

*Cibele Maria de Holanda Lira Dantas*

*Capacidade Funcional de idosos acometidos por doenças  
crônicas residentes em Instituições de Longa Permanência*

**Recife, 2010.**

Cibele Maria de Holanda Lira Dantas

**Capacidade Funcional de idosos acometidos por doenças crônicas  
residentes em Instituições de Longa Permanência**

Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação de em Ciências da Saúde, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), como requisito parcial para a obtenção do grau de mestre.

**Orientadora:**

Prof. Dra. Luciane Soares de Lima

**Recife, 2010**

Dantas, Cibele Maria de Holanda Lira

Capacidade funcional de idosos acometidos por doenças crônicas residentes em instituições de longa permanência / Cibele Maria de Holanda Lira Dantas. – Recife: O Autor, 2010. 66 folhas: il., tab., fig., graf. e quadros.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco. CCS. Ciências da Saúde, 2010.

Inclui bibliografia, anexos e apêndices.

1. Saúde do idoso. 2. Institucionalização. 3. Instituição de longa permanência para idosos. 4. Saúde do idoso institucionalizado. I. Título.

613.98  
613.0438

CDU (2.ed.)  
CDD (20.ed.)

UFPE  
CCS2010-143



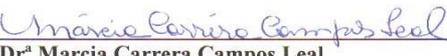
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

**RELATÓRIO DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE CIBELE MARIA DE HOLANDA LIRA DANTAS, ALUNA DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE, TURMA INICIADA EM 2008 (DOIS MIL E OITO)**

Às nove horas, do dia vinte e nove de março de dois mil e dez, no Prédio das Pós-Graduações do CCS, tiveram início, pelo Coordenador do Curso, Prof. Dr. José Ângelo Rizzo, o trabalho de Defesa de Dissertação, da mestranda Cibele Maria de Holanda Lira Dantas, para obtenção do **Grau de Mestre em Ciências da Saúde** do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco. A Comissão Julgadora eleita pelo Colegiado do Curso e homologada pelas Câmaras de Pesquisa e Pós-Graduação foi formada pelos professores: **Dr.ª Iracema da Silva Frazão**, na qualidade de Presidente, do Departamento de Enfermagem da UFPE, **Dr.ª Ana Cláudia Vasconcelos Martins de Souza Lima**, do Departamento de Terapia Ocupacional da UFPE e **Dr.ª Marcia Carrera Campos Leal**, do Departamento de Medicina Social da UFPE. A Dissertação apresentada versou sobre: "Capacidade Funcional de Idosos Acometidos por Doenças Crônicas Residentes em Instituições de Longa Permanência" tendo como orientador a Prof.ª Dr.ª Luciane Soares de Lima, do Departamento de Enfermagem da UFPE. Após a explanação de 30 minutos feita pela candidata, justificando a escolha do assunto, objetivos da Dissertação, metodologia empregada e resultados obtidos, ilustrados com diapositivos, foram realizadas as arguições pela Banca Examinadora, todos no tempo regulamentar e respondido pela candidata. Ao término das arguições, a Banca avaliou em secreto e proferiu o seguinte resultado: APROVADO. Nada mais havendo a registrar, foram encerrados os trabalhos, do que, para constar, foi elaborado o presente relatório que vai assinado pelo Senhor Presidente e demais membros da Comissão Julgadora. Recife, 29 de março de 2010.

  
\_\_\_\_\_  
Prof.ª Dr.ª Iracema da Silva Frazão (Presidente)

  
\_\_\_\_\_  
Prof.ª Dr.ª Ana Cláudia Vasconcelos Martins de Souza Lima

  
\_\_\_\_\_  
Prof.ª Dr.ª Marcia Carrera Campos Leal



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO**

**REITOR**

Prof. Amaro Henrique Pessoa Lins

**VICE-REITOR**

Prof. Gilson Edmar Gonçalves e Silva

**PRÓ-REITOR PARA ASSUNTOS DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO**

Prof. Anísio Brasileiro de Freitas Dourado

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**DIRETOR**

Prof. José Thadeu Pinheiro

**HOSPITAL DAS CLÍNICAS**

**DIRETOR SUPERINTENDENTE**

Prof. George Telles

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**COORDENADOR**

Prof. José Ângelo Rizzo

**VICE-COORDENADOR**

Prof. Edmundo Pessoa de Almeida Lopes Neto

**CORPO DOCENTE**

Prof<sup>a</sup> Ana Lúcia Coutinho Domingues

Prof<sup>a</sup> Ângela Luiza Pinto Duarte

Prof. Brivaldo Markman Filho

Prof. Dinaldo Cavalcanti de Oliveira

Prof. Edgar Guimarães Victor

Prof. Edmundo Pessoa de Almeida Lopes Neto

Prof<sup>a</sup> Heloísa Ramos Lacerda de Melo

Prof. Jair Carneiro Leão

Prof<sup>a</sup> Jocelene Tenório de Albuquerque

Prof. José Ângelo Rizzo

Prof<sup>a</sup> Luciane Soares de Lima

Prof. Lucio Vilar Rabelo Filho

Prof. Lurildo Cleano Ribeiro Saraiva

Prof<sup>a</sup> Maria de Fátima Pessoa Militão de Albuquerque

Prof<sup>a</sup> Magdala de Araújo Novaes

Prof. Odwaldo Barbosa e Silva

Prof<sup>a</sup> Simone Cristina Soares Brandão

## **Dedicatória**

*Aos meus pais, Leda e Dásio, por acreditarem sempre.*

*Ao meu esposo Ênio pelo apoio constante.*

## **Agradecimentos**

À professora Dra. Luciane pelos ensinamentos, disponibilidade e confiança depositada.

À professora Kátia Magdala pela amizade e participação constante em minha formação.

A amiga Fabiana Bello pela colaboração na construção do trabalho.

A colega Cibele pela disponibilidade em repassar conhecimentos.

A todos os idosos que aceitaram participar da pesquisa, em especial aos idosos usuários da Casa de Longa Permanência Ieda Lucena, no qual exerço minhas atividades profissionais, e que diariamente me fazem aprender a buscar mais respostas, para melhorar o desempenho funcional no envelhecimento.

As idosas Olindina, Gercina, Marleuza (In memorian) e Josefa (In memorian), que me fizeram refletir e aprender sobre assistência social e de saúde aos idosos institucionalizados.

Ao professores e funcionários do Programa de Mestrado em Ciências de Saúde da UFPE, pelo aprendizado e oportunidade.

Muito obrigada!

## Epígrafe

A idade de ser feliz  
(Mário Quintana)

Existe somente uma idade para a gente ser feliz,  
Somente uma época da vida de cada pessoa em que é  
possível sonhar e fazer planos  
e ter energia bastante para realizá-los  
a despeito de todas as dificuldades e obstáculos.

Uma só idade para a gente se encantar com a vida  
e viver apaixonadamente  
e desfrutar tudo com intensidade  
sem medo nem culpa de sentir prazer.

Fase dourada em que a gente pode criar  
e recriar a vida à nossa própria imagem e semelhança  
e vestir-se com todas as cores  
e experimentar todos os sabores  
e entregar-se a todos os amores sem preconceito nem pudor.

Tempo de entusiasmo e coragem  
em que todo desafio é mais um convite à luta  
que a gente enfrenta com toda disposição de tentar algo novo,  
de novo e de novo, e quantas vezes for preciso.

Esta idade tão fugaz na vida da gente chama-se PRESENTE  
e tem a duração do instante que passa.

Chega a velhice um dia...  
E a gente ainda pensa... Que vive  
E adora ainda mais a vida!  
Como enfermo que em vez de dar combate à doença  
Busca torná-la ainda mais comprida...  
(Mário Quintana)

**Dantas, Cibele Maria de Holanda Lira**, mestranda pela Universidade Federal de Pernambuco, março de 2010, *Capacidade Funcional de idosos acometidos por doenças crônicas residentes em Instituições de Longa Permanência*. Luciane Soares de Lima (orientadora).

O envelhecimento populacional no Brasil é acompanhado pela presença significativa de doenças crônicas e agravos que podem comprometer a capacidade funcional para as atividades de vida diária (AVD) e atividades instrumentais de vida diária (AIVD). As Instituições de Longa Permanência (ILPI) apresentam-se como alternativa de cuidado e acolhida para idosos com necessidade de assistência social ou de saúde. Esta dissertação contempla dois capítulos, o primeiro refere-se a um artigo de revisão com o objetivo de relatar os estudos sobre o perfil dos idosos institucionalizados no Brasil, e o segundo com o objetivo de descrever a capacidade funcional dos idosos institucionalizados em Recife. Não foi encontrado nenhum estudo referente ao perfil nacional da população institucionalizada, mas de localidades ou cidades. Os artigos encontrados possuíam semelhanças quanto ao perfil sociodemográfico e de saúde, o que pode levantar hipótese quanto ao perfil nacional. No segundo estudo, os resultados apresentaram uma amostra em que a maioria era do sexo feminino e sem suporte familiar. O principal motivo para institucionalização foi a situação de abandono ou ausência de familiar para cuidados (31,1%). A maior parte apresentou dependência para realização das AVD, das AIVD e baixo desempenho cognitivo. A presença de doenças crônicas ou agravo foi alta, 91,5% dos idosos apresentavam uma ou mais morbidades, a hipertensão foi a mais freqüente (48,8%). Os idosos com demência apresentaram o maior comprometimento da capacidade funcional, seguidos dos idosos com seqüela de AVE e com transtorno mental. As atividades mais comprometidas foram o uso de escada, banho, controle de diurese, interação social e resolução de problemas. Os resultados apontam que são poucos os estudos sobre a população institucionalizada no Brasil, o que impede a generalização dos resultados e maiores comparações. A população atendida pelas ILPIs é fragilizada e busca a instituição como suporte social e de saúde. A demência provocou significativas limitações para a capacidade funcional nesta amostra. Os resultados obtidos apontam à necessidade de reforço da política assistencial do idoso, para que tenham cuidados adequados e sejam acompanhados por programas de reabilitação que enfatizem as necessidades individuais, deixando o modelo “assistencialista” para a promoção e prevenção do desempenho funcional e da cidadania.

**Palavras-chave:** Idosos. Institucionalização. Atividades cotidianas.

**Dantas, Cibele Maria de Holanda Lira**, Msc. at the Universidade Federal de Pernambuco (March 2010); Functional capacity of elderly individuals affected with chronic diseases in assisted-living facilities. Luciane Soares de Lima (Adviser).

**Abstract:** Population aging in Brazil is accompanied by the significant presence of chronic diseases and disorders that can compromise the functional capacity to perform activities of daily living (ADL) and instrumental activities of daily living (IADL). Assisted-living facilities present themselves as an alternative of care and welcome in need of social assistance of health. This dissertation includes two chapters. The first chapter was a review article in order to report the studies on the profile of institutionalized elderly in Brazil. The aim of the second chapter was to describe functional capacity of institutionalized elderly in Recife. We found no study regarding the national profile of institutionalized population, but some local profiles, such as in cities or towns. The articles had found similarities in the health and social-demographic profiles, which can pose hypothesis about national profile. The results of the second study showed a sample in which the majority was female and without family support. The mean reason for institutionalization was abandonment or lack of family care (31,1%). Most showed dependency for ADL and IADL performance and low cognitive performance. The occurrence of chronic diseases or injury was high and 91,5% of elderly individuals showed one or more morbidities. The hypertension was the most frequent (48,8%). Dementia was the condition that most affected the functional capacity, followed by elderly individuals with stroke and mental disorders. The most affected activities were climbing stairs, bath, diuresis control, social interaction and problem-solving. The results showed that there are few studies on the institutionalized population in Brazil, which prevents generalization and further comparisons. The population in assisted-living facilities is weakened and seeks the institution as social and health support. Dementia caused significant limitations to functional capacity in this sample. The results indicate the need for strengthening the elderly assistance policy so that they have adequate care and are accompanied by rehabilitation programs that emphasize individual needs. This can leave the model of “charity” to promotion and prevention of functional performance and citizenship.

**Keywords:** elderly, institutionalization, daily activities

## Lista de Abreviaturas

AIVD	Atividade Instrumental de Vida Diária
AVE	Acidente Vascular Encefálico
AVD	Atividade de Vida Diária
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade, Atividade e Participação
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
ILPI	Instituição de Longa Permanência para Idosos
MEEM	Mini-Exame do Estado Mental
MIF	Medida de Independência Funcional
OMS	Organização Mundial de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

## Sumário

<b>Apresentação.....</b>	<b>12</b>
<b>1. Primeiro Manuscrito (Perfil dos idosos residentes em Instituições de Longa Permanência: Revisão de Literatura brasileira)</b>	
Resumo.....	14
Abstract .....	14
1.1 Introdução.....	15
1.2 Método.....	17
1.3 Resultados.....	17
1.4 Discussão	18
1.4.1 Perfil social e demográfico dos idosos.....	18
1.4.2 Perfil de saúde e da capacidade funcional dos idosos.....	20
1.4.3 Recomendações sugeridas pelas pesquisas.....	23
1.5 Considerações finais.....	24
Quadro 1 .....	25
Tabela 1 .....	27
Figura 1 .....	28
Referências.....	29
<b>2. Segundo Manuscrito (Capacidade Funcional de idosos acometidos por doenças crônicas residentes em Instituições de Longa Permanência de Recife, nordeste do Brasil)</b>	
Resumo.....	31
Abstract.....	31
2.1 Introdução.....	32
2.2 Método.....	33
2.3 Resultados.....	35
2.4 Discussão.....	37
Tabela 1 .....	42
Tabela 2 .....	43
Tabela 3 .....	44
Tabela 4 .....	45
Gráfico 1 .....	46
Referências.....	47
<b>3. Considerações Finais.....</b>	<b>51</b>
ANEXO A - Normas para submissão da Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia.....	53
ANEXO B - Normas para submissão de artigos na Revista Ciência & Saúde Coletiva.....	56
ANEXO C – Instrumento de Avaliação da Capacidade Funcional .....	62
ANEXO D – Instrumento de Avaliação da Função Cognitiva (MEEM) .....	63
APÊNDICE A – Questionário aplicado aos idosos.....	65

## APRESENTAÇÃO

Este trabalho apresenta os resultados de uma pesquisa realizada com idosos residentes de Instituições de Longa Permanência na cidade do Recife, tendo como objetivo principal descrever o perfil desses idosos quanto a capacidade funcional e a presença de doenças crônicas.

O estudo fez parte do programa de pós-graduação em Ciências da Saúde iniciado em 2008, inserido na linha de pesquisa doenças crônicas e degenerativas.

Esse estudo teve como origem na experiência profissional da autora em uma Instituição de Longa Permanência para Idosos em Recife. Durante a prática profissional pôde se identificar uma alta frequência de doenças crônicas e agravos, e também a presença de limitações para o desempenho de atividades cotidianas pelos residentes. Assim, despertou-se o interesse pelo tema para buscar informações que pudessem favorecer a assistência na perspectiva na melhoria da qualidade de vida do idoso institucionalizado.

A finalidade da abordagem do tema idoso institucionalizado, capacidade funcional e presença de doenças crônicas e agravos é chamar atenção para a realidade dos idosos institucionalizados, quanto às suas peculiaridades relacionadas ao desempenho funcional para as atividades cotidianas. Essas necessidades devem ser pesquisadas, para que se possam dar direcionamentos adequados às demandas desses idosos.

O primeiro manuscrito trata de uma revisão didática sobre o objeto de estudo, e foi enviado para a Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia para ser avaliado. O segundo artigo refere-se a uma pesquisa descritiva quanto ao perfil de idosos que residem em instituições de longa permanência da cidade de Recife, enfocando a capacidade funcional e a presença de doenças crônicas e agravos, e foi enviado para a revista Ciência & Saúde Coletiva.

## **1. PRIMEIRO MANUSCRITO**

### **Perfil dos idosos residentes em Instituições de Longa Permanência: Revisão de Literatura brasileira**

### **Profile of elderly residents in long-stay institutions in Brazil: Literature review**

Cibele Maria de Holanda Lira Dantas\*

Mestre em Ciências da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco.

Correspondência:

Av. Barão de bonito, 505, apt. 202, Cidade Universitária, Recife, PE, Brasil, CEP 50740-080.

E-mail: cibelesholanda@yahoo.com.br

\*Autor para correspondência

Trabalhou na concepção e redação final do artigo.

