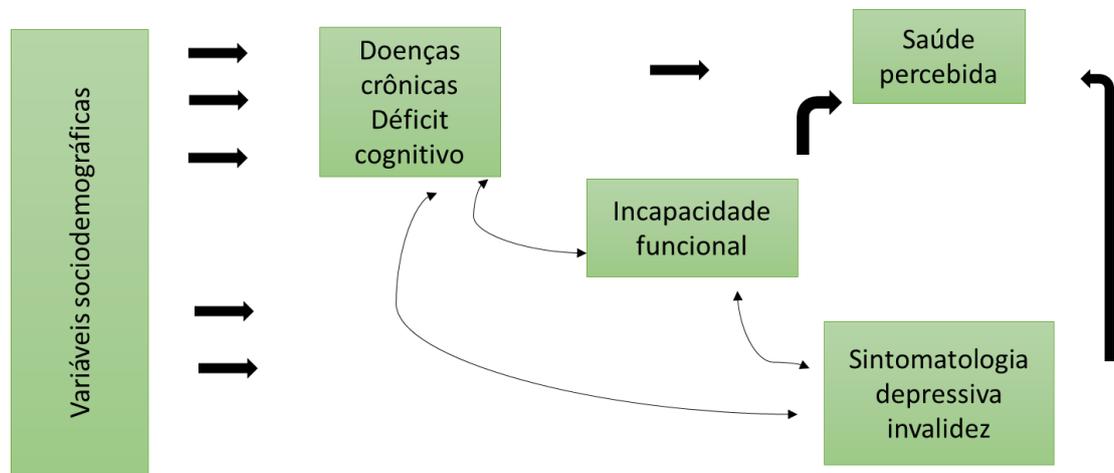


Fonte: Johnson e Wolinsky, 1993, p.108.

O modelo de Johnson e Wolinsky (1993) reflete a progressão das doenças do corpo sobre a mente. Observa-se que pessoas em idade avançada, à medida que apresentam diminuição da força física, reduz-se a capacidade do idoso a qual reflete em sua percepção de bem-estar (JOHNSON; WOLINSKY, 1993).

Ainda na busca de explicar o processo saúde-doença, os autores Beland e Zunzunegui elaboraram um modelo causal de saúde e incapacidades funcionais baseados no trabalho de Johnson e Wolinsky. Assim, além das dimensões de saúde, passou a considerar as variáveis sociodemográficas como variável independente e a associar as relações entre déficit cognitivo, sintomatologia depressiva e as incapacidades funcionais e saúde percebida (PERRACINI; FLÓ; GUERRA, 2011). Conforme pode ser visto na figura a seguir:

Figura 2 - Modelo de relações entre as dimensões da saúde e a incapacidade funcional proposto por Beland e Zunzunegui.



Fonte: Adaptado de Perracini, Fló e Guerra (2011, p.13).

Em 1976, considerando a busca por modelos que explicassem a relação entre as doenças e incapacidades, a IX Assembleia Mundial de Saúde, apresentou a Internacional Classification of impairments, disabilities, and handicaps: a manual of classification relating to the consequences of disease (ICIDH), cuja tradução seria Classificação Internacional de deficiências, incapacidades e desvantagens: um manual de classificação das consequências das doenças (CIDID) (AMIRALIAN et al., 2003).

A classificação apresenta três dimensões: deficiências, incapacidade e desvantagem. As deficiências referem-se a alterações nas estruturas ou funções do corpo, resultando em limitação de atividade ou participação. Incapacidade inclui a deficiência, limitação de atividade ou restrição na participação (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003). A desvantagem apresenta-se como consequência de uma deficiência ou incapacidade que resulta em limitação de um papel social rotineiro (ALVES; LEITE; MACHADO, 2008).

A CIDID nasceu com a proposta de realizar o gerenciamento das doenças crônicas. No entanto, não indicava com clareza a relação do ambiente social e físico no processo de

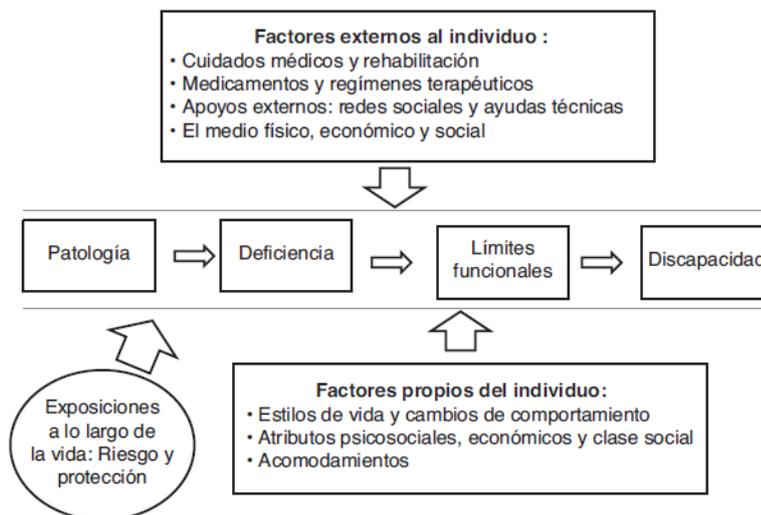
desvantagem, conforme comentários do prefácio da reprodução do documento de 1993 (WHO, 1980).

Ainda com relação à incapacidade funcional, Verbrugge e Jette (1994), definiram-na como o resultado final dos transtornos de saúde que conseqüentemente resultam nas perdas funcionais. Os autores propuseram um modelo sobre os moldes de Nagi (1976) e da Organização Mundial da Saúde (OMS) (1980) (ALVES; LEITE; MACHADO, 2008), de modo que, a limitação funcional para a realização de atividades da vida diária pode surgir a partir da deficiência no funcionamento de um órgão ou sistema do corpo que sofre a ação de uma doença (ZUNZUNEGUI, 2011).

De acordo com esse modelo, o processo de incapacidade é dinâmico, sendo influenciado tanto pelo ambiente externo quanto pelas características individuais. Assim a perda da capacidade é reflexo tanto do entorno do idoso, como cuidados médicos; tratamento, redes sociais quanto dos recursos internos, tais como a autoestima, o autocontrole, mecanismos de enfrentamento e condição econômica e social (ZUNZUNEGUI, 2011).

A seguir apresenta-se a representação do modelo de incapacidade proposto por Verbrugge e Jette (1994) adaptado por ZUNZUNEGUI (2011).

Figura 3 - Modelo de incapacidade proposto por Verbrugge e Jette (1994).



Fonte: Zunzunegui, 2011, p. 15.

Conforme a representação estrutural acima, é possível verificar a influência das condições crônicas e agudas no funcionamento dos sistemas corporais, funções mentais e físicas e atividades da vida diária. Há uma relação linear entre doença, deficiência, limitações

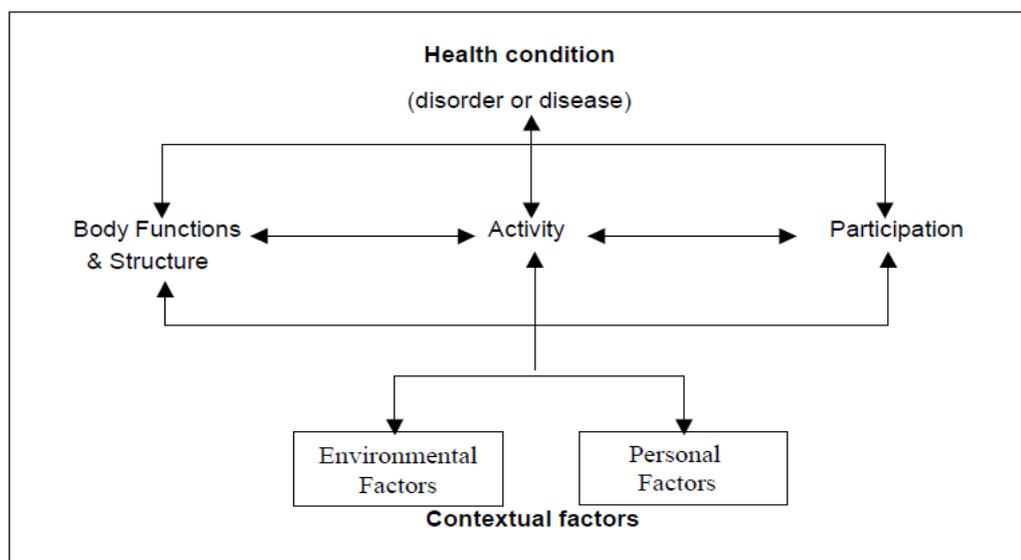
funcionais e incapacidade. Os fatores pessoais e do ambiente, considerados como fatores de risco, intervenções e exacerbantes, podem “acelerar ou retardar” o processo de incapacidade (PERRACINI; FLÓ; GUERRA, 2011). No entanto, a qualquer momento do processo pode haver uma quebra. O indivíduo pode apresentar uma incapacidade, sem obrigatoriamente ter uma deficiência (ALVES; LEITE; MACHADO, 2008).

A partir dos vários estudos desenvolvidos, a OMS verificou a necessidade de revisar a ICIDH. A revisão da classificação resultou na construção da Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF) publicada em 2001 (VALE, 2009). Deste modo, a incapacidade deixou de ser uma classificação das consequências da doença e passou a ser um componente de saúde (ALVES; LEITE; MACHADO, 2008). Portanto, a CIF possui por objetivo geral: “proporcionar uma linguagem unificada e padronizada, bem como, uma estrutura de trabalho para a descrição da saúde e de estados relacionados com a saúde” (OMS, 2001).

O universo da CIF contempla todos os aspectos da saúde humana e alguns componentes importantes relacionados ao bem-estar, os quais são apresentados em termos de domínios de saúde e relacionados à saúde (OMS, 2004).

A CIF concebe a funcionalidade e incapacidade de um indivíduo como a interação dinâmica entre os estados de saúde, como doenças, lesões, entre outros; com os fatores contextuais, quer ambiental ou pessoal (OMS, 2002), conforme pode ser visto na figura a seguir:

Figura 4 - Diagrama do modelo de incapacidade de acordo com a CIF.



Fonte: WHO, 2002, p. 9.

Deste modo, a CIF divide-se em duas partes: funcionalidade e incapacidade e fatores contextuais. Entende-se por funcionalidade, “termo que engloba todas as funções do corpo, atividades e participação”; enquanto que incapacidade se refere a “deficiências, limitação de atividades ou restrição na participação” (OMS, 2001). Por sua vez, a funcionalidade e incapacidade, desdobram-se nos componentes: funções do corpo e estrutura do corpo, atividade e participação; enquanto que os fatores contextuais, compreendem os componentes ambientais e pessoais (WHO, 2002).

O componente corpo é caracterizado pelas funções dos sistemas orgânicos e as estruturas do corpo, enquanto, que atividade e participação referem-se aos domínios que apontam para aspectos da funcionalidade, quer na visão individual como na social (OMS, 2004).

Com relação ao componente contextual, há uma lista de fatores ambientais que influenciam todos os componentes da funcionalidade e incapacidade de forma sequencial, quer seja do ambiente mais imediato do indivíduo até o ambiente geral. Já os fatores pessoais, embora componente dos fatores contextuais, não se encontram classificados na CIF devido a gama de variação social e cultural (OMS, 2004).

A interpretação dos componentes da CIF dá-se através de constructos separados, mas inter-relacionados. A operacionalização dos constructos ocorre com a adoção de qualificadores. Assim, as funções do corpo são descritas por meio de alterações dos sistemas fisiológicos ou das estruturas anatômicas. E o componente atividade e participação são caracterizados pelos constructos: capacidade e desempenho (OMS, 2004).

Os componentes podem ser expressos na forma positiva ou negativa. Para cada componente há vários domínios que subdividem em categorias que correspondem as unidades de classificação (OMS, 2004). A figura 5 a seguir apresenta a visão geral da CIF.

Figura 5 - Visão Geral da CIF.

Componentes	Parte 1: Funcionalidade e Incapacidade		Parte 2: Factores Contextuais	
	Funções e Estruturas do Corpo	Actividades e Participação	Factores Ambientais	Factores Pessoais
Domínios	Funções do Corpo Estruturas do Corpo	Áreas Vitais (tarefas, acções)	Influências externas sobre a funcionalidade e a incapacidade	Influências internas sobre a funcionalidade e a incapacidade
Constructos	Mudança nas funções do corpo (fisiológicas) Mudança nas estruturas do corpo (anatômicas)	Capacidade Execução de tarefas num ambiente padrão Desempenho/Execução de tarefas no ambiente habitual	Impacto facilitador ou limitador das características do mundo físico, social e atitudinal	Impacto dos atributos de uma pessoa
Aspectos positivos	Integridade funcional e estrutural	Actividades Participação	Facilitadores	Não aplicável
	Funcionalidade			
Aspectos negativos	Deficiência	Limitação da actividade Restrição da participação	Barreiras	Não aplicável
	Incapacidade			

Fonte: OMS, 2004, p. 14.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

A seguir abordará-se o tema envelhecimento saudável, referência da presente pesquisa para avaliação da capacidade funcional em idosos, bem como as escalas utilizadas para avaliação funcional e os aspectos relacionados a capacidade funcional no ambiente das ILPI.

2.1 ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL

A compreensão de saúde e funcionalidade em idades avançadas está associada a dois conceitos: capacidade intrínseca e capacidade funcional. A primeira refere-se à capacidade física e mental que o indivíduo pode utilizar-se em qualquer momento. E a última aos atributos relacionados à saúde que permitem que as pessoas sejam ou façam o que valorizam (OMS, 2015).

Associado a capacidade intrínseca, o ambiente determina o que o idoso pode fazer. Uma vez que, a depender do ambiente que esteja inserido haverá recursos ou barreiras para a realização de tarefas que considere necessárias (OMS, 2015).

Deste modo, Envelhecimento Saudável refere-se ao processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional que permite o bem estar em idade avançada (OMS, 2015).

A maximização da capacidade funcional contribui para a promoção do Envelhecimento saudável. Para tanto, faz-se necessário manter a capacidade intrínseca e permitir que a pessoa com diminuição da capacidade funcional faça coisas importantes para si (OMS, 2015).

O envelhecimento saudável, discute ações para aperfeiçoar a capacidade funcional e intrínseca do idoso e define as subpopulações de pessoas mais velhas em aquelas com capacidade funcional relativamente alta e estável; aqueles com declínio na capacidade e aqueles com perdas significativas da capacidade (OMS, 2015).

Ao oferecer um atendimento centrado na pessoa idosa, os sistemas de saúde devem considerar: a acessibilidade do idoso ao serviço; sistemas orientados para a promoção da capacidade intrínseca e garantia de trabalhadores de saúde treinados e em quantitativo adequado (OMS, 2015).

Outro aspecto a ser considerado, no envelhecimento saudável é a demanda por sistemas de cuidado de longo prazo. O intuito é que esses serviços consigam preservar um nível de capacidade funcional em idosos que possuem ou apresentam alto risco de perdas

significativas da capacidade, e proporcionar uma vida com dignidade e qualidade (OMS, 2015).

Entende-se por cuidado de longo prazo um rol de serviços prestados de modo contínuo aos idosos com o intuito de suprir suas necessidades de moradia, alimentação, saúde, convivência familiar e comunitária (ALVES; RIBEIRO, 2015).

Em 2000, a OMS definiu a assistência a longo prazo como um sistema de atividades empreendidas por cuidadores informais e/ou profissionais a uma pessoa que apresente qualquer grau de dependência para o auto-cuidado. O intuito é promover uma melhor qualidade de vida, com o maior nível possível de independência, autonomia, satisfação pessoal e dignidade humana (OMS, 2000).

Deste modo, o sistema de cuidado a longo prazo abrange uma gama de sistemas de apoio informais e formais, como o tratamento em ILPI e hospitais para pacientes terminais (WHO, 2005).

Embora não se tenha uma estrutura política definida para a prestação de cuidados de longo prazo (ALVES; RIBEIRO, 2015), deve-se considerar que se trata de um importante bem público que necessita discussão quanto à forma de financiamento e a responsabilidade do governo, comunidade e família (OMS, 2015).

A saúde pública deve preconizar a capacidade funcional do idoso. A política de envelhecimento saudável considera cinco domínios que permitem aos idosos realizarem as atividades que valorizam, tais como as habilidades de atender as necessidades básicas; aprender, crescer e tomar decisões; movimentar-se; construir e manter relacionamentos e contribuir (OMS, 2015).

A aquisição e manutenção dessas habilidades permite que os idosos envelheçam de forma segura, em lugar adequado e continuem a desenvolver pessoalmente, manter sua autonomia e saúde e participar no desenvolvimento da comunidade (OMS, 2015).

É necessário que os sistemas e cuidadores busquem otimizar a capacidade funcional e diminuir as perdas através da prestação de cuidados, da transformação do ambiente de modo a garantir o bem estar do idoso (OMS, 2015).

2.2 ESCALAS UTILIZADAS NA AVALIAÇÃO FUNCIONAL DOS IDOSOS

As escalas utilizadas para medir a incapacidade funcional normalmente consideram a dificuldade e dependência, caracterizando-se por três modos distintos: “o grau de dificuldade

para realizar certas atividades; o grau de assistência ou de dependência e se não realiza a atividade” (ALVES; LEITE; MACHADO, 2008).

Quando se fala em dependência busca-se medir o quanto a pessoa necessita de ajuda, ou se utiliza assistência para realizar uma atividade, e mesmo se não a realiza. Já, a dificuldade utiliza de vários critérios para avaliar a maneira como as atividades funcionais são desempenhadas e o grau de esforço que é utilizado com as mesmas. Por isso, a maioria dos estudos prescindem de utilizar o grau de dificuldade em detrimento do grau de dependência, por este ser um melhor indicador de severidade e caracterizar dificuldade severa (ALVES, LEITE, MACHADO, 2008, p. 1203). O maior percentual dos instrumentos de avaliação da incapacidade funcional dos idosos refere-se à capacidade de realizar as AVD (TALMELLIRUY, 2013).

A capacidade funcional relaciona-se ao ato de manter-se capaz de realizar ABVD, Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD) e Atividades Avançadas de Vida Diária (AAVD) pré-requisitos para a manutenção de uma vida independente e autônoma (FERREIRA et al., 2012).

As ABVD correspondem às tarefas cotidianas referentes ao cuidado com o corpo; higiene pessoal (vestir; utilizar o sanitário); transferência, continência esfincteriana e alimentação independente (LINO, et.al. 2008). Já as AIVD referem-se às tarefas relacionadas a manutenção da vida em comunidade; cuidado doméstico (preparo de alimentos; lavar e passar roupas; pequenos concertos) realizar compras; controlar o dinheiro; utilizar o telefone; fazer o uso de medicamentos e sair sozinho (LAWTON; BRODY, 1969). E por fim, as AAVD, constituem-se de atividades mais complexas que contemplam os domínios físicos, lazer, social e produtivo, que prescindem maiores níveis de funções cognitivas, físicas e sócias além de sofrerem influencias de padrões motivacionais e culturais (DIAS et al., 2011).

Ressalta-se que, na prática clínica, a avaliação das AAVD não é realizada de forma sistemática (DIAS et al., 2011), sendo recente os trabalhos que a empregam na avaliação de idosos residentes na comunidade (DIAS et al., 2015; OLIVEIRA et al., 2015; SPOSITO; NERI; YASSUDA, 2016).

Os instrumentos utilizados para a avaliação da capacidade funcional são formas objetivas de medir aspectos da função física, independente da função cognitiva, condição cultural e nível educacional. Normalmente é associado ao autorrelato da incapacidade (ALVES; LEITE; MACHADO, 2008), conforme pode ser visto nas pesquisas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

No ano de 2000, o IBGE realizou um inquérito populacional, utilizando questões relacionadas à deficiência física; visual e motora. Considerou-se incapacidade quando há a presença de uma das deficiências listadas, ou quando o idoso refere grande dificuldade para executar algumas dessas ações (IBGE, 2000). De acordo com esses conceitos, durante o censo de 2000, mais da metade das pessoas com 65 anos de idade declaram possuir algum tipo de deficiência ou incapacidade (IBGE, 2000).

De acordo com a Pesquisa Nacional de Amostragem por Domicílio (PNAD) 2008, 15,2% dos idosos apresentavam dificuldade para realizar atividades básicas alimentar-se, tomar banho ou ir ao banheiro sem ajuda. Com relação a atividades como empurrar mesa ou realizar consertos domésticos 46,9% não conseguiam fazer. Quanto a abaixar-se; ajoelhar-se e curva-se 53,9%, mantinham dificuldade para fazer (IBGE, 2010).

Não existe um instrumento padrão ouro, no que diz respeito à avaliação da capacidade funcional dos idosos. Assim, cabe ao pesquisador, escolher o instrumento que melhor atenderá as suas expectativas, de acordo com o objetivo de seu trabalho e as características de sua população (ALVES; LEITE; MACHADO, 2008).

2.3 CAPACIDADE FUNCIONAL E INSTITUCIONALIZAÇÃO

A capacidade funcional apresenta-se como uma importante ferramenta para a estimativa de saúde dos idosos, à medida que, busca descrever o grau de preservação da capacidade do indivíduo em realizar ABVD e AIVD (PEREIRA; BESSE, 2011).

Assim, quando há perda, mesmo que gradual da capacidade funcional observa-se a piora da manutenção da autonomia, independência com possível institucionalização do idoso, nos casos de carência de estrutura familiar e de recursos financeiros para o cuidado no domicílio (PEREIRA; BESSE, 2011).

A admissão dos idosos em instituições de longa permanência, de acordo com a literatura, é associada a precárias condições financeiras e de moradia; inexistência de relações familiares ou relações conflituosas, morte de familiares próximos, ou amigos, sedentarismo, problemas de saúde, ausência de cuidador, dificuldade para atendimento médico e de enfermagem (CAMARANO, 2008; DEL DUCCA et al., 2012; LINI; PORTELLA; DORING, 2016; PEREIRA; BESSE, 2011).

A presença de doença e disfunção como imobilidade, instabilidade, incontinência e perdas cognitivas, (PEREIRA; BESSE, 2011), associadas a ausência de cônjuges; não possuir

filhos e dependência para as atividades básicas da vida diária, também contribuem decisivamente para a institucionalização (LINI; PORTELLA; DORING, 2016).

Observa-se que idosos pouco ativos ou inativos, assim como aqueles que apresentam incapacidade funcional, possuem mais chances de serem institucionalizados quando comparados aqueles ativos e sem incapacidade (DEL DUCCA et al., 2012).

Outro fator, diz respeito a fragilidade das relações sociais próximas, como a ausência de vizinhos e grupos comunitários, que contribuem para o isolamento social e a solidão na velhice. Esses fatores por sua vez, relacionam-se ao declínio da saúde física e mental resultando em uma possível institucionalização do idoso (DEL DUCCA et al., 2012).

A senilidade, o comprometimento cognitivo, a não realização de tarefas habituais contribuem para a sobrecarga familiar assim como incapacitam a permanência do idoso na comunidade, resultando no processo de institucionalização (MELLO; HADDAD; DELLAROZA, 2012).

No município de Belo Horizonte, 86,7% dos idosos institucionalizados, vieram conduzidos por suas famílias, por apresentarem algum grau de fragilidade física e/ou mental que dificultava o cuidado no domicílio (73,3%). Alguns idosos foram encaminhados por órgãos públicos (5,7%), sendo comum o relato de abandono ou ausência familiar (16,2%) e presença de conflitos familiar (3,8%) (CAMARGO; FORTES E SOUZA, 2015). Situação semelhante foi verificada na cidade de Maringá, Paraná, os idosos residentes em sete ILPI do município, relataram terem procurado às instituições devido a conflitos familiares (66%); dificuldade no autocuidado (16,5%), dificuldade financeira (12,4%) e desejo próprio (5,1%) (CASTRO; CARREIRA, 2015).

Estudo realizado por Lini; Portella e Doring (2016) na cidade de Passo Fundo com idosos residentes em ILPI e na comunidade identificou que os risco de institucionalização estão relacionados aos seguintes fatores: ausência de companheiro e filhos; analfabetismo; sedentarismo; necessidade de ajuda para deambular ou não deambular; uso de medicamentos; o diagnóstico de Alzheimer e outras demências não especificadas, doença de Parkinson ou sequela motora de acidente vascular encefálico (AVE); comprometimento cognitivo e dependência para ABVD (LINI; PORTELLA E DORING, 2016).

Ressalta-se que os idosos do sexo feminino; em idade avançada e com baixa escolaridade, possuem maior chance de serem institucionalizados (DEL DUCCA et al., 2012; LINI; PORTELLA E DORING, 2016). Observa-se que este fato se encontra relacionado à maior sobrevivência das mulheres, piores condições de saúde, capacidade funcional e posição “desfavorecida dentro dos arranjos familiares” (CAMARANO; BARBOSA, 2014).

Na conjuntura atual, os homens quando dependentes no domicílio são amparados por suas companheiras, enquanto que as mulheres contam na maioria das vezes apenas com os filhos, quando os possuem, e, no entanto, não é garantia de oferta de cuidado (CAMARANO, 2008).

Estudos internacionais, também demonstram a característica feminina do envelhecimento, conforme verificado em pesquisa prospectiva realizada na Alemanha com idosos institucionalizados. O maior percentual eram mulheres (77,3%), viúvas (57,7%), idade média de 81,3 anos e educação primária (58,1%). A causa de institucionalização nesse estudo esteve associada significativamente a maior dependência física e fragilidade do idoso (HAJEK et al., 2015).

De acordo com os autores, a institucionalização entre os idosos alemães é vista como a última alternativa, por resultar em aumento dos encargos financeiros, pensando em serviços privados, e devido ao fato dos idosos, mesmo que dependentes, preferirem ficar o maior tempo possível em sua casa, com seus familiares e amigos (HAJEK et al., 2015).

Estudo realizado em instituições de oito países europeus verificou que os idosos apresentavam idade média de 80 anos, sendo $\frac{3}{4}$ de mulheres. Mais de 80% dos idosos apresentavam algum grau de deficiência e necessitavam de assistência. E $\frac{2}{3}$ da amostra apresentava comprometimento cognitivo (ONDER et al., 2012).

De acordo com Lini; Portella e Doring (2016), a idade avançada isoladamente não predispõem a institucionalização, e sim a existência de complicações como comprometimento cognitivo e dependência funcional. Idosos, mais velhos, que não apresentam incapacidades importantes, mantêm-se mais tempo em seu domicílio (LINI; PORTELLA; DORING, 2016).

Conforme, descrito acima, a dependência funcional é tida como fator contribuinte para a institucionalização. No entanto, uma vez institucionalizado há fatores, quer externos, ambientais, físicos e psicológicos, os quais impactam diretamente na capacidade funcional e reflete na independência funcional do idoso. (PEREIRA; BESSE, 2011).

Assim, entre os fatores que podem influenciar a capacidade funcional em ILPI tem-se: a idade; o sexo; a escolaridade; o estado civil, a procedência; tempo e causa de institucionalização; a polifarmácia; morbidades; a autopercepção de saúde; má-nutrição, internação recente e quedas (DANTAS et al., 2013; MORAES, 2012; LAMPERT et al., 2016; ZIMMERMANN, et al., 2015).

Pesquisa conduzida em Divinópolis, Minas Gerais identificou que os idosos mais velhos (85 anos ou mais) apresentavam pior capacidade funcional em relação aos idosos jovens (64-84 anos). No entanto, não foi observada diferença estatisticamente significativa

entre capacidade funcional e o sexo. Homens e mulheres apresentaram o mesmo nível de capacidade funcional (GONTIJO et al., 2012). Situação semelhante foi observada entre idosos institucionalizados na região central da cidade de Marília, São Paulo, onde não houve diferença estatisticamente significativa entre capacidade funcional e a variável sexo (SOARES; COELHO; CARVALHO, 2012).

No que concerne, ao tempo de institucionalização, os idosos em Montes Claros que residiam há mais de cinco anos na ILPI, apresentaram maior dependência para as ABVD em relação aos idosos com tempo de institucionalização inferior a cinco anos (MARINHO et al., 2013). Já Oliveira e Mattos (2012), não encontraram diferença estatisticamente significativa quanto ao tempo de institucionalização e dependência, tanto para ABVD quanto para AIVD (OLIVEIRA; MATTOS, 2012).

Estudo realizado por Pereira e Bessa (2011) verificou que os idosos institucionalizados por vontade própria apresentam um maior nível de independência funcional em relação aos idosos que foram institucionalizados por vontade da família e por não possuir família, ou outra opção.

Em relação à autopercepção da institucionalização, idosos residentes em ILPI do Distrito Federal, relataram que apresentavam percepção positiva da saúde gostar de estar na instituição (66,3%), sem queixas de depressão (55,4%) e ansiedade (67,5%). Entretanto, aqueles idosos que referiram insatisfação com a instituição e com o modo atual de vida apresentaram associação significativamente positiva, entre instituição, incidência de depressão e doenças psiquiátricas ($p < 0,001$) (OLIVEIRA; NOVAES, 2013).

Paiva e colaboradores (2014), também verificou que idosos institucionalizados, dependentes faziam uso de maior número de medicamentos.

Conforme mencionado, as condições crônicas e suas comorbidades podem comprometer a capacidade funcional de idosos. Dantas e colaboradores (2013), em estudo com idosos institucionalizados na cidade de Recife, Pernambuco, constatou a associação estatisticamente significativa para capacidade funcional prejudicada e as morbidades: sequelas de acidente vascular cerebral (AVC); doença osteoarticular, demência, comprometimento visual e o transtorno mental ($p \leq 5$) (DANTAS et al., 2013). Aspectos, como a dificuldade de caminhar, resultante da presença de doenças e suas complicações, diminuem a prática de atividade física e interfere diretamente no desempenho das ABVD (LINI; PORTELLA; DORING, 2016).

Outras morbidades comumente associadas à incapacidade funcional na pessoa idosa são a depressão (VALCARENGHI et al., 2011) e a demência (LINI; PORTELLA; DORING,

2016) que acaba por contribuir para o declínio funcional; possíveis hospitalização, e mesmo a institucionalização do geronte (VALCARENGHI et al., 2011)

A capacidade funcional também pode ser influenciada pelo estado nutricional do idoso. Em ILPI na cidade de Natal, Rio Grande do Norte, verificou correlação negativa estatisticamente significativa entre funcionalidade e estado nutricional. Idosos que apresentaram maior índice de massa corporal (IMC), maior medida de CP, possuíam pior capacidade funcional para execução das AVD (CARLOS; GAZZOLA; GOMES, 2016). De acordo com este estudo, a obesidade quando associada à inatividade física, pode resultar em baixo condicionamento físico, aumento da fragilidade do idoso, predispondo-o a doenças crônicas e suas complicações (CARLOS; GAZZOLA; GOMES, 2016).

Outro parâmetro utilizado para avaliação dos idosos, e sua capacidade funcional refere-se à autopercepção da saúde. Idosos que fazem uma pior avaliação da saúde apresentam pior probabilidade de sobrevivência (LAMPERT et al., 2016). Pesquisa realizada com idosos institucionalizados na cidade de Diamantina, Minas Gerais, verificou que o maior percentual dos indivíduos referiu como ruim (51,6%) e muito ruim (35,5%) o seu estado de saúde (SILVA et al., 2013). Já em ILPI do município de Cuiabá, Mato Grosso, a autopercepção de saúde como regular, ruim ou muito ruim esteve associada à dependência a ABVD (OLIVEIRA; MATTOS, 2012).

A maior ocorrência de quedas em idosos independentes refere-se ao fato destes movimentarem-se mais e sem auxílio, e, portanto, estarem mais expostos a acidentes (REIS; JESUS, 2015).

A maioria dos estudos apresenta a relação entre quedas, polifarmácia e capacidade funcional (BORGES; GARCIA; RIBEIRO, 2009; FERREIRA; YOSHITMOE, 2010; FERREIRA et al., 2016; PAIVA et al., 2014). De acordo com os autores, a prevalência de doenças crônicas degenerativas associadas à institucionalização contribui para presença de polifarmácia, a qual é vista como fator intrínseco para quedas, conseqüentemente piora da capacidade funcional, perda da autonomia e independência dos idosos (FERREIRA; YOSHITMOE, 2010; PAIVA et al., 2014).

Pesquisa realizada em 10 ILPI da cidade de Natal, Rio Grande do Norte identificou que as quedas foram frequentes entre idosos do sexo feminino, independentes para AVD, baixo nível de atividade física, possuíam sobrepeso, declínio cognitivo e faziam uso de polifarmácia (FERREIRA et al., 2016). Em estudo em ILPI no Rio Grande do Sul, também verificou que as quedas ocorreram com idosos independentes e recém-admitidos. De acordo com a pesquisa realizada houve uma diminuição no número de quedas após os primeiros seis

meses institucionalização, possivelmente relacionada à melhor adaptação do idoso ao ambiente (VALCARENGHI et al., 2011).

A maior ocorrência de quedas em idosos independentes refere-se ao fato destes movimentarem-se mais e sem auxílio, e, portanto, estarem mais expostos a acidentes (REIS; JESUS, 2015).

A maioria dos estudos apresenta a relação entre quedas, polifarmácia e capacidade funcional (BORGES; GARCIA; RIBEIRO, 2009; FERREIRA; YOSHITMOE, 2010; FERREIRA et al., 2016; PAIVA et al., 2014). De acordo com os autores, a prevalência de doenças crônicas degenerativas associadas à institucionalização contribui para presença de polifarmácia, a qual é vista como fator intrínseco para quedas, conseqüentemente piora da capacidade funcional, perda da autonomia e independência dos idosos (FERREIRA; YOSHITMOE, 2010; PAIVA et al., 2014).

A velocidade de marcha e a medida da força de preensão manual são referidos como um indicador de massa muscular geral, sendo um parâmetro bastante utilizado e de fácil aplicação durante a avaliação de idosos (MACIEL; ARAÚJO, 2010). Especificamente, a força de preensão palmar é considerada um importante preditor da mobilidade, da capacidade funcional e qualidade de vida (VENEZIANO et al., 2016).

