



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ  
NÚCLEO DE TEORIA E PESQUISA DO COMPORTAMENTO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TEORIA E PESQUISA DO  
COMPORTAMENTO

**Idosos em acolhimento institucional: perfil sociodemográfico e  
capacidade funcional**

Tatiane Bahia do Vale Silva

Belém – PA  
2013



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ  
NÚCLEO DE TEORIA E PESQUISA DO COMPORTAMENTO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TEORIA E PESQUISA DO  
COMPORTAMENTO

**Idosos em acolhimento institucional: perfil sociodemográfico e  
capacidade funcional**

Dissertação a ser apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento da Universidade Federal do Pará, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Teoria e Pesquisa do Comportamento.

**Área de concentração: Ecoetologia Humana**

**Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Celina Maria Colino Magalhães**

**Co-orientadora: Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup>. Daniela Cristina Carvalho de Abreu**

Belém – PA  
2013

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)

---

Silva, Tatiane Bahia do Vale, 1988-  
Idosos em acolhimento institucional: perfil  
sociodemográfico e capacidade funcional /  
Tatiane Bahia do Vale Silva. - 2013.

Orientador: Celina Maria Colino Magalhes;  
Coorientadora: Daniela Cristina Carvalho de  
Abreu.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal  
do Pará, Núcleo de Teoria e Pesquisa do  
Comportamento, Programa de Pós-Graduação em  
Teoria e Pesquisa do Comportamento, Belém, 2013.

1. Idosos - Belém- Pará- Pesquisa. 2. Idosos  
- Assistência em instituições. 3. Idosos -  
Saúde. I. Título.

CDD 23. ed. 305.62098115

---



## Defesa de Dissertação

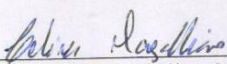
### “Idosos em Acolhimento Institucional: Perfil e Capacidade Funcional”.

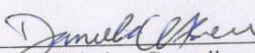
Aluno: Tatiane Bahia da Vale Silva

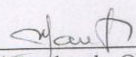
Data da Defesa: 29 de Agosto de 2013.

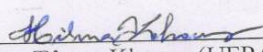
Resultado: Aprovada.

Banca examinadora:

  
Prof.<sup>ª</sup>. Dr.<sup>ª</sup>. Celina Maria Colino Magalhães (UFPA), Orientadora.

  
Prof.<sup>ª</sup>. Dr.<sup>ª</sup>. Daniela Cristina Carvalho de Abreu (USP), Co-orientadora

  
Prof. Dr. Maria Izabel Penha de Oliveira Santos (UEPA), Membro.

  
Prof.<sup>ª</sup>. Dr.<sup>ª</sup>. Hilma Tereza Tôrres Khoury (UFPA), Membro.

*Aos meus pais, meus amores e exemplos de vida e aos idosos que me ensinam a cada dia a arte de cuidar e viver a escultura do tempo, esquecendo o medo da morte, e encontram a criança que persiste em cada idade.*

*Em memória de Antônio Borboleta e Andrina Bandeira, pelos exemplos de fé.*

Idosos em acolhimento institucional: perfil e capacidade funcional

Conviver com idosos em abrigos é sentir-se diante ao que Cazuza expressa em sua música:

*“Eu hoje tive um pesadelo  
E levantei atento, a tempo  
Eu acordei com medo  
E procurei no escuro  
Alguém com o seu carinho  
E lembrei de um tempo*

*Porque o passado me traz uma lembrança  
Do tempo que eu era criança  
E o medo era motivo de choro  
Desculpa pra um abraço ou um consolo*

*Hoje eu acordei com medo  
Mas não chorei, nem reclamei abrigo  
Do escuro, eu via o infinito  
Sem presente, passado ou futuro  
**Senti um abraço forte, já não era medo**  
**Era uma coisa sua que ficou em mim***

*De repente, a gente vê que perdeu  
Ou está perdendo alguma coisa  
Morna e ingênua que vai ficando no caminho  
**Que é escuro e frio, mas também bonito porque é iluminado**  
Pela beleza do que aconteceu há minutos atrás”*

*Poema*

Ney Matogrosso (Composição: Cazuza)

## AGRADECIMENTOS

Olha... tem tanta gente que eu nem sei se cabe aqui!

Então começo pela origem de tudo, por Deus, por nos capacitar a fim de servir ao próximo.

Aos meus pais Miguel e Joana que foram incansáveis para minha formação pessoal e acadêmica, por compreenderem minha ausência para a construção desse projeto.

Aos meus irmãos Michele e Michel pelo apoio, força e descontração em todos os períodos.

A vovó Angelina, por mostrar o que é envelhecimento saudável sem se dar conta.

A orientadora Dra. Celina Magalhães por aceitar e encarar essa proposta de mestrado.

A co-orientadora, Dra. Daniela Abreu pela contribuição com olhar fisioterapêutico.

Aos alunos de iniciação científica, dedicados e que tenho orgulho em dizer que pude contar Tomaz Benjamin e Suelen Costa.

As amigas preciosas que estão comigo perto ou longe e pra tudo! Thaísa, Jamyle, Eliana, Raíssa, Kelly, Nadjanara. Renata, Rosana, Alessandra, Jalene, Carol, Paulinha, Manu e Carla.

Aos meus dois amores que conheci no mestrado e não sei viver longe, Cássio e Pedro.

Aos meus amigos Marcilene, Ana Bichara, Eline e Fernanda que insatisfeitos nessa condição somente, foram também auxiliares de construção nesse projeto.

Ao grupo LED – UFPA pelas dicas na edificação deste trabalho represento aqui pela Prof<sup>a</sup>. Lília e discentes, Kátia Carvalho e Thalita Bueñano.

Aos profissionais das duas instituições pesquisadas pela disposição e boa vontade em ajudar sempre Thalyne, João Sérgio, Cristiano e Adriene.

Aos amigos profissionais de todos os lugares que fiz parte e contribuíram direta ou indiretamente nesse processo represento pela Dra. Denise Pinto (FFTO/UFPA), Elton Lima, e Rodolfo Nascimento;

Aos cuidadores, muito obrigada, por dispor de seu tempo que sei o quanto é precioso.

Aos idosos por nos acolherem com tanto carinho, e ainda aceitaram contribuir nesta pesquisa, sou grata a todos os ensinamentos e horas que pude passar ao lado de vocês.

Aos meus locais de trabalho CESIMA e UMS Marambaia que compreenderam minha necessidade de ausência e aos meus lindos pacientes, por tudo.

Aos motoristas de ônibus, taxistas que me levaram e trouxeram em segurança.

E a Capes que financiou esta pesquisa!

A vida que é bonita! Ah! Se eu esqueci alguém não se preocupem, amo todos vocês!

## RESUMO

Silva, T. B. V. (2013) *Idosos em acolhimento institucional: perfil sociodemográfico e capacidade funcional*. 112 p. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento, Universidade Federal do Pará, Belém.

As Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) são alternativas emergentes de cuidados não familiares. A presente pesquisa analisou o perfil sociodemográfico e a capacidade funcional de idosos em situação de acolhimento institucional em Belém/Pará. Trata-se de um estudo descritivo, transversal, quantitativo. Participaram 73 idosos de duas instituições públicas, avaliados pelo Mini Exame do Estado Mental (MEEM), Índice de Katz e de Lawton e nos casos de presença de declínio cognitivo, pela escala de Avaliação da Incapacidade funcional para Demência (DAD). Observou-se o predomínio do sexo feminino (53%) e de idosos solteiros, com idade de 60 a 99 anos, a ausência de familiares como maior motivo para a institucionalização (42,5%) e a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) como a doença mais prevalente (45,3%). No grupo sem declínio cognitivo, em relação à capacidade funcional, constatou-se o predomínio de idosos independentes (85,7%) para as Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD) e dependentes moderados para as Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) e no grupo com comprometimento cognitivo, constatou-se menor predomínio de independentes para ABVD e alta prevalência de dependência severa para as AIVD. O estudo permitiu traçar um perfil recente do idoso residente em ILPI públicas em Belém, os dados indicam semelhança ao restante do país quanto ao maior número de mulheres e a maior prevalência de doenças crônico-degenerativas que cooperam para a incapacidade funcional. Salienta-se a necessidade de adoção de medidas preventivas para a manutenção da capacidade funcional, através da operacionalização de políticas públicas e da atuação multiprofissional.

Palavras-chave: Idosos, institucionalização, ILPI, capacidade funcional.



## ABSTRACT

Silva , T. B. V. (2013 ) *Elderly in residential care : sociodemographic characteristics and functional capacity* . 112 p . Dissertation, Graduate Program in Behavior Theory and Research , Federal University of Pará , Belém.

Long Term institutions for Elderly are emerging alternatives care unfamiliar. This research analyzes the demographic profile and functional capacity of elderly in residential care situation in Belém /Pará. It addresses on a descriptive, cross-sectional, and quantitative. 73 seniors were attended in two public institutions, and they were assessed by the Mini Mental State Examination (MMSE), Katz Index and Lawton and in cases of the presence of cognitive decline, the scale of the Disability Assessment for Dementia (DAD). According to the research some aspects were noticed as, the predominance of females (53 %) and unmarried elderly, aged 60-99 years, the absence of family as the main reason for institutionalization (42.5 %), Hypertension disease was the most prevalent (45.3 %). Given the assessment of cognition and functional capacity was found the prevalence of cognitive decline (52.1 %); independent elderly (83.8 %) for the Basic Activities of Daily Living ( ADL ) and Dependent moderate for Instrumental Activities Daily Living (IADL) in the group without cognitive decline , and high prevalence of severe dependence for IADL in the group with cognitive impairment . The study allowed us to outline the profile about elderly living in public ILPI in Belém, the data indicates resemblances the rest of the country as the largest number of women and higher prevalence of chronic diseases that cooperate to functional disability. It is emphasized, there is a lack of preventive measures to the maintenance functional capacity, through the operation of public policies and multidisciplinary performance

Keywords: Elderly , institutionalization , long-term stay, functional capacity.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Diagrama esquemático da construção da população final do estudo .....	32
Figura 2	Fundação da UAPI “L. P (1)” .....	33
Figura 3	Entrada social da UAPI 1 .....	35
Figura 4	Áreas externas: A – Estacionamento; B e C- Tenda de lazer e horta; D – Tenda e área de lazer descoberta .....	36
Figura 5	Ala de salas de serviços da UAPI 1 .....	37
Figura 6	Área social: A e B – Sala de estar e banheiros .....	38
Figura 7	Área social: A – Refeitório e B – Capela .....	38
Figura 8	Área social: A - Corredor de divisão de alas ao lado refeitório e B- Divisão de alas para os quartos .....	39
Figura 9	Quarto de idosos, armários e banheiro e camas .....	39
Figura 10	A e B - Salas do setor técnico e administrativo da UAPI 2 .....	40
Figura 11	Dormitórios da UAPI 2: A quarto masculino e B quarto feminino .....	41
Figura 12	Diagrama Esquemático do “Procedimento” .....	45
Figura 13	Distribuição de acordo com presença/ausência de patologias referidas pelos idosos em situação de acolhimento institucional .....	65

**LISTA DE TABELAS**

Tabela 1	Distribuição dos idosos em situação de acolhimento institucional em Belém do Pará (2013) de acordo com as variáveis sociodemográficas por UAPI .....	48
Tabela 2	Distribuição dos idosos em situação de acolhimento institucional em Belém do Pará (2013) de acordo com demais variáveis sociodemográficas .....	53
Tabela 3	Distribuição dos idosos em situação de acolhimento institucional em Belém do Pará (2013) de acordo com o Motivo de entrada, presença de vínculo familiar e visitas .....	56
Tabela 4	Distribuição das variáveis relacionadas a autopercepção de saúde dos idosos em situação de acolhimento institucional em Belém-PA (2013)..	60
Tabela 5	Distribuição dos idosos em situação de acolhimento institucional de acordo com algumas variáveis relacionadas a condições de moradia e atividades de relações sociais dos idosos, e ocupação no tempo livre Belém – PA (2013) .....	63
Tabela 6	Disposição das atividades de lazer com que os idosos em situação de acolhimento institucional ocupam seu dia em Belém do Pará (2013) .....	64
Tabela 7	Categorização dos idosos em situação de acolhimento institucional em Belém do Pará (2013) de acordo com o Tempo de acolhimento .....	64
Tabela 8	Distribuição dos idosos em situação de acolhimento institucional em Belém do Pará (2013) de acordo com as patologias.....	66
Tabela 9	Distribuição dos idosos em situação de acolhimento de acordo com os resultados dos Instrumentos aplicados relacionados à capacidade funcional em Belém do Pará (2013) .....	68
Tabela 10	Distribuição das características sociodemográficas dos cuidadores dos idosos em situação de acolhimento institucional em Belém do Pará (2013) .....	72
Tabela 11	Distribuição das variáveis relacionadas a qualificação profissional dos cuidadores dos idosos em situação de acolhimento institucional em Belém do Pará (2013) .....	74

## SUMÁRIO

Introdução .....	10
<i>Aspectos demográficos e epidemiológicos do envelhecimento.....</i>	12
<i>O envelhecimento: aspectos individuais .....</i>	15
<i>Capacidade funcional do idoso .....</i>	16
<i>Envelhecimento: repercussões sociais.....</i>	20
<i>Acolhimento Institucional de idosos: contexto e desenvolvimento humano.....</i>	22
Objetivos .....	30
Método .....	31
<i>Participantes .....</i>	31
<i>Contexto /Ambiente.....</i>	33
<i>Instrumentos .....</i>	41
<i>Procedimentos .....</i>	43
<i>Tratamento dos dados .....</i>	45
Resultados e Discussão .....	48
<i>Caracterização sociodemográfica dos participantes .....</i>	48
<i>Caracterizações do acolhimento institucional .....</i>	56
<i>Caracterização da percepção de saúde dos idosos em acolhimento institucional.....</i>	60
<i>Caracterização das condições de moradia e de atividades dos idosos nas ILPI .....</i>	62
<i>Caracterização da situação de saúde dos idosos em acolhimento institucional .....</i>	68
<i>Caracterização da capacidade funcional dos idosos em acolhimento institucional.....</i>	69
<i>Caracterização dos informantes secundários: cuidadores .....</i>	72
Considerações finais .....	77
Referências .....	82
Apêndices .....	98

Esta dissertação abordará o perfil da capacidade funcional de idosos em situação de acolhimento institucional, as influências sociodemográficas, os motivos de admissão e patologias observadas. Entendendo-se a Capacidade Funcional, sob a visão da gerontologia e geriatria - ramos que compõem a ciência do envelhecimento - como um novo conceito de saúde, cuja manutenção é o principal critério para uma velhice saudável, nesse sentido, refere-se à independência e autonomia, isto é o produto da interação entre saúde física, mental, resultante da independência nas Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD) e a integração no contexto socioambiental, com a competência de executar suas próprias intenções (Freitas & Py, 2011; Ramos, 2011; Veras, 2003).

O envelhecimento populacional é reconhecido como um fenômeno universal e irreversível em crescente destaque nas pesquisas científicas, pois necessita de atenção especial, diante das demandas que propulsionam ações quanto à políticas públicas para acompanhar esse processo. O Brasil encontra-se em franco processo de envelhecimento há trinta anos, transformação que ocorreu de forma muito mais rápida e explosiva que nos países europeus, é acompanhada de mudanças no perfil de morbidade e mortalidade da população, que, ao envelhecer, faz aumentar a prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) (Gorzoni & Jacob Filho, 2008; Organização Mundial da Saúde [OMS], 2012; Ramos, 2011; Veras, 2003).

Frente a essa realidade, abandona-se um paradigma de saúde pública em que a população de risco era infantil e as doenças em sua maioria eram infecciosas, com métodos diagnósticos simples e baratos, e surge um novo paradigma no qual a população de risco é senescente, e as doenças são crônicas e progressivas, com métodos diagnósticos sofisticados e caros, e na maioria das vezes com tratamentos longos e não curativos. Estas doenças em longo prazo podem gerar incapacidades, dependências na vida diária e perda de autonomia. Diante disso, a capacidade funcional torna-se relevante, e sua manutenção

na velhice depende não apenas de fatores biológicos, mas também de fatores psicológicos. Assim, inúmeros eventos como a perda de um ente querido, dificuldades financeiras, doenças, podem juntos ou isoladamente comprometer a capacidade funcional. Pessoas que acreditam possuir o comando sobre suas vidas e se esforçam para atingir suas metas ou que confiam na excelência de seu desempenho conseguem se manter mais independentes (Khoury & Günther, 2009; Ramos, 2011).

O processo de envelhecimento é sequência do desenvolvimento humano, ao longo do curso da vida os indivíduos utilizam diversos mecanismos, os quais, por um lado, servem de auxílio para enfrentar os desafios e alcançar os fins desejados, e por outro lado, favorecem a adaptação às inevitáveis situações de perdas que ocorrem ao longo da vida. Mecanismos descritos na literatura como *controle primário* e *controle secundário*, onde o primeiro refere-se aos esforços que o indivíduo realiza para adaptar o ambiente às suas necessidades e o segundo para adaptar-se ao ambiente (Khoury & Günther, 2009; Heckhausen, & Schulz, 1995; Rothbaum, Weisz & Snyder, 1982).

O envelhecimento da população pode ser considerado um êxito das políticas de saúde pública e desenvolvimento socioeconômico, porém, também constitui uma preocupação para a sociedade, a qual terá que adaptar-se para melhorar a saúde e a capacidade funcional, e garantir a participação social e a seguridade. Na impossibilidade familiar, física e/ou financeira de assistir aos idosos com dependência em seus próprios domicílios, a internação em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) assume especial relevância enquanto recurso para o cuidado deste público (Gorzoni & Jacob Filho, 2008; Pires, 2008; OMS, 2012).

Assim na normatização das ILPI definida pela Resolução da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (RDC/ANVISA) nº 283, de 26 de setembro de 2005, estas instituições podem ser governamentais ou não, de caráter residencial proposta

ao domicílio coletivo de pessoas com idade igual ou superior a sessenta anos, com ou sem suporte familiar, em condição que permitam liberdade, dignidade e cidadania, indicadas a idosos dependentes ou independentes. Tais instituições devem promover a qualidade de vida do idoso e para isto, o serviço deve levar em consideração os níveis de dependência e estado mental do idoso para garantir sua funcionalidade (BRASIL, 2005; Gorzoni & Jacob Filho, 2008; Pires, 2008; OMS, 2012).

Diante dessa realidade de expansão da população senil e do acolhimento em ILPI, que impõe a adoção de mecanismos para adaptação a um novo contexto nesta fase do ciclo da vida, torna-se indispensável investigar a capacidade funcional de idosos institucionalizados para análise do indivíduo e contexto, a fim de favorecer o planejamento, execução e avaliação das ações de prevenção, manutenção e recuperação da saúde funcional de idosos em situação de acolhimento institucional em Belém do Pará, devido às limitações provocadas pelas doenças crônicas e agravos, facilitando o melhor planejamento da assistência oferecida a esses idosos.

### **Aspectos demográficos e epidemiológicos do envelhecimento**

O crescimento da população idosa é observado mundialmente, não obstante, o Brasil segue em estimativas de contínuo progresso da faixa etária acima de 60 anos, com a possibilidade de constituírem o maior grupo e modificar a estrutura etária da população em 2025, com expectativa de aproximadamente 32 milhões de idosos, Belém, o local de origem desse projeto, é a 11ª capital com maior número de idosos. Esse fenômeno tem causas multifatoriais e distintas em países desenvolvidos e em desenvolvimento, mas suas consequências são igualmente importantes do ponto de vista social, médico e de políticas

públicas em consenso na literatura (Chaimowicz, 1997; Kinsella, 1996; Netto, 2007; Organização Pan-Americana da Saúde [OPAS], 1998; Pinto, 2009).

O processo de envelhecimento populacional está relacionado a *Transição demográfica* que é a transformação da estrutura etária de determinada população, iniciado a princípio nos países desenvolvidos, tem causas que começam a ocorrer no final da década de 40 e início dos anos 50, como a diminuição de mortalidade, as grandes conquistas do conhecimento médico, urbanização adequada das cidades, melhoria nutricional, elevação dos níveis de higiene pessoal e ambiental tanto em residências como no trabalho, assim como, em decorrência dos avanços tecnológicos. Já nos países em desenvolvimento, como o Brasil, o aumento da expectativa de vida tem sido evidenciado pelos avanços tecnológicos relacionados à área de saúde nos últimos 60 anos, como as vacinas, o uso de antibióticos, quimioterápicos que tornaram possível a prevenção ou cura de muitas doenças. Aliado a estes fatores, um dos principais motivos foi o progressivo declínio das taxas de mortalidade infantil, que progressivamente atingiu as demais idades o que permitiu a ocorrência de uma grande explosão demográfica e mais recentemente a queda nas taxas de fecundidade a partir da década de 60 (Camarano, 2002; Mendes, Gusmão, Faro & Leite, 2005; Ramos, Veras & Calache, 1987).

Conseqüentemente, estas mudanças na estrutura etária alteram a vida do indivíduo, as estruturas familiares e a sociedade, culminando com a *Transição epidemiológica*, isto é, a modificação nos padrões de morbidade, invalidez e morte. E se esse processo de transição for comprimido e acontecer em um número menor de anos, as repercussões sociais serão muito acentuadas, particularmente se os recursos materiais dessa sociedade forem limitados (Camarano, 2002; Freitas & Py, 2011; Gorzoni & Jacob Filho, 2008; Maciel & Guerra, 2007; Mendes et al., 2005; Silva, 2008).