Conflito de interesses inexistente.

Luciane Soares de Lima

Professora Doutora do Departamento de Pós-graduação em Ciências da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco.

Trabalhou na metodologia e redação final do artigo.

Conflito de interesses inexistente.

## **Perfil de idosos residentes em Instituições de Longa Permanência brasileiras:**

### **Revisão de Literatura**

#### **Resumo**

Com o aumento da população idosa faz-se necessária a adequação de políticas de saúde e de serviços de cuidado ao idoso. As Instituições de Longa Permanência (ILP) são uma alternativa de assistência ao idoso fora de seu domicílio, e devem ser adequadas às suas demandas. O estudo objetivou analisar a literatura publicada abordando o idoso e Instituições de Longa Permanência (ILPI) através de revisão narrativa. Foram pesquisados artigos publicados durante o período de 2004 a 2009 em português, através de consulta as bases de dados SCIELO e LILACS, utilizando como descritores: Instituição de Longa Permanência para idosos, Saúde do Idoso Institucionalizado. A coleta ocorreu de janeiro a março de 2009. Os 14 artigos encontrados foram analisados organizados nas seguintes categorias: perfil socioeconômico, funcional e de saúde, recomendações sugeridas quanto à assistência aos idosos institucionalizados. Não foram encontrados estudos quanto ao perfil nacional desses idosos, apenas estudos regionais. Os temas mais abordados foram capacidade funcional, perfil das doenças apresentadas e sociodemográfico. Os estudos revelam a presença significativa de mulheres residindo nessas instituições, baixa escolaridade, idade elevada, vínculos familiares fragilizados, presença de doenças crônicas e déficits sensoriais e motores, dependência para as atividades diárias, principalmente banho e vestir-se. Os autores ainda fazem recomendações quanto à necessidade de estruturação dessas instituições com implantação de serviços de prevenção e reabilitação, equipe qualificada, maior participação da administração pública com implantação de políticas e fiscalização dos serviços. Observa-se que ainda são incipientes as pesquisas, o que dificulta a construção do perfil para a população assistida por estas instituições no Brasil.

Palavras-chave: Institucionalização; Instituição de Longa Permanência para idosos, Saúde do Idoso Institucionalizado.

#### **Abstract**

The increase in the elderly population requires an adequate updating of health care policies and elderly care services. Long-stay institutions constitute a care alternative for the elderly and should be adequate to their needs. The aim of the present study was to analyze the literature on the elderly and long-stay institutions in Brazil through a narrative review. Papers published in Portuguese between 2004 and 2009 were searched in the SCIELO and LILACS databases using the descriptors *elderly*, *profile institutionalization and Brazil*. Data collection was carried out from January to March 2009. The 14 papers found were analyzed and organized in the following categories: Institutionalization, Homes for the Aged, Health of Institutionalized Elderly. Regional rather than national multi-center studies were found on the profile of the elderly. The most addressed topics were functional capacity, diseases and socio-demographic

aspects. The studies reveal a predominance of women residing in long-stay institutions, low degrees of schooling, advanced age, weak family ties, chronic diseases, sensory deficiencies, motor impairment and dependency regarding daily activities, especially bathing and dressing. The authors also make recommendations regarding the need for structuring these institutions with the implantation of prevention and rehabilitation services, qualified staff and greater participation from the authorities in the form of policies and the monitoring of these institutions. Research in this field remains incipient, which hinders the definition of the profile of the assisted-living population in Brazil.

Keywords: Institutionalization; Homes for the Aged; Health of Institutionalized Elderly.

## 1.1 INTRODUÇÃO

O aumento da expectativa de vida do ser humano é um fenômeno observado em todo o mundo. No Brasil, a rápida transição demográfica, ou seja, a mudança da população jovem para envelhecida, trouxe também mudanças no panorama da saúde da população. Ocorreu assim, uma transição epidemiológica, com a diminuição da incidência das doenças infectocontagiosas, enquanto surge aumento da prevalência de doenças crônicas. Para acompanhar esta transição, faz-se necessária adequação de políticas governamentais, principalmente as de assistência à saúde, para dar suporte a este novo perfil populacional <sup>1,2</sup>.

As Instituições de Longa Permanência para idosos (ILPI) vem sendo uma alternativa para assistência integral ao idoso com ou sem suporte familiar, que necessita de cuidados especiais ou daqueles que moram sozinhos <sup>3</sup>. Apesar disso, a priorização do atendimento do idoso por sua própria família em detrimento do atendimento asilar deve ser respeitado e estimulado, exceto dos que não a possuem ou careçam de condições de manutenção da própria sobrevivência <sup>4</sup>.

As ILPIs são destinadas a acolhida de longa duração dirigida aos idosos com algum grau de dificuldade para a execução das atividades de vida diárias, para aqueles cuja família não possui meios financeiros, físicos ou emocionais para a prestação de cuidados, ou mesmo como alternativa de moradia para convívio social <sup>5</sup>.

De acordo com o Regulamento Técnico da Anvisa (RDC 286)<sup>6</sup> as ILPI são instituições governamentais ou não, de caráter residencial, destinada ao domicílio coletivo de pessoas com a capacidade funcional preservada ou não, idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar, em condição de liberdade e dignidade. Além da uniformização de terminologia, este regulamento também determina as condições gerais de funcionamento de uma ILPI, como um instrumento de regulamentação e fiscalização.

As instituições que abrigam idosos são obrigadas a manter padrões de habitação compatíveis com as necessidades deles, bem como provê-los com alimentação regular e higiene, indispensáveis às normas sanitárias e com estas condizentes, sob as penas da lei<sup>4</sup>.

A imagem que as ILPIs têm junto a população ainda é de exclusão e de abandono, relacionada à imagem histórica negativa. Predomina ainda o caráter filantrópico assistencial, com recursos financeiros de doações e da renda dos idosos. É necessário o desenvolvimento gradual de ações para contribuir com a adequação destes serviços a real necessidade de assistência ao idoso<sup>7,8</sup>.

A ILPI não deve ser entendida apenas como um serviço que acolhe idosos abandonados pela família devido à situação de dependência e saúde, mas também deve ser lembrada como uma escolha dentro de um contexto de vida de cada indivíduo<sup>9</sup>.

Uma ILPI deve ter um ambiente acolhedor, garantir a identidade dos idosos, favorecer a integração com a sociedade e desenvolver atividades que garantam sua autonomia. Além de uma equipe especializada, nela deve haver o cuidador de idosos que é o profissional capacitado para auxiliar o idoso que apresenta limitações para realizar suas atividades diárias, devendo estar capacitado para isto<sup>6</sup>.

Faz-se necessário conhecer os estudos realizados no Brasil quanto ao perfil dos idosos residentes nessas ILPIs, na perspectiva de direcionar novas pesquisas e programas de intervenção nessas unidades.

O estudo objetivou analisar a literatura publicada abordando o idoso e Instituições de Longa Permanência (ILPI) no Brasil através de revisão narrativa.

## **1.2 MÉTODO**

O método escolhido foi uma revisão narrativa do tipo integrativa, nas bases de dados nacionais Scielo e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs).

Como critério de inclusão adotou-se a artigos em língua portuguesa, publicados entre 2004 a 2009. Limitou-se a pesquisa aos artigos publicados a este período, por ter sido posterior ao ano de 2004 a implantação da resolução que normatiza as ILPIs no Brasil (RDC 283). Foram excluídas as publicações que não mantinham relação com o objeto de estudo.

Os descritores relacionados foram: Institucionalização; Instituição de Longa Permanência para idosos, Saúde do Idoso Institucionalizado. Passo a passo processaram-se cruzamentos dos descritores nas bases Scielo e Lilacs, sendo encontrados 239 artigos. Com a leitura minuciosa dos títulos, resumos e alguns textos completos, foram selecionados 14 publicações que atenderam aos critérios de inclusão da pesquisa. Após identificação e análise dos artigos, o conteúdo foi organizado nas seguintes categorias: perfil socioeconômico e demográfico dos idosos residentes de ILP, perfil de saúde dos idosos residentes em ILPIs no Brasil, recomendações sugeridas pelas pesquisas.

## **1.3 RESULTADOS**

Os estudos no Brasil sobre a população idosa institucionalizada ainda são poucos. Nesta revisão, não encontramos nenhum estudo sobre o perfil nacional desta população, foram encontrados estudos localizados em algumas cidades, descrevendo grupos de idosos institucionalizados. Após identificação desses estudos, encontramos 14 pesquisas que referiam sobre o perfil do idoso institucionalizado. O quadro 1 apresenta a descrição desses estudos.

A maioria dos estudos foi do tipo descritivo com amostra variando de 14 a 187 idosos. Dentre as pesquisas encontradas não houveram características generalizadas quanto ao perfil dos idosos por determinada região ou nacional. Não foram encontrados dados quanto ao padrão de perfil dos idosos entre as instituições do sul ou nordeste do Brasil.

Entre os artigos selecionados, o estado de São Paulo e o de Goiás foram os que apresentaram mais pesquisas direcionadas a este tema (Tabela 1).

Dos 14 estudos, 08 foram realizados em instituições filantrópicas, 01 em ILPI pública e nenhum em ILPI particular, 01 em filantrópica e em particular, e em 04 a informação não estava disponível. Entre os principais temas abordados encontrava-se a descrição sobre doenças apresentadas, capacidade funcional, dados socioeconômicos, como idade, sexo, renda, assistência de saúde recebida, uso de medicamentos, atividades realizadas no tempo livre, vínculos familiares, motivo da admissão e serviços realizados pelas ILPIs. Poucos foram os estudos que relatam sobre o motivo da admissão e os serviços que as ILPIs dispõem (Figura 1).

## **1.4 DISCUSSÃO**

### **1.4.1 Perfil social e demográfico dos idosos**

A característica marcante dos artigos analisados foi a presença de um público feminino nestas instituições, com idade elevada acima de 75 anos, baixa escolaridade e renda, e com vínculos familiares fragilizados<sup>5, 8, 10, 11, 12, 13</sup>. Com esses dados percebe-se que o perfil desses idosos institucionalizados é de vulnerabilidade biológica e social, provavelmente procuram as ILPIs em busca de assistência que não poderiam ter sozinhos ou no ambiente familiar.

A literatura é praticamente unânime quanto a prevalência do sexo feminino nestas ILPIs. O alto índice de mulheres pode ser justificado, pela maior expectativa de

vida deste sexo, vivendo por mais tempo, passa a fazer mais uso de serviços de atenção ao idoso, pela ausência de cuidadores e pela redução de membros da família<sup>14</sup>.

Foi encontrado em alguns estudos idosos com idade superior a 80 anos<sup>10, 11, 13, 15, 16</sup>. Esta alta faixa etária parece estar relacionada com maior necessidade de assistência. Quanto mais velho maior a dificuldade para morar sozinho, sendo necessário um maior suporte familiar ou de instituições de acolhida.

No estudo do Distrito Federal<sup>10</sup> foi encontrado um tempo médio de internação de 4,6 anos, sendo o máximo de 28 anos e o mínimo de 3 dias. Já em Goiás<sup>14</sup> a média foi de 7,4 anos, com um mínimo de 1 mês e o máximo de 35 anos.

Segundo a resolução da Anvisa (RDC 283)<sup>6</sup> as ILPIs devem ser destinadas ao acolhimento de indivíduos com 60 anos ou mais. No entanto, o estudo realizado na cidade de Goiânia<sup>14</sup> relata a presença de indivíduos não idosos residentes nestas, e não de preservação dos direitos de cidadão, fortalecendo o caráter de abrigo, assistencialismo ou filantropia das instituições. Esse dado demonstra a ausência de projetos e políticas eficazes que garantam o atendimento específico do idoso, de acordo com suas necessidades e particularidades do envelhecimento, prejudicando assim o tipo de assistência oferecida.

A baixa escolaridade parece ser um dado presente nesses idosos<sup>8, 14, 15, 16</sup>. Esses dados representam a realidade do analfabetismo do idoso no Brasil, com pouca escolaridade há um menor esclarecimento quanto aos seus direitos, passando a entender o tipo de serviço oferecido como caridade, aceitando o que lhe é ofertado sem questionar.

Percebe-se que a dificuldade de relacionamentos familiares, ou ausência deles é um fato encontrado em alguns estudos<sup>10, 11</sup>. Este pode ser visualizado como um dos fatores significativos para a vivência em ILPIs pelos idosos. Sem auxílio de família, ou mesmo pela solidão, a escolha de residir em ILPI pode ter sido uma opção nestas pesquisas. Isto fortalece a idéia de que a institucionalização do idoso pode não estar associada apenas a dependência física, mas também a falta de suporte familiar e a necessidade de convívio social. No entanto, no estudo em Natal<sup>8</sup>, 83% dos idosos avaliados possuíam familiares e recebiam visitas de filhos, amigos, sobrinhos e irmãos,

já no Distrito Federal <sup>10</sup> 50,8% dos idosos recebiam visita da família, o que indica bom relacionamento ou suporte familiar, mesmo com a institucionalização.

Um outro fator importante encontrado nas pesquisas é a baixa renda desses idosos, geralmente um salário mínimo <sup>8, 11, 13</sup>, o que também pode ser um motivo para a institucionalização em ILPI filantrópica, já que pode passar a ter suporte de saúde, alimentação e acolhida quando residindo nesses locais. Em Porto Alegre <sup>17</sup> a baixa renda foi característica apenas da ILPI filantrópica (1 salário mínimo), na ILPI particular os idosos apresentaram renda média superior (maior que 3 salários mínimos).

Outro fato característico encontrado no Distrito Federal <sup>10</sup> é quanto a origem dos idosos, sendo a maior parte da região nordeste do Brasil, o que pode ser justificado pela migração motivada pela busca de trabalho. Em Natal os principais motivos encontrados para a institucionalização dos idosos foram os problemas familiares e de saúde, e não ter onde morar <sup>8</sup>. Já em Porto Alegre <sup>17</sup> foi encontrada a carência familiar para os idosos da ILPI filantrópica, e solidão como o principais motivos para a institucionalização em ILPI particular. Seguido por problemas financeiros, para os residentes de ILPI filantrópica e, a vontade própria para os da ILPI particular. O que caracteriza a busca dessas ILPIs não como opção de projeto de vida e convívio, mas como necessidade de assistência devido a falta de apoio familiar e dificuldades de saúde, principalmente nas unidades filantrópicas.

#### **1.4.2 Perfil de saúde e da capacidade funcional dos idosos**

A presença de doenças crônicas e agravos não transmissíveis é uma característica importante desta população. Diversos estudos referem essa alta frequência. Entre as principais morbidades encontradas, estão a hipertensão arterial, diabetes, fraturas ósseas, osteoporose, demência, doença psiquiátrica e sequela de acidente vascular cerebral <sup>11, 17, 18</sup>.

A pesquisa realizada em Goiás <sup>14</sup> descreveu que foram encontrados poucos diagnósticos de Osteoporose e neoplasia, e justificado por esses residentes serem

atendidos pela rede pública de saúde com dificuldade para marcação de exames de média e alta complexidade, o que compromete o diagnóstico dessas doenças.

Os dois estudos em Goiânia<sup>12, 14</sup> identificaram um perfil quanto à presença de limitações motoras e/ ou sensoriais desses idosos. O déficit auditivo e visual foi freqüente para esta amostra, como também a utilização de dispositivos de auxílio de marcha, como bengala e andador em 14,8% dos avaliados. O uso de polifármacos é um fator encontrado nessa pesquisa, e deve ser melhor investigado.

Apesar de não ser uma condição necessária para a institucionalização, a dependência funcional é característica freqüente nesses estudos. O público encontrado nessas instituições apresentam em sua maioria a necessidade de assistência para realização das atividades diárias<sup>8, 11, 13, 14, 15, 19</sup>.

Algumas atividades pareceram ser mais prejudicadas para estes idosos institucionalizados, como o banho, higiene, marcha e o vestir-se<sup>11, 13, 14, 19, 20</sup>. Já a alimentação foi encontrada como a atividade de maior independência<sup>10, 11, 13, 14, 17, 19</sup>.

Em São Paulo foi encontrado<sup>16</sup> que os idosos institucionalizados apresentam maior dependência que os idosos não institucionalizados. Isto reforça a discussão quanto à influência do ambiente na capacidade funcional do idoso<sup>15</sup>. A construção de ambientes e programas de reabilitação que dêem suporte ao idoso, devem ser meta de todas as ILPIs<sup>12</sup>.