Há uma estreita relação entre a diminuição da capacidade funcional, a idade e a força de preensão palmar (FPP), conforme verificado por Veneziano e colaboradores (2016) em idosos institucionalizados na cidade de Rio Verde, Goiânia. De acordo com dados deste estudo, a força de preensão palmar tende a diminuir com o avançar da idade e a ser menor entre os idosos que apresentam dependência para realizar as AVD (VENEZIANO et al., 2016).

Revisão bibliográfica realizada sobre a capacidade funcional de idosos institucionalizados identificou que os baixos índices de capacidade funcional se relacionam a dependência, ao maior índice de morbimortalidade, a fragilidade da pessoa idosa e fraco índice de aptidão funcional global (IAFG) (DIAS et al., 2015). Entende-se por IAFG a avaliação da coordenação, resistência de força de membros superiores, resistência aeróbia, flexibilidade e agilidade/equilíbrio dinâmico (ANTES et al., 2012).

Conforme mencionado à diminuição da capacidade funcional pode resultar na institucionalização de idosos, assim como a permanência na ILPI também contribui para a piora funcional, redução e até mesmo perda da autonomia e independência dos idosos.

Desde modo, conforme o referencial teórico apresentado esta pesquisa propôs-se a avaliar a capacidade funcional de idosos institucionalizados, considerando o conceito de envelhecimento saudável.

Assim, espera-se verificar como essa relação desenvolve-se dentro da instituição de longa permanência no decorrer do tempo. Uma vez institucionalizado, quais fatores podem influenciar na capacidade funcional dos idosos? E como eles se comportam ao longo do tempo? Como apresenta o comportamento funcional de idosos institucionalizados, à medida que aumenta o seu tempo de permanência na instituição?

3 JUSTIFICATIVA

O idoso demanda de avaliação constante do seu estado de saúde, conforme preconizado pela Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (2006) a qual ressalta as peculiaridades do processo de envelhecimento associado tanto a características individuais quanto sociocultural e ambiental. A institucionalização, conforme visto anteriormente, acaba por influenciar esse processo, uma vez que promove alterações do ambiente, da rotina e hábitos culturais dos idosos. Por assim dizer, a institucionalização pode resultar em declínio da capacidade funcional dos idosos (NUNES, et.al, 2009).

Embora a literatura apresente pesquisas sobre a capacidade funcional de idosos institucionalizados e seus preditores, prevalece pesquisas transversais (OLIVERIA; MATTOS, 2012). Há poucos os estudos com abordagem longitudinal em ILPI, principalmente relacionado a capacidade funcional de idosos institucionalizados.

No período de 2005 a 2007, Menezes e colaboradores (2011), realizaram um estudo prospectivo com idosos institucionalizados na cidade de Goiânia. A pesquisa teve por objetivo analisar a evolução de aspectos multidimensionais da saúde de idosos institucionalizados na referida cidade (MENEZES, et.al., 2011)

Em 2010, Marchon; Cordeiro e Nakano, realizaram um estudo prospectivo com idosos residente em instituição filantrópica na cidade de São Paulo. O objetivo do estudo foi verificar a eficácia do Short Physical Performance Battery (SPPB) na capacidade funcional dos idosos e a influência de variáveis cognitivas, clínicas e globais. Após 18 meses todos os idosos previamente avaliados com bom desempenho apresentaram perda da força ao longo do seguimento.

Del Ducca e colaboradores (2012), conduziram uma pesquisa do tipo caso controle para identificação dos indicadores de institucionalização entre idosos residentes em ILPI e comunidade na cidade de Pelotas no período de 2007 a 2008 (DEL DUCCA, et.al., 2012). Estudo semelhante, foi realizado na Alemanha com idosos previamente residentes na comunidade que foram institucionalizados ao longo do seguimento. O propósito dos pesquisadores foi identificar quais fatores contribuíram para a institucionalização dos indivíduos (HAJEK, et.al, 2015).

Ainda considerando os estudos longitudinais internacionais, foi realizado na cidade de Kyoto, Japão, estudo prospectivo com 21 idosas residentes em instituições de longa permanência. O objetivo foi verificar as mudanças relacionadas a idade, massa muscular; capacidade para caminhar e declínio da massa muscular de tronco e MMII em idosas

institucionalizadas (IKEZOE, et.al., 2015). Outra pesquisa desenvolvida com idosos institucionalizados, durante 20 meses no período de 2012 a 2013 em centros residências para idosos na cidade de Santander, Espanha, teve por objetivo avaliar a influência da institucionalização na autonomia e na qualidade de vida percebida entre idosos (COBO, 2014).

Já na cidade de Corona, Espanha, buscou-se avaliar e comparar a evolução cognitiva e afetiva de lar-dia (“creche diurna”) e pacientes idosos institucionalizados durante o seguimento de 1 ano, e avaliar a presença de comprometimento cognitivo e afetivo em relação a demanda de cuidado (MASEADA, et.al. 2014).

Assim, considerando o cenário nacional e mesmo internacional faz-se necessário desenvolver estudos longitudinais que busquem identificar a relação de fatores de risco para o desempenho funcional de idosos institucionalizados (OLIVEIRA; MATTOS, 2012).

De acordo com a literatura a rotina institucional de baixo estímulo, contribui para a presença do sedentarismo que associada a menor aptidão física podem resultar na diminuição da capacidade funcional e conseqüentemente perda da independência dos idosos (BARROS et.al.,2016). Outros aspectos a serem considerados refere-se a ocorrência de quedas; hospitalização, a presença da polifarmácia, fatores comuns nas ILPI, que também podem ser associados a piora da capacidade funcional.

Portanto, cientes que o tema representa uma demanda, crescente e atual propõe-se desenvolver uma pesquisa que aborde a capacidade funcional de idosos institucionalizados durante o seguimento de seis meses.

Espera-se com essa proposta identificar a relação entre os fatores de risco e a capacidade funcional de idosos enquanto institucionalizados. Uma vez que esses idosos além da influência dos fatores intrínsecos do próprio envelhecimento, passam a ser expostos a variáveis relacionados à institucionalização: como o tempo; as rotinas; a predisposição ao isolamento social e sedentarismo.

E assim, ao fomentar a discussão do tema, espera-se também contribuir com o planejamento de ações para a promoção da saúde dos idosos institucionalizados e a prevenção de incapacidades com vistas a manutenção da autonomia; independência e melhor qualidade de vida.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a capacidade funcional de idosos institucionalizados no seguimento de seis meses.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Descrever as instituições de longa permanência segundo as variáveis: organização institucional; recursos humanos; infra-estrutura física e processo operacionais;
- b) Caracterizar os idosos segundo as variáveis: sociodemográficas; causas e tempo de institucionalização; presença de visita de familiares e/ou amigos e clínica segundo a capacidade funcional para a ABVD, ao longo do seguimento;
- c) Verificar a melhora e a piora da ABVD segundo as categorias de dependência e áreas de funcionalidade;
- d) Verificar modificações na capacidade funcional; desempenho físico; capacidade cognitiva e indicativo de sintomatologia depressiva de idosos institucionalizados, ao longo do seguimento;
- e) Identificar os fatores preditores de melhora e piora da capacidade funcional para ABVD no seguimento de seis meses.

5 HIPÓTESES

As hipóteses do presente estudo foram:

Hipótese I: Idosos institucionalizados do sexo masculino; jovens (60 a 79 anos); que apresentam maior tempo de institucionalização; polimorbidades; polifarmácia; histórico de hospitalização e quedas recente; autopercepção negativa de saúde; declínio cognitivo; baixa força de preensão palmar e baixo desempenho físico; indicativo de sintomatologia depressiva; baixo peso apresentam pior capacidade funcional ao longo do seguimento.

Hipótese II: Idosos que possuem uma autopercepção positiva de saúde apresentam melhor capacidade funcional ao longo do seguimento.

6 MATERIAL E MÉTODOS

6.1 TIPO DE ESTUDO

Tratou-se de um estudo analítico observacional, longitudinal, prospectivo com abordagem quantitativa.

6.2 POPULAÇÃO DO ESTUDO

A população do estudo foi composta pelos idosos residentes em ILPI, filantrópica, vinculadas a Secretaria de Desenvolvimento Social (SEDS) do município de Uberaba no período de outubro de 2017 a outubro de 2018.

O município conta atualmente com nove instituições cadastradas na SEDS, totalizando 349 idosos, no momento do primeiro contato com a instituição.

Na Tabela a seguir, encontra-se descrito o nome da instituição, o número de idosos residentes e número total de vagas oferecidas. As informações sobre o número de idosos e vagas disponíveis foram fornecidas pelas próprias instituições.

Tabela 1 - Número de vagas e idosos residentes em ILPI filantrópicas vinculadas a SEDS no Município de Uberaba, 2019

INSTITUIÇÃO	Número de idosos	Número de vagas
A	27	28
B	58	64
C	21	25
D	59	60
E	55	62
F	18	25
G	26	30
H	59	60
I	26	30
Total	349	384

Fonte: Próprio autor, 2019.

6.2.1 Critérios de inclusão

Os critérios de inclusão foram: possuir idade igual ou superior a 60 anos; residir em ILPI filantrópica do município; participar dos dois momentos de coleta dos dados e consentir em participar da pesquisa com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

6.2.2 Critérios de exclusão

Não participaram da pesquisa o indivíduo com incapacidade comunicativa; déficit auditivo e/ou visual severamente limitante e não compensado por uso de aparelho auditivo e/ou óculos.

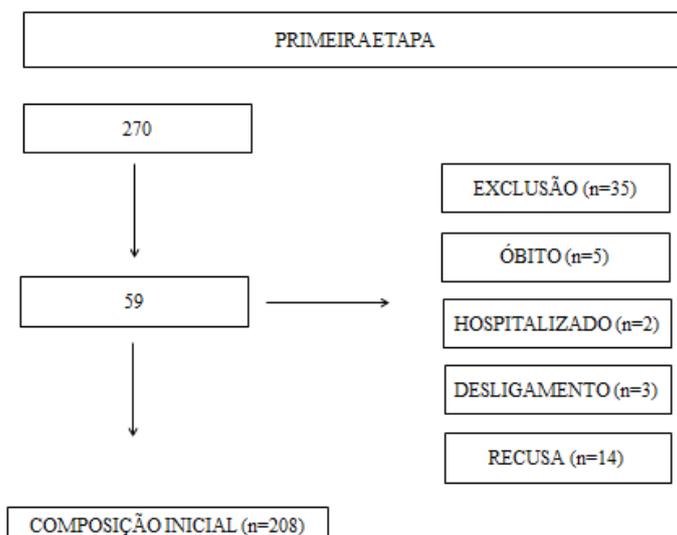
6.2.3 Descrição da população do estudo

Foram avaliados os idosos residentes em oito ILPI, devido a recusa de uma instituição. Na primeira etapa foram identificados 270 idosos elegíveis para avaliação, no entanto, foram inclusos 208 indivíduos que atenderam aos critérios da pesquisa.

As perdas e exclusões foram devido a idosos que apresentavam declínio cognitivo severo e/ou déficit auditivo e/ou visual limitante (n=35); óbito (n=5); hospitalização (n= 2); desligamento da instituição (n= 5) e recusa em participar (n=15).

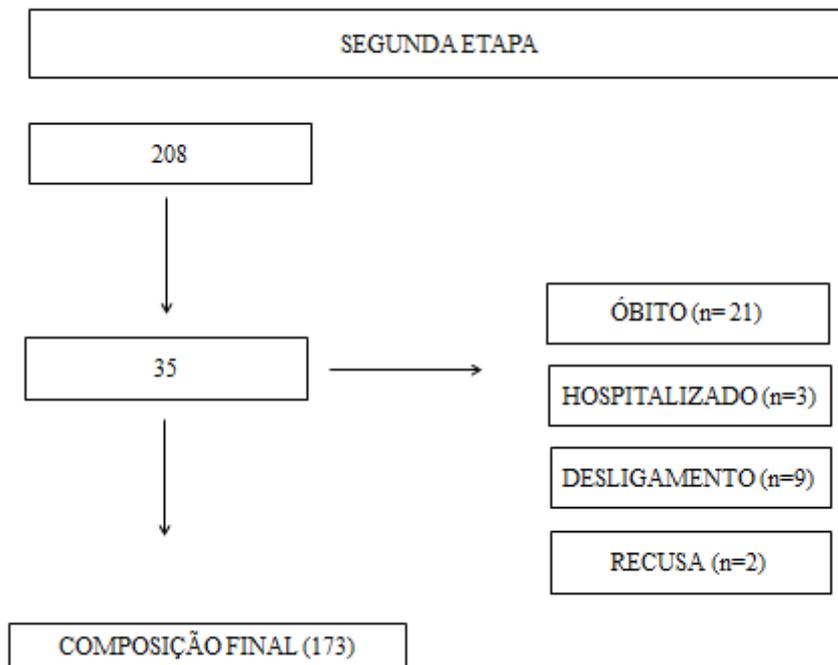
A Figura 6 ilustra a composição da população da primeira etapa.

Figura 6 - Composição da População: primeira etapa



Para a segunda etapa foram avaliados 173 idosos. As perdas e exclusões foram devido a: óbito (n=21); idoso hospitalizados (n= 3); desligamento da instituição (n=9) e recusa (n=2). Conforme pode ser visto na Figura 7 a seguir.

Figura 7: Composição da população: segunda etapa



Fonte: Do autor, 2019.

6.3 COLETA DE DADOS

Para a coleta de dados foram utilizados dois instrumentos durante a pesquisa. O primeiro instrumento visava descrever as ILPI sendo destinado ao enfermeiro e/ou responsável legal pela instituição e o segundo para avaliação dos idosos.

6.3.1 Instrumento para coleta de dados

O roteiro de entrevista para caracterizar a instituição foi construído de acordo com as recomendações da RDCn°283/2005 (APÊNDICE A) e validado por três peritos com experiência no cuidado ao idoso institucionalizados.

O instrumento foi enviado aos peritos, juntamente com o roteiro de validação (APÊNDICE B). Os peritos responderam a solicitação e sugeriram adequação na forma de

apresentação das questões, mantendo-se o padrão de check list em todo o instrumento. A sugestão foi prontamente atendida. Os demais itens mantiveram-se sem alteração.

6.3.1.1. Instrumento para caracterização da ILPI

Foram contemplados os seguintes itens no roteiro de entrevista: caracterização da instituição; grau de dependência dos idosos; documentação do serviço; número e qualificação dos funcionários; estrutura física e assistência à saúde dos idosos.

Com relação à caracterização da instituição considerou-se nome; data de fundação; número de idosos; número de vagas e número de internos que possuam menos de 60 anos.

Para avaliação do grau de dependência do idoso de acordo com a RDC nº283/2005, considerou-se Grau de dependência I idosos independentes, mesmo em uso de equipamentos de autoajuda. Quanto ao grau de dependência II, idosos que apresentem dependência em até três atividades de autocuidado para a vida diária sem comprometimento cognitivo ou alteração cognitiva controlada. E grau de dependência III, aqueles que necessitem de assistência em todas as atividades de autocuidado para a vida diária e ou que possua comprometimento cognitivo (BRASIL, 2005).

Em relação à documentação necessária à organização institucional verificou-se se as instituições possuíam alvará sanitário; estatuto registrado; registro de entidade social e regimento interno; contrato de prestação de serviço entre ILPI/idoso/família; anotação de responsabilidade técnica e comprovante da realização de educação permanente (BRASIL, 2005).

Quanto aos recursos Humanos preconizados verificou-se a presença de profissionais, formalmente contratados que realizassem as atividades como coordenação; cuidado dos idosos; atividade de lazer; serviço de limpeza, alimentação e lavanderia (BRASIL, 2005), e profissionais pertencentes à equipe de saúde assim como voluntários.

Referente à Infraestrutura física avaliou-se a presença de adaptações para promover segurança e acessibilidade, como presença de rampas; corrimões; luz de vigília e campanha nos dormitórios. E ambientes específicos como: sala para atividades coletivas; convivência; apoio individual e familiar; banheiros coletivos separados por sexo; espaço eucumênico; sala administrativa e refeitório; cozinha e dispensa e lavanderia (BRASIL, 2005).

Em relação aos processos operacionais, verificou-se a presença de plano de à saúde, quanto aos recursos disponíveis para cada residente em todos os níveis de atenção (BRASIL, 2005).

Quanto às atividades oferecidas pela instituição aos idosos, verificou-se em relação o número de refeições e as atividades de lazer oferecidas aos idosos. Considerou-se também a realização de atividades na instituição pela comunidade, bem como a participação do idoso institucionalizado na comunidade.

6.3.1.2 Instrumento para avaliação dos idosos

A avaliação dos idosos foi realizada de acordo com instrumento composto por dados sociodemográficos; clínicos; função cognitiva; sintomatologia depressiva; mobilidade; força muscular, medidas antropométricas e capacidade funcional para ABVD e AIVD (APÊNDICE C).

Os dados sociodemográficos foram avaliados por meio do instrumento elaborado pelo Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Triângulo Mineiro.

Com relação aos dados clínicos investigaram-se número de morbidades existentes; número de medicamentos utilizados; ocorrência de quedas e internações nos últimos seis meses; presença de visitas; autopercepção do estado de saúde. Ressalta-se que as questões referentes a quedas; internações e autopercepção do estado de saúde foram baseadas no instrumento Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento (SABE).

Para a avaliação da função cognitiva foi utilizado o instrumento Mini Exame do Estado Mental (MEEM) (ANEXO A), elaborado por Folstein et al. (1975), adaptado e validado no Brasil por Bertolucci et al (1994). O instrumento destina-se à avaliação da função cognitiva e o rastreamento de quadros demências (ALMEIDA, 1998). Adota como critérios de avaliação a orientação temporal e espacial; atenção e cálculo simples; memória imediata de evocação e linguagem. Os escores variam de 0 a 30 pontos, sendo o diagnóstico de declínio cognitivo relacionado ao nível de escolaridade: ≤ 13 para analfabetos, ≤ 18 para 1 a 11 anos de estudo e ≤ 26 para mais de 11 anos de estudo (BERTOLUCCI et al., 1994).

Com relação ao indicativo de sintomatologia depressiva foi utilizada a Escala de Depressão Geriátrica abreviada, (GDS-15), versão reduzida, proposta por Yessavage (1986). A escala apresenta 15 perguntas cujas respostas podem ser negativas ou afirmativas (ANEXO B). Os escores superiores a 5 foram considerados como sugestivos de sintomatologia depressiva (ALMEIDA; ALMEIDA, 1999).

No que refere a mobilidade, neste estudo foi utilizado a versão brasileira do teste *Short Physical Performance Battery* (SPPB), validado no Brasil por Nakano (2007) (ANEXO C). Considerou-se que a mobilidade responde pela capacidade de deslocamento do indivíduo,

avaliada através da postura, marcha e transferência (MORAES, 2012). O teste foi dividido em três etapas: equilíbrio; velocidade de marcha e sentar e levantar da cadeira. No teste de equilíbrio estático o idoso foi orientado a permanecer em pé, realizando 3 posições diferentes, conforme orientação do avaliador. No primeiro movimento, deveria “ficar em pé, com os pés juntos, um encostado no outro”. Se mantivesse nesta posição por 10 (dez) segundos recebeu 1 (um) ponto, se não manteve ou não tentou recebeu 0 (zero). O idoso que conseguiu realizar o primeiro movimento continuou o teste de equilíbrio sendo orientado a “colocar um dos pés um pouco mais à frente do outro pé, até ficar com o calcanhar de um pé encostado ao lado do dedão do outro pé”. Neste caso a avaliação foi: 1(um) ponto se mantivesse na posição por 10 (dez) segundos; 0 (zero) se não manteve ou não tentou. E por último foi solicitado ao idoso que “colocasse um dos pés totalmente a frente do outro até ficar com calcanhar deste pé encostado nos dedos do outro pé”. A avaliação foi 2 (dois) pontos se mantivesse por 10 segundos; 1(um) se mantivesse por 3 a 9,99 segundos e 0 (zero) se mantivesse por menos de 3 segundos ou não tentou. O avaliador encerrou o teste e anotou o motivo nas situações em que o idoso pontuou zero ou não tentou realizar o teste de equilíbrio e passou-se para a avaliação da marcha (NAKANO, 2007).

Já no teste de velocidade de marcha, o idoso foi orientado a caminhar por uma distância de quatro metros, sendo observado pelo avaliador. Os idosos com alguma necessidade de auxílio para deambular fizeram uso de bengala ou andador conforme o seu habitual. A avaliação da marcha foi realizada em duas tentativas. Após demarcar a distância a ser percorrida, o avaliador caminhou demonstrando ao idoso como deveria ser realizada a sua caminhada. Uma vez em pé, o idoso foi posicionado com a ponta do pé sobre a marca inicial e caminhou até ultrapassar a marca final, a medida que o avaliador marcou o seu tempo. Em seguida, foi realizada a segunda tentativa de caminhada, procedendo igual a primeira vez. Ao término o avaliador registrou o tempo da primeira e da segunda tentativa de caminhada.

A avaliação para a caminhada de quatro metros foi: se o tempo for maior que 8,70 segundos a pontuação será 1(um); se for de 6,21 a 8,70 será 2 (dois); se de 4,82 a 6,20 a nota será 3(três) e se for o tempo menor que 4,82 segundos a nota será 4 (quatro). Caso o idoso não realizou o teste foi registrado o motivo (NAKANO, 2007).

O teste de levantar da cadeira foi realizado sem o auxílio dos braços, utilizando-se uma cadeira de encosto reto e sem apoio lateral. Após, o idoso estar devidamente acomodado, o avaliador demonstrou o movimento a ser realizado: cruzaram-se os braços sobre o tórax, enquanto permanecia sentado com pés apoiado ao chão. Em seguida levantou-se completamente da cadeira sem descruzar os braços de sobre o peito, mantendo-se os pés

apoiado. Se o idoso, levantou-se sem ajuda dos braços, passou-se á realização do teste. Neste caso, o idoso realizou 5 repetições do movimento de levantar-se sem apoio dos braços e sentar-se na mesma posição inicial, enquanto o avaliador registrou o tempo. A pontuação do teste foi: se o tempo do teste for 16,70 segundos ou mais a nota foi 1(um); de 13,70 a 16,69 a pontuou 2; de 11,20 a 13,69 a nota foi 3(três) e se o tempo do teste foi de 11,19 segundos ou menos a nota obtida foi 4(quatro). No entanto, quando o idoso não conseguiu levantar sem apoio, encerrou-se o teste, sendo pontuado em 0(zero) e anotado o motivo.

O escore total da SPPB correspondeu a soma das pontuações de cada teste, variando de zero (pior desempenho) a 12 pontos (melhor desempenho) (NAKANO, 2007). A pontuação da SBBP de 0 a 3 pontos representou incapacidade ou desempenho muito ruim; 4 a 6 pontos representou baixo desempenho; 7 a 9 pontos representou moderado desempenho e 10 a 12 pontos bom desempenho (NAKANO, 2007).

A **força muscular** foi verificada com base na força de preensão palmar, por meio do dinamômetro hidráulico manual, modelo SAEHAN® *Hydraulic Hand Dynamometer*, modelo SH5001 – 973, modelo SH5001 – 973, Yangdeck – Dong, PO Box 426, Masan Free Trade Zone, Masan 630-728 KOREA. O procedimento do teste seguiu as recomendações da *American Society of Hand Therapists*: o idoso permaneceu sentado e posicionado de maneira confortável em uma cadeira normal sem apoio para os braços, com os dois pés apoiados no chão, ombro aduzido, cotovelo fletido a 90°, o antebraço em posição neutra, com o polegar apontado para o teto; e o punho com posição confortável entre 0 a 30° de extensão; a alça móvel na posição II. O examinador por meio de comando verbal, em volume alto, orientou o idoso puxar a alça do dinamômetro com a mão dominante e manter pressionada por seis segundos e depois relaxar. Foram obtidas três medidas, apresentadas em quilograma/força (Kgf), com um intervalo de um minuto entre elas, sendo considerado o valor médio das três medidas (SANTOS, 2008).

Foram adotados os pontos de corte proposto por *Fried et al.* (2001), ajustados pelo sexo e índice de massa corporal (IMC), sendo: Homens (IMC \leq 24 e Força de preensão \leq 29; IMC 24,1 – 26 e Força de preensão \leq 30; IMC 26,1 – 28 e Força de preensão \leq 30; IMC $>$ 28 e Força de preensão \leq 32) e mulheres (IMC \leq 23 e Força de preensão \leq 17; IMC 23,1- 26 e Força de preensão \leq 17.3; IMC 26,1 - 29 e Força de preensão \leq 18; IMC $>$ 29 e Força de preensão \leq 21).

Estado nutricional: para realizar as medidas antropométricas foi utilizada uma fita métrica de 1,50 metros, graduada de 0,5 em 0,5 centímetros, não distensível, embora flexível para aferir a altura e a circunferência da perna (CP).

Considerou-se o maior perímetro da perna esquerda, para circunferência da mesma e o ponto médio entre o acrômio e o olecrano para medida da circunferência do braço esquerdo. Quanto ao peso foi utilizada a balança digital BODY FAT SCALE WS 100 da marca MICROLIFE PARA®.

A CP indica alterações da massa magra resultantes do avançar da idade e diminuição da atividade física, portanto, sendo uma medida sensível da massa muscular em idosos. Foi considerada com adequada as medidas iguais ou superiores a 31cm para homens e mulheres (NAJAS; NEBULONI, 2005).

Como indicador de variações do peso, de acordo com a altura, foi utilizado o índice de massa corporal (IMC) dos idosos ou índice de Quelet (PORTO; BRANCO; PINHO, 2009). Para a classificação foram utilizados os valores de referência preconizados por Lipschitz (1994), conforme pode ser visto, no quadro 2, a seguir:

Quadro 1 - Valores de IMC de referência para a população idosa.

Classificação	Valores de referência para IMC em idosos
Baixo peso	$IMC \leq 22 \text{ kg/m}^2$
Eutrófico	$22 < IMC \leq 27 \text{ kg/m}^2$
Sobrepeso	$> 27 \text{ kg/m}^2$

Fonte: Lipschitz (1994)

A capacidade funcional foi avaliada através da realização ou não das atividade básica da vida diária e atividade instrumental da vida diária. Para tanto aplicou-se as escalas Índice de Katz (ANEXO D); e Escala de Lawton- Brody (ANEXO E). O Índice de Katz foi utilizado para avaliar as ABVD. Assim, o idoso foi classificado para cada atividade como independente, parcialmente dependente ou dependente (LINO et al., 2008). Ao término da avaliação o idoso foi classificado de acordo com o número de dependência para realização das atividades, em: (0) independente em todas as seis funções; (1) independente em cinco funções e dependente em uma função; (2) independente em quatro funções e dependente em duas; (3) independente em três funções e dependente em três; (4) independente em duas funções e dependente em quatro; (5) independente em uma função e dependente em cinco e (6) dependente em todas as seis funções (LINO et al., 2008). Também foi considerado o número de atividades que o idoso era incapaz de realizar. Para à avaliação das AIVD foi utilizada a Escala de Lawton e Brody. A pontuação da escala foi estabelecida de acordo com a capacidade do idoso de realizar determinada atividade. A escala contempla a capacidade de realizar 7 atividades diferentes sendo o idoso, avaliado em: realiza; realiza com auxílio; não

realiza. Se independente, o idoso recebeu 3 pontos, se precisasse de ajuda 2 pontos e se dependente 1 ponto, o que totalizou 21 pontos. Considerou-se dependência total quando a pontuação final foi igual a sete, dependência parcial se de oito a 20 pontos e independente quando o idoso obteve 21 pontos (SANTOS; VIRTUOSO JÚNIOR, 2008).

6.3.2 Coleta dos dados: entrevista e avaliação dos idosos

Em todas as instituições a entrevista foi realizada com enfermeiro em seu local de trabalho e de acordo com sua disponibilidade. O tempo médio da entrevista foi de 15 minutos.

No que refere a avaliação dos idosos, a mesma, ocorreu na própria instituição. Os questionários foram aplicados ao idoso individualmente em ambiente reservado e os testes físicos foram realizados em local plano e as medidas antropométricas tomadas de acordo com as orientações descritas. A avaliação do idoso durou de 35 a 45 minutos. Os dados clínicos como número de morbidades; medicamentos utilizados foram coletados por meio do prontuário dos idosos.

6.4 VARIÁVEIS DE ESTUDO

Dados da instituição: número de idosos residentes; número de vagas; grau de dependência dos idosos (I; II; III).

Documentação da instituição: estatuto registrado (sim; não); registro de entidade social (sim; não); regimento interno (sim; não); regimento de enfermagem (sim; não); responsável técnico (sim; não); contrato de prestação de serviço entre o idoso e a instituição (sim; não); educação permanente documentada (sim; não); plano de trabalho (sim; não); alvará sanitário (sim; não); número do alvará;

Funcionários da instituição: número de funcionários; divisão entre cuidadores e pessoal da limpeza (sim; não); funcionário para cozinha (sim; não); funcionário para a cozinha (sim; não); voluntários (sim; não); número e categoria profissional (enfermeiro; técnico de enfermagem; médico; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; terapeuta ocupacional; assistente social; geriatra; dentista; psicólogo; cuidadores de idosos; serviços gerais; coordenador; secretária; outros....); vínculo institucional (PMU; voluntário; contratado; outros); responsável técnico (sim; não); formação do responsável técnico (ensino fundamental; ensino médio e ensino superior) registro no conselho de responsabilidade técnica (sim; não); possui especialização na área de saúde do idoso (sim; não); parcerias com instituição de ensino (sim; não); cursos

(graduação em enfermagem; cursos técnicos de enfermagem; curso de cuidador; fisioterapia; educação física; medicina; nutrição; pedagogia; cursos artesanais e outros); atividades dos voluntários (limpeza; auxílio na cozinha; auxílio na lavanderia; Corte de cabelo/barba; cuidados com as unhas; visita aos idosos; acompanhante para atividades externas; atividades administrativas e outros).

Estrutura física: dormitórios separados por sexo (sim; não); banheiro para até 4 idosos (sim; não); campanha nos dormitórios (sim; não); luz de vigília (sim; não); escada (sim; não); corrimão (sim; não); rampa (sim; não); área para atividades coletivas (sim; não); área para convivência (sim; não); espaço ecumênico (sim; não).

Assistência a saúde dos idosos: atendimento de urgência/emergência (ESF; UPA; convênio; particular instituição; particular família; não recebe); consulta médica (ESF; UPA; convênio; particular instituição; particular família; não recebe); consulta de enfermagem (ESF; UPA; convênio; particular instituição; particular família; não recebe); tratamento odontológico (ESF; UPA; convênio; particular instituição; particular família; não recebe); exames laboratoriais (ESF; UPA; convênio; particular instituição; particular família; não recebe); exame de imagem (ESF; UPA; convênio; particular instituição; particular família; não recebe); fisioterapia (ESF; UPA; convênio; particular instituição; particular família; não recebe); avaliação nutricional (ESF; UPA; convênio; particular instituição; particular família; não recebe); avaliação psicológica (ESF; UPA; convênio; particular instituição; particular família; não recebe); avaliação fonoaudiológica (ESF; UPA; convênio; particular instituição; particular família; não recebe); outros.

Atividades: número de refeições; atividades ofertadas aos idosos (grupo de conversa; passeios; grupo de oração; artesanato; filmes; bailes; atividade física; outros); participação dos idosos na comunidade (sim; não); atividades da comunidade (grupos de convivência; atividades religiosas; passeios; atividade física em grupo; outros); atividades oferecidas pela comunidade (sim; não); atividades (almoço/jantar/lanches; festas em datas comemorativas; bailes; bazar; cursos/artesanatos; outros).

Capacidade Funcional: ABVD (independente; dependente parcial; dependente total); número de atividades que não realiza. Áreas de funcionamento: tomar banho (independente; dependente parcial; dependente total); vestir-se (independente; dependente parcial; dependente total); uso do vaso sanitário (independente; dependente parcial; dependente total); transferência (independente; dependente parcial; dependente total); continência (independente; dependente parcial; dependente total) e alimentação (independente; dependente parcial; dependente total). AIVD: uso do telefone (independente; dependente parcial; dependente

total); relação a viagens (independente; dependente parcial; dependente total); relação a compras (independente; dependente parcial; dependente total); preparo de refeições ((independente; dependente parcial; dependente total); trabalho doméstico (independente; dependente parcial; dependente total); uso de medicamentos (independente; dependente parcial; dependente total); relação ao manuseio de dinheiro (independente; dependente parcial; dependente total). Classificação da dependência para AIVD (independente; dependente parcial e dependente total e escore total).

Dados sócio demográficos: sexo; idade; escolaridade (anos de estudo); raça/cor da pele (branca; amarela; preta; indígena; parda); estado conjugal (nunca se casou ou morou com companheira(o); separado (a); desquitado (a) ou divorciado (a) ; viúvo (a); ignorado); procedência (residência; hospital; ILPI; assistência social, outros); motivo da admissão (morar só; adoecimento; dificuldade do cuidador; vontade própria); tempo de institucionalização (anos); visitas (sim; não)

Dados clínicos: morbidades (número); medicamentos (número); hospitalização (sim; não, nos últimos seis meses) queda (sim; não, nos últimos seis meses); autopercepção de saúde (muito ruim; ruim; regular; boa; muito boa; não sabe responder); declínio cognitivo (sim; não); indicativo de sintomatologia depressiva (sim; não); desempenho físico/SPPB (incapacidade, baixo; moderado e bom desempenho físico); baixa FPP (sim; não); IMC (baixo peso; eutrófico; sobrepeso) e Circunferência da Panturrilha (inadequada; adequada).