A literatura define o envelhecimento como um processo natural do ciclo biológico que caracteriza uma etapa da vida do homem (a velhice) e dá-se por mudanças físicas, psicológicas e sociais que acometem de forma particular cada indivíduo com sobrevivência prolongada, sendo que essa noção de velhice, como etapa diferenciada da vida surgiu no período de transição entre os séculos XIX e XX. Já a longevidade relaciona-se ao número de anos vividos por uma pessoa ou a média prevista em uma mesma geração. De acordo com a Organização Mundial de Saúde [OMS] (2002) é considerado como idoso, a partir do critério cronológico, indivíduos com o limite de 65 anos ou mais de idade para países desenvolvidos e 60 anos ou mais para países em desenvolvimento. Sabe-se que a maior parte dos países europeus levou quase um século para transição demográfica, Suécia e Inglaterra, por exemplo, levaram cerca de seis décadas (aproximadamente de 1870 a 1930) para diminuir em torno de 50% a taxa de fecundidade, assim como a Bélgica, por exemplo, foram necessários cem anos para que a população idosa dobrasse de tamanho. No Brasil, o número de idosos ( $\geq 60$  anos de idade) cresce em ritmo acelerado, passou de 3 milhões em 1960 para 14 milhões em 2002 (um aumento de 500% em quarenta anos) (Mendes et al., 2005; Wong & Carvalho, 2006).

A expectativa de vida no início do século XIX para os brasileiros era de 33,7 anos. Com aumento desta no decorrer dos anos, em 1950 atingiu-se 43,2 anos, em 1960 55,9 anos. Já nos anos 80, girava em torno de 60 anos e ultrapassou os 70 anos em 2000. A população idosa dobrou na segunda metade do século XX – passando de 2,4% em 1990 para 5,8% em 2001 – com projeções para 15% em 2020. Atualmente segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE] (2010) espera-se que um brasileiro viva 74 anos. Na análise por distritos no estado do Pará a expectativa é 72,8 anos, e Belém é a 11<sup>a</sup> capital com maior número de idosos que representam 8% da população (IBGE, 2010, 2012; Ramos et al., 1987).

## **O Envelhecimento: aspectos individuais**

É consenso nos estudos especializados que o processo de envelhecimento humano constitui-se de um conjunto de alterações morfofuncionais que levam o indivíduo a uma contínua e irreversível desestruturação orgânica, a qual impõe mudanças consideradas naturais, gradativas e gerais, isto é, podem ocorrer em idade mais precoce ou mais avançada e em maior ou menor grau. Conforme as características genéticas de cada um ocorrem alterações e desgastes em vários sistemas funcionais. Assim, envelhecer envolve fatores hereditários, a ação do meio ambiente, a própria idade, a dieta, o tipo de ocupação e o estilo de vida, entre outros fatores que estão condicionados ao contexto social que também afetam a vida e o indivíduo (Avlund, Lund, Holstein & Due, 2004; Camarano & Jung, 1999; Maciel & Guerra, 2007; Stuart-Hamilton, 2002; Zimmerman, 2000).

Há uma grande heterogeneidade quanto ao ritmo de declínio das funções orgânicas entre os idosos, que varia de um organismo para outro, mesmo comparando dois indivíduos com a mesma idade. Isso provém tanto dos fatores extrínsecos, citados anteriormente, quanto da ampla faixa etária, de 60 até mais de 100 anos, por exemplo. Por questões didáticas separa-se o envelhecimento normativo, isto é, o processo natural de desenvolvimento nas fases avançadas da vida, em dois tipos: o *primário* considerado universal, presente em todas as pessoas, geneticamente determinado, e o *secundário* resultante das influências externas e variáveis entre os indivíduos. E assim, nestas proposições, toma base dois conceitos importantes na gerontologia, ciência que estuda o envelhecimento: a *senescência* ou *senectude* que corresponde às alterações próprias do envelhecimento no organismo, na funcionalidade e condições psicológicas, que preserva as funções cognitivas, pessoais e de relação do indivíduo; e a *senilidade* que é caracterizada por mudanças determinadas por patologias que acometem os idosos (Freitas & Py, 2011).

Os estudos com sujeitos idosos apontam que em idades mais avançadas as limitações visuais, auditivas, motoras e intelectuais, bem como o surgimento de doenças crônico-degenerativas e suas consequências intensificam-se em virtude de mudanças no perfil de saúde da população brasileira, ocasionando a maior chance de dependência funcional nas atividades cotidianas. O resultado desses fatores é a diminuição da condição de saúde do idoso, que acaba procurando com mais frequência os serviços de saúde pública, principalmente aqueles vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS) (Camarano & Jung, 1999; Naranjo, Estrada, Ferra Jiménez & Rivero, 2001; Ramos, Rosa, Oliveira, Medin & Santos, 1993).

A literatura tem demonstrado associação entre o aumento da idade e a maior chance de dependência funcional, e também a alta prevalência de incapacidade funcional ou capacidade funcional limitada na população idosa. Essas pesquisas propõem que os anos a mais adquiridos devem ser acompanhados de qualidade de vida e desobrigados de um alto custo de dependência, tornando-se importantes os estudos que surgiram no campo da epidemiologia que avaliam a capacidade funcional, para definir instrumentalizar e operacionalizar a saúde no idoso (Ramos et al., 1993; Raso, 2002; Murabito et al., 2008; Nogueira et al, 2010).

### **Capacidade Funcional do Idoso**

O conceito de *capacidade funcional* é bastante complexo abrangendo outros conceitos como os de deficiência, incapacidade, desvantagem, bem como os de autonomia e independência, estas definições variam, mas não são conflitantes. Na prática, trabalha-se com o conceito de capacidade/incapacidade, o qual pode ser definido como o potencial que os idosos apresentam para decidir e atuar em suas vidas de forma independente e

autônoma no seu cotidiano. A OMS em sua Classificação Internacional de Funções, Incapacidade e Saúde (CIF, 2001) descreve a incapacidade e as funções de uma pessoa como a interação dinâmica entre condições de saúde (doenças, lesões, traumas etc.) e fatores contextuais, incluindo características pessoais e ambientais. Sendo, a dependência uma expressão da dificuldade ou incapacidade em realizar uma atividade específica por causa de um problema de saúde (Freitas & Py, 2011; Hébert, 2003, Ramos, 2011;).

As informações geradas pela avaliação da capacidade funcional possibilitam conhecer o perfil dos idosos usando-se ferramentas simples e úteis, que indicam um dos importantes marcadores de um envelhecimento saudável e da qualidade de vida dos idosos, relevante na gerontologia, visto que, pode auxiliar na definição de estratégias de promoção de saúde para os idosos, visando retardar ou prevenir incapacidades. De acordo com a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) aprovada pelo Ministério de Estado da Saúde através da Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006, a condição de saúde do idoso se traduz mais pela sua condição de autonomia (capacidade de decisão) e independência (capacidade de execução) que pela presença ou ausência de doença orgânica. (Alves, Leite & Machado, 2008; Brasil, 2006; Freitas & Py, 2011; Matsudo, 2000; Ramos, 2011; Xavier et al., 2000).

Assim, a nova visão de avaliação da funcionalidade busca a valorização de uma vida autônoma, mesmo sendo portador de uma ou mais enfermidades. Deste modo, ultrapassa os limites do enfoque do simples diagnóstico e do tratamento de doenças específicas, englobando fatores sociais, físicos e cognitivos que afetam a saúde dos idosos. Assim, determina não só o comprometimento funcional, mas a necessidade de auxílio (Brasil, 2006; Ramos, 2011).

Essa maneira de conduzir a avaliação geriátrica pode contribuir para o aumento da precisão diagnóstica, com potenciais efeitos na diminuição das internações hospitalares, no

uso de medicamentos e, por fim, na redução dos gastos em saúde, considerando-se assim, o mais importante instrumento de planejamento das ações de saúde para esta população (Kawamoto, Yochida & Oka, 2004; Maciel & Guerra, 2007).

A compreensão do status funcional ou capacidade funcional, em geriatria e gerontologia deve pautar-se na revisão da maior parte das habilidades funcionais, divididas pela literatura e na prática clínica em duas categorias, a saber: as *Atividades Básicas de Vida Diária* (ABVD), que são relacionadas às ações básicas do cotidiano de autocuidado como alimentar-se, tomar banho ou ir ao banheiro, vestir-se, usar o sanitário, deitar e levantar e as *Atividades Instrumentais de Vida Diária* (AIVD), relacionadas às atividades que permitem adaptação das pessoas ao ambiente e manutenção das relações com a comunidade e seu entorno, funções de maior complexidade que envolvam habilidades mais seletivas, controladas e harmônicas, como usar o transporte, manejar as finanças, fazer compras, lavar, cozinhar, tomar remédio, preparar refeições e etc., que são relacionadas a participação dos idosos em seu entorno social. No tocante, quanto maior o número de dificuldades que uma pessoa tem com as ABVD, mais severa é a sua incapacidade (Alves et al, 2008; Perracini, Fló & Guerra, 2011; Shiguemoto, 2007).

A perda da capacidade funcional está associada ao desenvolvimento e ocorrência de fragilidade, dependência, institucionalização, risco aumentado de quedas, morte e problemas de mobilidade, trazendo complicações ao longo do tempo, que geram cuidados de longa permanência e alto custo. Frente à crescente demanda e a preocupação com a população idosa surgiu a PNSPI nº 2.528, de 19 de outubro de 2006, que discute a redução da capacidade funcional como o principal problema que pode afetar o senil, como consequência da evolução de suas enfermidades e de seu estilo de vida. Assim nesta foram traçadas diretrizes para a promoção, conservação e recuperação da capacidade funcional comprometida (Brasil, 2006; Camarano, 2004; Lee, 2000).

Alves, Leite e Machado (2008) realizaram uma revisão sobre os conceitos de incapacidade e capacidade funcional. No que se refere à classificação relatam que pode ser avaliada por meio do grau de dificuldade (*nenhuma dificuldade, pouca dificuldade, muita dificuldade, incapaz de fazer*) ou da dependência (*necessidade de ajuda de outra pessoa ou impossibilidade de realizar uma tarefa*). Em 2010, Alves, Leite e Machado realizaram um estudo transversal a partir dos dados da Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios [PNAD] de 2003 do IBGE e do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada [Ipea] e identificaram as representações de capacidade funcional e saúde dos idosos no Brasil como três perfis: “*idosos saudáveis*”, “*idosos com incapacidade funcional leve*” e “*idosos com incapacidade funcional pura*”. De acordo com os resultados, a autopercepção de saúde é o fator mais fortemente relacionado com a incapacidade funcional dos idosos no Brasil, seguida das doenças crônicas. Demais fatores como sexo, ocupação, escolaridade e renda também são fortemente associados. Assim, notou-se que a abordagem da capacidade funcional se torna essencial para a promoção da saúde, e destacam a necessidade de pesquisas específicas que caracterizem a população idosa sob a perspectiva de saúde, em nível nacional e regional.

A PNAD tem como finalidade a produção de informações básicas para o estudo do desenvolvimento socioeconômico do País, com realização anual para características gerais da população e outras, como o tema saúde, com periodicidade variável. Os dados mais atuais relacionados à saúde demonstram na PNAD (2008) que a região norte registrou o maior percentual de pessoas que tiveram restrições em suas atividades usuais por condições de saúde (9,3%), seguida pela Sul (8,7%) e Nordeste (8,6%). Essa proporção foi maior relacionando-se à idade atingindo 15,2% para a faixa de 60 anos ou mais de idade. Na análise por ABDV para a população total do país de 60 anos ou mais de idade, a

proporção dos que tinham alguma dificuldade na realização destas atividades foi 15,2% e na análise de AIVD a restrição deste grupo chegou a 46,9%.

De acordo com os Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil do IBGE (2009) Belém ocupa 8º lugar na análise de incapacidades funcionais no país para a população de 80 anos ou mais, estando atrás apenas das capitais do nordeste que apresentam sempre as taxas mais elevadas (Alves et al., 2008, 2010; IBGE, 2008, 2009).

O expressivo e rápido envelhecimento da população acompanhado de mudanças no perfil social, de saúde, e de aspectos psicológicos, requer estratégias e estruturas na atenção e no cuidado aos idosos, modificações estas na organização social, desde a família, estendendo-se para uma nova disposição das cidades e novos modelos de sistemas de saúde e previdência social. Para que sejam garantidos direitos às pessoas idosas, torna-se necessário o conhecimento de causas e consequências do envelhecimento, assim como, conquistas registradas em lei, que efetivamente só transformarão a realidade se houver participação ativa de todos os segmentos da sociedade (Caldas, 2003; Camarano & Jung, 1999; Chaimowicz, 1997; Gorzoni & Jacob Filho, 2008; Ramos et al., 1993).

Sabendo-se que o declínio da capacidade funcional aumenta com a idade, a literatura e políticas públicas nacionais enfatizam que todos os esforços devem ser realizados com objetivo de prevenir a dependência física e de retardá-la o máximo possível, para que o idoso possa viver por mais tempo no seu ambiente familiar (Camarano, 2004; Freitas & Ly, 2011; Paschoal, 1999).

### **Envelhecimento: Repercussões sociais**

De acordo com Herédia, Corlelleti e Casara (2004) a velhice deve ser refletida de forma coletiva para que possam ser planejadas ações que visem atender as necessidades

sociais, que também são individuais. A legislação é um dos meios para garantia de direitos individuais e coletivos de uma população, políticas públicas e investimento social, que podem proporcionar condições para promoção da saúde e bem-estar físico e psicológico, tanto para os idosos, como para as pessoas que com eles convivem (Porto & Koller, 2008).

Desde o processo de elaboração da Constituição de 1988 tem sido possibilitada a participação efetiva da sociedade, o que culminou na garantia da elaboração de leis para atender expectativas demandadas pelos mais diversos segmentos sociais. Sendo, o direito do idoso fundamentado no Artigo 230, em que a família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida. Nesse contexto, foi também elaborada a Lei nº 8.842/94, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso [PNI] (regulamentada pelo Decreto nº 1.948/96), a qual reconhece o idoso como *sujeito* portador de direitos, define princípios e diretrizes que asseguram os direitos sociais e as condições para promover sua autonomia, integração e participação dentro da sociedade. O Estatuto do Idoso aprovado em 2003 (Lei nº 10.741 de 1º de Outubro de 2003, publicada no Diário Oficial da União de 03.10.2003) traz um novo e compreensivo olhar em relação aos idosos, além de ratificar os direitos demarcados pela PNI, acrescenta novos dispositivos e cria mecanismos para restringir a discriminação contra os sujeitos idosos (Freitas & Py, 2011; Paschoal, 1999; Whitaker, 2010).

Para assegurar ao idoso seus direitos fundamentais, se observou ao longo do século XX uma progressiva transferência de atividade, de acordo com a tradição, desenvolvida no espaço privado das famílias para o espaço público ou estatal. Apesar dos cuidados não familiares não constituírem uma prática generalizada nas sociedades latinas, a busca por esse tipo de cuidado está aumentando em todo o mundo, como resultado das transformações sociais e da estrutura familiar moderna. Uma demanda emergente de



cuidados são as *Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI)*, popularmente denominadas “asilos”, terminologia substituída em virtude das inúmeras conotações negativas associadas, tais como abandono, pobreza e violência ao idoso. Nos termos das leis de acordo com o artigo 3º da PNI e da RDC/Anvisa nº 283 entende-se por ILPI estabelecimentos governamentais ou não, de caráter residencial, em regime de internato, ao idoso prioritariamente sem vínculo familiar ou sem condições de prover a própria subsistência de modo a satisfazer as suas necessidades de moradia, alimentação, saúde e convivência social, em condições de liberdade, dignidade e cidadania. A PNI assinala a família como a responsável pelo cuidado do idoso, tendo as instituições a obrigação somente na ausência da mesma, garantir os direitos sociais, provendo e dando condições para a promoção de sua autonomia, assegurando-lhe, desta forma, o direito de exercer a cidadania ocupando o espaço que lhe é devido na família e na sociedade (Freitas & Py, 2011; Pires, 2008).

### **Acolhimento Institucional de idosos: contexto e desenvolvimento humano**

Os asilos surgiram historicamente para atender pessoas em situação de pobreza, com problemas de saúde e sem suporte social, há registros de que o primeiro asilo tenha sido fundado pelo Papa Pelágio II (520-590), ao transformar sua casa em um hospital para idosos. No Brasil a primeira instituição foi fundada em 1890, no Rio de Janeiro, e ao ingressar nesta, rompiam-se os laços com a família e sociedade. Quando não existiam essas instituições, os idosos eram abrigados junto com outros pobres, doentes mentais, crianças abandonadas e desempregados. Com o aumento da longevidade e das internações, em 1964 passou-se a definir como Instituições Gerontológicas (Born & Boechat, 2011; Pollo & Assis, 2008).

As instituições asilares normalmente são locais com espaço e áreas físicas semelhantes a grandes alojamentos. São poucas as que mantêm pessoal especializado para assistência social e à saúde, ou que possuam uma proposta de trabalho voltada para manter o idoso independente e autônomo. O modelo asilar brasileiro ainda tem semelhança com as antigas *Instituições totais*, ultrapassado, em que indivíduos em situação semelhante vivem em conjunto, levam uma vida fechada e formalmente administrada, pois, na maioria das vezes, é como se estivessem em reformatórios ou internatos, com regras de entrada e saída, poucas possibilidades de vida social, afetiva e sexual ativa. Com resultado sempre danoso para a preservação da individualidade e da autodeterminação dos indivíduos acolhidos, tais privações, aliadas a um longo tempo de acolhimento podem ser facilitadoras de alterações na autonomia e independência destes. (Pires, 2008; Pollo & Assis, 2008; Tomasini & Alves, 2007).

Tem-se predomínio de instituições filantrópicas e ainda o surgimento constante de instituições clandestinas. Muitas vezes o que se encontra são “depósitos de pessoas”, que, fundamentados na teoria de amor ao próximo e amparo aos desabrigados, consideram que a entrada institucional, juntamente com os cuidados a eles prestados, são suficientes às pessoas que estejam em seus últimos dias de vida, que se alicerçam na filosofia do fazer para os idosos, não com os idosos, e julga-se ser caridade e não um direito (Davim, Torres, Dantas & Lima, 2004; Dias, Pedroso & Magalhães, 2012; Pires 2008; Pollo & Assis, 2008; Tomasini & Alves, 2007).

Assim, frente a toda essa problemática, busca-se hoje a mudança dessa visão e o estabelecimento de uma imagem positiva do acolhimento, na qual não deve ser configurado apenas como uma instituição que acolhe idosos rejeitados ou abandonados pela família, mas que também deve ser lembrada, compreendida e respeitada como uma escolha dentro de um contexto de vida de cada indivíduo. Assim, estas devem permitir e

até estimular que o idoso exerça os seus direitos e obrigações enquanto cidadão, e garantir os direitos humanos nos aspectos sociais, culturais, lazer, afetivo-emocionais e necessidades individuais (Davim et al., 2004; Pires, 2008).

A organização e o funcionamento das ILPI são regidos pela RDC/ANVISA nº 283, de 26 de setembro de 2005, de modo a prevenir e reduzir os riscos a saúde aos acolhidos em instituições, definir os critérios mínimos de monitorização da avaliação e qualificação da prestação de serviços públicos e privados destas. Esta resolução estabelece três modalidades de cuidados baseando-se no nível de dependência do indivíduo, para a realização das ABVD, a saber: *Modalidade I (ou grau de dependência I)*, destinada a pessoas com dependência funcional em qualquer atividade de autocuidado, com até uma ABVD comprometida, tendo o quadro de 1 cuidador, isto é, uma pessoa capacitada para auxiliar os indivíduos idosos com limitações para as ABVD, a cada 20 idosos; *Modalidade II (ou grau de dependência II)* designada para pessoas com dependência funcional em até 3 ABVD comprometidas, tendo que ter um cuidador por turno para cada 10 idosos; e *Modalidade III (ou grau de dependência III)* para pessoa totalmente dependente ou àquelas com quatro a cinco ABVD comprometidas e demência, nesta solicita-se um cuidador por turno para cada 6 idosos (Brasil, 2005; Pires, 2008).

Segundo Pavarini (1996), que analisou sistematicamente os cuidados prestados aos idosos institucionalizados através de observação da interação funcionário-idoso e de entrevistas com os funcionários nas IPLI, a dependência física é muitas vezes estimulada, pois estes preferem ajudar os idosos nas suas atividades, quando já apresentam dificuldade ou lentidão para executar tarefas simples, embora não sejam incapazes para fazê-las. Porém, isto acarreta uma diminuição de estímulos favoráveis à manutenção da capacidade funcional, e do processo de envelhecimento, que é sequência do desenvolvimento humano.

Neste contexto, Tomasini & Alves (2007) realizaram um estudo em que discutem as reais possibilidades de “envelhecimento bem-sucedido” (envelhecimento de forma mais satisfatória e digna) em contextos privativos, como as ILPI e, relatam uma tendência atual na gerontologia para o desenvolvimento de estratégias individuais para o envelhecimento bem-sucedido para pessoas que experimentam privações significativas na idade avançada, e que embora a realidade das ILPI no Brasil esteja distante de contemplar os preceitos do envelhecimento bem-sucedido, deve ser priorizada como pesquisa, a fim de estimular mudanças.