A visão social que relaciona velhice com dependência é perpetuada no interior das instituições, que rotulam e tratam como incapaz grande parte dos idosos<sup>14</sup>. A dependência funcional dos idosos pode estar diretamente relacionada com sua capacidade cognitiva, sendo este um grande fator para a institucionalização do idoso<sup>16</sup>.

Outros fatores podem estar relacionados com a dependência funcional desses idosos institucionalizados, como o baixo número de cuidadores, à medida que a rotina precisa ser cumprida em menor período de tempo.

As quedas também são descritas como importantes fatores que levam à incapacidade funcional do idoso, foi o encontrado em Goiânia<sup>12</sup>. São diversos os riscos para quedas nesses idosos, como alteração da mobilidade, uso de equipamentos de auxílios, uso de polifármacos<sup>20</sup>.

Regras e rotina da instituição dificultam a participação dos idosos em atividades, ficando dependentes para as atividades instrumentais de vida diária, como lavar e passar roupas, uso do telefone, cozinhar, utilizar transportes, etc.<sup>14</sup>. A dificuldade de acompanhamento médico adequado, baixo número de funcionários, poucas atividades de lazer e rotinas rígidas, contribuem para a baixa qualificação da assistência ao idoso<sup>11</sup>.

O precário registro em prontuários, ou mesmo a ausência desses registros, é descrito como fator complicador para pesquisas e intervenções, comprometendo a assistência a estes idosos<sup>17</sup>.

O déficit cognitivo também é uma característica predominante desta população. Várias pesquisas apontam o prejuízo cognitivo como fator preditor para a institucionalização e para o baixo desempenho das atividades cotidianas pelos idosos<sup>14, 16, 18, 21</sup>. Ainda foi encontrado<sup>18</sup> que o baixo perfil cognitivo pode provocar limitações como a incontinência urinária.

Um estudo de Goiana apresenta que o ambiente influencia negativamente no baixo desempenho cognitivo dos idosos, pois existem poucas atividades que estruturam a rotina, não há calendários à disposição, o acesso à televisão e outras formas de informação são restritos a alguns<sup>14</sup>.

Um ambiente não responsivo e negligenciador faz com que o idoso se sinta desamparado e passe a desenvolver um comportamento dependente<sup>22</sup>.

É importante salientar que alguns estudos excluem da pesquisa os idosos com déficit cognitivo ou com limitações motoras graves. Com isso, os grupos avaliados poderiam ser ainda mais dependentes, pois uma parte com limitações significativas foi retirada do estudo, diminuindo possivelmente o número de idosos dependentes<sup>10, 22</sup>.

Em Porto alegre<sup>17</sup> foi encontrado que as principais atividades realizadas pelos idosos no tempo livre eram assistir televisão (ILPI particular) e conversar com os amigos (ILPI pública), e similar para os dois grupos o hábito da leitura.

### 1.4.3 Recomendações sugeridas pelas pesquisas

É expressiva a recomendação dos autores quanto à necessidade de maior envolvimento da administração pública nestas ILPIs, com fiscalização, regulação e execução do funcionamento e serviços ofertados, para garantir a acolhida segura do idoso e a implementação das políticas públicas<sup>5, 14</sup>.

O estudo em Natal<sup>5</sup> sugere a necessidade de ações políticas de qualidade para este público, e que o setor público exerça seu papel de regulador, fiscalizador e executor das ações nestas instituições.

Além da participação governamental, este estudo refere a necessidade da participação social. Deve haver um planejamento de ações de integração social, convívio familiar e envolvimento dos órgãos públicos e da sociedade nessas instituições.

Há também uma necessidade de implementação de programas de prevenção, promoção e reabilitação à saúde do idoso, com uma equipe qualificada e interdisciplinar<sup>10, 11, 12, 13, 15, 21</sup>.

A falta de qualificação dos profissionais destas instituições também é descrito como um fator preocupante. Em Natal<sup>8</sup> identificaram que as ILPIs devem receber toda ajuda estrutural, recursos materiais e humanos, para poderem atender com mais qualidade a população que necessita deste tipo de serviço, e que muitas vezes encontra-se fragilizada.

Se destaca a questão dos registros em prontuários com informações incompletas o que dificulta a coleta de dados da pesquisa, e sugere a realização de exames mais detalhados para confirmar a presença de doenças<sup>10</sup>.

A necessidade de novos estudos e pesquisas é um fator encontrado em alguns estudos<sup>13,19</sup>. É importante a realização de estudo multicêntricos, devendo-se investigar as estratégias atuais utilizadas para o cuidado com esses residentes, para avaliar e direcionar novas intervenções.

## 1.5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que são escassos os estudos sobre o perfil dos idosos residentes de ILPIs no Brasil. Não foi encontrado estudo quanto ao perfil nacional, como também regionais. Os estudos existentes apresentam características locais de algumas ILPIs, não podendo ser generalizados para a população brasileira.

Os dados demonstram uma população em situação de vulnerabilidade, o que pode ser característico da ILPIs filantrópicas, já que não houveram dados suficientes de ILPIs particulares, em que os residentes podem apresentar outro perfil.

Houve uma forte descrição quanto ao prejuízo funcional destes idosos. Salientamos que em várias dessas pesquisas houve uma exclusão de idosos com comprometimento grave de cognição e mobilidade o que poderia ,caso fossem incluídos, provocar uma maior dependência, modificando o resultado dessas pesquisas.

Foram encontradas poucas pesquisas quanto aos reais motivos que levaram o idoso a residir nas instituições, necessitando de maior investigação. Este dado é importante para o planejamento de serviços, para que sejam melhor direcionados às necessidades destes usuários.

Ainda são incipientes estudos com grupos metodologicamente adequados e com uso de instrumentos para avaliar a capacidade funcional dos idosos institucionalizados, e que possam direcionar a prática das instituições de longa permanência, como também as políticas sociais. Percebe-se a necessidade de descrever as características do público atendido por estas instituições nas diferentes regiões do país, para que se caracterize seu perfil socioeconômico, demográfico e de saúde, e assim, favorecer a adequação destes serviços de acordo com a demanda. Como também, direcionar as políticas públicas e o surgimento de novos estudos na área que possam favorecer a assistência a esses idosos residentes.

Quadro 1- Descrição dos artigos analisados de acordo com o tipo de estudo e principais Resultados. Recife, 2009.

Região	Referência	Local/ tipo de estudo	Principais resultados Socioeconomicos	Principais resultados Saúde	Recomendações
CENTRO-OESTE	Araújo et al (2008)	Brasília, DF 6 ILPIs filantrópicas Descritivo, n=187	Mulheres (56%), entre 60-99 anos, média de idade 76,6, 40% com mais de 80 anos, solteira 43%, baixa escolaridade 49%. Origem do nordeste.	Principais doenças hipertensão (HÁ) (47%), Depressão (17%) e Diabetes (16%); Uso de mais de 3 medicamentos por idosos (62%); Maior independência para as AVDs alimentação (85%), vestir-se (74%) e banho (72%);	Melhor administração de prontuários; Equipe interdisciplinar; Supervisão e monitoramento da ILPIs.
	Danilow et al (2007)	Brasília, DF. 4 ILPIs filantrópicas Descritivo, n= 149	Mulheres (58%), solteiras, idade média 76,6 anos, baixa escolaridade, institucionalização menor que três anos.	Doenças crônicas como hipertensão arterial (51%), AVC (26%) e Diabetes (19%); Média de 4,4 medicamentos por idosos; limitação funcional.	Delimitação de políticas de regulação, fiscalização e execução das ILPIs.
	Jabur, Siqueira e Reis (2007)	Goiânia, GO 1 ILPI filantrópica Descritivo, n= 26	Mulheres (62%), idade média de 70 anos, solteiras (34%), baixa escolaridade (38%), tempo médio de institucionalização de 7,4 anos.	Presença de doenças crônicas (85%), 41% circulatórias, 14% diabetes e 12% respiratórias. Prejuízo cognitivo moderado a severo; Dependência parcial para as AVDs (34%), vestir-se, banho e transferência; Dependência para as AIVDs. Uso de dispositivos de auxílio para a marcha (14%).	Equipe interdisciplinar de reabilitação
	Menezes e Bachion (2008)	Goiânia, GO 6 ILPIs filantrópicas Descritivo, n= 95	Majoria mulheres (52%), a entre 70 a 79 anos (47%).	Presença de HA(55%), articular (50%), déficit visual (45%), independência para cinco a seis atividades diárias, ajuda principalmente para levantar e sentar. Uso de dispositivos de auxílio para a marcha.	Necessidade de acompanhamento prevenção e reabilitação para este público.
	Viana et al (2008)	Goiânia, GO 1 ILPI filantrópica Descritivo, n= 14	Média de 75 anos de idade	Idosos com sequela de AVE apresentaram dependência funcional e cognitiva; Maior independência para alimentação e marcha, e dependência para vestir superior e escadas.	Estudos com grupos maiores.
SUDESTE	Araújo e Ceolim (2007)	Taubaté, SP 3 ILPIs perfil não identificado Descritivo, n = 187	Predomínio sexo (139) feminino, com idade predominante entre 70 e 79 anos.	Declínio da capacidade funcional, para idosos com 80 anos ou mais. Apenas 38% independentes para as AVDs.	Necessidade de atendimento individualizado para melhorar a capacidade funcional.
	Converso e Lartelli (2007)	Presidente Prudente, SP 3 ILPIs públicas Descritivo, n= 115	Majoria homens (59%), com 62 a 104 anos, analfabetos (50%), solteiros (46%).	Déficit cognitivo, bom estado funcional (75%); A alta escolaridade influencia em melhor estado mental e funcional	Realização de mais estudos para definição de estratégias para melhorar a qualidade de vida.
	Greve et al (2007)	Mogi das Cruzes, SP; 1 ILPI filantrópica e comunidade. Correlação, n= 35	Média de 70 anos de idade	Os idosos institucionalizados apresentavam maior dependência funcional que os não institucionalizados; Maior dependência para o autocuidado (banho, vestir-se e escovar os dentes)	Estudos multicêntricos para avaliar a capacidade funcional de idosos institucionalizados.

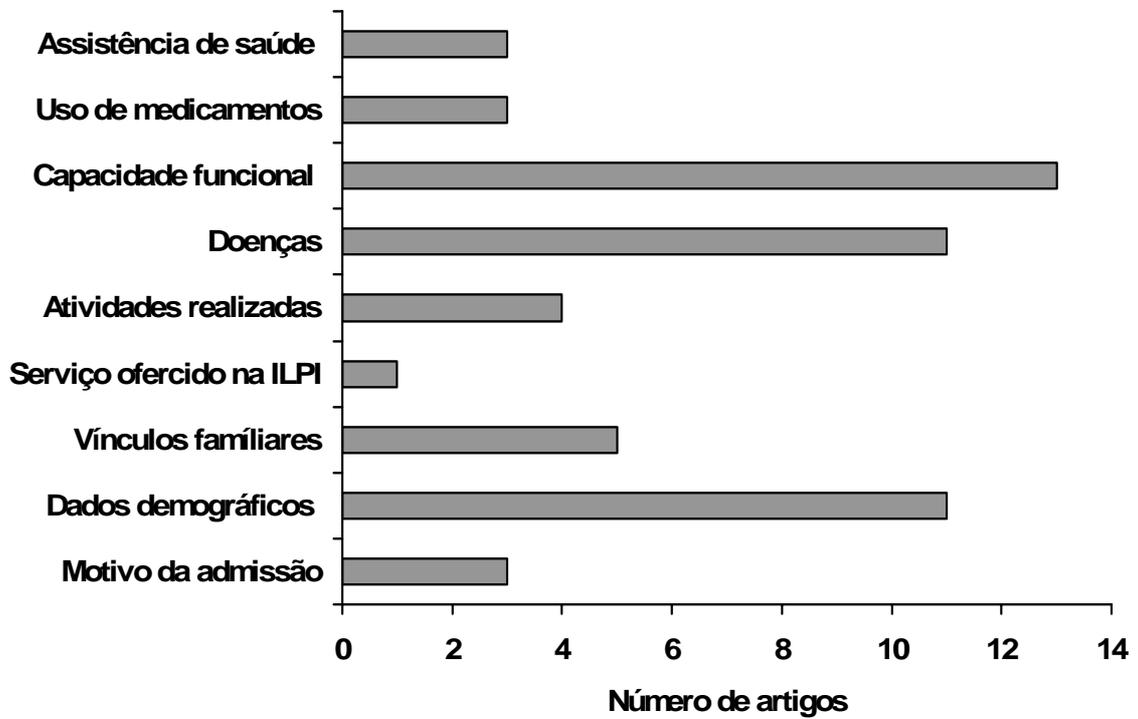
Quadro 1 - Continuação...

Região	Referência	Local/ tipo de estudo	Principais resultados Socioeconomicos	Principais resultados Saúde	Recomendações
SUDESTE	Pelegrin et al (2008)	Ribeirão Preto, SP; ILPI não identificada Descritivo, n= 72	Maioria masculina (52%), com mais de 80 anos (41%), solteiras (45%), analfabetos (59%), e 30% sem família, baixa renda.	Presença de HA (47%), diabetes (18%), osteoarticulares (15%); Prejuízo da cognição (34%), dependência funcional para banho (26%) e vestir-se (25%), independência para alimentação (84%).	Profissionais de reabilitação.
SUL	Bussato-Júnior e Mendes (2007)	Blumenau e Itajaí, SC 4 ILPIs filantrópicas Descritivo, n= 150	Maioria mulheres (60%), idade média de 78,4 anos;	A maior parte apresentava incontinência urinária, associada a outras condições clínicas; Forte associação entre o quadro cognitivo e a mobilidade do idoso, podendo acarretar em incontinência urinária.	Avaliação adequada na admissão e melhor tratamento da incontinência urinária.
	Lopes et al (2007)	Rio Grande, RS 1 ILPI perfil não identificado Descritivo, n= 55	Mulheres (39), viúvas (29), entre 63 e 100 anos, tempo de residência menor que dez anos, sem atividades de lazer (30).	Presença de doenças crônicas, HA (20 idosos), cardíacas (12), diabetes (12) déficit cognitivo (41) e funcional (31).	Necessidade de promover o envelhecimento saúde através da prevenção da saúde.
	Terra et al (2009)	Porto Alegre, RS 1 ILPI filantrópica e 1 particular Descritivo comparativo, n=55	ILPI filantrópica: mulheres (84%), carência financeira como motivo para institucionalização, atividade principal conversar com os amigos; ILPI particular: homens (76%), solidão como motivo para a institucionalização, principal atividade assistir TV;	Presença de doenças crônicas, HA (30%), diabetes (16%), osteoarticular (14%). Os idosos da ILPI filantrópica apresentaram maior necessidade de alimentação e moradia, e menos dependência física que os da ILPI filantrópica.	Promover a integração com a comunidade e a família; Melhorar a parceria público privada.
	Vivian e Argimon (2009)	Porto Alegre, RS ILPI não identificada Descritivo, n = 103.	Média de 79,6 anos, tempo de residência de 1 a 26 anos, maioria mulheres, viúvas, católicas, baixa renda. Principais atividades TV, Música e manuais.	Dificuldades funcionais para vestuário (24%), continência (49%) e banho (43%);	Adequar a assistência de profissionais
NORDESTE	Davim et al (2008)	Natal, RN 3 ILPIs filantrópicas Descritivo, n= 76	Mulheres (58%), 60 a 64 anos (50%), solteiras (48%), 17% católicas, 91% renda de um salário mínimo, analfabetas (46%), vínculos familiares conflituosos; Institucionalizadas devido a problemas familiares e habitação; pouco lazer.	Problemas de saúde, como articulares (63%), visão (59%) e cardíaco (39%), e dependência para algumas AVD, principalmente locomoção (93%).	Maior envolvimento dos órgãos públicos.

Tabela 1 – Estados de origem dos estudos encontrados. Recife, 2009.

<b>Estados em que foram realizadas as pesquisa</b>	<b>Nº de pesquisas</b>
Rio Grande do Norte	01
Santa Catarina	01
Distrito Federal	02
Goiás	03
Rio Grande do Sul	03
São Paulo	04
<b>TOTAL</b>	<b>14</b>

Figura 1 – Dados sociodemográficos e de saúde mais abordados pelas pesquisas analisadas.  
Recife, 2009.