6.5 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Elaborou-se uma planilha eletrônica do programa Excel[®] para armazenamento dos dados coletados, os quais foram digitados por duas pessoas (dupla entrada). Posteriormente, verificou-se a consistência dos dados entre as duas bases, que na presença de divergências retornou-se à entrevista original para as devidas correções.

Após, os dados foram transportados para o programa estatístico “Statistical Package for Social Sciences” (SPSS) versão 22.0, para proceder à análise.

Para responder o primeiro objetivo foi realizada análise descritiva, distribuição de frequência absoluta e relativa; medidas de centralidade (média ou mediana) e de dispersão (desvio padrão (DP) ou valores mínimo e máximo).

Quanto ao segundo objetivo primeiramente, foi re-categorizada a variável ABVD em três grupos: independente; dependente parcial e dependente total. As variáveis sócio-demográficas idade foi categorizada em faixa etária (60 <= 69; 70 <= 79; >= 80 anos);

escolaridade em: analfabetos; 1|-|5; >5 anos; cor da pele em: branca; preta; parda/amarela e tempo de institucionalização em: ≤ 1 ano; 1-5; ≥ 5 anos . Após realizou-se a comparação das proporções entre os grupos no primeiro e segundo momento da pesquisa. Para tanto utilizou-se o Teste Qui-quadrado. Nos casos em que a frequência das células esperadas foi superior a 20%, utilizou-se o Teste Exato de Fisher (MARÔCO, 2014). Considerou-se o nível de significância $p \leq 0,05$.

Em relação ao terceiro objetivo, realizou-se análise descritiva; distribuição de frequência absoluta e relativa; medidas de centralidade (média ou mediana) e de dispersão (desvio padrão ou intervalo de confiança).

Quanto ao quarto objetivo foi realizado o Teste Kolmogorov- Smirnov para verificar a normalidade dos dados. Para os dados normais utilizou-se o teste T pareado e para os que não apresentaram uma normalidade realizou-se o Teste Wilcoxon, Com relação as variáveis categóricas foi utilizado o Teste McNemar. Considerou-se o nível de significância $p \leq 0,05$

E por fim no quinto objetivo ao verificar os fatores preditores de melhora e piora utilizando a estabilidade como referência, realizou-se a análise de regressão multinomial bruta e ajustada com estimativa do Odds Ratio (OR) e intervalo de confiança (IC) de 95%. Na análise ajustada utilizou-se as variáveis que apresentaram $p < 0,20$ na análise bruta. Considerou-se o nível de significância $p \leq 0,05$.

6.6 ASPECTOS ÉTICOS

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, com o número de parecer 2.590.755. O projeto foi enviado ao CEP, constando a autorização das instituições para realização da pesquisa dentro das unidades. Das 9 instituições, apenas o Lar da Esperança recusou participar da pesquisa. As demais entidades autorizaram conforme pode ser visto nos apêndices: D; E; F; G; H; I; J e K.

Após a aprovação, os participantes, desta pesquisa, foram contatados, nas ILPI, aos quais foram apresentados os objetivos, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE L) e oferecidas as informações pertinentes. A partir da anuência do entrevistado e assinatura do referido Termo, foi conduzida a entrevista, seguindo os preceitos estabelecidos pela Resolução 466/12 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012).

7 RESULTADOS

A seguir passará-se a descrever os resultados da pesquisa de acordo conforme os objetivos apresentados previamente.

7.1 DESCRIÇÃO DAS INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA DE ACORDO COM A RESOLUÇÃO COLEGIADA Nº 283 DE 2005 (RDC 283/2005).

A pesquisa foi desenvolvida em oito instituições filantrópicas do município de Uberaba. No mês de outubro de 2018, haviam 272 idosos institucionalizados, sendo o mínimo de 18 e o máximo de 56 indivíduos por instituição.

Em relação à presença de vagas para novos internos, apenas uma instituição não possuía no momento da entrevista.

A Tabela 2 a seguir apresenta o número de idosos residentes e as vagas disponíveis das instituições. As informações sobre o número de idosos e vagas disponíveis foram fornecidas pelas próprias instituições.

Tabela 2 - Distribuição do número de idosos residentes, vagas disponíveis das ILPI, Uberaba, MG, 2018.

Instituição	Número de idosos residentes	Número de vagas Disponíveis
A	18	3
B	49	13
C	18	3
D	35	2
E	55	6
F	18	7
G	23	5
H	56	0
Total	272	37

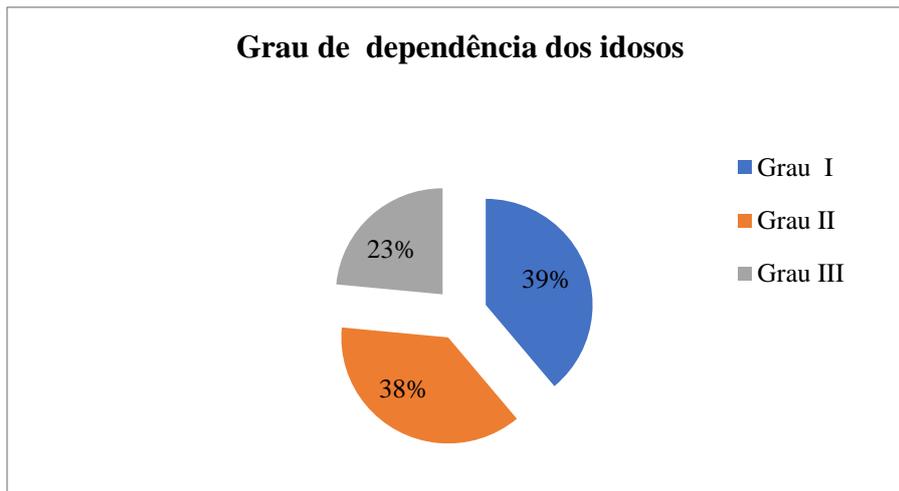
Fonte: Elaborado pelo autor, 2019.

Com relação ao grau de dependência do idoso, segundo a RDC nº283/2005, 38,9% eram independentes sendo considerados grau I; 37,6% possuíam dependência em até três atividades da vida diária sendo classificados como grau II, e 23,5% dos idosos eram

dependentes em todas as atividades de autocuidado e/ou com comprometimento cognitivo sendo considerados grau III (Gráfico 1).

A seguir apresenta-se o Gráfico 1 referente à classificação do grau de dependência dos idosos segundo a RDCn°283/2005.

Gráfico 1- Classificação do grau de dependência dos idosos institucionalizados segundo a RDC n°283/2005, Uberaba, MG, 2019.



Fonte: Do autor, 2019.

Quanto à documentação preconizada pela RDC283/2005, todas as instituições possuíam Estatuto registrado, Cadastro Nacional de Entidade Social (CNAS) e regimento interno e contrato de prestação de serviço entre a instituição e a família e/ou responsável legal do idoso. Apenas uma instituição não apresentou plano de trabalho.

Em 62,5% dos serviços havia regimento interno de enfermagem e 75% possuíam responsável técnico (RT), no caso o próprio enfermeiro da instituição. No entanto, nenhum dos profissionais possuía especialização na área de saúde do idoso.

O plano de trabalho foi identificado em 75% das instituições e o de atenção à saúde em 25%. A educação permanente em saúde era realizada em 37,5% das instituições.

Nenhuma das instituições possuía alvará sanitário. Todas se encontravam em processo de avaliação e ajuste para emissão da certidão.

O número de profissionais por instituição variou entre 9 a 35. Em 25% das instituições não havia divisão entre cuidadores de idosos e serviços gerais, e em 15%, não havia funcionário exclusivo para a lavanderia.

Com relação aos profissionais de saúde todas as instituições possuíam: enfermeiros, técnicos de enfermagem e médicos. Os enfermeiros e técnicos de enfermagem eram contratados pela própria instituição. Entre os médicos, havia profissionais pertencentes à

Estratégia de Saúde da Família (ESF) e profissional cedido pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) destinado ao acompanhamento dos idosos em todas as ILPI; voluntário e contratado pela própria instituição. Ressalta-se que o Havia nutricionista em 75% das instituições; fisioterapeuta e psicólogo em 62,5%; assistente social em 35%; dentista em 25% e terapeuta ocupacional em 15%. Em nenhuma das instituições avaliadas havia a presença do fonoaudiólogo.

Com relação à estrutura física, todas as instituições apresentaram separação dos idosos por sexo, e em alas diferentes. Verificou-se a presença de corrimão em banheiros e áreas de circulação (100,0%); área convivência entre os idosos (100,0%); escada (87,5%); luz de vigília (62,5%); áreas para atividades coletivas (50,0%) e ecumênicas (37,5%); banheiros para até quatro idosos (37,5%) e campainha nos dormitórios (25,0%).

Verificaram-se parcerias com instituições de ensino, representadas pelos cursos de Graduação em Enfermagem (50,0%); Técnico em enfermagem (50,0%); Graduação em Medicina (12,5%) e Nutrição (12,5%) e fisioterapia (12,5%). Além dos trabalhos voluntários, como: auxílio na cozinha (50%); corte de cabelo (50,0%); limpeza (37,5%) e cuidados com a unha (37,5%).

Quanto à assistência a saúde, os idosos recebiam atendimento médico preferencialmente em situações de urgência e emergência nas Unidades de Pronto Atendimento (UPA) do serviço público (100,0%); convênios (50,0%); e pronto socorro particular (25,0%). O médico cedido pela SMS realizava visita mensal as instituições para realizar prescrições de medicamentos; avaliação do estado de saúde de idosos queixosos e acompanhamento de resultados de exames. De forma complementar alguns serviços (37,5%) ofereciam consultas médicas semanalmente, realizadas por universitários (12,5%); voluntários (12,5%) e profissional de contratação própria (12,5%).

Em 50,0% das instituições o enfermeiro informou realizar a consulta de enfermagem. A ESF era responsável pela avaliação odontológica em 50,0% das instituições e coleta de exames, como sangue e urina em 37,5%, sendo os demais realizados por laboratórios universitários.

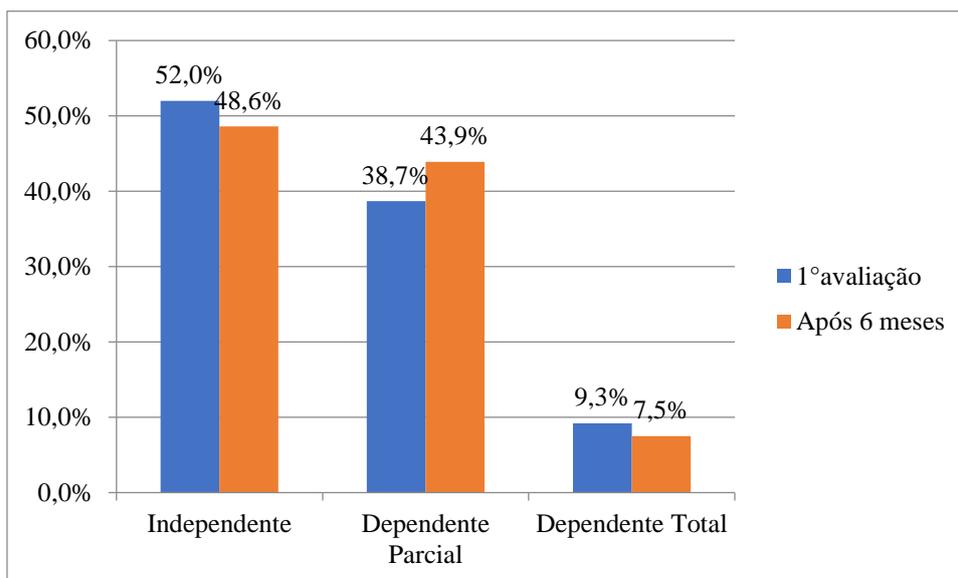
As ILPI ofereciam atividades como festas em datas comemorativas (50,0%); passeios (37,5%) e grupos de oração (37,5%). Já a comunidade oferecia aos idosos institucionalizados atividades como almoços e lanches (100%) e festas em datas comemorativas (75%). E em 25% das instituições os idosos participavam de atividades na própria comunidade, no caso, grupos de oração.

7.2 CARACTERIZAÇÃO DOS IDOSOS SEGUNDO VARIÁVEIS SÓCIODEMOGRÁFICAS; CAUSAS E TEMPO DE INSTITUCIONALIZAÇÃO; PRESENÇA DE VISITA DE FAMILIARES E/OU AMIGOS E CLÍNICAS SEGUNDO A CAPACIDADE FUNCIONAL PARA ABVD

Os idosos no primeiro momento apresentaram maior percentual para independência nas ABVD (52,0%) e menores percentuais para dependência parcial (38,7%) e total (9,2%). Após seis meses, observou-se diminuição entre os independentes (48,6%) e dependentes total (7,5%) e aumento dos dependentes parcial (43,9%) (Gráfico 2).

O Gráfico 2, representa a frequência da capacidade funcional ao longo do seguimento.

Gráfico 2 - Frequência da capacidade funcional para as ABVD dos idosos institucionalizados ao longo do seguimento, Uberaba, MG, 2019.

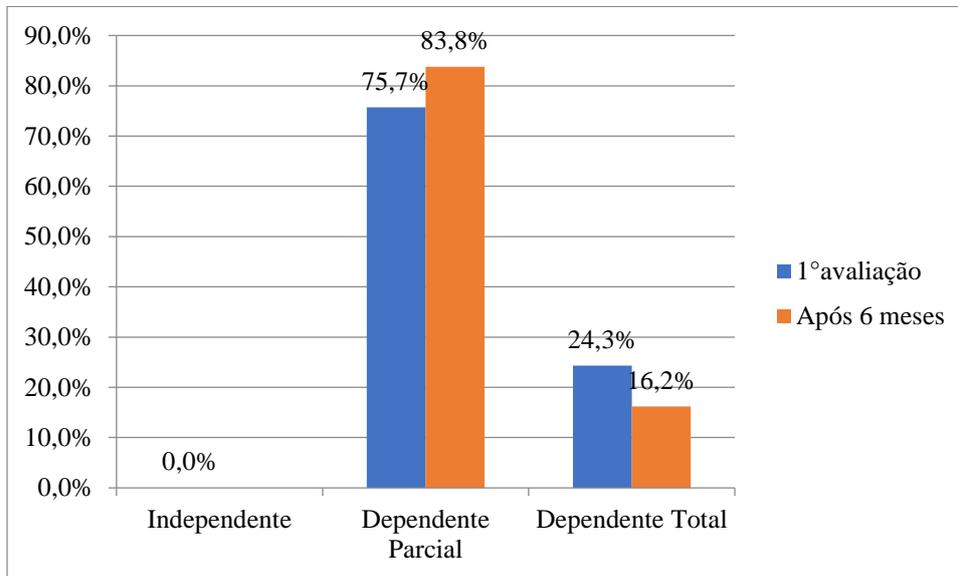


Fonte: Do autor, 2019.

No que se refere à capacidade funcional para as AIVD verificou-se no primeiro momento ausência de idosos independentes, sendo os demais dependente parcial (75,7%) e total (24,3%). No segundo momento, embora não houvesse idosos independentes verificou diminuição dos idosos dependentes total (16,3%) (Gráfico 3).

A seguir apresenta-se o Gráfico 3 referente à frequência da capacidade funcional para a AIVD ao longo do seguimento.

Gráfico 3 - Prevalência da capacidade funcional para AIVD dos idosos institucionalizados ao longo do seguimento, Uberaba, MG, 2019.



Fonte: Do autor, 2019.

A maioria dos idosos, do presente estudo, era do sexo feminino (52,0%), com 80 anos ou mais (68,0%), 1|-|5 anos de estudo (57,7%), pele de cor branca (68,2%) e solteiros (33,3%). Após seis meses houve aumento dos idosos na faixa etária \geq 80 anos (41,6%) (Tabela 3).

Ao verificar os grupos segundo a capacidade funcional para ABVD, observou-se no primeiro momento entre os idosos independentes, maior percentual no sexo masculino (52,2%), faixa etária \geq 80 anos (38,9%), 1|-|5 anos de estudos (54,4%), cor da pele branca (64,4%) e solteiros (35,6%). Após seis meses verificou-se aumento do número de mulheres idosas independentes (51,2%) e solteiras (36,9%) prevalecendo faixa etária \geq 80 anos (41,7%), de 1 |-| 5 anos de estudo (57,1%) e diminuição dos idosos de cor branca (63,1%) (Tabela 3).

Quanto aos idosos dependentes parcial no primeiro momento, identificou-se maior percentual para mulheres idosas (59,7%), na faixa etária de 70 |-| 79 anos (38,8%), 1 |-| 5 anos de estudo (60,9%), brancas (71,6%) e solteiras (34,8%). Já no segundo momento, houve diminuição no número de mulheres idosas (52,6%) e aumento do percentual de idosos de 80 anos ou mais (42,1%) e analfabetos (29,2%) (Tabela 3).

Dentre os idosos dependente total, no primeiro momento, verificou-se predomínio do sexo masculino (58,3%), faixa etária de 80 anos ou mais (50,0%), 1 |-| 5 anos de estudo (66,7%), cor da pele branca (75,0%) e viúvos (40,0%). Após seis meses, houve aumento no

percentual de mulheres idosas com dependência total (53,8%), na faixa etária de 70 |-| 79 anos (38,5%); escolaridade superior a 5 anos de estudo (42,9%); cor preta (30,8%); separados (38,5%) e diminuição dos homens (46,2%) e idosos de 80 anos ou mais (38,5%). No entanto não houve diferença significativa tanto no primeiro momento quanto no segundo momento (Tabela 3).

A Tabela 3 apresenta a distribuição de frequências das características sociodemográficas dos idosos institucionalizados segundo a capacidade funcional para ABVD.

Tabela 3- Distribuição de frequências das variáveis sociodemográficas dos idosos institucionalizados, segundo a capacidade funcional para ABVD, Uberaba, MG, 2019.

Variáveis	Total		Independente		Dependente		Dependente		<i>p</i>	
					Parcial	Total				
	1° Momento	Após 6 meses								
n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)			
Sexo										
Masculino	83 (48,0)	83(48,0)	47(52,2)	41(48,8)	27(40,3)	36(47,4)	9 (58,3)	6 (46,2)	0,263	0,974
Feminino	90 (52,0)	90 (52,0)	43(47,8)	43(51,2)	40(59,7)	40 (52,6)	7(43,8)	7 (53,8)		
Faixa etária										
60 - 69 anos	42(24,3)	39 (22,5)	22(24,4)	19 (22,6)	16 (23,9)	17(22,4)	4(25,0)	3(23,1)		
70 - 79 anos	63(36,4)	62(35,8)	33(36,7)	30 (35,7)	26(38,8)	27(35,5)	4(25,0)	5(38,5)	0,874	1
≥80 anos	68(39,3)	72(41,6)	35(38,9)	35(41,7)	25(37,3)	32(42,1)	8 (50,0)	5(38,5)		
Escolaridade										
Analfabetos	42(25,8)	42(25,8)	23(25,6)	20 (23,8)	17(26,6)	21(29,2)	2(22,2)	1(14,2)	0,803	0,242
1 - 5 anos	94(57,7)	94(57,7)	49(54,4)	48(57,1)	39(60,9)	43(59,7)	6(66,7)	3(42,9)		
> 5 anos	27(16,5)	27(16,5)	18(20,0)	16(19,0)	8(12,5)	8 (12,5)	1(11,1)	3(42,9)		
Cor da pele										

Branca	118(68,2)	118(68,2)	58(64,4)	53(63,1)	48(71,6)	56(73,7)	12(75,0)	9 (69,2)	0,198	0,163
Preta	27(15,6)	27(15,6)	13(14,4)	14(16,7)	10(14,9)	9(11,8)	4(25,0)	4(30,8)		
Parda/amarela	28 (16,2)	28 (16,2)	19(21,2)	17(20,2)	9 (13,5)	11(14,5)	0(0,0)	0(0,0)		
Estado conjugal										
Solteiro	57(33,3)	57(33,3)	32(35,6)	31(36,9)	23(34,8)	24(32,4)	2(13,3)	2(15,4)		
Casado	12(7,0)	12(7,0)	3 (3,3)	3(3,6)	6(9,1)	8(10,8)	3(20,0)	1(7,7)	0,132	0,437
Viúvo	54(31,6)	54(31,6)	26(28,9)	26(31,0)	22(33,3)	23 (31,1)	6(40,0)	5(38,5)		
Separado	48(28,1)	48(28,1)	29(32,2)	24(28,6)	15(22,7)	19 (25,7)	4(26,7)	5(38,5)		

*Teste Exato de Fischer. Fonte: elaborado pelo próprio autor, 2019.

A maioria dos idosos (82,1%) era proveniente de suas residências e foi institucionalizada devido ao adoecimento (45,9%); por morar só (35,3%) e dificuldade do cuidador para prestar o cuidado necessário ao idoso (20,0%) (Tabela 4).

Dentre as causas de institucionalização, prevaleceu em ambos os momentos para idosos independentes o fato de morar só (44,4%); o adoecimento para aqueles parcialmente dependentes (62,1%) e para os totalmente dependentes o adoecimento (50,0%) e a dificuldade do cuidador (35,7%). Verifica-se a prevalência de multifatores relacionados à causa de institucionalização, conforme pode ser visto na Tabela 4.

Na primeira avaliação verificou-se diferença significativa sendo os idosos independentes admitidos pelo fato de morarem sós ($p=0,020$); os dependentes parcial por adoecimento ($p=0,002$) e os dependente total tanto por adoecimento ($p=0,002$) quanto à dificuldade do cuidador ($p=0,049$). No segundo momento manteve-se o aspecto do adoecimento ($p=0,002$) para os idosos dependentes parcial. Não foi verificada diferença significativa entre a capacidade funcional para ABVD e a institucionalização por vontade própria em ambos os momentos (Tabela 4).

A Tabela 4, a seguir apresenta as causas para a institucionalização dos idosos segundo a capacidade funcional para ABVD.

Tabela 4 - Distribuição de frequências das causas de institucionalização dos idosos de acordo com a capacidade funcional para ABVD, Uberaba, MG, 2019.

Variáveis	Total		Independente		Dependente parcial		Dependente total		<i>p</i>	
	1º Momento n (%)	Após 6 meses n (%)	1º Momento n (%)	Após 6 meses n (%)	1º Momento n (%)	Após 6 meses n (%)	1º Momento n (%)	Após 6 meses n (%)	1º Momento	Após 6 meses
Morar só										
Sim	60 (35,3)	60 (35,3)	40 (44,4)	35(41,7)	18 (27,3)	23(30,7)	2 (14,3)	2(18,2)	0,020	0,165
Não	110 (64,7)	110 (64,7)	50 (55,6)	49 (58,3)	48 (72,7)	52 (69,3)	12 (85,7)	9(81,9)		
Adoecimento										
Sim	78(45,9)	78(45,9)	30 (33,3)	28(33,3)	41(62,1)	46(61,3)	7 (50,0)	4(36,4)	0,002	0,002
Não	92(54,1)	92(54,1)	60 (66,7)	56 (66,7)	25(37,9)	29 (38,7)	7(50,0)	7(63,6)		
Dificuldade do cuidador										
Sim	34 (20,0)	34 (20,0)	12 (13,3)	11(13,1)	17(25,8)	20 (26,7)	5(35,7)	3(27,3)	0,049	0,084
Não	136(80,0)	136(80,0)	78(86,7)	73(86,9)	49(74,2)	55(73,3)	9(64,3)	8(72,7)		
Vontade própria										
Sim	10(5,9)	10(5,9)	8(8,9)	6(7,1)	2(3,0)	4(5,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	0,257	0,874
Não	160(94,1)	160(94,1)	82(91,1)	78(92,9)	64(97,0)	71(94,7)	14(100,0)	11(100,0)		

*Teste Exato de Fischer. Fonte: Elaborado pelo próprio autor, 2019.

Os idosos encontravam-se institucionalizados de 1-5 anos, em ambos os momentos. Após seis meses verificou-se aumento dos idosos dependente total com tempo ≤ 1 ano (38,5%). Não houve diferença significativa (Tabela 5).

Verificou-se que 75,1% dos idosos recebiam visita, preferencialmente mensal (32,3%), não havendo diferença entre os momentos (Tabela 5). Eram visitados por filhos (36,4%); irmãos (25,4%) e sobrinhos (21,4%).

Observou-se que os idosos dependentes parciais recebiam maior percentual de visitas em ambos os momentos, havendo aumento do percentual de visitas entre aqueles dependente total (61,5%) no segundo momento, contudo, não houve diferença significativa entre os grupos (Tabela 5).

Tabela 5 - Distribuição de frequências de tempo de institucionalização e presença de visitas a idosos institucionalizados na primeira avaliação meses, de acordo com a capacidade funcional para ABVD, Uberaba, MG, 2019.

Variáveis	Total		Independente		Dependente parcial		Dependente total		<i>p</i> (X ²)	
	1° Momento	Após 6 meses	1° Momento	Após 6 meses	1° Momento	Após 6 meses	1° Momento	Após 6 meses	1° Momento	Após 6 meses
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)		
Institucionalização										
≤ 1 ano	39(22,5)	39(22,5)	16(17,8)	16(19,0)	18(26,9)	18(23,7)	5(31,3)	5(38,5)	0,583	0,447
1-5 anos	90(52,0)	90(52,0)	50(55,6)	47(56,0)	32(47,8)	39(51,3)	8(50,0)	4(30,8)		
≥ 5 anos	44(25,4)	44(25,4)	24(26,7)	21(25,0)	17(25,4)	19(25,0)	3(18,8)	4(30,8)		
Visitas										
Sim	130(75,1)	130(75,1)	66(73,3)	61(72,6)	55(82,1)	61(80,3)	9 (56,3)	8(61,5)	0,084	0,267
Não	43(24,9)	43(24,9)	24(26,7)	23(27,4)	12(17,9)	15(19,7)	7(43,8)	5(38,5)		

Fonte: elaborado pelo próprio autor, 2019.

Com relação ao número de morbidades, a maioria dos idosos possuía de 1 |-| 4 morbidades (89,9%) e fazia uso de ≥ 5 medicamentos (61,3%). No segundo momento houve diminuição percentual de 1 |-| 4 morbidades (84,9%) e aumento do uso de ≥ 5 medicamentos (68,8%) (Tabela 6).

Entre os idosos independentes, após seis meses, houve diminuição do percentual entre aqueles com 1 |-| 4 morbidades (89,2%) e aumento entre os que faziam uso contínuo de ≥ 5 medicamentos (66,7%). Quanto aqueles dependente parcial manteve-se o número de morbidades de 1 |-| 4, e apresentaram aumento percentual daqueles que faziam uso de ≥ 5 medicamentos (71,1%). Já em relação aos idosos dependente total houve aumento entre os que apresentavam ≥ 5 morbidades (30,8%) e faziam uso de ≥ 5 medicamentos (69,2%) (Tabela 6). Não houve diferença significativa em relação ao número de morbidades e medicamentos utilizados (Tabela 6).

Verificou-se diminuição no número de hospitalizações (6,4%), assim como no número de quedas (23,7%) e na autopercepção de saúde positiva (67,1%) no segundo momento da avaliação. Entretanto não apresentou diferença significativa (Tabela 6).

Ressalta-se que quatro idosos (2,3%) na primeira avaliação e um (0,6%) na segunda avaliação não possuíam diagnóstico médico e 21(12,1%) no primeiro momento e 18 (10,4%) no segundo, não referiram a autopercepção de saúde.

A seguir, encontra-se a Tabela 6 que apresenta as frequências referente ao número de morbidades; medicamentos; hospitalização, quedas e autopercepção de saúde, segundo a capacidade funcional para ABVD.

Tabela 6 - Distribuição de frequências do número de morbidades; medicamentos; hospitalizações; quedas e percepção do estado de saúde em idosos institucionalizados na primeira avaliação e após 6 meses segundo a capacidade funcional para ABVD, Uberaba, MG, 2019.

Variáveis	Total		Independente		Dependente parcial		Dependente total		<i>p</i> (X ²)	
	1° momento	Após 6 meses	1° momento	Após 6 meses	1° momento	Após 6 meses	1° momento	Após 6 meses	1° momento	Após 6 meses
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)		
Morbidades										
Não possui	2(1,2)	2(1,2)	1(1,1)	0(0,0)	1(1,6)	2(2,6)	0(0,0)	0(0,0)		
1 - 4	152(89,9)	146(84,9)	84(93,3)	74(89,2)	53(82,8)	63(82,9)	15(100,0)	9(69,2)	0,131	0,153
≥ 5	15(8,9)	24(14,0)	5(5,6)	9(10,8)	10(15,6)	11(14,5)	0(0,0)	4(30,8)		
Medicamentos										
Não utiliza	3(1,7)	2(1,2)	1(1,1)	0(0,0)	2(3,0)	1(1,3)	0(0,0)	1(7,7)	0,775	0,252
1 - 4	64(37,0)	52(30,1)	36(40,0)	28(33,3)	22(32,8)	21(27,6)	6(37,5)	3(23,1)		
≥5	106(61,3)	119(68,8)	53(58,9)	56(66,7)	43(64,2)	54(71,1)	10(62,5)	9(69,2)		
Hospitalização										
Sim	31(17,9)	11(6,4)	12(13,3)	3(3,6)	14(20,9)	7(9,2)	5(31,3)	1(7,7)	0,163	0,242
Não	142(82,1)	162(93,6)	78(86,7)	81(96,4)	53(79,1)	69(90,8)	11(68,8)	12(92,3)		
Quedas										
Sim	53(30,6)	41(23,7)	30(33,3)	19(22,6)	19(28,4)	21(27,6)	4(25,0)	1(7,7)	0,701	0,280
Não	120(69,4)	132(76,3)	60(66,7)	65(77,4)	48(71,6)	55(72,4)	12(75,0)	12(92,3)		

Autopercepção de saúde										
Positivo	86(56,6)	104(67,1)	54(62,1)	57(68,7)	28(50,0)	45(67,2)	4(44,4)	2(40,0)	0,273	0,459
Negativo	66(43,4)	51(32,9)	33(37,9)	26(31,3)	28(50,0)	22(32,8)	5(55,6)	3(60,0)		

* Teste Exato de Fisher. Fonte: Elaborado pelo próprio autor, 2019.

Observou-se aumento no percentual do declínio cognitivo (56,3%); indicativo de sintomatologia depressiva (55,0%), incapacidade para o desempenho físico (67,6%) e FPP (90,3%) após seis meses (Tabela 7).

Os idosos independentes apresentaram aumento percentual para o declínio cognitivo (39,3%) e diminuição do indicativo de sintomatologia depressiva (47,0%). Houve diminuição entre os indivíduos que apresentavam baixa FPP (83,3%) e aumento dos que possuíam incapacidade no desempenho físico (42,9%) e baixo desempenho físico (26,2%). Entretanto; observou-se aumento entre aqueles que apresentavam bom desempenho (8,3%) (Tabela 7).

Quanto aos idosos dependentes parcial houve aumento do declínio cognitivo (74,6%) e do indicativo de sintomatologia depressiva (65,6%). Com relação à baixa FPP todos os idosos apresentaram redução após seis meses. No entanto, verificou-se menor número de idosos com incapacidade no desempenho físico (89,5%) e aumento daqueles com baixo (7,9%) e moderado desempenho (2,6%) (Tabela 7).

Já os idosos dependentes total também apresentaram aumento do percentual de declínio cognitivo (85,7%), diminuição do indicativo de sintomatologia depressiva (50,0%). Verificou-se manutenção do percentual de idosos com baixa FPP e todos passaram a apresentar incapacidade para o desempenho físico (100,0%) (Tabela 7).

Observou-se que os idosos dependentes parcial apresentaram maior percentual de declínio cognitivo ($p=0,000$) e os dependentes total pior desempenho físico ($p=0,000$). Após seis meses houve piora do declínio cognitivo ($p=0,000$) e do desempenho físico ($p=0,000$) entre os idosos dependente total. Não houve diferença significativa com relação às variáveis: indicativo de sintomatologia depressiva e FPP (Tabela 7).

A Tabela 7 abaixo apresenta a distribuição das frequências relacionadas ao declínio cognitivo; indicativo de sintomatologia depressiva; FPP e desempenho físico segundo a capacidade funcional para ABVD.

Tabela 7- Distribuição de frequências declínio cognitivo; indicativo de sintoma depressivo; força de preensão palmar e Desempenho físico dos idosos institucionalizados na primeira avaliação e após seis meses de acordo com a capacidade funcional para ABVD, Uberaba, MG, 2019.

Variáveis	Total		Independente		Dependente parcial		Dependente total		<i>p</i> (X^2)	
	1° momento	Após 6 meses	1° Momento	Após 6 meses	1° Momento	Após 6 meses	1° Momento	Após 6 meses	1° Momento	Após 6 meses
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)		
Declínio Cognitivo										
Sim	75(47,8)	89(56,3)	29(32,2)	33(39,3)	40(69,0)	50(74,6)	6 (66,7)	6(85,7)	0,000	0,000
Não	82(52,2)	69(43,7)	61(67,8)	51(60,7)	18(31,0)	17(25,4)	3(33,3)	1(14,3)		
Indicativo de sintoma depressivo										
Sim	78(52,7)	83(55,0)	44(50,0)	39(47,0)	29(54,7)	42(65,6)	5(71,4)	2(50,0)	0,580	0,057
Não	70(47,3)	68(45,0)	44(50,0)	44(53,0)	24(45,3)	22(34,4)	2 (28,6)	2(50,0)		
Baixa força de preensão palmar										
Sim	116(92,8)	102(90,3)	80(90,9)	69(83,3)	34(97,1)	32(100,0)	2(100,0)	1(100,0)	0,521	0,056
Não	9 (7,2)	11(9,7)	8(9,1)	11(13,8)	1(2,9)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)		
Desempenho Físico										
Incapacidade	109(63,0)	117(67,6)	33(36,7)	36(42,9)	61(91,0)	68(89,5)	15(93,8)	13(100,0)	0,000	0,000
Baixo desempenho	31(17,9)	28(16,2)	25(27,8)	22(26,2)	5(7,5)	6(7,9)	1(6,3)	0(0,0)		

Moderado desempenho	29(16,8)	21(12,1)	28(31,1)	19 (22,6)	1(1,5)	2(2,6)	0(0,0)	0(0,0)
Bom desempenho	4(2,3)	7(4,0)	4(4,4)	7(8,3)	0(0,0)	0(0,0)	0 (0,0)	0(0,0)

$p \leq 0,05$; teste Exato de Fisher. Fonte: Elaborado pelo autor, 2019.