A literatura aponta como possibilidade o Modelo da Otimização Seletiva com compensação de Baltes e Baltes (1990) para esse fim. Neste propõe-se a teoria de seleção, otimização e compensação (teoria SOC), cujos ganhos e as perdas evolutivas são resultantes da interação entre os recursos da pessoa com os recursos do ambiente, em um regime de interdependência, em que define “sucesso” como o encontro de objetivos e “envelhecimento bem-sucedido” como a minimização de perdas com a maximização de ganhos, referindo que a compensação pode envolver comportamentos existentes, a aquisição de novas habilidades ou a construção de novos significados que ainda não estão no repertório de um indivíduo. (Almeida, Stobäus & Resende, 2013; Neri, 2006)

A institucionalização implica um processo de adaptação a um novo ambiente, no qual existem regras e normas a serem cumpridas, além da limitação física implícita. A compreensão deste processo pode ser facilitada pela adoção de modelos que envolvam a análise do indivíduo no contexto, pois cada ser humano experimenta a velhice de forma diferenciada, dependendo de seu processo de construção pessoal e social ao longo da vida e das políticas públicas disponíveis para seu atendimento (Porto & Koller, 2008; Tomasini & Alves, 2007).

A análise do desenvolvimento do idoso no contexto de ILPI pode ser propiciada pela psicologia do desenvolvimento, que ao longo da evolução e das exigências sociais, foi acometida por novas considerações mais amplas e completas. A Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano (TBDH) de Bronfenbrenner, (1996,2005) favorece o entendimento do ser humano em interação com o ambiente familiar e comunitário, tornando possível a investigação sobre a velhice que, indiscutivelmente, apresenta modificações na adaptação do indivíduo ao seu meio, uma vez que o envelhecimento é um processo biopsicossocial, que se estende ao longo do ciclo de vida humano, por meio das sucessivas gerações e ao longo do tempo histórico, tanto passado quanto presente. Abrange-se a pessoa com seu repertório individual de características biológicas, cognitivas, emocionais e comportamentais, uma vez que, promove-se uma visão dinâmica na relação contexto-pessoa ao processo de desenvolvimento humano (Bronfenbrenner, 1996,2011; Koller, 2005; Machado, 2010; Porto & Koller, 2008).

A TBDH enfatiza a importância das relações entre os sistemas e o indivíduo de formas ecologicamente contextualizadas, isto é, em quatro núcleos inter-relacionados: *processo*, formas particulares de interação do organismo com o ambiente, como por exemplo, as relações com o meio e com o cuidador; *pessoa*, que envolve características geneticamente determinadas e estabelecidas na interação com o ambiente, nesse caso referentes ao idoso; *contexto* no qual o ser humano está inserido e vivendo em constante interação, composto de vários níveis estruturais entrelaçados e suas ocorrências no *tempo* são as dimensões consideradas. (Bronfenbrenner, 1996, 2011; Koller, 2005)

Sendo relevante para o processo de desenvolvimento humano não somente o ambiente que circunda, mas todos os outros contextos que não estão próximos, mas influenciam decisivamente na sua formação, pois o sujeito é encarado como ser dinâmico que age e interage, transforma a si mesmo e o mundo numa constante interação

sujeito/mundo. A TBDH classifica o contexto em quatro níveis ambientais: *macrossistema*, *mesossistema*, *exossistema* e *microssistema*, descritos a seguir interagendo entre si, promovendo proteção ou expondo a risco (Bronfenbrenner, 1996, 2011; Koller, 2005; Porto & Koller, 2008).

A mudança de papel do idoso e as expectativas e comportamentos associados impõem-lhe, frequentemente, uma posição marginalizada socialmente. Toda influência no *macrossistema*, isto é nos padrões gerais existentes na cultura ou nas subculturas, afetam o complexo de estruturas e atividades que ocorrem nos níveis de participação mais próximos e concretos, ou seja, pode refletir-se no *microssistema*, o local onde os indivíduos podem estabelecer interações face a face, como o familiar e o ambiente da instituição e vice-versa. O *mesossistema* é um sistema de microssistemas, ou seja, um conjunto de relações de dois ou mais contextos que o indivíduo participa ativamente, como a família e a ILPI, e o *exossistema* constitui-se de contextos que podem afetar o indivíduo sem que haja sua participação direta, é uma extensão do mesossistema em que a pessoa em desenvolvimento é influenciada pelo que aí se passa, como por exemplo, as decisões da direção das instituições (Porto & Koller, 2008).

Para investigar a capacidade funcional, a abrangência desses diversos níveis (contextos) é importante, pois a independência funcional representa como o indivíduo se desenvolve ao longo do tempo de uma representação (memória, percepção, identificação) consistente do espaço físico e da liberdade progressiva de ação no espaço cotidiano da vida (Stefanello, 2001).

No âmbito do macrossistema, a capacidade funcional pode ser assinalada de forma negativa pela arquitetura urbana inadequada que dificulta o acesso, pelas crenças e estereótipos sociais macrossistêmicos relacionados à velhice, de algumas culturas, que influenciam o comportamento de familiares e pessoas em geral, prejudicando a

manutenção e estímulo da autonomia e independência. Por outro lado, de forma positiva nesse âmbito, os decretos e leis a favor da saúde e respeito aos idosos, como a Política Nacional de Saúde, atuam com medidas preventivas de cuidado, e a adoção de rede de suporte propiciam a qualidade de vida destes. (Porto & Koller, 2008).

Em nível de mesossistema, podem ser consideradas condutas inadequadas as que favorecem a dependência dos idosos na comunidade, como exemplos cotidianos presenciados a dificuldade de acesso em ônibus, bem como a implementação de políticas sociais inadequadas que excluem a independência do idoso, e como medidas de proteção a implantação de grupos voltados à atividade física e atividades lúdicas. Como microsistema, consideram-se as ILPI, o entorno ecológico dos idosos institucionalizados, o qual é o principal cenário das atividades individuais, da formação de díades, do exercício de papéis sociais, e a construção de interações. (Koller, 2005; Porto & Koller, 2008).

Sendo relevante dar importância também ao fenômeno da *transição ecológica*, isto é, a passagem da pessoa em desenvolvimento de um contexto ecológico para outro contexto novo e diferente, existente no processo de institucionalização do indivíduo idoso. Embora todos os esforços sejam realizados para que o mesmo possa viver por mais tempo no seu ambiente familiar, devido a fatores econômicos ou afetivos, estes idosos por não terem onde ou com quem morar passam por essa transferência de sua casa para a instituição, que tem sido descrita como tendo um potencial para produzir danos tais como: depressão, confusão, perda do contato da realidade, despersonalização e um senso de isolamento e separação da sociedade, que contribuem para alterações em sua saúde funcional (Bronfenbrenner, 2011; Machado, 2010; Machado & Queiroz, 2006, Neto, 2001; Paschoal, 1999; Porto & Koller)

Perante o cenário de crescimento da população idosa, das mudanças sociais, biológicas e psicológicas advindas com esta fase do desenvolvimento humano, torna-se

imprescindível avaliar a capacidade funcional, no contexto amazônico, uma vez que este tema tem sido pouco explorado nesta região, embora se caminhe também para a expansão da população de idosos, sendo Belém a 11ª Capital com maior número de idosos com 8% da população do Pará (7.443.904 habitantes) (IBGE, 2012).

A partir dos resultados de Araújo et al.(2008) que avaliaram a capacidade funcional em dois períodos com intervalo de seis meses mostrou-se que sujeitos em ILPI haviam apresentado progressivo declínio funcional e cognitivo. Assim, o conhecimento sobre a capacidade funcional é essencial para subsidiar o planejamento, execução e avaliação das ações para prevenção, manutenção e recuperação desta nos idosos em situação de acolhimento institucional em Belém do Pará, dada a íntima relação de funcionalidade com a qualidade de vida na velhice.



## **OBJETIVOS**

### **Objetivo Geral**

Traçar o perfil sociodemográfico e a capacidade funcional de idosos em situação de acolhimento institucional em Belém Pará, comparando-se algumas variáveis.

### **Objetivos Específicos**

- Caracterizar o perfil sociodemográfico dos idosos residentes nas Instituições Públicas de Longa Permanência para Idosos (ILPI), pelas variáveis: sexo, idade, estado civil, naturalidade, escolaridade, rendimentos, antecedentes, patologias, tempo e motivo de acolhimento;
- Verificar o estado funcional físico e cognitivo;
- Testar a existência de diferenças entre funcionalidade e as variáveis: sexo, tempo de acolhimento e patologias.

## MÉTODO

### Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo descritivo, com comparação entre subgrupos, transversal e com abordagem quantitativa.

### Participantes

A pesquisa envolveu como população de referência a totalidade de idosos residentes no período de Novembro de 2012 a Maio de 2013, nas duas ILPI públicas e geridas pela Secretaria de Estado de Assistência Social (SEAS) da cidade de Belém – PA. Através do levantamento de informações junto a SEAS verificou-se a existência de duas Unidades de Acolhimento à Pessoa Idosa (UAPI) em efetivo funcionamento, a saber, UAPI “L. P.” e UAPI “S. G.”, denominadas nesta pesquisa como UAPI 1 e 2 respectivamente. Ambas as Unidades abrigam 113 residentes, e possuem o perfil de amparar a população idosa em situação de vulnerabilidade social, da capital e municípios da região metropolitana.

Inicialmente foram incluídos todos os indivíduos das UAPI 1 e 2 com idade igual ou acima de 60 anos, de ambos os sexos, em qualquer condição de saúde para a identificação dos dados gerais (sexo, idade, estado civil, cor e composição familiar). E posteriormente excluídos, os residentes com severo déficit cognitivo com os quais não se pode estabelecer comunicação verbal ou não verbal para aplicação do instrumento de avaliação cognitiva.

Em casos específicos, fizeram parte também os cuidadores da instituição, responsáveis por idosos com déficit cognitivo de leve a moderado, como informantes de dados secundários.

Para definição da população final do estudo, foram consideradas as perdas resultantes daqueles que se opuseram a participar do estudo e de óbitos no período vigente da pesquisa. Contando com a amostra final de 94 participantes, sendo 73 idosos e 12 cuidadores, conforme o diagrama abaixo (Figura 1)

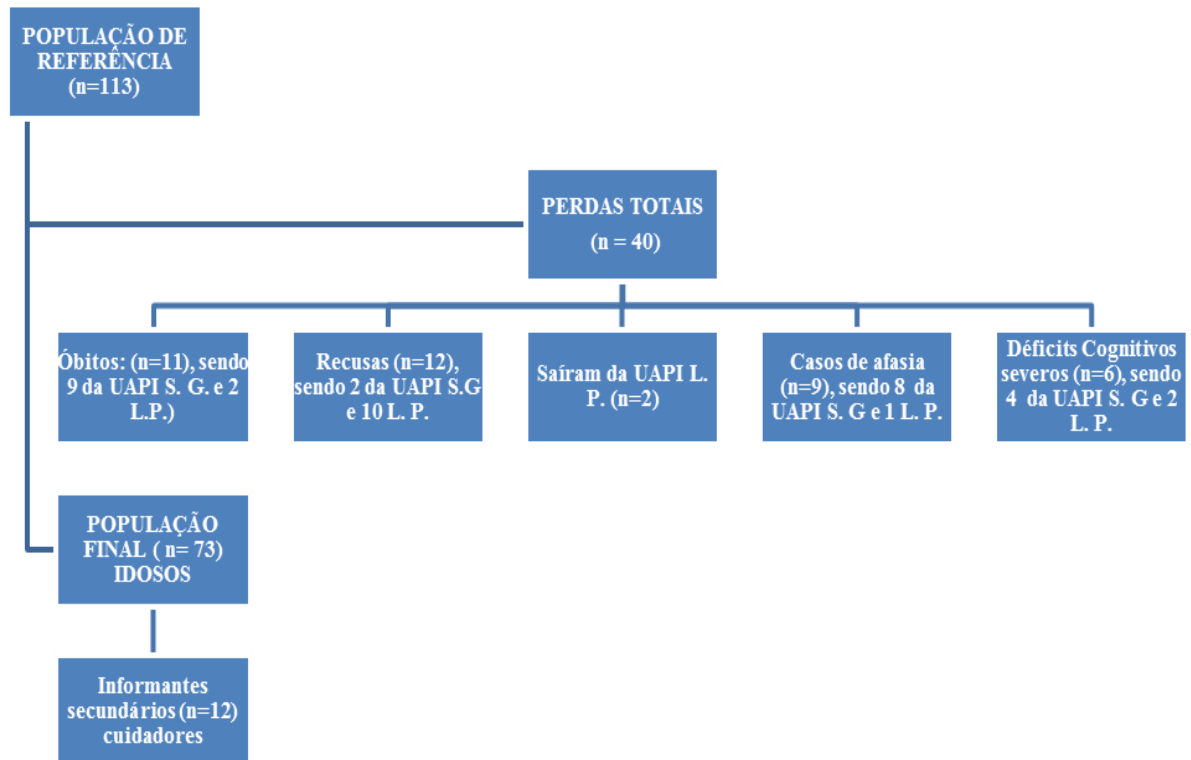


Figura 1. Diagrama esquemático da construção da população final do estudo.  
Nota: Elaborado pela autora, 2013.

## Contexto /Ambiente

**Breve histórico das Unidades de Acolhimento a Pessoa idosa geridas pelo Estado.** A instituição 1 foi criada na década de 80 com perfil de pensionato destinado a acolher, via pagamento, idosos em busca de local para residir com segurança e companhia de pessoas de mesma idade. Neste caso, os usuários eram independentes, possuíam família e poder aquisitivo capaz de garantir sua sobrevivência de forma satisfatória, e ainda gerar recursos para que ajudassem outra Unidade, aqui designada como “D. M” que acolhia idosos carentes.



*Figura 2.* Fundação da UAPI “L. P (1)”.  
Nota: Arquivos UAPI “L. P.”, 1980

Na década de 90, o Estado criou a Secretaria Executiva de Trabalho e Promoção Social que passou a gerenciar os serviços de proteção social direcionado à criança, ao adolescente e ao idoso, visando promover um espaço à cidadania, além de ações destinadas à geração de renda e trabalho. Com esta mudança, a gestão da UAPI 1 alterou o enfoque de atendimento para idosos em situação de vulnerabilidade social e pessoal.

Em 2002, o abrigo “D. M”, atravessou dificuldade de atendimento devido à estrutura física, sendo necessária a realização de sua reforma. Assim, foram transferidos seus idosos para a UAPI 1 e fundou-se a UAPI 2 em 2004, sendo sua clientela constituída pelos idosos remanescentes do abrigo “D. M.”, destinando-se a dar amparo e acolher idosos desabrigados, de ambos os sexos, sem vínculo familiar e em situação de risco pessoal, portadores de dependência parcial ou total.

A partir da desativação do abrigo “D. M.”, consolidou-se o novo perfil da UAPI 1, pois o abrigo “D. M.” atendia idosos dependentes e com baixa ou nenhuma renda, tendo seus atendimentos de saúde, alimentação e vestuários providos pelo estado. Diante desta realidade passou-se a trabalhar com dois tipos de atendimento os pensionistas e os tutelados. Sendo que os sete pensionistas ainda presentes na UAPI 1 moram sozinhos e administram seus recursos e aqueles que possuem família mantêm seu vínculo familiar. Os tutelados dividem seu quarto com outro idoso e 70% de sua renda é administrado pela unidade, salvo alguns idosos independentes que administram seu próprio dinheiro. Em 2004 mais idosos com o mesmo perfil do abrigo “D. M”, foram recebidos após o fechamento de uma UAPI, aumentando o número de idosos tutelados. De modo que permanecem ativas somente as duas UAPI pesquisadas neste estudo.

**Ambiente Físico e Social.** A instituição 1 é estruturada em área residencial, em imóvel próprio, com placa na fachada identificando como uma UAPI (Figura 3).



*Figura 3.* Entrada social da UAPI 1.  
Nota: Pesquisa de campo, 2013.

A entrada social e a área externa contêm uma guarita para os vigilantes no controle de entrada e saída, um estacionamento para funcionários e visitantes, que também é utilizado para realização de caminhada com os idosos e para alguns exercícios terapêuticos coordenados pelos dois fisioterapeutas da unidade. Uma tenda coberta para lazer, onde são desenvolvidas reuniões com os idosos e profissionais do setor pedagógico e serviço social, para o planejamento de passeios e atividades externas a unidade. Na tenda também ocorrem atividades semanais de leitura de jornal, coordenadas pelo setor pedagógico para que os residentes possam manter-se sempre atualizados, são discutidas as principais reportagens do dia. Atrás desta, ao final da área externa, há uma plantação de hortaliças em que são desenvolvidas atividades de jardinagem para alguns idosos independentes que em seu histórico social e ocupacional realizavam atividades relacionadas ao cultivo (Figuras 4. A, B, C e D).



*Figura 4.* Áreas externas: A – Estacionamento; B e C- Tenda de lazer e horta; D – Tenda e área de lazer descoberta.

Nota: Pesquisa de campo, 2013

Os ambientes internos são divididos por alas, em que na primeira se encontram as salas de serviços de Fisioterapia e Nutrição, a Secretaria, a Assistência Social, Psicologia e a Terapia Ocupacional (Figura 5). Na primeira sala encontram-se os serviços de Fisioterapia e Nutrição onde são realizados atendimentos individuais agendados por horário. Nos casos em que idosos estão impossibilitados de se locomover ao setor, estes são acompanhados pelos profissionais nos quartos. Seguindo, se tem a secretaria e a administração (direção), locais que os idosos têm à disposição para tirar dúvidas e conversar sobre situações pertinentes a ser resolvidas; Logo após, há a sala de serviço social onde ficam guardados os prontuários e também são acolhidos os idosos com queixas e problemas na unidade para que possam ser solucionados, além deste setor ser o responsável pelo contato com familiares e responsáveis pelos idosos, pela notificação de

visitas, organização das atividades externas como passeios a instituições públicas e privadas, e de consultas bem como a escolha de quais cuidadores que serão os acompanhantes, nesta mesma sala a psicologia realiza uma ação conjunta ao serviço social na solução de problemas interpessoais ou de adaptação, porém a maior ênfase é na atuação e escuta no quarto do idoso. A última sala desta ala é a do serviço de Terapia Ocupacional nesta ocorrem atendimentos individuais, e oficinas em grupo como o de pintura em tecidos, montagem e confecção de enfeites e adereços para as próprias festas de carnaval, juninas, grupo de memória.



*Figura 5.* Ala de salas de serviços da UAPI 1  
*Nota:* Pesquisa de campo, 2013.

Adentrando a unidade, tem-se na área social uma sala de estar e de leitura com televisão, sofá para os idosos e banheiro masculino e feminino, onde os residentes aproveitam para também interagir uns com os outros. Um refeitório em que são servidas seis refeições diárias, obedecendo a uma rotina de horários e a prescrição individual da Nutricionista, além de também ocorrem os festejos de datas comemorativas, como o Dias das Mães, Festa junina, Carnaval; reuniões do serviço social tanto com idosos como com os cuidadores, cinema para os idosos e algumas oficinas de artesanato em grupo gerenciadas pelo Terapeuta Ocupacional da unidade. É o ambiente de maior socialização



da UAPI onde se vê a relação das díades de idosos, principalmente durante a espera das refeições (Figura 6 A e B).



*Figura 6.* Área social: A e B – Sala de estar e banheiros.  
*Nota:* Pesquisa de campo, 2013

Há ainda uma copa para o preparo da alimentação e uma capela para as práticas religiosas, que são desenvolvidas por grupo de religiosos que visitam a unidade e promovem, cultos, missas e celebrações em geral com periodicidade semanal (Figura 7 A, B).



*Figura 7* Área social: A – Refeitório e B - Capela  
*Nota:* Pesquisa de campo, 2013

Ao lado do refeitório, tem-se em seguida os corredores para as alas dos quartos distribuídos em 4 (Figura 8 A e B). Todos os quartos têm camas e armários, dispõem de banheiro adaptado para os idosos, sendo que, os idosos tutelados são distribuídos em dois

por quarto, e os pensionistas que são sete idosos ficam em quartos individuais (Figura 9). Todos os profissionais passam no leito do idoso se este estiver acamado ou limitado em suas funções, o serviço social faz visitas constantes aos quartos para acompanhar o grau de satisfação dos idosos. Adicionalmente, são realizados tratamentos específicos e individualmente nos idosos que necessitam de alguma forma do atendimento multiprofissional. Há uma sala de enfermagem adjacente aos quartos objetivando a assistência em regime de plantão, ficando os idosos mais debilitados sempre em quartos mais próximo desta sala para que sejam realizados os cuidados adequados.



*Figura 8. Área social: A - Corredor de divisão de alas ao lado refeitório e B- Divisão de alas para os quartos.*

*Nota: Pesquisa de campo, 2013*



*Figura 9. Quarto de idosos, armários e banheiro e camas.*

*Nota: Pesquisa de campo, 2013*

A estrutura da UAPI 2 assemelha-se a organização de um hospital, após a entrada social há uma recepção, com segurança que notifica a entrada e saída de pessoas, e onde alguns idosos cadeirantes solicitam ficar em seu tempo livre. Em seguida, se tem uma área ampla com salas distribuídas em secretária, setor administrativo, gerência, almoxarifado, copa onde são preparados as refeições e todo o processo de produção é acompanhado pela nutricionista, sala de técnicos, para reuniões e arquivamento do histórico social, serviço social e sala de fisioterapia para sessões individuais (Figura 10 A e B). No centro do terreno há um refeitório comunitário, em que são realizados os aniversários na maioria das vezes com música ao vivo, os jogos (damas, cartas, bingo) entre os próprios idosos e por eles coordenados. É o ambiente onde eles assistem televisão e têm um sofá para descanso, está área é também de socialização destes. Assim como na UAPI 1 as refeições são distribuídas por horários e de acordo com a dieta apropriada. Ao lado uma há área de lazer por onde caminham alguns idosos deambulantes, porém não são realizadas atividades em grupo nesta unidade.



