



**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*  
MESTRADO EM CIÊNCIAS AMBIENTAIS E SAÚDE**



**ANA PAULA FELIX ARANTES**

**PREVALÊNCIA DA DEPENDÊNCIA FUNCIONAL E  
OS FATORES ASSOCIADOS ENTRE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS**

Goiânia  
2015

ANA PAULA FELIX ARANTES

**PREVALÊNCIA DA DEPENDÊNCIA FUNCIONAL E  
OS FATORES ASSOCIADOS ENTRE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Ciências Ambientais e Saúde da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, para obtenção do título de Mestre em Ciências Ambientais e Saúde.

Linha de Pesquisa: Sociedade, Ambiente e Saúde

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Vanessa da Silva Carvalho Vila

Coorientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Priscila Valverde de Oliveira Vitorino

Goiânia

2015

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

FICHA CATALOGRÁFICA  
Elaborada pela Biblioteca Central da  
Pontifícia Universidade Católica de Goiás

Dados Internacionais de Catalogação da Publicação (CIP)  
(Sistema de Bibliotecas PUC Goiás)

Arantes, Ana Paula Felix.  
A662p Prevalência da dependência funcional e fatores associados entre idosos institucionalizados [manuscrito] / Ana Paula Felix Arantes – 2014.  
95 f. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Programa de Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde, 2014.  
“Orientadora: Profa. Dra. Vanessa da Silva Carvalho Vila”.

1. Idosos. I. Título.

CDU 614-053.9 (043)



DISSERTAÇÃO DO MESTRADO EM CIÊNCIAS AMBIENTAIS E SAÚDE  
DEFENDIDA EM 04 DE MARÇO DE 2015 E CONSIDERADA  
aprovada PELA BANCA EXAMINADORA:

1) Vanessa Carvalho Vila  
Profa. Dra. Vanessa da Silva Carvalho Vila / PUC Goiás (Presidente)

2) Lilian Varanda Pereira  
Profa. Dra. Lílian Varanda Pereira / UFG (Membro Externo)

3) Maria Aparecida da Silva Vieira  
Profa. Dra. Maria Aparecida da Silva Vieira / PUC Goiás (Membro)

4) Priscila Valverde de Oliveira Vitorino  
Profa. Dra. Priscila Valverde de Oliveira Vitorino / PUC Goiás (Membro)

## DEDICATÓRIA

*Dedico este estudo a todos os idosos brasileiros, em especial aos que se encontram institucionalizados.*

## **AGRADECIMENTOS**

*À **Deus**, por ter me abençoado com a graça de concluir mais uma jornada e conquistar a realização do antigo sonho de me tornar Mestre.*

*Aos **meus queridos pais, Oscar (in memorian) e Valdete**, pelo amor e dedicação incondicionais. Sem vocês, nada em minha vida seria possível. Obrigada por contribuírem para a minha formação ética e por nunca medirem esforços para meu desenvolvimento pessoal, profissional e realização dos meus sonhos.*

*Ao **meu amado esposo André**, pela paciência em todos os momentos em que precisei estar ausente em razão dos estudos para o Mestrado, por me acompanhar em todos os dias em que tive que estar em Goiânia para as aulas, cursos, encontros de orientação e ainda me ajudar na tabulação dos dados. Obrigada pelo amor, carinho, amizade tanto nas horas boas como nas difíceis. Amo você eternamente.*

*À **minha querida orientadora Dra. Vanessa da Silva Carvalho Vila**, professora e enfermeira dedicada, verdadeira, defensora da humanização no cuidado, por toda a sua generosidade e empenho. Você foi mais do que uma orientadora para mim, pode estar certa. Tenho respeito por sua trajetória profissional e também pessoal, me espelho muito em você, a quem considero minha “mãe” na pesquisa, por me carregar no colo como a uma filha por todo esse tempo em que estivemos juntas. Agradeço por me orientar de maneira sempre atenta, carinhosa e respeitosa, com a sabedoria de me conduzir nos caminhos de pesquisa, favorecendo também a minha autonomia e senso crítico. Obrigada pela amizade e confiança depositadas em mim, e principalmente pela paciência em receber uma orientanda tão pouco experiente no ambiente de pesquisa. Por sua causa, minha caminhada foi mais suave e prazerosa. Você estará no meu coração para sempre.*

*À **Professora Dra. Priscila Valverde de Oliveira Vitorino**, minha colega de faculdade e coorientadora neste estudo. Agradeço por ter aceitado auxiliar a Professora Vanessa na minha orientação. Muito obrigada pela disponibilidade, atenção, paciência extrema com minhas dificuldades com os números, abrindo caminhos e auxiliando de forma decisiva na realização desta pesquisa.*

Às **Professoras Dra. Lílian Varanda Pereira e Dra. Maria Aparecida da Silva Vieira**, por terem aceito o convite para fazerem parte de minha banca examinadora e pela leitura atenciosa e pelas valiosas sugestões feitas ao trabalho.

Aos **colaboradores da Associação Beneficente André Luiz (ABAL)**, os quais me acolheram tão bem desde o primeiro dia em que estive por lá, em especial, aos gestores da unidade: **Rejane Maria Cruvinel Cabral, sr. Ulisses Luz Marques, sr. Jorge Meneses de Carvalho** por permitirem a realização da pesquisa na unidade; à **Nulciene Firmino de Freitas**, pela organização e presteza em me ajudar em tudo o que precisei, à **fisioterapeuta Renata do Nascimento e Silva**, por ter me aberto as portas da unidade junto aos gestores; à **equipe de assistência que me auxiliou na obtenção das informações sobre os pacientes: o médico e querido amigo dr. Luiz Lourenço de Souza, a enfermeira Lorena Fernanda Bezerra dos Santos, as técnicas em enfermagem Lucimar Pereira da Silva, Rosineide Aparecida Ferreira e Ana Maria Nunes de Almeida, a nutricionista e grande amiga Gizelle de Sá Velasco, a farmacêutica Fernanda Silva Barbosa e sua equipe, a terapeuta ocupacional Mithela Isidora de Siqueira**, e às **queridíssimas cuidadoras de idosos Stefani de Jesus Silva, Leiliane Oliveira da Silva, Walma Borges da Silva, Viviane de Jesus Modesta, Nataly Joice Costa Carvalho, Eliete Maria da Silva e Joselaine da Silva de Sousa**, o meu mais profundo agradecimento.

À **Dra. Karla Cristina Giacomini**, por ter recebido a mim e à **Professora Vanessa** em Belo Horizonte – MG, e à **professora Dra. Valéria Pagotto**, que nos auxiliaram na concepção do projeto de pesquisa que originou este estudo. Suas contribuições foram valiosas para a escolha dos instrumentos de avaliação utilizados neste trabalho.

Às **estatísticas Fabricia Oliveira Saraiva**, que me ajudou a iniciar o percurso da análise dos dados e **Andreia Pereira Dias de Freitas**, que concluiu tão pacientemente esse processo.

À **querida colega de profissão e amiga Kallynne Rodrigues de Carvalho** por ter sido minha companheira na difícil missão de coletar os dados deste estudo. Obrigada pela companhia e solidariedade.

*Aos queridos colegas de trabalho do Hospital Municipal de Rio Verde, os fisioterapeutas **Renato Canevari Dutra da Silva** e **Claudiane Queiroz Ferreira**, a psicóloga **Elaine Cristina da Silva** e o diretor **Fernando Duarte Cabral** pelo incentivo, orações e apoio fundamental para me ajudar a concluir essa jornada.*

*Aos **colegas de turma do Mestrado de Ciências Ambientais e Saúde**, em especial: as amigas **Luana Carvalho da Silva** e **Maria Aparecida Machado dos Santos** (**Cidinha** – companheira dos dias de agonia), aos queridos **Leandro Monteiro Silva**, **Elmer Rodrigues da Paixão** e **Dwight Assis Chaves**, e as minhas professoras de faculdade e agora colegas de mestrado **Adriana Marcia Monteiro Fantinatti** e **Suely Maria Satoko Moriya Inumaru**, grata pela companhia nessa difícil jornada.*

*À querida **Carla Viana**, minha personal trainer e amiga, por ter cuidado da saúde de minha coluna tão problemática com tanto carinho durante todo esse último ano, e por ter me ajudado todas as vezes em que eu precisei de material literário da biblioteca da Universidade de Rio Verde.*

*Aos **idosos e familiares** que tão gentilmente concordaram em participar voluntariamente do estudo, aprendi muito com todos, apesar dos curtos momentos em que pudemos conviver.*

*À **minha família e meus amigos**, de quem estive ausente durante os últimos meses, sei que contei com a compreensão de vocês, que conhecem meu antigo sonho de concluir um curso de Mestrado.*

*À minha filhinha **Ana Laura**, que ainda está dentro da minha barriga, pedaço mais importante de mim, sonho sonhado por tanto tempo, agradeço por ter aguentado toda a correria de viajar para Goiânia e voltar para Rio Verde no mesmo dia, na maioria das vezes de madrugada, para as reuniões com as orientadoras, por ficar longos períodos do dia sem comer direito e pelos vários dias que não pude dormir quando tive muito sono por que precisava escrever... Filha, a mamãe quer que um dia você tenha muito orgulho dela, não vejo a hora de te conhecer de perto, te amo.*

*Enfim, agradeço a todos os que de alguma forma, contribuíram para a realização deste estudo. Muito obrigada a todos, de coração!*



“Há pouco, andava quase que como o voar de um beija-flor.

Com o tempo, vou manso, bem devagar.

Bem há pouquinho, era o sol.

E de repente, anoiteceu.

Lembro-me que era ontem, bem recente;

Frescor, fragrância, textura de pêssegos recém-colhidos.

Vieram passos, nergas, marcas bem marcadas.

Me olhei,

e vi que ali no espelho, era eu.”

(José Ortega y Gasset)

## RESUMO

ARANTES, A.P.F. **Prevalência da dependência funcional e fatores associados entre idosos institucionalizados.** 2014. 95 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde) – Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2014.

A funcionalidade de idosos institucionalizados tem sido pesquisada e reconhecida como um importante indicador das demandas de cuidados em instituições de longa permanência. Estudo transversal analítico desenvolvido com objetivo de determinar a prevalência da dependência funcional e os fatores associados em idosos institucionalizados. Os dados foram coletados na única instituição de longa permanência de um município do Sudoeste do Estado de Goiás, região Centro-Oeste do Brasil. Para a coleta de dados foram utilizados um formulário estruturado composto de três seções: dados de identificação, perfil sociodemográfico e econômico, condições de saúde geral e avaliação da medida da independência funcional (MIF). Para a análise de associação foi utilizada a regressão logística multivariada. Participaram do estudo 75 idosos, a maioria eram homens 72,0%, tinham entre 60 e 79 anos 69,3%, não viviam em união conjugal 85,3%, não possuíam instrução escolar 69,3% e 76% residiam na ILPI em estudo há menos de 10 anos. A média de idade foi  $76,3 \pm 8,0$  anos e o tempo médio de residência na instituição de longa permanência foi de  $6,68 \pm 6,80$  anos. Foi verificada uma prevalência de dependência em 68% dos idosos. A média dos escores total da MIF ( $77,0 \pm 36,8$ ), dos domínios motor ( $53,0 \pm 29,6$ ) e cognitivo ( $24,0 \pm 9,6$ ) e de suas categorias, classifica os idosos institucionalizados em estudo como pessoas com nível de dependência moderada. Verificou-se associação das variáveis sexo feminino ( $p=0,043$ ;  $OR=6,09$ ) e presença de déficit cognitivo ( $p=0,001$ ;  $OR=20,26$ ) com a dependência funcional. A dependência funcional em idosos institucionalizados é multifatorial e o conhecimento desses fatores contribuem para o desenvolvimento de políticas de intervenção direcionadas à minimização desse processo.

Palavras-chave: idosos; instituição de longa permanência para idosos; saúde do idoso institucionalizado; atividades cotidianas.

## ABSTRACT

ARANTES, A. P. F. **Prevalence of functional dependence and associated factors among institutionalized elderly.** 2014. 95 p. Thesis (Master of Environmental Science and Health) – Pontifical Catholic University of Goiás, Goiânia, 2014.

The functionality of institutionalized elderly has been researched and recognized as an important indicator of the demands of care in long-stay institutions. A cross-sectional study was conducted in order to determine the prevalence of functional dependence and its associated factors in institutionalized elderly. Data were collected in the only long-term establishment of a city of the Southwest of the State of Goiás, Midwest region of Brazil. In order to collect the data a structured form was used consisting of three sections: identification, socio-demographic and economic profile, general health condition and the functional independence measure (FIM). Its statistical analysis was performed using multivariate logistic regression. 75 elderly participated in the study, whom most were men 72.0%, among 60 and 79 years 69.3%, did not live in marital union 85.3%, had no schooling degree 69.3% and 76% lived in the facility for less than 10 years. The mean age was  $76.3 \pm 8.0$  years and the mean residence time in long-term care institution was  $6.68 \pm 6.80$  years. The prevalence of dependence was in 68% of the elderly. The average of the total scores of the FIM ( $77.0 \pm 36.8$ ), its motor ( $53.0 \pm 29.6$ ) and cognitive domains ( $24.0 \pm 9.6$ ) and categories, ranked the institutionalized elderly as moderate dependent people level. There was observed association between the variables female sex ( $p = 0.043$ ; OR = 6.09) and presence of cognitive impairment ( $p = 0.001$ ; OR = 20.26) and the functional dependency. The functional dependence in institutionalized elderly is multifactorial and the knowledge of these factors contribute to the development of targeted policy interventions to minimize this process.

Key-words: aged; homes for the aged; health of institutionalized elderly; activities of daily living.

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1 -</b>	Distribuição da amostra quanto à frequência absoluta e relativa das características sociodemográficas, econômicas e condições gerais de saúde de idosos institucionalizados. Rio Verde, GO, 2014.....	48
<b>Tabela 2 -</b>	Distribuição da amostra quanto a frequência absoluta e relativa dos problemas de saúde relatados de idosos institucionalizados. Rio Verde, GO, 2014.....	50
<b>Tabela 3 -</b>	Parâmetros dos escores total, motor, cognitivo e das dimensões da Medida de Independência Funcional de idosos institucionalizados. Rio Verde, GO, 2014.....	50
<b>Tabela 4 -</b>	Distribuição da amostra quanto a frequência absoluta e relativa das categorias da Medida de Independência Funcional de acordo com os graus de dependência de idosos institucionalizados. Rio Verde, GO, 2014.....	51
<b>Tabela 5 -</b>	Análise univariada de regressão logística da Medida da Independência Funcional (18 a 107 dependentes) em relação as variáveis em idosos institucionalizados. Rio Verde, GO, 2014.....	52
<b>Tabela 6 -</b>	Análise multivariada de regressão logística da Medida da Independência Funcional (18 a 107 dependentes) em relação as variáveis em idosos institucionalizados. Rio Verde, GO, 2014.....	53

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Figura 1 -</b>	Atividades da Vida Diária.....	28
<b>Figura 2 -</b>	Fluxograma de seleção da amostra.....	38
<b>Quadro 1 -</b>	Categorias, dimensões, domínios e escore total da Medida da Independência Funcional, com suas respectivas pontuações.....	33
<b>Quadro 2 -</b>	Níveis de função da Medida da Independência Funcional e suas respectivas pontuações.....	34
<b>Quadro 3 -</b>	Distribuição das variáveis e categorias utilizadas no estudo.....	39
<b>Quadro 4 -</b>	Classificação em graus de dependência funcional de acordo com os escores total, motora, cognitiva e escores das dimensões e categorias da Medida da Independência Funcional.....	44

## LISTA DE ABREVIATURAS

AAVD – Atividades Avançadas de Vida Diária

AGA – Avaliação Geriátrica Ampla

AIVD – Atividades Instrumentais de Vida Diária

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

AVD – Atividades de Vida Diária

BOMFAQ - *Brazilian Functional Assessment Questionnaire*

CID-10 – Classificação Internacional de Doenças - 10ª edição

CIDID – Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens

CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

CRER – Centro de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo

DP – Desvio padrão

DSM – IV - *Diagnostic and statistical manual of mental disorders IV*

EUA – Estados Unidos da América

GDS – Escala de Depressão Geriátrica

GDS-15 – Escala de Depressão Geriátrica de 15 itens

IC – Intervalo de confiança

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

ILPI – Instituição de Longa Permanência para Idosos

Km – Quilômetros

MIF – Medida da Independência Funcional

NY – Nova York

OARS - *Older American Resources and Services Program*

OMS – Organização Mundial de Saúde

OR – *Odds ratio*

PNAD – Pesquisa Nacional de Amostra Domiciliar

PNASPI – Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa

PNI – Política Nacional do Idoso

RDC – Resolução da Diretoria Colegiada

SBGG – Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia

SPSS – *Statistical Package for the Social Science*

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UDSMR - *Uniform Data System for Medical Rehabilitation*

UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>14</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>18</b>
<b>2.1</b>	<b>Objetivo geral.....</b>	<b>18</b>
<b>2.2</b>	<b>Objetivos específicos.....</b>	<b>18</b>
<b>3</b>	<b>REVISÃO DA LITERATURA.....</b>	<b>19</b>
<b>3.1</b>	<b>O envelhecimento e o cuidado a saúde do idoso.....</b>	<b>19</b>
<b>3.2</b>	<b>O cuidado ao idoso nas instituições de longa permanência.....</b>	<b>21</b>
<b>3.3.</b>	<b>A funcionalidade de idosos institucionalizados.....</b>	<b>25</b>
3.3.1	Avaliação da funcionalidade de idosos.....	26
<b>4</b>	<b>MATERIAL E MÉTODO.....</b>	<b>37</b>
<b>4.1</b>	<b>Tipo de estudo.....</b>	<b>37</b>
<b>4.2</b>	<b>Local do estudo.....</b>	<b>37</b>
<b>4.3</b>	<b>Participantes do estudo.....</b>	<b>38</b>
4.3.1	População em estudo.....	38
4.3.2	Amostra.....	38
<b>4.4</b>	<b>Variáveis de estudo.....</b>	<b>39</b>
<b>4.5</b>	<b>Coleta de dados.....</b>	<b>41</b>
<b>4.6</b>	<b>Instrumentos de coleta de dados.....</b>	<b>42</b>
4.6.1	Dados de identificação, perfil sociodemográfico, econômico e saúde geral.....	42
4.6.2	Medida da Independência Funcional (MIF).....	42
4.6.3	Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15).....	44
4.6.4	Rigor.....	46
<b>4.7</b>	<b>Análise dos dados.....</b>	<b>46</b>
<b>4.8</b>	<b>Aspectos éticos.....</b>	<b>47</b>
<b>5</b>	<b>RESULTADOS.....</b>	<b>48</b>
<b>5.1</b>	<b>Características sociodemográficas, econômicas e condições gerais de saúde.....</b>	<b>48</b>
<b>5.2</b>	<b>O nível de dependência funcional de idosos institucionalizados.....</b>	<b>50</b>
<b>5.3</b>	<b>Fatores associados ao nível de dependência funcional de idosos institucionalizados.....</b>	<b>52</b>



6	DISCUSSÃO.....	54
7	CONCLUSÕES.....	61
	REFERÊNCIAS.....	62
	APÊNDICES.....	79
	APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Idoso).	80
	APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Representante Legal).....	82
	APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Cuidador).....	84
	APÊNDICE D – Termo de Assentimento Esclarecido (Idoso).....	86
	APÊNDICE E – Dados de identificação, perfil sociodemográfico, econômico e saúde geral.....	88
	ANEXOS.....	89
	ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa.....	90
	ANEXO B – Avaliação do grau de dependência funcional.....	93
	ANEXO C – Avaliação da presença de sintomas depressivos.....	94
	ANEXO D – Certificado de conclusão do curso de capacitação para o uso da Medida de Independência Funcional.....	95

## 1 INTRODUÇÃO

O processo de envelhecimento e o aumento da demanda por cuidados de longa duração, da população idosa brasileira, era esperado devido, principalmente, ao aumento da expectativa de vida, a redução da disponibilidade de cuidadores e o aumento das doenças crônicas comprometedoras da funcionalidade global (CAMARANO; KANSO, 2010). Esse aspecto torna-se um desafio para a saúde pública, no que se refere ao aumento da necessidade da institucionalização de idosos (LIMA-COSTA et al., 2003).

Em decorrência desse acelerado processo, o cuidado de longa duração passará a ser prioritário exigindo da rede de atenção à saúde e de seus profissionais o preparo técnico, científico e humanístico para atuar nos diferentes contextos, entre eles nas instituições de longa permanência para idosos (ILPI) (ALVES-SILVA et al., 2012).

O termo Instituição de Longa Permanência para Idosos foi sugerido pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG) para adaptar a denominação "*long-term care institution*", utilizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), para designar instituições de caráter residencial que oferecem cuidados e algum serviço de saúde aos indivíduos com mais de 60 anos de idade (ANVISA, 2005; CAMARANO et al., 2010).

Em países nos quais as ILPI fazem parte da cultura nacional, tais como, os Estados Unidos, a proporção de idosos institucionalizados pode alcançar valores sete vezes maior do que a proporção encontrada no Brasil (1,0%) (ADMINISTRATION OF AGEING, 2014). As maiores taxas de idosos institucionalizados estão na Suécia (7,9%), Suíça (7,0%), Austrália (6,8%), Alemanha (6,8%) França (6,5%) e Noruega (6,0%) (ESKILDSEN; PRICE, 2009; KATZ, 2011).

No contexto de países desenvolvidos como os Estados Unidos, a Alemanha e a Dinamarca, a institucionalização de idosos em ILPI é considerada quando as alternativas para a manutenção do idoso no próprio lar não forem possíveis uma vez que os cuidados de longa duração nesses países é mais direcionado para os sistemas de seguridade social (PASINATO; KORNIS, 2010). Porém ao se optar pela institucionalização, o idoso que reside nessas localidades vai para um ambiente que possua uma estrutura que assegure seu bem-estar, em que o cuidado seja prestado

de forma profissionalizada e que o vínculo entre o idoso e seus familiares e amigos seja incentivado e preservado (RODRIGUES et al., 2012).

No Brasil, observa-se que embora as políticas públicas de atenção à saúde do idoso tenham avançado em termos conceituais, ainda existem enormes desafios para que o cuidado a saúde de pessoas idosas institucionalizadas contribua efetivamente para o bem-estar e qualidade de vida dessas pessoas.

As evidências científicas apontam que o cuidado em ILPI ainda é implementado dentro de um modelo hospitalocêntrico, que prejudica o nível de independência funcional dos idosos (VALCARENGHI et al., 2011). Mesmo em situações em que os idosos têm condições de desenvolver as atividades da vida diária, na maioria das ILPI não existe uma sistematização do cuidado individualizado de acordo com o grau de dependência, fazendo com que todos sejam tratados como dependentes, principalmente pelo despreparo profissional de quem presta o cuidado nesses espaços assistenciais (ARAÚJO; CEOLIM, 2007; GRATÃO et al., 2013; PESTANA; ESPÍRITO SANTO, 2008).

As próprias características da institucionalização, tais como o desfavorecimento da autonomia e da independência do residente, o distanciamento familiar e o isolamento social colaboram para a redução da independência funcional e para o aumento da presença de sintomas depressivos nos idosos que lá residem (ARAÚJO; CEOLIM, 2007; CALDAS, 2003; GAILINSKI, 1993; QUADROS JÚNIOR et al., 2008).