Ao avaliar as medidas antropométricas em relação ao IMC, verificou que o maior percentual dos idosos encontravam-se eutróficos (37,3%) e com níveis adequados da circunferência da panturrilha (53,3%), mantendo estes parâmetros após seis meses. (Tabela 8).

Entre os idosos independentes, observou-se aumento percentual daqueles em sobrepeso (40,5%) e com circunferência da panturrilha adequada (80,7%). Já os idosos dependentes parcial ocorreu aumento dos eutróficos (41,9%) e da circunferência da panturrilha inadequada (57,5%). Os idosos dependente total mantiveram medidas inadequadas da CP em ambos os momentos. Não foi possível verificar o peso entre os idosos dependentes total devido à limitação física (Tabela 8).

Verificou, no segundo momento, maior proporção de idosos independentes com sobrepeso, enquanto os com dependência parcial eram eutróficos e com baixo peso ($p=0,019$). Quanto à medida de circunferência de panturrilha, proporcionalmente os idosos independentes possuíam medidas adequadas, enquanto os dependentes parcial e total, apresentavam-na inadequada, tanto no primeiro momento ($p=0,021$) quanto após seis meses ($p<0,001$) (Tabela 8).

A seguir encontra-se a Tabela 8 com a distribuição das frequências relacionadas ao IMC e a medida de CP de idosos institucionalizados na primeira avaliação e após 6 meses de acordo com a capacidade funcional para ABVD.

Tabela 8 - Distribuição de frequências das medidas de Índice de Massa Corporal e circunferência da panturrilha dos idosos institucionalizados na primeira avaliação e após 6 meses de acordo com a capacidade funcional para ABVD, Uberaba, MG, 2019.

Variáveis	Total		Independente		Dependente parcial		Dependente total		<i>p</i> (X ²)	
	1° Momento	Após 6 meses	1° momento	Após 6 meses	1° momento	Após 6 meses	1° Momento	Após 6 meses	1° momento	Após 6 meses
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)		
IMC										
Baixo Peso	36(32,7)	29(26,4)	21(25,4)	16(20,3)	12(48,0)	13(41,9)	0(0,0)	0(0,0)	0,066*	0,019
Eutrófico	41(37,3)	44(40,4)	31(37,3)	31(39,2)	8(32,0)	13(41,9)	2(100,0)	0(0,0)		
Sobrepeso	33(30,0)	37(33,6)	31(37,3)	32(40,5)	5(20,0)	5(16,2)	0(0,0)	0(0,0)		
CP										
Adequado	90(53,3)	101(59,8)	56(62,9)	67(80,7)	29(44,6)	31(42,5)	5(33,3)	3(23,1)	0,021	0,000
Inadequado	79(46,7)	68 (40,2)	33(37,1)	16(19,3)	36(55,4)	42(57,5)	10(66,7)	10(76,9)		

*Teste Exato de Fischer. Fonte: Elaborado pelo próprio autor, 2019.

7.3 MUDANÇA DA CAPACIDADE FUNCIONAL E ÁREAS DE FUNCIONALIDADE PARA ABVD SEGUNDO MELHORA E PIORA

Verificou-se que dentre os idosos independentes, 11,1% apresentaram piora para dependência parcial e 1,1% para dependência total. Quanto àqueles dependentes parcial, 7,5% apresentaram melhora para independência e 4,5% piora para dependência total. No que refere aos dependentes totais 43,8% apresentaram melhora para dependência parcial e nenhum para independência (Tabela 9; Figura 8).

Assim, 87,8% dos idosos independentes; 88,1% daqueles dependentes parcial e 56,7% dos dependentes total permaneceram estáveis na sua condição inicial após 6 meses da primeira avaliação (Tabela 9 ; Figura 8).

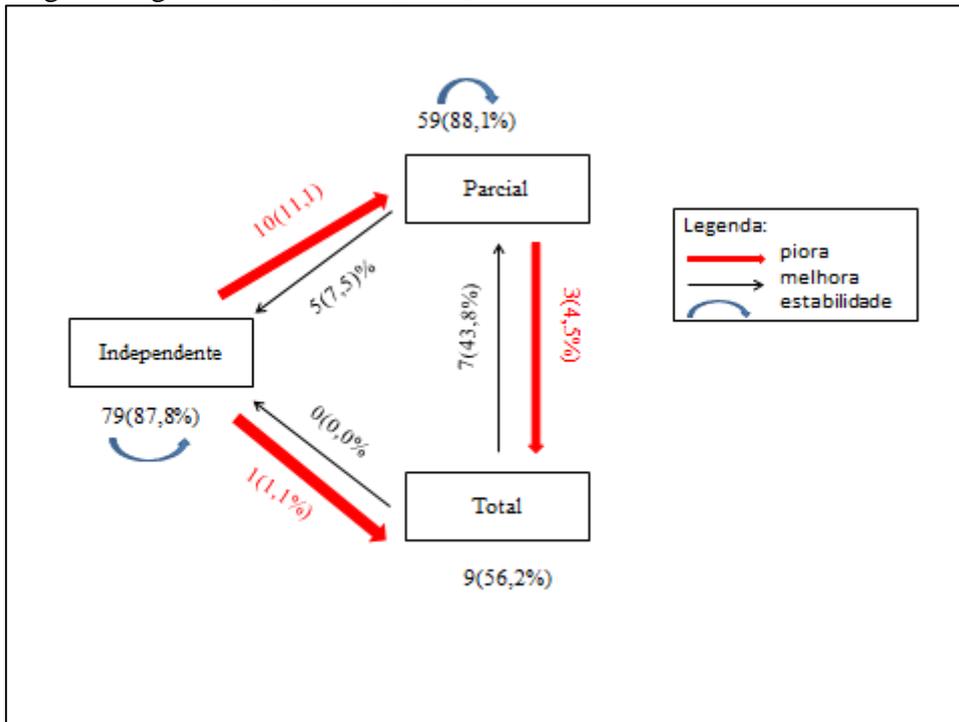
Abaixo, observa-se a Tabela 9 e a Figura 8 que apresentam as mudanças na capacidade funcional para ABVD de idosos institucionalizados ao longo do seguimento.

Tabela 9- Distribuição de frequências das mudanças na condição da capacidade funcional para ABVD de idosos institucionalizados ao longo do seguimento, Uberaba, MG, 2019.

Primeiro momento e após 6 meses	
Mudança na condição:	n (%)
Independente para:	n= 90(52,0)
Dependente Parcial	10 (11,1)
Dependente Total	1(1,1)
Estabilidade da condição	79(87,8)
Dependente Parcial para:	n=67(38,7)
Independente	5(7,5)
Dependente Total	3(4,5)
Estabilidade da condição	59(88,1)
Dependente Total para:	n=16(9,3)
Independente	0(0,0)
Dependente Parcial	7(43,8)
Estabilidade da condição	9(56,2)

Fonte: Elaborado pelo próprio autor, 2019.

Figura 8- Mudanças na capacidade funcional para ABVD de idosos institucionalizados ao longo do seguimento, Uberaba, MG, 2019.



Fonte: Do autor, 2019.

Observou-se que os idosos apresentaram maior percentual de estabilidade para o uso do vaso sanitário (85,5%) e alimentação (82,1%). Quanto ao fator de melhora, o maior número esteve para a continência (19,7%) e tomar banho (13,9%). Em relação ao fator piora observou-se percentual semelhante entre as atividades transferência e continência (13,9%) (Tabela 10).

A Tabela 10 a seguir ilustra as modificações ocorridas dentre as áreas de funcionalidade para ABVD ao longo do seguimento.

Tabela 10 - Distribuição de frequência das mudanças de acordo com as áreas de funcionamento da ABVD de idosos institucionalizados, Uberaba, MG, 2019.

VARIÁVEIS	Após 6 meses
	n (%)
ABVD/Área de funcionalidade	
Tomar banho	
Melhora	24 (13,9)
Estabilidade	130(75,1)
Piora	19(11,1)
Vestir-se	
Melhora	19 (11,0)
Estabilidade	134(77,5)
Piora	20 (11,6)
Uso do vaso sanitário	
Melhora	10(5,8)
Estabilidade	148 (85,5)
Piora	15(8,7)
Transferência	
Melhora	16(9,2)
Estabilidade	133(76,9)
Piora	24 (13,9)
Continência	
Melhora	34(19,7)
Estabilidade	115(66,5)
Piora	24(13,9)
Alimentação	
Melhora	20 (11,6)
Estabilidade	142 (82,1)
Piora	11(6,4)

Fonte: Elaborado pelo próprio autor, 2019.

7.4 MODIFICAÇÃO DA ABVD E AIVD; DESEMPENHO FÍSICO; CAPACIDADE COGNITIVA; INDICATIVO DE SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA DOS IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS AO LONGO DO SEGUIMENTO

Ao longo do seguimento verificou-se que os idosos apresentaram uma piora em relação à realização das ABVD ($p=0,033$); AIVD ($p=0,037$) e desempenho físico ($p=0,035$) (Tabela 11).

A Tabela 11 a seguir apresenta as médias dos escores de ABVD; AIVD e SPPB dos idosos avaliados.

Tabela 11- Distribuição dos escores de ABVD; AIVD e SPPB dos idosos institucionalizados na primeira avaliação e após 6 meses, Uberaba, MG, 2019.

Variáveis	1º momento	Após 6 meses	<i>p</i>
	Medidas de centralidade (medidas de dispersão)	Medidas de centralidade (medidas de dispersão)	
ABVD	0 ** (0;4)***	1** (0;5)***	0,033 ^a
AIVD	7,57* ($\pm 1,36$)****	7,4* ($\pm 1,36$)****	0,037 ^a
Desempenho Físico	2 ** (2;6) ***	1** (0;5)***	0,035 ^a

*Média; **Mediana; ***Intervalo interquartil; ****Desvio padrão; $p \leq 0,05$; ^a Teste Wilcoxon. Fonte: Elaborado pelo próprio autor, 2019.

Com relação ao declínio cognitivo observou-se que a maior proporção de idosos apresentaram indicativo de declínio cognitivo ao longo do seguimento ($p=0,004$) (Tabela 12). Já referente ao indicativo de sintomatologia depressiva não obteve diferença significativa após seis meses ($p=0,755$) (Tabela 12).

Abaixo, encontra-se a Tabela 12 das médias da escala do Mini-Exame do Estado Mental e da Escala de Depressão Geriátrica .

Tabela 12- Distribuição da frequência das médias de indicativo de declínio cognitivo e indicativo de depressão de idosos institucionalizados na primeira avaliação e após 6 meses, Uberaba-MG, 2019.

Variáveis	1º avaliação	Após 6 meses	<i>P</i>
	n(%)	n (%)	
Mini- exame do estado mental (MEEM)			
Indicativo de declínio cognitivo	75(47,8)	89 (56,3)	$p= 0,004$
Sem indicativo de declínio cognitivo	82(52,2)	69 (43,7)	

Escala de Depressão Geriátrica (EDG)

Indicativo de depressão	78 (52,7)	83(55,0)	$p=0,755$
Sem indicativo de depressão	70 (47,3)	68(45,0)	

Teste Mcnemar. Fonte: Elaborado pelo próprio autor, 2019.

7.5 FATORES PREDITORES DA MELHORA E PIORA DA CAPACIDADE FUNCIONAL PARA ABVD DOS IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS DURANTE O SEGUIMENTO

A Tabela 13 apresenta a análise bruta para identificação de variáveis a serem utilizados na análise ajustada para verificar os possíveis fatores associadas à condição da melhora e piora relacionada à ABVD. As variáveis: hospitalização nos últimos seis meses ($p=0,018$) e presença de declínio cognitivo ($p=0,017$) foram significativas para a condição da melhora da capacidade funcional para a ABVD E, em relação a piora as variáveis: número de morbidades (0,010); hospitalização (0,002) e baixo peso (0,048) foram consideradas significativas (Tabela 13).

Tabela 13- Modelo de análise bruta para as variáveis associadas a condição de melhora e piora da capacidade funcional para ABVD, Uberaba, MG, 2019.

Variáveis	Melhora			Piora		
	OR	IC95%	P	OR	IC95%	p
Sexo						
Feminino		1			1	
Masculino	0,952	0,382-2,373	0,917	1,388	0,628-3,067	0,418
Idade						
60 a 79 anos		1			1	
80 anos ou mais	828	0,323-2,124	0,323	0,797	0,351-1,811	0,588
Tempo de ILPI						
≤ 1 ano	0,672	0,126-3,574	0,641	1,569	0,483-5,098	0,454
1 a 4 anos	1,179	0,434-3,207	0,747	1,129	0,455-2,798	0,794
≥ 5 anos		1			1	

n° de morbidades-dif.	1,046	0,563-1,945	0,886	1,855	1,159-2,970	0,010
n° de medicamentos-dif	0,989	0,771-1,269	0,933	0,995	0,801-1,235	0,961
Hospitalização						
Sim	9,318	1,459-59,462	0,018	14,160	2,699 -74,283	0,002
Não		1			1	
Quedas						
Sim	1,607	0,595-4,344	0,349	1,005	0,391-2,584	0,992
Não		1			1	
Autopercepção de saúde- dif	1,050	0,720-1,530	0,801	1,263	0,912-1750	0,160
Declínio Cognitivo						
Sim	4,074	1,279-12,973	0,017	1,935	0,825-4,540	0,129
Não		1			1	
Força de preensão palmar –dif	0,935	0,854-1,025	0,150	0,970	0,897-1,049	0,448
Desempenho Físico- dif	1,214	0,919-1,603	0,172	1,015	0,807	0,899
Indicativo de sintomatologia depressiva						
Sim	1,500	0,547-4,110	0,430	1,094	0,467-2,560	0,836
Não		1			1	
IMC						
Baixo peso	0,327	0,036 – 2,988	0,322	3,682	1,012 – 13,398	0,048
Eutrófico		1			1	
Sobrepeso	0,900	0,222-3,644	0,883	0,844	0,175-4,059	0,832

Fonte: elaborado pelo próprio autor, 2019.

Assim, o modelo de regressão multinomial foi composto pelas seguintes variáveis: número de morbidades-dif; autopercepção de saúde-dif; desempenho físico-dif; hospitalização; declínio cognitivo; índice de massa corporal (Tabela 14).

Verificou-se que a presença de declínio cognitivo foi preditora da melhora da ABVD, assim, idosos com declínio cognitivo apresentam 6,16 (IC95%; 1,06-35,96) vezes mais chances de apresentar melhora para ABVD (Tabela 14).

As demais variáveis não foram preditoras de melhora ou piora da capacidade funcional para ABVD (Tabela 14).

Tabela 14 - Modelo de análise ajustada para as variáveis associadas a condição de melhora e piora da capacidade funcional para ABVD, Uberaba, MG, 2019.

VARIÁVEIS	MELHORA			PIORA		
	OR	IC95%	P	OR	IC95%	P
n°de morbidades dif	1,151	0,466-2840	0,761	1,701	0,857-3,375	0,129
Percepção do estado de saúde-dif	0,580	0,245-1,373	0,215	1,117	0,540-2,310	0,766
Força preensão palmar-dif	0,956	0,815-1,122	0,584	0,975	0,858-1,108	0,697
Hospitalização						
Sim	8,650	0,469– 159,661	0,147	3,704	0,126-108,751	0,448
Não		1			1	
Declínio cognitivo						
Sim	6,158	1,056-35,925	0,043	1,230	0,302-5,014	0,773
Não		1			1	
IMC						
Baixo peso	0,298	0,28-3,224	0,319	4,437	0,992-19,840	0,051
Eutrofico		1			1	
Sobrepeso	1,318	0,27-6,428	0,733	0,811	0,120-5,494	0,830

Fonte: Elaborado pelo próprio autor, 2019.

8 DISCUSSÃO

8.1 DESCRIÇÃO DAS INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA DE ACORDO COM A RESOLUÇÃO COLEGIADA Nº 283 DE 2005 (RDC 283/2005)

Investigação conduzida pelo Instituto de Pesquisa e Estatística Aplicada (IPEA) identificou cerca de 83 mil idosos residentes ILPI públicas e privadas (IPEA, 2011). Embora o número real de instituições de longa permanência e idosos institucionalizados brasileiros ainda seja desconhecido (RODRIGUES et.al., 2018) acredita-se que, atualmente, tenha-se mais de 100 mil idosos institucionalizados (RODRIGUES; RIBEIRO, 2018).

Estudo realizado no estado do Rio de Janeiro identificou que das 51 instituições avaliadas, 80,4% eram instituições privadas e 15,6% filantrópicas (RODRIGUES et.al, 2018), situação contrária a esta pesquisa que investigou as instituições filantrópicas.

Quanto à existência de vagas, pesquisa realizada na região metropolitana de Belo Horizonte (BH), Minas Gerais, verificou que as ILPI filantrópicas trabalham próximas da lotação máxima, e mesmo com lista de espera (LACERDA et al, 2017) , o que não foi observado neste trabalho.

Em relação ao grau dependência, diferente do presente estudo, as ILPI de BH possuíam maior percentual de idosos dependentes grau II (40%) (LACERDA et al., 2017). A determinação do grau de dependência dos idosos institucionalizados orienta tanto o quantitativo de profissionais (ANVISA, 2005), quanto à assistência a ser prestada.

A partir do grau de dependência segundo a RDC é possível ao enfermeiro estruturar o cuidado de enfermagem a ser prestado, assim como justificar a necessidade da contratação de mais profissionais (MEDEIROS et al., 2015). Quanto maior a dependência dos idosos maior a demanda a necessidade de cuidado especializado de enfermagem.

A presença de indivíduos menores de 60 anos nas ILPI é contrária tanto ao RDC nº283/2005, norma que estabelece o padrão de funcionamento mínimo das instituições (ANVISA, 2005) quanto ao próprio Estatuto Institucional. Conforme informações dos responsáveis técnicos, a presença desses indivíduos se deve à ausência de familiares e a acometimento da saúde tanto física quanto mental que dificulta a permanência no lar.

Deve-se considerar que as ILPI são entidades sociais destinadas ao convívio e cuidado coletivo de idosos, desde aqueles independentes até os dependentes total de cuidados para as atividades de autocuidado e que apresentem declínio cognitivo (ANVISA, 2005), não sendo responsável por indivíduos menores de 60 anos.

Em relação à documentação, observou-se que as instituições atendem ao preconizado pelo Estatuto do Idoso, Capítulo II: DAS ENTIDADES DE ATENDIMENTO AO IDOSO (BRASIL, 2003) e replicado na RDC 283/2005 (ANVISA, 2005) ao encontrarem-se inscritos nos órgãos públicos competentes e apresentarem a documentação mínima exigida como: Estatuto registrado; Cadastro Nacional de Entidade Social e contrato de prestação de serviço entre a instituição, idoso e família. Conforme o art.48 do Estatuto do Idoso, é dever das instituições trabalhar em ambiente salutar, seguro dentro das necessidades de habitabilidade de seus moradores além de apresentar plano de trabalho compatível com as políticas públicas de saúde do idoso (BRASIL, 2003).

Com relação à organização do serviço de enfermagem, observou-se que menor número de instituições do Estado do Rio de Janeiro, possuíam regimento interno (17,6%) e responsável técnico (25,5%), comparado aos dados do presente estudo (RODRIGUES et al., 2018).

Divergente do encontrado na pesquisa realizada na cidade de Passo Fundo, Rio Grande do Sul (RS), em que haviam enfermeiros; profissionais de educação física, fisioterapeutas e psicólogos especialistas em gerontologia, na presente investigação os profissionais, especificamente os enfermeiros, não possuíam especialização na área de saúde do idoso (SALCHER; PORTELLA; SCORTEGAGNA, 2015).

Entende-se a necessidade da especialização em saúde do idoso para os profissionais inseridos nas ILPI, principalmente o enfermeiro, por ser o profissional presente em todas as instituições avaliadas. O cuidado em ILPI é um trabalho complexo (MEDEIROS et al., 2015) que envolve além das peculiaridades do envelhecimento; o atendimento as necessidades de cuidado segundo o grau de dependência dos idosos e as especificidades de residir em um ambiente coletivo (SILVA;GUTIERREZ,2018).

Espera-se que o enfermeiro ao buscar formação na área de geriatria e gerontologia amplie sua competência profissional e estimule a sua equipe para aquisição de conhecimento, habilidades e atitudes compatíveis as necessidades de cuidado dos idosos (SILVA; GUTIERREZ, 2018). E deste modo ser possível reproduzir no ambiente da instituição de longa permanência modelos de cuidado que promovam a manutenção capacidade funcional bem como, a autonomia e independência dos idosos institucionalizados.

Embora a educação permanente em saúde seja uma obrigatoriedade da organização institucional por possibilitar qualificação e atualização dos profissionais na área de gerontologia (ANVISA, 2005), era realizada em 37,5% dos serviços, não possuindo relato nas demais. A falta de formação em gerontologia associada à precária realização de educação em

saúde limita a qualidade da assistência prestada a reprodução de tarefas, não atendendo os objetivos de promoção, prevenção e recuperação da saúde dos idosos institucionalizados.

Investigação conduzida no interior da Bahia em quatro ILPI, verificou a presença de equipe de saúde composta por médico; enfermeiro; técnico de enfermagem; nutricionista e assistente social em uma única instituição. O mesmo fato foi observado quanto ao serviço de lavanderia, na qual apenas uma instituição possuía pessoal destinado para tal função (ALVES et al., 2017). As ILPI avaliadas encontram-se a frente nesses quesitos por contar com equipe de saúde, mesmo que em tempo parcial, e por manterem funcionários exclusivos para a lavanderia.

Em ILPI no norte do Rio Grande do Sul, verificou-se de um a 13 funcionários por instituição, sem qualificação específica (GUTHS et al., 2017), número inferior ao observado neste trabalho. Quanto a profissionais da área de saúde, haviam profissionais nas instituições, principalmente o técnico de enfermagem, entretanto, nenhum profissional de nível superior era contratado pelas ILPI (GUTHS et al., 2017). Realidade divergente do presente estudo, pois além do técnico de enfermagem, todas as instituições possuíam enfermeiro contratado.

Conforme Lei do exercício profissional de enfermagem nº7.498/86, as atividades de enfermagem somente podem ser desempenhada sobre a orientação e supervisão do enfermeiro (COFEN, 1986). Portanto, as ILPI do presente estudo encontram-se de acordo com a legislação.

Ressalta-se que o quantitativo insuficiente de profissionais pode comprometer a qualidade da assistência prestada e a própria saúde dos trabalhadores consequente a sobrecarga de trabalho (ROGRIGUES et al., 2018). É importante que o idoso seja assistido por uma equipe multidisciplinar, com vistas a oferecer uma atenção integral a saúde (SALCHER; PORTELLA; SCORTEGAGNA, 2015) que resulte em uma melhor qualidade de vida.

Embora a RDC nº283/2005, recomenda a contratação de profissional de nível superior para desenvolver atividades de lazer, bem como, profissionais para serviços de limpeza; alimentação e lavanderia de acordo com o tamanho e o número de residentes, não citam os profissionais de saúde necessários à atenção ao idoso. Entretanto recomenda que qualquer profissional inserido na ILPI deve ter registro em seu conselho de classe (ANVISA, 2005).

Quanto à estrutura física, observou-se que as instituições atendem parcialmente as recomendações da RDC nº283/2005, devido à ausência de alguns dispositivos como luz de vigília e ambientes para atividade coletiva. Situação similar foi verificada em estudo no

interior da Bahia. A área de lazer foi identificada em duas instituições e ausência de luz de vigília e campanha em todos os serviços pesquisados (ALVES et.al., 2017).

Em São Leopoldo, Rio Grande do Sul, situação diversa foi identificada em instituição filantrópica destinada ao atendimento de Irmãos e Padres Jesuítas. Há amplos corredores, jardins, espaços panorâmicos e ausência de degraus, com intuito de facilitar a locomoção dos internos. Tal fato, contribui para a manutenção da autonomia e independência de seus residentes (WOLFF; BREDEMEIR; BONICOSKI, 2012).

A inadequação do ambiente institucional constitui parte dos fatores extrínsecos a ocorrência de quedas, predispondo os idosos a apresentarem limitação da mobilidade e diminuição da capacidade funcional para as atividades diárias (ALVES et al., 2017).

Assim, salienta-se que a ILPI deve oferecer uma estrutura física e organizacional adequada as necessidades do idoso conforme previsto na legislação, além de atuar como um apoio a família que possui dificuldade para cuidar do idoso (ZANGONEL et al.,2017).

Com relação à avaliação médica e atendimento fisioterápico, observou-se situação diferente no Rio Grande do Sul. Os idosos eram avaliados semanalmente e quando solicitado na própria instituição pelo profissional médico contratado e contava com a presença diária de um fisioterapeuta (WOLFF; BREDEMEIR; BONICOSKI, 2012).

Já em relação às situações de urgência e emergência condição semelhante foi verificada na Bahia. Os idosos eram encaminhados para os hospitais do Sistema Único de Saúde, por vezes utilizando o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) ou serviço móvel de atendimento privado para aqueles que possuem convênio (ALVES, et.al. 2017).

Quanto à consulta de enfermagem, verificou-se um aspecto positivo, pois em 50% das instituições o enfermeiro realizava a consulta de enfermagem, diferentemente do observado no estado do Rio de Janeiro, onde se realizava a consulta em 5,4% das ILPI (RODRIGUES, et al., 2018).

Independente das dificuldades estruturais, organizacionais cabe ao enfermeiro priorizar o cuidado aos idosos pautado na avaliação multidimensional que possibilita a identificação das necessidades de acordo com as peculiaridades do envelhecimento (RODRIGUES et al., 2018).

A equipe da ESF, embora presente na maioria das ILPI tem desenvolvido um trabalho aquém do esperado para as demandas dos idosos, conseqüente ao número insuficiente de profissionais; ao excesso de atribuições e alta demanda populacional, acabando por priorizar em muitos casos o atendimento a comunidade (PIUVEZAM et al., 2015). Tal situação

estende-se a todo trabalho oferecido pela ESF, inclusive o cuidado odontológico. Há uma demanda importante de cuidado a saúde bucal dos idosos institucionalizados, entretanto como verificado no presente estudo é parcialmente atendida.

Em relação a atividades de lazer, diferentemente do observado nas instituições analisadas, ILPI localizada na Província de Varese, Itália, oferece uma rotina que prevê atividade sociocultural; socioeducacional e religiosa, dentre as atividades de cuidado diário. Realizam-se festas entre moradores; familiares; voluntários, amigos e membros da comunidade, favorecendo a participação ativa dos idosos. Outro aspecto interessante deste serviço refere-se às atividades como visita a outras instituições, ao zoológico, cidades vizinhas; pesca no lago, entre outros (ANDRADE, 2012).

Na ILPI italiana há um fluxo diário de universitários tanto para observação quanto estágio, principalmente nas áreas socioculturais e educacionais, contribuindo para as ações sociais e de lazer (ANDRADE, 2012). Situação adversa do verificado no presente estudo. As instituições analisadas apresentam parcerias incipientes com as universidades, desenvolvendo ações aquém das necessidades dos idosos e da própria instituição.

A realização de atividades socioculturais, socioeducacionais, passeios promovem tanto socialização entre os idosos e a comunidade, quanto favorece a manutenção da capacidade funcional e cognitiva (ANDRADE, 2012). Entretanto, tais atividades não fazem parte da rotina diária das instituições investigadas. As ações socioculturais restringem a comemoração de datas festivas e grupos de orações.

Embora no art.49 do Estatuto do Idoso, recomende-se que as ILPI proporcionem aos idosos participar de atividades internas e externas na comunidade adjacente a ILPI (BRASIL, 2003), no presente estudo verificou-se quantidade diminuta de ações entre ILPI e comunidade.

É importante que a ILPI mantenha uma estreita relação com a comunidade, abra suas portas para que seu serviço seja conhecido e para que haja um diálogo salutar entre instituição, família e comunidade (ZANGONEL et al.,2017).

8.2 CARACTERIZAÇÃO DOS IDOSOS SEGUNDO VARIÁVEIS SÓCIODEMOGRÁFICAS; CAUSAS E TEMPO DE INSTITUCIONALIZAÇÃO; PRESENÇA DE VISITA DE FAMILIARES E/OU AMIGOS E CLÍNICAS SEGUNDO A CAPACIDADE FUNCIONAL PARA ABVD.

A institucionalização pode ser um fator preditor para o declínio funcional em idosos, resultando em dependência para a realização das ABVD (MARINHO, et.al, 2013). No presente estudo observou-se diminuição da capacidade funcional dos idosos para ABVD no período de seis meses. Entretanto, o percentual de idosos dependente total do presente estudo foi inferior ao identificado em ILPI da região central do Rio Grande Sul (ROSA; FILHA; MORAES, 2018).

Embora os idosos fossem dependentes parcial e total para a AIVD, ao término do seguimento verificou-se uma diminuição dos idosos dependente total, entretanto, percentual superior ao verificado em ILPI em Belém do Pará (SILVA; MAGALHÃES; ABREU, 2015) e semelhante a ILPI de cidades da região sudeste e centro-oeste (SANTIAGO, et.al. 2016). A dependência para AIVD comporta-se como um marcador para o declínio da capacidade funcional sendo observada frequentemente entre os idosos institucionalizados (SILVA; MAGALHÃES; ABREU, 2015).

As ILPI avaliadas apresentavam maior percentual de mulheres, conforme, verificado em outros estudos (ROSA; FILHA; MORAES, 2018; SILVA; MAGALHÃES; ABREU, 2015). No litoral norte gaúcho, também se verificou maior percentual de mulheres (66,7%), cor da pele branca (95,0%), entretanto, mais jovem, faixa etária de 70 a 79 anos (36,7%), e viúvos (46,7%) (GUTHS, et.al.2017) diferentemente do presente estudo.

Ao avaliar os grupos segundo a capacidade funcional, destacou-se a prevalência de mulheres independentes com 80 anos ou mais e dependentes total na faixa etária de 70 a 79 anos. Embora seja frequente o maior percentual de mulheres, devido à feminização do envelhecimento, principalmente em idades avançadas (GAVASSO; BELTRAME, 2016) espera-se que idosos mais velhos apresentem piora da capacidade funcional relacionada ao próprio avançar da idade (ARAÚJO et al., 2017). É frequente nessa faixa etária aumento dos déficits motores, fraqueza muscular, comprometimento cognitivo, entre outros (LINI; PORTELLA; DORING, 2016) que podem resultar na piora da capacidade funcional.

Ciente disso, a enfermagem deve definir ações de cuidado que promovam a manutenção da capacidade funcional, independência e autonomia dos idosos. Para tanto, na ausência da equipe multidisciplinar, deve-se buscar parcerias com instituições de ensino e

profissionais para desenvolver atividades físicas e lúdicas com intuito de estímulo da mobilidade e a capacidade cognitiva.

O menor predomínio do sexo masculino entre os idosos e mesmo entre os grupos segundo a capacidade funcional após seis meses suscita a menor probabilidade de sobrevivência desses indivíduos com incapacidade (OLIVEIRA-FIGUEREDO et al., 2017), entretanto faz-se necessário um maior tempo de acompanhamento.

Outro aspecto a ser considerado é o aumento de dependência total entre os idosos jovens. Habitualmente, espera-se melhor capacidade funcional para este grupo, entretanto, deve-se considerar que a piora funcional predispõe os idosos a institucionalização, principalmente na ausência e/ou dificuldade do cuidador.

Portanto é necessário instituir ações, ainda na atenção primária, que previna a perda ou piora da capacidade funcional de idosos, principalmente os idosos jovens. Devem-se realizar ações em saúde para prevenção de fatores de risco e tratamento de condições clínicas que predisponha a piora funcional. Estimular a prática de atividade física, adoção de alimentação saudável, o convívio social, abandono do tabaco e álcool e adesão a tratamento propostos (PEREIRA et al., 2017).

Quanto ao estado conjugal e escolaridade é frequente identificar em ILPI idosos viúvos e solteiros que possuem baixa escolaridade (SILVA; MAGALHÃES; ABREU, 2015; ROSA; FILHA; MORAES, 2018). A presença de idosos sem companheiros na instituição corrobora a hipótese de que a frágil rede de apoio social e familiar contribui para a institucionalização (SANTIAGO et al., 2016). Entretanto, a vulnerabilidade da rede familiar não deve ser entendida apenas como ausência do cuidador, mas como qualidade dos vínculos construídos.

A ILPI abriga além de idosos, histórias de indivíduos que fizeram escolhas ao longo da vida que acabaram por repercutir na fragilidade dos laços afetivos vivenciados na atualidade. Salienta-se que, às vezes a ausência não é o cuidador, mas a disponibilidade física, emocional e financeira para oferecer o cuidado necessário.

Embora não tenha sido observada diferença significativa, no presente estudo, a baixa escolaridade tende a influenciar a capacidade funcional, uma vez que, influência em fatores psicossociais e comportamentos de saúde (PEREIRA et al., 2018). Idosos que apresentam melhor nível educacional tendem a expor-se menos a situações de risco (MATTOS et al., 2014) e a aderir mais facilmente as orientações para promoção e prevenção de agravos a saúde.

A maioria dos idosos era procedente de residências, corroborando os achados em ILPI do Belém do Pará, entretanto, diferentemente do presente estudo, os autores estratificaram a residência em: casa própria; alugada, de amigos e familiares (SILVA; MAGALHÃES; ABREU, 2015).