Figura 10 A e B - Salas do setor técnico e administrativo da UAPI 2.

Nota: Pesquisa de campo, 2013

Os idosos são acolhidos em dormitórios e enfermarias, sendo divididos por sexo, dois masculinos e dois femininos, respectivamente em que na parte central de cada um há

presença de um posto de enfermagem. Em cada enfermaria ou quarto, ficam dispostos de 5 a 10 idosos, dividindo o mesmo espaço (Figuras 11 A e B).



Figura 11 A e B - Salas do setor técnico e administrativo da UAPI 2.  
Nota: Pesquisa de campo, 2013

## Instrumentos

Foram utilizados seis instrumentos:

1 – “Questionário estruturado”: Criado pela pesquisadora, para coletar informações a partir dos prontuários e dos entrevistados dividido em seis blocos, com perguntas referentes às informações sociodemográficas, biológicas e de saúde, relações sociais e autoavaliação da saúde (Apêndice A).

2 – Mini Exame do Estado Mental (MEEM): Traduzido e adaptado por Bertolucci, Brucki, Campassi e Juliano (1994) é o teste para avaliação cognitiva mais amplamente utilizada com essa finalidade em geriatria. Os escores do MEEM variam de um mínimo 0 (zero) até o total máximo de 30 (trinta), distribuídos por orientação para o tempo e espaço (5 pontos), memória imediata (3 pontos), atenção e cálculo (5 pontos), evocação (5 pontos), lembrança de palavras (3 pontos), linguagem (8 pontos) e capacidade construtiva visual (1 ponto). Na prática clínica, o ponto de corte 23/24 é mais comumente empregado, pela alta sensibilidade e especificidade para o rastreamento de comprometimento cognitivo e demência. Levando-se em consideração o nível de escolaridade por anos de estudo, neste

trabalho os escores para o MEEM seriam os adotados no estudo de Brucki, Nitrini, Caramelli, Bertolucci & Okamoto (2003) que consideravam um ponto de corte de 20 para analfabetos, 25 para um a quatro anos de escolaridade, 26,5 para cinco a oito anos, 28 para 9 a 11 anos e 29 ou mais para indivíduos com escolaridade superior a 11 anos. Porém, no decorrer da pesquisa percebeu-se diante do índice significativo de analfabetismo e de baixa escolaridade da população em estudo que eram valores elevados para a mesma. Assim, notou-se a necessidade de níveis de corte diferenciados, então, optou-se por adotar os seguintes pontos de corte: 13 para analfabetos, 18 para até oito anos de escolaridade, 26 para mais de oito anos de escolaridade, baseado em outras pesquisas, como a de Bertolucci et al (1994), que buscaram verificar o impacto da escolaridade. (Apêndice B).

3 – *Índice de Independência nas atividades de Vida diária (Índice de Katz)*: Desenvolvido por Katz, Ford, Moskowitz, Jackson e Jaffe (1963) e adaptada para uso no Brasil por Lino, Pereira, Camacho, Ribeiro Filho e Buksman (2008), avalia a independência funcional a partir da análise da descrição de um fenômeno observado em um contexto bioecológico e social das atividades básicas da vida diária (ABVD) hierarquicamente relacionadas e organizado para mensurar a independência no desempenho de seis funções: alimentar-se, vestir-se, , andar (transferir-se), cuidar da higiene pessoal ( banhar-se, ir ao banheiro), e controlar esfíncteres (Apêndice C).

4 – *Índice de Lawton*: Criado por Lawton e Brody (1969) e validada para uso no Brasil por Santos e Virtuoso (2008), para avaliar as Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD), isto é, atividades que permitem adaptação das pessoas ao ambiente e manutenção das relações com a comunidade e seu entorno. Mensura a capacidade de realizar tarefas que se compõem de sete hábitos e atividades sociais do dia a dia: usar o telefone, fazer compras, executar atividades domésticas, usar transporte, tomar seus medicamentos, controlar finanças e preparar refeições, considerando-se a máxima

dependência a obtenção de 7 (sete) pontos e com 21 (vinte e um) pontos indicam independência total. Para o presente estudo retirou-se os itens “medicações” e “preparo das refeições”, pois, nas duas UAPI são atividades gerenciadas somente pela unidade, sendo, assim, adotou-se a pontuação mínima de 5 e máxima de 15 pontos (Apêndice D) (Ballester, Periz, Codinachs, Fonts & Alonso, 2009).

5 – *Avaliação da Incapacidade funcional para Demência (DAD – Disability Assessment for Dementia)*. Escala desenvolvida por Gauthier e Gélinas em 1994, tem como objetivos: (1) quantificar habilidades funcionais em ABVD para indivíduos com déficits cognitivos, como demência; (2) qualificar as dimensões cognitivas das incapacidades nas ABVD, examinando atividades básicas e instrumentais da vida diária em relação a funções executivas, o que permite a identificação de áreas problemáticas: iniciação, planejamento, organização e desempenho efetivo (Apêndice E) (Carthery-Goulart *et al*, 2007).

6 – *Ficha de caracterização dos cuidadores*, adaptado de Cavalcante (2008), usado para traçar o perfil do cuidador de idosos que não puderem responder por razões cognitivas os instrumentos anteriores, nela constam informações sociodemográficas (Apêndice F).

## **Procedimentos**

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Núcleo de Medicina Tropical da Universidade Federal do Pará (UFPA) através do Parecer de número 139.375 (Apêndice G). Todos os participantes foram informados sobre os objetivos do trabalho através de leitura e palestras informativas com abordagem individual. No caso dos idosos com déficit cognitivo foram informados os cuidadores responsáveis por este, enfocando os detalhes do procedimento e a sua importância na pesquisa, assim, como detalhes

pertinentes aos participantes e autorização através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice H).

Primeiramente, a partir das informações contidas nos prontuários, foi preenchido o questionário estruturado, neste os itens referentes à autoavaliação de saúde foram completados em entrevista com os idosos. Após esta etapa, todos os participantes foram submetidos à avaliação cognitiva pelo MEEM, aplicado pela fisioterapeuta responsável pela pesquisa e por dois auxiliares de pesquisa (acadêmicos do curso de fisioterapia) treinados, em uma visita no leito ou quarto do idoso nas UAPI, de forma individual, respeitando-se o tempo despendido em cada avaliação. Ao término da aplicação do MEEM os valores obtidos foram somados, e os resultados foram utilizados para identificar os idosos elegíveis para a aplicação dos instrumentos de avaliação da capacidade funcional e autonomia seguintes.

Desta forma, os participantes que obtiveram o resultado de habilidade cognitiva preservada e compatível com a normalidade foram avaliados na sequência pelos Índices de Katz e Lawton, de forma individual no quarto ou leito, sendo este idoso questionado sobre suas ABVD e AIVD.

Para os idosos que apresentaram declínio cognitivo foi aplicado aos respectivos cuidadores responsáveis na instituição a Avaliação de Incapacidade para Demência (DAD), com duração de aproximadamente 15 minutos, visando à avaliação do desempenho atual do indivíduo nas ABVD e AIVD, baseando-se na forma como estas foram realizadas no período de duas semanas antes do dia da entrevista. Objetivou-se avaliar o que o indivíduo era efetivamente capaz de fazer sem ajuda ou lembrete do cuidador (ver diagrama esquemático do procedimento Figura 12).

### Diagrama Esquemático do Procedimento



Figura 12. Diagrama Esquemático do “Procedimento”

Nota: Elaborado pelo autor, 2013

### Tratamento dos Dados

Os dados obtidos no instrumento “Questionário estruturado” foram dispostos em uma planilha e em categorias para posterior análise de variáveis. Os dados obtidos na avaliação cognitiva com o MEEM foram somados para obtenção do resultado em 0 - 30 e qualificados em categorias, com declínio cognitivo e sem declínio cognitivo. Os valores obtidos nos Índices de Katz e Lawton foram somados e organizados nas categorias “idosos



independentes”, com “dependência parcial/moderada” e “dependência total”. Sendo considerado para o índice de Katz independente, os que atingissem até 6 pontos; dependência moderada com até 4 pontos e dependência total com 2 pontos ou menos. Para o índice de Lawton a pontuação foi considerada máxima de 15 pontos, sendo classificados na categoria independentes os que obtiveram 15 pontos; dependência parcial a pontuação maior que 5 e menor que 15 pontos e dependência total a pontuação menor que 5 pontos. Estas mesmas categorias de nível de autonomia e independência foram aplicadas após a soma das pontuações na escala DAD e convertendo-se o valor total em porcentagem, sendo independentes o que obtiveram escore de 90 a 100%; Dependência Leve 70 a 89%; Dependência Moderada 69 a 21% e Dependência Total 20 a 0 %.

Após a avaliação, as informações obtidas foram reunidas em um banco de dados e foi realizada uma análise quantitativa dos dados por meio do programa Microsoft Office Excel 2010, com a formulação de gráficos e/ou tabelas com porcentagens, e por meio dos Softwares SPSS 17.0 (Statistical Package for the Social Sciences. SPSS statistics base, version 17.0. Chicago; 2008), e o *Bioestat* 5.0 foi realizado a aplicação dos testes estatísticos.

Foram aplicados testes para uma amostra e para 2 amostras com intuito de verificar se existem diferenças significativas de proporções nas diversas variáveis relacionadas ao assunto deste trabalho. Os testes utilizados foram teste G de Independência, teste Qui-quadrado de aderência e teste Qui-quadrado de Independência.

A interpretação dos testes foi feita de acordo com a convenção científica, isto é, o resultado foi chamado de estatisticamente significativo se o nível descritivo (p-value) era menor que 0,05 (já que o nível de significância  $\alpha$ , alpha, pré-estabelecido foi de 5%). Isto sugere a rejeição da hipótese de nulidade de que “não existem diferenças significativas entre as frequências observadas” (nos testes de aderência), em favor da hipótese alternativa

de que “existe diferença estatisticamente significativa entre as frequências observadas”. Já nos testes de independência, a hipótese de nulidade é de que “não há associação estatisticamente significativa entre as variáveis envolvidas”.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A capacidade funcional é um marcador importante do envelhecimento saudável, e sua manutenção irá depender da multiplicidade dos fatores sociais, físicos, ambientais e psicológicos. De acordo com a literatura, o público alvo de uma ILPI se constitui de idosos, que apesar de possuir família, necessitam de cuidados especiais e daqueles que moram sozinhos e apresentam qualquer tipo de dificuldade para manter a autonomia.

A maioria dos idosos concentram-se na UAPI 1 (52,1%). Isso se deve ao fato de nesta o espaço físico para acolhimento ser maior, bem como o número de “quartos/leitos”, como descrito no método no item *ambiente físico e social*, e ainda a UAPI 2 estar enfrentando um período de transferência de idosos em virtude da solicitação do Ministério Público do Estado do Pará (MP-PA) de desativação desta para adequação do ambiente para melhor acolher os idosos residentes, de acordo com as Normas da RDC/ANVISA nº 283 de 16/09/2005 para a necessidade de prevenção e redução dos riscos a saúde dos idosos residentes em ILPI. E além, vale ressaltar que houve aproximação de valores devido a menor participação dos idosos da UAPI 1 no estudo com maior número de perdas.

A partir deste cenário foram iniciadas as caracterizações como se segue:

### Caracterização sociodemográfica dos participantes (Idosos)

Tabela 1

*Distribuição dos idosos em situação de acolhimento institucional em Belém do Pará (2013) de acordo com as variáveis sociodemográficas por UAPI.*

Variáveis sociodemográficas	UAPI 1		UAPI 2		Geral	
	n	%	n	%	n	%
<i>Sexo</i>						

Feminino	21	55,3	19	54,3	40	54,8
Masculino	17	44,7	16	45,7	33	45,2
<b>Total</b>	<b>38</b>	<b>100,0</b>	<b>35</b>	<b>100,0</b>	<b>73</b>	<b>100,0</b>
<b><i>Estado Civil</i></b>						
Casado	3	7,9	2	5,7	5	6,8
Divorciado	1	2,6	4	11,4	5	6,8
Solteiro	27	71,1	24	68,6	51	69,9
Viúvo	7	18,4	5	14,3	12	16,4
<b>Total</b>	<b>38</b>	<b>100,0</b>	<b>35</b>	<b>100,0</b>	<b>73</b>	<b>100,0</b>
<b><i>Naturalidade (Região / Estado)</i></b>						
<i>Norte</i>						
PA: Capital	20	52,7	13	37,0	33	45,3
PA: Interior	10	26,4	11	31,4	21	28,7
AC	0	0,0	1	2,9	1	1,5
AM	1	2,6	2	5,7	3	4,1
<i>Nordeste</i>						
CE	3	7,9	0	0,0	3	4,1
MA	1	2,6	4	11,4	5	6,8
PI	1	2,6	1	2,9	2	2,7
SE	0	0,0	1	2,9	1	1,4
<i>Sudeste</i>						
RJ	1	2,6	1	2,9	2	2,7
<i>Estrangeiros*</i>	1	2,6	1	2,9	2	2,7
<b>Total</b>	<b>38</b>	<b>100,0</b>	<b>35</b>	<b>100,0</b>	<b>73</b>	<b>100,0</b>
<b><i>Faixa Etária (em anos)</i></b>						
60 a 69 (“idosos jovens”)	15	39,5	11	31,4	26	35,6
70 a 80 (Idoso)	13	34,2	11	31,4	24	32,9
Acima de 80 (Idoso longevo)	10	26,3	13	37,1	23	31,5
<b>Total</b>	<b>38</b>	<b>100,0</b>	<b>35</b>	<b>100,0</b>	<b>73</b>	<b>100,0</b>

*Nota:* \* Estrangeiros, idosos naturais de Angola e Portugal.

De modo geral, como visualizado na Tabela 1, os idosos avaliados nas ILPI públicas de Belém são em sua maioria do sexo feminino, característica que aponta

semelhança com o restante do país nas pesquisas de perfil social e demográfico de idosos em ILPI realizadas no Nordeste, nas capitais Recife e Natal; no Sudeste, em quatro cidades do estado de São Paulo; no Centro Oeste, em Brasília e Goiânia e no Sul, no Rio Grande do Sul e em Santa Catarina, em que houve o predomínio do sexo feminino compondo mais da metade das amostras (Araújo et al., 2008; Araújo & Ceolim, 2007; Bussato Junior & Mendes, 2007; Converso & Lartelli, 2007; Danilow et al., 2007; Dantas, 2010; Davim et al., 2004; Pelegrin, Araújo, Costa, Cyrillo & Rosset, 2008).

Entretanto, difere dos resultados encontrados em um estudo de levantamento realizado na própria Região Norte coordenado por Camarano (2007), em que nos demais estados que a compõem como Acre, Roraima, Rondônia, Tocantins, Amazonas e Amapá a proporção de homens em ILPI é maior. Os autores destacam que somente o Pará diferencia-se na região, o que foi evidenciado também no presente estudo, e que este estado concentra o maior contingente de idosos em acolhimento institucional na Região Norte, sendo de 40%. A predominância de homens em ILPI nos demais estados da região norte se deve a um reflexo da própria constituição da população da região que tem a particularidade do envelhecimento ter maior proporção de homens no total da população idosa na maioria de seus estados, o que difere do restante do país. Só se tem um maior número de mulheres quando considerados por faixa etária sendo acima de 80 anos. Entretanto, nos estados do Pará, Amapá e Amazonas o maior contingente na população total é de mulheres. Aliado a isso, a realidade de mais homens em ILPI em todos os demais estados da região pode ser explicada pela migração procedente de várias partes do país em direção à região Norte no período de 1950-1970, e esta ser tipicamente masculina no período dos grandes projetos, de construção de grandes rodovias, colonização, e da expansão de atividades do garimpo. Provavelmente os homens que vieram não

constituíram vínculos familiares, ou romperam os laços familiares do local de origem e diante das dificuldades do envelhecer sozinho procuraram as ILPI.

Assim, no presente estudo verifica-se que o estado do Pará, na Região Norte é o que mais se aproxima ao fenômeno de feminização da velhice, fato bastante relatado na literatura, que em virtude da maior expectativa de vida da mulher, estas passam a ser a maioria dos usuários de serviços de atenção à pessoa idosa, além do que os homens morrem mais cedo em virtude tanto de condições de saúde quanto da maior exposição a risco de acidentes. As mudanças no perfil da família e dinâmica da sociedade, e a inserção cada vez maior de integrantes no mercado de trabalho, especialmente a mulher, que antes era a provedora de cuidados, acompanhado da redução do número de membros da família, em virtude da queda da fecundidade, são fatores que expõem a pessoa idosa ao risco de vir a ser acolhida em ILPI (Dantas, 2010; Das Pires, 2008; Davim et al., 2004; Jabur, Siqueira e Reis, 2007; Lyod-Sherlock, 2004,).

No que se refere a estado civil percebe-se assim como apontado na literatura o maior número de solteiros, seguidos de viúvos, assim como, os idosos investigados por Dantas (2010) nas ILPI de Recife, o que se associa a ausência de familiares e rede de suporte social na velhice. Corroborando ainda a descrição na literatura em que, tradicionalmente, o perfil de idosos residentes em ILPI se caracteriza por mulheres que viviam sozinhas, sem suporte social, e que tem histórico de várias internações decorrentes de descompensações das DCNT. E, ainda, a questão das mulheres apresentarem maior probabilidade em ficarem viúvas e, muitas vezes em situação socioeconômica desfavorável (Davim et al., 2004; Lyod-Sherlock, 2004; Pires, 2008).

No que se refere à naturalidade, observa-se na Tabela 2 que o maior contingente de idosos eram oriundos do estado do Pará, principalmente da capital, seguidos de idosos da Região Nordeste, reforçando a análise de pessoas proveniente de migrações, que vieram

para a região amazônica nos anos 1960 e 1970, predominantemente masculina (Camarano, 2007).

Em relação à idade, foi utilizada a classificação adotada nos estudos de Herédia et al. (2004) e Lenardt, Michek, Wachholz, Borghet e Seima (2009) agrupando em faixa etária, assim sendo, observou-se uma distribuição de forma equilibrada. A média de idade dos idosos foi de 76,0 anos e variou entre 60 a 99 anos, sendo que, na distribuição de médias por sexo, as mulheres apresentaram a idade média de 77,60 anos superior à média masculina de 74,03 anos. Esses resultados ratificam as pesquisas realizadas por Danilow et al (2007), Araújo et al (2008) no Centro-Oeste do país em Goiânia e no Distrito federal. Porém, é inferior a média de idade obtida na população de idosos institucionalizados no sul do país nos estudos de Bussato Junior e Mendes (2007) e Viviam e Argimon (2009), com média de 78,4 e 79,6 anos, respectivamente.

A distribuição de acordo com a faixa etária se dá de forma diferente de outros estados brasileiros. Enquanto nesse estudo a representação por idade demonstrou a maior concentração na faixa etária de idosos jovens e idoso até 80 anos nas ILPI investigadas, no restante do país predominam a faixa etária de idosos longevos. O que pode ser justificado pela análise de Camarano (2007) de que a população idosa na Região Norte corresponde a 5,5% do total da população, e esta proporção é inferior à média nacional (8,6%), apontando para um processo de envelhecimento mais recente. Porém, analisando-se as instituições de forma isolada a UAPI 2 concentra um maior número de idosos longevos, assim como nas ILPI observada por Araújo e Ceolim (2007), o que sugere que os idosos dependentes, mesmo em menor idade, podem ser institucionalizados pela inexistência de quem possa cuidar, e os idosos independentes quando de maior idade poderiam ser acolhidos por outros motivos como de ordem financeira ou social que dificultem o cuidado em domicílio.

Tabela 2

*Distribuição dos idosos em situação de acolhimento institucional em Belém do Pará (2013) de acordo com demais variáveis sociodemográficas*

<b>Variáveis sociodemográficas</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b><i>Procedência anterior ao acolhimento</i></b>		
Rua	18	24,1
Instituições	11	15,1
Casa de Familiares	13	17,8
Casa Alugada	12	16,4
Casa de amigos	10	13,7
Casa própria	9	12,3
Total	73	100,0
<b><i>Com quem vivia</i></b>		
Sozinho	33	45,2
Família Extensa	15	20,5
Amigos	12	16,4
Instituição	8	11,0
Família Nuclear	5	6,8
Total	73	100,0
<b><i>Escolaridade</i></b>		
Analfabeto	29	39,7
Ensino Fundamental	37	50,7
Ensino Médio	7	9,6
Total	73	100,0
<b><i>Rendimentos</i></b>		
Pensão social	43	58,9
Pensão de reforma	17	23,3
Pensão de sobrevivência	3	4,1
Depende de Familiares	2	2,7
Outros	1	1,4
Total	73	100,0
<b>Religião</b>		



Católica	50	68,5
Não declarou	14	19,2
Protestante	8	11,0
Espírita	1	1,4
<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>100,0</b>

Quanto à moradia do idoso antes da institucionalização, pode-se constatar que, a maioria dos idosos vivia na rua e que uma minoria tinha casa própria. Verifica-se também que a maior parte morava sozinha ou com a família extensa (sobrinhos, tios, etc.) (Tabela 2). Esses resultados foram semelhantes aos de Dantas (2010) em Recife e de Fernandes, Raizer e Bretãs (2007) em São Paulo. Segundo estes autores, a vivência em ruas é identificada como fator comum entre os residentes de uma instituição pública, o que reflete a vulnerabilidade social da amostra, pois ao longo das trajetórias de vida dos moradores de rua há a ruptura de laços familiares, abandono de papéis que se refletem na fugacidade dos vínculos afetivos estabelecidos na rua e assim a dependência institucional se torna evidente. Outro ponto, no caso da relação familiar, é que de acordo com Camarano (2004), as mulheres representam a maior proporção de “dependentes” do que os homens, assim experimentam menor autonomia e maior percentual de pessoas que não têm rendimento e, provavelmente, por isso moram em casa de “outros parentes”.