A mudança do idoso para uma ILPI poderá ocasionar prejuízos físicos e mentais, uma vez que a dependência física é estimulada pela própria rotina do local (ALVES-SILVA et al., 2012; CAMARANO; MELLO, 2010). Os idosos institucionalizados tendem a ser mais frágeis e mais propensos a essas perdas e às consequentes limitações de sua funcionalidade (MINCATO; FREITAS, 2007; PAVARINI et al., 2005; VERAS, 2009).

Atualmente, entre os indicadores de saúde dos idosos, a avaliação da funcionalidade tem sido amplamente utilizada para a verificação do grau de dependência para a realização das atividades de vida diária e para a predição de necessidade de cuidados de longa duração (BAGG et al., 2002; CORRIGAN et al., 1997; DEUTSCH et al., 2006; MAUTHE et al., 1996; TALMELLI et al., 2010).

Os mais recentes estudos mundiais sobre a funcionalidade de idosos incluem a verificação da relação entre a dependência funcional de idosos

institucionalizados e diversos fatores como a utilização da tecnologia assistiva (SALLINEN et al., 2015), a inclusão em programas de reabilitação (NAIRUSHI et al., 2014); depressão e ansiedade (AHMED et al., 2014), doenças crônicas (SINCLAIR et al., 2014; YANG et al., 2014; WUBKER et al., 2014), atividade física (BARBER et al., 2015; BURTON et al., 2013; CROCKER et al., 2013).

A funcionalidade de idosos institucionalizados vem se tornando temática frequente de diversos estudos nacionais (AZEVEDO et al., 2014; CONVERSO, IARTELLI; 2007; DANTAS et al., 2013; FELICIANI et al., 2011; MARCHON et al., 2010; PELLEGRIN et al., 2008; VALCARENGHI et al., 2011). Foram identificados estudos que focaram aspectos relacionados à saúde de idosos institucionalizados no Estado de Goiás (ARAÚJO et al., 2002; BORGES et al., 2009; MENEZES et al., 2011; MENEZES; BACHION, 2008; OLIVEIRA, 2009; REIS et al., 2005; SÁ et al., 2012; TEIXEIRA et al., 2013).

Entre os aspectos apontados por esses estudos está a necessidade de aprofundar o conhecimento sobre o nível de dependência funcional e os fatores associados em idosos residentes em ILPI. Pesquisas mostram a existência de fatores responsáveis pelo processo de dependência funcional, tanto de origem demográfica, socioeconômica como de condições de saúde (GIACOMIN et al., 2008a; PARAHYBA et al., 2005; ROSA et al., 2003).

Circunstancialmente, diversos fatores podem explicar a variabilidade e a grande diversidade nos níveis de saúde e funcionalidade dos idosos, especialmente as condições socioeconômicas (ALVES et al., 2010). Entretanto, são poucos os estudos no Brasil que focalizam a relação dos determinantes da incapacidade funcional entre os idosos (ALVES et al., 2010; BARBOSA et al., 2014; FREITAS et al., 2012; PEREIRA; BESSE, 2011; TAS et al., 2007).

Assim, optou-se por desenvolver este estudo para responder as seguintes questões de pesquisa: *Qual a prevalência da dependência funcional e os fatores associados entre idosos institucionalizados em um município do interior do estado de Goiás?*

A identificação de fatores associados com a incapacidade funcional dos idosos fornece elementos relevantes para as medidas de prevenção e intervenção e é fundamental na sociedade atual. Os resultados deste estudo revelarão as necessidades de cuidados dos idosos investigados e instigarão a proposição de

ações que remetem aos principais fatores associados à dependência funcional e que possam contribuir significativamente para seu bem-estar e qualidade de vida.

Além disso, os resultados auxiliarão na promoção de estratégias de transformação na realidade local de atendimento à saúde dos idosos institucionalizados, por meio da: qualificação do atendimento ao idoso nas instituições de longa permanência; da formação de profissionais na perspectiva de formação interdisciplinar; do preparo de cuidadores formais e informais; da articulação das redes de suportes sociais existentes na comunidade, de modo a viabilizar a reinserção do idoso na comunidade o maior tempo possível por meio de adequado atendimento nas ILPI.

Espera-se que estes resultados tenham impacto para a redefinição de estratégias para o cumprimento das diretrizes operacionais do Pacto pela Vida e da Política Nacional de Atenção a Pessoa Idosa no estado de Goiás. Isto poderá melhorar a qualidade da atenção à saúde, as condições de acesso aos serviços de saúde, a capacidade de promover um ambiente de cuidado saudável que atenda as necessidades de cuidados deste grupo o que poderá repercutir na diminuição de complicações decorrentes da falta de assistência adequada ao idoso.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

- Determinar a prevalência da dependência funcional e os fatores associados em idosos de uma instituição de longa permanência.

### **2.2 Objetivos específicos**

- Descrever as características sociodemográficas, econômicas e as condições gerais de saúde de idosos institucionalizados.
- Verificar o nível de dependência funcional de idosos institucionalizados.
- Identificar os fatores associados à dependência funcional de idosos institucionalizados.

### **3 REVISÃO DA LITERATURA**

Nesta seção serão apresentados aspectos teóricos e conceituais relacionados ao envelhecimento e o cuidado a saúde do idoso; o cuidado ao idoso nas instituições de longa permanência e a funcionalidade de idosos institucionalizados.

#### **3.1 O envelhecimento e o cuidado a saúde do idoso**

As evidências científicas apontam que devido à redução das taxas de fecundidade e mortalidade, observa-se nas últimas décadas no Brasil, o fenômeno do envelhecimento populacional (BRASIL, 2010). Calcula-se que em 2.025, o Brasil será o sexto país com maior número de idosos no mundo, com cerca de 32 milhões de pessoas com mais de sessenta anos, e em 2.050, aproximadamente 22,71% do total da população brasileira será de idosos (IBGE, 2010a).

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial que provoca no organismo a perda da capacidade de homeostase, tornando os idosos mais vulneráveis, uma vez que suas respostas às alterações ambientais se tornam mais lentas e menos eficazes (FARINATTI, 2002). O envelhecimento está fisiologicamente associado a redução de força, resistência muscular, flexibilidade, equilíbrio e coordenação motora (CARVALHO; SOARES, 2004). Além disso, é responsável pela redução da atividade e da capacidade física e cognitiva das pessoas, além das possíveis alterações psicológicas, tais como, o sentimento de velhice, o estresse e a depressão, que poderão contribuir para a ocorrência e/ou agravamento das doenças crônicas (MATSUDO, 2000).

De acordo com a Pesquisa Nacional de Amostra Domiciliar (PNAD) de 2009, cerca de 79,1% dos brasileiros com mais de sessenta anos revelaram ser portador de pelo menos uma doença crônica (IBGE, 2009). No Brasil, observa-se que os idosos, especialmente os mais vulneráveis e carentes financeiramente, ainda lotam os serviços de saúde acometidos por complicações e disfunções decorrentes de doenças crônicas, que trazem importantes prejuízos para a sua qualidade de vida (CARBONI; REPPETTO, 2007).

Os pesquisadores descreveram que nos países de primeiro mundo, paralelamente ao envelhecimento populacional, o sistema de seguridade social e o sistema de saúde sofreram avanços tecnológicos para atender as demandas assistenciais associadas a esse fenômeno (OMS, 2005). No entanto, esse aspecto não está sendo observado nos países em desenvolvimento, tais como o Brasil, no qual se observa uma rede de atenção à saúde fragmentada, insuficiente que não consegue atender as demandas de cuidado ao idoso de modo a oferecer um serviço resolutivo e eficaz (BRASIL, 2006; MORAES, 2012).

No Brasil, as demandas específicas de atenção à saúde do idoso levaram a criação e implantação em 1994, da Política Nacional do Idoso (PNI) (BRASIL, 1994). Onze anos depois essa política foi substituída pela Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNASPI) (BRASIL, 2010) que está em vigor e juntamente com os documentos Estratégias para o envelhecimento ativo (OMS, 2005), os Cuidados Inovadores para Condições Crônicas (OMS, 2003b), o Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento (ONU, 2002) e a Cidade Amiga do Idoso (OMS, 2008) que descrevem a necessidade do desenvolvimento de ações integradas por parte da rede de atenção a saúde do idoso .

Observando-se a necessidade de atender as demandas assistenciais dessas pessoas, em 2002 o Ministério da Saúde brasileiro criou as Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso, que estabelecem, entre seus objetivos primordiais o incremento das Diretrizes Essenciais da Política Nacional do Idoso, com ênfase na promoção do envelhecimento saudável, na manutenção da independência funcional, na reabilitação dos idosos com comprometimento funcional e na capacitação da equipe de saúde especializada no cuidado da população idosa (BRASIL, 2002).

As redes correspondem aos vários níveis de complexidade que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) entre elas as equipes de saúde da família, os hospitais gerais e os Centros de Referência de Atenção ao Idoso (BRASIL, 2002). Os serviços como a atenção domiciliar, os centros-dia e os leitos de cuidados paliativos também tem sido organizados para atender idosos que vivem no ambiente comunitário e são mais dependentes (WATANABE et al., 2009). Se por alguma razão, não for mais possível que o idoso seja mantido na comunidade dignamente, ele poderá então ser deslocado para um serviço que ofereça cuidados permanentes de longa duração (BRASIL, 2002).



Essas ações poderão favorecer a qualidade de vida do idoso e de sua rede de apoio social que necessitará de cuidados permanentes de longa duração, principalmente, quando essas pessoas vivenciarem condições crônicas que levam às incapacidades físicas (como acidente vascular cerebral), cognitivas (como a doença de Alzheimer), sociais e emocionais (como a depressão) (CHAIMOWICZ et al., 2009).

Apesar da diversidade de ações e políticas públicas que enfatizam a atenção integral aos idosos, observa-se que a rede de atenção à saúde do idoso ainda não incorporou no modelo assistencial o conceito ampliado de saúde e funcionalidade em sua prática cotidiana. Os profissionais que atuam no Sistema Único de Saúde (SUS) ainda utilizam em seu cotidiano um modelo de atenção a saúde pautada no conceito de saúde como ausência de doença, com ênfase no curar em detrimento do cuidar o que, muitas vezes, dificulta a incorporação de intervenções que favoreçam o empoderamento da pessoa idosa e a capacitação de seus cuidadores informais para a continuidade dos cuidados fora do âmbito hospitalar.

Outro aspecto é a ausência de responsabilidade real, por parte do Estado, em relação à provisão dos cuidados permanentes de longa duração requeridos por pessoas que vivenciam incapacidades e deficiências decorrentes do envelhecimento e de agravos crônicos (MENDES, 2010).

### **3.2 O cuidado ao idoso nas instituições de longa permanência**

De acordo com a legislação brasileira vigente, os cuidados do idoso deverão ser providos por sua família, e na prática, essa responsabilidade é geralmente realizada por um familiar do sexo feminino (CAMARANO; MELLO, 2010). No entanto, atualmente a institucionalização dos idosos configura-se uma necessidade para algumas famílias, decorrentes principalmente das mudanças no tamanho e na conformação das famílias brasileiras; com a maior participação da mulher (tradicional cuidadora) no mercado de trabalho; com os gastos gerados pela necessidade de reabilitação física e mental dos idosos, entre outros fatores (RAMOS, 2003).

As ILPI surgiram na Europa no século XVI para servir de local de abrigo não somente para idosos, mas também para deficientes mentais e bandidos, trazendo consigo desde sua origem associações com a pobreza, o abandono ou a rejeição

familiar (DEPOLITO et al., 2009).

A primeira instituição asilar brasileira foi fundada em 1.782 no Rio de Janeiro, com capacidade para trinta leitos, direcionados a soldados idosos que serviram o Brasil colonial (FILLIZOLA, 1972). Passados mais de dois séculos após esse marco histórico, o país conta com cerca de 3.548 ILPI em todo o seu território, sendo em sua maioria localizadas em apenas 29,9% dos municípios brasileiros, principalmente nas regiões sudeste e sul, que comportam 83,0% destas instituições que abrigam apenas 1,0% da população brasileira (IPEA, 2009).

As instituições de longa permanência para idosos na atualidade possuem uma função híbrida que transpõem as funções sociais de abrigo e alcançam a assistência a saúde (CHRISTOPHE; CAMARANO, 2010). A relação entre os serviços de saúde e os residentes de uma ILPI é inevitável, uma vez que entre estes existe a necessidade da realização de procedimentos diagnósticos, encaminhamentos a especialistas ou até mesmo, em casos mais extremos, a hospitalização (CREUTZBERG et al., 2007).

Apesar de não serem instituições de saúde, a maioria oferta serviços dessa natureza, sendo que 66,1% possuem serviços médicos e 56,0% também ofertam serviços de fisioterapia (IPEA, 2009; LIMA, 2011).

Verifica-se no Brasil a ampla discussão sobre as instituições de longa permanência e a necessidade de adequação desses serviços para atender de modo seguro e com qualidade as pessoas que necessitarão de atenção a saúde nesses espaços (ALVES-SILVA et al., 2012). Algumas pessoas longevas terão seus cuidados transferidos para uma ILPI, que consiste na modalidade mais comumente utilizada para o cuidado dessas pessoas fora do ambiente familiar (BRASIL, 2002).

As ILPI são definidas como instituições residenciais, de caráter governamental ou não-governamental, destinadas ao domicílio coletivo de pessoas com idade acima de sessenta anos, com ou sem suporte familiar. As atividades de cuidado nessas instituições deverão promover e desenvolver ações em saúde que favoreçam a inclusão social do idoso e da família e oferecer as melhores condições possíveis para estimular a autonomia, a liberdade e preservar a dignidade do idoso (ANVISA, 2005).

As ILPI foram primeiramente definidas pela Política Nacional do Idoso (BRASIL, 1994), também constam no Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003) e foram regulamentadas pelas portarias nº 2.854 e 2.874 (BRASIL, 2000a; BRASIL, 2000b);

portaria nº 73 de 2001 (BRASIL, 2001) e pela RDC nº 283 de 2005 da Agência Nacional da Vigilância Sanitária (ANVISA, 2005), órgão que compartilha a fiscalização das ILPI com os Conselhos do Idoso e com o Ministério Público.

No Brasil, essas instituições são classificadas de acordo com o grau de dependência de seus residentes em modalidade I, quando os idosos forem considerados independentes, mesmo que requeiram uso de equipamentos de autoajuda; modalidade II, quando os residentes forem idosos com dependência em até três atividades de autocuidado para vida diária (alimentação, mobilidade, higiene), sem comprometimento cognitivo ou com alteração cognitiva controlada; modalidade III, quando os idosos forem totalmente dependentes, e necessitarem de auxílio de todas as atividades de autocuidado para vida diária e/ou possuírem comprometimento cognitivo (ANVISA, 2005).

A SBGG propõe uma classificação de acordo com o grau de dependência dos idosos residentes, em quatro modalidades: modalidade I, que comporta até 40 idosos com autonomia e cognição preservadas, e somente uma atividade de vida diária (AVD) comprometida, ainda que use apoio de tecnologia assistiva; modalidade II, comporta até 30 idosos com autonomia comprometida, comprometimento cognitivo controlado e até três AVD comprometidas; modalidade III, comporta até 30 idosos com autonomia comprometida, comprometimento cognitivo e/ou quadro demencial e com 4 a 5 AVD comprometidas; e modalidade IV, comporta até 30 idosos com perda total da autonomia e comprometimento cognitivo total e/ou quadro demencial (SBGG, 2008).

A Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) nº 283 que regulamenta as normas técnicas para o funcionamento das ILPI possui entre seus princípios norteadores a prevenção e redução dos riscos de saúde aos quais ficam expostos os idosos que residem nestes locais (ANVISA, 2005).

A saúde do idoso institucionalizado encontra-se contemplada nessa mesma Resolução, por meio da elaboração do Plano Integral de Atenção à Saúde dos residentes da ILPI pelos seus responsáveis em conjunto com o gestor local de saúde. Esse Plano deve possuir entre suas características: a compatibilidade com os princípios do SUS, a provisão de promoção, proteção e prevenção à saúde do idoso, o qual deve ser encaminhado em caso de intercorrência ao serviço de referência (ANVISA, 2005). As ILPI como cenários de cuidados, constituem um desafio no que se refere à promoção da saúde, ao empoderamento e ao próprio

direito à assistência individualizada (FREIRE JÚNIOR.; TAVARES, 2005). A Política Nacional de Atenção à Saúde do Idoso também estabelece dentre suas diretrizes a necessidade de recursos humanos adequadamente capacitados (BRASIL, 2006). Ações educativas junto aos profissionais que atuam no cuidado ao idoso são necessárias para a manutenção ao máximo de sua funcionalidade (AIRES et al., 2006).

Em relação aos recursos humanos que devem estar disponibilizados aos residentes de uma ILPI, a RDC número 283 prevê que a instituição que possuir profissional de saúde vinculado à sua equipe de trabalho, deve exigir seu registro junto à seu respectivo conselho de classe (ANVISA, 2005). Nessas instituições, de acordo com a classificação quanto ao grau de dependência de seus residentes, deve haver uma equipe permanente para o cuidado com a saúde do idoso residente composta por médico (4 a 10 horas semanais), nutricionista (1 a 2 horas semanais), cuidadores (168 a 448 horas semanais); enfermeiro (4 a 20 horas semanais); técnico em enfermagem (168 horas/semana, sendo 1 por turno); auxiliar de enfermagem (112 a 280 horas semanais) e assistente social (a critério) (SBGG, 2008).

Na maioria dos casos, o suporte ao idoso aumenta com o tempo, e a tarefa de cuidar pode tornar-se árdua e complexa (RIBEIRO et al., 2008). A equipe deve estimular a execução das atividades de vida diária pelo próprio idoso, respeitando seus limites, auxiliando na manutenção de sua autonomia e o poder de decisão, encarando a velhice como uma fase da vida e não como um momento de perda (PROCHET; SILVA, 2011).

O idoso institucionalizado se torna frequentemente uma pessoa distante do convívio familiar e do círculo social de amizade que já estava habituado, o que contribui para a redução ou perda de sua autonomia e aumento da vulnerabilidade às disfunções decorrentes das doenças crônicas não-transmissíveis que são a principal causa das admissões em instituições de saúde (FREIRE JÚNIOR; TAVARES, 2005).

Esses aspectos denotam a necessidade de um novo modelo de atenção à saúde do idoso, que promova ações em todos os níveis de cuidado, com ênfase na funcionalidade global do idoso de modo a mantê-la pelo maior tempo possível, baseando-se no favorecimento do acesso universal a saúde em todos os níveis de acordo com a necessidade do idoso e de sua família, além do acompanhamento e

monitorização da saúde do idoso com ênfase na saúde e qualidade de vida (VERAS et al., 2013).

### **3.3 A funcionalidade de idosos institucionalizados**

A funcionalidade pode ser afetada pelo próprio processo do envelhecimento e pelas doenças crônicas não-transmissíveis, frequentes nessa etapa da vida. Assim, medir o quanto a funcionalidade foi afetada torna-se essencial para se estabelecer critérios diagnósticos, prognósticos e decisões sobre os melhores tratamentos e cuidados necessários às pessoas idosas (BRASIL, 2006).

Entende-se por funcionalidade global a capacidade que um indivíduo tem de gerenciar sua própria vida ou de cuidar de si mesmo. A funcionalidade global inclui conceitos como a independência (capacidade da realização de algo com seus próprios meios) e a autonomia (capacidade individual de decisão e comando sobre as próprias ações conforme as próprias regras) (MORAES et al., 2010).

Assim, a funcionalidade se tornou o grande paradigma das políticas públicas voltadas a esse público, em especial à PNASPI, cujo principal objetivo é recuperar, manter e promover a autonomia e independência do idoso (BRASIL, 2006; MORAES, 2012). A funcionalidade global deve ser o ponto de partida para a avaliação da saúde do idoso e por meio desse novo modelo proposto, compreende-se então que as disfunções e as incapacidades seriam condições de existência para aqueles que passarem pela experiência do envelhecimento (DINIZ et al., 2007).

Neste contexto, observa-se que os serviços de saúde deveriam considerar as doenças de uma forma abrangente, ou seja, não só em seu aspecto biológico, mas também seu caráter emocional, psicológico e social, e ainda a prevenção, tratamento e reabilitação das condições crônicas por meio da viabilização dos cuidados prolongados tão necessários às pessoas idosas (BATISTA et al., 2008).

Já há algumas décadas, a OMS tem atentado para a insuficiência de políticas públicas que contemplem eficazmente os indivíduos com incapacidade (OMS, 2003a), e na tentativa de universalizar a linguagem sobre essa temática, propôs em 1980, a Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (CIDID) apresentando o conceito de incapacidade como conceito central e proferindo ao mesmo um caráter social e político (OMS, 1993).

Após vinte anos e diversas críticas provindas de estudos e debates, essa classificação foi revisada para contextualizar a incapacidade em uma linguagem que englobasse tanto o aspecto biomédico como o aspecto social, ou seja, um modelo biopsicossocial, descritos na atual Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) (OMS, 2003; SANTOS et al., 2013).

A partir dessa nova classificação a incapacidade deixou de ter uma concepção exclusivamente biológica e que desconsidera completamente a função do ambiente (D'AVANZO, 2000). A CIF classifica a funcionalidade a partir do estado de saúde dos indivíduos, suas funções e estruturas corporais, a execução de atividades de vida diária, fatores ambientais e pessoais. A teoria biopsicossocial preconiza que os fatores determinantes da funcionalidade e da saúde dos indivíduos são portanto, multidimensionais, ou seja, possuem dimensões biológicas, psicológicas e sociais (OMS, 2003). Desta forma, a CIF pode ser elemento orientador de políticas públicas, procedimentos, instrumentos de avaliação da incapacidade, inclusive de idosos (ROSENBAUM; STEWART, 2004; SANTOS et al., 2013).

### 3.3.1 Avaliação da funcionalidade do idoso

Para que o processo de cuidar de idosos institucionalizados seja eficaz tem sido recomendado que os profissionais de saúde adotem o modelo biopsicossocial e que realizem a avaliação geriátrica ampla, também conhecida como avaliação geriátrica multidimensional (FREITAS; MIRANDA, 2011).

A avaliação geriátrica ampla (AGA) foi criada em 1.935 pela cirurgiã inglesa Marjory Winsome Warren, considerada a “mãe da Geriatria”, que ao ser encarregada de cuidar de 714 pacientes idosos de um hospital londrino, portadores de enfermidades crônicas e considerados “incuráveis”, examinou a cada um deles pessoalmente, classificou-os conforme suas funções motoras, funções cognitivas e a continência para traçar uma terapêutica de reabilitação individualizada (KONG, 2000).

Como resultado do trabalho da Dra. Marjory, muitos idosos que foram avaliados por ela recuperaram a funcionalidade e receberam alta para casa, comprovando a importância e a necessidade da abordagem do cuidado

interdisciplinar e da avaliação sistemática abrangente da pessoa idosa (FREITAS; MIRANDA, 2011).