## REFERÊNCIAS

1. Organização Pan-Americana de Saúde - Opas. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. 34-35.
2. Ramos LR. Epidemiologia do envelhecimento. In: Freitas EV et al. Tratado de Geriatria e Gerontologia. São Paulo: Guanabara Koogan; 2002. 72-78.
3. Pires SP. Instituição de Longa Permanência. In.: Jacob Filho W, Gorzoni, ML. Geriatria e Gerontologia: o que todos devem saber. São Paulo: Roca; 2008. 233-246.
4. Estatuto do Idoso. Brasil: Ministério da Saúde; 2006. Disponível em: [http://www.dtr2001.saude.gov.br/editora/producao/livros/pdf/06\\_0118\\_M.pdf](http://www.dtr2001.saude.gov.br/editora/producao/livros/pdf/06_0118_M.pdf). Acesso em: 25 mar. 2009.
5. Danilow MZ, et al. Perfil epidemiológico, sociodemográfico e psicossocial de idosos institucionalizados do Distrito Federal. Com Ciências Saúde 2007; 18(1):9-16.
6. Anvisa - Agência Nacional de Vigilância Sanitária . Resolução da Diretoria Colegiada – RDC Nº 283. Dispõe sobre a regulamentação das instituições para Longa Permanência de idosos. Brasília: Anvisa; 2005.
7. Creutzberg M, Gonçalves LHT, Sobottka EAl. Long-term care institutions for elders and the health system. Rev Latino-am Enfermagem 2007 nov-dez; 15(6):1144-9.
8. Davim RMB, et al. Estudo com idosos de instituições asilares no município de Natal/RN: características socioeconômicas e de saúde. Rev. Latino-Am. Enfermagem [online] 2004 maio/jun: 12(3): 518-524.
9. Duarte MJRS. Atenção ao idoso: um problema de saúde pública e de enfermagem. Rev Enfermagem UERJ, 1994; 2(1):100-111.
10. Araújo NP, et al. Aspectos sociodemográficos, de saúde e nível de satisfação de idosos institucionalizados no Distrito Federal. Rev Ciên Méd 2008 maio/dez: 17(3-6): 123-132.
11. Pelegrin AKAP, et al. Idosos de uma Instituição de Longa Permanência de Ribeirão Preto: níveis de capacidade funcional. ARQ Ciênc Saúde 2008 out/dez: 15(4):182-188.
12. Menezes RL, Bachion MM. Estudos da presença de fatores de risco para quedas em idosos institucionalizados. Ciências & Saúde Coletiva 2008; 13(4): 1209-1218.
13. Vivian AS, Argimon ILL. Estratégias de enfrentamento, dificuldades funcionais e fatores associados em idosos institucionalizados. Cad. Saúde Pública 2009 fev;:25(2):436-444.
14. Jabur FC, Siqueira D, Reis VVM. Perfil da clientela atendida em instituição de longa permanência. Estudos 2007 jan/fev: 34; 85-99.
15. Araújo MOPH, Ceolim ME. Avaliação do grau de independência de idosos residentes em instituições de longa permanência. Revista Escola de Enfermagem da USP 2007; 41(3):378-85.
16. Converso MER, Larttelli I. Caracterização e análise do estado mental e funcional de idosos institucionalizados em instituições públicas de longa permanência. Jornal Brasileiro Psiquiatria 2007 ; 56(04): 267-272.
17. Terra NL, et al. Diferenças biopsicossociais entre idosos de instituição asilar particular e filantrópica da cidade de Porto Alegre. Scientia Medica 2009 jan/ mar: 19(1): 3-10.
18. Bussato-Júnior WFSB, Mendes FM. Incontinência urinária em idosos institucionalizados: relação com mobilidade e função cognitiva. Arq. Cat. Med 2007; 36(4); 49-54.
19. Viana FP, et al. Medida de Independência funcional nas atividades de vida diária em idosos com seqüela de acidente vascular encefálico no Complexo Gerontológico Sagrada Família em Goiânia. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia 2008; 11 (1): 1809-1823.
20. Greve P, et al. Correlações entre mobilidade e independência funcional em idosos institucionalizados e não-institucionalizados. Fisioter Mov 2007 out/dez.: 20(4); 117-124.

21. Lopes FL, et al. Diagnóstico de enfermagem de idosos residentes em uma instituição de longa permanência (ILP). *Cienc Cuid Saúde* 2007, Jan/Mar: 6(1);59-67
22. Baltes MM, Silverberg S. A dinâmica da dependência-autonomia no curso da vida. In: Néri AL. *Psicologia do envelhecimento: temas selecionados numa perspectiva do curso da vida* 1005. Campinas: Papyrus. 73-110.

## 2. SEGUNDO MANUSCRITO

### **Capacidade Funcional de idosos acometidos por doenças crônicas residentes em Instituições de Longa Permanência de Recife, nordeste do Brasil**

### **Functional Capacity of Elderly Individuals Affected with Chronic Diseases in Assisted-Living Facilities in Recife (Northeastern Brazil)**

Cibele Maria de Holanda Lira Dantas<sup>1</sup>, Fabiana Maria de Aguiar Bello<sup>2</sup>, Kátia Magdala de Lima Barreto<sup>3</sup>, Luciane Soares de Lima<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco. R. Golfo de Sidra 132 apt. 403, Cabedelo - PB CEP 58310. cibeleholanda@yahoo.com.br

<sup>2</sup> Residência em Saúde da Família, Universidade Federal de Pernambuco.

<sup>3</sup> Departamento de Terapia Ocupacional, Universidade Federal de Pernambuco.

<sup>4</sup> Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco.

#### **Resumo**

O objetivo deste estudo foi descrever o desempenho funcional e a presença de doenças crônicas em 164 idosos de Instituições de Longa Permanência em Recife, Nordeste do Brasil. Foram aplicados um questionário sociodemográfico, a Medida de Independência Funcional (MIF) a escala de Lawton e o Mini-Exame do Estado Mental (MEEM). A análise de variância (ANOVA, Kruskal-Wallis) foi utilizada para avaliar as diferenças dos resultados desses testes entre os idosos sem doença e com doença. Os idosos eram predominantemente solteiros, sexo feminino, baixa escolaridade ou analfabetos. Entre os motivos de admissão destacaram-se a situação de abandono, condição frágil de saúde e vivência em rua. Foi encontrado alto percentual de doenças crônicas nos residentes, a maior parte dos idosos (70%) apresentou dependência para as atividades de vida diária, e todos apresentaram dependência para as atividades instrumentais. Cerca de 51,2% da amostra apresentou comprometimento cognitivo. A demência foi a doença que mais afetou a funcionalidade, seguida dos agravos osteoarticulares e do transtorno mental. Entre as atividades comprometidas destaca-se uso de escadas e controle de esfíncteres. Sendo a alimentação a atividade de melhor desempenho. O resultado encontrado descreve que esses idosos institucionalizados apresentaram comprometimento funcional e situação de vulnerabilidade social.

**Palavras-chave:** atividades cotidianas, doenças crônicas, funcionalidade, institucionalização

#### **Abstract**

The aim of the present study was to describe functional capacity and chronic diseases among 164 elderly individuals in assisted-living facilities in the city of Recife (northeastern Brazil). A socio-demographic questionnaire, the Functional Independence Measure, Lawton Scale and Mini-Mental State Exam were administered. Analysis of variance (ANOVA, Kruskal-Wallis) was used to assess differences in the results of these tests between elderly individuals with and without diseases. The participants were predominantly female, single, with a low level of schooling or illiterate. The main reasons for admission to the institutions were abandonment,

frail health status and homelessness. There was a high percentage of chronic diseases. Most of the participants (70%) were dependent with regard to activities of daily living and all were dependent with regard to instrumental activities. A total of 51.2% of the sample exhibited cognitive impairment. Dementia was the condition that most affected functionality, followed by osteoarticular conditions and mental disorders. The most affected aspects were climbing stairs and sphincter control, whereas the participants performed best in eating. The results of the present study reveal that these institutionalized elderly individuals have functional impairments and are in a situation of social vulnerability.

**Keywords:** activities of daily living, chronic disease, functionality, institutionalization

## 2.1 INTRODUÇÃO

Capacidade funcional é a habilidade física e mental para manter uma vida independente e autônoma para a realização das atividades diárias<sup>1</sup>. É um novo paradigma em saúde para o idoso, pois vai além do diagnóstico e tratamento da doença, valoriza a autonomia e determinação para o desempenho das atividades cotidianas<sup>2</sup>.

Um importante fator que pode comprometer a capacidade funcional do idoso é a presença de doenças crônicas e seus agravos, que são sequelas provocadas por estas morbidades. Com o envelhecimento, essas morbidades representam a principal causa de incapacidade e mortalidade em todo o mundo. Em um levantamento realizado pela Organização Pan-Americana de Saúde<sup>3</sup>, as principais doenças crônicas e agravos que afetam o idoso são: doenças cardiovasculares, hipertensão, acidente vascular cerebral, diabetes, neoplasias, doença pulmonar obstrutiva crônica, doenças músculo-esqueléticas (como artrite e artrose), demência, cegueira e diminuição da visão, doenças mentais e depressão. A presença dessas doenças ou suas sequelas direciona quanto a necessidade de estruturação de serviços de assistência e cuidado ao idoso.

Com um caráter multidimensional, a dependência envolve mais que os aspectos físicos, fatores como cognição, condições emocionais, ambientais, sociais e econômicas estão também envolvidos<sup>1,4</sup>. De acordo com Araújo et al<sup>5</sup> e Bornardi et al<sup>6</sup> um ambiente não adequado às reais necessidades do idoso pode contribuir para ocorrer o isolamento, inatividade física, alteração do planejamento de vida, depressão e limitação no desempenho das atividades diárias.

Assume especial relevância a questão da institucionalização de idosos, como um recurso para cuidado deste público. De acordo com a legislação brasileira (RDC 283), que

define e normatiza todas as instituições de cuidado ao idoso, as Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) podem ser governamentais ou não, de caráter residencial, destinada a 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, podendo ser destinadas a idosos dependentes ou independentes. Uma ILPI deve promover a qualidade de vida do idoso e para isto, o serviço deve levar em consideração os níveis de dependência e estado mental do idoso para garantir sua funcionalidade <sup>7</sup>.

No Brasil, as Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) estão muitas vezes associadas à dependência, acolhendo um grande número de idosos com necessidade de assistência <sup>5</sup>.

O estudo do desempenho funcional em idosos institucionalizados deve favorecer construção de programas para a prevenção e reabilitação de idosos institucionalizados devido às limitações funcionais provocadas pelas doenças crônicas e agravos, facilitando a assistência prestada nestas ILPI. Como também a organização e planejamento de políticas públicas direcionadas para esta população e desenvolvimento de novas pesquisas. O objetivo desta pesquisa foi descrever o perfil do desempenho funcional e de doenças crônicas e agravos em idosos residentes em ILPIs públicas e filantrópicas, na cidade de Recife, Nordeste do Brasil.

## **2.2 MÉTODO**

Trata-se de um estudo descritivo, de corte transversal e abordagem quantitativa, realizado com os residentes de 05 ILPIs, sendo 03 filantrópicas (sem fins lucrativos) e 02 públicas (acolhem idosos em situação de risco e vulnerabilidade social). No ano de 2009 em Recife, haviam 32 ILPIs registradas na Prefeitura da cidade, dessas 9 eram filantrópicas, 2 públicas e 21 particulares. As ILPIs escolhidas foram definidas por serem instituições conveniadas a prefeitura da cidade do Recife e ao Fundo Municipal de Assistência Social, ou seja, que recebem auxílio governamental para seu funcionamento, e que aceitaram participar da pesquisa. Com esse convênio, elas apresentam critérios de estrutura para funcionamento.

A amostra foi escolhida por conveniência. Identificou-se 184 sujeitos residentes nestas cinco ILPI. Foram considerados critérios de exclusão: sujeitos com menos de 60 anos (04) e apresentar transtorno mental em crise aguda (04). Sendo que 12 idosos destas ILPIs não

aceitaram participar da pesquisa. Após estas exclusões, o estudo contou com o total de 164 idosos.

A pesquisa foi realizada após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Agamenon Magalhães de Recife/ Brasil, número de registro 474/2008. Com a anuência dos dirigentes das instituições, os idosos foram consultados para participarem do estudo, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Foi utilizado um questionário para obtenção da descrição do perfil dos participantes com os seguintes dados: sexo, escolaridade, estado civil, número de filhos, suporte familiar, motivo da institucionalização e doenças crônicas apresentadas. O questionário foi respondido pelo idoso ou cuidador principal. As informações sobre doenças e agravos foram coletadas através de diagnóstico confirmado em prontuário, ou referido pelo profissional de saúde responsável pelo idoso na instituição.

O desempenho funcional para as Atividades de Vida Diária (AVD) foi avaliado pela Medida de Independência Funcional – MIF <sup>8</sup>, validada para a população brasileira <sup>9</sup>. Esta medida possui uma pontuação de 18 a 126, e contempla dois domínios, o motor e o cognitivo. Para classificação da população quanto o nível de independência para a realização das AVDs, foi utilizado a distribuição dos escores proposta por Cordeiro, Ricci e Kubota <sup>10</sup>, que definiram a seguinte classificação: 18 pontos dependência completa para as AVDs (assistência total); de 19 a 60 pontos dependência modificada (assistência em até 50% da tarefa); 61 a 103 pontos dependência modificada (assistência em até 25% da tarefa); 104 a 126 pontos independência completa ou modificada para a realização das AVDs, em que o idoso realiza sem ajuda de outra pessoa. Este instrumento avalia o que o idoso faz em seu cotidiano, ou seja, o seu desempenho funcional e não sua capacidade de executar a tarefa caso o ambiente proporcionasse esta atividade.

As Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) foram avaliadas através da Escala de AIVD de Lawton e Brody <sup>11</sup>, e utilizada a versão de Freitas et AL <sup>12</sup>. Foram avaliadas as atividades de uso do telefone, transporte, compras, preparo de refeições, trabalho doméstico, trabalhos manuais ou pequenos reparos domésticos, lavar e passar roupas, controle e administração de medicamentos e finanças. A pontuação máxima é de 27 pontos, que se refere à máxima independência.

As funções cognitivas foram avaliadas pelo Mini-exame do Estado Mental – MEEM <sup>13</sup>, traduzido e validado para a população brasileira por Bertolucci et al. <sup>14</sup>. As funções avaliadas foram orientação temporal e espacial, memória imediata e de evocação, atenção e cálculo, linguagem. Foi utilizado o ponto de corte proposto por estes autores, pois parece mais

se adequar ao nosso meio, devido a escolaridade do idoso. Utilizou-se então ponto de corte de 26 para indivíduos com mais de 8 anos de escolaridade, 18 para os que têm menos de 8 anos e 13 para os não alfabetizados

Os dados foram coletados por duas pesquisadoras durante o período de fevereiro a abril de 2009. Estas realizaram treinamento para uso das escalas de avaliação, e aplicaram teste piloto em 20 idosos residentes em ILPI, para avaliar o uso adequado das instruções do teste e a concordância entre os observadores.

Os resultados dos testes foram organizados através do programa EPIINFO 6.0, com dupla entrada. Os dados foram tratados por estatística descritiva simples, para elaboração da média, mediana e desvio padrão. A normalidade dos dados foi verificada para escolha do teste de variância, sendo utilizada a ANOVA para variável paramétrica e Kruskal-Wallis para variável não paramétrica. A análise de variância foi utilizada para identificar a variação dos escores da MIF, AIVD e MEEM entre os idosos sem doença/ agravo e com doença/ agravo, sendo considerado nível de significância adotado de  $p \leq 0,05$ .

## **2.3 RESULTADOS**

Os idosos avaliados nas ILPI de Recife apresentaram idade média de 72,6 anos, sendo que 25,6% dos idosos possuía 85 anos ou mais, a maior parte era do sexo feminino 72,6%. Ressalta-se que 6,1% não possuía identificação da data de nascimento, por não terem documentos civis e apresentarem comprometimento de memória, dificultando a sua identificação. A maior parte era solteira (57,3%) e não possuía filhos (54,9%), 65,2% eram católicos, 46,3% referiu não possuir qualquer suporte familiar. Quanto à escolaridade, 42,1% não era alfabetizada e 11% apenas sabia escrever o próprio nome. Cerca de 30,5% desses idosos não possuía nenhuma fonte de renda.