A baixa escolaridade foi outro dado relevante nesse estudo. Pouco mais da metade dos idosos tinha apenas o Ensino fundamental, e houve um número significativo de analfabetos (Tabela 2). O que contribui para um contexto de vulnerabilidade social, a qual é caracterizada por aspectos culturais, sociais, psicológicos e econômicos que determinam as oportunidades de acesso a bens e serviços, pois de acordo com Fernandes et al. (2007), associado aos vínculos familiares e sociais fragilizados, a baixa escolaridade, e a inserção precoce no mercado de trabalho são fatores que influenciam nas condições laborais e

habitacionais e assim a maioria busca nas ILPI condições de sobrevivência, acolhimento e comida.

Ainda segundo Davim et al. (2004), níveis elevados de baixa escolaridade refletem a realidade de analfabetismo do idoso nos países em desenvolvimento, como, o Brasil, principalmente quando se trata de idosos, pois estes vivenciaram a infância em um período em que o ensino não era prioridade, especialmente no caso das mulheres.

Verifica-se na Tabela 2 que o rendimento da maioria dos idosos é proveniente de pensão social, em seguida vem os aposentados com as pensões de reforma por tempo de serviço em profissões contribuintes do Instituto Nacional do Seguro Social [INSS] e aqueles que não possuem quaisquer rendimentos, os quais pela ausência de documentos de identificação são impossibilitados de receber ou aderir a pensões. De acordo com a Previdência Social (2013), a pensão social, o Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social (BPC), integrante do Sistema Único da Assistência Social [SUAS], pago pelo Governo Federal, e concedido pelo INSS e assegurado por lei, que permite o acesso de idosos e pessoas com deficiência às condições mínimas de uma vida digna sendo de um salário mínimo. Esses dados corroboram as pesquisas em ILPI que relatam a vivência de idosos com um salário mínimo, como em Porto Alegre (Aires, Paz & Peroza, 2009). Entretanto diferem da pesquisa de Dantas (2010) que, conta com um elevado número de idosos sem rendimentos. Talvez pelo motivo das ILPI estudadas em Belém - PA ao acolher um idoso incluem em normas e procedimentos a busca ou a concessão de rendimentos aos que não tem benefícios.

No perfil ocupacional, antes do acolhimento, verificaram-se diversidades de profissões, de servente a professor de música, sendo que a ocupação mais frequente foi a de doméstica (20,5%) e serviços braçais reunidos (carpinteiro, pedreiro, estivador e etc...) representaram (24,6%) da amostra. Resultados semelhantes aos de Ferreira e Nogueira

(2013) que avaliaram o perfil psicossocial de idosos em ILPI em Belém-PA, em que as atividades domésticas e/ou serviços gerais representaram 38,7 % da amostra. Corroborando também os achados de Araújo et al (2008) no Distrito Federal, sendo a mesma classe profissional predominante, em segundo lugar trabalhadores braçais.

A maioria dos idosos declarou ser de religião católica, seguido daqueles que não declaram religião (Tabela 2). O que acompanha as pesquisas do restante do país e reflete a soberania de crença católica segundo os dados do IBGE (2010) no Brasil, que também é um país que possui uma rica diversidade religiosa, em função da miscigenação cultural, fruto dos vários processos imigratórios. (Viviam & Argimom, 2008).

### Caracterizações do acolhimento institucional

Tabela 3

*Distribuição dos idosos em situação de acolhimento institucional em Belém do Pará (2013) de acordo com o Motivo de entrada, presença de vínculo familiar e visitas.*

Variáveis	n	%
<b><i>Motivo do acolhimento</i></b>		
Ausência de Familiares	32	42,5
Risco e Vulnerabilidade social	16	21,9
Conflitos familiares	8	11,0
Vontade própria (tranquilidade e segurança)	6	8,2
Novo Modelo de Atenção a saúde mental	4	5,5
Solicitação de hospital	2	2,7
Problema social/financeiro	2	2,7
Problemas Físicos	3	4,1
Solicitação da família	1	1,4
Total	73	100,0

<b><i>Vínculo Familiar</i></b>		
Não	50	68,5
Sim	23	31,5
Total	73	100,0
<b><i>Recebe visitas</i></b>		
Não	42	57,5
Sim	31	42,5
Total	73	100,0

O motivo mais frequente para o acolhimento dos idosos analisados foi ausência de familiares, seguidos do contexto de vulnerabilidade social em que houve intervenção do MP-PA, seja por abandono familiar ou condições de maus-tratos. De acordo com a literatura, as pesquisas convergem quanto ao motivo para inclusão de idosos em ILPI e é crescente o número de idosos abandonados, embora se tenham dispositivos legais que enfatizam que o cuidado na carência e velhice cabe aos filhos. Porém, uma vez em situação de acolhimento torna-se difícil essa cobrança haja vista que muitos idosos não possuem qualquer responsável conhecido. E ainda esses resultados corroboram a literatura em que a “ausência familiar, viuvez, solidão” são a causa mais frequente. (Converso & Lartelli, 2007; Dantas, 2010; Terra et al, 2009,).

Vale ressaltar que segundo a literatura, no Brasil, embora uma proporção de idosos institucionalizados seja dependente por problemas físicos ou mentais, a miséria e o abandono são os principais motivos da institucionalização, em especial nas regiões metropolitanas (Chaimowicz, 1997; Davim et al., 2004). Fenômeno que pode ser observado nas ILPI de Belém em que a minoria era remanescente de outras instituições e abrigada por problemas de saúde mental ou por problemas físicos.

Assim, conforme preconiza o Estatuto do Idoso (Lei 10741/90), o acolhimento pode ser entendido também como uma medida de proteção frente às questões de

vulnerabilidade dos idosos, nos casos de direitos transgredidos pela família, por violência e/ou negligência, e vivência nas ruas, a medida que afastam estes de condições de risco. Porto e Koller (2008) legitimam ao referir que o acolhimento de pessoas idosas em instituições especializadas já não representa uma tragédia intensa e dolorosa e pode ser uma alternativa positiva quando esgotadas as possibilidades do contexto familiar, que por vezes, pode atuar positiva ou negativamente sobre a pessoa e a opção pela institucionalização seja considerada a mais saudável.

No que se refere à presença de vínculo familiar e visitas, os resultados desta pesquisa ratificam as discussões acerca de que o cuidado de idosos pela família está se tornando mais difícil em virtude das mudanças sociais crescentes e a inexistência de políticas de suporte aos cuidadores e a redução do número de membros nas famílias. A ausência de vínculo e de visitas também foi relatada no estudo de Mello, Haddad e Dellaroza (2012) na região sul do país, devido estes não terem filhos ou ter até dois descendentes. E no Distrito Federal de acordo com Araújo et al (2008) a prevalência de indivíduos sem vínculos familiares traduz a marginalização do idoso na sociedade, o que é, em parte, devido as condições discutidas acima e a falta de atenção dada por filhos e parentes, bem como do sentimento de “estar incomodando” manifestado pelo idoso. Porém, diferenciou-se da realidade do estudo de Davim et al (2004) em Natal em que 85% possuíam família e 67% eram visitados.

De acordo com a proposição de Bronfenbrenner (2011) a cerca de vínculos ao longo do ciclo da vida, o processo de apego tem uma inversão de sentidos, em que no início as crianças são beneficiadas com o compromisso irracional dos pais, e, ao final da vida, tais papéis são invertidos. Então, são os pais idosos que recebem o amor e cuidado de seus filhos na velhice. Se, entretanto, não existiu apego no início, não é esperado que ocorresse ao final do ciclo de vida.

Segundo Alcântara (2009) em sua obra “Velhos institucionalizados e família: entre abafos e desabafos” se essa inversão de papéis não for bem administrada, poderá produzir uma crise que culmina na impossibilidade dos filhos em assumir o cuidado dos pais, não somente em relação às necessidades financeiras, mas também no amparo afetivo, e dependendo de como foi a construção das relações no passado o cuidado pode ser exercido por obrigação ou amor.

Na presente pesquisa isso pode ser refletido pelos conflitos familiares que motivaram o acolhimento, em que por vezes os idosos haviam realizado separações conjugais e não mais conviviam com seus filhos. Porém, na velhice, perante a necessidade de cuidados, houve casos de retorno ao lar. Contudo a convivência era carregada de sentimentos negativos, advindos de abandono, insegurança e sentimentos de revolta que desencadearam conflitos, pois um relacionamento desprovido de apego emocional transforma o cuidado numa tarefa dispendiosa, visto que atitudes de solidariedade, gratidão e responsabilidade tendem a ser encaradas como mera obrigação, não existe satisfação em dar carinho quando nunca se recebeu. O que se refletia também na frequência de visitas, pois na maioria dos casos essas resultavam de uma intensa procura do serviço social para que os familiares comparecessem às instituições. Era realizada a conscientização da necessidade do vínculo, porém, muito familiares resistiam, principalmente pela não construção de laços afetivos em outras fases da vida.

**Caracterização da percepção de saúde dos idosos em acolhimento institucional**

Tabela 4

*Distribuição das variáveis relacionadas a autopercepção de saúde dos idosos em situação de acolhimento institucional em Belém-PA (2013).*

<b>Variáveis</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Visão</b>		
Boa	42	57,5
Regular	9	12,3
Ruim	7	9,6
Cego	6	8,2
Excelente	4	5,5
Péssimo	4	5,5
Má	1	1,4
Total	73	100
<b>Audição</b>		
Boa	52	71,2
Regular	8	11
Ruim	6	8,2
Excelente	4	5,5
Péssimo	2	2,7
Má	1	1,4
Total	73	100,0
<b>Qualidade de Vida</b>		
Boa	39	53,4
Satisfatória	19	26,0
Má	8	11,0
Muito boa	5	6,8
Muito má	2	2,7
Total	73	100,0
<b>Saúde Comparada*</b>		

Melhor	38	52,0
Igual	30	41,2
Pior	5	6,8
Total	73	100,0

\* Saúde comparada com pessoas da mesma idade

Na Tabela 4, podem ser observadas algumas variáveis relacionadas à percepção própria de saúde do idoso. Em relação à visão, a maioria refere ter boa visão e uma menor proporção refere ser cego, ter péssima visão ou má, no que se refere à audição a maioria também referiu ter boa acuidade auditiva. Nos estudos em ILPI não foram encontradas muitas análises da percepção de visão e audição, porém os resultados encontrados refletem semelhança ao estudo de Araújo et al (2008). De acordo com Dantas (2010) o déficit visual notificado pelos prontuários e não pelo próprio idoso, prejudicou o desempenho dos idosos para as atividades motoras, principalmente escadas, vestir-se e uso do chuveiro, já nas atividades cognitivas, houve dificuldade apenas para resolução de problemas, possivelmente por ser uma atividade que exige maior interação com o meio, com deslocamento e comando visual.

Dos idosos avaliados a maioria consideram a qualidade de vida boa, e uma minoria a considerou má ou muito má, a percepção semelhante foi relatada nas ILPI em Porto Alegre e em Natal, segundo Viviam & Argimon (2009) e Davim et al (2004). Houve também semelhança aos resultados no Distrito Federal (Araújo et al., 2008) quanto a percepção de saúde comparados a outros idosos da mesma idade, pois a maioria refere ter melhor saúde. Embora os idosos pesquisados sejam todos portadores de no mínimo uma patologia como será descrito no capítulo referente à situação de saúde, foi relevante a percepção positiva da vida, o que parece ser coerente com as discussões de Neri (2011), em que a percepção de bem-estar subjetivo pertence ao âmbito da experiência privada, é



relativamente independente de saúde, conforto, riqueza e idade, sendo mais influente a satisfação global, balanceando afetos positivos e negativos.

De acordo com Tomasini e Alves (2007) que investigaram o envelhecimento bem-sucedido em ILPI, caminha-se para novas abordagens, que consideram tanto os ganhos quanto as perdas inerentes ao processo de envelhecimento, sejam elas físicas ou emocionais, o que faz tornar possível a conciliação da aparente contradição entre o conceito do envelhecimento bem-sucedido e a institucionalização na velhice.

### **Caracterização das condições de moradia e de atividades dos idosos nas ILPI.**

Tabela 5

*Distribuição dos idosos em situação de acolhimento institucional de acordo com algumas variáveis relacionadas a condições de moradia e atividades de relações sociais dos idosos, e ocupação no tempo livre Belém – PA (2013)*

<b>Variáveis</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b><i>Divide quarto com outros</i></b>		
Não	10	13,7
Sim	63	86,3
Total	73	100,0
<b><i>Participa de atividades</i></b>		
Não	18	24,7
Sim	55	75,3
Total	73	100,0
<b><i>Atividades</i></b>		
Cultural	15	27,3
Religiosa, cultural, esportiva/recreativa	14	25,5
Cultural e esportiva/recreativa	8	14,5
Esportiva/recreativa	7	12,7

Religiosa e cultural	7	12,7
Religiosa	3	5,5
Religiosa e esportiva	1	1,8
Total	55	100,0

Na tabela 5 pode-se constatar que a maioria dos idosos divide quarto. Esse fato justifica-se principalmente pela estrutura física das ILPI pesquisadas, somente alguns idosos pensionistas ou então de difícil convivência com outros vivem em quartos sozinhos na UAPI 1. A maioria participa de atividades, sendo em maior frequência participam de mais de um tipo de atividade, a atividade cultural se sobressai, bem como a associação da participação em atividades religiosa, cultural, e esportiva/recreativa, o que se aproxima dos relatos da literatura, principalmente quanto às práticas religiosas nas ILPI e atividades de lazer, as quais, segundo Ferreira, (2009), que avaliou uma população de idosos em Portugal, promovem a estimulação física, sensorial e socioemocional, e, assim, proporcionam o alcance de bem-estar biopsicossocial do idoso, sendo importante a sua manutenção à medida que a idade avança. (Davim et al, 2004; Viviam & Argimon, 2008).

Pode-se ainda considerar a participação de atividades em fator de proteção nas ILPI, uma vez que segundo Bronfenbrenner (2005) quando uma pessoa apresenta características que facilitam sua participação na atividade, a ocorrência de processos proximais, relações e sua inclusão social fica favorecida.

Assim como no estudo de Viviam e Argimom (2009) a maioria dos idosos da presente pesquisa, conforme a tabela 6 ocupa seu tempo livre com uma ou mais atividades, concentram como principal atividade de lazer assistir televisão e em segundo lugar ouvir música. Já a atividade física é a que mostra menor adesão, o que corrobora com os estudos de Aires, Paz & Peroza (2009) em que refere que os idosos em ILPI não incorporam essa prática no cotidiano.

Tabela 6

*Disposição das atividades de lazer com que os idosos em situação de acolhimento institucional ocupam seu dia em Belém do Pará (2013).*

<b>Ocupação do tempo livre</b>	<b>n</b>	<b>% relativo ao total de idosos (73)</b>
Assiste TV	40	54,8
Ouve música	34	46,6
Conversa	23	31,5
Lê	12	16,4
Trabalhos manuais	6	8,2
Atividades físicas	4	5,5
Total de ocupações citadas	119	-
Total de idosos	73	-

Tabela 7

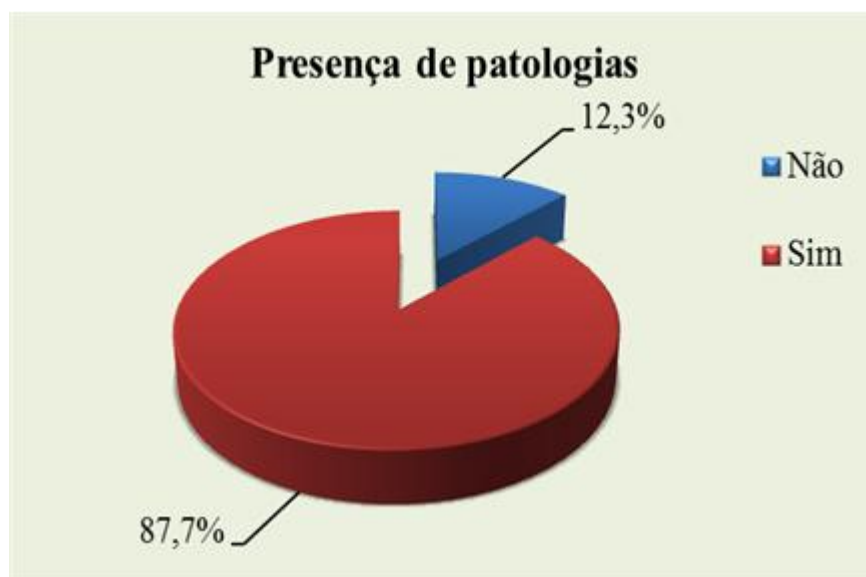
*Categorização dos idosos em situação de acolhimento institucional em Belém do Pará (2013) de acordo com o Tempo de acolhimento.*

<b>Tempo de acolhimento (em anos)</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>p*</b>
0  — 5	33	45,2	0,0001
5  — 10	17	23,3	
10  — 15	11	15,1	
15  — 20	10	13,7	
20  — 25	0	0,0	
25  — 30	2	2,7	
Total	73	100,0	

*Nota: \* Teste Qui-quadrado de Aderência ( $\alpha = 5\%$ )*

No que se refere ao tempo de acolhimento, no presente estudo pode-se observar que há um maior número de idosos com até 5 anos de acolhimento ou 10 anos de acolhimento. Houve diferença estatisticamente significativa entre os períodos de acolhimento (teste Qui-quadrado de Aderência,  $\alpha = 5\%$ ,  $p = 0,0001$ ). Conforme Tabela 7, o período de permanência assemelha-se aos idosos avaliados em Londrina Paraná (Mello et al. 2012). No que diz respeito ao sexo, o tempo médio de acolhimento foi maior no sexo feminino (7,41 anos) comparado ao sexo masculino (7,72 anos), de forma geral a média de acolhimento foi de 7,55 anos, variando do mínimo de 3 meses ao máximo de 29,6 anos. O tempo médio de institucionalização encontrado foi superior ao encontrado no Distrito Federal (4,6 anos) e semelhante à média encontrada em Passo Fundo-RS (7,99 anos) (Guedes & Silveira, 2004).

#### **Caracterização da situação de saúde dos idosos em acolhimento institucional**



*Figura 13*– Distribuição de acordo com presença/ausência de patologias referidas pelos idosos em situação de acolhimento institucional.

Os relatos dos idosos sobre a presença de patologias foram muito superiores aos de inexistência, conforme figura 13. Resultado semelhante ao de Aires et al (2009) em Porto Alegre, em que 83,9% relatam uma patologia e 34,6% apresentaram comorbidades, que são doenças que se sobrepõem e interferem no estado de saúde e capacidade funcional. Similaridade encontrada na análise dos prontuários do presente estudo, em que todos os idosos eram portadores de no mínimo uma patologia, ou mais de uma doença associada, sendo que, analisadas individualmente a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) foi a patologia mais prevalente, seguida por Demência e em menor contingente as neoplasias. Após aplicação do Teste Qui-quadrado de Aderência ( $\alpha = 5\%$ ), verificou-se que há diferenças estatisticamente significantes, portanto, pode-se inferir que a HAS tende a ser a patologia mais frequente entre os idosos, seguida por Demência, como visualizadas na tabela 8 abaixo, o que também foi encontrado por Dantas (2010) em que a sequela de AVE, déficit visual sem correção com uso de órtese, transtorno mental e demência, foram as doenças que mais influenciaram na capacidade funcional com significância de dados estatísticos ( $p \leq 0,05$ ) para estas enfermidades.

Tabela 8

*Distribuição dos idosos em situação de acolhimento institucional em Belém do Pará (2013) de acordo com as patologias.*

<b>Patologias</b>	<b>n</b>	<b>% relativo ao total de idosos</b>	<b>p*</b>
HAS**	28	38,4	
Demência	17	23,3	
Esquizofrenia	13	17,8	
AVE***	12	16,4	
Diabetes Miellitus	12	16,4	0,0001

Doenças Reumáticas	9	12,3
Deficiência Visual	8	11,0
Doenças Cardíacas	6	8,2
Deficiência Física	7	9,6
Depressão	3	4,1
Doença Pulmonar	4	5,5
Etilismo	3	4,1
Psicose	6	8,2
Neoplasias	2	2,7
Epilepsia	2	2,7
Distúrbio neuromotor	7	9,6
Obesidade	2	2,7
Traumatismo Crânio Encefálico	1	1,4
Total	141	-
Total de idosos	73	-

Legenda: \* Teste Qui-quadrado de Aderência ( $\alpha = 5\%$ ), \*\* HAS (Hipertensão arterial sistêmica), \*\*\* AVE (Acidente Vascular encefálico)

A literatura converge, em geral, quanto ao perfil de presença de Doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), e é descrito a alta prevalência em idosos de HAS, incluída no grupo de doenças cardiovasculares, e *diabetes mellitus*, apontadas como doenças com potencial para complicações incapacitantes, com destaque também nos estudos as sequelas por Acidente Vascular encefálico, seguidos de grandes proporções relatadas de doenças neuropsiquiátricas, representadas em maior número pelas Demências, e em menor número esquizofrenia e outros transtornos psiquiátricos (Aires et al., 2009; Araújo et al., 2008; Dantas, 2010; Gorzoni & Jacob Filho, 2008; Mello, Haddad & Dellaroza, 2012; Pelegrin et al., 2008).