A AGA possui uma estrutura variável, dependendo da equipe que a aplica e do local em que é realizada, uma vez que os idosos são heterogêneos em relação ao seu estado funcional e suas condições de saúde são multifatoriais, transcendendo as condições exclusivamente médicas da doença (SOARES et al., 2012). Apesar da variabilidade estrutural normalmente são avaliados pela AGA: equilíbrio e motricidade, funções cognitivas, funções sensoriais, estado emocional/sintomas depressivos, apoio familiar e social, condições ambientais referentes à habitação, independência funcional, estado nutricional e saúde bucal (FREITAS et al., 2012; MORAES et al., 2008).

Dentre as dimensões investigadas pela AGA, a avaliação da independência funcional do idoso pode ser considerada o ponto de partida para verificar os aspectos de saúde dessa população, já que ela busca verificar, de forma sistematizada como as atividades de vida diária são realizadas ou se estão sendo afetadas por agravos crônicos .

No Brasil, o tema funcionalidade de idosos começou a ser abordado na década de 1980 por pesquisadores do Centro de Estudos do Envelhecimento da UNIFESP, que por meio da avaliação multidimensional do idoso observaram a independência funcional dessa população. A independência funcional tem sido compreendida como o potencial que a pessoa idosa tem para realizar uma determinada atividade, e qual o nível de ajuda necessária em caso de incapacidade (BRASIL, 2006; MORAES, 2012). Ela pode ser determinada pelo grau de capacidade para a realização das atividades básicas e instrumentais de vida diária e pode ser mensurada por meio de instrumentos específicos (FREITAS et al., 2012). Os indicadores relacionados às atividades de vida diária básicas e instrumentais têm sido amplamente utilizadas em estudos científicos para a avaliação da capacidade funcional do indivíduo, devido a validade e confiabilidade conferida por essas variáveis (ARAÚJO; CEOLIM, 2007; KATZ, 1983; LOPES et al., 2013; SCHNEIDER et al., 2010; SILVA et al., 2006).

As AVD são as tarefas relacionadas ao autocuidado, ou seja, atividades que o indivíduo necessita realizar para cuidar de si e de sua própria vida (andar, alimentar-se, higienizar-se, vestir-se, realizar transferências, ter controle da continência urinária e fecal, dentre outras). As atividades instrumentais da vida diária

(AIVD) consistem em tarefas mais complexas, que requerem a capacidade em administrar o ambiente de vida dentro e fora do lar (exemplo: realizar tarefas domésticas, administrar a própria renda, usar o telefone, utilizar meios de transporte, fazer compras, tomar medicações) (BRASIL, 2006).

Existem ainda as atividades de vida diária avançadas (AAVD) que se referem às atividades relacionadas a integração social, ou seja, atividades produtivas, recreativas e sociais (exemplo: atividades laborais remuneradas ou não-remuneradas, atividades religiosas, atividades de lazer, etc.), as quais são atividades mais individualizadas e de difícil generalização, e conseqüentemente de mensuração (Figura 1) (MORAES, 2012).

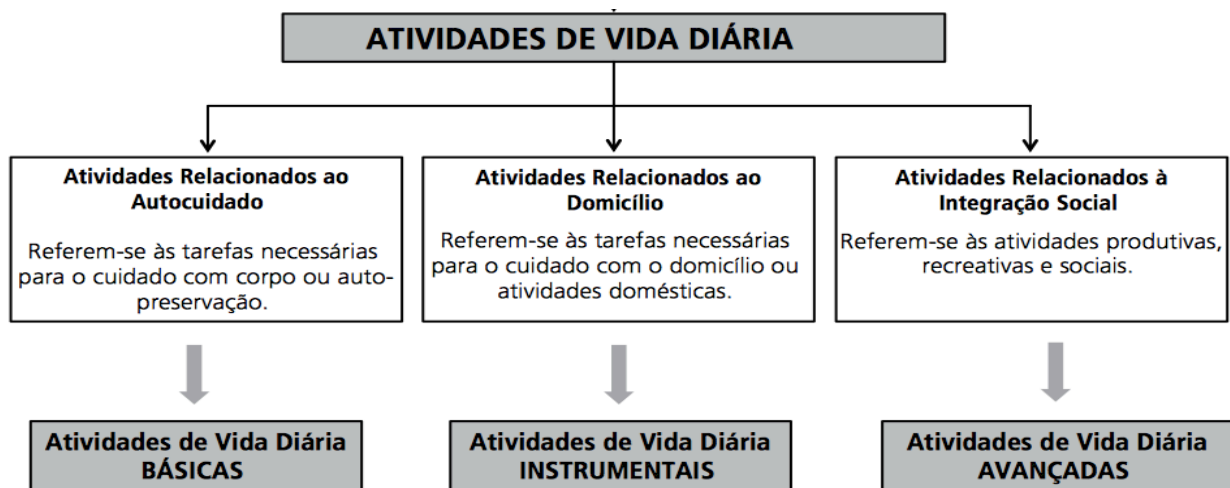


Figura 1 – Atividades da Vida Diária (MORAES, 2012, p.13)

As AAVD não são consideradas essenciais para definir a independência do indivíduo, porém pode se dizer que o declínio na habilidade para desempenhá-las consiste em um indicador precoce da redução da capacidade funcional (FONSECA; RIZZOTTO, 2008).

A independência funcional começou a ser avaliada, mundialmente, na tentativa comprovar que o conceito adotado na década de 1950 pela OMS para definir saúde como “bem-estar físico, mental e social” seria mensurável e após a criação de instrumentos de medida da independência funcional, os pesquisadores iniciaram seus estudos sobre o tema (MCDOWELL, 2009). Não existe um método considerado o mais correto ou o “padrão-ouro” para a medida da capacidade funcional por meio da avaliação das atividades de vida diária por meio de



instrumentos de medida, uma vez que cada escala possui um escore ou perfil de incapacidades específicos (ALVES et al., 2007).

Os primeiros estudos sobre o tema independência funcional foram realizados pela equipe de Sidney Katz, nos EUA, e avaliaram pacientes idosos sob diversas situações por meio do Índice de Katz (KATZ; CHINN, 1959; KATZ et al., 1963). Em 1970 foi publicado o primeiro estudo longitudinal que acompanhou 270 pacientes por dois anos e confirmou a característica preditora da necessidade de cuidado dessa escala de medida de funcionalidade (KATZ et al., 1970).

Entre os instrumentos utilizados para mensurar a capacidade funcional destacam-se a Escala de Katz (KATZ et al., 1963), o Índice de Barthel (MAHONEY; BARTHEL, 1965); a Escala de Lawton-Brody (LAWTON; BRODY, 1969) e a Medida da Independência Funcional (MIF) (GRANGER et al., 1985).

De modo geral, os instrumentos para a avaliação da capacidade funcional do são escalas estruturadas de aferição em formato de testes de desempenho, testes de observação direta, questionários auto-aplicados ou roteiros sistematizados de entrevistas (PAIXÃO JÚNIOR; REICHENHEIM, 2005). As escalas mais utilizadas para mensuração da capacidade funcional baseiam-se em medidas de desempenho físico, de dificuldade e dependência, que verificam o grau de dificuldade para a realização das atividades de vida diária, o grau de assistência para realizá-las e se a referida atividade está sendo realizada (ALVES et al., 2007).

Historicamente, o primeiro instrumento para mensuração da capacidade funcional de idosos, inclusive hospitalizados e institucionalizados foi o *PULSES Profile*, criado pelos pesquisadores norte-americanos Eugene Moskowitz e Cairbre B. McCann em 1957. Esses pesquisadores basearam-se nas escalas de avaliação da condição física de soldados canadenses e americanos na época da Segunda Guerra Mundial (MOSKOWITZ; McCANN, 1957). Essa escala avalia os seguintes componentes, cujas iniciais em inglês, correspondem às letras do acrônimo *PULSES*: *P* (*physical condition* - condição física), *U* (*upper limbs function* - função dos membros superiores), *L* (*lower limbs functions* - funções dos membros inferiores), *S* (*sensory components* - componentes sensoriais), *E* (*excretory functions* - funções excretoras) e *S* (*mental and emotional status* - estado mental e emocional). Cada das dimensões poderá ser classificada em quatro níveis, “normal”, “leve”, “moderadamente severo” e “severo” (McDOWELL, 2011). Não existem relatos do uso desse instrumento em estudos brasileiros, porém, internacionalmente foi

utilizado em estudos que avaliam a capacidade funcional de idosos, tanto em âmbito hospitalar como institucional (GRANGER et al., 1977; GRANGER et al., 1979; MARSHALL et al., 1999).

Em 1958, nos Estados Unidos, foi desenvolvida pelas pesquisadoras americanas Florence I. Mahoney e Dorothea W. Barthel outra escala bastante difundida entre estudiosos da capacidade funcional, que ficou conhecida como Índice de Barthel (McDOWELL, 2011). Esse instrumento avalia, em sua versão original, dez atividades de vida diária (alimentação, higiene pessoal, uso do banheiro, banho, continência do esfíncter anal, continência do esfíncter vesical, vestir-se, transferências cama-cadeira, subir e descer escadas, deambulação/manuseio da cadeira de rodas), por meio de escalas de intervalos de cinco pontos, variáveis entre os itens avaliados, cujo escore máximo pode variar de 0 (dependência total) a 100 (independência) por meio do somatório dos pontos obtidos (MAHONEY; BARTHEL, 1965).

Os escores dos itens avaliados podem ser obtidos tanto por entrevista, observação da realização da atividade avaliada, entrevista via telefone ou questionário enviado por meio postal, sendo que os melhores índices de confiabilidade foram obtidas em estudos que fizeram sua aplicação via entrevista pessoal ou por via telefônica (SAINSBURY et al., 1999). Existem outras versões alternativas desse instrumento que avaliam de dez a vinte atividades funcionais ou propõem diferentes graduações do nível de independência funcional (ARAÚJO et al., 2007; COLLIN et al., 1988; GRANGER et al., 1989; SHAH et al., 1989; SULTER et al., 1999). Pesquisadores observaram que o Índice de Barthel é uma das escalas mais amplamente utilizadas para avaliação funcional, No Brasil existem relatos de sua utilização mesmo anteriormente à sua validação (MINOSSO et al., 2010; PAIXÃO JÚNIOR; REICHEINHEIN, 2005).

Em meados da década de 1960, Sidney Katz e outros pesquisadores da avaliação funcional, insatisfeitos com a imprecisão e insuficiência dos dados de medidas de saúde e funcionalidade disponibilizados na época para a tomada de decisões clínicas e realização de estudos científicos, propuseram um novo instrumento de avaliação da capacidade funcional (KATZ et al., 1963). A equipe de Katz percebeu que a perda funcional de idosos e doentes críticos ocorre em uma ordem hierárquica particular, sendo as funções com maior complexidade as primeiras a serem perdidas e, da mesma forma, as primeiras a serem

reestabelecidas, semelhantemente à sequência do processo do desenvolvimento neuropsicomotor da criança (McDOWELL, 2011).

Esses pesquisadores elaboraram a Escala de Independência das Atividades da Vida Diária, que ficou posteriormente conhecido como Índice de Katz, que avaliava seis atividades cotidianas básicas (banhar-se, vestir-se, ir ao banheiro, transferir-se, ser continente e alimentar-se) (DUARTE et al., 2007). Após a aplicação da escala, o indivíduo pode ser classificado em três categorias conforme o grau de independência para a realização das atividades (independente, parcialmente dependente ou totalmente dependente) de acordo com o escore total que pode variar de 0 (independente nas seis funções) a 6 pontos (dependente para todas as funções) e com a quantidade de funções nas quais o indivíduo é considerado dependente e independente (KATZ et al., 1970; KATZ; AKPOM, 1976). Juntamente com o Índice de Barthel, a escala de Katz corresponde a um dos instrumentos mais utilizados para avaliação da funcionalidade em âmbito mundial, já tendo sido validado e adaptado culturalmente ao Brasil (LINO et al., 2008; PAIXÃO JÚNIOR; REICHEINHEIN, 2005).

Em 1969, com uma abordagem semelhante à utilizada pela equipe de Sidney Katz, os pesquisadores Mortimer Powell Lawton e Elaine M. Brody criaram a Escala de Atividades Instrumentais da Vida Diária (LAWTON; BRODY, 1969). Esse instrumento foi traduzido e adaptado culturalmente ao Brasil e testado quanto à sua confiabilidade (citar quem validou). A versão brasileira avalia sete AIVD: preparo de refeições, tarefas domésticas, uso do telefone, viagens, compras, uso de medicamentos e manuseio do dinheiro, que recebem de 1 a 3 pontos de acordo com a capacidade para realizar cada atividade, as quais são classificadas em três níveis: independência, dependência parcial ou total (SANTOS; VIRTUOSO JÚNIOR., 2008).

No início da década de 1980, diversas escalas de medida da capacidade funcional de idosos estavam sendo utilizadas em estudos científicos, o que fez surgir a necessidade da uniformização das informações sobre os dados gerados por essas escalas e do conhecimento da eficácia dos programas de reabilitação física. Assim o *Uniform Data System for Medical Rehabilitation* (UDSMR) instalou nos Estados Unidos uma força-tarefa para sanar essa carência (GRANGER et al., 1985). Como resultado desse processo, foi criado em 1983, por pesquisadores americanos liderados por Carl Granger, um novo instrumento de avaliação do grau de funcionalidade denominada Medida de Independência Funcional (GRANGER, 1998).

Uma das razões para o desenvolvimento da MIF foi a tentativa de minimizar as limitações do Índice de Barthel, considerado pouco preciso, uma vez que possuía apenas um nível de classificação para a “independência” e dois para a “dependência”, avalia apenas dez tipos de atividades e não considera as funções de natureza cognitiva (UDSMR, 2014).

A MIF é composta por 18 categorias que avaliam atividades de autocuidado (comer, aprontar-se, banhar-se, vestir a parte superior do corpo, vestir a parte inferior do corpo e toalete); transferências ou mobilidade (cama, cadeira, cadeira de rodas, vaso sanitário, banheira, chuveiro); locomoção (cadeira de rodas, marcha, subir escadas); controle esfinteriano (bexiga e intestino); comunicação (compreensão e expressão) e cognição social (interação social, resolução de problemas e memória) (OTTENBACHER et al., 1996). A escala pode ser subdividida em dois domínios: o motor, o qual agrupa as dimensões dos cuidados pessoais, controle de esfíncter, mobilidade/transferência e locomoção, e o cognitivo, que é composto das dimensões da comunicação e cognição social (LINACRE et al., 1994) (Quadro 1).

**Quadro 1** – Categorias, dimensões, domínios e escore total da Medida da Independência Funcional, com suas respectivas pontuações

<b>MEDIDA DA INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL</b>			
<b>CATEGORIAS</b>	<b>DIMENSÕES</b>	<b>DOMÍNIOS</b>	<b>ESCORE TOTAL</b>
Alimentação (1 a 7 pontos)	Autocuidado (6 a 42 pontos)	Motor (13 a 91 pontos)	18 a 126 pontos
Higiene pessoal (1 a 7 pontos)			
Banho (1 a 7 pontos)			
Vestir a metade superior do corpo (1 a 7 pontos)			
Vestir a metade inferior do corpo (1 a 7 pontos)			
Uso do vaso sanitário (1 a 7 pontos)			
Controle da urina (1 a 7 pontos)	Controle de esfínteres (2 a 14 pontos)		
Controle das fezes (1 a 7 pontos)			
Transferências: leito – cadeira (1 a 7 pontos)	Transferências (3 a 21 pontos)		
Transferências: vaso sanitário (1 a 7 pontos)			
Transferências: banheiro ou chuveiro (1 a 7 pontos)			
Locomoção (1 a 7 pontos)	Locomoção (2 a 14 pontos)		
Escadas (1 a 7 pontos)			
Compreensão (1 a 7 pontos)	Comunicação (2 a 14 pontos)	Cognitivo (5 a 42 pontos)	
Expressão (1 a 7 pontos)			
Interação social (1 a 7 pontos)	Cognição social (3 a 21 pontos)		
Resolução de problemas (1 a 7 pontos)			
Memória (1 a 7 pontos)			

Fonte: GRANGER et al. (1986); OTTENBACHER et al. (1996)

Os escores atribuídos a cada função avaliada consideram mais a performance em relação à capacidade de um indivíduo em realizar determinada atividade, e podem ser baseados em informações do prontuário médico, observação clínica ou entrevista com paciente/cuidador pessoalmente ou por telefone (GRANGER et al., 1986).

A pontuação total poderá variar de 18 a 126. Quanto maior o escore, maior o grau de independência e melhor o desempenho funcional (HAMILTON; GRANGER, 1994).

Cada categoria avalia uma função ou atividade e recebe um escore de um (dependência completa) a sete (independência completa). O indivíduo que receber seis ou sete pontos em uma categoria não necessita de nenhum tipo de ajuda para realizar a tarefa avaliada, participa ativamente de sua execução e é classificado como independente para a realização desta tarefa. Ao ser pontuado com cinco pontos ou menos, o indivíduo é classificado como dependente moderado (cinco, quatro ou três pontos) ou dependente completo (dois pontos ou um ponto) e possuem até menos do que 25% de participação na execução da tarefa (Quadro 2).

**Quadro 2** – Níveis de função da Medida da Independência Funcional e suas respectivas pontuações

<b>MEDIDA DA INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL</b>				
<b>Necessidade de ajuda</b>	<b>Pontuação</b>	<b>Assistência</b>	<b>Participação do indivíduo na execução da tarefa</b>	<b>Classificação da independência funcional</b>
Sim	1	Assistência total	< 25%	Dependência
	2	Assistência máxima	≥ 25% e <50%	
	3	Assistência moderada	≥ 50% e <75%	
	4	Assistência com contato mínimo	≥ 75%	
	5	Supervisão ou preparação	100%	
Não	6	Independência modificada	100%	Independência
	7	Independência completa	100%	

Fonte: GRANGER et al. (1986); OTTENBACHER et al. (1996)

Uma árvore de decisão proposta pela UDSMR para a padronização da aplicação da escala indica as questões a serem feitas pelos avaliadores, os quais devem ser profissionais da saúde que receberam treinamento prévio por instituições credenciadas pela UDSMR/Universidade de Buffalo – NY (McDOWELL, 2011).

No Brasil, a utilização da MIF iniciou-se no ano 2000, com sua tradução para o português brasileiro e posterior validação por pesquisadores da Universidade de São Paulo chefiados por Marcelo Riberto e colaboradores (RIBERTO et al., 2001; RIBERTO et al., 2004).

Estudos brasileiros atuais sobre independência funcional na população idosa investigam sua relação com fatores como a fragilidade (COSTA; NERI, 2011, SALLINEN et al, 2015), utilização de serviços de saúde (GARBACCIO et al., 2013; LOURENÇO et al., 2014; SANTOS et al., 2013; SPOSITO et al., 2010), patologias como Parkinson (FLECK et al., 2014), artrite reumatoide (FULFARO et al., 2012) e demência (CERA et al., 2014).

O Caderno de Atenção à Saúde do Idoso, elaborado pelo Ministério da Saúde, recomenda a utilização das escalas de Katz, Lawton-Brody e a MIF para a avaliação funcional dos idosos na atenção básica (BRASIL, 2006).

Nos Estados Unidos, a validade de constructo da MIF foi testada por meio do modelo da análise estatística Rasch, a qual mostrou que o instrumento pode ser utilizado em dois domínios unidimensionais, o motor e o cognitivo (LINACRE et al., 1994). Outros estudos norte-americanos revelaram que a MIF pode ser preditora da quantidade de cuidados necessários em minutos a um paciente portador de patologias como esclerose múltipla, acidente vascular encefálico e traumatismo crânio-encefálico (CORRIGAN et al., 1997; GRANGER et al., 1990; GRANGER et al., 1993; GRANGER et al., 1995; HAMILTON et al., 1994; KIDD et al., 1995; STINEMAN et al., 1997; STINEMAN et al., 2003)

Em outros países do mundo, a MIF foi validada para idosos acima de 80 anos, revelando ser útil para avaliação funcional desta faixa etária (POLLAK et al., 1996). No Brasil, a validação da MIF foi testada em dois grupos de pacientes nos quais se esperava encontrar dependência funcional, 150 portadores de lesão medular e 103 portadores de lesão encefálica, para os quais o instrumento mostrou-se sensível a alterações e com utilidade clínica para avaliação de resultados de programas de reabilitação (RIBERTO et al., 2001).

Pesquisadores brasileiros utilizaram a MIF para avaliar a independência

funcional de idosos em diversos contextos, tais como assistência domiciliar (LOPES et al., 2007; RICCI et al., 2005; RICCI et al., 2006), assistência hospitalar (KAWASAKI; CRUZ, 2007), programas de reabilitação e assistência ambulatorial específicos ou não a uma determinada patologia (BARBETTA; ASSIS, 2008; SCATTOLIN et al., 2007;), e também avaliaram idosos residentes em ILPI (CARNEIRO et al., 2012; CORDEIRO et al., 2002; FERREIRA et al., 2011; GREVE et al., 2007; HOEPERS et al., 2013; MURAKAMI; SCATTOLIN, 2010; PEREIRA; BESSE, 2011; UCHIDA; BORGES, 2013), sendo que em todos os estudos a MIF foi escolhida e considerada por ser um instrumento com boas propriedades psicométricas.

Pesquisadores revelam a importância de se conhecer o prognóstico da dependência funcional no idoso, já que melhor compreensão do processo de sua gênese pode permitir a intervenção nos fatores determinantes modificáveis por meio da definição dos grupos de riscos e ainda pelo fato de sua recuperação ser algo passível de ocorrer (TAS et al., 2007).



## **4 MATERIAL E MÉTODO**

### **4.1 Tipo de Estudo**

Trata-se de um estudo de corte transversal analítico.

### **4.2 Local de estudo**

O estudo foi realizado na única ILPI de um dos dezoito municípios da microrregião do Sudoeste de Goiás a 222 km de Goiânia, um índice de desenvolvimento humano (IDH) de 0,75 e uma população de 176.424 habitantes, sendo 13.885 destes, indivíduos com mais de 60 anos (ARRAIS, 2002; ATLAS BRASIL, 2013; IBGE, 2010b).

Nesse município, no período de 1.996 a 2.010 a população idosa (acima de 60 anos) aumentou consideravelmente em todas as faixas etárias analisadas, principalmente nas pessoas de 80 anos ou mais que tiveram um percentual de aumento de 145% (DATASUS, 2013).

A ILPI investigada possui caráter não-governamental (privado, filantrópico e religioso), sem fins lucrativos, foi criada em 1.962 e possui regime aberto de circulação de visitantes e saída dos residentes. Tem capacidade para receber 110 idosos e está classificada como Modalidade III, de acordo com a ANVISA (2005).

A instituição conta com equipe multiprofissional composta por cuidadores de idosos formais, médicos, odontólogos, enfermeiros, técnicos em enfermagem, fisioterapeutas, terapeuta ocupacional, nutricionista, assistente social e educadora física, além dos servidores com funções administrativas e de serviços gerais.

No período de coleta de dados, a instituição contava com profissionais contratados pela própria instituição, em regime celetista de trabalho e servidores públicos municipais e estaduais, cedidos pela administração pública; além dos que prestavam serviço voluntário na instituição. A ILPI é conveniada com instituições de ensino técnico e superior do município, as quais utilizam a mesma como campo de estágio e prestam atendimentos fisioterapêuticos e de enfermagem aos idosos que lá residem.