Observa-se comumente como causa de institucionalização o fato de morar só; ausência de cuidador e adoecimento, conforme os achados desse estudo e os da pesquisa realizada na cidade de Natal, Rio Grande do Norte. Os idosos foram institucionalizados devido a morar só (71,4%); ausência de cuidador (64,2%) e adoecimento (20,3%) (PINHEIRO et al., 2016).

No presente estudo, entende-se que o risco de solidão, para os idosos independentes que moram só, contribui para a institucionalização. Além disto, a ausência de cuidador; a opção de não constituir família; as condições econômicas precárias (LINI; PORTELLA; DORING, 2016) o aumento da violência, fazem com que idosos independentes busquem pelo cuidado institucional.

Ressalta-se que as famílias apresentam-se vulneráveis em relação ao cuidar da pessoa idosa doente. Frente a diminuição da independência e da capacidade funcional, as famílias buscam apoio de cuidadores e/ou instituições (PINHEIRO et al., 2016) conforme observado no presente estudo. Idosos dependentes parcial e total foram institucionalizados devido a adoecimento e dificuldade do cuidador. A presença de doenças incapacitantes; restrições físicas, déficit cognitivo dificultam a permanência do idoso no lar (CARDOSO et al., 2014).

Acredita-se que o fato dos idosos encontrarem-se institucionalizados por maior tempo, dentre outros fatores, relaciona-se a ILPI ser considerada a única residência viável para sua atual condição (FERRETI, et.al; 2014). Quer seja, devido à ausência de cuidador ou dificuldade do cuidador, ao adoecimento, abandono familiar entre outros.

Estudo realizado com idosos institucionalizados no litoral norte do Rio Grande do Sul (GUTHS et al., 2017) e na cidade de Marília, São Paulo, (FABER; SCHEICHER; SOARES, 2017) verificou percentual semelhante ao presente estudo quanto à presença de visitas nas instituições. A ocorrência de visitas na instituição contribui para a manutenção do vínculo social dos idosos, conforme observado no presente estudo e em pesquisa realizada em ILPI da cidade de Natal (PINHEIRO et al., 2016). Principalmente, quando ocorre entre os dependentes parcial e total. A rotina constante de visitas na instituição descaracteriza a questão do abandono familiar, ao mesmo tempo em que, contribui para melhores condições de saúde dos idosos, adaptação e participação da vida institucional (GUTHS et al., 2017).

Com relação à morbidades, número semelhante foi verificado entre idosos no Rio Grande do Sul (GUTHS, et.al, 2017). Quanto à polifarmácia, percentual inferior foi

identificado entre os idosos institucionalizados em cidades do sudeste e centro-oeste (SANTIAGO et al., 2016).

Observou-se que após seis meses, os idosos dependentes parcial e total apresentaram aumento no número de morbidades e medicamentos utilizados. Entretanto, não obteve diferença significativa, quanto à capacidade funcional e número de morbidades, assim como verificado entre idosos de ILPI em Teresina, Piauí (VELOSO et al., 2016).

A existência de morbidades, comorbidades e consumo elevado de medicamentos entre os idosos institucionalizados predispõe-os a situações adversas como: hospitalização, incapacidade funcional e transtorno de humor (SANTIAGO et al., 2016).

Investigação longitudinal realizada em ILPI na Itália verificou percentual inferior de hospitalização (CHERUBINI et al., 2012) em relação ao presente estudo.

Ressalta-se que a hospitalização para o idoso institucionalizado predispõe-no a piora da capacidade funcional e por vezes ao aumento da taxa de mortalidade (ÂGOTNES et al., 2016).

Embora, tenha-se verificado a diminuição percentual de hospitalizações no presente estudo, faz-se necessário que sejam adotadas medidas para prevenir as internações, quando avaliadas como situações potencialmente evitáveis (AMARAL, 2016).

Estudo realizado na cidade de Nova York em lares de idosos identificou seis condições que quando respeitadas podem diminuir o número de internações potencialmente evitáveis. Para tanto, as ILPI devem: realizar treinamento periódico para que haja uma comunicação eficaz entre equipe de enfermagem e médico sobre a condição de saúde dos residentes; ter fácil acesso a resultado de exames laboratoriais, possivelmente em menos de quatro horas; os médicos considerarem a internação hospitalar como último recurso; possuir membros da família para acompanhar o idoso nas admissões em quadro agudo e fácil acesso ao prontuário médico, resultados laboratoriais e eletrocardiogramas (YOUNG et al., 2010).

Entretanto, essa realidade vivenciada nas instituições internacionais encontra-se distante do presente estudo. Há necessidade de adequação tanto das ILPI quanto dos serviços de saúde, quer seja ao nível da atenção primária, secundária e terciária para prevenir ou mesmo retardar a hospitalização dos idosos.

Com relação à queda, percentual superior ao presente estudo foi identificado entre idosos institucionalizados no Distrito Federal, em seguimento durante seis meses (REIS; JESUS, 2015). O percentual de quedas entre os idosos, deste estudo, é inferior ao verificado em revisão integrativa de ILPI brasileiras (SOARES; RECH, 2015). Na presente investigação, idosos dependentes parcial e total apresentaram maior percentual de quedas, resultado

divergente de estudo realizado em ILPI da cidade de Natal, Rio Grande do Norte (FERREIRA, et al., 2016).

É frequente observar prevalência de quedas em idosos independentes, devido a esporem-se a situações de risco, por locomoverem-se mais e sem auxílio (FERREIRA, et al., 2016). Entretanto, idosos dependentes podem apresentar alterações da marcha, do equilíbrio entre outros que os predisõem a quedas (BARBOSA et.al, 2018).

O elevado número de quedas entre idosos institucionalizados contribui para o aumento da incapacidade funcional para ABVD e dependência de cuidados (ALVES, et al., 2016).

Por tratar-se de fator prejudicial à saúde do idoso, o enfermeiro deve realizar avaliações periódicas dos idosos quanto ao equilíbrio, marcha; acuidade visual e auditiva bem como investigar o consumo elevado de medicamentos (BARBOSA et al., 2016).

Outra ação a ser instituída nas ILPI é a adequação do espaço físico por meio de boa iluminação, pisos antiderrapante, utilização de corrimão e substituição de escada por rampas, conforme preconizado pela RDC n°283/2005 (ANVISA, 2005) e orientação dos profissionais quanto aos fatores de risco para queda e as medidas de prevenção a serem adotadas por todos.

Quanto à autopercepção de saúde, os idosos do presente estudo demonstraram uma percepção positiva, percentual superior ao observado entre idosos do litoral norte do Rio Grande do Sul (GUTHS et al., 2017). Já estudo realizado em ILPI na cidade de Natal, verificou que 63,19% dos idosos apresentavam percepção ruim da saúde, a qual foi associada ao alto grau de incapacidade e adoecimento (JEREZ-ROIG et al., 2016). Faz-se importante conhecer a autopercepção da saúde por idosos, uma vez que a percepção negativa tem sido associada a pior prognóstico, sendo vista como preditor de declínio funcional, situações de dependência para autocuidado, hospitalizações e mortalidade (ZANESCO et al., 2018).

Em relação à capacidade cognitiva há uma alta prevalência de declínio nas ILPI, conforme identificado no presente estudo e corroborado pelos resultados encontrados entre idosos institucionalizados da cidade de Marília, São Paulo (FABER; SCHEICHER; SOARES, 2017). Tal fato pode estar relacionado à necessidade de cuidados especializados que estes idosos demandam e, na maioria das vezes, a família não é capaz de oferecer em casa (GUTHS et.al., 2017).

O aumento percentual de idosos em declínio cognitivo do presente estudo condiz com pesquisa realizada em idosos institucionalizados na cidade de Recife, Pernambuco ($p=0,0195$) (ZIMMERMANN et.al., 2015).

A institucionalização comumente é associada à piora cognitiva dos idosos por apresentar uma rotina de baixo estímulo intelectual; físico e afastamento da vida em

comunidade (ZIMMERMANN et al.,2015). No mais, alguns idosos podem associar à saída do lar à perda da identidade; autoestima; liberdade e mesmo renunciar a própria vida, o que contribui para o declínio cognitivo e outras doenças mentais (BRASIL, et al., 2015). Assim, o declínio cognitivo é considerado um importante fator preditor da piora da capacidade funcional em idosos institucionalizados conforme verificado em ILPI em Teresina, Piauí (VELOSO et al., 2016).

O emprego de atividades de raciocínio lógico, memória; atenção; concentração; orientação temporal e espacial entre outras contribuem para a manutenção da capacidade cognitiva de idosos institucionalizados segundo observado em estudo em ILPI na cidade de Natal (DE LIMA NETO et al., 2017).

Portanto, o enfermeiro além de realizar avaliações periódicas dos idosos, deve orientar e implementar juntamente com a equipe de enfermagem atividades de estimulação cognitiva na rotina diária de cuidado aos residentes.

Com relação ao indicativo de sintomas depressivos, percentual inferior ao presente estudo foi identificado em idosos do sudeste e centro-oeste (SANTIAGO et al., 2016). Entretanto, situação diversa da verificada entre idosos da cidade de Marília, São Paulo, na qual o maior percentual não apresentava indicativo de sintomas depressivos (FABER; SCHEICHER; SOARES, 2017).

Idosos que apresentam sintomatologia depressiva tendem a diminuir o nível de atividades e motivação, resultando em déficits de mobilidade, desempenho físico e sedentarismo (ARAUJO et al., 2017). E, portanto, resultar em piora do estado geral de saúde e aumentar a dependência funcional (FABER; SCHEICHER; SOARES, 2017).

A enfermagem necessita identificar os idosos que apresentam sintomatologia depressiva e instituir ações que incentivem o autocuidado, o resgate da autoestima, a manutenção da capacidade funcional nas atividades diárias e participação em atividades coletivas (MONTEIRO et al., 2018).

É importante, o envolvimento da equipe multiprofissional, cuidadores e familiares dos residentes, quando indicado, no tratamento e cuidado de saúde a ser oferecido, de modo a facilitar a adesão e a recuperação (MENESES; MENDES, 2014).

Investigação conduzida em ILPI na cidade de Anápolis, Goiás, identificou maior percentual de idosos que apresentavam baixa FPP (FERNANDES et al.,2016) em relação ao presente estudo.

A baixa FPP relaciona-se de forma independente com risco para piora da capacidade funcional e baixos níveis de saúde (OLIVEIRA; SANTOS; REIS, 2017).

A utilização da medida de FPP entre idosos institucionalizados trata-se de uma medida clínica que permite o rastreamento de modificações funcionais por ser um preditor da função muscular global. Deve-se ressaltar, que mesmo idosos que não apresentam alteração da capacidade funcional para as atividades de vida diária, podem apresentar diminuição da força e mobilidade com o avançar da idade (KOCK; BISELTO, 2017).

Idosos de ILPI da região central do estado do Rio Grande do Sul, apresentou percentual inferior de incapacidade para o desempenho físico e superior de baixo desempenho (ROSA; FILHA; MORAES, et.al; 2018) quando comparado ao presente estudo.

O maior percentual de idosos apresentava incapacidade para o desempenho físico, principalmente entre os idosos independente e dependente total, sendo considerada diferença significativa. Ressalta-se que o processo de envelhecimento, predispõe a diminuição do desempenho físico e consequente capacidade funcional, e quando associado ao sedentarismo, situação frequente nas ILPI, contribui para o aumento da necessidade dos idosos de receberem cuidado por outrem (FERNANDES et al.,2015).

O baixo nível de condicionamento físico e a diminuição da FPP pode estar associada a hábitos de isolamento social e redução da mobilidade (TEIXEIRA et al, 2016) condições comuns vivenciadas por idosos institucionalizados que contribuem para a piora da capacidade funcional. Ressalta-se a importância de desenvolver atividades e programas de exercício físico, que proporcione a manutenção e o ganho de aptidão física entre os idosos institucionalizados (TEIXEIRA et al., 2016), e melhora da capacidade funcional.

Diferentemente do presente estudo, verificou-se percentual inferior de idosos eutróficos em instituições na cidade de Natal, Rio Grande do Norte (JEREZ-ROIG et al., 2016). Já em ILPI da cidade de Três Lagoas, Mato Grosso do Sul prevaleceram idosos em sobrepeso (BASSLER et al., 2014).

Quanto à avaliação da massa muscular, ao contrário do presente estudo, investigações conduzidas em ILPI na cidade de Piauí, Teresina (ALENCAR et al., 2015), em idosos institucionalizados da capital Paulista (MONTOVANI; VIEBIG; MORIMOTO, 2018); e da cidade de Natal, Rio Grande do Norte (CARLOS; GAZZOLA; GOMES, 2016) identificaram a prevalência de medidas inadequadas da CP.

A CP comporta-se como um marcador da diminuição da massa muscular, portanto, está associada ao maior risco de quedas, redução da força muscular e dependência funcional (MONTOVANI; VIEBIG; MORIMOTO, 2018)

8.3 MUDANÇA DA CAPACIDADE FUNCIONAL E ÁREAS DE FUNCIONAMENTO PARA ABVD SEGUNDO MELHORA E PIORA

Estudo realizado em 10 ILPI da cidade de Natal, Rio Grande do Norte, identificou ao final de dois anos percentual superior de idosos que apresentaram piora da capacidade funcional e, inferior quanto aos que mantiveram a condição em relação ao presente estudo (JEREZ-ROIG, et.al. 2017).

A manutenção e recuperação da capacidade funcional é um desafio para o enfermeiro inserido na ILPI, principalmente por ser um dos membros da equipe multiprofissional mais próximo e presente no cuidado ao idoso (GONÇALVES et al., 2015).

Por meio da avaliação funcional do idoso, o enfermeiro deve construir um plano de cuidado individual que contemple técnicas e ações interdisciplinares com o intuito de reabilitar as funções diminuídas ou perdidas para preservar e/ou recuperar a capacidade funcional (SANTOS et al., 2018).

Assim, ao coordenar a assistência da equipe de enfermagem, o enfermeiro estabelece ações para a prevenção de agravos à saúde, estímulo à atividade física, a modificação de hábitos de vida e adaptação à rotina institucional, a participação social e manutenção do vínculo familiar contribuindo para melhor qualidade de vida dos idosos (ALMEIDA et al., 2014).

Com relação às áreas de funcionalidade da ABVD, resultado divergente foi verificado entre os idosos de ILPI de Natal, Rio Grande do Norte. Houve piora para alimentação, vestir-se e transferir-se (JEREZ-ROIG, et.al. 2017), enquanto no presente estudo o maior declínio esteve relacionado à transferência e continência.

A dependência parcial e total para a transferência predispõe o idoso a quedas e aumento do isolamento social, uma vez que, a esta atividade está associada à capacidade de deslocamento, resultando em independência (MORAES, 2012).

O item continência esfinteriana da escala ABVD é fator relevante na independência do idoso. Entretanto a sua presença isoladamente, não caracteriza dependência devido ao fato de ser uma função e não uma atividade (MORAES, 2012).

Ressalta-se que a perda do controle esfinteriano pode repercutir de forma negativa na vida do idoso e resultar em alterações da rotina, isolamento social e baixa autoestima (KESSLER et al., 2018).

O planejamento do cuidado de enfermagem para idosos incontinentes pode incluir a orientação e adoção de medidas comportamentais profiláticas como evacuação precoce e

micção programada; a solicitação de avaliação de outros profissionais para realização de exercícios físicos direcionados e mesmo prescrição de medicamentos (JEREZ-ROIG; SOUZA; LIMA, 2013).

Outro aspecto a ser considerado é a necessidade de rever o conhecimento e atitude dos profissionais quanto ao manejo do idoso institucionalizado que apresenta incontinência urinária. E assim, limitar a influência na qualidade assistencial devido a questões organizacionais, despreparo dos profissionais, sobrecarga dos cuidadores e comunicação inadequada entre a equipe (JEREZ-ROIG; SOUZA; LIMA, 2013).

As atividades banhar-se, vestir-se e uso do vaso sanitário são consideradas complexas por receberem influência cultural e necessitarem de aprendizado, sendo perdidas precocemente. Conquanto, as atividades transferência, continência, alimentação são as últimas a serem perdidas, por serem funções vegetativas simples (MORAES, 2012).

O comprometimento da atividade de vestir-se suscita uma piora da capacidade funcional e comprometimento do desempenho físico, uma vez que demanda força de membros superiores e inferiores; coordenação motora fina; equilíbrio e flexibilidade. Já a atividade tomar banho apresenta-se como referência de incapacidade em estágios mais avançados. Portanto, é vista como determinante de morbidade, mortalidade e indicador da necessidade de serviço de atenção domiciliar (NUNES et.al., 2018).

A capacidade de alimentar-se, independente ao ter-se um prato colocado a frente, é considerada uma atividade simples (NUNES et al., 2018), que necessita de baixo desempenho motor, cognitivo e visual, quando comparada as outras (SILVA; MAGALHAES; ABREU, 2018). Deste modo, permanece preservada por maior tempo dentre os indivíduos que apresentam dependência para ABVD.

O baixo percentual de melhora nas áreas de funcionalidade das ABVD possui uma conotação negativa, tanto para o idoso quanto para organização institucional. Atividades como tomar banho, vestir-se, utilizar o vaso sanitário; realizar higiene íntima e transferência demanda a presença de outra pessoa para que seja executada com segurança (NUNES et al.,2018), na presença de dependência. Para o idoso, é incomodo depender de outro para realizar atividades básicas que anteriormente realizava com autonomia (MONTEIRO et al.,2018). E para ILPI, a contratação de profissionais configura em aumento dos gastos financeiros.

8.4 MODIFICAÇÃO DA ABVD E AIVD; DESEMPENHO FÍSICO; CAPACIDADE COGNITIVA; INDICATIVO DE SINTOMAS DEPRESSIVOS DOS IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS AO LONGO DO SEGUIMENTO

Houve piora da capacidade funcional para ABVD; AIVD; desempenho físico e capacidade cognitiva ao longo do seguimento. A piora observada sugere que a institucionalização pode agravar as condições clínicas avaliadas.

O fato de ser observada piora da capacidade funcional para ABVD ressalta o avançado grau de dependência vivenciado por esses idosos (MORAES, 2012), uma vez que são atividades simples inerentes ao autocuidado. Há-se a teoria que as habilidades mais complexas como as AIVD declinam primeiro, preservando atividades relacionadas diretamente à sobrevivência (ANDRIOLO et al., 2016).

Observa-se que os idosos institucionalizados diminuem gradativamente a exigências de suas funções mentais, por manterem-se em uma rotina de baixo nível de complexidade relacionada à restrição da execução das AIVD e atividade de lazer. O desafio está em implementar no ambiente das ILPI ações voltadas para o estímulo intelectual, recreativo e social que promova a manutenção da capacidade cognitiva dos idosos (IMAGINÁRIO et al., 2017).

A inatividade física verificada nas ILPI contribui para a piora do desempenho físico do idoso, tornando-o incapaz de exercer atividades básicas da vida diária (BRITO; MENEZES; OLINDA, 2016). Entretanto, deve-se considerar que muitos idosos foram institucionalizados devido a adoecimento e possível incapacidade prévia (GUTHS et al., 2017) o que auxilia na manutenção do baixo desempenho físico e pior capacidade funcional.

Assim faz-se necessário o estímulo e a adoção da atividade física e lazer nas ILPI. Para tanto, deve-se haver profissionais preparados para desenvolver ações que auxiliem o idoso a manter a capacidade funcional para o autocuidado, conforme especificado na RDCn°283/2005 (ANVISA, 2005). A equipe de enfermagem e cuidadores devem auxiliar e incentivar os idosos na modificação do velho hábito da inatividade, incluindo na rotina de cuidados a prática de atividade física.

Os idosos que possuíam o hábito da atividade física devem ser incentivados a continuar e aqueles que não são adeptos ao exercício precisam ser sensibilizados a abandonar o sedentarismo e assim minimizar os efeitos deletérios da inatividade (BRITO; MENEZES; OLINDA, 2016).

A presença de fatores como baixa escolaridade; ser do sexo feminino; idade avançada; sedentarismo e isolamento social contribuem para a piora da capacidade cognitiva em idosos institucionalizados (ANDRADE et al., 2017). Para a manutenção da capacidade cognitiva os idosos necessitam do exercício intelectual na sua rotina diária (IMAGINÁRIO et al., 2017). Deve-se propor atividades que sejam consideradas produtivas, que prendam sua atenção e o incentive a interagir como oficina de artesanato, dança, boliche, bingo entre outras (COIMBRA et al., 2018).

8.5 FATORES PREDITORES DA PIORA E MELHORA DA CAPACIDADE FUNCIONAL DOS IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS DURANTE O SEGUIMENTO DE SEIS MESES

A presença de declínio cognitivo foi preditora da melhora da capacidade funcional.

Embora controverso tal fato pode ser relacionado à concepção de que os indivíduos nos estágios iniciais de declínio cognitivo não apresentam perdas consideráveis na realização de atividades diárias (RODAKOWSK et al., 2014).

Outro aspecto a ser considerado relaciona-se ao cuidado recebido anterior a institucionalização. O adoecimento do idoso predispõe a institucionalização (MONTEIRO et al., 2018). As famílias podem apresentar dificuldade para cuidar do idoso que apresenta declínio cognitivo, devido a progressão das perdas cognitivas e motoras (GIL et al., 2015).

Entretanto ao ser institucionalizado a rotina de cuidados oferecidos pela instituição (GUTHS et al., 2017) pode contribuir para melhora da capacidade funcional ao proporcionar atividades programadas e rotineiras. A manutenção de atividades de baixa complexidade intelectual (ZIMMERMANN et al., 2015) embora facilite o autocuidado do idoso que apresenta declínio cognitivo acaba por resultar na piora cognitiva.

A institucionalização é um fator relevante tanto na piora da capacidade cognitiva quanto da capacidade funcional de idosos relacionada à inatividade e isolamento social (BERTOLDI; BATISTA; RUZANOWSKY, 2015).

Cabe ao enfermeiro, juntamente com a equipe multiprofissional estabelecer uma estratégia de avaliação multidimensional periódica dos idosos e adoção de intervenções direcionadas as demandas de cuidado do idoso. O intuito é promover um envelhecimento saudável dentro do ambiente institucional, acrescentando qualidade aos anos de vida vindouros desses idosos.

9 CONCLUSÃO:

A pesquisa foi realizada em oito ILPI filantrópicas responsáveis por abrigar 272 idosos que, em sua maioria, apresentavam grau de dependência I. As instituições encontravam-se regularizadas quanto à documentação preconizada pela RDC n°283/2005. Observou-se a presença de RT em todas as instituições, assim como do enfermeiro; técnico de enfermagem e médico. Em relação à estrutura física identificou-se a necessidade de adequações, por parte de algumas instituições, de: luz de vigília, campainha e área física, visando atender ao preconizado pela RDC n°283/2005. Os idosos recebiam atendimento médico, preferencialmente, em situação de urgência e emergência nas UPA públicas e Pronto Socorro privado. A consulta de enfermagem era realizada em 50% das ILPI. As atividades oferecidas aos idosos, tanto pelas ILPI quanto pela comunidade eram festas em datas comemorativas; lanches, passeios e grupo de oração.

Ao longo do seguimento houve diminuição da capacidade funcional para ABVD entre os idosos independentes e dependentes total e aumento para os dependentes parcial. Todos os idosos apresentavam dependência para AIVD, ocorrendo, após seis meses, diminuição para os com dependência total.

A análise das variáveis, segundo a capacidade funcional para ABVD, evidenciou que, entre os idosos independentes, houve aumento do número de mulheres; solteiras; na faixa etária ≥ 80 anos; com 1 |-| 5 anos de estudo; com uso contínuo de ≥ 5 medicamentos e, diminuição daqueles de cor da pele branca e dos que possuíam 1 |-| 4 morbidades. Quanto aos idosos com dependência parcial houve aumento do percentual de idosos de 80 anos ou mais, analfabetos e do uso de ≥ 5 medicamentos, além da diminuição no número de mulheres. Cabe destacar que estes recebiam maior percentual de visitas, em ambos os momentos, e que o número de 1 |-| 4 morbidades se manteve. Identificou-se para os dependentes total aumento no percentual de mulheres; na faixa etária de 70 |-| 79 anos; escolaridade superior a 5 anos de estudo; cor da pele preta; separados; ≥ 5 morbidades e uso de ≥ 5 medicamentos e, diminuição dos homens e daqueles com 80 anos ou mais. Na primeira avaliação, maior proporção de idosos independentes foram institucionalizados por morarem sós, enquanto os dependentes parcial por adoecimento e os dependente total por adoecimento e dificuldade do cuidador. Os idosos dependentes parcial apresentaram maior proporção de declínio cognitivo e os dependentes total pior desempenho físico em relação aos demais grupos. Ressalta-se que, após seis meses, houve piora do declínio cognitivo e do desempenho físico entre os idosos

dependente total. Obteve maior proporção de idosos independentes com sobrepeso e possuíam circunferência de panturrilha (CP) adequadas, enquanto os com dependência parcial eram eutróficos, com baixo peso e CF inadequada.

As mudanças da capacidade funcional para ABVD verificou-se que os idosos independentes apresentaram piora para dependência parcial (11,1%) e dependência total (1,1%). Quanto àqueles dependentes parcial, apresentaram melhora para independência (7,5%) e piora para dependência total (4,5%). Já os dependentes totais apresentaram melhora para dependência parcial (43,8%) e nenhum para independência. A avaliação por áreas de funcionalidade denotou que os idosos apresentaram maior percentual de melhora para a continência e tomar banho; estabilidade para o uso do vaso sanitário e alimentação e, piora para transferência e continência.

Ao longo do seguimento, houve maior proporção de idosos com piora para realização das ABVD; AIVD, desempenho físico e indicativo de declínio cognitivo. A presença de declínio cognitivo foi preditora para a melhora da ABVD. Idosos com declínio cognitivo apresentam 6,16 (vezes mais chances de apresentar melhora para ABVD).

As variáveis sexo; idade; tempo de institucionalização; polimorbidades; polifarmácia; hospitalização e queda recente; autopercepção negativa de saúde; baixa força de preensão palmar; indicativo de sintomatologia depressiva e baixo peso não estiveram associadas a condição de piora da ABVD, portanto, não corroborando as hipóteses do trabalho.

Identificar as variáveis relacionadas à melhora e piora da capacidade funcional permite aos profissionais de saúde, especificamente o enfermeiro, presente em todas as ILPI, propor ações que contribuam para prevenir agravos à saúde dos idosos e, conseqüentemente, piora da capacidade funcional para ABVD. Ademais, sendo um dos profissionais de saúde que trabalham diretamente com os idosos institucionalizados o enfermeiro deve, por meio de educação continuada, discutir estratégias para o cuidado dos idosos com os profissionais das ILPI, e assim promover a manutenção da capacidade funcional e, se possível, a sua recuperação.

Considerando o processo de envelhecimento populacional e a demanda por ILPI as informações presente neste estudo podem auxiliar no serviço público, especificamente a Secretária de Assistência Social e de Saúde, a desenvolver ações voltadas aos idosos residentes em instituições filantrópicas da cidade.

As limitações verificadas no presente estudo refere-se ao curto intervalo entre as avaliações dos idosos.

Portanto, para melhor compreensão do comportamento da capacidade funcional dos

idosos institucionalizados, faz-se necessário realizar novas avaliações e considerar a utilização de intervalos maiores.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). Resolução - RDC nº 283, de 26 de setembro de 2005. **Regulamento técnico para o funcionamento das instituições de longa permanência para idosos**. Ministério da Saúde, Brasília, set. 2005. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2005/res0283_26_09_2005.html>. Acesso em: 08 out. 2017.

ALENCAR, M.S.S. et al. Perdas de massa muscular e adiposa após institucionalização: atenção aos mais idosos. **Geriatr Gerontol Aging**. 2015;9(4):150-155. Disponível em: <http://www.ggaging.com/details/44/pt-BR/loss-of-muscle-and-fat-mass-after-institutionalization--attention-to-older>. Acesso em: 23 jan. 2019.

ALMEIDA, C. A. P. L. et al. Assistência de enfermagem aos idosos em instituições de longa permanência: revisão integrativa da literatura. **R. Interd.** v. 7, n. 4, p. 171-178, out. nov. dez. 2014. Disponível em: https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/479/pdf_172. Acesso em 27 jan.2019.

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. 2B, p. 421-426, 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/anp/v57n2B/1446.pdf>>. Acesso em: 08 ago. 2017.

ALMEIDA, O. P. Miniexame do estado mental e o diagnóstico de demência no Brasil. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, São Paulo, v. 56, n. 3B, p. 605-612, 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/anp/v56n3B/1774.pdf>>. Acesso em: 08 ago. 2011.

ALVES, L. C.; LEITE, I. C.; MACHADO, C. J. Conceituando e mensurando a incapacidade funcional da população idosa: uma revisão de literatura. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 13, n. 4, p. 1199-1207, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n4/16.pdf>>. Acesso em: 11 dez.2017.

ALVES, M.B et.al. Instituições de longa permanência para idosos: aspectos físico-estruturais e organizacionais. **Esc Anna Nery**. n.21, v.4, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v21n4/pt_1414-8145-ean-2177-9465-EAN-2016-0337>.pdf. Acesso em: 03 jan.2019.

ALVES, V.; RIBEIRO, P. Envelhecimento e cuidados de longa duração. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**. v. 12, n. 3, 15 ago. 2016.

AMARAL, F.L.J.S. **Incidência e risco para hospitalização no período de 12 meses em idosos institucionalizados**. Natal, 2016. Tese doutorado em saúde coletiva. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós -Graduação em Saúde Coletiva. Orientador: Dr. Kenio Costa de Lima

ANDRADE, F.L.J.P et al. Incapacidade cognitiva e fatores associados em idosos institucionalizados em Natal, RN, Brasil. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**

[Internet]. 2017;20(2):186-197. Disponível em :
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=403851250004>. Acesso em: 22 jan. 2019.

ANDRADE, M.C. São Caetano: um estudo de caso em uma ILPI Italiana. **Memorialidades**. n.9, v.18, p.155-92, 2012. Disponível jan.
 em:<http://periodicos.uesc.br/index.php/memorialidades/article/viewFile/31/29>. Acesso em: 15 jan.2019.

ANDRIOLO, B.N.G. Avaliação do grau de funcionalidade em idosos usuários de um centro de saúde. **Rev Soc Bras Clin Med**. 2016 jul-set;14(3):139-44. Disponível em:
<http://docs.bvsalud.org/biblioref/2016/10/2125/139-144.pdf>. Acesso em: 23 jan. 2019.

ANTES, D. L. et al. Índice de aptidão funcional geral e sintomas depressivos em idosos. **Rev. bras. cineantropom. desempenho hum.**, v. 14, n. 2, p. 125-133, 2012. Disponível em:
 <<http://www.scielo.br/pdf/rbcdh/v14n2/v14n2a01.pdf>>. Acesso em: 07 ago. 2017.

ARAÚJO, G.K.N., et.al. Capacidade funcional e depressão em idosos. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, n.11, v.10, p.3778-86, out., 2017. Disponível em:
 <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/22627/24290DOI:10.5205/reuol.12834-30982-1-SM.1110201711>>. Acesso em: 05 jan. 2019.

ARAÚJO, J. D. Polarização epidemiológica no Brasil. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 21, n. 4, p. 533-538, 2012. Disponível em:<
http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742012000400002>.
 Acesso em: 10 out.2017.

ARAÚJO, C. A. D. Similaridades e desigualdades no processo de envelhecimento populacional e cuidados de longa duração para idosos de Havana e Natal. **Rev Nov. Pob**, v. 12, n. 23, p. 55-69, 2016. Disponível em:< <http://scielo.sld.cu/pdf/rnp/v12n23/rnp07116.pdf>>.
 Acesso em: 09 set.2017.

ARAÚJO, E. N. P.; LOPES, R. G. C. Instituições de Longa Permanência para Idosos: possibilidades contemporâneas de moradia. **Revista Kairós Gerontologia**, v. 13, n. 8, p. 45-60, 2010. Disponível em:< <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/20940>>.
 Acesso em: 09 set.2017.

ÂGOTNES, G. et.al. A critical review of research on hospitalization from nursing homes; wat is missing? **Ageing internacional**, Nova Iorque, v.41, n.1,p.3-16, out, 2016.

BARBOSA, F.J. et al. Prevenção de quedas em idosas institucionalizadas. **Motricidade; Ribeira de Pena v.14, ed. 1, p. 387-392**, 2018. Disponível em:
<https://search.proquest.com/openview/bdbf78445cc856cf798bdeee6fc0115d/1?pq-origsite=gscholar&cbl=616555>. Acesso em: 24 jan. 2019.

BARROS, T. V. P. et al. Capacidade funcional de idosos institucionalizados: revisão integrativa. **ABCS Health Sci.**, v. 41, n. 3, p. 176-180, 2016. Disponível em:<
<https://www.portalnepas.org.br/abcshs/article/view/908>>. Acesso em: 07 set.2017.

BASSLER, T.C. O Perfil Nutricional de Idosos Institucionalizados num Município do Interior do Mato Grosso Do Sul. **Acta de Ciências e Saúde**, n. 03, v. 01, 2014. Disponível

em:<<http://www2.ls.edu.br/actacs/index.php/ACTA/article/view/100>> . Acesso em: 28 dez. 2018.

BERTOLUCCI, P. H. F. et al. 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, mar. 1994.

BERTOLDI, J.T.; BATISTA, A. C.; RUZANOWSKY, S. Declínio cognitivo em idosos institucionalizados: revisão de literatura. **Cinergis** 2015;16(2):152-156.

BEZERRA, F. C.; ALMEIDA, M. I.; NÓBREGA-THERRIEN, S. M. Estudos sobre Envelhecimento no Brasil: Revisão Bibliográfica. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v. 15, n. 1, p. 155-167, 2012. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v15n1/17.pdf>>. Acesso em: 03 mar.2017.