Os principais motivos encontrados para institucionalização desses idosos foram a situação de abandono ou ausência de familiar para cuidados (31,1%), seguido da dificuldade da família em cuidar do idoso frágil (22,6%), falta de moradia/ situação de rua (15,2%), transferido de outra ILPI (10,4%), abandonado em hospital (7,9%), vítima de maus tratos ou violência doméstica (5,5%) e outros (7,3%).

Quanto ao grau de dependência para realização das AVDs, encontrou-se alto percentual de idosos com a capacidade funcional prejudicada. A maior parte desses idosos apresentou dependência para realização das AVDs (Gráfico 1).

Quanto às condições de saúde, 91,5% dos idosos apresentavam doenças crônicas ou agravos, o que pode ser visualizado na Tabela 1.

Para análise dos resultados quanto aos testes de desempenho funcional através de análise estatística, foram excluídas as doenças/ agravos que não apresentaram relação significativa. Verificou-se que apenas as enfermidades: seqüela de AVE (Acidente Vascular Encefálico), doença osteoarticular, demência, comprometimento visual e transtorno mental apresentaram dados estatísticos significativos ( $p \leq 0,05$ ). As demais enfermidades não apresentaram diferenças entre os casos e os não casos, nesta amostra, a presença de doenças cardiológicas, respiratórias, diabetes e Parkinson não influenciou nos resultados da MIF, sendo esses dados não utilizados (Tabela 2).

Com a distribuição dos valores da MIF, identificamos que os idosos com demência apresentaram os escores mais baixos para o desempenho das AVDs. Seguidos dos idosos que tinham seqüela de AVE e transtorno mental (Tabela 2).

Para o comprometimento das Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD), a demência apareceu novamente em primeiro lugar provocando maior dependência para a realização dessas atividades, seguida do transtorno mental e da seqüela de AVE. A amostra apresentou uma média de 11,71( $\pm 3,42$ ) para as AIVDs, indicando baixo desempenho, o que também foi encontrado em cada doença isoladamente, como para as doenças osteoarticulares, déficit visual, transtorno mental, seqüela de AVE e demência (Tabela 2).

O desempenho cognitivo também foi baixo nesta amostra, com média do MEEM de 16,68 ( $\pm 14,76$ ), ficando abaixo de 23. Ao se identificar a média por doença e agravo, os idosos com transtorno mental e demência apresentaram maior prejuízo cognitivo em relação aos que não possuem a doença.

Quando distribuído o resultado deste teste cognitivo de acordo com a escolaridade dos idosos, encontramos que 51,22% da amostra apresentaram sinais indicativos de demência, 45,73% não apresenta comprometimento e 7,3% dos idosos apresentaram déficit auditivo grave e/ ou não que responderam a comandos verbais, sendo excluídos da aplicação.

No domínio motor as tarefas mais comprometidas foram, uso de escada para a seqüela de AVE, agravos osteoarticulares e déficit visual, o banho para demência e transtorno mental, e o controle de diurese também para o transtorno mental (Tabela 3). No domínio cognitivo,

as tarefas mais comprometidas foram a interação social para a sequela de AVE e a resolução de problemas para a demência déficit visual e transtorno mental (Tabela 4).

## 2.4 DISCUSSÃO

Os idosos investigados nas ILPIs de Recife eram predominantemente solteiros, do sexo feminino, com baixa escolaridade ou analfabetos e com algum tipo de morbidade. Esse perfil sociodemográfico se confirma com a literatura sobre idosos brasileiros institucionalizados<sup>15,16,17</sup>. Os motivos de admissão encontrados refletem a vulnerabilidade dessa amostra. Destacou-se a situação de abandono, condição frágil de saúde e vivência em rua. O estudo de Fernandes et al<sup>18</sup> também identificou a vivência em rua como fator comum entre os residentes de uma instituição pública do sudeste do Brasil. Estes apresentaram vínculos familiares e sociais fragilizados, com baixa escolaridade, a maioria em busca de sobrevivência, acolhimento e comida.

Um aspecto pouco encontrado na literatura e que esteve presente neste estudo foi a ausência de documentos civis apresentada por 6,1% desta amostra, o que reforça a vulnerabilidade deste público e a fragilidade das políticas públicas, que ainda não garantem o direito de ser reconhecido como cidadão, mesmo quando residindo em instituições vinculadas ao governo.

A ausência de renda para 30% deste público também pode ter contribuído para a fragilidade do idoso, pois sem documentos e sem renda, o idoso deixa de ser um contribuinte para a renda da família para ser mais uma despesa, o que pode ter levado ao abandono da família, e a institucionalização numa ILPI pública.

Sabe-se que em países Europeus, Estados Unidos e Japão a admissão dos idosos em ILPI é principalmente devido à necessidade de cuidados de saúde e reabilitação e não como opção para habitação e suporte social. Nestes países, as casas de acolhida para idosos são estruturadas para assistir às necessidades de dependência funcional e cuidados prolongados, devido a sequelas de doenças<sup>19</sup>. Então a busca das ILPIs para suporte social, como dificuldades financeira, familiar e de habitação, além das questões de saúde, parece não ser uma das necessidades prioritárias da população desses países, como foi observado em nosso estudo.

Foi encontrado alto percentual de doenças crônicas nos residentes, fato comum encontrado com outros estudos realizados no Brasil <sup>16,20</sup> e em países europeus <sup>19,21,22</sup>. Conforme estudos no sul do Brasil <sup>1</sup> e no México <sup>4,23</sup>, o maior número de morbidades leva a maior prevalência de incapacidade funcional.

Encontrou-se um número baixo de casos de demência diagnosticados, diferente do encontrado por Mongil et al <sup>24</sup> com idosos institucionalizados. Esse reduzido número pode estar relacionado com a subnotificação dos registros e/ ou dificuldade de acesso à assistência médica. No entanto, após avaliação cognitiva encontrou-se que mais metade da população (51,22%) apresentava comprometimento expressivo das funções cognitivas.

As principais doenças encontradas que influenciam em dependência funcional do idoso foram: doenças osteoarticulares, seqüela de AVE, déficit visual sem correção com uso de órtese, transtorno mental e demência, o que também foi confirmado em outros estudos <sup>4,25,26,27</sup>.

Pôde-se observar que a alimentação foi a atividade com melhor desempenho para todos as doenças avaliadas. Este bom desempenho pode ser explicado por ser uma atividade que não requer deslocamento e exige pouco desempenho motor, cognitivo e visual, podendo ser realizada por idosos com diferentes seqüelas. A alimentação é encontrada na literatura como AVD menos afetada em idosos com doenças crônicas <sup>27,28</sup> e institucionalizados <sup>29</sup>.

A atividade de uso de escadas apareceu com resultados baixos para todas as doenças crônicas avaliadas, indicando forte dependência dos idosos, corroborando o resultado do estudo de Greve <sup>29</sup>. Apesar desta limitação poder ser provocada pela própria enfermidade, o ambiente também pode ter influenciado. Como as ILPIs pesquisadas possuem estrutura horizontal, a existência de escadas era mínima no trajeto dos idosos, esses em geral não realizavam esta atividade no cotidiano, indicando baixo desempenho no teste aplicado.

O controle de esfínteres, principalmente da urina, também apresentou baixo resultado o que pode estar relacionado com a limitação física e a imobilidade desses idosos. Embora possam existir alterações anatômicas próprias do envelhecimento, a imobilidade pode interferir expressivamente no mecanismo fisiológico, podendo ser um fator preditivo para a perda involuntária de urina <sup>30,31</sup>, pois impede o deslocamento do idoso com autonomia, ficando o idoso restrito ao leito e à cadeira de rodas, passando a depender de fraldas, absorventes e auxílio dos cuidadores. Dependendo do suporte que recebe, passa a ter sua autonomia rebaixada, tornando-se dependente para a realização.

Para as AIVDs foram encontrados idosos dependentes, o que corrobora o estudo de Araújo e Ceolim <sup>5</sup>, quanto à alta frequência de dependência dessas tarefas para idosos

institucionalizados no Brasil. Estes resultados também estão em concordância com outros estudos no mundo, como para idosos institucionalizados em Portugal<sup>32</sup> e na Austrália<sup>33</sup>.

Apesar de encontrarmos um grande número de idosos dependentes residindo em ILPI, a institucionalização não deve ser necessariamente para idosos dependentes no Brasil. As ILPIs devem acolher idosos em qualquer situação de saúde, de acordo com seu objetivo e projeto institucional<sup>5</sup>.

No entanto, em diversos países, inclusive no Brasil as ILPIs vem acolhendo idosos para suporte social e de saúde, e não de escolha quanto ao tipo de moradia a residir. No estudo de Ribbe et al<sup>19</sup> as instituições para assistência de idosos em países como EUA, Itália, França e Japão funcionam para cuidados prolongados de saúde e de reabilitação, sendo os idosos admitidos devido principalmente por apresentarem doenças crônicas e sequelas, com dependência para as AVDs e AIVDs.

Encontramos que no Chile apenas cerca de 12% da população institucionalizada apresenta incapacidade funcional, diferenciando das demais pesquisas<sup>34</sup>. O que pode estar relacionado ao objetivo da institucionalização nesse país, com prioridade para questões sociais e habitacionais.

Quando avaliamos a influência de cada doença no desempenho funcional do idoso, encontramos que a demência foi a que mais causou prejuízos. Possivelmente devido ao quadro que esta provoca, com comprometimento das funções cognitivas, provocando déficit para realização de comandos motores, com falhas de memória e planejamento. Para alguns autores um pior desempenho cognitivo é um importante preditor de incapacidade funcional<sup>4,25,29</sup>, como também para a institucionalização do idoso<sup>15,35</sup>.

A sequela de AVE apresentou forte interferência para atividades que envolvem mobilidade e cognição. Viana et al<sup>27</sup> utilizando o mesmo instrumento de avaliação, também encontraram prejuízo para atividades da esfera cognitiva. A sequela de AVE é um agravo que implica em pior desempenho para atividades que envolvem aspectos motores, pois há maior prejuízo da função muscular.

As doenças ostearticulares apresentaram prejuízo significativo para a mobilidade dos idosos, o que influenciou em baixo desempenho para o uso de escadas, banho e uso do chuveiro.

O déficit visual prejudicou o desempenho dos idosos para as atividades motoras, principalmente escadas, vestir-se e uso do chuveiro. Quanto às atividades cognitivas, houve déficit apenas para resolução de problemas. Possivelmente por ser um agravo que não afeta

significativamente as funções cognitivas, e a atividade de resolução de problemas necessitar de maior interação com o meio, com deslocamento e comando visual.

Alguns autores encontraram que os idosos institucionalizados com baixa visão eram dependentes para atividades como transferência e higiene pessoal<sup>36,37</sup>, marcha e alimentação<sup>20</sup>. A baixa visão interfere na autonomia do idoso para realizar suas AVDs, levando-o à dependência de outras pessoas<sup>38,39,40</sup>. Este agravo impõe restrições à capacidade do movimento livre, seguro e confiante no ambiente, ocasionando uma forte associação entre déficit visual e quedas<sup>38</sup>.

O transtorno mental apresentou interferência para as atividades cognitivas, como piores resultados para resolução de problemas e interação social, o que provavelmente é característico da doença. Quanto às atividades motoras, não houve significância estatística para as atividades de alimentação, transferência, uso do vaso e do chuveiro, marcha e escadas, que envolvem principalmente a deambulação e mobilidade, com baixo potencial cognitivo, função não comumente comprometida no transtorno mental. No entanto, o banho e controle de diurese apresentaram baixos resultados para este público, supostamente porque envolve maior planejamento motor, aquisição de hábitos e autocontrole, aspectos cognitivos que podem estar prejudicados<sup>30,31</sup>.

A dependência para a realização das atividades cotidianas pelo idoso pode ter relação não só com o número e a presença de doenças crônicas, mas o ambiente, as condições pregressas à institucionalização, a idade e o perfil cognitivo, e o tipo de serviço que é oferecido podem influenciar<sup>2,21</sup>.

Encontramos um público com dependência para as atividades cotidianas, demonstrando que as políticas públicas nesta região ainda são pouco eficazes para esta amostra. Mesmo com as limitações físicas e/ ou cognitivas provocadas por estas morbidades, os idosos poderiam ter um melhor desempenho para as atividades diárias, caso houvesse maior investimento em reabilitação e treino de AVD/ AIVD, acessibilidade e uso de tecnologia assistiva, associado a treinamento e qualificação dos cuidadores. Os serviços de cuidado ao idoso precisam ser melhor estruturados para garantir um envelhecimento digno, valorizando o desempenho funcional.

A priorização da vivência no núcleo familiar deve ser estimulada. No entanto, quando a institucionalização for necessária, deve-se recomendar à necessidade de evitar o atendimento padronizado nas ILPIs, devendo estimular um atendimento heterogêneo do processo de envelhecimento, englobando as necessidades específicas de cada idoso, para favorecer sua autonomia e independência.

Deve-se ainda permitir e estimular o idoso a exercer seus direitos e obrigações enquanto cidadão, como documentação atualizada para usufruir os benefícios previstos pela previdência social do país, como aposentadoria, medicamentos, assistência médica. E ainda direitos sociais, culturais, de lazer, afetivo-emocionais e relativos às necessidades individuais.

CMH Lira e LS Lima participaram igualmente de todas as etapas do artigo.

KML Barreto redação e revisão crítica

FMA Bello coleta e interpretação dos dados

### **Agradecimentos**

Agradecemos aos idosos voluntários, dirigentes e funcionários das ILPI que favoreceram o desenvolvimento desta pesquisa.

### **Declaração de conflito de interesse**

Não houve

**Tabela 1** – Caracterização das doenças apresentadas pelos sujeitos da pesquisa. Recife, 2009.

<b>Doença Crônica/ Agravo</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Hipertensão arterial	80	48,8
Osteoarticular	68	41,5
Déficit visual sem correção com uso de órtese	36	22,0
Diabetes	29	17,7
Transtorno mental	25	15,2
Cardíaca	24	16,6
Sequela AVE	21	12,8
Demência	17	10,4
Respiratórias	09	5,5
Neoplasias	06	3,7
Parkinson	02	1,2

**Tabela 2** - Valores das medias e medianas de MIF, AIVD e MEEM, de acordo com as doenças crônicas e agravos apresentados pelos idosos. Recife/ Brasil, 2009.

Doença/ Agravado	Amostra N=164			Avaliação Funcional/ Escalas					
				MIFt		AIVD		MEEM	
				Media ±dp	Mediana	Media ±dp	Mediana	Media ±dp	Mediana
Osteoarticular	Sim	68	41,5	68,5 ±32,3	64,5	10,89 ±2,7	10,0	<b>14,0 ±7,4</b>	14,0
	Não	96	58,5	87,5 ±30,3	98,5	12,3 ±3,8	11,0	<b>14,4 ±7,8</b>	15,0
	<i>p</i>			<0,01		0,01		<b>0,55*</b>	
Visual sem correção com uso de órtesse	Sim	36	22,0	64,5 ±31,5	66,0	10,4 ±2,1	9,5	12,6 ± 7,27	<b>11,5</b>
	Não	128	78,0	83,8 ±31,5	96,0	12,1 ±3,6	10,5	14,9 ±7,7	<b>15</b>
	<i>p</i>				<0,01		<0,01		<b>0,09</b>
Transtorno mental	Sim	25	15,2	61,3 ±32,0	60,0	10,1 ±1,7	9,0	9,0 ±7,1	6,0
	Não	139	84,8	82,9 ±31,5	96,0	12,0 ±3,6	10,0	15,35 ±7,4	16,0
	<i>p</i>			<0,01		<0,01		<0,01	
Sequela de AVE	Sim	21	12,8	59,3 ±34,5	52,0	10,2 ±1,7	10,0	14,2 ±7,8	17,0
	Não	143	87,2	82,6 ±31,2	95,0	11,9 ±3,6	10,0	14,6 ±7,6	15,0
	<i>p</i>				<0,01		0,02	0,95	
Demência	Sim	17	10,4	40,9 ±26,6	30,0	9,3 ±0,6	9,0	4,75 ±4,2	5,0
	Não	147	89,6	84,1 ±30,1	96,0	12,0 ±3,5	10,0	15,5 ±7,2	17,0
	<i>p</i>			<0,01		0,02		<0,01	

*p*= p-valor Kruskal-Wallis.