### 4.3 Participantes do estudo

#### 4.3.1 População em estudo

A população do estudo foi composta pelos 100 residentes na ILPI em estudo no período investigado.

#### 4.3.2 Amostra

Para inclusão no estudo foram considerados os seguintes critérios: ter mais de 60 anos de idade e ser residente na ILPI. Foram excluídos os idosos com tempo de institucionalização menor do que seis meses; e aqueles com diagnóstico médico de déficit cognitivo cujos familiares/tutores legais não residiam no município em estudo.

Somente 84 indivíduos atendiam aos critérios de inclusão do estudo. Foram registradas nove perdas, sendo oito devido a óbito e uma devido à recusa em participar do estudo. As outras 16 exclusões estiveram relacionadas ao tempo de institucionalização menor do que seis meses (02) e idade inferior a 60 anos de idade (14). Desta forma, o estudo contou com uma amostra de 75 participantes (amostra de conveniência) (Figura 2).

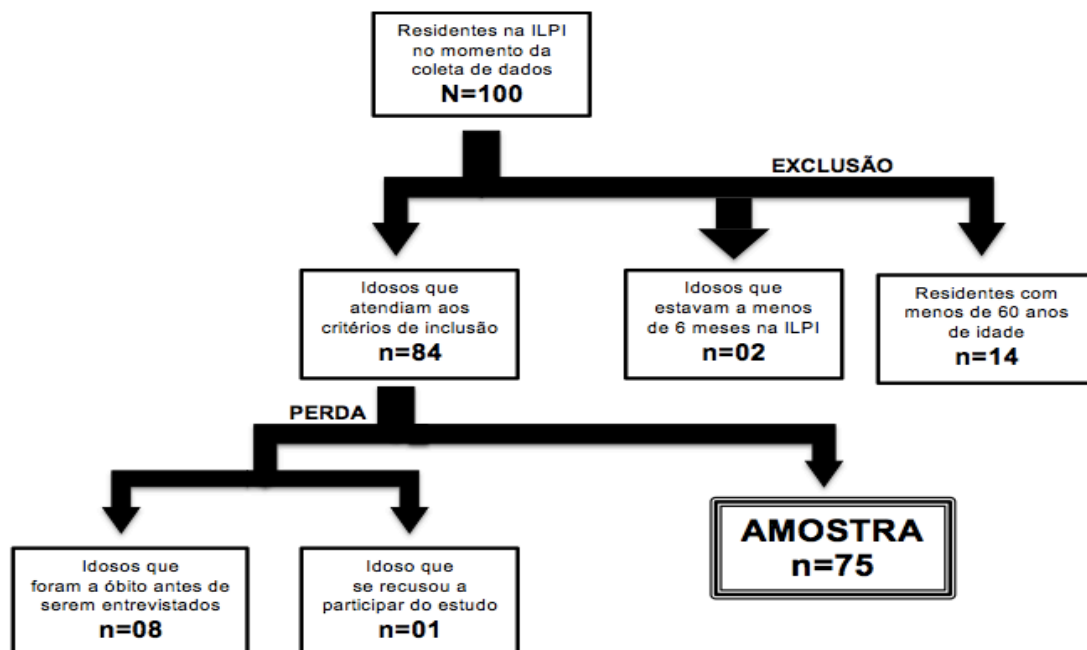


Figura 2 – Fluxograma de seleção da amostra

#### 4.4 Variáveis de estudo

A avaliação da independência funcional foi considerada como variável de desfecho. As variáveis sociodemográficas e econômicas, características da institucionalização e as relacionadas às condições gerais de saúde foram consideradas variáveis de exposição (Quadro 3).

**Quadro 3 – Distribuição das variáveis e categorias utilizadas no estudo**

Grupo	Variável	Categorias	Tipo
Avaliação do grau de dependência funcional	Medida da Independência funcional	Dependência completa (18 a 53 pontos) Dependência moderada (54 a 107 pontos) Independência (108 a 126 pontos)	Ordinal
Variáveis sociodemográficas e econômicas	Sexo	Masculino Feminino	Nominal
	Idade	60 a 79 anos 80 ou mais anos	Nominal
	Estado conjugal	Vivem em união Não vivem em união	Nominal
	Escolaridade	Sem instrução Com instrução	Nominal
	Renda	Sim Não	Nominal
	Tipo de renda	Aposentadoria Pensão Benefício de Proteção Continuada	Nominal
	Motivo da aposentadoria	Tempo de serviço Idade Problema de saúde	Nominal
Características da institucionalização	Tempo de institucionalização	< 10 anos ≥ 10 anos	Nominal
	Com quem morava antes da institucionalização	Sozinho Com outras pessoas	Nominal
	Visitas	Recebe Não recebe	Nominal
	Quem visita	Filhos Famíliares, amigos, companheiro (a)	Nominal
Condições gerais de saúde	Percepção relatada de saúde	Excelente Muito boa Boa Ruim Muito ruim	Nominal
	Saúde comparada com outros indivíduos	Melhor Igual Pior	Nominal
	Comorbidades relatadas	< 3 ≥ 3	Nominal
	Hipertensão arterial	Sim Não	Nominal
	Infarto agudo do miocárdio	Sim Não	Nominal
	Insuficiência cardíaca congestiva	Sim Não	Nominal
	Acidente vascular encefálico	Sim Não	Nominal
	Depressão	Sim Não	Nominal

Condições gerais de saúde (cont.)	Doença de Alzheimer	Sim Não	Nominal
	Doença de Parkinson	Sim Não	Nominal
	Problemas de memória	Sim Não	Nominal
	Diabetes melitus	Sim Não	Nominal
	Desnutrição	Sim Não	Nominal
	Tireoidopatias	Sim Não	Nominal
	Dislipidemias	Sim Não	Nominal
	Obesidade	Sim Não	Nominal
	Osteoporose	Sim Não	Nominal
	Doenças osteomusculares	Sim Não	Nominal
	DPOC	Sim Não	Nominal
	Asma	Sim Não	Nominal
	Neoplasias	Sim Não	Nominal
	Alcoolismo	Sim Não	Nominal
	Neuropatias	Sim Não	Nominal
	Alterações visuais	Sim Não	Nominal
	Surdos-mudos	Sim Não	Nominal
	Alterações auditivas	Sim Não	Nominal
	Insuficiência renal crônica	Sim Não	Nominal
	Transtornos mentais	Sim Não	Nominal
	Hiperplasia benigna de próstata	Sim Não	Nominal
	Problemas gástricos	Sim Não	Nominal
	Problemas circulatórios	Sim Não	Nominal
	Déficit cognitivo	Sim Não	Nominal
Sintomas depressivos	Ausência de sintomas depressivos (0 a 5 pontos) Presença de sintomas depressivos (6 a 15 pontos)	Nominal	

FONTE: Instrumento de coleta de dados (roteiro para a entrevista), Goiânia, 2014

#### 4.5 Coleta de dados

Anteriormente à coleta de dados, no período de 25 a 28 de fevereiro de 2014, foi feito o levantamento dos potenciais participantes entre os residentes da ILPI que atendiam aos critérios de inclusão. Nesse momento foram identificadas as condições clínicas e mentais dos idosos para o processo de consentimento para a pesquisa. As informações sobre os idosos encontravam-se digitalizadas e disponibilizadas no sistema de rede de computadores da ILPI, porém existiram alguns dados que ainda não se estavam no sistema no momento da coleta de dados e que foram obtidos do prontuário e por meio de relato da equipe responsável pelo cuidado do idoso.

A coleta de dados ocorreu nas dependências da ILPI, entre 1º de abril e 20 de maio de 2014 e foi realizada pela pesquisadora e uma assistente previamente treinada, por meio de entrevista com os idosos e/ou cuidadores; observação, avaliação clínica e análise do prontuário dos participantes. A coleta constou da obtenção dos dados referentes à identificação, às características sociodemográficas e econômicas, à saúde geral, aos sintomas depressivos e ao nível de independência funcional.

As informações coletadas foram respondidas principalmente por cuidadores formais (50,7%), considerando-se que entre os participantes 54,7% possuíam déficit cognitivo de acordo com seus prontuários médicos. Os estudos envolvendo idosos institucionalizados geralmente excluem aqueles residentes que possuem déficit cognitivo. Este estudo optou por incluir os dados dos indivíduos com déficit cognitivo por entender que este fator ser considerado um dos preditores mais importantes para institucionalização de idosos.

Os dados de saúde relatada foram confirmados pelo prontuário médico dos participantes e pela equipe de saúde da instituição para melhorar sua qualidade. Algumas informações relacionadas à saúde dos participantes no período anterior à sua institucionalização, tais como ocorrência de eventos cardiovasculares, hospitalizações, tratamentos realizados, etc., eram desconhecidos inclusive da equipe multiprofissional da instituição, uma vez que muitos destes idosos viviam sozinhos ou em situação de abandono antes de residir na ILPI.

A coleta de dados teve duração de 15 a 45 minutos, dependendo da quantidade de informações que ainda tiveram que ser coletadas por meio da

entrevista direta com o idoso e/ou seu cuidador e do grau de compreensão dos entrevistados.

#### **4.6 Instrumentos de coleta de dados**

Para a coleta de dados foram utilizados um formulário estruturado composto de três seções: (1) dados de identificação, perfil sociodemográfico e econômico, e saúde geral, (2) a Medida da Independência Funcional (MIF) e (3) para os idosos que apresentaram condições cognitivas e mentais preservadas foi também aplicada a Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15).

##### **4.6.1 Dados de identificação, perfil sociodemográfico, econômico e saúde geral**

Esta seção foi elaborada a partir do instrumento de avaliação multidimensional do idoso denominado *Brazilian Functional Assessment Questionnaire* (BOMFAQ). O referido instrumento foi elaborado e validado no Brasil pela equipe do professor Dr<sup>o</sup> Luiz Roberto Ramos em 1988 (BLAY et al., 1988), a partir do instrumento americano *Older American Resources and Services Program* (OARS) (FILLENBAUM et al., 1981).

Antes do início da coleta de dados, realizou-se um refinamento do instrumento para avaliação das questões referentes a essa seção com dois idosos residentes na ILPI que não atendiam aos critérios do estudo. Nessa etapa, verificou-se a compreensibilidade das questões, a aplicabilidade do instrumento, o tempo necessário para a entrevista, bem como as possíveis dúvidas por parte dos entrevistadores. Foram realizados ajustes no instrumento, discussão com especialistas e adequação para a coleta (APÊNDICE E).

##### **4.6.2 Medida da Independência Funcional (MIF)**

O nível de dependência para o exercício das atividades cotidianas foi avaliada por meio da Medida de Independência Funcional (MIF) (ANEXO B), criado em 1983, por pesquisadores americanos liderados por Carl Granger, traduzida e

validada para o português brasileiro por Riberto e colaboradores (RIBERTO et al., 2001; RIBERTO et al., 2004).

A MIF é composta por 18 categorias que avaliam atividades de vida diária, as quais recebem cada uma um escore que varia de um (dependência total) a sete (independência completa), cuja pontuação total poderá variar de 18 a 126. Quanto maior o escore, maior o grau de independência e melhor o desempenho funcional (HAMILTON; GRANGER, 1994).

De acordo com os criadores e estudiosos sobre a MIF, não existe um escalonamento em níveis de dependência funcional que se baseie em seus escores totais ou sub-escores de seus domínios motor e cognitivo ou mesmo a adoção de pontos de corte para essa finalidade (AWANG et al., 2001; COHEN; MARINO, 2000; HEINEMANN et al., 1993; LINACRE et al., 1994; RAVAND et al., 1999; RIBERTO et al., 2001; RIBERTO et al., 2004; STINEMAN et al., 1997; STINEMAN et al., 2003).

Pesquisadores que utilizaram esse instrumento para verificar o grau de dependência funcional sugeriram em seus estudos classificações em níveis de dependência para realização das atividades de vida diária (ABREU, 2009; CARNEIRO et al., 2012; CORDEIRO et al., 2002; FERNANDES et al., 2012; FHON et al., 2012; LEANDRO, 2011; LOURENÇO, 2011; MACEDO et al., 2012; MINOSSO et al., 2010; RICCI et al., 2005; RICCI et al., 2006; SANDHAUG et al., 2011; VENDRUSCOLO, 2012).

Para esse estudo foi considerada a classificação do nível de dependência funcional em três graus: independência, dependência moderada e dependência completa, de acordo com a sintaxe do instrumento (GRANGER et al., 1985). Em relação à performance dos idosos na execução da atividade de cada categoria da MIF, os idosos foram classificados de acordo com a pontuação obtida em independentes (6 ou 7 pontos), dependentes moderados (3, 4 ou 5 pontos) e dependentes completos (1 ou 2 pontos). Em relação aos escores obtidos na MIF total, motora, cognitiva e dimensões, se o indivíduo avaliado obtivesse entre seis e sete pontos em todas as categorias da MIF, o mesmo era considerado independente. Já se o participante avaliado tivesse obtido no mínimo uma categoria pontuada com cinco pontos ou até no máximo todas as categorias com escore de três pontos, ele era considerado como dependente moderado. E os participantes que obtiveram no mínimo uma categoria pontuada com escore de dois pontos, foram considerados como dependentes completos (Quadro 4).

**Quadro 4** – Classificação em graus de dependência funcional de acordo com os escores total, motora, cognitiva e escores das dimensões da Medida da Independência Funcional. Goiânia, Abril – Maio de 2014.

Escore	Graus de independência funcional		
	Dependência Completa	Dependência Moderada	Independência
<b>MIF Motora</b>	<b>13 a 38 pontos</b>	<b>39 a 77 pontos</b>	<b>78 a 91 pontos</b>
Autocuidado	06 a 20 pontos	21 a 35 pontos	36 a 42 pontos
Controle de esfíncteres	02 a 05 pontos	06 a 11 pontos	12 a 14 pontos
Mobilidade/Transferências	03 a 08 pontos	09 a 17 pontos	18 a 21 pontos
Locomoção	02 a 07 pontos	06 a 11 pontos	12 a 14 pontos
<b>MIF Cognitiva</b>	<b>05 a 14 pontos</b>	<b>15 a 29 pontos</b>	<b>30 a 35 pontos</b>
Comunicação	02 a 07 pontos	06 a 11 pontos	12 a 14 pontos
Cognição Social	03 a 08 pontos	09 a 17 pontos	18 a 21 pontos
<b>MIF Total</b>	<b>18 a 53 pontos</b>	<b>54 a 107 pontos</b>	<b>108 a 126 pontos</b>

Fonte: a autora

Neste estudo, a MIF foi o instrumento de escolha para avaliar o grau de dependência funcional por possuir tradução, validação e adaptação cultural para o português brasileiro (RIBERTO et al., 2001), ser aplicável em população institucionalizada, possuir boa reprodutibilidade em diversos tipos de amostras e boa confiabilidade para seu escore total (ICC=0,98 inter-observadores e 0,97 teste-reteste) (RIBERTO et al., 2004).

A aplicação da MIF requereu uma capacitação prévia por parte da pesquisadora, que realizou a Formação (Certificação) para utilização da Medida de Independência Funcional, com 16 horas de duração, pela empresa TechnoCare – Soluções em Acessibilidade, Desenho Universal e Tecnologia Assistiva, ministrada pela Dra. Maria Aparecida Ferreira de Mello em março de 2014, nas dependências do CRER – Centro de Reabilitação e Readaptação Henrique Santillo, em Goiânia – GO (ANEXO D).

#### 4.6.3 Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15)

O estado emocional dos participantes (que tiveram condições de responder sozinhos) foi avaliada pela Escala de Depressão Geriátrica com 15 questões (GDS-15). A GDS é um dos instrumentos mais frequentemente usados para a detecção de



sintomatologia depressiva no idoso, devido a sua alta sensibilidade e especificidade de acordo com o CID-10 (Classificação Internacional de Doenças) e DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV*). A escala original (GDS) continha 30 itens e foi desenvolvida em 1983 (SHEIKH; YESAVAGE, 1986) devido às escalas existentes para identificação de sintomas depressivos serem baseadas na população em geral, não se adequando às necessidades da população idosa. (IZAL et al., 2010).

No Brasil, Almeida e Almeida (1999) testaram sua confiabilidade e validade em um ambiente especializado em doenças psiquiátricas. Paradela et al. (2005) evidenciaram sua validação para uso em idosos atendidos em ambientes não-especializados. Versões mais curtas dessa escala, com quatro, cinco, oito, dez e quinze itens, foram propostas com o objetivo principal de serem de mais fáceis aplicações pelo entrevistador, compreendidas pelo entrevistado e de necessitarem de um menor tempo de aplicação (SHEIKH; YESAVAGE, 1986; STILES; McGARRAHAN, 1998; YESAVAGE, 1988).

A versão de 15 itens da GDS (GDS-15) foi escolhida uma vez que, estudos mostraram que a mesma é adequada para identificar sintomas depressivos e possui uma sensibilidade acima de 91% para um ponto de corte igual a 5 e de 81% para um ponto de corte de 4 pontos (BROWN; SCHINKA, 2005; D'ATH et al., 1994). Sua limitação consiste em não poder ser utilizada em idosos com cognição reduzida por não permitir a substituição do entrevistador para a obtenção de seus dados (ALMEIDA; ALMEIDA, 1999).

A escala consiste em um questionário padronizado, composto por quinze itens apresentados em forma de perguntas, cada qual com duas alternativas (sim e não) e valores atribuídos de 0 a 1, cujo score total, que pode variar de 0 a 15 pontos, é obtido pela somatória do total de alternativas. Nesse estudo foi considerado a classificação proposta por Almeida e Almeida (1999) de 0 a 5 pontos para ausência de sintomas depressivos e acima de 5 pontos para presença de sintomas depressivos (ANEXO C).

A avaliação dos sintomas depressivos, foi possível somente para 44,0% dos idosos, uma vez que 54,7% deles tinham diagnóstico médico de déficit cognitivo e 1,3% dos mesmos era portador de surdez profunda.

#### 4.6.4 Rigor

Para a boa condução do estudo e garantia da confiabilidade dos dados obtidos, os instrumentos de coleta para independência funcional e sintomas depressivos utilizados são validados e foram aplicados por entrevistadores devidamente treinados. Esses fatores podem ter diminuído a chance da ocorrência de erros sistemáticos ou vieses durante a coleta dos dados, o que fortaleceu a validade interna do estudo.

Na interpretação dos resultados as informações derivadas do estado geral de saúde são auto-referidas e, portanto, podem sofrer influência das funções cognitivas, da cultura, da linguagem e da escolaridade. Dessa maneira, erros classificatórios em relação a esta variável pode ter ocorrido em consequência de tais vieses. No entanto, é importante mencionar que medidas autorreferidas fornecem informações sobre a saúde desta população em um determinado contexto social e dificilmente poderiam ser obtidas a partir de medidas diretas.

#### 4.7 Análise dos dados

Todas as categorias das variáveis foram codificadas e o banco de dados que foi digitado por três pessoas no programa *Excel para Mac*<sup>®</sup> 2011, versão 14.0.0. Este banco foi validado para a análise da consistência interna. Ao detectar-se inconsistências, as mesmas foram localizadas e as correções devidamente realizadas. Então a planilha foi exportada para o programa *Statistical Package for the Social Science* (SPSS)<sup>®</sup> for Windows versão 20.0.

Foram realizadas análises descritivas das variáveis contínuas mediante cálculo dos valores mínimos e máximos, médias, desvios padrão e medianas. As variáveis categóricas foram analisadas por meio de frequência absolutas e relativas. A comparação de médias foi realizada com os testes t de *Student* e *Mann-Whitney* e a para comparação de variáveis categóricas, foram utilizados o teste do qui-quadrado e o teste de Fisher.

Todas as variáveis que fazem parte do instrumento de Medida de Independência Funcional apresentaram distribuição não normal  $p < 0,05$ , e foram testadas quanto à normalidade através do teste de Kolmogorov-Smirnov.

A fim de testar se alguma variável influenciou no grau de dependência funcional foi realizada a análise bivariada, para estimativa da razão da probabilidade de um evento ocorrer em dois grupos (*Odds Ratio*) que avaliou a magnitude da associação (IC 95%). Para todas as análises foi adotado um nível de significância igual a 0,05.

Utilizou-se a análise de regressão logística que revela a relação de variáveis com um desfecho categórico variável dicotômico, do tipo uni e multivariada para identificar os fatores associados à dependência funcional. Na análise de regressão logística multivariada foram utilizadas somente as variáveis independentes que apresentaram  $p \leq 0,20$  na análise univariada.

#### **4.8 Aspectos éticos**

Esta investigação obedeceu aos critérios estabelecidos pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). Antecedendo à pesquisa, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética da Pontifícia Universidade Católica de Goiás e aprovado em 21 de fevereiro de 2014 (parecer de número 537.642) (ANEXO A).

Após a emissão de parecer favorável, foi aplicado aos idosos participantes da pesquisa o termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE A). Para os idosos que apresentaram déficit cognitivo, foram aplicados o termo de assentimento esclarecido (APÊNDICE D) aos idosos, além dos termos de consentimento livre e esclarecido aos seus respectivos cuidadores (APÊNDICE C) e representantes legais (APÊNDICE B).

## 5 RESULTADOS

### 5.1 Características sociodemográficas, econômicas e condições gerais de saúde

Entre os 75 idosos que participaram do estudo, 72,0% eram homens. A média de idade foi  $76,3 \pm 8,0$  anos e o tempo médio de residência na instituição de longa permanência foi de  $6,7 \pm 6,8$  anos. Entre os participantes, 90,4% recebiam aposentadoria, 73,3% moravam com outras pessoas antes da institucionalização e 76,0% dos idosos residiam na ILPI em estudo há menos de 10 anos.

A presença de pelo menos três comorbidades associadas foi identificada em 84,0% destes idosos (Tabela 1).

**Tabela 1** – Distribuição da amostra quanto à frequência absoluta e relativa das características sociodemográficas, econômicas e condições gerais de saúde de idosos institucionalizados. Rio Verde, GO, 2014.

Variáveis/categorias	Número de casos (n = 75)	
	f	%
<b>Faixa etária</b>		
60 I---I 79	52	69,3
≥ 80 anos	23	30,7
<b>Sexo</b>		
Masculino	54	72,0
Feminino	21	28,0
<b>Estado conjugal</b>		
Não vivem em união	64	85,3
Vivem em união	11	14,7
<b>Escolaridade</b>		
Sem instrução	52	69,3
Com instrução	23	30,7
<b>Renda</b>		
Sim	73	97,3
Não	02	2,7
<b>Fonte de renda (n=73)</b>		
Aposentadoria	66	90,4
Pensão	05	6,8
Benefício de Proteção Continuada	02	2,7

Cont. Tabela 1

Variáveis/categorias	Número de casos (n = 75)	
	f	%
<b>Tempo de Institucionalização</b>		
< 10 anos	57	76,0
≥ 10 anos	18	24,0
<b>Moradia antes da institucionalização</b>		
Com outras pessoas	55	73,3
Sozinho	20	26,7
<b>Recebimento de visitas</b>		
Sim	51	68,0
Não	24	32,0
<b>Pessoas que visitam o idoso (n=51)</b>		
Filhos	27	52,9
Familiares, amigos, companheiro (a)	24	47,1
<b>Internações após institucionalização</b>		
Sim	42	56,0
Não	33	44,0
<b>Comorbidades relatadas</b>		
≥ 3	63	84,0
< 3	12	16,0
<b>Medicações em uso</b>		
≥ 5	41	54,7
< 5	34	45,3
<b>Sintomas depressivos (GDS-15) (n=34)</b>		
Ausência	24	70,6
Presença	10	29,4

Entre os 24 idosos em que foi verificada a ausência de sintomas depressivos, 69,6% possuíam diagnóstico clínico de depressão e se encontravam em tratamento medicamentoso. Entre os 10 idosos que apresentaram sintomas depressivos, 60,0% já se encontravam em uso de medicamentos para o alívio desses sintomas.