BORN, T.; BOECHAT, N.S. A qualidade do cuidado ao idoso institucionalizado. In: FREITAS, E. V. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara, 2011. cap. 117, p. 1299-1310.

BRASIL. Portaria MPAS/SEAS Nº 73, de 10 de Maio de 2001. Normas de funcionamento de serviços de atenção ao idoso no Brasil. **Diário Oficial da União**, maio de 2001. Disponível em:< <http://www.portalinclusivo.ce.gov.br/phocadownload/legislacaoidoso/portaria%20n.%2073%20-%202001%20-%20ministerio%20da%20previdencia%20social.pdf>>. Acesso em: 12 out.2017.

_____. RESOLUÇÃO Nº 466, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2012. Publicada no DOU nº 12 – quinta-feira, 13 de junho de 2013 – Seção 1 – Página 59. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/reso466.pdf>. Acesso em: 04 jan. 2018

BRASIL, M. R. et al. Associação entre (in) satisfação com a imagem corporal, estado nutricional e nível de coordenação motora em crianças e adolescentes de projetos esportivos. **Cinergis**, Santa Cruz do Sul, v. 16, n. 2, set. 2015. ISSN 2177-4005. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/cinergis/article/view/5603>>. Acesso em: 29 jan. 2019.

BRITO, K. Q. D.; MENEZES, T. N.; OLINDA, R. A. Incapacidade funcional: condições de saúde e prática de atividade física em idosos. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília , v. 69, n. 5, p. 825-832, out. 2016 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000500825&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 27 jan. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690502>.

CAMARANO, A. A. **Cuidados de longa duração para a população idosa família ou instituição de longa permanência?**. Rio de Janeiro: IPEA, 2010. 352 p. Disponível em:< http://ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/livros/livro_cuidados.pdf>. Acesso em: 10 ago.2017.

CAMARANO, A.A; BARBOSA, P. Instituições de longa permanência para idosos no brasil: do que se está falando?. In: ALCÂNTARA, A. O.; CAMARANO, A. A.; GIACOMIN, K. C.

Política nacional do idoso: velhas e novas questões. Rio de Janeiro: Ipea, 2016. cap. 20, p. 479-515. Disponível em: <
http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/161006_livro_politica_nacional_idosos.PDF>. Acesso em: 10 ago.2017.

CAMARGOS, M. C. S.; RODRIGUES, R. N.; MACHADO, C. J. Idoso, família e domicílio: uma revisão narrativa sobre a decisão de morar sozinho. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 28, n. 1, p. 217-230, 2011. Disponível em:<
<http://www.scielo.br/pdf/rbepop/v28n1/a12v28n1>>. Acesso em: 15 ago.2017

CAMARGOS, M. C. S; FORTES, F. B.C. T. P; SOUZA, L. M. A realidade das instituições de longa permanência para idosos. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE ENVELHECIMENTO HUMANO, 4, 2015, Campina Grande. **Anais....** Campina Grande: CIEH, 2015. Disponível em:<
http://www.editorarealize.com.br/revistas/cieh/trabalhos/TRABALHO_EV040_MD2_SA14_ID1598_30072015084922.pdf>. Acesso em: 10 dez.2017.

CARLOS, A. G.; GAZZOLA, J. M.; GOMES, A. C. Funcionalidade de Idosos Institucionalizados: a Influência do Estado Nutricional. **Rev. Equilíbrio Corporal Saúde**, v. 8, n. 1, p. 17-22, 2016.

CARDOSO, L.S. et.al. Aged: functional capacity for basic and instrumental activities of daily living. **J. res.: fundam. care**. n.6, v.2, p.584-593.

CARRARA, B. S.; ESPÍRITO SANTO, P. M. F. Velhice institucionalizada em tempos pós-modernos: a identidade em universo paralelo?. **Rev enferm UFPE**, v. 10, n. 5, p. 1672-1684, 2016. Disponível em:<
<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/13542>>. Acesso em: 20 set.2017.

CASTRO, V. C.; CARREIRA L. Atividades de lazer e atitude de idosos institucionalizados: subsídios para a prática de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 23, n. 2, p. 307-314, 2015. Disponível em:< http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n2/pt_0104-1169-rlae-23-02-00307.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2017.

CAVALCANTI, A. D. Envelhecimento e institucionalização: uma revisão bibliográfica à luz da promoção da saúde. **Revista Kairós Gerontologia**, 16(4), pp.159-174, 2013. Disponível em:< <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/viewFile/19635/14508>>. Acesso em: 15 set. 2017.

COBO, C. M. S. The influence of institutionalization on the perception of autonomy and quality of life in old people. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 48, n. 6, p. 1013-1019, Dez. 2014. Disponível em:
 <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342014000601013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 Jan. 2019.

COIMBRA, V. S. A. et al. Gerontological contributions to the care of elderly people in long-term care facilities. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 71, supl. 2, p. 912-919, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000800912&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 28 Jan. 2019.

CRUZ-JENTOFT, A. J. et al. Sarcopenia: European consensus on definition and diagnosis. **Age and Ageing**, v. 39, p. 412-423, 2010.

DE LIMA NETO, A. V. et al. Estimulação em idosos institucionalizados: efeitos da prática de atividades cognitivas Stimulation in institutionalized elderly people: effects of cognitive activity practice. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, [S.l.], v. 9, n. 3, p. 753-759, jul. 2017. ISSN 2175-5361. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/5491>>. Acesso em: 25 jan. 2019.

DANTAS, C. M. H. L. et al. Capacidade funcional de idosos com doenças crônicas residentes em Instituições de Longa Permanência. **Rev. bras. Enferm.**, v. 66, n. 6, p. 914-920, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000600016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 ago. 2017.

DATASUS. **Relatório da Conferência Internacional para a Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças**. Genebra: OMS, 2008. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/relatorio_da_conferencia.htm#Relat1>. Acesso em: 23 ago. 2017.

DEL DUCA, G. F. et al. Indicadores da Institucionalização de Idosos: Estudo de Casos e Controles. **Revista de Saúde Pública**, v. 46, n. 1, p. 147-153, 2012. Disponível em: <https://scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000100018&lng=es>. Acesso em: 08 nov.2017.

DEPOLITO, C.; LEOCADIO, P. L. L. F.; CORDEIRO, R. C. C. Declínio funcional de idosa institucionalizada: aplicabilidade do modelo da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 16, n. 2, p. 183-189, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/fp/v16n2/16.pdf>>. Acesso em: 07 out.2017.

DIAS, E. G. et al. Caracterização das atividades avançadas de vida diária (AAVDS): um estudo de revisão. **Rev. Ter. Ocup. Univ.**, v. 22, n. 1, p. 45-51, 2011. Disponível em: <http://www.fsp.usp.br/sabe/Artigos/2011_Eliane%20Golfieri_RTO.pdf>. Acesso em: 08 fev.2017.

DIAS, E. G. et al. Atividades avançadas de vida diária e incidência de declínio cognitivo em idosos: Estudo SABE. **Cad. Saúde Pública**, v. 31, n. 8, p. 1623-1635, 2015. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v31n8/0102-311X-csp-31-8-1623.pdf>>. Acesso em: 07 mar. 2017.

FABER, L.M.; SCHEICHER, M. E.; SOARES, E. Depressão, Declínio Cognitivo e Polimedicação em idosos institucionalizados. **Revista Kairós : Gerontologia**, v. 20, n. 2, p. 195-210, jun. 2017. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/kairos/article/view/34922>>. Acesso em: 20 jan. 2019.

FECHINE; B. R. A; TROMPIERI, N. O processo de envelhecimento: as principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. **Revista Científica Internacional**, v. 1, n. 7, 2012. Disponível em: <<http://www.fonovim.com.br/arquivos/534ca4b0b3855f1a4003d09b77ee4138-Modifica----es-fisiol--gicas-normais-no-sistema-nervoso-do-idoso.pdf>>. Acesso em: 08 abr.2017.

FERNANDES, L.C. et.al. IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS: FRÁGEIS E SEM EQUILÍBRIO. **Rev. Educ. Saúde** 2016; 4 (2). Disponível em <http://revistas2.unievangelica.edu.br/index.php/educacaoemsaude/article/view/2022/1804>. Acesso em: 23 jan. 2019.

FERNANDES, P.M., et.al. Síndrome da fragilidade e sua relação com aspectos emocionais, cognitivos, físicos e funcionais em idosos institucionalizados. **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo, Brasil, n.18, v.1, p.163-175, jan.-mar. 2015.

FERREIRA O.G.L.; MACIEL, S.C.; COSTA, S.M.G.; SILVA, A.O.; MOREIRA, M.A.S.P. Envelhecimento ativo e sua relação com a independência funcional. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, 2012 Jul-Set; 21(3): 513-8.

FERREIRA, D. C. O.; YOSHITOME, A. Y. Prevalência e características das quedas de idosos institucionalizados. **Rev Bras Enferm**, v. 63, n. 6, p. 991-997, 2010. Disponível em:<<http://www.redalyc.org/pdf/2670/267019463019.pdf>>. Acesso em: 03 mai.2017.

FERREIRA, L. L. et.al. Capacidade funcional de idosos institucionalizados com e sem doença de Alzheimer. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v. 17, n. 3, p. 567-573, 2014. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v17n3/1809-9823-rbgg-17-03-00567.pdf>>. Acesso em:10 nov.2017.

FERREIRA, F. P. M. et al. População e políticas: tendências e cenários para Minas Gerais. **Cadernos BDMG**, n. 21, 2012.

FERREIRA, L. M. B. M. et.al. Prevalência de quedas e avaliação da mobilidade em idosos institucionalizados. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v. 19, n. 6, p. 995-1003, 2016. Disponível em:< http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v19n6/pt_1809-9823-rbgg-19-06-00995.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2017.

FIEDLER, M. M.; PERES, K. G. Capacidade funcional e fatores associados em idosos do sul do Brasil: um estudo de base populacional. **Cad Saude Publica**, v. 24, n. 2, p. 409-415, 2008. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n2/19.pdf>>. Acesso em: 11 jun.2017.

FOLSTEIN, M. F.; FOLSTEIN, S. E.; HIGH, P. R. Mini mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. **Journal of Psychiatric Research**, Oxford, v. 12, n. 3, p.189-195, nov. 1975.

FRISANCHO, A.R. Anthropometric standards for the assessments of growth and nutritional status. UniversityofMichigan,1990. 189p.

FRIED, L. P. et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, Washington, v.56A, n.3, p.M146-M156, 2001.

GAVASSO, W. C; BELTRAME, V. Functional capacity and reported morbidities: a comparative analysis in the elderly. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro , v. 20, n. 3, p. 398-408, mai. 2017 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232017000300398&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 Jan. 2019.

GIL, I. M. A. et al . Terapia de reminiscência: construção de um programa para pessoas maiores com deterioro cognitivo em um contexto Institucional. **Rev. Enf. Ref.**, Coimbra , v. serIV, n. 15, p. 121-132, dez. 2017 . Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832017000400013&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 29 jan.2019. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV17052>.

GONÇALVES, M.J.C. et.al. A importância da assistência do enfermeiro ao idoso institucionalizado em instituição de longa permanência. São Paulo: **Revista Recien**. 2015; 5(14):12-18.

GONTIJO, J. V. et.al. Cognitive and functional status of elderly people of a long stayinstitution of the municipality Divinópolis, Minas Gerais State, Brazil. **Acta Scientiarum. Health Sciences**, v. 34, n. ed. esp., p. 251-256, 2012. Disponível em:< <http://eduem.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/view/11938>>. Acesso em: 06 jul.2017.

GRAEFF, B. Envelhecimento, velhice e saúde: transformando o invisível em visível. **R. Dir. sanit.**, v. 15, n. 1, p. 877-821, 2014. Disponível em:< <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/82807>>. Acesso em: 02 set.2017.

GUTHS, J. F. S. et al . Sociodemographic profile, family aspects, perception of health, functional capacity and depression in institutionalized elderly persons from the north coastal region of Rio Grande do Sul, Brazil. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro , v. 20, n. 2, p. 175-185, Abr. 2017. Disponível:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232017000200175&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 jan. 2019.

HAJEK, A. Longitudinal Predictors of Institutionalization in Old Age. **PLOS ONE**, v. 10, n. 12, p. e0144203, 2015. Disponível em:< <http://journals.plos.org/plosone/article/file?id=10.1371/journal.pone.0144203&type=printable> >. Acesso em: 04 out.2017.

IKEZOE, T. et. al. Association between walking ability and trunk and lower-limb muscle atrophy in institutionalized elderly women: a longitudinal pilot study. **Journal of Physiological Anthropology**, v. 34, n. 31, p. 1-6, 2015. Disponível em:< <https://link.springer.com/content/pdf/10.1186%2Fs40101-015-0069-z.pdf>>. Acesso em: 05 mai. 2017.

IMAGINARIO, C. et al . Atividades de vida diária como preditores do estado cognitivo em idosos institucionalizados. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, Porto , n. 18, p. 37-43, dez. 2017 . Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602017000300006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 28 jan. 2019. <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0190>.

JETTE, A. M. How measurement techniques influence estimates of disability in older populations. **Soc Sci Med**, v. 38, n. 7, p. 937-942, 1994.

JEREZ-ROIG, J.; SOUZA, D.L.B.S; LIMA, K.C. Incontinência urinária em idosos institucionalizados no Brasil: uma revisão integrativa. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, 2013; 16(4):865-879. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v16n4/1809-9823-rbgg-16-04-00865.pdf>. Acesso em: 25 jan. 2019.

JOHNSON, R. J.; WOLINSKY, F. D. The Structure of Health Status Among Older Adults: Disease, Disability, Functional Limitation, and Perceived Health. **Journal of Health and Social Behavior**, v. 34, p. 105-121, 1993.

KESSLER, M. et al . Prevalence of urinary incontinence among the elderly and relationship with physical and mental health indicators. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro , v. 21, n. 4, p. 397-407, Ago. 2018 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232018000400397&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 jan. 2019.

KOCK, K. D.E S.; BISETTO, A. Nível de independência, força de preensão manual e deambulação em idosos institucionalizados e idosos participantes de grupos de convivência. **Revista Kairós — Gerontologia**, São Paulo, Brasil, n.20, v.3, p.113-130, jul-set.2017.

LACERDA, T.T. B. et al . Characterization of long-term care facilities for the elderly in the metropolitan region of Belo Horizonte. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro , v. 20, n. 6, p. 743-753, dez. 2017 . Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232017000600743&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 Jan. 2019.

LAMPERT, M. A. et al. Uso de preditores de risco em idosos no Brasil: uma revisão integrativa. **Revista Kairós Gerontologia**, v. 19, n, 2, p. 169-185, 2016. Disponível em:< <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairós/article/view/32616>>. Acesso em: 06 nov.2017.

LINI, E. V.; PORTELLA, M. R; DORING, M. Fatores associados à institucionalização de idosos: estudo caso-controle. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v. 19, n. 6, p. 1004-1014, 2016. Disponível :< http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v19n6/pt_1809-9823-rbgg-19-06-01004.pdf>. Acesso em: 18 jun. 2017.

LINO, V. T. S. et al. Adaptação transcultural da Escala de Independência em Atividades da Vida Diária (Escala de Katz). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 103-112, jan. 2008.

LIPSCHITZ, D. A. Screening for nutritional status in the elderly. **Primary Care**, Philadelphia, v. 21, n. 1, p. 55-67, mar. 1994.

MAAGH, S.B. External causes involving elderly people served in a first-aid post causas externas envolvendo ancianos atendidos en un pronto socorro. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, 7(8):5274-9, ago. 2013. Disponivem em <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/11803/14185>>. Acesso em: 20 fev.2019.

MACIEL, A. C. C; ARAÚJO, L. M. Fatores associados às alterações na velocidade de marcha e força de preensão manual em idosos institucionalizados. **Rev. Bras. Geriatr.**

Gerontol., v. 13, n. 2, p. 179-189, 2010. Disponível em:<
<http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v13n2/a03v13n2.pdf>>. Acesso em: 20 set.2017.

MALAGUTTI, W.; BERGO, A. M. A. **Abordagem Interdisciplinar do Idoso**. Rio de Janeiro: Rubio, 2010.

MARCHON, R. M.; CORDEIRO, R. C.; NAKANO, M. M. Capacidade Funcional: estudo prospectivo em idosos residentes em uma instituição de longa permanência. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 203-214, 2010.
 MARIN, M. J. S. et al. Compreendendo a História de Vida de idosos institucionalizados. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v. 15, n. 1, p. 147-154, 2012. Disponível em:<
<http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v15n1/16.pdf>>. Acesso em: 21 out. 2017.

MARINHO, L. M. et al. Grau de dependência de idosos residentes em instituições de longa permanência. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 34, n. 1, p. 104-110, 2013. Disponível em:<
<http://www.scielo.br/pdf/rngen/v34n1/13.pdf>>. Acesso em: 23 set.2017.

MASEDA, A. et al. Cognitive and affective assessment in day care versus institutionalized elderly patients: a 1-year longitudinal study. **Clinical Interventions in Aging**, v. 9, p. 887-894, 2014. Disponível em :<
http://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/14183/2014%20CIA-63084-cognitive-and-affective-assessment-in-day-care-versus-instit_060514.pdf?sequence=5&isAllowed=y>.
 Acesso em: 24 ago.2017.

MEDEIROS, F. A. L. et al . The care for institutionalized elderly perceived by the nursing team. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre , v. 36, n. 1, p. 56-61, mar. 2015 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472015000100056&lng=en&nrm=iso>.Acesso em: 23 jan. 2019.

MELLO, B. L. D; HADDAD, M. C. L; DELLAROZA, M. S. G. Avaliação cognitiva de idosos institucionalizados. **Acta Scientiarum. M.S.Health Sciences**, v. 34, n. 1, p. 95-102, 2012. Disponível em:<
<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/viewFile/7974/pdf>>. Acesso em: 25 nov.2017.

MELO, B. R. S. et.al. Avaliação cognitiva e funcional de idosos usuários do serviço público de saúde. **Esc Anna Nery**, v. 21, n. 4, p. e20160388, 2017. Disponível em:<
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452017000400209&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 26 ago.2017.

MENESES, I.S.; MENDES, D.R.G. Cuidados de enfermagem a pacientes portadores de depressão na terceira idade. **Revista de Divulgação Científica Sena Aires**, n.2, p.177-184, jul-dez. 2014. Disponível em:
<http://revistafacesa.senaaires.com.br/index.php/revisa/article/view/138/83>. Acesso em 29 jan.2019.

MICHEL, T. et.al. Significado atribuído pelos idosos à vivência em uma instituição de longa permanência: contribuições para o cuidado de enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2012 Jul-Set; 21(3): 495-504.

MIRANDA, G. M. D.; MENDES, A. C. G.; SILVA, A. L. A. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v. 19, n. 3, p. 507-519, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232016000300507&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 01 nov.2017.

MONTEIRO, A.N.P.A. et.al. Estudos nacionais sobre as assistências de enfermagem e de psicologia ao idoso residente em instituição de longa permanência. *d on Line Rev. Mult. Psic.* V.12, N. 41, p. 1048-1067, 2018 - ISSN 1981-1179 Edição eletrônica em <http://idonline.emnuvens.com.br/id>. Acesso em: 22 jan. 2019.

MONTOVANI, L.M; VIERBIG, R.F.; MORIMOTO, J.M. Associação entre estado nutricional e vulnerabilidade em idosos institucionalizados. **BRASPEN J** 2018; 33 (2): 181-7. Disponível em: <http://arquivos.braspen.org/journal/abr-mai-jun-2018/12-AO-Associacao-entre-estado-nutricional.pdf>. Acesso em: 24 jan.2019.

MORAES, E.N. Atenção à saúde do Idoso: Aspectos Conceituais. Ed:Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 98 p.: il.

NAGI, S. Z. An epidemiology of disability among adults in the United States. **Milbank Mem Fund Q**, v. 54, n. 4, p. 493-467, 1976.

NAJAS M.S; NEBULONI C. C. Avaliação Nutricional In: Ramos LR, Toniolo Neto J . Geriatria e Gerontologia . Barueri: Manole; 2005. 1ª ed. p 299.

NAKANO, M.M. Versão Brasileira da Short Physical Performance BATTERY- SSPB: adaptação cultural e estudo da confiabilidade. Campinas, SP. 2007. Tese (mestrado) Orientador. Maria José D'Elboux Diogo. Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Educação. Disponível em: http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/252485/1/Nakano_MarciaMariko_M.pdf. Acesso em: 04 jan.2018.

NOBREGA, I R. et al . Fatores associados à depressão em idosos institucionalizados: revisão integrativa. **Saúde debate**, Rio de Janeiro , v. 39, n. 105, p. 536-550, June 2015 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000200536&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 25 Jan. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-110420151050002020>.

NOVAES, R. H. L. **Os asilos de idosos no estado do Rio de Janeiro – repercussões da (não) integralidade no cuidado e na atenção à saúde dos idosos.** 2003. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, 2003.

NUNES, D.P. et al . Elderly and caregiver demand: proposal for a care need classification. **Rev. Bras. Enferm.**,Brasília , v. 71, supl. 2, p. 844-850, 2018. Disponível: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000800844&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 Jan. 2019.

OLIVEIRA-FIGUEIREDO, D.S.T. et.al. Prevalência de incapacidade funcional em idosos: análise da Pesquisa Nacional de Saúde. **Rev Rene**. n.18, p.4, p.468-75, jul-ago. 2017. Disponível em: < <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/20227/30785>>. Acesso em: 7 jan. 2019.

OLIVEIRA, P. H.; MATTOS, I. E. Prevalência e fatores associados à incapacidade funcional em idosos institucionalizados no Município de Cuiabá, Estado de Mato Grosso, Brasil, 2009-2010. **Epidemiol Serv Saúde**, v. 21, n. 3, p. 395-406, 2012. Disponível em:<<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v21n3/v21n3a05.pdf>>. Acesso em: 01 nov.2017.

OLIVEIRA, W. I. F. et al. Equivalência semântica, conceitual e de itens do Observable Indicators of Nursing Home Care Quality Instrument. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 7, p. 2243-2253, 2016. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000702243&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 14 nov. 2017.

OLIVEIRA, E. M. et.al. Atividades Avançadas de Vida Diária (AAVD) e desempenho cognitivo entre idosos. **Psico-USF**, v. 20, n. 1, p. 109-120, jan./abr. 2015. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/psuf/v20n1/1413-8271-psuf-20-01-00109.pdf>>. Acesso em: 13 nov.2017.

OLIVEIRA, J. R.; ROCHA JÚNIOR, P. R. Qualidade de vida e capacidade funcional do idoso institucionalizado. **Revista Kairós Gerontologia**, v. 17, n. 3, p. 343-353, 2014. Disponível em:< <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/viewFile/23216/16772>>. Acesso em: 02 nov.2017.

OLIVEIRA, M. P. F.; NOVAES, M. R. C. G. Perfil socioeconômico, epidemiológico e farmacoterapêutico de idosos institucionalizados de Brasília, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 18, n. 4, p. 1069-1078, 2013. Disponível em:<http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013001000020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 out. 2017.

ONDER, G. et al. Assessment of nursing home residents in Europe: the Services and Health for Elderly in Long TERM care (SHELTER) study. **BMC Health Services Research**, v. 12, n. 5, 2012. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1472-6963/12/5>>. Acesso em: 26 out.2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Towards a common language for functioning, disability and health: ICF**. Geneva: World Health Organization, 2002.

PAGANO; M.; GAUVREAU, K. PRINCÍPIOS DE BIOESTATÍSTICA. Editora Pioneira Thomson Learning. (2004).

PEREIRA, F. M.; BESSE, M. Fatores associados à independência funcional de idosos residentes em instituição de longa permanência. **Acta Fisiatr.**, v. 18, n. 2, p. 66-70, 2011.

PINHEIRO, N. C. G. et al . Inequality in the characteristics of the institutionalized elderly in the city of Natal, Brazil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 21, n. 11, p. 3399-3405, nov. 2016. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016001103399&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 18 jan. 2019.

PIUVEZAM, G. Idosos institucionalizados no Brasil: ações dos profissionais de saúde na atenção primária. **J Manag Prim Heal Care**. n.6, v.2, p.205-222, 2015.

PORTO, C. C.; BRANCO, R. F. G. R.; PINHO, F. M. O. Exame físico geral. In: PORTO, C. C.; PORTO, A. L. **Semiologia médica**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009. cap. 7. p. 86-151.

REIS, K. M. C.; JESUS, C. A. C. Cohort study of institutionalized elderly people: fall risk factors from the nursing diagnosis. **Rev Latinoam Enferm.**, v. 23, n. 6, p. 1130-1138, 2015.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA SAÚDE (RIPSA). **Demografia e saúde: contribuição para análise de situação e tendências**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2009. 144 p.

RODRIGUES, M. A. et al. Exercício profissional de enfermagem em instituições de longa permanência para idosos: estudo retrospectivo. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 27, n. 2, e1700016, 2018. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072018000200302&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em: 16 jan. 2019.

RODAKOWSKI, J. et. Al. Can performance of daily activities discriminate between older adults with normal cognitive function and those with mild cognitive impairment? **J Am Geriatr Soc.**, n.62, v.7, p.1347-1352, 2014.

ROSA, T. S. M.; FILHA, V. A. V. S.; MORAES, A. B. Prevalence and factors associated with cognitive impairments in the elderly of charity asylums: a descriptive study. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 11, p. 3757-3765, nov. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018001103757&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 17 jan. 2019.

SALCHER, E.B. G; PORTELLA, M. R.; SCORTEGAGNA, H. M. Cenários de instituições de longa permanência para idosos: retratos da realidade vivenciada por equipe multiprofissional. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, n.18, v.2, p.259-272, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v18n2/1809-9823-rbgg-18-02-00259.pdf>>. Acesso em: 03 jan.2019.

SANTIAGO, L. M. et.al. Condições sociodemográficas e de saúde de idosos institucionalizados em cidades do sudeste e centro-oeste do Brasil. **Geriatr Gerontol Aging**, v.10, n.2, p.86-92, 2016. Disponível em: <<http://ggaging.com/export-pdf/369/v10n2a07.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2019.

SANTOS, R. L.; VIRTUOSO JÚNIOR, J. S. Confiabilidade da versão brasileira da escala de atividades instrumentais da vida Diária. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde, Fortaleza**, v. 21, n. 4, p. 290-296, 2008. Disponível em: <<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/408/40811508010.pdf>>. Acesso em: 19 fev. 2012.

SANTOS, S.C. et.al. O enfermeiro no processo reabilitação do idoso em cuidados continuados integrados. v. 2 (2018): **Atas - Investigação Qualitativa em Saúde**. Disponível

em: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2018/article/view/1858>. Acesso em: 23 jan.2019.

SANTOS, A. S. R. et al. Caracterização dos diagnósticos de enfermagem identificados em prontuários de idosos: um estudo retrospectivo. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 1, p. 141-149, jan./mar. 2008. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n1/16.pdf>>. Acesso em: 11 out. 2011.

SIDIA M. CALLEGARI-JACQUES. PRINCÍPIOS DE BIOESTATÍSTICA. ARTMED. 2003.

SILVA, H. S.; GUTIERREZ, B.A. O. A educação como instrumento de mudança na prestação de cuidados para idosos. **Educ. rev.**, Curitiba, v. 34, n. 67, p. 283-296, fev. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-40602018000100283&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 Jan. 2019.

SILVA, J. K. S. et al. Sintomas Depressivos e Capacidade Funcional em Idosos Institucionalizados. **Cult. cuid.**, v. 19, n. 41, p. 157-167, 2015. Disponível em:< <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/46605>>. Acesso em: 03 nov.2017.

SILVA, J.M. N.e.al. Correlação entre o risco de queda e autonomia funcional em idosos institucionalizados. **Rev. bras. geriatr. gerontol.** v.16, n.2, p.37-346, 2013.

SILVA; T.B.V; MAGALHÃES, C.M.C; ABREU, D.C.C. Capacidade funcional de idosos acolhidos em instituições de longa permanência da rede pública em uma capital da região norte. **Estud. interdiscipl. envelhec.**, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 517-534, 2015. Disponível em< <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/psi-70158>>. Acesso em: 5 jan.2019.

SILVA, M. E. et.al. Perfil epidemiológico, sociodemográfico e clínico de idosos institucionalizados. **R. Enferm. Cent. O. Min.**, v. 3, n. 1, p. 569-576, 2013. Disponível em:< <http://seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/viewArticle/336>>. Acesso em: 02 nov.2017.

SILVA, M. V; FIGUEREDO, M.L.F. Idosos institucionalizados: uma reflexão para o cuidado de longo prazo. **Enfermagem em Foco** 2012; 3(1):22-24. Disponível em: <<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/215/136>>. Acesso em: 19 fev.2019.

SOARES, E.; COELHO, M. O.; CARVALHO, S. M. R. Capacidade funcional, declínio cognitivo e depressão em idosos institucionalizados: possibilidade de relações e correlações. **Kairós Gerontologia**, v. 15, n.5, p. 117-139, 2012. Disponível em: < <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/9541>>. Acesso em: 07 out.2017.

SOARES, I.G.E; RECH, V. Prevalência de quedas em idosos institucionalizados no Brasil: uma revista integrativa. **Revista Kairós: Gerontologia**, v.18, n.4, p.47-61, dez. 2015. Disponível em: <<https://revistas.pucs.br/kairos/article/view/26892/19101>>. Acesso em: 10 jan. 2019.

SPOSITO, G.; NERI, A. L; YASSUDA, M. S. Atividades avançadas de vida diária (AAVDs) e o desempenho cognitivo em idosos residentes na comunidade: Dados do Estudo FIBRA Polo UNICAMP. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**, v. 19, n. 1, p. 7-20, 2016. Disponível em:

http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v19n1/pt_1809-9823-rbgg-19-01-00007.pdf. Acesso em: 07 out. 2017.

TALMELLI-RUY, L. F. S. **Incapacidade funcional em idosos**: análise de conceito. 2013. 186f. Tese de doutorado (Enfermagem Fundamental). Escola de enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-20052014-200812/pt-br.php>. Acesso em: 06 out.2017.

TEIXEIRA, P.S., et. al. obesidade e capacidade funcional podem estar associadas com diversas comorbidades em idosos residentes em instituições de longa permanência. **RPBeCS** . n.3, v.2, p.01-09, 2016. Disponível em: <<http://revistas.icesp.br/index.php/RBPeCS/article/view/71/170>>. Acesso em: 30 dez. 2018.

VALCARENGHI, R.V. et.al. Alterações na funcionalidade/cognição e depressão em idosos institucionalizados que sofreram quedas. **Acta Paulista Enfermagem**, v. 24 , n. 6, p. 828-833, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n6/a17v24n6.pdf> >. Acesso em: 10 ago. 2017.

VALE, M. C. Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF): conceitos, preconceitos e paradigmas. Contributo de um construto para o percurso real em meio natural de vida. **Acta Pediatr. Port.**, v. 40, n. 5, p. 229-236, 2009. Disponível em: <http://repositorio.chlc.min-saude.pt/bitstream/10400.17/891/1/Acta%20Ped%20Port%202009_40_229.pdf>. Acesso em: 03 nov. 2017.

VASCONCELOS, A. M. N.; GOMES, M. M. F. Transição demográfica: a experiência brasileira. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 21, n. 4, p. 539-548, 2012. Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v21n4/v21n4a03.pdf>>. Acesso em: 03 out. 2017.

VENEZIANO, L. S. N. et.al. Relação entre idade, funcionalidade e força de preensão manual em idosos institucionalizados. *Revista UniVap on-lin*, v. 22, n.40. Disponível em: <<http://revista.univap.br/index.php/revistaunivap/article/view/1234/0>>. Acesso em: 10 ago. 2017.

VELOSO; M. V. Dependência funcional em idosos institucionalizados e o déficit de memória. **RIASE online**, n.2, v.3, p. 663 – 675, dez. 2016. Disponível em:<http://www.revistas.uevora.pt/index.php/saude_envelhecimento/article/view/144/246>. Acesso em: 19 jan.2019.

VERBRUGGE, L. M., JETTE, A. M. The disablement process. **Soc Sci Med**, v. 38, n. 1, p. 1-14, 1994. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8146699>>. Acesso em: 12 set. 2017.

YESSAVAGE, J. A., et.al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. **Journal of Psychiatric Research**, 1993, 17, 37-49. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/5ab1/91352d3f0b530936ca9acae91245896c8cef.pdf>. Acesso em: 04 jan.2018.

WATANABE, H. A. W; GIOVANNI, V. M. Instituições de Longa Permanência para Idosos. **Envelhecimento e Saúde**. São Paulo: Boletim do Instituto de Saúde, 2009. 108 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Obesity**: preventing and managing the global epidemic: report of a WHO Consultation. Geneva: WHO, 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Envelhecimento ativo**: uma política de saúde / World Health Organization; tradução Suzana Gontijo. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. 60p.: il.

WOLFF; S.H.; BREDEMEIRER; S. M; BONICOSKI, O. Qualidade de vida: uma visão dos idosos jesuítas institucionalizado. **Memorialidades**, n. 18, p. 123-153, jul./dez. 2012. Disponível em: <<http://periodicos.uesc.br/index.php/memorialidades/issue/view/4>> Acesso em : 20 dez. 2018.

YOUNG, Y. et.al. Factors Associated with Potentially Preventable Hospitalization in Nursing Home Residents in New York State: A Survey of Directors of Nursing. **J Am Geriatr Soc.** N. 58, v.5, p.901-7, mai. 2010. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1532-5415.2010.02804.x>>. Acesso em: 22 jan. 2019.

ZANESCO, C. et al . Factors determining the negative perception of the health of Brazilian elderly people. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro , v. 21, n. 3, p. 283-292, June 2018 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232018000300283&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 jan. 2019.