\*Valore referente ao F-valor do teste ANOVA, dados paramétrico.

Obs. Em negrito, valores que não apresentaram relação significativa.

**Tabela 3** – Valores das médias, desvio padrão e medianas por tarefa da MIF motora, de acordo com a doença/ agravo apresentados pelos idosos. Recife/ Brasil, 2009.

Doença/ Agravo	Atividades/ MIF motora (media/ desvio padrão/ mediana)													
	Alimentação	Higiene	Banho	Vestir superior	Vestir inferior	Vaso	Controle diurese	Controle defecação	Leito/ cadeira	Vaso	Chuveiro	Marcha	Escadas	
AVE	Sim	4,5 ±2,2	3,0 ±2,3	2,9 ±2,2	2,9 ±2,4	2,9 ±2,4	3,4 ±2,4	2,9 ±2,2	3,9 ±2,7	3,1 ±2,5	3,5 ±2,7	3,2 ±2,7	3,1 ±2,5	1,5 ±1,5
		5,0	1,5	1,0	1,0	1,0	4,0	1,5	3,0	2,0	1,0	1,0	1,0	1,0
	Não	5,8 ±1,6	4,9 ±2,4	4,4 ±2,3	4,7 ±2,3	4,5 ±2,4	4,8 ±2,3	4,6 ±2,4	5,2 ±2,4	5,2 ±2,2	5,0 ±2,3	4,8 ±2,5	4,9 ±2,2	2,5 ±2,3
		6,0	5,0	5,5	6,0	6,0	6,0	5,0	6,0	6,0	6,0	6,0	6,0	6,0
<i>p</i>		<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	0,04	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	0,02
Osteoarticular	Sim	5,1 ±1,9	4,0 ±2,5	3,4 ±2,5	3,7 ±2,3	3,5 ±2,4	3,8 ±2,4	3,5 ±2,5	4,2 ±2,6	3,9 ±2,3	3,8 ±2,4	3,4 ±2,5	3,6 ±2,4	1,5 ±1,5
		6,0	5,0	2,0	4,0	3,5	4,0	3,0	5,0	4,5	4,0	2,0	4,0	1,0
	Não	6,0 ±1,4	5,1 ±2,2	5,4 ±2,2	5,0 ±2,3	4,9 ±2,3	5,2 ±2,1	5,0 ±2,2	5,6 ±2,2	5,7 ±2,1	5,4 ±2,2	5,4 ±2,2	5,5 ±2,0	3,0 ±2,5
		6,0	6,0	6,0	6,0	6,0	6,0	6,0	7,0	7,0	6,0	6,0	6,0	1,0
<i>p</i>		<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01
Demência	Sim	4,1 ±2,0	2,3 ±3,7	2,1 ±1,6	2,3 ±2,0	2,2 ±1,9	2,4 ±2,1	2,4 ±2,2	2,7 ±2,4	2,9 ±2,4	2,7 ±2,4	2,4 ±2,4	2,9 ±2,5	1,5 ±1,3
		5,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
	Não	5,8 ±1,6	4,9 ±5,5	4,5 ±2,3	4,7 ±2,3	4,6 ±2,4	4,9 ±2,2	4,6 ±2,4	5,3 ±2,3	5,2 ±2,2	5,0 ±2,3	4,8 ±2,4	4,9 ±2,2	2,5 ±2,3
		6,0	6,0	6,0	6,0	6,0	6,0	5,0	7,0	6,0	6,0	6,0	6,0	1,0
<i>p</i>		<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	0,05
Visual sem correção com uso de órtese	Sim	4,7 ±2,1	3,9 ±2,6	4,4 ±2,3	3,4 ±2,4	3,3 ±2,5	3,6 ±2,4	3,4 ±2,4	3,9 ±2,6	4,2 ±2,4	3,8 ±2,5	3,3 ±2,4	3,6 ±2,3	1,2 ±0,9
		5,0	4,5	2,5	2,0	2,0	2,5	3,0	4,5	5,0	4,5	2,5	4,5	1,0
	Não	5,9 ±1,5	4,9 ±2,4	4,5 ±2,3	4,8 ±2,3	4,6 ±2,4	4,9 ±2,2	4,6 ±2,4	5,3 ±2,3	5,1 ±2,3	5,0 ±2,3	5,0 ±2,5	5,0 ±2,3	2,7 ±2,4
		6,0	6,0	6,0	6,0	6,0	6,0	5,0	7,0	6,0	6,0	6,0	6,0	1,0
<i>p</i>		<0,01	0,02	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01
Transtorno mental	Sim	4,9 ±2,2	3,3 ±2,4	3,1 ±2,3	3,4 ±2,3	3,2 ±2,3	3,7 ±2,5	3,1 ±2,1	<b>3,8 ±2,6</b>	<b>4,7 ±2,6</b>	<b>4,2 ±2,6</b>	<b>4,1 ±2,7</b>	<b>4,6 ±2,6</b>	<b>2,6 ±2,3</b>
		6,0	2,0	2,0	3,0	3,0	3,0	3,0	<b>4,0</b>	<b>6,0</b>	<b>6,0</b>	<b>5,0</b>	<b>6,0</b>	<b>1,0</b>
	Não	5,8 ±1,6	4,9 ±2,4	4,4 ±2,3	4,7 ±2,4	4,5 ±2,4	4,8 ±2,3	4,6 ±2,2	<b>5,3 ±2,3</b>	<b>5,0 ±2,3</b>	<b>4,9 ±2,3</b>	<b>4,7 ±2,5</b>	<b>4,7 ±2,3</b>	<b>2,4 ±2,2</b>
		6,0	6,0	6,0	6,0	6,0	6,0	6,0	<b>7,0</b>	<b>6,0</b>	<b>6,0</b>	<b>6,0</b>	<b>6,0</b>	<b>1,0</b>
<i>p</i>		0,09	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	0,04	<0,01	<b>&lt;0,01</b>	<b>0,79</b>	<b>0,19</b>	<b>0,24</b>	<b>0,93</b>	<b>0,63</b>

Obs. Em negrito, valores que não apresentaram relação significativa.

**Tabela 4** – Valores das médias, desvio padrão e medianas por tarefas da MIF cognitiva, de acordo com a doença crônica ou agravos apresentados pelos idosos. Recife/ Brasil, 2009.

Doença/ Agravado		Atividades/ MIF cognitiva (Media/ desvio padrão/ mediana)				
		Compreensão	Expressão	Interação social	Resolução de problemas	Memória
AVE	S	<b>4,2 ±2,0</b> <b>5,0</b>	<b>3,9 ±2, 3</b> <b>4,0</b>	<b>3,7 ±2,2</b> <b>3,0</b>	<b>2,8 ±2,0</b> <b>1,0</b>	<b>3,7 ±2,3</b> <b>3,0</b>
	N	<b>4,6 ±1,5</b> <b>5,0</b>	<b>4,6 ±1,5</b> <b>5,0</b>	<b>4,6 ±1,9</b> <b>5,0</b>	<b>3,5 ±2,0</b> <b>4,0</b>	<b>4,3 ±2,1</b> <b>5,0</b>
	<i>P</i>	<b>0,55</b>	<b>0,10</b>	<b>0,06</b>	<b>0,10</b>	<b>0,19</b>
Osteoarticulares	S	<b>4,4 ±1,6</b> <b>5,0</b>	<b>4,4 ±1,7</b> <b>5,0</b>	<b>4,6 ±2,0</b> <b>5,0</b>	<b>3,1 ±2,0</b> <b>3,0</b>	<b>4,2 ±2,1</b> <b>4,5</b>
	N	<b>4,6 ±1,5</b> <b>5,0</b>	<b>4,6 ±1,6</b> <b>5,0</b>	<b>4,4 ±1,9</b> <b>5,0</b>	<b>3,6 ±2,0</b> <b>4,5</b>	<b>4,3 ±2,1</b> <b>5,0</b>
	<i>P</i>	<b>0,29</b>	<b>0,48</b>	<b>0,59</b>	<b>0,17</b>	<b>0,70</b>
Demência	S	2,6 ±1,0 3,0	2,2 ±1,1 2,0	2,3 ±1,1 2,0	1,1 ±0,5 1,0	1,3 ±0,6 1,0
	N	4,7 ±1,4 5,0	4,8 ±1,5 5,0	4,7 ±1,9 5,0	3,7 ±2,0 4,0	4,6 ±1,9 5,0
	<i>P</i>	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01
Visual	S	<b>4,2 ±1,5</b> <b>4,0</b>	<b>4,2 ±1,5</b> <b>4,5</b>	<b>4,3 ±1,9</b> <b>5,0</b>	2,7 ±1,9 2,5	<b>3,8 ±2,2</b> <b>3,5</b>
	N	<b>4,6 ±1,6</b> <b>5,0</b>	<b>4,6 ±1,7</b> <b>5,0</b>	<b>4,5 ±2,0</b> <b>5,0</b>	3,6 ±2,0 4,0	<b>4,4 ±2,1</b> <b>5,0</b>
	<i>P</i>	<b>0,18</b>	<b>0,12</b>	<b>0,40</b>	0,03	<b>0,14</b>
Transtorno mental	S	3,2 ±1,4 3,0	3,0 ±1,5 3,0	2,2 ±1,4 2,0	1,6 ±1,3 1,0	2,5 ±1,7 2,0
	N	4,8 ±1,5 5,0	4,8 ±1,5 5,0	4,9 ±1,8 5,0	3,7 ±2,0 5,0	4,6 ±2,0 5,0
	<i>P</i>	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01

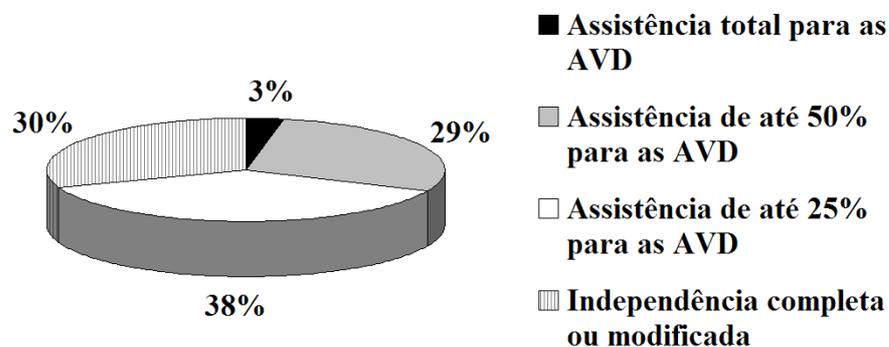
Obs. Em negrito, valores que não apresentaram relação significativa.

**Gráfico 1** – Distribuição dos valores da MIF total de acordo com a classificação quanto o nível de independência funcional de idosos institucionalizados. Recife/ Brasil, 2009.

<b>Medida de Independência Funcional (MIF)</b>	<b>FA*</b>	<b>FR**</b>
Assistência total para as AVD	5	3%
Assistência de até 50% para as AVD	47	38,80%
Assistência de até 25% para as AVD	62	37,80%
Independência completa ou modificada	50	30,50%
<b>TOTAL</b>	<b>164</b>	<b>100%</b>

\* FA = Frequência Absoluta

\*\* FR = Frequência Relativa



**Gráfico 1** – Distribuição dos valores da MIF total de acordo com a classificação quanto o nível de independência funcional de idosos institucionalizados. Recife/ Brasil, 2009.

## REFERÊNCIAS

1. Santos, KA, Koszuoski, R, Dias-da-Costa, JS, Pattussi, MP. Fatores associados com a incapacidade funcional em idosos do Município de Guatambu, Santa Catarina, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2007; 23(11):2781-2788.
2. Rosa, LR, Benício, MHD, Latorre, MRDO, Ramos, LR. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Rev. Saúde Públ* 2003. 37(1), 40-48.
3. Organização Pan-America de Saúde - OPAS. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. [tradução Suzana Gontjo] Ministério da Saúde: Brasília 2005; 34-35.
4. Dorantes-Mendonza, G, Ávila-Funes, JA, Mejía-Arango, S, Guitiérrez-Robledo, LM. Factores asociados con la dependência funcional em los adultos mayores: um análisis secundário Del Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento. *Pan Am. J. Public Health Washington* 2007; 22 (1), 1-11.
5. Araújo, MOPH, Ceolim, ME. Avaliação do grau de independência de idosos residentes em instituições de longa permanência. *Rev. esc. enferm. USP* 2007; 41(3):378-85.
6. Bornardi, G, Azevedo e Souza, VB, Moraes, JFD. Incapacidade funcional e idoso: um desafio para profissionais de saúde. *Scientia medica* 2007; v.17, n. 3, p.138-144.
7. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa. Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 283. Ministério da Saúde: Brasília, 2005.
8. Granger, CV, Hamilton, BB, Keith, RA, Zielezny, M, Sherwin, FS. Advances in functional assesment for rehabilitation. In: Rockville, MD. *Topics in geriatric rehabilitation*. Aspen, 1986.
9. Riberto, M, Miyazaki, MH, Jucá, SSH, Sakamoto, H, Pinto, PPN, Battistela, LR. Validação da Versão Brasileira da Medida de Independência Funcional. *ACTA Fisiatr* 2004. 11(2), 72-76.
10. Ricci, NA; Kubota, MT e Cordeiro, RC. Concordância de observações sobre a capacidade funcional de idosos em assistência domiciliar. *Rev. Saúde Pública* 2005; v.39, n.4, pp. 655-662
11. Lawton, MP, Brody, E. Assesment of older people: self maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist* 1969; v.9, n.3, p.179-186.
13. Folstein MF, Folstein SE, Mchugh PR. Mini-mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J. Psychiatr. Res* 1975; 12:189-98.
12. Freitas, EV, Miranda, RD, Nery, MR. Parâmetros clínicos do envelhecimento e avaliação geriátrica global., in: Freitas, E.V., *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002, pp.609-616.

14. Bertolucci, P.H.F., Brucki, S.M.D., Campacci, S.R., Juliano, Y., 1994. O Mini do Estado Mental em Exame uma população geral: impacto da escolaridade. *Arq. Neuro - Psiquiatr.*, São Paulo, 52, 1-7.
16. Oliveira, DLC, Goretti, LC, Pereira, LSM. O desempenho de idosos institucionalizados com alterações cognitivas em atividades de vida diária e mobilidade: estudo piloto. *Rev. bras. fisioter.* 2006, vol. 10, no. 1, 91-96.
15. Plati, MCF, Covre, P, Lukasova, K, Macedo, EC. Depressive symptoms and cognitive performance of the elderly: relationship between institutionalization and activity programs. *Rev. Bras. Psiquiatr* 2006; 28, n2, 118-121.
17. Converso, ME, Lartelli, I. Caracterização e análise do estado mental e funcional de idosos institucionalizados em instituições públicas de longa permanência. *J. bras. Psiquiatr* 2007; vol.56, n.4, 267-272.
18. Fernandes, FSL, Raizer, MV, Bretãs, ACP. Pobre, idoso e na rua: uma trajetória de exclusão. *Rev Latino-am Enfermagem* 2007; 15, 755-761.
19. Ribbe, MW, Ljunggren, G, Steel, K, Topinková, E, Hawes, C, Ikegami, N, et al. Nursing homes in 10 nations: a comparison between countries and settings. *Age Ageing* 1997, 26-s2:3-12.
20. Davim, RMB, Torres, GV, Dantas, SM, Lima, VM. Estudo com idosos de instituições asilares no município de Natal/RN: características socioeconômicas e de saúde. *Rev Latino-am Enfermagem* 2004, vol.12, no.3, p. 518-524.
21. Nihtilä, EK, Martikainen, PT, Koskinen, SVP, Reunanen, AR, Noro, AM, Häkkinen, UT. Chronic conditions and the risk of long-term institutionalization among older people. *Eur. J. of Public Health* 2007; Vol. 18, n.1, 77-84.
22. Zanochi, M, Maero, B, Nicola, E, Martinelli, E, Luppino, A, Gonella, et al. Chronic pain in a sample of nursing home residents: Prevalence, characteristics, influence on quality of life (QoL). *Arch. Gerontol. Geriatr.* 2008; 47, 121-128.
23. Barrantes-Monge, M, García-Mayo, EJ, Gutiérrez-Robledo, LM, Miguel-Jaimes, A. Dependencia funcional y enfermedades crónicas en ancianos mexicanos. *Salud pública Méx, México* 2007; vol.49, S459-S466.
24. Mongil, RL, Trigo, JAL, Sanz, EJC, Gómez, ST, Colombo, TL, Grupo de Trabajo de Atención Sanitaria en Residencias de Ancianos de la Sociedade Española de Geriatria y Gerontología. Prevalência de demência em pacientes institucionalizados: estudo RESYDEM. *Rev. Esp. Geriatr. Gerontol* 2009; 44(1), 5-11.
25. Castro, KCM, Guerra, R. O. Impact of cognitive performance on the functional capacity of the elderly population in Natal, Brazil. *Arq. Neuro - Psiquiatr.* 2008; 66(4), 809-813.