As doenças neurológicas e sensoriais foram as mais relatadas (85,3%), entre elas prevaleceram os transtornos mentais. A depressão foi a patologia mental e comportamental mais prevalente (38,7%). Dentre as doenças gástricas, endócrinas, metabólicas e nutricionais a mais prevalente foi a dislipidemia (50,7%) e dentre as doenças do aparelho circulatório a mais prevalente foi a hipertensão arterial sistêmica (49,3%) (Tabela 2).

**Tabela 2** – Distribuição da amostra quanto a frequência absoluta e relativa dos problemas de saúde relatados de idosos institucionalizados. Rio Verde, GO, 2014.

Variáveis	Número de casos (n = 75)	
	f	%
Doenças neurológicas e sensoriais	64	85,3
Doenças gástricas, endócrinas, metabólicas e nutricionais	55	73,4
Doenças do aparelho circulatório	52	69,3
Transtornos mentais e comportamentais	39	52,0
Doenças uroginecológicas	20	26,7
Doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo	16	21,3
Doenças do aparelho respiratório	08	10,7
Neoplasias	07	9,3

## 5.2 O nível de dependência funcional de idosos institucionalizados

Observou-se que a prevalência de dependência funcional foi de 68,0%, sendo

Evidenciou-se que a média dos escores total da MIF ( $77,0 \pm 36,8$ ), de seus domínios motor ( $53,0 \pm 29,6$ ) e cognitivo ( $24,0 \pm 9,6$ ) e de suas dimensões, classificou os idosos institucionalizados como pessoas com nível de dependência moderada (Tabela 3).

**Tabela 3** – Parâmetros dos escores total, motor, cognitivo e das dimensões da Medida de Independência Funcional de idosos institucionalizados. Rio Verde, GO, 2014.

Variáveis	Número de itens	Mínimo e máximo	Média $\pm$ DP	Mediana (IC 95%)
<b>MIF Motor</b>	<b>13</b>	<b>13-91</b>	<b>53,0 <math>\pm</math> 29,6</b>	<b>52,00 (46,16-59,87)</b>
Autocuidado	06	06-42	25,5 $\pm$ 13,1	24,00 (22,53-28,56)
Controle de esfíncter	02	02-14	6,9 $\pm$ 5,8	2,00 (5,63-8,28)
Mobilidade/ transferência	03	03-21	12,7 $\pm$ 7,9	14,00 (10,89-14,52)
Locomoção	02	02-14	7,8 $\pm$ 4,5	9,00 (6,76-8,83)
<b>MIF Cognitivo</b>	<b>05</b>	<b>05-35</b>	<b>24,0 <math>\pm</math> 9,6</b>	<b>25,00 (21,80-26,25)</b>
Comunicação	02	02-14	10,0 $\pm$ 3,9	11,00 (9,09-10,91)
Cognição social	03	03-21	14,0 $\pm$ 6,0	15,00 (12,65-15,41)
<b>MIF Total</b>	<b>18</b>	<b>18-126</b>	<b>77,0 <math>\pm</math> 36,8</b>	<b>72,00 (68,51-85,56)</b>

Verificou-se que a maioria dos idosos estudados apresentaram independência em somente três categorias da MIF: interação social em 78,7%, compreensão auditiva/verbal em 52,0% e expressão verbal e não-verbal em 52,0% dos idosos (Tabela 4).

**Tabela 4** – Distribuição da amostra quanto a frequência absoluta e relativa das categorias da Medida de Independência Funcional de acordo com os graus de dependência de idosos institucionalizados. Rio Verde, GO, 2014.

Variáveis	Dependência		Independência	
	f	%	f	%
<b>Autocuidado</b>				
Alimentação	46	61,3	29	38,7
Higiene Pessoal	55	73,3	20	26,7
Banho (lavar o corpo)	51	67,8	24	32,0
Vestir metade superior	47	62,7	28	37,3
Vestir metade inferior	48	64,0	27	36,0
Utilização do vaso sanitário	44	58,7	31	41,3
<b>Controle de esfíncter</b>				
Controle da urina	46	61,3	29	38,7
Controle das fezes	43	57,3	32	42,7
<b>Mobilidade/ transferência</b>				
Leito, cadeira, cadeira de rodas	34	45,3	41	54,7
Vaso sanitário	42	56,0	33	44,0
Banheira, cadeira de rodas	38	50,7	37	49,3
<b>Locomoção</b>				
Marcha/Cadeira de rodas	44	58,7	31	41,3
Escadas	50	66,7	25	33,3
<b>Comunicação</b>				
Compreensão auditiva/verbal	36	48,0	39	52,0
Expressão vocal/não-vocal	36	48,0	39	52,0
<b>Cognição social</b>				
Interação social	16	21,3	59	78,7
Resolução de problemas	42	56,0	33	44,0
Memória	39	52,0	36	48,0

### 5.3 Fatores associados ao nível de dependência funcional de idosos institucionalizados

Na análise univariada houve associação entre a dependência funcional e as variáveis sexo feminino ( $p=0,050$ ;  $OR=3,82$ ); presença de déficit cognitivo ( $p<0,001$ ;  $OR=37,75$ ) e presença de depressão/sintomas depressivos ( $p<0,001$ ;  $OR=0,07$ ) (Tabela 5).

**Tabela 5** – Análise univariada de regressão logística da Medida da Independência Funcional (18 a 107 dependentes) em relação as variáveis em idosos institucionalizados. Rio Verde, GO, 2014.

Variáveis	MIF (18 a 107 dependentes)		
	p	OR	IC (95%)
Idade ( $\geq 80$ anos)	0,467	1,50	0,50 – 4,47
Sexo (Feminino)	0,050*	3,82	1,00 – 14,57
Estado Civil (Sem união)	0,717	1,30	0,31 – 5,42
Escolaridade (sem instrução)	0,160	2,09	0,75 – 5,83
Tempo ( $\geq 10$ anos)	0,312	1,89	0,55 – 6,52
Recebimento de visitas (Não)	0,375	0,61	0,20 – 1,81
Tem filhos (não)	0,826	1,11	0,42 – 2,96
Déficit cognitivo (sim)	$<0,001^*$	37,75	7,32 – 174,53
Comorbidades ( $\geq 3$ )	0,645	1,18	0,58 – 2,38
Medicamentos ( $\geq 5$ )	0,156	0,48	0,17 – 1,32
Depressão/Sintomas depressivos (sim)	$< 0,001^*$	0,07	0,02 – 0,26

Ao se realizar a análise multivariada com as variáveis que tiveram  $p\leq 0,20$  na análise univariada, somente as variáveis sexo feminino ( $p=0,043$ ;  $OR=6,09$ ) e presença de déficit cognitivo ( $p=0,001$ ;  $OR=20,26$ ) mantiveram-se associadas a dependência funcional (Tabela 6).



**Tabela 6** – Análise multivariada de regressão logística da Medida da Independência Funcional (18 a 107 dependentes) em relação as variáveis em idosos institucionalizados. Rio Verde, GO, 2014.

Variáveis	MIF (18 a 107 dependentes)		
	p	OR	IC (95%)
Sexo (Feminino)	0,043*	6,09	1,06 – 34,99
Escolaridade (sem instrução)	0,578	1,55	0,33 – 7,34
Déficit cognitivo (sim)	0,001*	20,26	3,24 – 126,66
Medicamentos ( $\geq 5$ )	0,307	0,46	0,10 – 2,05
Sintomas depressivos (sim)	0,096	0,25	0,05 – 1,28

## 6 DISCUSSÃO

Observou-se neste estudo uma alta prevalência de dependência funcional nos idosos institucionalizados (68,0%), o que também foi encontrado em outros estudos nacionais que utilizaram a MIF como instrumento de medida de funcionalidade (CIPRIANO et al., 2013; GREVE et al., 2007; HOEPERS et al., 2013; PEREIRA; BESSE, 2011).

Estudo realizado em uma instituição de longa permanência catarinense, cuja amostra foi de 20 idosos, encontrou uma prevalência de 55% de dependentes para a realização das tarefas funcionais, situação correlacionada à ILPI em questão não possuir entre os membros de sua equipe multidisciplinar profissionais preparados para desenvolver um programa direcionado a manutenção da capacidade funcional de seus residentes (HOEPERS et al., 2013).

Ao comparar um grupo de idosos institucionalizados com idosos que vivem na comunidade, os autores verificaram menores médias da MIF motora nos idosos residentes em ILPI, o que confirma que esta população está mais propensa a ter prejuízos em sua capacidade funcional por estar institucionalizada (GREVE et al., 2007).

Estudo que analisou uma amostra de idosos institucionalizados de Mogi das Cruzes – SP, dos quais 48,2% encontram-se dependentes em relação à sua funcionalidade, autores verificaram uma associação entre a ausência de alterações cognitivas e a independência funcional em idosos (CIPRIANO et al., 2013)

Estudos desenvolvidos em outras regiões do país e que também utilizaram a medida de independência funcional obtiveram melhores níveis de dependência. Carneiro et al. (2012) realizaram um estudo com 59 idosas residentes em duas ILPI em Fortaleza, no qual os escores da MIF refletiram independência principalmente para atividades de autocuidado, como alimentação, higiene pessoal, banho, mobilidade e controle esfinteriano.

Situação semelhante foi constatada por pesquisadores que analisaram idosos residentes em instituições de longa permanência de São Paulo, na qual a prevalência de dependência funcional de 26 idosas foi de 15,8%, o que pode ser explicado pela amostra ser composta de mulheres que, apesar de residirem em ILPI, frequentavam um ambulatório de reabilitação de um hospital universitário (CORDEIRO et al., 2012). Um estudo observacional realizado com 47 idosos do

Abrigo Pão de Santo Antônio em Belém, Pará verificou que somente 34% da amostra analisada foi considerada dependente, esse fato foi atribuído a amostra ter sido composta somente por indivíduos com cognição preservada (FERREIRA et al., 2011).

Ao verificarmos estudos nos quais a funcionalidade de idosos foi medida por outras escalas, observou-se que a prevalência para a dependência na realização das atividades de vida diária em idosos institucionalizados variou de 40 a 70% (AIRES et al., 2009; BESSA; SILVA, 2008; EID et al., 2012; GONÇALVES et al., 2010; GUEDES; SILVEIRA, 2004; REIS et al., 2008; SANTIAGO; MATTOS, 2014; SOUSA et al., 2014).

Pesquisadores que utilizaram a escala de Barthel observaram que 71,6% dos idosos institucionalizados tinha algum tipo de comprometimento funcional, além da presença de dor em 73,3% e patologias osteomusculares em 63,3% da amostra (REIS et al., 2008). Outro estudo que avaliou a funcionalidade da amostra por meio dessa escala encontrou uma prevalência de 40,36% de dependência funcional e correlação com a presença de comorbidades associadas e mostrou a importância da avaliação e reabilitação precoces (GUEDES; SILVEIRA, 2004).

Ao utilizar a escala de Katz para avaliar idosos institucionalizados com bons níveis de cognição e funcionalidade, pesquisadores encontraram baixos níveis de dependência funcional (23,1%) e correlação entre a prevalência de independência funcional e bons níveis de aptidão física (GONÇALVES et al., 2010). Estudo retrospectivo verificou a prevalência de 44,4% de dependência funcional nos idosos institucionalizados avaliados e concluiu que a demência está fortemente associada ao quadro funcional encontrado e aos riscos de institucionalização de idosos (EID et al., 2012).

Idosos institucionalizados avaliados pela escala de Lawton-Brody foram considerados em sua maioria dependentes para as AVD (67,7%) e AIVD (100%) (AIRES et al., 2009), o que indica que a dependência para a realização das atividades instrumentais pode funcionar como um marcador para o declínio da incapacidade funcional até que esta se instale em sua totalidade.

Neste estudo, identificou-se que os idosos eram dependentes, principalmente para as dimensões de autocuidado, controle de esfíncter, mobilidade. Outros autores também verificaram em suas amostras de idosos institucionalizados dependência para atividades referentes ao autocuidado (GREVE et al, 2007; LEE;

CHOI, 2002; LI; CONWELL, 2009).

Muitas vezes o idoso consegue realizar atividades como se vestir, higiene pessoal, tomar banho e ir ao banheiro, porém com ajuda de outra pessoa além de um tempo maior para executar estas tarefas. Devido a pouca quantidade de recursos humanos que atuam diretamente na assistência ao idoso, o tempo necessário para a realização do cuidado se restringe, fazendo com que os próprios cuidadores realizem a atividade pelo idoso, reforçando a dependência.

Diante dessa situação, ações como a adoção de um programa de intervenção que integre os serviços já existentes de fisioterapia, terapia ocupacional e educação física, o acompanhamento sistemático por meio da avaliação e controle da dependência funcional dos idosos, além de elaborar projetos de intervenção que estimulem a autonomia e minimizem as complicações decorrentes da inatividade físicas dos idosos institucionalizados.

O ambiente institucional pode influenciar positiva ou negativamente no grau de dependência funcional (MURAKAMI; SCATTOLIN, 2010). No caso de estudo realizado por pesquisadoras brasileiras que comparou os níveis de dependência funcional entre idosos institucionalizados e idosos não-institucionalizados, verificou pontuações inferiores da MIF motora nos idosos residentes em ILPI (GREVE et al., 2007).

Outro aspecto que interfere na realização das atividades básicas de vida diária se relaciona à falta de adaptações funcionais do ambiente da ILPI, que geralmente não funciona em local projetado para essa finalidade. A instituição em que foi realizada o estudo confirma esta afirmação, apesar de, recentemente, ter passado por uma reforma em sua estrutura física, tendo seus banheiros e áreas de circulação readaptadas para propiciar que a realização das atividades cotidianas dos idosos que lá residem seja feita com maior facilidade.

Estudos demonstram que a prevalência de perda de independência funcional em idosos pode ser influenciada por, fatores ligados às alterações do envelhecimento, por fatores ambientais, como suporte social, adequações das características físicas e arquitetônicas do local de residência, representados nesse caso pela própria ILPI (MELZER et al., 2000; PEREIRA; BESSE, 2011; RAUTIO et al., 2001; SEEMAN et al., 2001).

Estudo transversal realizado com idosas não-institucionalizadas observou que ainda com uma amostra reduzida, composta por pacientes com idade avançada

e múltiplas doenças associadas, pode-se concluir que idosos residentes em domicílio são capazes de manter seus níveis funcionais durante o período de um ano mesmo retardar seu declínio (RICCI et al., 2006).

Nesse sentido é importante considerar que a falta de protocolos e padronização do atendimento nesses locais leva a interpretações da medida que poderão ser influenciadas por múltiplos fatores e, principalmente, pelas características das atividades desenvolvidas nas diferentes instituições das diferentes regiões do país o que torna difícil a comparação dos resultados.

A dependência funcional é uma condição modificável por meio de ações preventivas e de programas de recuperação física (RICCI et al., 2006) e a atividade física regular vem sendo considerada essencial para manutenção da independência funcional em indivíduos idosos, uma vez que atenua e reverte a perda de massa muscular, contribui para preservação da autonomia funcional e para a promoção do envelhecimento saudável (FIEDLER et al., 2008).

O perfil sociodemográfico dos idosos institucionalizados em estudo mostrou-se semelhante ao encontrado em outros estudos nacionais, que apontam a prevalência de idosos na faixa etária entre 60 a 79 anos (AIRES et al., 2009; DANILOW et al., 2007; GONÇALVES et al., 2010; GUEDES; SILVEIRA, 2004; EID et al., 2012), sem companheiro ou filhos (SANTIAGO; MATOS, 2014; STROBL et al., 2013), com baixo grau de instrução e baixo nível socioeconômico (ARAÚJO; CEOLIM, 2007; LOPES et al., 2013; SCHNEIDER et al., 2008; SILVA et al., 2006).

A análise multivariada do presente estudo identificou a associação apenas entre o sexo feminino e déficit cognitivo à dependência funcional dos idosos institucionalizados. Outros estudos que analisaram a funcionalidade de idosos institucionalizados identificaram que entre os fatores mais prevalentes na determinação da piora da independência funcional em idosos destacam-se além do déficit cognitivo e sexo feminino, fatores como sintomas depressivos, presença de comorbidades, baixo nível de instrução, estreitamento da rede de suporte social, autopercepção negativa da condição de saúde, hospitalizações anteriores, entre outros (GIACOMIN, 2008b; HEN, 2014; ROSA et al., 2003).

Através da literatura constatou-se que as mulheres institucionalizadas tiveram um nível de dependência mais elevado (CASSOU et al., 1997; KINGTON; SMITH, 1997). A maior propensão para o elevado nível de dependência funcional por mulheres idosas pode ser explicada pela desvantagem que elas têm no que se

refere a baixa acessibilidade aos recursos de saúde, a alta taxa de morbidade e a maior necessidade de cuidado de saúde na velhice decorrente da maior longevidade em relação aos homens (PINQUART; SORENSEN, 2001).

Estudo transversal, que investigou idosos residentes da zona urbana do município de São Paulo, observou que a chance de mulheres é duas vezes maior do que a dos homens de evoluir para a perda da independência funcional (ROSA et al., 2003). Pesquisa realizada no Japão com 642 indivíduos também observou que os homens chegam com melhor nível de dependência funcional à idades avançadas em relação às mulheres (ARAI et al., 2014).

Pesquisas indicam que há uma prevalência de 0,6 a 1,3% de idosos que se encontram institucionalizados no Brasil, sendo em sua maioria do sexo feminino (ARAÚJO et al., 2002; CAMARANO; MELLO, 2010). De acordo com o censo demográfico de 2000, 55% do contingente populacional acima dos 60 anos é composto por mulheres, o que pode ser justificado pela maior mortalidade masculina, menor exposição das mulheres a fatores de risco como etilismo e maior preocupação feminina em relação ao controle e tratamento das doenças (VICTOR et al., 2009).

Pesquisadores referem que existe outro fator que explicaria a causa do predomínio de mulheres em instituições de longa permanência. Segundo estudos científicos as mulheres são as principais cuidadoras e as que mais demandam cuidados, uma vez que os homens com dificuldades funcionais em geral são por suas companheiras e as mulheres, por seus filhos (CAMARANO; KANSO, 2009). Todavia, isso ocorre em aproximadamente 77% dos idosos do sexo masculino, enquanto somente metade das mulheres idosas residia com filhos (CAMARANO; MELLO, 2010).

As doenças neurológicas e sensoriais foram as mais frequentes no grupo estudado, principalmente os transtornos mentais. Em geral, os idosos institucionalizados convivem com duas a três doenças crônicas (RAMOS, 2003; SALES; SANTOS, 2007). As doenças neurológicas, tais como a presença de déficit cognitivo, fator apresentado pela maioria dos participantes (54,7%) têm sido associadas à institucionalização frente à necessidade de cuidados especializados e a incapacidade das famílias em manter os cuidados por fatores que vão desde os laços familiares frágeis até a necessidade de trabalhar e a impossibilidade de oferecer um cuidado no âmbito familiar (GAUGLER et al., 2007).

Outro fator bem recorrente em estudos que investigam os fatores determinantes da dependência funcional em idosos é a presença de déficit cognitivo. Entre as explicações para que os idosos institucionalizados sejam mais dependentes do que os não institucionalizados, encontra-se a prevalência de alterações cognitivas nessa população, que altera sua capacidade para a execução das atividades que determinam a capacidade funcional (GREVE et al., 2007).

Um estudo epidemiológico transversal de base populacional, que entrevistou 1.514 idosos residentes na região atendida pelos serviços de atenção básica à saúde em um município do Rio Grande do Sul, encontrou forte associação entre a dependência funcional para a realização das atividades de vida diária, em especial as do tipo instrumentais, com a ocorrência de déficit cognitivos nessa população (HOLZ et al., 2013). Outros autores verificaram este mesmo resultado em suas pesquisas (NUNES et al., 2010; RIST et al., 2014; SAUVAGET et al., 2002; VIRTUOSO JÚNIOR; GUERRA, 2011) e perceberam que com o advindo do envelhecimento são aguardadas progressivas limitações funcionais, cujas avaliações e conhecimentos prévios são importantes itens na avaliação de saúde do idoso.

Dessa forma, ações preventivas ao desenvolvimento do déficit cognitivo fazem com que se tornem viáveis a melhora do atendimento e cuidado ao idoso, bem como a prevenção e promoção de sua independência e autonomia. Observa-se uma redução do risco de desenvolver distúrbios cognitivos em indivíduos com maiores graus de instrução e participação em atividades de lazer, uma vez que estes possuem maior reserva cognitiva e elevado número e complexidade de sinapses neuronais (KATZMAN, 1993; VERGHESE, 2003). A alta influência da escolaridade no déficit cognitivo evidencia um déficit em incentivos políticos e financeiros para o aumento da permanência dos indivíduos na escola e consequente incremento nos anos de estudo.

Esse estudo utilizou a Medida da Independência Funcional para avaliação do grau de dependência para a realização das atividades de vida diária dos idosos participantes, porém ainda são escassos os estudos que também utilizam esta escala na avaliação de idosos institucionalizados. O mesmo se pode inferir no que se refere ao estado cognitivo, uma vez que geralmente, os pesquisadores excluem os participantes que possuem déficit de suas funções cognitivas, o que pode ter prejudicado este estudo, em efeitos comparativos com a literatura científica

existente.

Com a redução das atividades fisiológicas advindas do processo normal do envelhecimento, os profissionais possuem pela frente o desafio de estarem capacitados e motivados para trabalhar a capacidade funcional dos idosos tanto no aspecto preventivo quanto terapêutico.



## 7 CONCLUSÕES

Por meio deste estudo pode-se concluir que:

1) houve associação entre a dependência funcional e as variáveis sexo feminino e a presença de déficit cognitivo;

2) os idosos avaliados eram predominantemente do sexo masculino, residiam na ILPI há menos de 10 anos (tempo médio de residência na ILPI foi de  $6,68 \pm 6,80$  anos), apresentavam média de idade de  $76,3 \pm 8,0$  anos, eram aposentados e moravam com outras pessoas antes da institucionalização; e

3) a maioria dos idosos estudados apresentaram dependência funcional (68,0%) sendo mais frequente a dependência moderada (34,7%). A independência foi observada em apenas em três categorias da MIF: interação social em 78,7%, compreensão auditiva/verbal em 52,0% e expressão verbal e não-verbal em 52,0% dos idosos.

## REFERÊNCIAS

ABREU, C.B.B. **Relações entre qualidade do sono e independência funcional em idosos residentes em instituição de longa permanência**. 176 f. Dissertação (Mestrado em Gerontologia). Universidade de Campinas, 2009

ADMINISTRATION OF AGEING. U.S. Department of Health and Human Services. **A profile of older Americans: 2011**. Disponível em: <[http://www.aoa.gov/Aging\\_Statistics/Profile/2011/docs/2011profile.pdf](http://www.aoa.gov/Aging_Statistics/Profile/2011/docs/2011profile.pdf)>. Acesso em 07 de outubro de 2014.