**Caracterização da capacidade funcional dos idosos em acolhimento institucional**

Tabela 9

*Distribuição dos idosos em situação de acolhimento de acordo com os resultados dos Instrumentos aplicados relacionados à capacidade funcional em Belém do Pará (2013).*

<b>Instrumentos</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>p</b>
<b><i>MEEM</i></b>			
Com declínio cognitivo	38	52,1	0,8149
Sem declínio cognitivo	35	47,9	
Total	73	100	
<b><i>KATZ</i></b>			
Dependência moderada	5	14,3	0,0001
Independente	30	85,7	
Total	35	100,0	
<b><i>LAWTON</i></b>			
Dependência Moderada	30	85,7	0,0001
Dependência Total	2	5,7	
Independente	3	8,6	
Total	35	100,0	
<b><i>DAD</i></b>			
Dependência Leve	1	2,6	0,0001
Dependência Moderada	22	57,9	
Dependência Total	15	39,5	
Total	38	100,0	
<b><i>DAD estratificada em ABVD</i></b>			
Dependência Leve	10	26,3	0,9576
Dependência Moderada	10	26,3	
Dependência Total	10	26,3	
Independente	8	21,1	

Total	38	100,0	
<i>DAD estratificada em AIVD</i>			
Dependência Leve	0	0,0	0,0001
Dependência Moderada	16	42,1	
Dependência Total	22	57,9	
Total	38	100,0	

n= número de idosos; p\*= valor de p, Teste Qui-quadrado de Aderência ( $\alpha = 5\%$ )

A Tabela 9 apresenta a distribuição dos idosos de acordo com os resultados dos Instrumentos aplicados, relacionados à capacidade funcional. Primeiramente, verifica-se que perante a avaliação cognitiva pelo MEEM foi encontrado na maior parte dos idosos declínio cognitivo, e que a diferença entre os resultados não foi estatisticamente significativa. Assemelhando-se ao desempenho de idosas no MEEM avaliadas em instituições de Curitiba-PR por Lenardt et al (2009), em Recife-PE por Dantas (2010), em Presidente Prudente-SP por Converso e Lartelli (2007) e em Ribeirão Preto por Talmelli, Gratão, Kusumota e Rodrigues (2010), com elevado número de declínio. Porém, difere dos estudos de avaliação cognitiva em Londrina-PR, que apresentam reduzidos casos de declínio cognitivo (Mello et al., 2012).

Na avaliação das ABVD, nos idosos sem declínio cognitivo, a partir dos resultados pelo índice de Katz, a grande maioria apresentou-se independente e a diferença entre os resultados, mostrou-se estatisticamente significativa. O que pode ser justificado pelo fato de que, na progressão de patologias as atividades de autocuidado são as últimas comprometidas, principalmente a alimentação, por ser uma atividade que não requer deslocamento e exige pouco desempenho motor, cognitivo e visual, comparado a outras atividades mais complexas, podendo ser realizada por idosos com diferentes sequelas (Dantas, 2010; Viviam & Argimon, 2009).



Correspondendo aos resultados do estudo de Araújo e Ceolim (2007) em Taubaté-SP, em que a maioria avaliada era considerada independente para o desempenho das atividades de vida diária. Porém, alerta-se para o fato de que na segunda fase do estudo desses autores, que incluía a reavaliação realizada após 5 meses, houve declínio funcional e cognitivo em 19%, o que sugere a necessidade de adoção de práticas preventivas da capacidade funcional em ILPI. Em relação à avaliação das AIVD, nos sujeitos sem declínio cognitivo pelo Índice de LAWTON, houve predomínio de dependência parcial e a diferença entre os resultados, mostrou-se estatisticamente significativa. Por constituírem atividades mais complexas, a literatura aponta a frequência de idosos dependentes nessas tarefas nas ILPI no Brasil. E ainda que estas são marcadores do declínio da capacidade funcional, até que se instale a dependência total (Aires et al., 2009; Araújo & Ceolim, 2007; Dantas, 2010; Davim et al., 2004).

Nos idosos com declínio cognitivo, as ABVD e AIVD foram avaliadas pela Escala DAD, tendo como resultados mais frequentes a Dependência moderada na análise conjunta das atividades, apresentado diferenças estaticamente significantes ( $p=0,0001$ ). Ao se classificar por tipo de atividade, nas ABVD, relacionadas às necessidades fundamentais de autocuidado, obteve-se níveis de dependência leve ou moderada sem diferenças estatísticas significantes, e nas AIVD encontrou-se com maior frequência a dependência total, ocorrendo diferença significativa. Talmelli et al. (2010) avaliaram idosos com déficit cognitivo no contexto de ILPI, e observaram que o declínio cognitivo influenciou o desempenho na realização das habilidades funcionais, referindo-se ao conjunto das ABVD e AIVD, ocorrendo pior desempenho nas duas categorias ao comparar com idosos sem declínio. Contudo, estas perdas se mostram menos intensa nas funções relacionadas à locomoção e autocuidado, fato também observado na presente pesquisa. Mello et al. (2012) ratificam estes achados ao demonstrarem em seus resultados que os idosos com

déficit cognitivo, avaliados pelo MEEM, tiveram uma média de 2,5 pontos no cumprimento das ABVD, sendo inferior ao grupo sem comprometimento cognitivo. Fato observado ao comparar as frequências dos idosos avaliados neste estudo, notou-se que a frequência de totalmente dependentes para as atividades instrumentais, as AIVD avaliados pela DAD, nos que apresentaram declínio cognitivo foi muito superior aos sem declínios avaliados pelo índice de Lawton. Assim como, na avaliação das ABVD, houve maior frequência de independentes no grupo sem declínio, comparado ao com declínio cognitivo.

Correlacionando-se sexo e tempo de acolhimento às variáveis de capacidade funcional, através dos testes Qui-quadrado de Independência e teste G de Independência ( $\alpha = 5\%$ ), verificou-se que não houve associação estatisticamente significativa de nenhuma das variáveis de capacidade funcional com o sexo ou tempo (todos  $p > 0,05$ ). Na análise descritiva de frequências por sexo a distribuição se deu de forma equilibrada, contudo, observou-se que nos idosos com déficit cognitivo as AIVD são mais comprometidas nas mulheres (76,2%) que nos homens (37,5%). Resultado que se assemelha ao de Danilow et al. (2007) sobre fatores envolvidos na limitação funcional dos idosos institucionalizados, que evidenciaram que os homens têm um desempenho melhor do que as mulheres.

No que se refere associação sobre presença autorreferida de patologias pelos idosos e as variáveis de capacidade funcional, verifica-se que não houve associação estatisticamente significativa dos resultados da maioria das variáveis (todos  $p > 0,05$ ). A exceção foi DAD, ao separar por atividades analisadas, e nas ABVD houve associação significativa (0,0279), significando que a presença de patologias nos idosos com declínio cognitivo influenciam nos resultados das ABVD

**Caracterização dos informantes secundários: cuidadores**

Tabela 10

*Distribuição das características sociodemográficas dos cuidadores dos idosos em situação de acolhimento institucional em Belém do Pará (2013)*

<b>Variáveis sociodemográficas</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b><i>Sexo</i></b>		
Feminino	10	83,3
Masculino	2	16,7
Total	12	100,0
<b><i>Idade</i></b>		
18 a 30 anos	3	25,0
30 anos ou mais	9	75,0
Total	12	100,0
<b><i>Naturalidade</i></b>		
Belém-PA	9	75,0
Interior do Pará	3	25,0
Total	12	100,0
<b><i>Escolaridade</i></b>		
Ensino Fundamental	1	8,3
Ensino Médio	8	66,7
Nível superior	3	25,0
Total	12	100,0
<b><i>Formação profissional</i></b>		
Ciências contábeis	1	8,3

Cuidador	1	8,3
Pedagogia	1	8,3
Psicologia	1	8,3
Secretária, Doces e salgados	1	8,3
Técnico em Contabilidade	1	8,3
Técnico em Música	1	8,3
Técnico em Radiologia	2	16,7
Técnico em Saúde do Trabalhador	1	8,3
Sem formação	2	16,7
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>100,0</b>

Na análise de perfil dos informantes secundários, os cuidadores, observa-se conforme a tabela 10 que o sexo feminino é predominante, em concordância com a literatura, que virtude das raízes históricas, culturais, sociais e afetivas associa-se a prática de cuidado a mulheres (Colomé et al., 2011; Ribeiro, Ferreira, Ferreira E, Magalhães & Moreira, 2008).

A maioria apresentou faixa etária acima de 30 anos, uma vez que a idade variou de 21 a 48 anos, resultado semelhante ao de Ribeiro et al (2008) que avaliaram cuidadores em ILPI do estado de Minas Gerais estando a maioria com menos de 50 anos. Todos os cuidadores entrevistados são naturais do estado do Pará, e a maioria da capital. Em relação à escolaridade, a maioria tem o ensino médio, diferentemente de outras pesquisas realizadas na região norte do Rio Grande do Sul em Minas Gerais, que apontaram a baixa escolaridade entre os cuidadores. Quanto à formação, a maioria tem curso técnico ou superior, e uma minoria não apresenta, o que indica que as ILPI públicas de Belém-PA

buscam cuidadores com algum tipo de formação ou qualificação para o seu quadro de funcionários.

Tabela 11

*Distribuição das variáveis relacionadas a qualificação profissional dos cuidadores dos idosos em situação de acolhimento institucional em Belém do Pará (2013).*

<b>Variáveis de qualificação profissional</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b><i>Tempo que trabalha na UAPI</i></b>		
Menos de 1 ano	2	16,7
1 a 5 anos	9	75,0
5 anos ou mais	1	8,3
Total	12	100,0
<b><i>Vínculo</i></b>		
Concurso	2	16,7
Contrato	10	83,3
Total	12	100,0
<b><i>Função exercida</i></b>		
Monitor	12	100,0
<b><i>Atividades realizadas</i></b>		
Banho, alimentação, higiene e acompanhamento de consultas	12	100,0
<b><i>Tem experiência como cuidador</i></b>		
Não	8	66,7
Sim	4	33,3
Total	12	100,0
<b><i>Tempo de experiência</i></b>		

1 a 5 anos	2	50,0
6 a 10 anos	2	50,0
Total	4	100,0
<b><i>Realizou cursos de qualificação</i></b>		
Não	2	16,7
Sim	10	83,3
Total	12	100
<b><i>Cursos de qualificação realizados</i></b>		
Alzheimer , Cuidados, Prevenção de escaras	4	40,0
Alzheimer , Cuidados, Prevenção de escaras, Crack e drogas	1	10,0
Cuidador de idosos	1	10,0
Cuidador de idosos, Prevenção de escaras	1	10,0
Cuidados, Prevenção de escara	1	10,0
Prevenção de escaras	2	20,0
Total	10	100,0

No que se refere à qualificação profissional, verifica-se na Tabela 11 que 75 % dos cuidadores trabalham nas ILPI de 1 a 5 anos, variando entre o maior tempo de 7 anos e o menor de apenas 3 meses, o vínculo profissional ocorreu em grande parte por meio de contrato. Todos exerciam a função de monitor (a), isto é, cuidador e realizavam atividades como higiene pessoal dos idosos, alimentação e acompanhamento em consultas. Estando de acordo com o que o Ministério da Saúde (2008) preconiza quanto à função do cuidador é a pessoa que convive cotidianamente com o idoso, prestando lhe cuidados de higiene e conforto, ajudando com a alimentação, estimulando o com as atividades de reabilitação, e interagindo com a equipe terapêutica.

Divergindo do estudo de Calomé et al (2011) e Reis e Ceolim (2007) em que os cuidadores referiram as seguintes funções: auxiliares de enfermagem, serviços gerais, atendentes de enfermagem, técnicos de enfermagem, cozinheiras e assistente administrativo. Assemelhando-se na descrição de poucas atividades desenvolvidas como auxílio na alimentação, higienização dos idosos (troca de fraldas, banho), acompanhamento a consultas e exames. No entanto, as demais atividades descritas pelos autores tais como preparação dos alimentos, limpeza do local, lavagem, costura e organização das roupas, verificação de pressão arterial, realização de curativos, controle e administração de medicamentos, manutenção do prédio e do mobiliário, bem como cuidado com o jardim e a horta, nas ILPI pesquisadas em Belém essas atividades não ficam a cargo dos monitores/cuidadores, são realizados por profissionais terceirizados, e as relacionadas à medicação e controle em saúde pela equipe de enfermagem, desta forma as funções são devidamente divididas para evitar sobrecarga.

A maioria dos cuidadores não tinha experiência profissional anterior em cuidado de idosos o que é também observado na literatura. Verifica-se que a maioria dos cuidadores após a entrada nas ILPI realizaram cursos de qualificação profissional, e destes, a maior parte fez cursos para Alzheimer, Cuidados, Prevenção de escaras, os cursos listados foram realizados de forma individual ou com outros cursos. Fato positivo para as ILPI pesquisadas, pois nos demais estudos de perfil de cuidadores a maioria não realizou treinamentos específicos para o cuidado de idosos (Colomé et al, 2011; Reis & Ceolim, 2011).

### Considerações finais

O estudo iniciou com o intuito de analisar o perfil sociodemográfico e capacidade funcional de idosos em situação de acolhimento institucional na cidade de Belém-PA. Os resultados encontrados nas duas instituições públicas da cidade mostraram algumas similaridades com o restante do país, no que se refere à feminização da velhice e ao maior percentual de idosos solteiros ou viúvos que viviam nas ruas ou moravam sozinhos, o que indica ausência de familiares como motivo para o acolhimento.

A percepção de saúde foi positiva, embora apresentassem alguma patologia. Houve maior prevalência das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), com maior incidência de HAS, o que coopera para a incapacidade funcional. Perante as aplicações dos instrumentos foi mais frequente a independência para as ABVD e dependência funcional moderada para as instrumentais. Já nos idosos com presença de declínio cognitivo, notaram-se maiores índices de dependência nas ABVD, o que impõe a necessidade de mais cuidados, a fim de estimular a melhora da capacidade funcional. As variáveis: sexo, tempo de acolhimento e patologias, não demonstraram associação com a funcionalidade, exceto para os idosos com declínio cognitivo avaliados pela escala DAD, em que a presença de patologia nesses influenciou nas chances de dependência nas Atividades Básicas de Vida Diária.

No tocante aos instrumentos utilizados, estes se mostraram eficazes e de fácil treinamento para a compreensão e rastreio da capacidade funcional, sendo importante a triagem inicial pelo MEEM e assim adequação dos demais instrumentos para análise das ABVD aos indivíduos com e sem declínio cognitivo, de modo a abranger um maior contingente de idosos. Contudo, para que se possa envolver a totalidade desta população, sugere-se a busca de instrumentos aplicáveis também perante o declínio cognitivo grave e



afasias. Os índices de Katz e Lawton atenderam as necessidades desta pesquisa sendo aplicável aos idosos sem declínio cognitivo com as respostas dadas pelos mesmos, coerente com a realidade observada, bem como a escala DAD que pode ser facilmente aplicada com os cuidadores na busca de informações dos idosos com acometimentos cognitivos, e as respostas dadas pelos cuidadores foram próximas às observadas em campo. Apesar dos instrumentos utilizados não serem de uma classe profissional específica, verifica-se a sua utilização ainda mais direcionada a pesquisas e não a prática clínica. Como são instrumentos de fácil aplicação, observa-se a necessidade de capacitação para a utilização destes na monitorização do estado funcional dos idosos, a fim de facilitar a adequação dos cuidados às reais necessidades, o que se estende não somente aos profissionais de saúde das ILPI, mas também ao cuidador, por ser quem de fato passa mais tempo com os idosos e, por isso, ao ser capacitado para a avaliação, poderia informar as primeiras percepções de declínio funcional ou cognitivo.

Sugere-se ao pesquisar idosos em ILPI a adoção de um olhar mais sensível a esta população, uma vez que, em virtude do contexto estes se inserem, por vezes, não são tratados como indivíduos marcados por impressões pregressas, experiências e papéis exercidos. Nesse contexto, o idoso acaba por ver no entrevistador uma possibilidade de acolhida às suas demandas pessoais o que acarreta maior dispêndio de tempo na aplicação dos instrumentos, onde uma simples pergunta acerca da naturalidade desencadeia a retomada de toda uma história que se inicia no nascimento até os vínculos familiares. Tendo então o pesquisador a necessidade de, ao investigar idosos em ILPI, ter tempo disponível e/ou superestimar o período dispendido para se cumprir um cronograma pré-estabelecido.

Há ainda a necessidade de estratégias para as limitações do estudo, como o perfil de idosos que cansados do ambiente ao ser confrontado com o “novo” (nesse caso a

pesquisa, o fato de ser entrevistado, ou o pesquisador) são intolerantes e resistem veementemente, assim deve ser relevado todo o histórico biopsicossocial que por vezes vem com uma carga sentimental negativa, como a admissão na instituição de forma forçada por suas famílias, e escolher qual a abordagem mais adequada para convencê-los sobre os potenciais benefícios da coleta de dados.

Os resultados aqui descritos poderão contribuir com a equipe multidisciplinar em saúde para a realização de ações de prevenção através do desenvolvimento de atividades em grupo, sejam elas físicas e/ou lúdicas, a fim de preservar a capacidade funcional desses idosos, valorizar sua autonomia, autoestima e o envelhecimento proveitoso no contexto das ILPI. Devido à carga negativa gerada pelo abandono, observa-se também a necessidade do ambiente oferecer uma maior possibilidade de interação social, atividades físicas e ocupacionais para minimizar as chances de depressão, carência e desconforto emocional. Acrescenta-se que esses profissionais poderiam atuar nos fatores ambientais dos espaços, uma vez que, a relação de conforto está associada aos agentes como: cores, iluminação, acústica, ventilação e distribuição de móveis no espaço, que influenciam as relações sociais e a integração dos usuários.

Sugere-se que o uso de cores apropriadas pode intensificar ações desejadas para aquele ambiente. Por exemplo, para os refeitórios devem ser utilizadas a cor laranja, pois tem efeito de socialização, assim estimula o convívio e a sociabilidade; já para proporcionar sensação de paz e equilíbrio a escolha da cor verde torna o ambiente mais acolhedor. As cores e a luminosidade adequada permitem que a visão humana possa funcionar em seu perfeito estado e melhor definir objetos e imagens, e a distribuição do mobiliário no ambiente deve possibilitar a passagem livre de cadeiras de rodas, andadores, muletas ou outros equipamentos que ajudam na locomoção de idosos em contextos de ILPI.

A adoção de medidas nesse sentido de mais atividades grupais e mudanças no ambiente pode ser uma possibilidade de continuidade do estudo, visando a maior socialização dos usuários, e assim verificar novamente o desempenho nas atividades de vida diária. E com base nas instituições pesquisadas, descritas no método, nota-se a necessidade de adequação desses espaços aos idosos, e dos objetos no espaço, como nos quartos e/ou alojamentos com mais de um idoso, em que dependendo da organização no ambiente, eles possam ter favorecidas as possibilidades de conversas ou então nos dormitórios em que ficam cinco idosos, por exemplo, pode ser otimizado o espaço com biombos para também favorecer a privacidade nos ambientes ou em momentos destinados ao uso individual. Acrescenta-se também a necessidade do resgate da história do idoso como a distribuição de objetos próprios como quadros, medalhas, entre outros objetos pessoais que respeitem a história de vida e se esta não pode mais ser lembrada podem se colocados elementos que demarquem o estilo e os potenciais desse idoso pós-admissão institucional.

A visão ampliada do idoso no contexto do ambiente e da capacidade funcional e seus vários fatores determinantes, podem contribuir para a formação dos profissionais nas universidades sobre as possibilidades de propiciar envelhecimento bem-sucedido mesmo nos contextos privativos como as ILPI, a partir de uma adequação e envolvimento multidisciplinar no acompanhamento destes para preservação da funcionalidade.

A comunidade científica acrescenta a partir desse estudo uma visão sobre a realidade das ILPI públicas de Belém, suas similaridades e diferenças com o restante do país, haja vista as diferenças regionais, este pode fomentar discussões e reflexões a cerca do envelhecimento na situação de acolhimento institucional, por parte de todos envolvidos direta ou indiretamente, principalmente no estado de origem da pesquisa.