26. Rodrigues, RAP, Scudeller, PG, Pedrazzi, C, Schiavetto, FV, Lange, C. Morbidade e sua interferência na capacidade funcional de idosos. *Acta paul. Enferm* 2008. 21(4), 643-648.
27. Viana, FP, Lourenço, A C, Oliveira, EF, Resende, SM. Medida de Independência funcional nas atividades de vida diária em idosos com seqüela de acidente vascular encefálico no Complexo Gerontológico Sagrada Família em Goiânia. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol* 2008; V11, n1, 1809-1823.
28. Vivian, AS, Argimon, ILL. Estratégias de enfrentamento, dificuldades funcionais e fatores associados em idosos institucionalizados. *Cad. Saúde Pública* 2009; 25(2):436-444.
29. Greve, P, Guerra, AG, Portela, MA, Portes, MS, Rebelatto, JR. Correlações entre mobilidade e independência funcional em idosos institucionalizados e não-institucionalizados. *Fisioter Mov.* 2007; v20, n4, 117-124.
30. Coppola L, Caserta F, Grassia A. Rinary incontinence in the elderly: relation to cognitiva and motor function. *Arch. Gerontol. Geriatr.* 2002, 35(1), 27-34.
31. Júnior, WFSB, Mendes, FM. Incontinência urinária em idosos institucionalizados: relação com mobilidade e função cognitiva. *Arq. Cat. Med.* 2007; v36, n4, 49-54.
32. Lobo, A, Santo, SMP, Carvalho, J. Anciano institucionalizado: qualidade de vida y funcionalidad. *Rev. Esp. Geriatr. Gerontol.* 2007; 42 (supl 1), 22-26.
33. Hamdorf, P, Sattr, G, Williams, M. A survey of physical activy levels and functional capacity in older adults in south Austrália. *J. Aging Phys. Act.* 2002; 10, 281-289.
34. Marín, PP, Guzmán, JM, Araya, A. Adultos mayores institucionalziados em Chile: ¿ Como saber cuántos son? *Rev. Méd. Chil.* 2004; 132, 832-838.
35. Carpenter, GI, Hastie, CL, Morris, JN, Fries, BE, Ankri, J. Measuring change in activies of daily living in nursing home residents with moderate to severe cognitive impairment. *BMC Geriatrics* 2006; 6:8, 1-8.
36. Marx, MS, Werner, P, Cohen-Mansfield, J, Feldman, R. The relationship between low vision and performance of activities of daily living in nursing home residents. *J Am Geriatr Soc* 1992; 40 (10): 1018-1020.
37. Horowitz, A. Vision impairment and functional disability among nursong home residents. *Gerontologist* 1994; 34 (3), 316-323.
38. Ivers, RQ, Cumming, RG, Mitchell, P, Artebo, K. Visual impairment and falls in older adults: tha Blue Mountains Eye Study. *J. Am. Geriatr. Soc.* 1998; 46, 58-64.
39. Silva, MJ, Lopes, MVO, Araújo, MFMA, Moraes, GLA. Avaliação do grau de dependência nas atividades de vida diária em idosos da cidade de Fortaleza – Ceará. *Acta paul. enferm.* 2006; 19(2), 201-206.

40. Navascués, LJ, Ordovas, CAH. Los ancianos y las alteraciones visuales como factor de riesgo para su independencia. Gerokomos 2007.18(10), 16-23.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presença de doenças crônicas e agravos leva a uma redução da capacidade funcional do idoso e pode favorecer à institucionalização.

A institucionalização de idosos no Brasil é marcada pela presença feminina, com baixa escolaridade, poucos ou nenhum vínculo familiar e limitações funcionais.

No artigo original, o desempenho funcional de idosos residentes em ILPI de Recife apresentou-se com dependência modificada para a maior parte da amostra. O que reflete um público que necessita de assistência para realizar suas atividades diárias básicas e instrumentais. Sendo a demência e o transtorno mental as morbidades que mais prejudicaram o desempenho desses idosos.

As atividades diárias como usos de escadas e resolução de problemas, apresentaram maiores prejuízos para os residentes, necessitando de uma maior atenção por parte da equipe de reabilitação quanto a estimulação, treino e adaptação para facilitar o desempenho da realização destas atividades pelos idosos.

Encontrou-se também um alto percentual de doenças crônicas e agravos, associados a fragilidade dos vínculos sociais e direitos civis, o que pode ter contribuído para as limitações presentes durante a institucionalização.

A admissão dos idosos nas instituições pesquisadas no Brasil apresentou um caráter mais social do que de assistência à saúde para reabilitação, diferente do identificado em instituições européias e dos Estados Unidos.

A população atendida por estas ILPI é fragilizada e busca a instituição como suporte social para suas demandas, já que muitas vezes não são encontradas na comunidade e na família.

As doenças crônicas mais frequentes, não parecem ser as que provocam maiores prejuízos funcionais. A demência provocou grandes limitações nesta amostra, tanto para atividades motoras quanto para cognitivas. Algumas AVD aparecem mais prejudicadas nesta amostra institucionalizada, necessitando de um maior enfoque e desenvolvimento de Programas que dêem suporte para o desempenho funcional destes idosos.

Com a identificação do perfil da população institucionalizada no Brasil, pode-se estabelecer Programas de intervenção e de assistência mais eficazes às reais necessidades do idoso. Esses possuem quadros heterogêneos e necessitam de assistência especializada, para favorecer seu desempenho funcional e qualidade de vida, mesmo que fora do contexto familiar.

## **ANEXOS E APÊNDICES**

**ANEXO A - Normas para submissão de artigos na Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**

A Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia é continuação do título revista Textos sobre Envelhecimento, fundada em 1998. É um periódico especializado, de periodicidade quadrimestral, que publica produção científica no âmbito da Geriatria e Gerontologia, com o objetivo de contribuir para o aprofundamento das questões atinentes ao envelhecimento humano.

*(a) Categorias de trabalhos*

Artigos originais: são relatos de trabalho original, destinados à divulgação de resultados de pesquisas inéditas de temas relevantes para a área pesquisada, apresentados com estrutura constituída de Introdução, Metodologia, Resultados, Discussão e Conclusão, embora outros formatos possam ser aceitos (Máximo de 5.000 palavras, excluindo referências bibliográficas, tabelas e figuras. Máximo de referências: 35)

Para aceitação de artigo original abrangendo ensaios controlados aleatórios e ensaios clínicos será solicitado o número de identificação de registro dos ensaios - vide tópico (g).

Revisões: síntese crítica de conhecimentos disponíveis sobre o tema, com análise da literatura consultada e conclusões. Apresentar a sistemática de levantamento utilizada. (Máximo de 5.000 palavras e 50 referências).

Relatos de caso: prioritariamente relatos significantes de interesse multidisciplinar e/ou práticos, relacionados ao campo temático da revista. (Máximo de 3.000 palavras e 25 referências).

Atualizações: trabalhos descritivos e interpretativos, com fundamentação sobre a situação global em que se encontra determinado assunto investigativo, ou potencialmente investigativo. (Máximo de 3.000 palavras e 25 referências).

Comunicações breves: relatos breves de pesquisa ou de experiência profissional com evidências metodologicamente apropriadas. Relatos que descrevem novos métodos ou técnicas serão também considerados. Máximo de 1.500 palavras, 10 referências e uma tabela/figura).

Resenhas: resenha crítica de livros e trabalhos relacionados ao campo temático da revista, publicados nos últimos dois anos. (Máximo de 1.500 palavras e 10 referências).

*(b) Autoria*

O conceito de autoria está baseado na contribuição de cada um, no que se refere à concepção e planejamento do projeto de pesquisa, obtenção ou análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica etc. Não se enquadrando nesses critérios deve figurar na seção "Agradecimentos". Explicitar a contribuição de cada um dos autores. Os autores são responsáveis pela obtenção de autorização escrita das pessoas nomeadas nos agradecimentos, já que se pode aferir que tais pessoas subscrevem o teor do trabalho.

## Preparação do texto

### (c) *Apresentação dos manuscritos – formato e partes*

Os manuscritos devem destinar-se exclusivamente à Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Serão aceitos em português, espanhol ou inglês. Encaminhar uma cópia impressa e uma em disquete ou CD (que não serão devolvidos)

Texto: preparado em folha tamanho A-4, espaço duplo, fonte *Arial* tamanho 12, margens de 3 cm. Todas as páginas deverão estar numeradas. Tabelas: deverão ser preparadas em folhas individuais e separadas, numeradas consecutivamente em algarismos arábicos, e sua localização no texto deve ser indicada. Preferencialmente, não repetir em gráficos os dados apresentados em tabela. Não traçar na tabela linhas internas horizontais ou verticais; os quadros terão as bordas laterais abertas. A cada uma se deve atribuir um título breve. Imagens: o autor responsabiliza-se pela qualidade das figuras (desenhos, ilustrações e gráficos), que devem ser enviados em impressão de alta qualidade, em preto-e-branco e/ou cinza, e devem estar no programa original (Excel, Corel etc.) ou em 300 dpi quando não forem editáveis. Notas de rodapé: deverão ser restritas ao necessário e indicadas por asterisco.

Página de título contendo: (a) *Título* completo do artigo, em português ou espanhol e em inglês, e título curto para as páginas. Um bom título permite identificar o tema do artigo. (b) *Autores*: devem ser citados como autores somente aqueles que participaram efetivamente do trabalho, para ter responsabilidade pública pelo seu conteúdo. Relacionar nome e endereço completo de todos os autores, incluindo e-mail, última titulação e respectivas instituições, e indicar o autor para correspondência. Devem ser especificadas as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo (ex: .... trabalhou na concepção e na redação final e ..... na pesquisa e na metodologia).

(c) *Agradecimentos* (d) *Conflito de interesses*: declarar a inexistência ou existência de conflito de interesses de cada autor (e) *Trabalhos subvencionados* indicar o agente financiador e respectivo número de processo.

Resumo: os artigos deverão ter resumo com um mínimo de 150 palavras e máximo de 250 palavras. Os artigos submetidos em inglês deverão ter resumo em português, além do abstract em inglês. Para os artigos originais, os resumos devem ser estruturados destacando objetivos, métodos, resultados e conclusões mais relevantes. Para as demais categorias, o formato dos resumos pode ser o narrativo, mas com as mesmas informações. Não deve conter citações.

Palavras-chave: indicar no mínimo três e no máximo seis termos que identifiquem o conteúdo do trabalho, utilizando descritores em Ciência da Saúde - DeCS - da Bireme (disponível em <http://www.bireme.br/decs>).

Corpo do artigo: os trabalhos que expõem investigações ou estudos devem estar no formato: introdução, metodologia, resultados, discussão e conclusões. Introdução: deve conter o objetivo e a justificativa do trabalho; sua importância, abrangência, lacunas, controvérsias e outros dados considerados relevantes pelo autor. Não deve ser extensa, a não ser em manuscritos submetidos como Artigo de Revisão. Metodologia: deve conter descrição da amostra estudada e dados do

instrumento de investigação. Nos estudos envolvendo seres humanos deve haver referência à existência de um termo de consentimento livre e esclarecido apresentado aos participantes após aprovação do Comitê de Ética da instituição onde o projeto foi desenvolvido. Resultados: devem ser apresentados de forma sintética e clara, e apresentar tabelas ou figuras elaboradas de forma a serem auto-explicativas e com análise estatística. Evitar repetir dados do texto. Discussão: deve explorar os resultados, apresentar a experiência pessoal do autor e outras observações já registradas na literatura. Dificuldades metodológicas podem ser expostas nesta parte. Conclusão: apresentar as conclusões relevantes face aos objetivos do trabalho, e indicar formas de continuidade do estudo.

Pesquisa envolvendo seres humanos: o trabalho deve ser aprovado pelo Comitê de Ética da instituição onde a pesquisa foi realizada e cumprir os princípios éticos contidos na Declaração de Helsinki, além do atendimento a legislação pertinente. Na parte Metodologia constituir o último parágrafo com clara afirmação deste cumprimento.

Agradecimentos: podem ser registrados agradecimentos a instituições ou indivíduos que prestaram efetiva colaboração para o trabalho, em parágrafo com até cinco linhas.

Referências: Todas as obras citadas no texto devem figurar nas referências, numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem mencionadas pela primeira vez. As citações ao longo do texto devem ser identificadas no próprio texto.

Exemplos de Referências estão ao final das “orientações”.

#### *(h) Referências*

As referências bibliográficas devem ser normalizadas de acordo com o estilo *Vancouver*. A identificação das referências no texto, nas tabelas e figuras deve ser feita por número arábico, correspondendo à respectiva numeração na lista de referências. As referências devem ser listadas pela ordem em que forem mencionadas pela primeira vez no texto (e não em ordem alfabética). Esse número deve ser colocado em expoente.

*Exemplo de identificação no texto – observe que não é em ordem alfabética:*

## ANEXO B – Normas para submissão de artigos na Revista Ciência &amp; Saúde Coletiva

**Ciência & Saúde Coletiva** INSTRUÇÕES AOS AUTORES

ISSN 1413-8123 *versão impressa*  
ISSN 1678-4561 *versão online*

**Apresentação de manuscritos**

1. Os originais podem ser escritos em português, espanhol, francês e inglês. Os textos em português e espanhol devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em inglês. Os textos em francês e inglês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em português. Não serão aceitas notas de pé-de-página ou no final do artigo.
2. Os textos têm de ser digitados em espaço duplo, na fonte Times New Roman, no corpo 12, margens de 2,5 cm, formato Word e encaminhados apenas pelo endereço eletrônico ([www.cienciaesaudecoletiva.com.br](http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br)) segundo as orientações do menu Artigos e Avaliações.
3. Os artigos submetidos não podem ter sido divulgados em outra publicação, nem propostos simultaneamente para outros periódicos. Qualquer divulgação posterior do artigo em outra publicação deve ter aprovação expressa dos editores de ambos os periódicos. A publicação secundária deve indicar a fonte da publicação original.
4. As questões éticas referentes às publicações de pesquisa com seres humanos são de inteira responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1989, 1996 e 2000).
5. Os artigos devem ser encaminhados com as autorizações para reproduzir material publicado anteriormente, para usar ilustrações que podem identificar pessoas e para transferir direitos de autor e outros documentos que se façam necessários.
6. Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e a procedência das citações são de exclusiva responsabilidade do(s) autor(es).
7. Os artigos publicados serão de propriedade da revista *C&SC*, ficando proibida a reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização da Revista.
8. Os textos são em geral (mas não necessariamente) divididos em seções com os títulos Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, às vezes, sendo necessária a inclusão de subtítulos em algumas seções. Os títulos e subtítulos das seções não devem estar organizados com numeração progressiva, mas com recursos gráficos (caixa alta, recuo na margem, etc.).
9. O **resumo/abstract**, com no máximo 1.400 caracteres com espaço (incluindo palavras-chave/key words), deve explicitar o objeto, objetivos, metodologia, abordagem teórica e resultados do estudo ou investigação. Logo abaixo do resumo os autores devem indicar até no máximo seis palavras-chave/key words. Chamamos a atenção para a importância da clareza e objetividade na redação do resumo, que certamente contribuirá no interesse do leitor pelo artigo, e das palavras-chave, que auxiliarão a indexação múltipla do artigo.

**Autoria**

1. As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve pressupor: a) concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados, b) redação do artigo ou a sua revisão crítica, e c) aprovação da versão a ser publicada.
2. No final do texto devem ser especificadas as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo (ex. LM Fernandes trabalhou na concepção e na redação final e CM Guimarães, na pesquisa e na metodologia).

**Nomenclaturas**

1. Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura biológica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.
2. Devem ser evitadas abreviaturas no título e no resumo.
3. A designação completa à qual se refere uma abreviatura deve preceder a primeira ocorrência desta no texto, a menos que se trate de uma unidade de medida padrão.