AHMED, D. et al. Prevalence and predictors of depression and anxiety among the elderly population living in geriatric homes in Cairo, Egypt. **Journal of Egypt Public Health Association**, v.89, n.3, p.127-35, 2014.

AIRES, M. et al. O grau de dependência e características de pessoas idosas e institucionalizadas. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento de Passo Fundo**, p.79-91, jul./set., 2006.

AIRES, M. et al. Situação de saúde e grau de dependência de pessoas idosas institucionalizadas. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, p.492-499, 2009.

ALMEIDA O.P.; ALMEIDA, S.A. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS), versão reduzida. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, n.57, v.2-B p.421-426, 1999.

ALVES, L.C. et al. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do município de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.23, n.8, p.1924-1930, 2007.

\_\_\_\_\_ et al. Fatores associados à incapacidade funcional dos idosos no Brasil: análise multinível. **Revista de Saúde Pública**, v.44, n.3, p.468-78, 2010.

ALVES-SILVA, J.D. et al. Idosos em instituições de longa permanência: desenvolvimento, condições de vida e saúde. **Psicologia: reflexão e crítica**, v.26, n.4, p.820-830, 2012.

ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária). **Resolução da Diretoria Colegiada- RDC/ANVISA nº 283**, de 26 de setembro de 2005. Aprova o Regulamento Técnico que define normas de funcionamento para as Instituições de Longa Permanência para Idosos, de caráter residencial.

ARAI, Y. et al. Physical Independence and mortality at the extreme limit of life span: supercentenarians study in Japan. **The Journal of Gerontology, Biological Sciences and Medical Sciences**, v.69, n.4, p.486-494, 2014.

ARAÚJO, L.A.O. et al. Mobilidade física prejudicada em idosos: fatores relacionados e características definidoras. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.55, n.1, p.19-25, 2002.

ARAÚJO, M.O.P.H.; CEOLIM, M.F. Avaliação do grau de independência de idosos residentes em instituições de longa permanência. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.41, n.3, p.378-385. 2007.

ARRAIS, T.P.A. Goiás: novas regiões ou novas formas de olhar velhas regiões. Observatório Geográfico de Goiás. Publicado originalmente em: Almeida, M.G. (Org.). **Abordagens geográficas de Goiás: o natural e o social na contemporaneidade**. Goiânia: UFG, 2002. Disponível em: <<http://www.observatoriogeogoiias>>. Acesso em: 20 abr.2013.

ATLAS BRASIL. **Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil 2013**. Disponível em: <[http://www.atlasbrasil.org.br/2013/perfil/rio-verde\\_go](http://www.atlasbrasil.org.br/2013/perfil/rio-verde_go)>. Acesso em: 01 nov. 2013.

AWANG, H. et al. Understanding the Functional Independence Measure: a study of rehabilitation inpatients. **The Sciences**, v.1, n.1, p.30-33, 2001

AZEVEDO, L.M. et al. Perdas da capacidade funcional em idosos institucionalizados no município de Natal, RN. **Journal of Research Fundamental Care Online**, v.6, n.2, p.485-492, 2014.

BAGG, S. et al. Effect of age on functional outcome after stroke rehabilitation. **Stroke**, v.33, p.179-185, 2002.

BARBER, S.E. et al. Levels and patterns of daily physical activity and sedentary behavior measured objectively in older care home residents in the United Kingdom. **Journal of Aging Physically Active**, v.23, n.1, p.133-43, 2015.

BARBETTA, D.C.; ASSIS, M.R. Reprodutibilidade, validade e responsividade da escala de Medida da Independência Funcional (MIF) na lesão medular: revisão da literatura. **Acta Fisiátrica**, v.15, v.3, p.176-181, 2008.

BARBOSA, B.R. et al. Avaliação da capacidade funcional dos idosos e fatores associados à incapacidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.19, n.8, p.3317-3325, 2014.

BATISTA, A.S. et al. **Envelhecimento e dependência: desafios para a organização da proteção social**. Brasília: Ministério da Previdência Social, 2008.

BESSA, M.E.P.; SILVA, M.J. Motivações para o ingresso de idosos em instituições de longa permanência e processos adaptativos: um estudo de caso. **Texto Contexto Enfermagem**, v.17, n.2, p.258-265, 2008.

BLAY, S.L. et al. Validity of a Brazilian Version of the Older Americans Resources and Services (OARS) Mental Health Screening Questionnaire. **Journal of the American Geriatrics Society**, v.36, n.8, p.687-692, 1988.

BORGES, L.L. et al. Características clínico-demográficas, quedas e equilíbrio funcional de idosos institucionalizados e comunitários. **Revista Fisioterapia em Movimento**, n.22, v.1, p.53-60, 2009.

BRASIL. **Lei nº 8.842**, de 04 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 10.471**, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do idoso e dá outras providências.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica n.19).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Redes Estaduais de Atenção à Saúde do Idoso: guia operacional e portarias relacionadas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Resolução CNS nº 466** de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras das pesquisas envolvendo seres humanos.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Área Técnica Saúde do Idoso. **Atenção à Pessoa Idosa e Envelhecimento**. Série Pactos pela Saúde 2006, v.12. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 2.854 de 19 de julho de 2000**. Institui modalidades de atendimento que observem o contido na Política Nacional de Assistência Social.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 2.874 de 30 de agosto de 2000**. Altera dispositivos da Portaria Nº 2854, de 19 de julho de 2.000.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 73 de 30 de maio de 2001**. Garantia de direitos e cumprimento de deveres para um envelhecimento saudável com qualidade de vida

BROWN, L.M.; SCHINKA, J.A. Development and initial validation of a 15-item informant version of the geriatric depression scale. **International Journal of Geriatric Psychiatry**, v.20, p.911–918, 2005.

BURTON, E. et al. Effectiveness of a lifestyle exercise program for older people receiving a restorative home care service: study protocol for a pragmatic randomised controlled trial. **BMC Health Services Research**, v.18, n.13, p.419, 2013.

CALDAS, C.P. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. **Cadernos de Saúde Pública**, v.19, p.733-781, 2003.

CAMARANO, A.A. et al. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. In: CAMARANO, A.A. (Org.). **Cuidados de longa duração a pessoa idosa: um novo risco social a ser assumido?** Rio de Janeiro: IPEA, 2010 (350 p.)

CAMARANO, A.A.; KANSO, S. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. **Revista Brasileira de Estudos Populacionais**, v.27, n.1, p.233-235, 2010.

\_\_\_\_\_. Perspectivas de Crescimento para a População Brasileira: Velhos e Novos Resultados. **Texto para Discussão n. 1.426**. Rio de Janeiro, 2009.

CAMARANO, A.A.; MELLO, J.L. Cuidados de longa duração no Brasil: o arcabouço legal e as ações governamentais. In: CAMARANO, A.A. (Org.). **Cuidados de longa duração a pessoa idosa: um novo risco social a ser assumido?** Rio de Janeiro: IPEA, 2010 (350 p.)

CARBONI, R.M.; REPPETTO, M.A. Uma reflexão sobre a assistência à saúde do idoso no Brasil. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, n.9, v.1, p.251-260, 2007.

CARNEIRO, F.R. et al. Independência funcional de idosas residentes em instituições de longa permanência. **Acta Fisiatrica**, v.19, n.3, p.156-160, 2012.

CARVALHO, J.; SOARES, J.M.C. Envelhecimento e força muscular: breve revisão. **Revista Portuguesa de Ciências do Desporto**, v. 4, n. 3, p. 79-93, 2004.

CASSOU, B. et al. Facteurs prédictifs d'incapacité physique dans une cohorte de retraités parisiens suivis pendant dix ans. **Revist Epidémiologie Santé Publique**, v.45, p.382-91, 1997.

CERA, M.L. et al. Terapia interdisciplinar para pacientes com demência. **Dement. Neuropsychology**, v.8, n.3, 2014.

CHAIMOWICZ, F. et al. **Saúde do idoso**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009. (172 p.)

CHRISTOPHE, M.; CAMARANO, A.A. Dos asilos às instituições de longa permanência: uma história de mitos e preconceitos. In: CAMARANO, A.A. (Org.). **Cuidados de longa duração a pessoa idosa: um novo risco social a ser assumido?** Rio de Janeiro: IPEA, 2010 (350 p.)

CIPRIANO, P.P. et al. Correlação entre cognição e funcionalidade em idosos institucionalizados. **14º Congresso Nacional de Iniciação Científica**. São Paulo: Universidade Santa Cecília, 2013.

COHEN, M.E.; MARINO, R.J. The tools of disability outcomes research functional status measures. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**, v.81, p.S21 - S29, 2000.

COLLIN C., et al. The Barthel ADL Index: a reliability study. **Internal Disability Studies**, v.10, p.61-63, 1988.

CONVERSO, M.E.R.; IARTELLI, I. Caracterização e análise do estado mental de idosos institucionalizados em instituições públicas de longa permanência. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v.56, n.4, p.267-272, 2007.

CORDEIRO, R.C. et al. Concordância entre observadores de um protocolo de avaliação fisioterapêutica em idosas institucionalizadas. **Revista de Fisioterapia da Universidade de São Paulo**, v.9, n.2, p.69-77, 2002.

CORRIGAN, J.D. et al. Validity of the Functional Independence Measure for persons with traumatic brain injury. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**, v.78, n.8, p.828-834, 1997.

COSTA, T.B.; NERI, A.L. Medidas de atividade física e fragilidade em idoso: dados do FIBRA Campinas, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.27, n.8, p.1537-1550, 2011.

CREUTZBERG, M. et al. A comunicação entre família e instituição de longa permanência para idosos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v.10, n.2, p.147-160, 2007.

CROCKER, T. et al. The effect of physical rehabilitation on activities of daily living in older residents of long-term care facilities: systematic review with meta-analysis. **Age Ageing**, v.42, n.6, p.682-8, 2013.

DANILOW, M.Z. et al. Perfil epidemiológico sociodemográfico e psicossocial de idosos institucionalizados do Distrito Federal. **Com Ciências da Saúde**, v.18, n.1, p.9-16, 2007.

DANTAS, C.M.H.L. et al. Capacidade funcional de idosos com doenças crônicas residentes em instituições de longa permanência. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.66, n.6, p.914-920, 2013.

DATASUS. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em: 10 dez. 2013.

D'ATH P. et al. Screening, detection and management of depression in elderly primary care attenders. I: The acceptability and performance on the 15 item Geriatric Depression Scale (GDS15) and the development of short versions. **Family Practice**, v.11, p.260-266, 1994.

D'AVANZO, B. La seconda classificazione internazionale di deficit, disabilità e handicap dell'OMS: confront e integrazione di modelli di disabilità. **Lettera, Percorsi Bibliografici in Psichiatria**, v.26-17, 2000.

DEPOLITO, C. et al. Declínio funcional de idosa institucionalizada: aplicabilidade do modelo da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. **Fisioterapia e Pesquisa**, v.16, n.2, p.183-189, 2009.

DEUSTCH, A. et al. Post-stroke rehabilitation outcomes and reimbursement of inpatient rehabilitation facilities and subacute rehabilitation program. **Stroke**, v.37, n.6, p.1477-1482, 2006.

DINIZ, D. et al. Reflexões entre a versão em português da Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, n.23, v.10, 2007.

DUARTE, M.B. et al. Comorbidade entre depressão e doenças clínicas em um ambulatório de geriatria. **Cadernos de Saúde Pública**, v.23, n.3, p.691-700, 2007.

EID, N.T. et al. Avaliação do grau de dependência para atividades básicas da vida diária de idosos. **Revista Brasileira de Clínica Médica**, v.10, n.1, p.19-23, 2012.

ESKILDSEN, M.; PRICE, T. Nursing home care in the USA. **Geriatrics and Gerontology International**, v.9, p.1-6, 2009.

FARINATTI, P.T.V. Teorias biológicas do envelhecimento: do genético ao estocástico. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v.8, n.4, jul-ago, 2002.

FELICIANI A.M. et al. Funcionalidade e quedas em idosos institucionalizados: propostas de ações de enfermagem. **Cogitare Enfermagem**. v.16, n.4, p. 615-621, 2011.

FERNANDES, M.B. et al. Independência funcional de indivíduos hemiparéticos crônicos e sua relação com a fisioterapia. **Fisioterapia em Movimento**, v.25, n.2, p.333-341, 2012.

FERREIRA, T.C.R. et al. Análise da capacidade funcional de idosos institucionalizados. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, v.8, n.1, 2011.

FHON, J.R.S. et al. Síndrome de fragilidade relacionada à incapacidade funcional no idoso. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 25, n. 4, p. 589-94, 2012.

FIEDLER, M.M. et al. Capacidade funcional e fatores associados em idosos do Sul do Brasil: um estudo de base populacional. **Cadernos de Saúde Pública**, v.24, n. 2, p.409-15, 2008.

FILLENBAUM, G.G. et al. The development, validity and reliability of the OARS Multidimensional Functional Assessment Questionnaire. **Journal of Gerontology**, v.10, n.4, p.428-434, 1981.

FILLIZOLA, M. **A velhice no Brasil**. Rio de Janeiro, CBAG: 1972.

FLECK, C.S. et al. Caracterização da capacidade funcional, nível cognitivo e força muscular respiratória de idosos com síndrome parkinsoniana. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, v.19, n.1, p.109-121, 2014.

FONSECA, F.B.; RIZZOTTO, M.L.F. Construção de instrumento para avaliação sócio-funcional em idosos. **Texto Contexto Enfermagem**, v.16, n.2, p.365-373, 2008.

FREIRE JÚNIOR., R.C.; TAVARES, M.F.L. A saúde sob o olhar do idoso institucionalizado: conhecendo e valorizando sua opinião. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v.8, n.16, p.147-158, 2005.

FREITAS, E.V. et al. Avaliação clínica do paciente geriátrico. In: FREITAS, E.V. et al. **Manual prático de geriatria**. AC Farmacêutica: 2012.

FREITAS, E.V.; MIRANDA, R.D. Avaliação geriátrica ampla. In: FREITAS, E.V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 3.ed. Grupo Editorial Nacional, 2011.

FULFARO, M.A. et al. Caracterização funcional de idosos com artrite reumatóide. **Estudos interdisciplinares sobre o envelhecimento**, v.17, n.2, p.305-319, 2012.

GAILINSKY, D. Atención Progresiva. In: ANZOLA, Pérez E. et al. (Eds). **La Atención de los ancianos: um desafio para los años noventa**. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud, p. 219-329, 1993.

GARBACCIO, J.L. et al. Avaliação da independência de idosos atendidos por uma estratégia de saúde da família. **Cogitare enfermagem**, v.18, n.4, p.637-646, 2013.

GAUGLER, J.E. et al. Predicting nursing home admission in the U.S: a meta-analysis. **BMC Geriatrics**, v.7, n.13, 2007.

GAZALLE, F.K. et al. Sintomas depressivos e fatores associados em população idosa no Sul do Brasil. **Revista Saúde Pública**, v.38, n.3, p.365-371, 2004.

GIACOMIN, K.C. et al. Estudo de base populacional dos fatores associados à incapacidade funcional entre idosos na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.24, n.6, p.1260-1270, 2008a.

\_\_\_\_\_. et al. **Epidemiologia da incapacidade funcional em idosos na comunidade: inquérito de saúde de Belo Horizonte e tradução e confiabilidade do instrumento de avaliação funcional SMAF no Projeto Bambuí**. 2008b. 202 p. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde). Fundação Oswaldo Cruz, Belo Horizonte – MG.

GONÇALVES, L.H.T. et al. O idoso institucionalizado: avaliação da capacidade funcional e aptidão física. **Cadernos de Saúde Pública**, v.26, n.9, p.1738-1746, 2010.

GRANGER, C.V. The emerging Science of functional assessment: our tool for outcomes analysis. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**, v.79, n.3, p.235-240, 1998.

\_\_\_\_\_. et al. Outcome of comprehensive medical rehabilitation: an analysis based upon the impairment, disability, and handicap model. **Internal Rehabilitation Medicine**, v.7, p.45–50, 1985.

\_\_\_\_\_. et al. Advances in functional assessment for medical rehabilitation. **Topics of Geriatric Rehabilitation**, v.1, p.59-74, 1986.

\_\_\_\_\_. et al. Functional status measures in a comprehensive stroke care program. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**, v.58, p.555-561, 1977.



\_\_\_\_\_. et al. Functional assessment scales: a study of persons with multiple sclerosis. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**, v.71, n.11, p.870-875, 1990.

\_\_\_\_\_. et al. Functional assessment scales: a study of persons after stroke. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**, v.74, n.2, p.133-138, 1993.

\_\_\_\_\_. et al. Functional assessment scales. A study of persons after traumatic brain injury. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**. v.74, n.2, p.107-113, 1995.

\_\_\_\_\_. et al. Outcomes of comprehensive medical rehabilitation: measurement by PULSES profile and the Barthel index. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**, v.60, p.145-154, 1979.

\_\_\_\_\_. et al. The stroke rehabilitation outcome study: Part II. Relative merits of the total Barthel Index score and a four-item subscore in predicting patient outcomes. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**, v.70, p.100–103, 1989

GUEDES, J.M.; SILVEIRA, R.C.R. Análise da capacidade funcional da população geriátrica institucionalizada na cidade de Passo Fundo – RS. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, p.10-21, jul/dez, 2004.

GRATÃO, A.C.M. et al. Dependência funcional de idosos e a sobrecarga do cuidador. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, v.47, n.1, p.137-144, 2013

GREVE, P. et al. Correlações entre mobilidade e independência funcional em idosos institucionalizados e não-institucionalizados. **Fisioterapia em Movimento**, v.20, n.4, p.117-124, 2007.

HAMILTON, B.B. et al. Inter-rater reliability of the 7-level Functional Independence Measure (FIM). **Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine**, v.26, n.3, p.115-119, 1994.

HAMILTON, B.B.; GRANGER, C.V. Disability outcomes following inpatient rehabilitation for stroke. **Physical Therapy**, v.74, n.5, p.494-503, 1994.

HEINEMANN, A.W. et al. Relationships between impairment and physical disability as measured by the functional independence measure. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**, v.74, n. 6, p.566-573, 1993.

HEN (WHO Regional Office for Europe's Health Evidence Network). **What are the risk factors for disability be prevented?** 2003. Acessado em <[www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0008/74708/E82970.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/74708/E82970.pdf)> Data de acesso: 01 jan 2014.

HOEPERS, N.J. et al. Medidas de independência funcional em uma instituição de longa permanência de idosos. **Estudos interdisciplinares sobre o envelhecimento**, v.18, n.1, p.7-26, 2013.

HOLZ, A.W. et al. Prevalência de déficit cognitivo e fatores associados entre idosos de Bagé, Rio Grande do Sul, Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.16, n.4, p.880-888, 2013.

IBGE. **Censo Demográfico 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010a.

\_\_\_\_\_. **Rio Verde (GO): mapa municipal estatístico**. 2010b.

\_\_\_\_\_. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira 2009** (Estudos e pesquisas – Informação Demográfica e Socioeconômica nº 26). Rio de Janeiro: IBGE, 2009.

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Diagnóstico e desempenho recente das ações governamentais de proteção social para idosos dependentes no Brasil. In: IPEA. **Brasil em desenvolvimento: estados, planejamento e políticas públicas**. Brasília: IPEA, 2009.

IZAL, M. et al. Optimizing the diagnostic performance of the Geriatric Depression Scale. **Psychiatry Research**, v.178, p.142–146, 2010.

KATZ, P.R. An international perspective on long-term care: focus on nursing homes. **The Journal of Post-acute and Long-term Care Medicine**, v.12, n.7, p.487-492, e1, 2011.

KATZ, S. Assessing selfmaintenance: Activities of daily living, mobility and instrumental activities of daily living. **JAGS**, v.31, n.12, p.721-726, 1983.

\_\_\_\_\_. et al. Studies of illness in the aged: the Index of ADL, a standardized measure of biological and psychosocial function, **JAMA**, v.185, p.914-919, 1963.

\_\_\_\_\_. et al. Progress in development of the index of the activities of daily living. **Gerontologist**, v.10, n.1, p.20-30, 1970.

\_\_\_\_\_.; AKPOM, C.A. A measure of primary socio-biological functions. **International Journal of Health Services**, v.6, n.3, p.493-509, 1976.

KATZ, S.; CHINN, A.B. Multidisciplinary studies of illness in aged persons II, a new classification of functional status in activities of daily living. **Journal of Chronical Diseases**, v.9, n.1, p.55-62, 1959.

KATZMAN, R. Education and prevalence of dementia in Alzheimer's disease. **Neurology**, v.43, p.13-20, 1993.

KAWASAKI, K.; CRUZ, K.C.T. A Utilização da medida de independência funcional (MIF) em idosos: uma revisão bibliográfica. **Medicina de Reabilitação**, v.23, n.3, p.57-60, 2007.

KIDD, D. et al. The Functional Independence Measure: a comparative validity and reliability study. **Disability and Rehabilitation**, v.17, n.1, p.10-14, 1995.

KINGTON, R.S.; SMITH, J.P. Socioeconomic status and racial and ethnic differences in functional status associated with chronic diseases. **American Journal of Public Health**, v.87, p.805-10, 1997.

KONG, T.K. Dr. Marjory Warren: the mother of geriatrics. **Journal of Hong Kong Geriatrics Society**, v.10, n.2, 2000.

LAWTON, M.P.; BRODY, E.M. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. **Gerontologist**, v.9, n.3, p.179-186, 1969.

LEANDRO, L.A. **Fatores associados ao desempenho funcional de idosos portadores da doença de Parkinson**. 2011. 91p. (Dissertação) Mestrado em Medicina Interna e Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná, Curitiba – PR.

LEE, Y.; CHOI, K. Functional disability of older persons in long term care facilities in Korea. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, v.34, n.2, p.93-102, 2002.

LI, L.W.; CONWELL, Y. Effects of changes in Depressive symptoms and cognitive functioning on physical disability in home care elders. **Journal of Gerontology: Medical Sciences**, v.64A, n.2, p.230-236, 2009.

LIMA, C.R.V. **Políticas públicas para idosos: a realidade das instituições de longa permanência no Distrito Federal**. 120f. Monografia (Especialização). Curso em Legislativo e Políticas Públicas, Câmara dos Deputados, Centro de Formação e Aperfeiçoamento (CEFOR), 2011.

LIMA-COSTA, L.C. et al. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Cadernos de Saude Pública**, v.19, n.3, p.735-743, 2003.

LINACRE, J.M. et al. The structure and stability of the functional Independence measure. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**, v.75, n.2, p.127-132, 1994.

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

LOPES, A.B. et al. Independência funcional e os fatores que influenciam no âmbito de assistência domiciliar ao idoso. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v.10, n.3, [online], 2007.

LOPES, M.J. et al. Evaluation of elderly person's functionality and care needs. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.21 (supl.), p.52-60, 2013.

LOURENÇO, T.M. et al. Independência funcional em idosos longevos na admissão hospitalar. **Texto & contexto enfermagem**, v.23, n.3, p.679-679, 2014.