Sugere-se a necessidade de se discutir sobre a formação dos cuidadores de idosos, atualmente tem-se no mercado cuidadores formais com qualificação técnica a partir da atuação, na maioria das vezes, de uma classe profissional da saúde e na prática diária vê-se a necessidade de que essa formação seja estendida para cuidados que incorporem as necessidades advindas também de demandas sentimentais, nutricionais, funcionais e adaptação ao indivíduo analisado globalmente, pois ainda é precário no Brasil o serviço de apoio formal, praticado por profissionais e instituições de atendimento à saúde onde os cuidadores acabam aprendendo nas breves consultas um pouco mais sobre o cuidar de idosos, e assim dentro de um cenário carente de políticas públicas a maioria das famílias brasileiras vê se enfrentando o cuidado, mesmo sem preparo, sem apoio formal.

A realidade de expansão da população idosa é inegável e estes precisarão de cuidados, então nota-se a necessidade da adequada qualificação profissional em que no curso de formação de cuidadores seja inserida a visão multidimensional do idoso a partir da abrangência das várias formações de graduação em saúde como psicologia, fisioterapia, terapia ocupacional, nutrição, farmácia, odontologia, enfermagem e medicina, para assim o cuidador em sua formação ter acesso a conhecimentos básicos nas várias esferas de cuidados tendo contato com esses profissionais para que se possa ofertar maior qualidade de serviço ao idoso ou instituição que o contrate, além da manutenção e atualização por cursos de aperfeiçoamento sempre que necessários por parte das instituições, principalmente no caso das ILPI, a fim de assegurar o cuidado adequado e qualidade de vida.

De modo geral, salienta-se a necessidade da operacionalização e efetivação das políticas públicas existentes direcionadas a essa população as quais contemplam ações para a melhora do seu desempenho funcional, e a precisão de integração dos diferentes profissionais na promoção da saúde e no apoio à comunidade.

### Referências

- Aires, M., Paz, A. A., & Peroza, C. T. (2009, Setembro). Situação de saúde e grau de independência de pessoas idosas institucionalizadas. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 30 (3), 492-499. Recuperado em: [www.upf.com.br/seer/index.php/rbceh/article/download/79/75](http://www.upf.com.br/seer/index.php/rbceh/article/download/79/75).
- Alcântara, A. O. *Velhos institucionalizados e família: entre abafos e desabafos*. 2 ed. Campinas, SP: Alínea.
- Almeida, S. T., Stobäus, C. D., & Resende, T. L. (2013). Adaptação transcultural do Selection, Optimization and Compensation questionnaire (SOC) para aplicação a idosos. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 16(2), 221-237. doi: 10.1590/S1809-98232013000200003.
- Alves, L. C., Leite, I. C., & Machado, C. J. (2010, junho). Fatores associados à incapacidade funcional dos idosos no Brasil: análise multinível. *Revista Saúde Pública*, 44(3), 468-478. doi: 10.1590/S0034-89102010005000009
- Alves, L. C., Leite, I. C., & Machado, C. J. (2008, julho). Conceituando e mensurando a incapacidade funcional da população idosa: uma revisão de literatura. *Ciências e Saúde Coletiva*, 13(4), 1199-1207. doi: 10.1590/S1413-81232008000400016.
- American Psychological Association. (2009). *Publication manual of the American Psychological Association* (6. ed.). Washington: APA.
- Araújo N. P., Brito Filho, D. C. C., Santos, D. C. C., Santos, F. L., Costa, R. V., Zoccoli, T. L. V. & Novaes, M. R. C. G. (2008). Aspectos sociodemográficos, de saúde e nível de satisfação de idosos institucionalizados no Distrito Federal. *Revista de Ciências Médicas*, 17 (3-6), 123-132. Recuperado em: <http://periodicos.puc-campinas.edu.br/seer/index.php/cienciasmedicas/article/view/749/729>.

- Araújo, M. O. P. H., & Ceolim, M. E. (2007, setembro). Avaliação do grau de independência de idosos residentes em instituições de longa permanência. *Revista Escola de Enfermagem da USP*, 41(3), 378-85. doi: 10.1590/S0080-62342007000300006.
- Avlund, K., Lund, R., Holstein, B.E. & Due, P. (2004). Social relations as determinant of onset of disability in aging. *Arch Gerontol Geriatr*, 38, p 85-90. Recuperado em: <http://www.aggjournal.com/article/S0167-4943%2803%2900100-6/abstract>.
- Ballester, E. C., Periz, L. A., Codinachs, M. C., Fonts, L. C., & Alonso, M. P. (2009). Valoración del grado de autonomia funcional de pacientes renales crônicos según índices de Barthel, Lawton y baremo de Ley de Dependência. *Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica*, 12 (2), 104 -110, 2009. Recuperado em: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3036529>.
- Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In: P. B. Baltes & M. M. Baltes (Eds). *Successful aging. Perspectives from behavioral sciences* (pp. 1-34). Cambridge: Cambridge University Press, 1990.
- Bertolucci, P. H. F., Bruki, S. M. D., Campacci, S. R., & Juliano, Y. (1994). O Mini-Exame do Estado Mental em uma população geral: Impacto da escolaridade. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 52 (1), 1-7. doi: 10.1590/S0004-282X1994000100001.
- Biaggio, A. M. B. (1991). *Psicologia do desenvolvimento*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Born, T., & Boechat, N. S. A qualidade dos cuidados ao idoso institucionalizado. Em: Freitas, E. V. & Py, L.(2011) *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 3 ed. (pp. 1299-1309). Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan.

Brasil, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. (2005) Resolução da Diretoria Colegiada – RDC N° 283 de 26 de setembro de 2005. *Dispões sobre a regulamentação das instituições para Longa Permanência de idosos*. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Seção 1, Brasília, DF.

Brasil, Conselho Nacional de Assistência Social [CNAS]. (2009). Resolução n° 109, de 11 de Novembro de 2009. *Aprova a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais*. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 25 de novembro de 2009.

Brasil, Ministério da Saúde (2008). Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Guia prático do cuidador* - Ministério da Saúde. Série A. Normas e Manuais Técnicos 2008. Recuperado em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_pratico\\_cuidador.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_cuidador.pdf).

Brasil, Ministério de Estado da Saúde. (2006) Portaria n° 2.528 de 19 de outubro de 2006. *Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa*. Brasília, DF. Recuperado em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2528>.

Brasil, Ministério Público do Estado do Pará. Promotoria de Justiça de Defesa da Pessoa com Deficiência e do Idoso (2013). *MP recomenda e Estado acata desativação do abrigo Socorro Gabriel*. Recuperado em: <http://www.mp.pa.gov.br/index.php?action=Menu.interna&id=2021&class=N>

Brasil, Previdência social. *Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social – BPC-LOAS ao idoso e à pessoa com deficiência*. Recuperado em: <http://www.previdencia.gov.br/conteudoDinamico.php?id=23>.

Bronfenbrenner, U. (1996) *A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados*. Porto Alegre, RS: Artmed.

- Bronfenbrenner, U. (2011). *Bioecologia do desenvolvimento humano: tornado os seres humanos mais humanos*. Porto Alegre, RS: Artmed.
- Brucki, S. M. D., Nitrini, R., Caramelli, P., Bertolucci, P. H. F., & Okamoto, I. H. (2003). Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 61(3B), 777-781. doi: 10.1590/S0004-282X2003000500014.
- Bussato-Júnior, W. F. S. B., & Mendes, F. M. (2007). Incontinência urinária em idosos institucionalizados: relação com mobilidade e função cognitiva. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, 36(4), 49-54. Recuperado em: <http://www.acm.org.br/acm/revista/pdf/artigos/524.pdf>.
- Caldas, C. P. (2003, junho). Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(3), 773-778. doi: 10.1590/S0102-311X2003000300009.
- Calomé, I. C. S., Marqui, A. B. T., Jahn, A. C., Resta, D. G., Carli, R., Winck, T., & Nora, T. T. D. (2011). Cuidar de idosos institucionalizados: características e dificuldades dos cuidadores. *Revista Brasileira Eletrônica de Enfermagem*, 13 (2), 306-312. Recuperado em: [http://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/v13/n2/pdf/v13n2a17.pdf](http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v13/n2/pdf/v13n2a17.pdf).
- Camarano, A. A. (Ed.). (2004). *Os Novos Idosos Brasileiros: Muito Além dos 60?* Rio de Janeiro, RJ: IPEA. Recuperado em: [http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/Arq\\_29\\_Livro\\_CompletC.pdf](http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/Arq_29_Livro_CompletC.pdf).
- Camarano, A. A. (Ed.). (2007). *Características das Instituições de Longa Permanência para Idosos: Região Norte*. Rio de Janeiro, RJ: IPEA. Recuperado em: [http://www.prsp.mpf.mp.br/prdc/areadeatuacao/dpesidt/Livro\\_CaractdasInstituicoesRegiao\\_Norte.pdf](http://www.prsp.mpf.mp.br/prdc/areadeatuacao/dpesidt/Livro_CaractdasInstituicoesRegiao_Norte.pdf).



Camarano, A. A. (Ed.). (2002). *Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica*. Rio de Janeiro, RJ: IPEA, 2002.

Camarano, F. A., & Jung, T. C. (1999). Estudo comparativo do desempenho em testes de força muscular entre indivíduos jovens e idosos através da miometria. *Revista de Fisioterapia Universidade de São Paulo*, 6 (1), 101-112.

Carthery-Goulart, M. T., Areza-Fegyveres, R., Schultz, R. R., Okamoto, I., Caramelli, P., ... & Nitrini, R. (2007, setembro). Adaptação Transcultural da Escala de Avaliação de incapacidade em demência (Disability Assessment For Dementia - DAD) *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 65 (3-B), 916-919. doi: 10.1590/S0004-282X2007000500038.

Cavalcante, L. I. C. (2008). *Ecologia do cuidado: interações entre a criança, o ambiente, os adultos e seus pares em instituições de abrigo*. Tese de doutorado, Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento, Universidade Federal do Pará. Belém, Pará.

Chaimowicz, F. A. (1997, abril). Saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. *Revista Saúde Pública*, 31 (2), 184-197. doi: 10.1590/S0034-89101997000200014.

Brasil, República Federativa do Brasil (1998). *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. São Paulo: Saraiva.

Converso, M. E. R., & Lartelli, I. (2007). Caracterização e análise do estado mental e funcional de idosos institucionalizados em instituições públicas de longa permanência. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*; 56 (4), 267-272. doi: 10.1590/S0047-20852007000400005.

Danilow, M. Z., Moreira, A. C. S., Villela, C. G., Barra, B. B., Novaes, M. R. C. G., & Oliveira, M. P. F. (2007). Perfil epidemiológico, sociodemográfico e psicossocial

de idosos institucionalizados do Distrito Federal. *Comunicação em Ciências Saúde*, 18(1), 9-16. Recuperado em: [http://www.fepecs.edu.br/revista/Vol18\\_1art01.pdf](http://www.fepecs.edu.br/revista/Vol18_1art01.pdf)

Dantas, C. M. H. L. (2010). *Capacidade Funcional de idosos acometidos por doenças crônicas residentes em Instituições de Longa Permanência*. (Dissertação de Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife, PE.

Davim, R. M. B., Torres, G. V., Dantas, S. M. M., & Lima, V. M. (2004). Estudo com idosos de instituições asilares no município de Natal/RN: características socioeconômicas e de saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 12 (3), 518-524. doi: 10.1590/S0104-11692004000300010.

Dias, G. B., Pedroso, J. S., & Magalhães, C. M. C. (2011). Avaliação do desenvolvimento infantil em instituição de acolhimento. Em Magalhães, C. M. C, Cavalcante, L. I. C, Pontes, F. A. R. P., Silva, S. S. C., & Corrêa, L. S. C (Orgs.). *Contextos ecológicos do desenvolvimento humano I*, (pp. 47-68). Belém, PA: Paka-Tatu.

Farina, M. (1986). *Psicodinâmica das cores em comunicação*. 4 ed. São Paulo: Edgar Blucher.

Fernandes, F. S. L., Raizer, M. V., & Bretãs, A. C. P. (2007, setembro). Pobre, idoso e na rua: uma trajetória de exclusão. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, 15, 755-761. Recuperado em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281421882007>.

Ferreira, C. A. N. F. (2009). *Envelhecimento e Lazer: um caminho para a qualidade de vida*. (Dissertação de Mestrado em Saúde Pública). Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal. Recuperado em: <http://hdl.handle.net/10316/13532>.

- Ferreira, G. M., & Nogueira, R. N. S. M. (2013). *Perfil psicossocial de idosos residentes em instituições de longa permanência para idosos*. (Monografia não publicada). Programa de Residência Multiprofissional em Saúde- Eixo Saúde do Idoso. Universidade Federal do Pará, Belém, PA.
- Freitas, E. V., & Py, L.(Eds.).(2011). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 3 ed. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan.
- Gorzoni, M. L., & Jacob Filho, W. (2008). Impacto do envelhecimento populacional na saúde pública. Em: Jacob Filho, W., & Gorzoni, M. L. *Geriatria e gerontologia: o que todos devem saber*. (pp. 1-6). São Paulo, SP : Roca.
- Guedes, J. M., & Silveira, R. C. R. (2004). Análise da capacidade funcional da população geriátrica institucionalizada na cidade de Passo Fundo - RS. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, 1 (2), 10-21. Recuperado em: <http://www.upf.br/seer/index.php/rbceh/article/view/10/32>.
- Heckhausen, J., & Schulz, R. (1995). A life-span theory of control [Resumo] *Psychological Review*, 102, 284-304. Recuperado em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7740091>.
- Herédia, V. B. M., Casara, M. B., Cortelletti, I. A., Ramalho, M. H., Sassi, A., & Borges, M. N. (2004). A realidade do idoso institucionalizado. *Textos Sobre Envelhecimento*, 7(2), 9-21, Recuperado em: [http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1517-59282004000200002&lng=pt&nrm=iso](http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-59282004000200002&lng=pt&nrm=iso).
- Hébert, R. (2003, Janeiro). La perte d'autonomie. *Neurologie, Psychiatrie, Gériatrie*, 3, 33-40. Recuperado em: <http://www.sciencedirect.com>.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA [IBGE]. (2008).

*Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Um Panorama da Saúde no Brasil:*

*Acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção*

*à saúde.* Recuperado em:

[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/panorama\\_saude\\_brasil\\_2003\\_2008/default.shtm](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/panorama_saude_brasil_2003_2008/default.shtm).

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA [IBGE]. (2009).

*Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil 2009.* Recuperado em:

[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic\\_sociosaude/2009](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009).

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA [IBGE]. (2010). *Censo*

*Demográfico 2010.* Recuperado em:

<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>.

Jabur, F.C., Siqueira, D., & Reis, V. V. M. (2007). Perfil da clientela atendida em instituição de longa permanência. *Estudos*, 34, 85-99. Recuperado em:

<http://seer.ucg.br/index.php/estudos/article/view/309>.

Jacob Filho, W., & Gorzoni, M. L. (2008). *Geriatrics e gerontologia: o que todos devem saber.* São Paulo, SP: Roca.

Katz, S., Ford, A. B., Moskowitz, R. W., Jackson, B. A., & Jaffe, M. W. (1963). The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA*, 12, 914-919. doi:10.1001/jama.1963.03060120024016.

Kawamoto, R., Yoshida, O., & Oka, Y. (2004). Factors related to functional capacity in community-dwelling elderly. *Geriatrics Gerontol Int*, 4, 105-110. doi: 10.1111/j.1447-0594.2004.00130.x.

- Khoury, H. T. T., & Günther, i. A. (2009). Processos de auto-regulação no curso de vida: controle primário e controle secundário. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 22, 1, 144-152. doi: 10.1590/S0102-79722009000100019.
- Kinsella, K. (1996). Demographic aspects. Em Ebrahim S, & Kalache A, (Eds). *Epidemiology in old age. BMJ Publishing Group*, 32-40.
- Koller, S. (2004). *Ecologia do desenvolvimento Humano*. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- Lawton, M. P., & Brody, E.M. (1969). Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*, 9 (3), 179-186. Recuperado em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/5349366>.
- Lee, Y. (2000, fevereiro). The predictive value of self-assessed general, physical, and mental health on functional decline and mortality in older adults. *J Epidemiol Community Health*, 54, 123-129. doi: 10.1136/jech.54.2.123.
- Lei n. 10.741, de 01 de Outubro de 2003 (2003, 01 de outubro). Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília: DF. *Cidadania da pessoa Idosa é garantia Constitucional*. Belém: PA: Conselho Estadual dos Direitos da pessoa Idosa.
- Lei n. 8.842 de 04 de janeiro de 1994 (1994, 04 de janeiro). Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, seção 1. Brasília, DF.
- Lenardt, M. H., Michel, T., Wachholz, P. A., Borght, A. S., & Seima, M. D. (2009, setembro). O desempenho de idosas institucionalizadas no minixame do estado mental. *Acta Paulista de Enfermagem*. 22 (5), 638-644. doi: 10.1590/S0103-21002009000500007.

- Lino, V. T. S., Pereira, S. R. M., Camacho, L. A. B., Ribeiro Filho, T., & Buksman, S. (2008). Adaptação transcultural da Escala de Independência em Atividades da Vida Diária (Escala de Katz). *Cadernos de Saúde Pública*, 24 (1),103-112. doi: 10.1590/S0102-311X2008000100010.
- Machado, F. R. (2010). *Análise Bioecológica da Qualidade de Vida do Idoso: Considerações sobre o Microssistema Familiar*. Dissertação de Mestrado, Mestrado em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Goiás. Goiânia, GO. Recuperado em: <http://www.rcaap.pt/detail.jsp?id=urn:reporx.ibict.brall:oai:ucg.br:761>.
- Machado, L., & Queiroz, Z. V. (2006). Negligência e maus-tratos. Em: Freitas, E. V., Py, L., Cançado, L. F. A. X., Doll, J., & Gorzoni, M. L (Eds.). *Tratado de geriatria e gerontologia*, 1152-1159. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan.
- Maciel, A. C. C., & Guerra, R. O. (2007, junho). Influência dos fatores biopsicossociais sobre a capacidade funcional de idosos residentes no nordeste do Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 10(2): 178-89. doi: 10.1590/S1415-790X2007000200006.
- Matsudo, S. M. (2000). *Avaliação do idoso: física e funcional*. Londrina, PR: Midiograf.
- Mello, B. L. D., Haddad, M. C. L., & Dellarozza, M. S. G. (2012, junho). Avaliação cognitiva de idosos institucionalizados. *Acta Scientiarum. Health Sciences*, 34 (1), 95-102. doi:10.4025/actascihealthsci.v34i1.7974.
- Mendes, M. R. S. S. B, Gusmão, J. L., Faro, A. C. M. & Leite, R. C. B. (2005, outubro). A situação social do idoso no Brasil: uma breve consideração. *Acta Paul Enferm*, 18 (4), 422-426. doi: 10.1590/S0103-21002005000400011.

- Menezes, R. L., & Bachion M. M. (2008) Estudos da presença de fatores de risco para quedas em idosos institucionalizados. *Ciências & Saúde Coletiva*, 13(4), 1209-1218. doi: 10.1590/S1413-81232008000400017.
- Murabito, J. M., Pencina, M. J., Zhu, L., Kelly-Hayes, M., Shrader, P. & D'Agostino, R. B. (2008, Julho) Temporal trends in self-reported functional limitations and physical disability among the community-dwelling elderly population: the Framingham hearth study. *Am J Public Health*, 98 (7), 1256-1262. doi: 10.2105/AJPH.2007.128132.
- Naranjo, J. L. R., Estrada, L. C., Ferra, R. R., Jiménez, I. P., & Rivero, J. P. (2001, maio). Autonomía e validismo en la tercera edad. *Revista Cubana Med Gen Integr*, 17 (3), 222-226. Recuperado em: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252001000300003&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252001000300003&lng=es&nrm=iso).
- Neri, A. L. (2006). O legado de Paul B. Baltes à Psicologia do Desenvolvimento e do Envelhecimento. *Temas em Psicologia*, 14(1), 17-34. Recuperado em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-389X2006000100005&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2006000100005&lng=pt&tlng=pt).
- Neto, C. (2001). Aprendizagem, Desenvolvimento e jogo de atividade física. Em Guedes, M. G. S. *Aprendizagem motora: problemas e contextos*. (pp. 193-217). Lisboa: Edições FMH.
- Netto, M. P. (2007). Processo de envelhecimento e longevidade. Em: Papaléo Netto M. *Tratado de gerontologia*. 2a ed (pp. 3-14). São Paulo: Atheneu.
- Nogueira, S. L., Ribeiro, R. C. L., Rosado, L. E. F. P. L., Franceschini, S. C. C., Ribeiro, A. Q. & Pereira, E. T. (2010, julho). Fatores determinantes da capacidade

funcional em idosos longevos. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 14 (4), 322-329.  
doi: 10.1590/S1413-35552010005000019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE [OMS]. (2002, abril). II Assembleia Mundial sobre Envelhecimento. Madri: Comunicado de imprensa do Departamento de Informação Pública da ONU, 4619. Recuperado em: <http://www.unric.org/html/portuguese/ecosoc/ageing/idosos-final.pdf>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE [OMS]. (2012, abril). *10 datos sobre el envejecimiento de la población* Recuperado em: <http://www.who.int/features/factfiles/ageing/es/index.html>.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE [OPAS]. (1998). *Salud de las personas de edad: envejecimiento y salud; un cambio de paradigma*. Genebra, 1998. Recuperado em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online>.

Paschoal, S. M. P. (1999). Autonomia e independência. Em: Papaleo Netto M. *Gerontologia* (p. 313-323). São Paulo, SP: Atheneu.