ZIMMERMANN, I.M.M, et.al. Idosos institucionalizados: comprometimento cognitivo e fatores associados. **Geriatr Gerontol Aging**.n.9, v.3, p.86-92, 2015.

APENDICE A: ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA CARACTERIZAÇÃO DA ILPI

INSTITUIÇÃO: _____ Data: ____/____/____

Data de fundação: ____/____/____ Número de idosos _____ Número de vagas: _____

Número de internos com menos de 60 anos de idade: _____

Grau de dependência dos idosos:

Grau de dependência	Número de idosos
Grau de dependência I Idosos independentes, mesmo que requeiram uso de equipamentos de auto-ajuda	
Grau de dependência II Idosos com dependência em até três atividades de autocuidado para a vida diária tais como: alimentação, mobilidade, higiene; sem comprometimento cognitivo ou com alteração cognitiva controlada	
Grau de dependência III Idosos com dependência que requeiram assistência em todas as atividades de autocuidado para a vida diária e ou com comprometimento cognitivo.	

DOCUMENTAÇÃO:

1) A instituição possui quais dos documentos a seguir: _____

	Documentos	Sim	Não
1	Estatuto registrado		
2	Registro de entidade social		
3	Regimento interno		
4	Regimento interno de enfermagem		
5	Responsável técnico		
6	Contrato de prestação de serviço entre a instituição e o idoso/família		
7	Educação permanente entre os profissionais comprovada por registro em livro específico		
8	Plano de trabalho		
9	Plano de atenção integral a saúde dos residentes		
10	Manual de norma de rotina e procedimentos		
11	Planilha de vigilância sanitária		

2) Com relação a natureza jurídica a instituição é:

1() Filantrópica 2() Privada 3() Pública 4() Mista 5() outra: _____

3) A instituição possui cadastro no Conselho Nacional da Assistência Social (CNAS):

1() sim 2() não

4) Recebe subvenção do governo?

1() sim 2() Não

Qual fonte? _____ Valor per capita: _____

5) Possui alvará de licenciamento expelido pela vigilância sanitária local?

1() sim 2() não

Qual número de alvará de licenciamento sanitário _____ válido até _____

FUNCIONÁRIOS:

6) Número de funcionários: _____

7) Há divisão entre cuidadores e pessoal da limpeza? 1() sim 2() não

8) Há funcionário exclusivo para a cozinha? 1() sim 2() não

9) Há funcionário exclusivo para a lavanderia? 1-sim 2-não

10) Número de voluntários _____

11) Qual o número, categoria profissional e vínculo institucional dos profissionais que atuam na instituição?

Profissionais	Número	Vínculo institucional			
		Contratado	PMU	Voluntário	Outros
Enfermeiro					
Téc. De enfermagem					
Nutricionista					
Médico					
Fisioterapeuta					
Fonoaudiólogo					
Terapeuta ocupacional					
Assistente social					
Geriatra					
Dentista					
Psicólogo					
Cuidadores de idosos					
Serviços Gerais					
Coordenador					
Secretária					

12) A instituição possui responsável técnico: 1() sim 2() não

12.1) Se sim, qual o grau de escolaridade: 1() fundamental 2() ensino médio 3() ensino superior

12.2) Possui registro em conselho profissional? 1() sim 2() não Qual: _____

12.3) possui especialização na área de saúde do idoso? 1() sim 2() não Qual: _____

13) Os idosos são avaliados pelo médico para:

1() prevenção/promoção 2() tratamento (queixas pontuais) 3() urgência/emergência (UPA)

14) Qual a frequência das avaliações médicas da maioria dos idosos :

1() semanal 2() quinzenal 3() mensal 4() semestral 5() anual 6() somente quando há queixas

15) Há parcerias com instituições de ensino: 1-sim 2-não Se sim, quais (cursos):

1() graduação em enfermagem 2() cursos técnicos de enfermagem 3() curso de cuidador 4() fisioterapia 5() educação física 6() medicina 7() nutrição 8() pedagogia 9() cursos artesanais 10() outros: _____

16) Há voluntários na instituição?

1() sim 2() não Quais (qual atividade desempenham):

1() limpeza 2() auxílio na cozinha 3() auxílio na lavanderia 4() Corte de cabelo/barba 5() cuidados com as unhas 6() visita aos idosos 7() acompanhante para atividades externas 8() atividades administrativas 9() outros: _____

ESTRUTURA FÍSICA:

17) Há dormitórios separados por sexo: 1() sim 2() não

18) Há separação dos idosos por sexo em alas diferentes(setores): 1() sim 2() não

19) Quantidade de idosos por quarto: 1() individual 2() dupla 3() trio 4() 4 pessoas 5(): outros _____

20) Há banheiro para até 4 idosos: 1() sim 2() não

21) Há campanha nos dormitórios: 1() sim 2() não

22) Há luz de vigília permanente nos dormitórios e corredores: 1() sim 2() não

23) Há presença de escada na instituição? 1() sim 2() não

24) Há presença de corrimão nos banheiros; corredores; escadas e rampas: () 1sim 2() não

25) Há Presença de rampa: 1() sim 2() não

26) Há área para atividades coletivas? 1() sim 2() não

27) Há área para de convivência para os idosos? 1() sim 2() não

28) Há espaço ecumênico ou para meditação? 1() sim 2() não

29) Qual o horário de limpeza da instituição? 1() manhã 2() tarde 3() noite

ASSISTÊNCIA A SAÚDE DOS IDOSOS:

30) Qual órgão que presta assistência a saúde dos idosos, e que tipo de serviço é oferecido:

	Estratégia de Saúde da Família	Unidade de Pronto Atendimento	Convênio	Particular Instituição	Particular familiares	Não recebe
Atendimento de urgência emergência						
Consulta médica						
Consulta de enfermagem						
Tratamento odontológico						
Exames laboratoriais						
Exames de imagem						
Fisioterapia						
Avaliação Nutricional						
Avaliação psicológica						
Avaliação da fonoaudiologia						
Outros						

ATIVIDADES:

31) Qual o número de refeições/dia realizadas pelos idosos: _____

32) Quais atividades são ofertadas pela ILPI aos idosos:

1() grupos de conversas 2() passeios 3() grupo de oração 4() artesanato 5() filmes
6() bailes 7() atividade física 8() outros: _____

33) Os idosos participam de atividades na comunidade: _____

1-sim 2-não

Quais: 1() grupos de convivência 2() atividades religiosas 3() passeios 4() atividade física em grupo 5() outros: _____

34) A comunidade oferece atividades para os idosos na própria ILPI? 1() sim 2() não

Quais: 1() almoço/jantar/lanches 2() festas em datas comemorativas 3() bailes 4() bazar 5() cursos/artesanatos 6() outros: _____

APÊNDICE B: ROTEIRO DE VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO

Prezada Professora

O instrumento, anexo, foi elaborado com base na Resolução da Diretoria Colegiada nº283 (RDCº283), que define normas para o funcionamento das Instituições de Longa Permanência para idosos (ILPI). Solicitamos a V. Sa. que após a leitura e avaliação do referido instrumento, responda as questões que se seguem:

1. Os itens agrupados em cada seção são estão de acordo com os requisitos propostos pela RDC nº283?

a) Documentação:

(1) sim (2) não O que deve ser alterado: _____

b) Funcionários:

(1) sim (2) não O que deve ser alterado: _____

c) Estrutura física:

1) sim (2) não O que deve ser alterado: _____

d) Assistência a saúde dos idosos:

1) sim (2) não O que deve ser alterado _____

2. Os termos descritos estão adequados para avaliar os requisitos propostos para a avaliação da ILPI de acordo com a RDC nº283?

(1) sim (2) não Qual (is) termos devem ser alterados? E como deve ser a nova grafia? _____

3. Há itens repetidos nas diferentes seções?

1) sim (2) não Qual (is): _____

4. Há sugestão de inclusão de algum item ao instrumento para melhor adequação aos requisitos da RDC n°283?

1) sim (2) não Qual (is): _____

5. Qual a sua opinião quanto a forma de apresentação?

7. Observações

Agradecemos a sua colaboração.

Atenciosamente,

Doutoranda Paula Beatriz de Oliveira (34) 98819 4177

e-mail: paulabeatrizde@yahoo.com.br

Profa. Dra. Darlene Mara dos Santos Tavares (34) 37006015

e-mail: darlene.tavares@uftm.edu.br

APENDICE C: INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DO IDOSO



UFTM Universidade Federal do Triângulo Mineiro – Uberaba – MG

CAPACIDADE FUNCIONAL DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS

IDENTIFICAÇÃO:

Dados sociodemográficos:

Instituição: _____ **Data da Coleta:** ____/____/____

Nome: _____

1) Data de nascimento: ____/____/____

Idade: (anos completos).....

2) Sexo.....

1- Masculino 2- Feminino

3) O senhor se considera de qual raça/cor da pele?.....

1-branca 2-preta 3- parda 4-amarela 5-indigena

4) Data de admissão: ____/____/____

5) Qual o seu estado conjugal?.....

1- Nunca se casou ou morou com companheiro(a) 2- Mora com esposo(a) ou companheiro(a)

3- Viúvo(a) 4 -Separado(a), desquitado(a) ou divorciado(a) 99- Ignorado

6) Escolaridade:.....

Atenção: deverá ser anotado quantos anos estudou sem repetir a mesma série.

7) Procedência:

1- residência 2 –ILPI 3- hospital 4- assistência social (abrigo) 5 outro: _____

8) Motivo:.....

1- morar só 2- não possuir família 3-conflito familiar 4- adoecimento 5- morador de rua

6- ausência de cuidador 7 dificuldade do cuidador 8- vontade própria 9 outros: _____

9) Recebe visita:.....

1- sim 2- não

Quem:.....

1- filhos 2- esposa e/ou marido 3- irmãos 4- sobrinhos/primos 5- netos 6- amigos 7 genro/nora

Frequência:

1- diária 2- semanal 3- quinzenal 4- mensal 5- semestral 6-anual 7- raramente

10) Dados clínicos:

1- Morbidades (de acordo com o prontuário do idoso): _____

2-Número de morbidades:.....

3- Medicamentos em uso (de acordo com o prontuário do idoso): _____

-
-
- 4- Numero de medicamentos.....
- 5- Quedas: (no último ano)
 1- Sim 2- Não
- Número de vezes
- Lesões: 1-Sim 2- NãoQuais:.....
- 6- Hospitalização: (no último ano):.....
 1-Sim 2- Não
- Número de internações:.....
- Motivo:.....

10- Percepção do estado de saúde:

- 1-muito ruim 2- ruim 3- regular 4- boa 5- muito boa 6- não sabe responder.....

MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM) (BERTOLUCCI et al., 1994)

1) Orientação para tempo (1 ponto por cada resposta correta ou 0 se não responder adequadamente)

- Em que ano estamos? _____
- Em que mês estamos? _____
- Em que dia do mês estamos? _____
- Em que dia da semana estamos? _____
- Em que estação do ano estamos? _____

Nota: _____

2) Orientação para local (1 ponto por cada resposta correta ou 0 se não responder adequadamente)

- Em que estado vive? _____
- Em que cidade vive? _____
- Em que bairro estamos? _____
- Em que local estamos? _____
- Em que lugar específico estamos (apontar para o chão)? _____

Nota: _____

3) Memória Imediata (Coloque 1 ponto por cada palavra corretamente repetida ou 0 quando o idoso não repetir a palavra corretamente). "Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois que eu as disser todas; procure ficar a sabê-las de cor".

- Caneca _____
- Tapete _____
- Tijolo _____

Nota: _____

4) Atenção e Cálculo (Nos espaços abaixo acrescente 1 se a resposta for correta e 0 para resposta errada. Na "Nota" coloque a soma das respostas corretas).

- a) "Agora peço-lhe que me diga quantos são 100 menos 7 e depois ao número encontrado volta a tirar 7 e repete assim até eu lhe dizer para parar".

100 _____ 93 _____ 86 _____ 79 _____ 72 _____ 65

Nota: _____

- b) "Soletre a palavra MUNDO de trás para frente"

O _____ D _____ N _____ U _____ M _____

Nota: _____

Considere na Nota Final da questão 8 a maior Nota entre os itens a e b.

Nota Final: _____

5) Evocação (1 ponto por cada resposta correta ou 0 quando não acertar.)

"Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar".

Caneca _____

Tapete _____

Tijolo _____

Nota: _____

6) Linguagem (1 ponto por cada resposta correta ou 0 quando não acertar)

a. "Como se chama isto? Mostrar os objetos:

Relógio _____ Lápis _____ **Nota:** _____

b. "Repita a frase que eu vou dizer: "Nem aqui, nem ali, nem lá"

Nota: _____

c. "Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa"; dar a folha segurando com as duas mãos.

Pega com a mão direita _____ Dobra ao meio _____ Coloca onde deve _____

Nota: _____

d. "Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz". Mostrar um cartão com a frase bem legível, "FECHE OS OLHOS"; sendo analfabeto lê-se a frase. Fechou os olhos?

Nota: _____

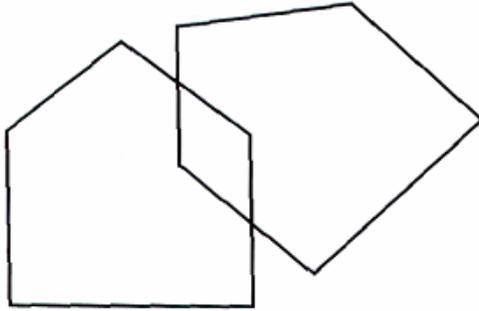
e. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

Frase:

Nota: _____

7) Capacidade Construtiva Visual (1 ponto pela cópia correta.)

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação.



Nota: _____

8) TOTAL (Máximo 30 pontos): _____

Considera-se com declínio cognitivo: analfabetos ≤ 13 pontos; 1 a 11 anos de escolaridade ≤ 18 pontos; com escolaridade superior a 11 anos ≤ 26 pontos.

9) O idoso apresentou declínio cognitivo?

(1) Sim (2) Não

CAPACIDADE FUNCIONAL

AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES BÁSICAS DE VIDA DIÁRIA (ABVD)

ÍNDICE DE KATZ

(KATZ et al., 1963; LINO et al., 2008)

ÁREA DE FUNCIONAMENTO	Indep. Dep.
Tomar banho (leito, banheira ou chuveiro) 1. Não recebe ajuda (entra e sai da banheira sozinho, se este for o modo habitual de tomar banho). 2. Recebe ajuda para lavar apenas uma parte do corpo (como, por exemplo, as costas ou uma perna). 3. Recebe ajuda para lavar mais de uma parte do corpo, ou não toma banho sozinho.	(1) (2) (3)
Vestir-se (pega roupas, inclusive peças íntimas, nos armários e gavetas, e manuseia fechos, inclusive os de órteses e próteses, quando forem utilizadas) 1. Pega as roupas e veste-se completamente, sem ajuda 2. Pega as roupas e veste-se sem ajuda, exceto para amarrar os sapatos 3. Recebe ajuda para pegar as roupas ou vestir-se, ou permanece parcial ou completamente sem roupa	(1) (2) (3)
Uso do vaso sanitário (ida ao banheiro ou local equivalente para evacuar e urinar; higiene íntima e arrumação das roupas) 1. Vai ao banheiro ou local equivalente, limpa-se e ajeita as roupas sem ajuda (pode usar objetos para apoio como bengala, andador ou cadeira de rodas e pode usar comadre ou urinol à noite, esvaziando-o de manhã) 2. Recebe ajuda para ir ao banheiro ou local equivalente, ou para limpar-se, ou para ajeitar as roupas após evacuação ou micção, ou para usar a comadre ou urinol à noite 3. Não vai ao banheiro ou equivalente para eliminações fisiológicas	(1) (2) (3)
Transferência 1. Deita-se e sai da cama, senta-se e levanta-se da cadeira sem ajuda (pode estar usando objeto para apoio, como bengala ou andador) 2. Deita-se e sai da cama e/ou senta-se e levanta-se da cadeira com ajuda 3. Não sai da cama	(1) (2) (3)
Continência 1. Controla inteiramente a micção e a evacuação 2. Tem “acidentes” ocasionais 3. Necessita de ajuda para manter o controle da micção e evacuação; usa cateter ou é incontinente	(1) (2) (3)
Alimentação 1. Alimenta-se sem ajuda 2. Alimenta-se sozinho, mas recebe ajuda para cortar carne ou passar manteiga no pão 3. Recebe ajuda para alimentar-se, ou é alimentado parcialmente ou completamente pelo uso de cateteres ou fluidos intravenosos	(1) (2) (3)

0: independente em todas as seis funções;

1: independente em cinco funções e dependente em uma função;

2: independente em quatro funções e dependente em duas;

3: independente em três funções e dependente em três;

4: independente em duas funções e dependente em quatro;

5: independente em uma função e dependente em cinco funções;

6: dependente em todas as seis funções.

1) Classificação.....

2) Número de ABVD que não consegue realizar.....

ATIVIDADES INSTRUMENTAIS DA VIDA DIÁRIA (AIVD) - ESCALA DE LAWTON E BRODY

Atividade	Avaliação	
1)Em relação ao uso do telefone....	Recebe e faz ligações sem assistência	3
	Necessita de assistência para realizar as ligações telefônicas	2
	Não tem o hábito ou é incapaz de usar o telefone	1
2)Em relação a viagens....	Realiza viagens sozinha	3
	Somente viaja quando tem companhia	2
	Não tem o hábito ou é incapaz de viajar	1
3)Em relação a realizar compras...	Realiza compras, quando é fornecido o transporte	3
	Somente faz compras quando tem companhia	2
	Não tem o hábito ou é incapaz de realizar compras	1
4)Em relação ao preparo de refeições	Planeja e cozinha as refeições completas	3
	Prepara somente refeições pequenas ou quando recebe ajuda	2
	Não tem o hábito ou é incapaz	1
5)Em relação ao trabalho doméstico	Realiza tarefas pesadas	3
	Realiza tarefas leves, necessitando de ajuda nas pesadas	2
	Não tem o hábito ou é incapaz de realizar trabalhos domésticos	1
6)Em relação ao uso de medicamento	Faz uso de medicamento sem assistência	3
	Necessita de lembretes ou assistência	2
	É incapaz de controlar sozinho os medicamentos	1
7)Em relação ao manuseio de dinheiro	Preenche cheque e paga contas sem auxílio	3
	Necessita de assistência para uso de cheques e contas	2
	Não tem o hábito de lidar com dinheiro ou é incapaz de manusear dinheiros, contas	1
TOTAL		
CLASSIFICAÇÃO DA DEPENDÊNCIA PARA AIVDs		
1-Dependência total: igual a 7 pontos 2-Dependência parcial: 7-a 20 pontos 3-Independente: 21 pontos		

ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA ABREVIADA (GDS-15) (ALMEIDA; ALMEIDA, 1999)

	QUESTÕES	NÃO	SIM
1	Você está basicamente satisfeito com sua 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 com 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 a sua situação é sem esperanças?	0	1
15	Você sente que a maioria das pessoas está melhor que você?	0	1
TOTAL			

Considere: A soma total de pontos > 5 é indicativa de presença de sintomas depressivos.

1) Presença de indicativo de sintomas depressivos.....

(1) Sim (2) Não

DADOS ANTROPOMÉTRICOS	VALORES
PESO	
ALTURA	
IMC	
CB	
CP	
CA	
Comprimento da perna	

Força de prensão da mão dominante medida pelo dinamômetro:

1° medida		2° medida		3° medida	
-----------	--	-----------	--	-----------	--

Deambula.....

1- sem apoio 2 -com andador 3 -muleta 4- apoio do cuidador 5- bengala 6- não deambula (cadeirante)

**VERSÃO BRASILEIRA DA *SHORT PHYSICAL PERFORMANCE BATTERY* (SPPB)
(NAKANO, 2007)**

1. TESTES DE EQUILÍBRIO



A. POSIÇÃO EM PÉ COM OS PÉS JUNTOS

A. PONTUAÇÃO

- Manteve por 10 segundos 1 ponto
- Não manteve por 10 segundos 0 ponto
- Não tentou 0 ponto

Se pontuar 0, encerre os Testes de Equilíbrio e marque o motivo no Quadro 1
Tempo de execução quando for menor que 10 seg: ____ segundos.

NAKANO, M.M. Versão Brasileira da *Short Physical Performance Battery* - SPPB: Adaptação Cultural e Estudo da Confiabilidade. Campinas, 2007. Dissertação (Mestrado em Gerontologia) - Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP.

B. POSIÇÃO EM PÉ COM UM PÉ PARCIALMENTE À FRENTE

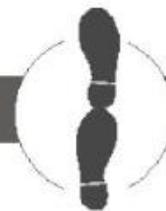


B. PONTUAÇÃO

- Manteve por 10 segundos 1 ponto
- Não manteve por 10 segundos 0 ponto
- Não tentou 0 ponto

Se pontuar 0, encerre os Testes de Equilíbrio e marque o motivo no Quadro 1
Tempo de execução quando for menor que 10 seg: ____ segundos.

C. POSIÇÃO EM PÉ COM UM PÉ À FRENTE



C. PONTUAÇÃO

- Manteve por 10 segundos 2 ponto
- Manteve por 3 a 9,99 segundos 1 ponto
- Manteve por menos de 3 segundos 0 ponto
- Não tentou 0 ponto

Se pontuar 0, encerre os Testes de Equilíbrio e marque o motivo no Quadro 1
Tempo de execução quando for menor que 10 seg: ____ segundos.

D. Pontuação Total nos Testes de Equilíbrio: _____ (Soma dos pontos)

2- TESTE VELOCIDADE DE MARCHA

Tempo da primeira tentativa	Tempo da segunda tentativa
A) Tempo para 3 ou 4 metros.....s.	A) Tempo para 3 ou 4 metros.....s.
B) Se o paciente não realizou o teste ou falhou,	B) Se o paciente não realizou o teste ou falhou,

<p>marque o motivo:</p> <p>1- Tentou, mas não conseguiu.</p> <p>2- O paciente não consegue caminhar sem ajuda de outra pessoa.</p> <p>3-Não tentou, o avaliador sentiu-se inseguro.</p> <p>4- Não tentou, o paciente sentiu-se inseguro.</p> <p>5- O paciente não conseguiu entender as instruções.</p> <p>6- Outros:..... <input type="checkbox"/></p> <p>C- apoio para a caminhada:..... 1-nenhum 2-bengala 3-outro</p> <p>D- Se o paciente não conseguiu realizar a caminhada pontue: <input type="checkbox"/> 0 e prossiga para o teste de levantar da cadeira</p>	<p>marque o motivo:</p> <p>1- Tentou, mas não conseguiu.</p> <p>2- O paciente não consegue caminhar sem ajuda de outra pessoa.</p> <p>3-Não tentou, o avaliador sentiu-se inseguro.</p> <p>4- Não tentou, o paciente sentiu-se inseguro.</p> <p>5- O paciente não conseguiu entender as instruções.</p> <p>6- Outros:..... <input type="checkbox"/></p> <p>C- apoio para a caminhada:..... <input type="checkbox"/> 1-nenhum 2-bengala 3-outro</p> <p>D- Se o paciente não conseguiu realizar a caminhada pontue: <input type="checkbox"/> 0 e prossiga para o teste de levantar da cadeira</p>
<p>Pontuação do teste de velocidade de marcha</p> <p>Extensão do teste de marcha <input type="checkbox"/> quatro metr <input type="checkbox"/> três metros</p> <p>Marque o menor dos dois tempos:..... segundos e utilize para pontuar.</p> <p>Se o paciente não conseguiu realizar a caminhada pontu <input type="checkbox"/> 0 ponto.</p>	
<p>Para caminhada de 3 metros:</p> <p>Se o tempo for maior que 6,52 segundos: <input type="checkbox"/> 1 ponto</p> <p>Se o tempo for de 4,66 a 6,52 segundos: <input type="checkbox"/> 2 pontos</p> <p>Se o tempo for de 3,62 a 4,65 segundos: <input type="checkbox"/> 3 pontos</p> <p>Se o tempo for menor que 3,62 segundos: <input type="checkbox"/> 4 pontos</p>	<p>Para caminhada de 4 metros:</p> <p>Se o tempo for maior que 8,70 segundos: <input type="checkbox"/> 1 ponto</p> <p>Se o tempo for de 6,21 a 8,70 segundos: <input type="checkbox"/> 2 pontos</p> <p>Se o tempo for de 4,82 a 6,20 segundos: <input type="checkbox"/> 3 pontos</p> <p>Se o tempo for menor que 4,82 segundos: <input type="checkbox"/> 4 pontos</p>

3. TESTE DE LEVANTAR-SE DA CADEIRA**RESULTADO DO PRÉ-TESTE: LEVANTAR-SE DA CADEIRA UMA VEZ**

A. Levantou-se sem ajuda e com segurança
 Sim Não

. O paciente levantou-se sem usar os braços
 Vá para o teste levantar-se da cadeira 5 vezes

. O paciente usou os braços para levantar-se
 Encerre o teste e pontue **0 ponto**

. Teste não completado ou não realizado
 Encerre o teste e pontue **0 ponto**

B. Se o paciente não realizou o teste ou falhou, marque o motivo:

- 1) Tentou, mas não conseguiu.
- 2) O paciente não consegue levantar-se da cadeira sem ajuda.
- 3) Não tentou, o avaliador julgou inseguro.
- 4) Não tentou, o paciente sentiu-se inseguro.
- 5) O paciente não conseguiu entender as instruções.
- 6) Outros (Especifique) _____.
- 7) O paciente recusou participação.

RESULTADO DO TESTE LEVANTAR-SE DA CADEIRA CINCO VEZES

A. Levantou-se as cinco vezes com segurança: Sim Não
 B. Levantou-se as 5 vezes com êxito, registre o tempo: _____.seg.
 C. Se o paciente não realizou o teste ou falhou, marque o motivo:

- 1) Tentou, mas não conseguiu
- 2) O paciente não consegue levantar-se da cadeira sem ajuda
- 3) Não tentou, o avaliador julgou inseguro
- 4) Não tentou, o paciente sentiu-se inseguro
- 5) O paciente não conseguiu entender as instruções
- 6) Outros (Especifique) _____
- 7) O paciente recusou participação.

PONTUAÇÃO DO TESTE DE LEVANTAR-SE DA CADEIRA

O participante não conseguiu levantar-se as 5 vezes ou completou o teste em tempo maior que 60 seg: 0 ponto
 Se o tempo do teste for 16,70 segundos ou mais: 1 ponto
 Se o tempo do teste for de 13,70 a 16,69 segundos: 2 pontos
 Se o tempo do teste for de 11,20 a 13,69 segundos: 3 pontos
 Se o tempo do teste for de 11,19 segundos ou menos: 4 pontos

**PONTUAÇÃO COMPLETA PARA A
 VERSÃO BRASILEIRA DA
 SHORT PHYSICAL PERFORMANCE
 BATTERY - SPPB**

1. Pontuação total do teste de equilíbrio: _____ pontos
2. Pontuação do teste de velocidade de marcha: _____ pontos
3. Pontuação do teste de levantar-se da cadeira: _____ pontos
4. Pontuação total: _____ pontos (some os pontos acima).

RESULTADO FINAL:

(1) Incapacidade ou desempenho muito ruim	0 a 3 pontos
(2) Baixo desempenho	4 a 6 pontos
(3) Moderado desempenho	7 a 9 pontos
(4) Bom desempenho	10 a 12 pontos

APÊNDICE D- ASSINATURA DO TERMO DE AUTORIZAÇÃO DA ASSOCIAÇÃO DE ACOLHIMENTO AO IDOSO ANJOS DO BEM



Universidade Federal do Triângulo Mineiro
Uberaba-MG

AUTORIZAÇÃO DOS PRESIDENTES DAS INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS

À Diretoria da Instituição de Longa Permanência

Estamos desenvolvendo a pesquisa intitulada "Avaliação da funcionalidade global de idosos institucionalizados: um estudo longitudinal", que tem como objetivo: avaliar a funcionalidade global de idosos institucionalizados durante o seguimento de um ano. Desta forma, solicitamos autorização para que a coleta dos dados seja realizada no espaço da própria instituição. Informo que a coleta dos dados somente ocorrerá após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Triângulo Mineiro.

Atenciosamente,

Darlene Mara dos Santos Távares/ Pesquisadora Responsável

Telefone de contato do pesquisador caso tenha dúvidas sobre esta pesquisa: (34)3700-6015/3700-6154

Assinatura do presidente da Instituição de Longa permanência para idosos

18458296/0001-54

ASSOCIAÇÃO DE ACOLHIMENTO
AO IDOSO ANJOS DO BEM

RUA SANTO ANTÔNIO, 211
CENTRO - CEP 38010-160

UBERABA - MG

APÊNDICE E - ASSINATURA DO TERMO DE AUTORIZAÇÃO DO LAR ACOLHIDA SÃO VICENTE DE PAULO



Universidade Federal do Triângulo Mineiro
Uberaba-MG

AUTORIZAÇÃO DOS PRESIDENTES DAS INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS

À Diretoria da Instituição de Longa Permanência

Estamos desenvolvendo a pesquisa intitulada "Avaliação da funcionalidade global de idosos institucionalizados: um estudo longitudinal", que tem como objetivo: avaliar a funcionalidade global de idosos institucionalizados durante o seguimento de um ano. Desta forma, solicitamos autorização para que a coleta dos dados seja realizada no espaço da própria instituição. Informo que a coleta dos dados somente ocorrerá após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Triângulo Mineiro.

Atenciosamente,

Darlene Mara dos Santos Tavares/ Pesquisadora Responsável

Telefone de contato do pesquisador caso tenha dúvidas sobre esta pesquisa: (34)3700-6015/3700-6154

LAR ACOLHIDA SÃO VICENTE DE PAULO

Genivaldo dos Santos Silva
Presidente

CPF: 638.877.036-34 - RG: M4.772.224

Assinatura do presidente da Instituição de Longa permanência para idosos

APÊNDICE F- ASSINATURA DO TERMO DE AUTORIZAÇÃO DA CASA DOS IDOSOS CANTINHO DA PAZ



**Universidade Federal do Triângulo Mineiro
Uberaba-MG**

AUTORIZAÇÃO DOS PRESIDENTES DAS INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS

À Diretoria da Instituição de Longa Permanência

Estamos desenvolvendo a pesquisa intitulada "Avaliação da funcionalidade global de idosos institucionalizados: um estudo longitudinal", que tem como objetivo: avaliar a funcionalidade global de idosos institucionalizados durante o seguimento de um ano. Desta forma, solicitamos autorização para que a coleta dos dados seja realizada no espaço da própria instituição. Informo que a coleta dos dados somente ocorrerá após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Triângulo Mineiro.

Atenciosamente,

Darlene Mara dos Santos Tavares/ Pesquisadora Responsável

Telefone de contato do pesquisador caso tenha dúvidas sobre esta pesquisa: (34)3700-6015/3700-6154

Assinatura do presidente da Instituição de Longa permanência para idosos

08415228/0001-54

CASA DOS IDOSOS CANTINHO
DA PAZ

RUA FRANCISCO MEIRELES, 183
BOA VISTA - CEP 38017 - 180

UBERABA - MG

APÊNDICE G- ASSINATURA DO TERMO DE AUTORIZAÇÃO DA ASSOCIAÇÃO LAR DOS IDOSOS D. INÊS MARIA DE JESUS



Universidade Federal do Triângulo Mineiro
Uberaba-MG

AUTORIZAÇÃO DOS PRESIDENTES DAS INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS

À Diretoria da Instituição de Longa Permanência

Estamos desenvolvendo a pesquisa intitulada "Avaliação da funcionalidade global de idosos institucionalizados: um estudo longitudinal", que tem como objetivo: avaliar a funcionalidade global de idosos institucionalizados durante o seguimento de um ano. Desta forma, solicitamos autorização para que a coleta dos dados seja realizada no espaço da própria instituição. Informo que a coleta dos dados somente ocorrerá após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Triângulo Mineiro.

Atenciosamente,

Darlene Mara dos Santos Tavares/ Pesquisadora Responsável
Telefone de contato do pesquisador caso tenha dúvidas sobre esta pesquisa: (34)3700-6015/3700-6154

Assinatura do presidente da Instituição de Longa permanência para idosos

Lar dos Idosos D^a Inês Maria de Jesus
Paulo Fernando da Silva - Presidente
RG 10.822.090 / CPF 010.693.768 - 80

23.370.265/0001-87
ASSOCIAÇÃO LAR DE IDOSOS
D. INÊZ MARIA DE JESUS
R. VISCONDE DO ABAETÉ, 75
ABADIA CEP: 38.025-490
UBERABA-MG

**APÊNDICE H - ASSINATURA DO TERMO DE AUTORIZAÇÃO DA ASSOCIAÇÃO
BENEFICENTE SETE DE SETEMBRO ASILO SANTO ANTÔNIO**



Universidade Federal do Triângulo Mineiro
Uberaba-MG

**AUTORIZAÇÃO DOS PRESIDENTES DAS INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA
IDOSOS**

À Diretoria da Instituição de Longa Permanência

Estamos desenvolvendo a pesquisa intitulada "Avaliação da funcionalidade global de idosos institucionalizados: um estudo longitudinal", que tem como objetivo: avaliar a funcionalidade global de idosos institucionalizados durante o seguimento de um ano. Desta forma, solicitamos autorização para que a coleta dos dados seja realizada no espaço da própria instituição. Informo que a coleta dos dados somente ocorrerá após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Triângulo Mineiro.