\_\_\_\_\_. **Capacidade funcional do idoso longo vivo admitido em unidade de internação hospitalar na cidade de Curitiba-PR**. 2011. 133f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal do Paraná, Curitiba – PR.

MACEDO, A.M.L. et al. Avaliação de idosos com déficit cognitivo. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.25, n.2, [online], 2012.

MAHONEY, F.I.; BARTHEL, D.W. Functional evaluation: the Barthel Index. **Md State Medicine Journal**, v.14, p.61-65, 1965.

MARCHON, R.M. et al., Capacidade funcional: estudo prospectivo em idosos residentes em instituições de longa permanência. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v.13, n.2, p.203-214, 2010.

MARSHALL, S.C. et al. Validity of the PULSES profile compared with the FIM for measuring disability in a stroke rehabilitation setting. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**, v.80, n.7, p.760-765, 1999.

MATSUDO, S.M. et al. Impacto do envelhecimento nas variáveis antropométricas, neuromotoras e metabólicas da aptidão física. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**, v.8, n.4, p.21-32, 2000.

MAUTHE, R.W. et al. Predicting discharge destination of a stroke patients using a mathematical model based on six items from the Functional Independence Measure. **Archives of Physical Medicine of Rehabilitation**, v.77, p.10-13, 1996.

McDOWELL, I. **Measuring health: a guide to rating scales and questionnaires**. 3. ed. Oxford: Oxford University Press, 2011.

MELZER, D. et al. Socioeconomic status and the expectation of disability in old age: estimates for England. **Journal of epidemiology and community health**, v.54, p.286-292, 2000.

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, n.5, p.2297-2305, 2010.

MENEZES, R.L.; BACHION, M.M. Estudo da presença de fatores intrínsecos para quedas em idosos institucionalizados. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.13, n.4, p.1209-1218, 2008.

MENEZES, R.L. et al. Estudo longitudinal dos aspectos multidimensionais da saúde de idosos institucionalizados. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v.14, n.13, 2011.

MINCATO, P. C; FREITAS, C. R. Qualidade de vida dos idosos residentes em instituições asilares da cidade de Caxias do Sul-RS. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, v. 4, n. 1, p.127-138, jan./jun. 2007.

MINOSSO, J.S.M. et al. Validação no Brasil do índice de Barthel em idosos atendidos em ambulatório. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.23, n.2, p.218-223, 2010.

MORAES, E.N. **Atenção à saúde do idoso: aspectos conceituais**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012 (98 p.).

\_\_\_\_\_. et al. Avaliação clínico-funcional do idoso. In: MORAES, E.N. **Princípios básicos de geriatria e gerontologia**. Belo Horizonte: Coopmed, 2008.

\_\_\_\_\_. Principais síndromes geriátricas. **Revista Médica de Minas Gerais**, n.20, v.1, p.54-66, 2010.

MOSKOWITZ, E.; McCANN, C.B. Classification of disability in the chronically ill and aging. **Journal of Chronic Diseases**, v.5, p.342–346, 1957.

MURAKAMI; L.; SCATTOLIN, F. Avaliação da independência funcional e qualidade de vida de idosos institucionalizados. **Revista Médica Herédia**, v.21, n.1, [online], 2010.

NAIRUSHI, K. et al. Predictors of improved functional outcome in elderly inpatients after rehabilitation: a retrospective study. **Clinical Interventional Aging**, v.5, n.9, p.2133-41, 2014.

NUNES, D.P. et al. Capacidade funcional, condições socioeconômicas e de saúde de idosos atendidos por equipes de saúde da família de Goiânia, GO, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, n.6, p.2887-2898, 2010.

OLIVEIRA, F.B. **Força de preensão palmar em idosos institucionalizados do município de Goiânia, Goiás, Brasil: características gerais e relação com o Índice de Massa Corporal**. 2009. Xiii, 79 fls. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde). Brasília: Universidade de Brasília, 2009.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Classificação internacional de doenças e problemas relacionados à saúde**. Décima revisão. São Paulo: Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português; 1993.

\_\_\_\_\_. **Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde**. Classificação detalhada com definições. Todas as categorias com suas definições, inclusões e exclusões. Organização Mundial de Saúde, 2003a.

\_\_\_\_\_. **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação**: relatório mundial. Brasília: Organização Mundial de Saúde, 2003b.

\_\_\_\_\_. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2005. (60 p.)

\_\_\_\_\_. **Guia global: cidade amiga do idoso**. Genebra: Organização Mundial de Saúde: 2008.

ONU. Organização das Nações Unidas. **Plano de ação internacional contra o envelhecimento, 2002**. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2003.

OTTENBACHER, K.J. et al. The reliability of the functional Independence measure: a quantitative review. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**, v.77, n.12, p.1226-1232, 1996.

PAIXÃO JR. C.M.; REICHENHEIN, M.E. Uma revisão sobre os instrumentos de avaliação do estado funcional do idoso. **Cadernos de Saúde Pública**, v.21, n.1, p.7-19, 2005.

PARADELA, E.M.P. et al. Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. **Revista de Saúde Pública**, v.39, n.6, p.918-923, 2005.

PARAHYBA, M.I. et al. Incapacidade funcional entre as mulheres idosas no Brasil. São Paulo: **Revista de Saúde Pública**, v.39, n.3, p.383-391, 2005.

PASINATO, M.T.M., KORNIS, G.E.M. A inserção dos cuidados de longa duração de idosos no âmbito dos sistemas de seguridade social: experiência internacional. In: CAMARANO, A.A. (Org.). **Cuidados de longa duração a pessoa idosa: um novo risco social a ser assumido?** Rio de Janeiro: IPEA, 2010 (350 p.)

PAVARINI, S.C.I. et al. A arte de cuidar do idoso: gerontologia como profissão? **Texto Contexto Enfermagem**, n.14, v.3, p.398-402, jul/set. 2005.

PELEGRIN, A. K. A. P. et al. Idosos de uma Instituição de Longa Permanência de Ribeirão Preto: níveis de capacidade funcional. **Arquivos de Ciências da Saúde**. V. 15, n. 4, p.182-188, 2008.

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

PESTANA, L.C., ESPÍRITO SANTO, F.H. As engrenagens da saúde na terceira idade: um estudo com idosos asilados. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, n.42, v.2, p.268-275. 2008.

PINQUART, M.; SORENSEN, S. Gender differences in self-concept in psychologic well being in old age: a meta-analysis. **Journal of Gerontology Psychological Sciences**, Waltham, v.56B, n.4, p.195-213, 2001.

POLLAK, N. et al. Reliability and validity of the Functional Independence Measure for persons aged 80 years and above from a multilevel continuing care retirement community. **Archives of Physical Medicine Rehabilitation**, v.77, n.10, p.1056-1061, 1996.

QUADROS JÚNIOR., A.C. et al. Estudo do nível de atividade física e estado cognitivo de idosos institucionalizados: análise por gênero. **Brazilian Journal of Biomotricity**, v.2, n.1, p.39-50, 2008.

RAMOS, L.R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. **Cadernos de Saúde Pública**, v.19, n.3, 2003.

RAVAND, J.F. et al. Construct validity of the functional independence measure (FIM): questioning the unidimensionality of the scale and the “value” of FIM scores. **Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine**, v.31, p.31–41, 1999

RAUTIO, N. et al. The association of socio-economic position with physical and mental capacity in elderly men and women. **Archives of gerontology and geriatrics**, v.33, p.163-178, 2001.

REIS, S.C.G.B. et al. Condição de saúde bucal de idosos institucionalizados em Goiânia – GO, 2003. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.8, n.1, p.67-73, 2005.

REIS, L.A. et al. Características sociodemográficas e de saúde de idosos de uma instituição do município de Jequié – Brasil. **Revista Espaço para a Saúde**, v.9, n.2, p.39-46, 2008.

RIBEIRO, M.T.F. et al. Perfil dos cuidadores de idosos nas instituições de longa permanência de Belo Horizonte, MG. **Ciência & Saúde Coletiva**, n.13, v.4, p.1285-1292, 2008.

RIBERTO, M.; et al. Reprodutibilidade da versão brasileira da Medida da Independência Funcional. **Acta Fisiátrica**, v. 8, n. 1, p. 45-52. 2001.

\_\_\_\_\_. Validation of the Brazilian Version of Functional Independence Measure. **Acta Fisiátrica**, v. 11, n. 2, p. 72-76. 2004.

RICCI, N.A. et al. Concordância de observações sobre a capacidade funcional de idosos em assistência domiciliar. *Revista de Saúde Pública*, v.39, n.4, p.655-662, 2005.

\_\_\_\_\_. et al. Evolução da independência funcional de idosos atendidos em um programa de assistência domiciliar pela óptica do cuidador. **Acta Fisiátrica**, v.13, n.1, p.26-31, 2006.

RIST, P.M. et al. Dementia and dependence: do modifiable risk factors delay disability? **Neurology**, v.82, n.17, p.1543-1550, 2014.

RODRIGUES, R. et al. **Facts and figures on healthy aging and long term care**. European Centre for Social Welfare Policy and Research: Vienna, 2012.

ROSA, T.E.C et al. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. **Revista Saúde Pública**, v.37, n.1, p.40-48, 2003.

ROSENBAUM, P.; STEWART, D. The World Health Organization International Classification of Functioning, Disability and Health: a model to guide clinical thinking,

practice and research in the field of cerebral palsy. **Seminars in Pediatric Neurology**, v.11, n.1, p.5-10, 2004.

SÁ, A.C.A.M. et al. Exercício físico para prevenção de quedas: ensaio clínico com idosos institucionalizados em Goiânia, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n.8, 2012.

SAINSBURY, G. et al. Use of the Barthel index and Modified Ranking Scale in acute stroke trials. **Stroke**, v.30, p.1538-1541, 1999.

SALES, F.M.; SANTOS, I. Perfil de idosos hospitalizados e nível de dependência de cuidados de enfermagem: identificação de necessidades. **Texto Contexto Enfermagem**, v.16, n.3, p.495-502, 2007.

SALLINEN, M. et al. Technology and active agency of older adults living in service house environment. **Disability Rehabilitation Assistance Technology**, v.10, n. 1, p.27-31, 2015.

SANDHAUG, M. et al. Functional level during the first year after moderate and severe traumatic brain injury, course and predictors of outcome. **Journal of Neurology Research**, v.1, n.2, p.48-58, 2011.

SANTIAGO, L.M.; MATTOS, I.E. Depressive symptoms in institutionalized older adults. **Revista de Saúde Pública**, v.48, n.2, p.216-224, 2014.

SANTOS, R. L.; VIRTUOSO Jr., J. S. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Atividades Instrumentais da Vida Diária. **RBPS**. v. 21, p. 290-296, 2008.

SANTOS, S.S.C. et al. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde: utilização no cuidado de enfermagem a pessoas idosas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.66, n.5, p.789-793, 2013.

SAUVAGET, C. et al. Dementia as a predictor of functional disability: a four year study. **Gerontology**, v.48, n.4, p.226-233, 2002.

SBGG (Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia). **Instituição de longa permanência para idosos: manual de funcionamento**. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 2008.

SCATTOLIN, F.A.D.A. et al. Correlação entre instrumentos de qualidade de vida relacionada à saúde e independência funcional em idosos com insuficiência cardíaca. **Cadernos de Saúde Pública**, v.23, n.11, p.2701-2715, 2007.

SCHNEIDER, A.R.S. Envelhecimento e quedas: a Fisioterapia na promoção e atenção à saúde do idoso. **RBCEH**, v.7, n.2, p.296-303, 2010.

SEEMAN, T.E. et al. Social environmental effects on health and aging. Integrating epidemiologic and demographic approaches and perspectives. **Annals of the New York Academy of Science**, v.954, p.88-117, 2001.



SHAH, S. et al. Improving the sensitivity of the Barthel Index for stroke rehabilitation. **Journal of Clinical Epidemiology**, v.42, p.703–709, 1989.

SHEIKH, J.I.; YESAVAGE, J.A. Geriatric Depression Scale (GDS): recent evidence and development of a short version. **Reviews in Clinical Gerontology**, n.5, p.165-173, 1986.

SILVA, M.J. et al. Avaliação do grau de dependência nas atividades de vida diária em idosos da cidade de Fortaleza – CE. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.19, n.2, p.201-206, 2006.

SINCLAIR, A. et al. Diabetes in older people: new insights and remaining challenges. **Lancet Diabetes Endocrinology**, v.14, p.70176-72014, 2014.

SOARES, E. et al. Estudo epidemiológico do perfil do idoso institucionalizado em instituições do interior paulista. **Revista Ciência em Extensão**, v.8, n.1, p.35-60, 2012.

SOUSA, K.T. et al. Baixo peso e dependência funcional em idosos institucionalizados de Uberlândia (MG), Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.19, n.8, p.3513-3520, 2014.

SPOSITO, G. et al. Relações entre o bem-estar subjetivo e a funcionalidade em idosos em seguimento ambulatorial. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, n.14, v.1, p.81-89, 2010.

STILES, P.G.; McGARRAHAN, J.F. The Geriatric Depression Scale: a comprehensive review. **Journal of Clinical Gerontology**, V.4, 8P.9–110, 1998.

STINEMAN, M.G. et al. Functional independence staging: conceptual foundation, face validity, and empirical derivation. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**, v.84, n.1, p.29-37, 2003.

\_\_\_\_\_. et al. Impairment-specific dimensions within the Functional Independence Measure. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**, v.78, n.6, p.636-643, 1997.

STROBL, R. et al. Distribution and determinants of functioning and disability in aged adults – results from the German KORA – Age Study. **BMC Public Health**, v.13, n.137, 2013.

SULTER, G. et al. Use of the Barthel index and Modified Ranking Scale in acute stroke trials. **Stroke**, v.30, p.1538-1541, 1999.

TALMELLI, L.F.S. et al. Nível de independência funcional e déficit cognitivo em idosos com doença de Alzheimer. **Revista da escola de Enfermagem da USP**, v.44, n.4, p.933-939, 2010.

TAS, U. et al. Prognostic factors of disability in older people. **British Journal of General Practice**, v.57, p.319-323, 2007.

TEIXEIRA, S.D.C. et al. Excesso de peso em idosos residentes em ILPI de Goiânia, GO. **Brasília Médica**, v.49, n.4, 2013.

UCHIDA, J.E.F; BORGES, S.M. Quedas em idosos institucionalizados. **Revista Kairós Gerontologia**, v.16, n.3, p.83-94, 2013.

USDMR. Uniform Data System For Medical Rehabilitation. **The FIM instrument: its background, structure and usefulness**. Buffalo: UDSMR, 2014.

VALCARENCHI, R.V. et al. Alterações na funcionalidade/cognição e depressão em idosos institucionalizados que sofreram quedas. **Acta Paulista de Enfermagem**, n.24, v.6, p.828-833, 2011.

VENDRUSCOLO, T.R.P. **Qualidade de vida, independência funcional e sintomas depressivos de idosos que vivem em domicílio**. Dissertação. Mestrado em Ciências da Enfermagem Fundamental. 96p. Universidade de São Paulo, 2012.

VERAS, R.P. et al. Desenvolvimento de uma linha de cuidados para o idoso: hierarquização da atenção baseada na capacidade funcional. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, n.16, v.2, p.385-392, 2013.

VERAS, R.P. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Revista de Saúde Pública**, n.43, v.3, p.548-554, 2009.

VERGHESE, J. et al. Leisure activities and the risk of dementia in the elderly. **The New England Journal of Medicine**, v.348, n.25, p.2508-2516, 2003.

VICTOR, J.F. et al. Perfil sociodemográfico e clínico de idosos atendidos em uma Unidade Básica de Saúde da Família. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.22, n.1, p.49-54, 2009.

VIRTUOSO JÚNIOR, J.S.; GUERRA, R.O. Incapacidade funcional em mulheres idosas de baixa renda. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.5, p.2541-2548, 2011.

WATANABE, H.A.W. et al. **Rede de atenção à pessoa idosa**. São Paulo: Secretaria Estadual de Assistência e Desenvolvimento Social: Fundação Padre Anchieta, 2009.

WÜBKER, A. et al. Costs of care for people with dementia just before and after nursing home placement: primary data from eight European countries. **European Journal of Health Economy**, 2014.

YANG, Y.Y. et al. Exploring relocation stress and diabetes control in the elderly residents of long-term care facilities. **Hu Li Za Zhi**, v.61, n.6, p.57-65, 2014.

YESAVAGE, J.A. Geriatric Depression Scales. **Psychopharmacology Bulletin**, v.24, p.709-711, 1988.

**APÊNDICES**

## **APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (idoso)**

O (a) Senhor (a) está sendo convidado a participar, como voluntário (a), em uma pesquisa intitulada “**Funcionalidade global e fragilidade de idosos institucionalizados**”. Nesta pesquisa pretendemos analisar principalmente como o (a) senhor(a) realiza as atividades do seu dia a dia e o quanto estar morando nessa instituição influencia sua condição de saúde.

Essa pesquisa será desenvolvida por mim, Ana Paula Felix Arantes, RG:3479006 DGPC-GO, aluna regularmente matriculada no Programa de Mestrado de Ciências Ambientais e Saúde da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC Goiás), e está sob responsabilidade da pesquisadora e professora Dr<sup>a</sup> Vanessa da Silva Carvalho Vila da PUC Goiás.

Suas informações serão importantes e poderão contribuir para que possamos identificar como a institucionalização poderá influenciar sua condição para viver bem e desenvolver suas atividades do dia a dia de modo adequado, além de identificar as suas fragilidades para poder elaborar melhores condições para o seu cuidado. O(a) senhor(a) e todas as pessoas que participarão desta pesquisa terão como benefício as possíveis melhorias de sua qualidade de vida e do atendimento prestado por esta instituição onde você reside. Além disso, serão propostos avanços em todo serviço de saúde por meio das divulgações que este estudo pretende realizar.

Precisarei realizar uma entrevista com você obter informações relacionadas a sua idade, situação de trabalho, renda mensal, e algumas informações sobre sua condição de saúde. A entrevista poderá durar em torno de 40 minutos, e poderemos interromper sempre que você sentir algum desconforto ou cansaço. As informações ficarão arquivadas e sob a responsabilidade das pesquisadoras por um período de cinco anos. Seu nome será mantido em sigilo, e identificado apenas por números para garantir o caráter confidencial das suas informações.

Sua participação será voluntária e não remunerada e não implicará a você nenhum gasto, uma vez que todos os gastos serão da pesquisadora. Mesmo assim, caso você tenha algum gasto devido a esta pesquisa, agora ou depois, você será devidamente ressarcido. Se você se sentir prejudicado com a pesquisa, poderá solicitar indenização nos termos da lei e o que for decidido pela justiça será acatado pela pesquisadora.

A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma com que você é tratado na instituição. Além disso, poderá retirar o seu consentimento mesmo após o início do estudo sem sofrer prejuízos em sua manutenção na instituição de longa permanência.

Você também é livre para não responder ou interromper suas respostas durante a entrevista, caso não se sinta à vontade para discutir sobre alguma questão.

Apesar de acreditarmos na improvável possibilidade de desconfortos, riscos ou prejuízos advindos de sua participação no estudo, enfatizamos que caso considere que a entrevista lhe provocou algum transtorno emocional, você será encaminhado ou poderá procurar o Serviço de Psicologia do Hospital Municipal de Rio Verde, que o atendimento está garantido.

Em caso de dúvida sobre a pesquisa você poderá entrar em comigo pelo telefone: (64) 9675-0094 (inclusive ligações a cobrar). Caso haja alguma dúvida sobre as questões éticas envolvidas na pesquisa você também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética e Pesquisa da PUC Goiás fone: (62) 3946-1512.

Após ler com atenção este documento e ser esclarecido sobre como vai ocorrer essa pesquisa, caso aceite participar, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra ficará comigo, que sou a pesquisadora responsável.

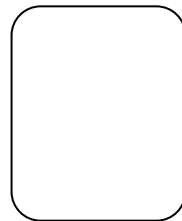
**CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO**

Eu, \_\_\_\_\_, RG nº \_\_\_\_\_, abaixo assinado, concordo em participar do estudo "**Funcionalidade global e fragilidade de idosos institucionalizados**". Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pela entrevistadora, Ana Paula Felix Arantes, sobre os objetivos da pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento, assistência e tratamento. Eu recebi uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, concordo e assino. Eu autorizo a liberação de dados desta pesquisa desde que não identifiquem a minha pessoa.

Rio Verde - GO, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_.

Nome do participante: \_\_\_\_\_

Assinatura do participante: \_\_\_\_\_



Assinatura Dactiloscópica

Eu expliquei a natureza e o propósito do estudo para a participante acima nomeado.

Assinatura do Investigador \_\_\_\_\_

## **APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (representante legal)**

O(a) Senhor(a) \_\_\_\_\_, RG. \_\_\_\_\_, o qual você \_\_\_\_\_, RG. \_\_\_\_\_ representa legalmente, está sendo convidado a participar, como voluntário (a), em uma pesquisa intitulada “**Funcionalidade global e fragilidade de idosos institucionalizados**”. Nesta pesquisa pretendemos analisar principalmente como ele (a) realiza as atividades do seu dia a dia e o quanto estar morando nessa instituição influencia sua condição de saúde.

Essa pesquisa será desenvolvida por mim, Ana Paula Felix Arantes, RG:3479006 DGPC-GO, aluna regularmente matriculada no Programa de Mestrado de Ciências Ambientais e Saúde da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC Goiás), e está sob responsabilidade da pesquisadora e professora Dr<sup>a</sup> Vanessa da Silva Carvalho Vila da PUC Goiás.

As informações dele (a) serão importantes e poderão contribuir para que possamos identificar como a institucionalização poderá influenciar sua condição para viver bem e desenvolver suas atividades do dia a dia de modo adequado, além de identificar as suas fragilidades para poder elaborar melhores condições para o seu cuidado. Todas as pessoas que participarem desta pesquisa terão como benefício as possíveis melhorias de sua qualidade de vida e do atendimento prestado por esta instituição onde ele (a) reside. Além disso, serão propostos avanços em todo serviço de saúde por meio das divulgações que este estudo pretende realizar.

Precisarei realizar uma entrevista com ele (a) obter informações relacionadas a idade, situação de trabalho, renda mensal, e algumas informações sobre sua condição de saúde. A entrevista poderá durar em torno de 40 minutos, e poderemos interromper sempre que ele (a) sentir algum desconforto ou cansaço. As informações ficarão arquivadas e sob a responsabilidade das pesquisadoras por um período de cinco anos. O nome dele (a) será mantido em sigilo, e identificado apenas por números para garantir o caráter confidencial das suas informações.

A participação dele (a) será voluntária e não remunerada e não implicará nenhum gasto por parte de vocês, uma vez que todos os gastos serão da pesquisadora. Mesmo assim, caso ele (a) tenha algum gasto devido a esta pesquisa, agora ou depois, será devidamente ressarcido. Se ele (a) se sentir prejudicado com a pesquisa, poderá solicitar indenização nos termos da lei e o que for decidido pela justiça será acatado pela pesquisadora.

Você também é livre para decidir que ele (a) não responda ou interrompa suas respostas durante a entrevista, caso ele (a) não se sinta à vontade para discutir sobre alguma questão.