**Ilustrações**

1. O material ilustrativo da revista *C&SC* compreende tabela (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.), quadro (elementos demonstrativos com informações textuais), gráficos (demonstração esquemática de um fato e suas variações), figura (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, como também por meio de desenhos ou fotografias). Vale lembrar que a revista é impressa em uma cor, o preto, e caso o material ilustrativo esteja em cor, será convertido para tons de cinza.
2. O número de material ilustrativo deve ser de, no máximo, cinco por artigo, salvo exceções referentes a artigos de sistematização de áreas específicas do campo temático, quando deverá haver negociação prévia entre editor e autor(es).
3. Todo o material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente em algarismos arábicos, com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído um breve título. Todas as ilustrações devem ser citadas no texto.
4. As tabelas e os quadros devem ser confeccionados no mesmo programa utilizado na confecção do artigo (Word).
5. Os gráficos devem estar no programa Excel, e os dados numéricos devem ser enviados, de preferência, em separado no programa Word ou em outra planilha como texto, para facilitar o recurso de copiar e colar.
6. Os arquivos das figuras (mapa, por ex.) devem ser salvos no (ou exportados para o) formato Ilustrator ou Corel Draw. Estes formatos conservam a informação VETORIAL, ou seja, conservam as linhas de desenho dos mapas. Se for impossível salvar nesses formatos; os arquivos podem ser enviados nos formatos TIFF ou BMP, que são formatos de imagem e NÃO conservam sua informação vetorial, o que prejudica a qualidade do resultado. Se usar o formato TIFF ou BMP, salvar na maior resolução (300 ou mais DPI) e maior tamanho (lado maior = 18cm). O mesmo se aplica para o material que estiver em fotografia. Caso não seja possível

enviar as ilustrações no meio digital, deve ser enviado o material original em boas condições para reprodução

### **Agradecimentos**

1. Quando existirem, devem ser colocados antes das referências bibliográficas.
2. Os autores são responsáveis pela obtenção de autorização escrita das pessoas nomeadas nos agradecimentos, dado que os leitores podem inferir que tais pessoas subscrevem os dados e as conclusões.
3. O agradecimento ao apoio técnico deve estar em parágrafo diferente daqueles a outros tipos de contribuição.

### **Referências**

1. As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. No caso de as referências serem de mais de dois autores, no corpo do texto deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão *et al.*
2. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos, conforme exemplos abaixo:  
ex. 1: ... Outro indicador analisado foi o de !maturidade do PSF" <sup>11</sup> ...  
ex. 2: ... Como alerta Maria Adélia de Souza <sup>4</sup>, a cidade...

As referências citadas somente nos quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto.

3. As referências citadas devem ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos *Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos* (<http://www.icmje.org>).
4. Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<http://www.nlm.nih.gov/>).
5. O nome de pessoa, cidades e países devem ser citados na língua original da publicação.

### **Exemplos de como citar referências**

#### **Artigos em periódicos**

1. Artigo padrão (inclua até 6 autores, seguidos de *et al.* se exceder a esse número)

Pelegrini MLM, Castro JD, Drachler ML. Equidade na alocação de recursos para a saúde: a experiência no Rio Grande do Sul, Brasil. *Rev C S Col* 2005; 10(2):275-86.

Maximiano AA, Fernandes RO, Nunes FP, Assis MP, Matos RV, Barbosa CGS, *et al.* Utilização de drogas veterinárias, agrotóxicos e afins em ambientes hídricos: demandas, regulamentação e considerações sobre riscos à saúde humana e ambiental. *Rev C S Col* 2005;

10(2):483-91.

2. Instituição como autor

The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996; 164:282-4

3. Sem indicação de autoria

Cancer in South Africa [editorial]. *S Afr Med J* 1994; 84:15.

4. Número com suplemento

Duarte MFS. Maturação física: uma revisão de literatura, com especial atenção à criança brasileira. *Cad Saúde Pública* 1993; 9(Supl 1):71-84.

5. Indicação do tipo de texto, se necessário

Enzensberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease [carta]. *Lancet* 1996; 347:1337.

**Livros e outras monografias**

6. Indivíduo como autor

Cecchetto FR. *Violência, cultura e poder*. Rio de Janeiro: FGV; 2004.

Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8ª ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 2004.

7. Organizador ou compilador como autor

Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis: Vozes; 2004.

8. Instituição como autor

Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (Ibama). *Controle de plantas aquáticas por meio de agrotóxicos e afins*. Brasília: DILIQ/Ibama; 2001.

9. Capítulo de livro

Sarcinelli PN. A exposição de crianças e adolescentes a agrotóxicos. In: Peres F, Moreira JC, organizadores. *É veneno ou é remédio. Agrotóxicos, saúde e ambiente*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 43-58.

10. Resumo em Anais de congressos

Kimura J, Shibasaki H, organizadores. Recent advances in clinical neurophysiology. *Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology*; 1995

Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

11. Trabalhos completos publicados em eventos científicos

Coates V, Correa MM. Características de 462 adolescentes grávidas em São Paulo. In: *Anais do V Congresso Brasileiro de adolescência*; 1993; Belo Horizonte. p. 581-2.

12. Dissertação e tese

Carvalho GCM. *O financiamento público federal do Sistema Único de Saúde 1988-2001* [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 2002.

Gomes WA. *Adolescência, desenvolvimento puberal e sexualidade: nível de informação de adolescentes e professores das escolas municipais de Feira de Santana - BA* [dissertação]. Feira de Santana (BA): Universidade Estadual de Feira de Santana; 2001.

**Outros trabalhos publicados**

13. Artigo de jornal

Novas técnicas de reprodução assistida possibilitam a maternidade após os 40 anos. *Jornal do Brasil* 2004 Jan 31; p. 12

Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. *The Washington Post* 1996 Jun 21; Sect. A:3 (col. 5).

14. Material audiovisual

*HIV+/AIDS: the facts and the future* [videocassette]. St. Louis (MO): Mosby-Year Book; 1995.

15. Documentos legais

Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 19 set.

**Material no prelo ou não publicado**

Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. *N Engl J Med*. In press 1996.

Cronenberg S, Santos DVV, Ramos LFF, Oliveira ACM, Maestrini HA, Calixto N. Trabeculectomia com mitomicina C em pacientes com glaucoma congênito refratário. *Arq Bras Oftalmol*. No prelo 2004.

**Material eletrônico**

16. Artigo em formato eletrônico

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* [serial on the Internet] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5];1(1):[about 24 p.]. Available from:

<http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>

Lucena AR, Velasco e Cruz AA, Cavalcante R. Estudo epidemiológico do tracoma em comunidade da Chapada do Araripe - PE - Brasil. *Arq Bras Oftalmol* [periódico na Internet]. 2004 Mar-Abr [acessado 2004 Jul 12];67(2): [cerca de 4 p.]. Disponível em: <http://www.abonet.com.br/abo/672/197-200.pdf>

17. Monografia em formato eletrônico

*CDI, clinical dermatology illustrated* [CD-ROM]. Reeves JRT, Maibach H. CMEA Multimedia Group, producers. 2ª ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

18. Programa de computador

Hemodynamics III: the ups and downs of hemodynamics [computer program]. Version 2.2. Orlando (FL): Computerized Educational Systems; 1993.

## ANEXO C - Instrumento de Avaliação da Capacidade Funcional

**MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL – MIF**

<b>Níveis</b>	7 Independência completa (em segurança, em tempo normal)	<b>Sem Ajuda</b>
	6 Independência modificada (ajuda técnica)	<b>Ajuda</b>
	Dependência modificada	
	5 Supervisão	
	4 Ajuda Mínima (indivíduo $\geq$ 75%)	
	3 Ajuda Moderada (indivíduo $\geq$ 50%)	
	2 Ajuda Máxima (indivíduo $\geq$ 25%)	
1 Ajuda Total (indivíduo $\geq$ 0%)		
<b>Data</b>		/ /
I - Fonte de Informação 1 – doente, 2 – família, 3 – outro		
II – Método 1 – pessoalmente, 2 – telefone		
III – Manutenção da Saúde (cuidador principal / cuidador secundário, conforme o tempo despendido)		
IV – Terapêutica 1 – nenhuma, 2 – tratamento ambulatorial, 3 – tratamento domiciliar pago, 4 – ambos 2 e 3 , 5 – internação hospitalar		
<b>Auto-Cuidados</b>		
A. Alimentação		
B. Higiene pessoal		
C. Banho (lavar o corpo)		
D. Vestir metade superior		
E. Vestir metade inferior		
F. Utilização do vaso sanitário		
<b>Controle de Esfíncteres</b>		
G. Controle da Urina		
H. Controle das Fezes		
<b>Mobilidade</b>		
<i>transferências</i>		
I. Leito, cadeira, cadeira de rodas		
J. Vaso sanitário		
K. Banheira, chuveiro		
<b>Locomoção</b>		
L. Marcha / cadeira de rodas	M C	
M. Escadas		
<b>Comunicação</b>		
N. Compreensão	A V	
O. Expressão	V N	
<b>Cognição Social</b>		
P. Interação Social		
Q. Resolução de problemas		
R. Memória		
<b>Total</b>		

**ANEXO D - Instrumento de avaliação da função cognitiva (MEEM)**

-----**Mini-Mental**<sup>1</sup>-----  
 (Bertolucci, 1994; Folstein, Folstein & McHugh, 1975)

**Paciente:** \_\_\_\_\_ **Data de avaliação:** \_\_\_\_\_ **Avaliador:** \_\_\_\_\_

**Escolaridade (em anos):** \_\_\_\_\_

**Orientação**

- |  |        |
|--|--------|
| 1) Dia da Semana                               | (    ) |
| 2) Mês   | (    ) |
| 3) Dia do Mês                                  | (    ) |
| 4) Ano   | (    ) |
| 5) Hora aproximada                             | (    ) |
| 6) Local específico (andar ou setor)           | (    ) |
| 7) Instituição (residência, hospital, clínica) | (    ) |
| 8) Bairro ou rua próxima                       | (    ) |
| 9) Cidade                                      | (    ) |
| 10) Estado                                     | (    ) |

**Memória Imediata**

- CASA (    )  
 CARRO (    )  
 TIJOLO (    )

**Atenção e Cálculo**

- (100-7) sucessivos, 5 vezes sucessivamente (93,86,79,72,65)  
 (1 ponto para cada cálculo correto) (    )

**Evocação**

- CASA (    )  
 CARRO (    )  
 TIJOLO (    )

**Linguagem**

- |   |                            |
|---|----------------------------|
| 1) Nomear um relógio  | (    )                     |
| 2) Nomear uma caneta  | (    )                     |
| 3) Repetir “nem aqui, nem ali, nem lá”  | (    )                     |
| 4) Comando: “pegue este papel com a mão direita<br>dobre ao meio<br>e coloque no chão | (    )<br>(    )<br>(    ) |
| 6) Ler e obedecer: “feche os olhos”   | (    )                     |
| 5) Escrever uma frase   | (    )                     |
| 6) Copiar um desenho  | (    )                     |

**Escore:** (    / 30)

<sup>1</sup> PONTE DE CORTE PARA O MINI EXAME DO ESTADO MENTAL (MEM)

**Pontuação**

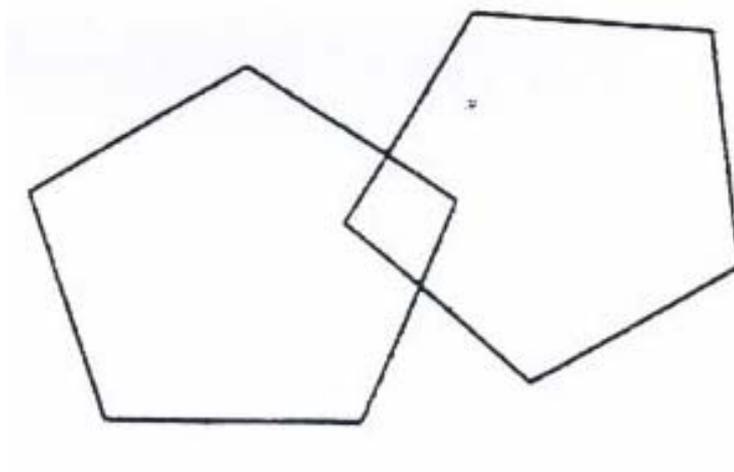
26  
 18  
 13

**Escolaridade**

Alta escolaridade  
 Baixa e média escolaridade  
 Analfabeto

CONTINUAÇÃO DO ANEXO D (MEEM)

## **FECHE OS OLHOS**



**APÊNDICE A – Questionário aplicado aos idosos**

**QUESTIONÁRIO DO IDOSO**

Identificação:	
ILP:	
Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino	
Instituição:	
Data de nascimento: / / Idade: ( )	
Religião:	
Estado civil:	
( ) solteiro ( ) casado ( ) união estável ( ) viúvo ( ) divorciado ( ) outro	
Filhos: ( ) sim ( ) não	
Quantos:	
Referência familiar (suporte principal):	
( ) filho (a) ( ) marido/ esposa ( ) irmão (ã) ( ) amigo (a) ( ) outro	
Escolaridade:	
( ) não alfabetizado ( ) escreve o nome ( ) < 4 anos ( ) 4 – 8 anos ( ) 8 – 12 anos ( ) > 12 anos	
Profissão que exerceu por mais tempo:	
Data de admissão na instituição:	
Última residência (local/ município/ estado):	
Principal motivo da institucionalização:	
( ) Abandono ou ausência da família	
( ) Dificuldade da família para cuidar do residente com fragilidade (física e/ou mental)	
( ) Carência financeira	
( ) Falta de moradia/ situação de rua	
( ) Dificuldades no relacionamento familiar	
( ) Violência doméstica (maus-tratos)	
( ) Necessidade de convívio social	
( ) Outros – especifique:	
Naturalidade:	
<b>Atividades realizadas no tempo livre:</b>	
( ) cinema	( ) jogos de salão/ campo
( ) ouvir rádio	( ) leitura
( ) andar pelo bairro	( ) passeios
( ) coser, bordar, tricotar	( ) pintura
( ) culinária	( ) receber visitas
( ) encontro social/ comunitário	( ) religiosa
( ) fazer compras	( ) TV
( ) festas	( ) visitar parente/ amigos
( ) horta, jardim	( ) Não refere atividade
( ) jogos de mesa	( ) outra: _____

* variáveis não mutuamente excludentes ** responder espontaneamente	
<b>Uso de órtese/ prótese:</b>	
<input type="checkbox"/> Dentadura	<input type="checkbox"/> andador
<input type="checkbox"/> óculos ou lente de contato	<input type="checkbox"/> órtese para MMSS
<input type="checkbox"/> aparelho auditivo	<input type="checkbox"/> órtese para MMII
<input type="checkbox"/> bengala	
<input type="checkbox"/> muleta	
<input type="checkbox"/> Cadeira de rodas	
<input type="checkbox"/> outros: _____	
<b>Doenças/ comorbidades apresentadas:</b>	
<input type="checkbox"/> Cardiovascular	
<input type="checkbox"/> Hipertensão	
<input type="checkbox"/> Sequela de AVC	
<input type="checkbox"/> Diabetes	
<input type="checkbox"/> Neoplasia	
<input type="checkbox"/> Doença pulmonar obstrutiva crônica	
<input type="checkbox"/> Artrite e/ ou osteoporose	
<input type="checkbox"/> Doenças mentais (demência e depressão)	
<input type="checkbox"/> Doença de Parkinson	
<input type="checkbox"/> Cegueira e diminuição da visão	
<input type="checkbox"/> Múltipla (marcar as que têm)	
<b>Deficiência/ Sequela</b>	
<input type="checkbox"/> visual	<input type="checkbox"/> auditiva
<input type="checkbox"/> física/ membro: _____	<input type="checkbox"/> mental
<input type="checkbox"/> múltipla	
<b>Hospitalização no último ano?</b> <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> Não	
<b>Motivo?</b>	
<b>Responsável pela informação:</b>	
<input type="checkbox"/> Idoso	<input type="checkbox"/> Cuidador do idosos
<input type="checkbox"/> Téc. Enfermagem	<input type="checkbox"/> Prontuário
<input type="checkbox"/> Gerente	<input type="checkbox"/> Funcionário da ILP _____

Data de coleta \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Pesquisador: \_\_\_\_\_