Atenciosamente,

Darlene Mara dos Santos-Tavares/ Pesquisadora Responsável

Telefone de contato do pesquisador caso tenha dúvidas sobre esta pesquisa: (34)3700-6015/3700-6154

Assinatura do presidente da Instituição de Longa permanência para Idosos

7776138/0001-67

ASSOC. BENEF. 7 SETEMBRO
ANEXO 1 - ASILO SANTO ANTÔNIO

CA. DR. THOMAZ ULHÓ, 210
ABADIA - CEP 38025-080

UBERABA-MG

APÊNDICE I- ASSINATURA DO TERMO DE AUTORIZAÇÃO DA CASA ESPIRITA BITTENCOURT SAMPAIO PEDRO E PAULO



Universidade Federal do Triângulo Mineiro
Uberaba-MG

AUTORIZAÇÃO DOS PRESIDENTES DAS INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS

À Diretoria da Instituição de Longa Permanência

Estamos desenvolvendo a pesquisa intitulada "Avaliação da funcionalidade global de idosos institucionalizados: um estudo longitudinal", que tem como objetivo: avaliar a funcionalidade global de idosos institucionalizados durante o seguimento de um ano. Desta forma, solicitamos autorização para que a coleta dos dados seja realizada no espaço da própria instituição. Informo que a coleta dos dados somente ocorrerá após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Triângulo Mineiro.

Atenciosamente,

Darlene Mara dos Santos Tavares/ Pesquisadora Responsável

Telefone de contato do pesquisador caso tenha dúvidas sobre esta pesquisa: (34)3700-6015/3700-6154

Assinatura do presidente da Instituição de Longa permanência para idosos

20.052.353/0002-23
CASA ESPÍRITA
BITTENCOURT SAMPAIO
AV. PADRE EDDIE BERNARDES DA SILVA, 775
LOURDES - CEP: 380018-010
UBERABA-MG

APÊNDICE J- ASSINATURA DO TERMO DE AUTORIZAÇÃO DO LAR ANDRÉ**LUIZ**

Universidade Federal do Triângulo Mineiro
Uberaba-MG

**AUTORIZAÇÃO DOS PRESIDENTES DAS INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA
IDOSOS**

À Diretoria da Instituição de Longa Permanência

Estamos desenvolvendo a pesquisa intitulada "Avaliação da funcionalidade global de idosos institucionalizados: um estudo longitudinal", que tem como objetivo: avaliar a funcionalidade global de idosos institucionalizados durante o seguimento de um ano. Desta forma, solicitamos autorização para que a coleta dos dados seja realizada no espaço da própria instituição. Informo que a coleta dos dados somente ocorrerá após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Triângulo Mineiro.

Atenciosamente,

Darlene Mara dos Santos Tavares/Pesquisadora Responsável

Telefone de contato do pesquisador caso tenha dúvidas sobre esta pesquisa: (34)3700-6015/3700-6154

Assinatura do presidente da Instituição de Longa permanência para idosos

APÊNDICE K- ASSINATURA DO TERMO DE AUTORIZAÇÃO DO LAR DE ACOLHIMENTO AO IDOSO LIÇÃO DE VIDA



Universidade Federal do Triângulo Mineiro
Uberaba-MG

AUTORIZAÇÃO DOS PRESIDENTES DAS INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS

À Diretoria da Instituição de Longa Permanência

Estamos desenvolvendo a pesquisa intitulada "Avaliação da funcionalidade global de idosos institucionalizados: um estudo longitudinal", que tem como objetivo: avaliar a funcionalidade global de idosos institucionalizados durante o seguimento de um ano. Desta forma, solicitamos autorização para que a coleta dos dados seja realizada no espaço da própria instituição. Informo que a coleta dos dados somente ocorrerá após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Triângulo Mineiro.

Atenciosamente,

Darlene Mara dos Santos Tavares/ Pesquisadora Responsável
Telefone de contato do pesquisador caso tenha dúvidas sobre esta pesquisa: (34)3700-6015/3700-6154

Assinatura do presidente da Instituição de Longa permanência para idosos

Lar de Acolhimento ao Idoso Lição de Vida
Claiton Antônio Alves
Presidente
RG: M 3702105 CPF 517.578.186 - 34

07 364.812/0001-65

LAR DE ACOLHIMENTO AO IDOSO
LIÇÃO DE VIDA

RUA DR. AULO DE OLIVEIRA, 205
JARDIM SÃO BENTO CEP: 38069-270
UBERABA - MG

APÊNDICE L- TERMO DE ESCLARECIMENTO E CONSENTIMENTO LIVRE

TERMO DE ESCLARECIMENTO

(Para participantes do projeto de pesquisa intitulado: **Capacidade funcional de idosos institucionalizados: estudo prospectivo**)

TÍTULO DO PROJETO: CAPACIDADE FUNCIONAL DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS: ESTUDO PROSPECTIVO

JUSTIFICATIVA E OS OBJETIVOS DA PESQUISA:

Os avanços na área da saúde ocorrem através de estudos como este, por isso a sua participação é importante. O estudo tem por objetivo geral: avaliar a capacidade funcional de idosos institucionalizados no seguimento de 1 ano, e por objetivo específicos: caracterizar os idosos segundo as condições sociodemográficas; clínica e presença familiar; verificar a capacidade funcional; cognitiva; humor; mobilidade de idosos institucionalizados no seguimento de um ano e analisar os fatores preditores da capacidade funcional; cognitiva; humor; e mobilidade; estado nutricional de idosos institucionalizados no seguimento de um ano.

PROCEDIMENTOS QUE SERÃO REALIZADOS E RISCOS:

Será realizada uma entrevista com duração média de 40 minutos, na qual serão aplicados instrumentos para coleta dos dados, dentre eles: caracterização sociodemográfica; Índice de *Katz*; Escala de *Lawton e Brody*; Mini Exame do Estado Mental; Escala de depressão geriátrica; escala Mini Avaliação Nutricional. Também serão realizados testes de desempenho físico (teste de equilíbrio; teste de sentar e levantar da cadeira; teste velocidade de marcha), por meio da versão brasileira do *Short Physical Performance Battery* (SPPB). O avaliador somente realizará os testes se o idoso demonstrar segurança em realiza-los.

BASES DA PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA, CONFIDENCIALIDADE E CUSTOS:

Pela participação no estudo, não receberá qualquer valor em dinheiro, mas haverá a garantia de que todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não serão da responsabilidade dos participantes. O nome do participante não aparecerá em qualquer momento do estudo, pois ele será identificado por um número.

Contato dos pesquisadores:

Pesquisador(es):

Nome: Darlene Mara dos Santos Tavares

E-mail: darlene.tavares@uftm.edu.br

Telefone: (34) 9 9196-9010

Endereço: Av Getúlio Guaritá, 159. N.S. da Abadia.

Nome: Paula Beatriz de Oliveira

E-mail: paulabeatrizde@yahoo.com.br

Telefone: (34) 9 88194177

Endereço: Rua Sergipe, 212. Santa Maria.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, APÓS ESCLARECIMENTO

TÍTULO DO PROJETO: CAPACIDADE FUNCIONAL DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS:
ESTUDO PROSPECTIVO

Eu, _____, li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo e a quais procedimentos serei submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão e que isso não afetará o tratamento/serviço que estou recebendo. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro para participar do estudo. Concordo em participar do estudo, **“Capacidade funcional de idosos institucionalizados: estudo prospectivo”**, e receberei uma via assinada deste documento.

Uberaba,/...../.....

Assinatura do voluntário

Darlene Mara dos Santos Tavares

Pesquisador responsável

Paula Beatriz de Oliveira

Pesquisadora Assistente

Telefones de contato:

(34) 3700-6015 e 3700-6154 Prof^ª. Darlene Mara dos Santos Tavares

(34)988194177 Paula Beatriz de Oliveira

ANEXO A – MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL

MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM) (BERTOLUCCI et al., 1994)

1) Orientação para tempo (1 ponto por cada resposta correta ou 0 se não responder adequadamente)

Em que ano estamos? _____

Em que mês estamos? _____

Em que dia do mês estamos? _____

Em que dia da semana estamos? _____

Em que estação do ano estamos? _____

Nota: _____

2) Orientação para local (1 ponto por cada resposta correta ou 0 se não responder adequadamente)

Em que estado vive? _____

Em que cidade vive? _____

Em que bairro estamos? _____

Em que local estamos? _____

Em que lugar específico estamos (apontar para o chão)? _____

Nota: _____

3) Memória Imediata (Coloque 1 ponto por cada palavra corretamente repetida ou 0 quando o idoso não repetir a palavra corretamente). "Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois que eu as disser todas; procure ficar a sabê-las de cor".

Caneca _____

Tapete _____

Tijolo _____

Nota: _____

4) Atenção e Cálculo (Nos espaços abaixo acrescente 1 se a resposta for correta e 0 para resposta errada. Na "Nota" coloque a soma das respostas corretas).

a) "Agora peço-lhe que me diga quantos são 100 menos 7 e depois ao número encontrado volta a tirar 7 e repete assim até eu lhe dizer para parar".

100 _____ 93 _____ 86 _____ 79 _____ 72 _____ 65

Nota: _____

b) "Soletre a palavra MUNDO de trás para frente"

O ___ D ___ N ___ U ___ M ___

Nota: _____

Considere na Nota Final da questão 8 a maior Nota entre os itens a e b.

Nota Final: _____

5) Evocação (1 ponto por cada resposta correta ou 0 quando não acertar.)

"Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar".

Caneca _____

Tapete _____

Tijolo _____

Nota: _____

6) Linguagem (1 ponto por cada resposta correta ou 0 quando não acertar)

a. "Como se chama isto? Mostrar os objetos:

Relógio _____

Lápis _____

Nota: _____

b. "Repita a frase que eu vou dizer: "Nem aqui, nem ali, nem lá"

Nota: _____

c. "Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa"; dar a folha segurando com as duas mãos.

Pega com a mão direita _____

Dobra ao meio _____

Coloca onde deve _____

Nota: _____

d. "Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz". Mostrar um cartão com a frase bem legível, "FECHE OS OLHOS"; sendo analfabeto lê-se a frase. Fechou os olhos?

Nota: _____

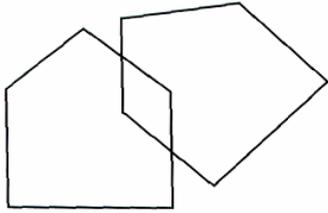
e. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

Frase:

Nota: _____

7) Capacidade Construtiva Visual (1 ponto pela cópia correta.)

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação.



Nota: _____

8) TOTAL (Máximo 30 pontos): _____

Considera-se com declínio cognitivo: analfabetos ≤ 13 pontos; 1 a 11 anos de escolaridade ≤ 18 pontos; com escolaridade superior a 11 anos ≤ 26 pontos.

9) O idoso apresentou declínio cognitivo?

(1) Sim (2) Não

ANEXO B – ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA ABREVIADA

	QUESTÕES	NÃO	SIM
1	Você está basicamente satisfeito com sua 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 com 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 a sua situação é sem esperanças?	0	1
15	Você sente que a maioria das pessoas está melhor que você?	0	1
TOTAL			

Considere: A soma total de pontos > 5 é indicativa de presença de sintomas depressivos.

1) Presença de indicativo de sintomas

depressivos.....

(1) Sim (2) Não

ANEXO C - VERSÃO BRASILEIRA DA SHORT PHYSICAL PERFORMANCE BATTERY

Todos os testes devem ser realizados na ordem em que são apresentados neste protocolo. As instruções para o avaliador e para o paciente estão separadas nos quadros abaixo. As instruções aos pacientes devem ser dadas exatamente como estão descritas neste protocolo.

1. TESTES DE EQUILÍBRIO

A. POSIÇÃO EM PÉ COM OS PÉS JUNTOS



Instruções para o Avaliador	Instruções para o Paciente
O paciente deve conseguir ficar em pé sem utilizar bengala ou andador. Ele pode ser ajudado a levantar-se para ficar na posição.	<p>a) Agora vamos começar a avaliação.</p> <p>b) Eu gostaria que o(a) Sr(a). tentasse realizar vários movimentos com o corpo.</p> <p>c) Primeiro eu demonstro e explico como fazer cada movimento.</p> <p>d) Depois o(a) Sr(a). tenta fazer o mesmo.</p> <p>e) Se o(a) Sr(a). não puder fazer algum movimento, ou sentir-se inseguro para realizá-lo, avise-me e passaremos para o próximo teste.</p> <p>f) Vamos deixar bem claro que o(a) Sr(a). não tentará fazer qualquer movimento se não se sentir seguro.</p> <p>g) O(a) Sr(a). tem alguma pergunta antes de começarmos?</p>
	Agora eu vou mostrar o 1º movimento. Depois o(a) Sr(a). fará o mesmo.
1. Demonstre.	<p>a) Agora, fique em pé, com os pés juntos, um encostado no outro, por 10 segundos.</p> <p>b) Pode usar os braços, dobrar os joelhos ou balançar o corpo para manter o equilíbrio, mas procure não mexer os pés.</p> <p>c) Tente ficar nesta posição até eu falar "pronto".</p>
2. Fique perto do paciente para ajudá-lo/la a ficar em pé com os pés juntos.	
3. Caso seja necessário, segure o braço do paciente para ficar na posição e evitar que ele perca o equilíbrio.	
4. Assim que o paciente estiver com os pés juntos, pergunte:	"O(a) Sr(a). está pronto(a)?"
5. Retire o apoio, se foi necessário ajudar o paciente a ficar em pé na posição, e diga:	"Preparar, já!" (disparando o cronômetro).
6. Pare o cronômetro depois de 10 segundos, ou quando o paciente sair da posição ou segurar o seu braço, dizendo:	"Pronto, acabou"
7. Se o paciente não conseguir se manter na posição por 10 segundos, marque o resultado e prossiga para o teste de velocidade de marcha.	
A. PONTUAÇÃO	<p>Manteve por 10 segundos <input type="checkbox"/> 1 ponto</p> <p>Não manteve por 10 segundos <input type="checkbox"/> 0 ponto</p> <p>Não tentou <input type="checkbox"/> 0 ponto</p> <p>Se pontuar 0, encerre os Testes de Equilíbrio e marque o motivo no Quadro 1</p> <p>Tempo de execução quando for menor que 10 seg: ____ segundos.</p>

B. POSIÇÃO EM PÉ COM UM PÉ PARCIALMENTE À FRENTE



Instruções para o Avaliador	Instruções para o Paciente
	Agora eu vou mostrar o 2º movimento. Depois o(a) Sr(a). Fará o mesmo.
1. Demonstre.	<p>a) Eu gostaria que o(a) Sr(a). colocasse um dos pés um pouco mais à frente do outro pé, até ficar com o calcanhar de um pé encostado ao lado do dedão do outro pé.</p> <p>b) Fique nesta posição por 10 segundos.</p> <p>c) O(a) Sr(a). pode colocar tanto um pé quanto o outro na frente, o que for mais confortável.</p> <p>d) O(a) Sr(a). pode usar os braços, dobrar os joelhos ou o corpo para manter o equilíbrio, mas procure não mexer os pés.</p> <p>e) Tente ficar nesta posição até eu falar "pronto".</p>
2. Fique perto do paciente para ajudá-lo(la) a ficar em pé com um pé parcialmente à frente.	
3. Caso seja necessário, segure o braço do paciente para ficar na posição e evitar que ele perca o equilíbrio.	
4. Assim que o paciente estiver na posição, com o pé parcialmente à frente, pergunte:	"O(a) Sr(a). está pronto(a) ?"
5. Retire o apoio, caso tenha sido necessário ajudar o paciente a ficar em pé na posição, e diga:	"Preparar, já!" (disparando o cronômetro).
6. Pare o cronômetro depois de 10 segundos, ou quando o paciente sair da posição ou segurar o seu braço, dizendo:	"Pronto, acabou".
7. Se o paciente não conseguir se manter na posição por 10 segundos, marque o resultado e prossiga para o Teste de velocidade de marcha.	

B. PONTUAÇÃO

Manteve por 10 segundos 1 ponto
 Não manteve por 10 segundos 0 ponto
 Não tentou 0 ponto

Se pontuar 0, encerre os Testes de Equilíbrio e marque o motivo no Quadro 1
 Tempo de execução quando for menor que 10 seg: ____:____ segundos.

C. POSIÇÃO EM PÉ COM UM PÉ À FRENTE



Instruções para o Avaliador	Instruções para o Paciente
	Agora eu vou mostrar o 3º movimento. Depois o(a) Sr(a), fará o mesmo.
1. Demonstre.	<p>a) Eu gostaria que o(a) Sr(a), colocasse um dos pés totalmente à frente do outro até ficar com o calcanhar deste pé encostado nos dedos do outro pé.</p> <p>b) Fique nesta posição por 10 segundos.</p> <p>c) O(a) Sr(a), pode colocar qualquer um dos pés na frente, o que for mais confortável.</p> <p>d) Pode usar os braços, dobrar os joelhos, ou o corpo para manter o equilíbrio, mas procure não mexer os pés.</p> <p>e) Tente ficar nesta posição até eu avisar quando parar.</p>
2. Fique perto do paciente para ajudá-lo(a) a ficar na posição em pé com um pé à frente.	
3. Caso seja necessário, segure o braço do paciente para ficar na posição e evitar que ele perca o equilíbrio.	
4. Assim que o paciente estiver na posição com os pés um na frente do outro, pergunte:	"O(a) Sr(a). Está pronto(a)?"
5. Retire o apoio, caso tenha sido necessário ajudar o paciente a ficar em pé na posição, e diga:	"Preparar, já"! (Disparando o cronômetro).
6. Pare o cronômetro depois de 10 segundos, ou quando o participante sair da posição ou segurar o seu braço, dizendo:	" Pronto, acabou".

C. PONTUAÇÃO

- | | |
|---------------------------------|----------------------------------|
| Manteve por 10 segundos | <input type="checkbox"/> 2 ponto |
| Manteve por 3 a 9,99 segundos | <input type="checkbox"/> 1 ponto |
| Manteve por menos de 3 segundos | <input type="checkbox"/> 0 ponto |
| Não tentou | <input type="checkbox"/> 0 ponto |

Se pontuar 0, encerre os Testes de Equilíbrio e marque o motivo no Quadro 1
Tempo de execução quando for menor que 10 seg: _____ segundos.

D. Pontuação Total nos Testes de Equilíbrio: _____ (Soma dos pontos)

Quadro 1

Se o paciente não realizou o teste ou falhou, marque o motivo:

- | | |
|--|---|
| 1) Tentou, mas não conseguiu. | 5) O paciente não conseguiu entender as instruções. |
| 2) O paciente não consegue manter-se na posição sem ajuda. | 6) Outros (Especifique) _____. |
| 3) Não tentou, o avaliador sentiu-se inseguro. | 7) O paciente recusou participação. |
| 4) Não tentou, o paciente sentiu-se inseguro. | |

2. TESTE DE VELOCIDADE DE MARCHA



Instruções para o Avaliador	Instruções para o Paciente
Material: fita crepe ou fita adesiva, espaço de 3 ou 4 metros, fita métrica ou trena e cronômetro.	Agora eu vou observar o(a) Sr(a). andando normalmente. Se precisar de bengala ou andador para caminhar, pode utilizá-los.
A. Primeira Tentativa	
1. Demonstre a caminhada para o paciente.	Eu caminharei primeiro e só depois o(a) Sr(a). irá caminhar da marca inicial até ultrapassar completamente a marca final, no seu passo de costume , como se estivesse andando na rua para ir a uma loja.
2. Posicione o paciente em pé com a ponta dos pés tocando a marca inicial.	a) Caminhe até ultrapassar completamente a marca final e depois pare. b) Eu andarei com o(a) Sr(a). sente-se seguro para fazer isto?
3. Dispare o cronômetro assim que o paciente tirar o pé do chão. 4. Caminhe ao lado e logo atrás do participante.	a) Quando eu disser "Já", o(a) Sr(a). começa a andar. b) "Entendeu?" Assim que o paciente disser que sim, diga: "Então, preparar, já!"
5. Quando um dos pés do paciente ultrapassar completamente a marca final pare de marcar o tempo.	
Tempo da Primeira Tentativa	
A. Tempo para 3 ou 4 metros: ____ . ____ segundos.	
B. Se o paciente não realizou o teste ou falhou, marque o motivo: 1) Tentou, mas não conseguiu. 2) O paciente não consegue caminhar sem ajuda de outra pessoa. 3) Não tentou, o avaliador julgou inseguro. 4) Não tentou, o paciente sentiu-se inseguro. 5) O paciente não conseguiu entender as instruções. 6) Outros (Especifique) _____ 7) O paciente recusou participação.	
C. Apoios para a primeira caminhada: Nenhum <input type="checkbox"/> Bengala <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/>	
D. Se o paciente não conseguiu realizar a caminhada pontue: <input type="checkbox"/> 0 ponto e prossiga para o Teste de levantar da cadeira.	

B. Segunda Tentativa	
Instruções para o Avaliador	Instruções para o Paciente
<p>1. Posicione o paciente em pé com a ponta dos pés tocando a marca inicial.</p>	
<p>2. Dispare o cronômetro assim que o paciente tirar o pé do chão.</p> <p>3. Caminhe ao lado e logo atrás do paciente.</p> <p>4. Quando um dos pés do paciente ultrapassar completamente a marca final pare de marcar o tempo.</p>	
<p style="text-align: center;">Tempo da Segunda Tentativa</p> <p>A. Tempo para 3 ou 4 metros: ____ . ____ segundos.</p> <p>B. Se o paciente não realizou o teste ou falhou, marque o motivo:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Tentou, mas não conseguiu. 2) O paciente não consegue caminhar sem ajuda de outra pessoa. 3) Não tentou, o avaliador julgou inseguro. 4) Não tentou, o paciente sentiu-se inseguro. 5) O paciente não conseguiu entender as instruções. 6) Outros (Especifique) _____ 7) O paciente recusou participação. <p>C. Apoios para a segunda caminhada: Nenhum <input type="checkbox"/> Bengala <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/></p> <p>D. Se o paciente não conseguiu realizar a caminhada pontue: <input type="checkbox"/> 0 ponto</p>	
<p>PONTUAÇÃO DO TESTE DE VELOCIDADE DE MARCHA</p> <p>Extensão do teste de marcha: Quatro metros <input type="checkbox"/> ou Três metros <input type="checkbox"/></p> <p>Qual foi o tempo mais rápido dentre as duas caminhadas?</p> <p>Marque o menor dos dois tempos: ____ . ____ segundos e utilize para pontuar.</p> <p>[Se somente uma caminhada foi realizada, marque esse tempo] ____ . ____ segundos</p> <p>Se o paciente não conseguiu realizar a caminhada: <input type="checkbox"/> 0 ponto</p>	
<p style="text-align: center;">Pontuação para a caminhada de 3 metros:</p> <p>Se o tempo for maior que 6,52 segundos: <input type="checkbox"/> 1 ponto Se o tempo for de 4,66 a 6,52 segundos: <input type="checkbox"/> 2 pontos Se o tempo for de 3,62 a 4,65 segundos: <input type="checkbox"/> 3 pontos Se o tempo for menor que 3,62 segundos: <input type="checkbox"/> 4 pontos</p>	<p style="text-align: center;">Pontuação para a caminhada de 4 metros:</p> <p>Se o tempo for maior que 8,70 segundos: <input type="checkbox"/> 1 ponto Se o tempo for de 6,21 a 8,70 segundos: <input type="checkbox"/> 2 pontos Se o tempo for de 4,82 a 6,20 segundos: <input type="checkbox"/> 3 pontos Se o tempo for menor que 4,82 segundos: <input type="checkbox"/> 4 pontos</p>

3. TESTE DE LEVANTAR-SE DA CADEIRA



Posição inicial



Posição final

Instruções para o Avaliador	Instruções para o Paciente
Material: cadeira com encosto reto, sem apoio lateral, com aproximadamente 45 cm de altura, e cronômetro. A cadeira deve estar encostada à parede ou estabilizada de alguma forma para impedir que se mova durante o teste.	
PRÉ-TESTE: LEVANTAR-SE DA CADEIRA UMA VEZ	
1. Certifique-se de que o participante esteja sentado ocupando a maior parte do assento, mas com os pés bem apoiados no chão. Não precisa necessariamente encostar a coluna no encosto da cadeira, isso vai depender da altura do paciente.	Vamos fazer o último teste. Ele mede a força de suas pernas. O(a) Sr(a), se sente seguro(a) para levantar-se da cadeira sem ajuda dos braços?
2. Demonstre e explique os procedimentos	Eu vou demonstrar primeiro. Depois o(a) Sr(a), fará o mesmo. a) Primeiro, cruze os braços sobre o peito e sente-se com os pés apoiados no chão. b) Depois levante-se completamente mantendo os braços cruzados sobre o peito e sem tirar os pés do chão.
3. Anote o resultado.	Agora, por favor, levante-se completamente mantendo os braços cruzados sobre o peito.
4. Se o paciente não conseguir levantar-se sem usar os braços, não realize o teste, apenas diga: "Tudo bem, este é o fim dos testes".	
5. Finalize e registre o resultado e prossiga para a pontuação completa da SPPB.	
RESULTADO DO PRÉ-TESTE: LEVANTAR-SE DA CADEIRA UMA VEZ A. Levantou-se sem ajuda e com segurança Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> . O paciente levantou-se sem usar os braços <input type="checkbox"/> Vá para o teste levantar-se da cadeira 5 vezes . O paciente usou os braços para levantar-se <input type="checkbox"/> Encerre o teste e pontue 0 ponto . Teste não completado ou não realizado <input type="checkbox"/> Encerre o teste e pontue 0 ponto B. Se o paciente não realizou o teste ou falhou, marque o motivo: 1) Tentou, mas não conseguiu. 2) O paciente não consegue levantar-se da cadeira sem ajuda. 3) Não tentou, o avaliador julgou inseguro. 4) Não tentou, o paciente sentiu-se inseguro. 5) O paciente não conseguiu entender as instruções. 6) Outros (Especifique) _____ 7) O paciente recusou participação.	

TESTE DE LEVANTAR-SE DA CADEIRA CINCO VEZES	
Instruções para o Avaliador	Instruções para o Paciente
	Agora o(a) Sr(a). se sente seguro para levantar-se da cadeira completamente cinco vezes, com os pés bem apoiados no chão e sem usar os braços?
1. Demonstre e explique os procedimentos.	Eu vou demonstrar primeiro. Depois o(a) Sr(a). fará o mesmo. a) Por favor, levante-se completamente o mais rápido possível cinco vezes seguidas, sem parar entre as repetições. b) Cada vez que se levantar, sente-se e levante-se novamente, mantendo os braços cruzados sobre o peito. c) Eu vou marcar o tempo com um cronômetro.
2. Quando o paciente estiver sentado, adequadamente, como descrito anteriormente, avise que vai disparar o cronômetro, dizendo:	"Preparar, já!"
3. Conte em voz alta cada vez que o paciente se levantar, até a quinta vez. 4. Pare se o paciente ficar cansado ou com a respiração ofegante durante o teste. 5. Pare o cronômetro quando o paciente levantar-se completamente pela quinta vez. 6. Também pare: . Se o paciente usar os braços . Após um minuto, se o paciente não completar o teste. . Quando achar que é necessário para a segurança do paciente. 7. Se o paciente parar e parecer cansado antes de completar os cinco movimentos, pergunte-lhe se ele pode continuar. 8. Se o paciente disser "Sim", continue marcando o tempo. Se o participante disser "Não", pare e zere o cronômetro.	
<p>RESULTADO DO TESTE LEVANTAR-SE DA CADEIRA CINCO VEZES</p> <p>A. Levantou-se as cinco vezes com segurança: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>B. Levantou-se as 5 vezes com êxito, registre o tempo: ____:____ seg.</p> <p>C. Se o paciente não realizou o teste ou falhou, marque o motivo:</p> <p>1) Tentou, mas não conseguiu 2) O paciente não consegue levantar-se da cadeira sem ajuda 3) Não tentou, o avaliador julgou inseguro 4) Não tentou, o paciente sentiu-se inseguro 5) O paciente não conseguiu entender as instruções 6) Outros (Especifique) _____ 7) O paciente recusou participação.</p>	
PONTUAÇÃO DO TESTE DE LEVANTAR-SE DA CADEIRA	
<p>O participante não conseguiu levantar-se as 5 vezes ou completou o teste em tempo maior que 60 seg: <input type="checkbox"/> 0 ponto</p> <p>Se o tempo do teste for 16,70 segundos ou mais: <input type="checkbox"/> 1 ponto</p> <p>Se o tempo do teste for de 13,70 a 16,69 segundos: <input type="checkbox"/> 2 pontos</p> <p>Se o tempo do teste for de 11,20 a 13,69 segundos: <input type="checkbox"/> 3 pontos</p> <p>Se o tempo do teste for de 11,19 segundos ou menos: <input type="checkbox"/> 4 pontos</p>	
<p>PONTUAÇÃO COMPLETA PARA A VERSÃO BRASILEIRA DA SHORT PHYSICAL PERFORMANCE BATTERY - SPPB</p>	<p>1. Pontuação total do teste de equilíbrio: _____ pontos</p> <p>2. Pontuação do teste de velocidade de marcha: _____ pontos</p> <p>3. Pontuação do teste de levantar-se da cadeira: _____ pontos</p> <p>4. Pontuação total: _____ pontos (some os pontos acima).</p>

RESULTADO FINAL:

(1) Incapacidade ou desempenho muito ruim	0 a 3 pontos
(2) Baixo desempenho	4 a 6 pontos
(3) Moderado desempenho	7 a 9 pontos
(4) Bom desempenho	10 a 12 pontos

ANEXO D - ÍNDICE DE KATZ

A escala de independência em atividades da vida diária é baseada numa avaliação da independência ou dependência funcional do idoso ao tomar banho, vestir-se, ir ao vaso sanitário, transferir-se, manter-se continente e alimentar-se.

ÁREA DE FUNCIONAMENTO	Indep. Dep.
Tomar banho (leito, banheira ou chuveiro) 1. Não recebe ajuda (entra e sai da banheira sozinho, se este for o modo habitual de tomar banho). 2. Recebe ajuda para lavar apenas uma parte do corpo (como, por exemplo, as costas ou uma perna). 3. Recebe ajuda para lavar mais de uma parte do corpo, ou não toma banho sozinho.	(1) (2) (3)
Vestir-se (pega roupas, inclusive peças íntimas, nos armários e gavetas, e manuseia fechos, inclusive os de órteses e próteses, quando forem utilizadas) 1. Pega as roupas e veste-se completamente, sem ajuda 2. Pega as roupas e veste-se sem ajuda, exceto para amarrar os sapatos 3. Recebe ajuda para pegar as roupas ou vestir-se, ou permanece parcial ou completamente sem roupa	(1) (2) (3)
Uso do vaso sanitário (ida ao banheiro ou local equivalente para evacuar e urinar; higiene íntima e arrumação das roupas) 1. Vai ao banheiro ou local equivalente, limpa-se e ajeita as roupas sem ajuda (pode usar objetos para apoio como bengala, andador ou cadeira de rodas e pode usar comadre ou urinol à noite, esvaziando-o de manhã) 2. Recebe ajuda para ir ao banheiro ou local equivalente, ou para limpar-se, ou para ajeitar as roupas após evacuação ou micção, ou para usar a comadre ou urinol à noite 3. Não vai ao banheiro ou equivalente para eliminações fisiológicas	(1) (2) (3)
Transferência 1. Deita-se e sai da cama, senta-se e levanta-se da cadeira sem ajuda (pode estar usando objeto para apoio, como bengala ou andador) 2. Deita-se e sai da cama e/ou senta-se e levanta-se da cadeira com ajuda 3. Não sai da cama	(1) (2) (3)
Continência 1. Controla inteiramente a micção e a evacuação 2. Tem “acidentes” ocasionais 3. Necessita de ajuda para manter o controle da micção e evacuação; usa cateter ou é incontinente	(1) (2) (3)
Alimentação 1. Alimenta-se sem ajuda 2. Alimenta-se sozinho, mas recebe ajuda para cortar carne ou passar manteiga no pão 3. Recebe ajuda para alimentar-se, ou é alimentado parcialmente ou completamente pelo uso de cateteres ou fluidos intravenosos	(1) (2) (3)

0: independente em todas as seis funções;

1: independente em cinco funções e dependente em uma função;

2: independente em quatro funções e dependente em duas;

3: independente em três funções e dependente em três;

4: independente em duas funções e dependente em quatro;

5: independente em uma função e dependente em cinco funções;

6: dependente em todas as seis funções.

1) Classificação.....

2) Número de ABVD que não consegue realizar.....

ANEXO E – ESCALA DE LAWTON E BRODY

Atividade	Avaliação	
1)Em relação ao uso do telefone....	Recebe e faz ligações sem assistência	3
	Necessita de assistência para realizar as ligações telefônicas	2
	Não tem o hábito ou é incapaz de usar o telefone	1
2)Em relação a viagens....	Realiza viagens sozinha	3
	Somente viaja quando tem companhia	2
	Não tem o hábito ou é incapaz de viajar	1
3)Em relação a realizar compras...	Realiza compras, quando é fornecido o transporte	3
	Somente faz compras quando tem companhia	2
	Não tem o hábito ou é incapaz de realizar compras	1
4)Em relação ao preparo de refeições	Planeja e cozinha as refeições completas	3
	Prepara somente refeições pequenas ou quando recebe ajuda	2
	Não tem o hábito ou é incapaz	1
5)Em relação ao trabalho doméstico	Realiza tarefas pesadas	3
	Realiza tarefas leves, necessitando de ajuda nas pesadas	2
	Não tem o hábito ou é incapaz de realizar trabalhos domésticos	1
6)Em relação ao uso de medicamento	Faz uso de medicamento sem assistência	3
	Necessita de lembretes ou assistência	2
	É incapaz de controlar sozinho os medicamentos	1
7)Em relação ao manuseio de dinheiro	Preenche cheque e paga contas sem auxílio	3
	Necessita de assistência para uso de cheques e contas	2
	Não tem o hábito de lidar com dinheiro ou é incapaz de manusear dinheiros, contas	1

TOTAL.....

CLASSIFICAÇÃO DA DEPENDÊNCIA PARA AIVDs.....

--	--

1-Dependência total: igual a 7 pontos

2-Dependência parcial: 7-a 20 pontos

3-Independente: 21 pontos