Apesar de acreditarmos na improvável possibilidade de desconfortos, riscos ou prejuízos advindos da participação dele (a) no estudo, enfatizamos que caso considere que a entrevista lhe provocou algum transtorno emocional, ele (a) será encaminhado ou poderá procurar o Serviço de Psicologia do Hospital Municipal de Rio Verde, que o atendimento está garantido.

Em caso de dúvida sobre a pesquisa você poderá entrar em comigo pelo telefone: (64) 9675-0094 (inclusive ligações a cobrar). Caso haja alguma dúvida sobre as questões éticas envolvidas na pesquisa você também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética e Pesquisa da PUC Goiás fone: (62) 3946-1512.

Após ler com atenção este documento e ser esclarecido sobre como vai ocorrer essa pesquisa, caso aceite que ele participe, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra ficará comigo, que sou a pesquisadora responsável.

---

Ana Paula Felix Arantes  
Pesquisadora Responsável  
CREFITO: 72611-F

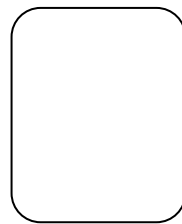
**CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO**

Eu, \_\_\_\_\_, RG nº \_\_\_\_\_, abaixo assinado, representante legal de \_\_\_\_\_, autorizo sua participação no estudo “**Funcionalidade global e fragilidade de idosos institucionalizados**”, como sujeito. Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pela entrevistadora, Ana Paula Felix Arantes, sobre os objetivos da pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de sua participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade ou interrupção do acompanhamento/ assistência/tratamento prestado ao sujeito pesquisado. Eu recebi uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, concordo e assino. Eu autorizo a liberação de dados desta pesquisa desde que não identifiquem ao sujeito pesquisado.

Rio Verde - GO, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_.

Nome do responsável legal: \_\_\_\_\_

Assinatura do responsável legal: \_\_\_\_\_



Assinatura Dactiloscópica

Eu expliquei a natureza e o propósito do estudo para a participante acima nomeado.

Assinatura do Investigador \_\_\_\_\_

## APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (cuidador)

O(a) Senhor(a) \_\_\_\_\_, RG. \_\_\_\_\_, do qual você \_\_\_\_\_, RG. \_\_\_\_\_ exerce atualmente a função de cuidador, está sendo convidado a participar, como voluntário (a), em uma pesquisa intitulada “**Funcionalidade global e fragilidade de idosos institucionalizados**”. Nesta pesquisa pretendemos analisar principalmente como ele (a) realiza as atividades do seu dia a dia e o quanto estar morando nessa instituição influencia sua condição de saúde.

Essa pesquisa será desenvolvida por mim, Ana Paula Felix Arantes, RG:3479006 DGPC-GO, aluna regularmente matriculada no Programa de Mestrado de Ciências Ambientais e Saúde da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC Goiás), e está sob responsabilidade da pesquisadora e professora Dr<sup>a</sup> Vanessa da Silva Carvalho Vila da PUC Goiás.

As informações dele (a) serão importantes e poderão contribuir para que possamos identificar como a institucionalização poderá influenciar sua condição para viver bem e desenvolver suas atividades do dia a dia de modo adequado, além de identificar as suas fragilidades para poder elaborar melhores condições para o seu cuidado. Todas as pessoas que participarem desta pesquisa terão como benefício as possíveis melhorias de sua qualidade de vida e do atendimento prestado por esta instituição onde ele (a) reside. Além disso, serão propostos avanços em todo serviço de saúde por meio das divulgações que este estudo pretende realizar.

Precisarei realizar uma entrevista com ele (a) obter informações relacionadas a idade, situação de trabalho, renda mensal, e algumas informações sobre sua condição de saúde. A entrevista poderá durar em torno de 40 minutos, e poderemos interromper sempre que ele (a) sentir algum desconforto ou cansaço. As informações ficarão arquivadas e sob a responsabilidade das pesquisadoras por um período de cinco anos. O nome dele (a) será mantido em sigilo, e identificado apenas por números para garantir o caráter confidencial das suas informações.

A participação dele (a) será voluntária e não remunerada e não implicará nenhum gasto por parte de vocês, uma vez que todos os gastos serão da pesquisadora. Mesmo assim, caso ele (a) tenha algum gasto devido a esta pesquisa, agora ou depois, será devidamente ressarcido. Se ele (a) se sentir prejudicado com a pesquisa, poderá solicitar indenização nos termos da lei e o que for decidido pela justiça será acatado pela pesquisadora.

Você também é livre para não responder ou interromper suas respostas durante a entrevista, caso ele (a) não se sinta à vontade para discutir sobre alguma questão.

Apesar de acreditarmos na improvável possibilidade de desconfortos, riscos ou prejuízos advindos da participação dele (a) no estudo, enfatizamos que caso considere que a entrevista lhe provocou algum transtorno emocional, ele (a) será encaminhado ou poderá procurar o Serviço de Psicologia do Hospital Municipal de Rio Verde, que o atendimento está garantido.

Em caso de dúvida sobre a pesquisa você poderá entrar em comigo pelo telefone: (64) 9675-0094 (inclusive ligações a cobrar). Caso haja alguma dúvida sobre as questões éticas envolvidas na pesquisa você também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética e Pesquisa da PUC Goiás fone: (62) 3946-1512.

Seu consentimento está sendo solicitado uma vez que o (a) participante não conseguiu responder a alguns itens do formulário do estudo, você o fará por ele.

Após ler com atenção este documento e ser esclarecido sobre o desenvolvimento da pesquisa, caso aceite que ele (a) participe, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra da pesquisadora responsável.

---

Ana Paula Felix Arantes  
Pesquisadora Responsável  
CREFITO: 72611-F



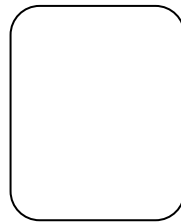
**CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO**

Eu, \_\_\_\_\_, RG nº \_\_\_\_\_, abaixo assinado, exerço a função de cuidador de \_\_\_\_\_, responderei por ele (a) no estudo “**Funcionalidade global e fragilidade de idosos institucionalizados**”, caso o (a) mesmo (a) não esteja em condições de fazê-lo. Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pela entrevistadora, Ana Paula Felix Arantes, sobre os objetivos da pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de sua participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade ou interrupção do acompanhamento/assistência/tratamento prestado ao sujeito pesquisado. Eu recebi uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, concordo e assino. Eu autorizo a liberação de dados desta pesquisa desde que não identifiquem ao sujeito pesquisado.

Rio Verde - GO, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_.

Nome do participante: \_\_\_\_\_

Assinatura do participante \_\_\_\_\_



Assinatura Dactiloscópica

Eu expliquei a natureza e o propósito do estudo para a participante acima nomeado.

Assinatura do Investigador \_\_\_\_\_

## APÊNDICE D – Termo de Assentimento Esclarecido (idoso)

Meu nome é Ana Paula Felix Arantes e o meu trabalho é pesquisar idosos que vivem em instituições como esta na qual você mora. Queremos saber como está sua saúde e como você tem realizado as atividades do seu dia-a-dia. O nome da pesquisa é “**Funcionalidade global e fragilidade de idosos institucionalizados**”.

Você pode escolher se quer participar ou não. Discutimos esta pesquisa com seus familiares ou responsáveis e eles sabem que realizaremos apenas se você concordar. Você é livre para decidir e caso não concorde não terá nenhum prejuízo nos cuidados.

Você pode discutir qualquer coisa deste formulário com seus familiares, amigos ou qualquer um com quem você se sentir a vontade de conversar. Você pode decidir se quer participar ou não depois de ter conversado sobre a pesquisa e não é preciso decidir imediatamente. Pode haver algumas palavras que não entenda ou coisas que você quer que eu explique mais detalhadamente porque você ficou mais interessado ou preocupado. Por favor, peça que pare a qualquer momento e eu explicarei.

Você não precisa participar desta pesquisa se não quiser. É você quem decide. Se decidir não participar da pesquisa, é seu direito e nada mudará no seu tratamento de saúde. Mesmo assim, este serviço de saúde estará disponível para você. Até mesmo se disser "sim" agora, poderá mudar de idéia depois, sem nenhum problema.

A pesquisa vai ser feita aqui mesmo na instituição, você não vai precisar se deslocar. Eu mesma virei até aqui e em um momento que você esteja desocupado (a) e precisarei fazer algumas perguntas, e um exame físico para verificar como está sua capacidade para o desempenho de algumas atividades do seu dia-dia. Também vou precisar observar você fazendo essas atividades e ainda ver algumas informações sobre sua saúde no seu prontuário. Isso levará em torno de 40 minutos e poderemos interromper sempre que você quiser ou sentir desconfortável. Se você não souber ou tiver dificuldade para entender o que está sendo perguntado, pode pedir ajuda ao seu cuidador.

Não falaremos para outras pessoas que você está nesta pesquisa. Depois que a pesquisa acabar, os resultados serão apresentados para você e para seus responsáveis. As informações sobre você serão coletadas na pesquisa e ninguém, exceto os investigadores poderão ter acesso a elas. Qualquer informação sobre você terá um número e não o seu nome.

Quando terminarmos a pesquisa, eu virei à instituição falaremos sobre o que aprendemos com a pesquisa. Eu também lhe darei um papel com os resultados por escrito. Depois, iremos falar com mais pessoas, cientistas e outros, sobre a pesquisa. Faremos isto escrevendo e compartilhando relatórios e indo para as reuniões com pessoas que estão interessadas no trabalho que fazemos.

Você não tem que estar nesta pesquisa. Ninguém estará furioso ou desapontado com você se você disser não, a escolha é sua. Você pode pensar nisto e falar depois se você quiser. Você pode dizer "sim" agora e mudar de idéia depois e tudo continuará bem.

Você pode me perguntar suas dúvidas agora ou em outro momento. Meu telefone é (64) 9675-0094 e você poderá me ligar inclusive a cobrar, para esclarecer sua dúvida.

---

Ana Paula Felix Arantes  
Pesquisadora Responsável  
CREFITO: 72611-F

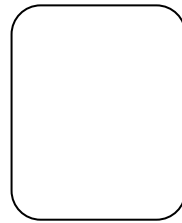
**ASSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO**

Eu, \_\_\_\_\_, RG nº \_\_\_\_\_, abaixo assinado, concordo em participar do estudo "**Funcionalidade global e fragilidade de idosos institucionalizados**". Eu entendi que a pesquisa é para saber se os idosos que moram em instituições pode ter algum prejuízo na capacidade de fazer as próprias atividades sozinho. Eu entendi que responderei a algumas perguntas sozinho ou com ajuda do meu cuidador e que se preciso for, meu prontuário será usado para completar as informações que eu passar.

Rio Verde - GO, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_.

Nome do participante: \_\_\_\_\_

Assinatura do participante \_\_\_\_\_



Assinatura Dactiloscópica

Eu expliquei a natureza e o propósito do estudo para a participante acima nomeado.

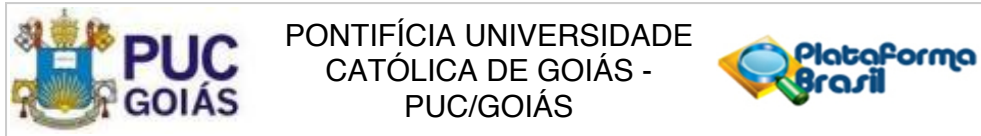
Assinatura do Investigador \_\_\_\_\_

## APÊNDICE E – Dados de identificação, perfil sociodemográfico, econômico e saúde geral

IDENTIFICAÇÃO
1. Nome completo: _____ 2. Quem respondeu o questionário? ( ) o próprio indivíduo ( ) cuidador ( ) idoso com ajuda do cuidador ( ) outros 3. Há quanto tempo reside nesta ILPI? _____ anos 4. Onde você residia antes de vir morar nesta ILPI? ( ) residência própria ( ) residência de familiares ( ) outra ILPI ( ) outros 5. Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino 6. Data de nascimento: ___/___/___ 6.1. Idade: _____ anos 7. Você recebe visitas nas ILPI? ( ) Sim ( ) Não 8. Se sim, de quem? ( ) filhos ( ) companheiro ( ) outros familiares ( ) amigos ( ) outros _____ 9. Com que frequência? ( ) algumas vezes ( ) sempre (15 em 15 dias ou menos)
PERFIL SÓCIO-DEMOGRÁFICO E ECONÔMICO
10. Estado civil: ( ) solteiro ( ) casado ( ) viúvo ( ) divorciado 11. Tem filhos? ( ) Sim, quantos? _____ ( ) Não 12. O senhor sabe ler? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sabe/Não respondeu 13. Quantos anos o senhor estudou? _____ anos 14. Tem fonte de renda? ( ) sim ( ) não 15. Fonte de renda: ( ) aposentadoria ( ) pensão ( ) aluguel ( ) trabalho próprio ( ) outros: _____ 16. Valor da renda mensal: R\$ _____ 17. Se você é aposentado, qual o motivo? ( ) Tempo de serviço ( ) Idade ( ) Problema de saúde 18. Se você for aposentado por problema de saúde, especifique: ( ) cardiovascular ( ) respiratório ( ) músculo-esquelético ( ) psiquiátrico ( ) outro _____
SAÚDE GERAL
19. Em geral, como você diria que é sua saúde? ( ) ótima ( ) boa ( ) regular ( ) ruim ( ) péssima 20. Em comparação com outras pessoas da sua idade, você considera sua saúde: ( ) Melhor ( ) Igual ( ) Pior 21. Vou ler o nome de algumas doenças, quais delas o médico disse que o senhor tem? ( ) diabetes ( ) baixo peso (desnutrição) ( ) problemas de memória (caduco) ( ) derrame cerebral (AVC) ( ) doenças osteomusculares ( ) câncer ( ) hipertensão ( ) colesterol elevado ( ) problemas na tireóide ( ) infarto do miocárdio ( ) depressão ( ) visão prejudicada (catarata/glaucoma) ( ) excesso de peso (obesidade) ( ) osteoporose ( ) outros _____ ( ) asma, bronquite, outros 22. Quantas vezes você foi internado? ( ) nenhuma ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ou mais 23. Presença de déficit cognitivo? ( ) sim – seguir para a aplicação da MIF ( ) não – aplicar MIF e GDS-15 24. Presença de sintomas depressivos (GDS-15)? ( ) sim – acima de 5 pontos na GDS-15 ( ) não – abaixo de 6 pontos na GDS-15

**ANEXOS**

## ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Funcionalidade global e fragilidade de idosos institucionalizados

**Pesquisador:** Vanessa da Silva Carvalho Vila

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 26946014.3.0000.0037

**Instituição Proponente:** Pontifícia Universidade Católica de Goiás - PUC/Goiás

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

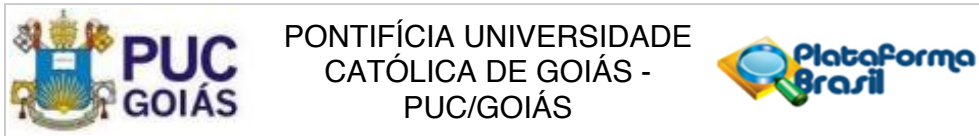
**Número do Parecer:** 537.642

**Data da Relatoria:** 26/02/2014

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de estudo observacional, do tipo transversal, com abordagem quantitativa, no qual os idosos institucionalizados serão submetidos a um inquérito com questões referentes a aspectos sociodemográficos e econômicos, sua saúde geral, autonomia, nível de independência funcional, fragilidade, sintomas depressivos e estado mental. O estudo será realizado em um município localizado no sudoeste goiano, em sua única Instituição de Longa Permanência para Idosos. A população do estudo será composta por todos os idosos residentes na ILPI no período de coleta de dados. Atualmente essa instituição conta com 106 idosos. A amostra proporcional será composta por todos aqueles que atenderem aos critérios de inclusão não devendo ser inferior a 84 participantes (erro amostral 5% e nível de confiança de 95%). Serão incluídos aqueles idosos com mais de 60 anos de idade e que sejam residentes na ILPI no momento da coleta e serão excluídos os idosos que possuírem tempo de institucionalização menor do que seis meses e os que forem portadores de incapacidade cognitiva e/ou mental cujos familiares/ tutores legais não residirem no município em estudo. A coleta de dados será realizada pela própria pesquisadora no período de abril a setembro de 2014, nas próprias dependências da instituição. Os dados serão coletados, em quatro etapas, por meio de análise de prontuário, avaliação e observação clínica e entrevista com os participantes. Para a coleta de dados serão utilizados um formulário estruturado composto de

**Endereço:** Av. Universitária, N.º 1.069  
**Bairro:** Setor Universitário **CEP:** 74.605-010  
**UF:** GO **Município:** GOIANIA  
**Telefone:** (62)3946-1512 **Fax:** (62)3946-1070 **E-mail:** cep@pucgoias.edu.br



Continuação do Parecer: 537.642

três seções: dados de identificação, perfil sociodemográfico e econômico, e saúde geral, além dos seguintes instrumentos de avaliação validados e traduzidos: Medida da independência Funcional (MIF), Sistema de Medida da Autonomia Funcional (SMAF) e Escala de Fragilidade de Edmonton (EFS). Todas essas escalas serão respondidas pelo próprio pesquisador a partir da avaliação clínica e observação realizada do idoso. Para os idosos que apresentarem condições cognitivas e mentais adequadas será também aplicada a Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15). Projeto de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Ciências Ambientais e Saúde (PPGCAS) da PUC Goiás.

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário:

Analisar a funcionalidade global e a fragilidade de idosos de uma instituição de longa permanência.

Objetivo Secundário:

- Descrever as características sociodemográficas, econômicas e as condições gerais de saúde de idosos institucionalizados. - Identificar o nível de autonomia e independência funcional de idosos institucionalizados. - Analisar o nível de fragilidade e a presença de sintomas depressivos em idosos institucionalizados. - Investigar as relações entre as variáveis características sócio-demográficas e econômicas; autonomia funcional; independência funcional e sintomas depressivos.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Avaliação de riscos e benefícios muito bem apresentado no projeto.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Os resultados podem apontar as fragilidades assistenciais e a realidade das necessidades de cuidados das pessoas idosas institucionalizadas no município em estudo.

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

Documentação devidamente apresentada.

TCLE bem apresentado e cumpre com a itemização prevista na Resolução 466/12.

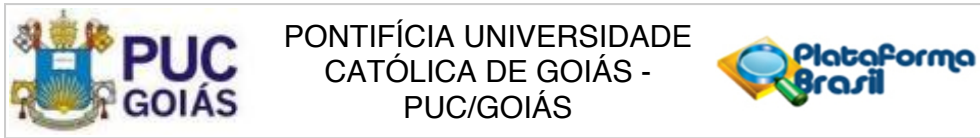
**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Sem pendências

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Endereço:** Av. Universitária, N.º 1.069  
**Bairro:** Setor Universitário **CEP:** 74.605-010  
**UF:** GO **Município:** GOIANIA  
**Telefone:** (62)3946-1512 **Fax:** (62)3946-1070 **E-mail:** cep@pucgoias.edu.br



Continuação do Parecer: 537.642

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

A aprovação deste CEP não isenta o Pesquisador de prestar satisfação sobre sua Pesquisa em casos de alteração de amostra ou centros de coparticipação. É exigido a entrega do relatório final após conclusão da pesquisa.

GOIANIA, 21 de Fevereiro de 2014

---

**Assinador por:**  
**NELSON JORGE DA SILVA JR.**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Av. Universitária, N.º 1.069  
**Bairro:** Setor Universitário **CEP:** 74.605-010  
**UF:** GO **Município:** GOIANIA  
**Telefone:** (62)3946-1512 **Fax:** (62)3946-1070 **E-mail:** cep@pucgoias.edu.br



## ANEXO B – Avaliação do grau de dependência funcional

### MÉDIDA DA INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL

Fonte de informação: ( ) paciente ( ) família ( ) cuidador ( ) outro

Cuidador: ( ) não possui ( ) ajuda não paga ( ) empregado não pago ( ) profissional pago

Terapêutica: ( ) nenhuma ( ) tratamento ambulatorial ( ) tratamento domiciliar  
( ) ambos ( ) internação hospitalar/institucional

Níveis	7 Independência completa (em segurança, em tempo normal)	Sem ajuda
	6 Independência modificada (ajuda técnica)	
	5 Supervisão	Ajuda
	4 Ajuda mínima (indivíduo $\geq$ 75%)	
	3 Ajuda moderada (indivíduo $>$ 50%)	
	2 Ajuda mínima (indivíduo $\geq$ 25%)	
	1 Ajuda total (indivíduo $>$ 10%)	

<b>21.4. 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>21.5. Controle dos esfíncteres</b>	G. Controle da urina	
	H. Controle das fezes	
<b>21.6. Mobilidade/Transferências</b>	I. Leito, cadeira, cadeira de rodas	
	J. Vaso sanitário	
	K. Banheira, cadeira de rodas	
<b>21.7. Locomoção</b>	L. Marcha/Cadeira de rodas	
	M. Escadas	
<b>21.8. Comunicação</b>	N. Compreensão auditiva/verbal	
	O. Expressão vocal/não-vocal	
<b>21.9. Cognição social</b>	P. Interação social	
	Q. Resolução de problemas	
	R. Memória	
<b>TOTAL</b>		

### ANEXO C- Avaliação da presença de sintomas depressivos

<b>ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA (GDS-15)</b>			
1. Está satisfeito com sua vida?	Sim=0	Não=1	
2. Diminuiu a maior parte de suas vontades e interesses?	Sim=1	Não=0	
3. Sente que a vida está vazia?	Sim=1	Não=0	
4. Aborrece-se com frequência?	Sim=1	Não=0	
5. Sente-se de bem com a vida na maior parte do tempo?	Sim=0	Não=1	
6. Teme que algo ruim possa lhe acontecer?	Sim=1	Não=0	
7. Sente-se feliz a maior parte do tempo?	Sim=0	Não=1	
8. Sente-se frequentemente desamparado?	Sim=1	Não=0	
9. Prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?	Sim=1	Não=0	
10. Acha que tem mais problemas de memória que a maioria?	Sim=1	Não=0	
11. Acha que é maravilhoso estar vivo agora?	Sim=0	Não=1	
12. Vale a pena viver como vive agora?	Sim=0	Não=1	
13. Sente-se cheio(a) de energia?	Sim=0	Não=1	
14. Acha que sua situação tem solução?	Sim=0	Não=1	
15. Acha que tem muita gente em situação melhor?	Sim=1	Não=0	
		<b>TOTAL</b>	

**ANEXO D – Certificado de conclusão do curso de capacitação para o uso da Medida de Independência Funcional**

**TechnoCare®**

**Certificado**

Certificamos para os devidos fins que **ANA PAULA FELIX ARANTES** realizou com sucesso a Formação (Certificação) para a Utilização da Medida de Independência Funcional – MIF ministrada pela instrutora Dra. Maria Aparecida Ferreira de Mello.

**Carga Horária: 16 Horas**

Goiânia, 20 de março de 2014

*Maria A. F. de Mello*  
Dra. Maria A. F. de Mello  
CREFITO 3 e 4 – 3103 TO

*Vanessa da Silva Carvalho Vila*  
Prof. Dra Vanessa da Silva Carvalho Vila  
Coordenadora do Evento



**APOIO:**

**FAPEG**  
FUNDAÇÃO DE AMPARO  
À PESQUISA  
DO ESTADO DE GOIÁS