Pavarini, S. F. I. (1996). *Dependência comportamental na velhice: uma análise do cuidado prestado ao idoso institucionalizado*. (Tese de doutorado). Faculdade de Educação da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP. Recuperado em: <http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=vtls000115455>

Pelegrin, A. K. A. P., Araújo, J. A., Costa, L. C., Cyrillo, R. M. Z., & Rosset, I. (2008). Idosos de uma Instituição de Longa Permanência de Ribeirão Preto: níveis de capacidade funcional. *Arquivos de Ciências da Saúde*, 15(4), 182-188. Recuperado em: [http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs\\_ol/vol-15-4/IDB%20297.pdf](http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs_ol/vol-15-4/IDB%20297.pdf)

Perracine, M. R., Fló, C. M., Guerra, R. O. (2011) Funcionalidade e envelhecimento. Em Perracine, M. R., Fló, C. M. *Funcionalidade e envelhecimento*. (pp. 3-24). Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan.



- Pinto, M. V. M. (2009). *Envelhecimento e institucionalização: construindo uma história de pesquisas*. São Paulo, SP: Andreolli.
- Pires, S. L. (2008). Instituição de longa permanência. Em Jacob Filho, W. & Gorzoni, M. L. *Geriatria e gerontologia: o que todos devem saber*. (pp. 233-246). São Paulo, SP: Roca.
- Pollo, S. H., & Assis, M. (2008). Instituições de longa permanência para idosos – ILPI: desafios e alternativas no município do Rio de Janeiro. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 11(1). Recuperado em: <http://www.unati.uerj.br/tse/scielo.php>.
- Porto, I., & Koller, S. H. (2008). Violência contra idosos institucionalizados. *Psic Revista de psicologia da Vetor Editora*, 9(1), 1-9. Recuperado em: <http://repositorio.furg.br:8080/jspui/bitstream/1/1503/1/Viol%C3%Aancia%20contra%20idosos%20institucionalizados.pdf>
- Ramos, L. R.(2011). A mudança de Paradigma na Saúde e o Conceito de Capacidade Funcional. Em: Ramos, L. R., & Cendoroglo, M. S. *Guia de Geriatria e Gerontologia*. (2 ed., pp. 1 -7). Barueri: Manole.
- Ramos, L. R., Rosa, T. E. C., Oliveira, Z. M., Medin, M. C. G., & Santos, F. R. G. (1993). Perfil do idoso em área metropolitana na Região Sudeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. *Revista Saúde Pública*, 27 ( 2), p. 87-94.
- Ramos, L. R., Veras, R. P., & Kalache, A. (1987. junho). Envelhecimento populacional: uma realidade brasileira. *Revista Saúde Pública*, 21 (3), 211-224. doi: 10.1590/S0034-89101987000300006.
- Raso, V. (2002). A adiposidade corporal e a idade prejudicam a capacidade funcional para realizar as atividades da vida diária de mulheres acima de 47 anos. *Revista*

*Brasileira de Medicina Esporte*, 8 (6), 225-234. doi; 10.1590/S1517-86922002000600004.

Reis, P. O., & Ceolim, M. F. (2007). O significado atribuído a “ser idoso” por trabalhadores de instituições de longa permanência. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 41 (1), 57-64. Recuperado em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n1/v41n1a07.pdf>.

Ribeiro, M. T. F., Ferreira, R. C., Ferreira, E. F., Magalhães, C. S., & Moreira, A. N. (2008, julho). Perfil dos cuidadores de idosos nas instituições de longa permanência de Belo Horizonte, MG. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(4), 1285-1292. doi: 10.1590/S1413-81232008000400025.

Rocha, M.P. F., Vieira, M. A., & Sena, R. R. (2008, julho). Desvelando o cotidiano dos cuidadores informais de idosos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 61 (6), 801-808. doi: 10.1590/S0034-71672008000600002.

Rodrigues, N. O., & Neri, A. L. (2012, Agosto) Vulnerabilidade social, individual e programática em idosos da comunidade: dados do estudo FIBRA, Campinas, SP, Brasil *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(8), 2012, 2129-2139. doi: 10.1590/S1413-81232012000800023.

Rothbaum, F., Weisz, J. R., & Snyder, S. S. (1982). Changing the world and changing the self: A two-process model of perceived control [Resumo]. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42, 5-37. doi: 10.1037/0022-3514.42.1.5.

Santos, R. L. & Virtuoso Jr, J. S. (2008). Confiabilidade da versão brasileira da escala de atividades instrumentais da vida diária. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 21(4), 290-6. Recuperado em: <http://ojs.unifor.br/index.php/RBPS/article/view/575/2239>.

- Shiguemoto, G. E. (2007). Avaliação do idoso: anamnese e exame da performance física. Em Rebelato, J. R., Morelli, J. G. S. *Fisioterapia Geriátrica: A prática de assistência ao idoso*. (2ª. ed.) Barueri, SP: Manole.
- Silva, L. R. F. (2008, Janeiro). Da velhice à terceira idade: o percurso histórico das identidades atreladas ao processo de envelhecimento, *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, 15(1), 155-168. doi: 10.1590/S0104-59702008000100009.
- Stefanello, J. M. F. (2001). Aprendizagem motora e a ecologia do desenvolvimento humano. Em Guedes, M. G. S. *Aprendizagem motora: problemas e contextos*. (pp. 93-103). Lisboa, Portugal: Edições FMH.
- Stuart-Hamilton, I. (2002) *A psicologia do envelhecimento: uma introdução*. (3ª. ed.) Porto Alegre, RS: Artmed.
- Talmelli, L. F. S., Gratão, A. C. M., Kusumota, L., & Rodrigues, R. A. P. (2010, dezembro). Nível de independência funcional e déficit cognitivo em idosos com doença de Alzheimer. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 44 (4), 933-939. doi:10.1590/S0080-62342010000400011.
- Terra, N. L., Bós, A. J. G., Bonard, G., Dickel, S. G. F., Mohr, C. C. M., Mann, L. M.,... & Lopes, M. M. I. (2009). Diferenças biopsicossociais entre idosos de instituição asilar particular e filantrópica da cidade de Porto Alegre. *Scientia Medica*, 19 (1), 3-10. Recuperado em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/scientiamedica/article/viewFile/4141/3851>.
- Tomasini, S. L., & Alves, S. (2007, janeiro). Envelhecimento bem-sucedido e o ambiente das instituições de longa permanência. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, 4 (1), 88-102. Recuperado em: <http://www.upf.br/seer/index.php/rbceh/article/view/119/94>.

- Veras, R. (2003). A novidade da agenda social contemporânea: a inclusão do cidadão de mais idade. *Terceira idade*, 4 (8), 6-29.
- Viviam, A. S., & Argimon, I. I. L. (2009). Estratégias de enfrentamento, dificuldades funcionais e fatores associados em idosos institucionalizados. *Cadernos de Saúde Pública* 25(2), 436-444. doi: 10.1590/S0102-311X2009000200022.
- Whitaker, D C. A. (2010, maio). O idoso na contemporaneidade: A necessidade de se educar a sociedade para as exigências desse “novo” ator social, titular de direitos. *Cadernos CEDES*, 30 (81). doi: 10.1590/S0101-32622010000200004.
- Wong, L. L. R.; Carvalho. (2006, Janeiro). O rápido processo de envelhecimento populacional do Brasil: sérios desafios para as políticas públicas. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, São Paulo, 23 (1), 5-26. Recuperado em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepop/v23n1/v23n1a02>.
- Xavier, F., Ferraz, M. P., Bisol, L. W., Fernandes, D. D., Schwanke, C., & Moriguchi, E. H. (2000, janeiro). Octagenários de Veranópolis: as condições psicológicas, sociais e de saúde geral de um grupo representativo de idosos com mais de 80 anos residentes na comunidade. *Rev AMRIGS*, 44(1/2), 25-29.
- Zimmerman, G. I. (2000). *Velhice: aspectos biopsicossociais*. Porto Alegre: Artmed.

**Apêndices****-A-****Questionário**

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Instituição \_\_\_\_\_

**I – Bloco demográfico**1 - Sexo: 1  Masculino      2  Feminino

2 - Naturalidade: \_\_\_\_\_

3 - Data de nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ ou idade \_\_\_\_ anos

4 - Estado Civil:

1  Solteiro 2  Casado 3  Separado 4  Divorciado 5  Viúvo  União Estável**II - Bloco socioeconômico**

5 - Onde vivia antes da institucionalização?

1.  Casa Própria4.  Casa de outros familiares2.  Casa Alugada5.  Lar3.  Casa de filhos6.  Outra. Qual?

6 - Com quem vivia antes da institucionalização?

1.  Sozinho4.  Outros familiares. Quantos? \_\_\_\_  
Quais? \_\_\_\_\_2.  Cônjuge5.  Instituição3.  Filhos. Quantos?6.  Outra. Qual?

7 – Escolaridade

1.  Analfabeto6.  Nível Médio incompleto2.  Sabe assinar / escrever7.  Nível Médio completo3.  Sabe ler e escrever sem ter cursado  
escola8.  Nível Superior incompleto4.  Nível Fundamental incompleto9.  Nível Superior completo5.  Nível Fundamental completo10.  Outras. Quais? \_\_\_\_\_

8 – Qual a profissão (atual ou a última)? \_\_\_\_\_

9 – Rendimentos. Qual a origem do rendimento mensal?

1.  Trabalho3.  Pensão de invalidez2.  Pensão de reforma ou aposentação4.  Pensão de sobrevivência

5.  Pensão social
6.  Encontra-se a cargo de familiares
7.  Rendimentos próprios  
(propriedades, negócios)
8.  Sem rendimentos
9.  Outros. Qual? \_\_\_\_\_

10 - Declara alguma religião?  Sim  Não

1.  Católica
2.  Protestante
3.  Adventista
4.  Islamismo
5.  Outra. Qual? \_\_\_\_\_
6.  Nenhuma

### III – Bloco Acolhimento Institucional /Vínculos

11 - Motivo do asilamento?

1.  Ausência de familiares
2.  Viuvez
3.  Solidão
4.  Vontade própria
5.  Não querer ser um problema para a família
6.  Problema físico
7.  Problema social/ financeiro
8.  Outros. Quais? \_\_\_\_\_

12- Possui vínculo familiar? 1.  Sim 2.  Não

13- Recebe visitas? 1.  Sim 2.  Não

14 - Relações familiares. Relaciona-se com os familiares?

1.  Diariamente
2.  Dias alternados
3.  Dois dias por semana
4.  Semanalmente
5.  Quinzenalmente
6.  Mensalmente
7.  Anualmente
8.  Outro período.  
Qual? \_\_\_\_\_

15- Data que deu entrada na instituição: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### IV – Bloco Saúde do Idoso

15 – Presença de patologia? 1.  Sim 2.  Não

16 - Se sim a questão 15 quais as patologias?

- |   |   |
|---|---|
| 1. Tem diabetes: 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não    | 7. Tem varizes: 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não         |
| 2. Teve AVE : 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não       | 8. Teve queda: 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não          |
| 3. Tem insônia: 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não     | 9. Saúde mental: 1. <input type="checkbox"/> não-caso 2. <input type="checkbox"/> Caso  |
| 4. Tem reumatismo: 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não  | 10. Teve hospitalizado: 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não |
| 5. Tem asma: 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não        |   |
| 6. Tem hipertensão: 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não |   |

17 - Como está a visão?

1.  Excelente 2.  Boa 3.  Regular 4.  Ruim 5.  Péssimo 6.  cego

18 - Como está a audição?

1.  Excelente 2.  Boa 3.  Regular 4.  Ruim 5.  Péssimo 6.  cego

**V – Grau de satisfação do idoso**

19 – Classifica a sua qualidade de vida como:

1.  Muito boa  2.  Boa  3.  Satisfatória  4.  Má  5.  Muito má

20. Como você considera a sua saúde comparada a outras pessoas da mesma idade?

1.  Melhor  2.  Igual  3.  Pior

**VI – Bloco Condições de vida e Atividades de relações sociais**

22 - Dorme com outros/divide o quarto com outros? 1.  Sim  2.  Não

23 – Participação em atividades? 1.  Sim  2.  Não

1.  Associação Religiosa
2.  Associação Cultural
3.  Associação Esportiva/ Recreativa
4.  Outras

24 – Como você passa seu tempo livre

- |   |  |
|---|--|
| 1. <input type="checkbox"/> Assiste TV          | 6. <input type="checkbox"/> Faz trabalhos manuais, renda, bordados |
| 2. <input type="checkbox"/> Conversa com amigos | 7. <input type="checkbox"/> Atividade sócio- recreativa            |
| 3. <input type="checkbox"/> Lê                  | 8. <input type="checkbox"/> Atividade física                       |
| 4. <input type="checkbox"/> Ouve rádio          |  |
| 5. <input type="checkbox"/> Ouve música         |  |

- B -

**MINI EXAME DO ESTADO MENTAL**

**Orientação Temporal Espacial** – questão 2.a até 2.j pontuando 1 para cada resposta correta, máximo de 10 pontos.

**Registros** – questão 3.1 até 3.d pontuação máxima de 3 pontos.

**Atenção e cálculo** – questão 4.1 até 4.f pontuação máxima 5 pontos.

**Lembrança ou memória de evocação** – 5.a até 5.d pontuação máxima 3 pontos.

**Linguagem** – questão 5 até questão 10, pontuação máxima 9 pontos.

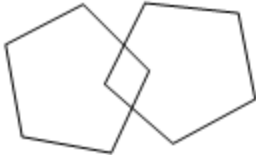
Identificação do cliente

Nome: \_\_\_\_\_

Data de nascimento/idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Escolaridade: Analfabeto ( ) 0 à 3 anos ( ) 4 à 8 anos ( ) mais de 8 anos ( )

Avaliação em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Avaliador: \_\_\_\_\_.

Pontuações máximas	Pontuações máximas
<p><b>Orientação Temporal Espacial</b></p> <p>1. Qual é o (a) Dia da semana?__ 1                      Dia do mês? _____ 1                      Mês? _____ 1                      Ano? _____ 1                      Hora aproximada?__ 1</p> <p>2. Onde estamos?</p> <p>Local? _____ 1                      Instituição (casa, rua)?__ 1                      Bairro? _____ 1                      Cidade? _____ 1                      Estado? _____ 1</p>	<p><b>Linguagem</b></p> <p>5. Aponte para um lápis e um relógio. Faça o paciente dizer o nome desses objetos conforme você os aponta _____ 2</p> <p>6. Faça o paciente. Repetir “nem aqui, nem ali, nem lá”. _____ 1</p>
<p><b>2. Registros</b></p> <p>1. Mencione 3 palavras levando 1 segundo para cada uma. Peça ao paciente para repetir as 3 palavras que você mencionou. Estabeleça um ponto para cada resposta correta.                      -Vaso, carro, tijolo _____ 3</p>	<p>7. Faça o paciente seguir o comando de 3 estágios. “Pegue o papel com a mão direita. Dobre o papel ao meio. Coloque o papel na mesa”. _____ 3</p> <p>8. Faça o paciente ler e obedecer ao seguinte: <b>FECHE OS OLHOS.</b> _____ 1</p> <p>09. Faça o paciente escrever uma frase de sua própria autoria. (A frase deve conter um sujeito e um objeto e fazer sentido). <b>(Ignore erros de ortografia ao marcar o ponto)</b> _____ 1</p>
<p><b>3. Atenção e cálculo</b></p> <p>Sete seriado (100-7=93-7=86-7=79-7=72-7=65). Estabeleça um ponto para cada resposta correta. Interrompa a cada cinco respostas. Ou soletrar a palavra MUNDO de trás para frente. _____ 5</p>	<p>10. Copie o desenho abaixo. Estabeleça um ponto se todos os lados e ângulos forem preservados e se os lados da interseção formarem um quadrilátero.</p> <div style="text-align: center;">  </div>



### **Índice de Katz**

#### **Atividades da Vida Diária (AVDs)**

##### **Banhar-se** (de esponja, na banheira ou no chuveiro):

- Toma banho completamente sem assistência.
- Recebe assistência para lavar apenas uma parte do corpo, como: pernas ou costas.
- Recebe assistência para lavar mais que uma parte do corpo.

##### **Vestir-se** (retirar roupas do armário e do cabide, inclusive roupas de baixo e sobretudo; lidar com fechos e cintos e calçar sapatos):

- Apanha as roupas e veste-se completamente sem assistência.
- Apanha as roupas e veste-se sem assistência, exceto no amarrar os cordões dos sapatos.
- Recebe assistência para arrumar as roupas e vestir-se ou permanece parcial ou completamente sem roupa.

##### **Usar sanitário** (ir ao sanitário para as eliminações, limpar-se após as eliminações e arrumar as vestes):

- Vai ao sanitário, limpa-se e arruma as vestes sem assistência. (pode usar objetos auxiliares como bengala, andador e
- Cadeira de rodas, pode usar comadre/papagaio à noite, esvaziando-os de manhã)
- Recebe assistência para ir ao sanitário, no limpar-se e arrumar as vestes após as eliminações ou no uso de comadre/papagaio à noite.
- Não consegue usar o sanitário para as eliminações.

##### **Deitar e levantar** da cama e sentar e levantar da cadeira:

- Sobe e desce da cama assim como senta-se e levanta-se da cadeira sem assistência (pode estar usando objeto auxiliar com bengala, andador).
- Sobe e desce da cama assim como senta-se e levanta-se da cadeira com assistência.
- Não sai da cama, acamado completamente.

##### **Continência das eliminações:**

- Tem controle completo das eliminações urinária e intestinal.
- Tem ocasionais “acidentes”.
- A assistência ajuda a manter o controle da micção (dos que usam cateter ou que são incontinentes).

##### **Alimenta-se:**

- Alimenta-se sem assistência.
- Alimenta-se por si, exceto para cortar a carne e passar manteiga no pão.
- Recebe assistência para alimentar-se.
- Recebe alimentação por gavagem ou por via enteral.

- D -

**ESCALA DE ATIVIDADES INSTRUMENTAIS DIÁRIAS (ESCALA DE LAWTON)**

**A . Telefone**

- 3= recebe e faz ligações, sem assistência
- 2= assistência para ligações ou telefone especial
- 1= incapaz de usar telefone

**B . Viagens**

- 3= viaja sozinho
- 2= viaja exclusivamente acompanhado
- 1= não viaja

**C . Compras**

- 3= faz compras, se fornecido transporte
- 2= faz compras acompanhado
- 1= incapaz de fazer compras

**D . Preparo das refeições**

- 3= planeja e cozinha refeições completas
- 2= prepara só pequenas refeições
- 1= incapaz

**E . Trabalho Doméstico**

- 3= tarefas pesadas
- 2= tarefas leves, com ajuda nas pesadas
- 1= incapaz

**F . Medicações**

- 3= toma remédio sem assistência
- 2= necessita de lembretes ou de assistência
- 1= incapaz de tomar sozinho

**G . Dinheiro**

- 3= preenche cheques e paga contas
- 2= assistência para cheques e contas
- 1= incapaz

Total mais freqüente

- 3=Independência;
- 2= Dependência Parcial;
- 1= Dependência Total

\* Adaptado de Lawton, M.P .& Brody, EM. Gerontologist 1969; 9: 179-186.

- E -

### **Escala de Avaliação da Incapacidade funcional para Demência (DAD – Disability Assessment for Dementia)**

Durante as últimas duas semanas, o paciente sem ajuda e sem ser lembrado...

#### **1 – HIGIENE**

- a . Tentou lavar-se sozinho ou tomar banho
- b. Tentou escovar os dentes ou cuidar de sua dentadura
- c. Decidiu cuidar de seu próprio cabelo (lavar e pentear)
- d. Preparou a água, as toalhas e o sabonete para se lavar ou tomar um banho\*  
(\*ligou/ abriu o chuveiro; colocou a água em uma temperatura agradável, levou sua toalha ao banheiro)
- e. Lavou e secou completamente todas as partes de seu corpo com segurança\*  
(\*sem problemas)
- f. Escovou seus dentes ou cuidou de sua dentadura adequadamente
- g. Cuidou de seu cabelo (lavou e penteou)

#### **2 – VESTIR-SE**

- a . Tentou vestir-se
- b. Escolheu roupas certas (roupas adequadas para a ocasião, roupas limpas, roupas adequadas ao tempo, roupas com cores que combinam )
- c. Vestiu-se sozinho na ordem certa (roupas de baixo, saia/calça, sapatos)
- d. Vestiu-se completamente.
- e. Tirou toda a roupa.

#### **3 – CONTINÊNCIA**

- a . Decidiu usar o banheiro nos momentos certos
- b. Usou o banheiro sem problemas

#### **4 – ALIMENTAR-SE**

- a . Decidiu que precisava comer\*  
(\*Quando estava com fome, pediu alguma coisa para comer ou foi pegar sozinho)
- b. Escolheu os talheres e os temperos\* certos ao comer.  
(\*escolheu corretamente se deveria usar um garfo, uma faca ou uma colher dependendo do alimento, escolheu os temperos certos, por exemplo, açúcar para o suco/ café; sal para a salada.)
- c. Comeu sua refeição em um ritmo\* normal e com boas maneiras.  
(\* em tempo normal, nem rápido nem lento demais.)

#### **5 – PREPARAÇÃO DA REFEIÇÃO**

- a . Tentou preparar uma refeição ou um lanche para si mesmo.
- b. Planejou adequadamente uma refeição leve ou um lanche (escolheu/separou os ingredientes/ utensílios\* para cozinhar)  
\* utensílios = objetos, coisas
- c. Preparou ou cozinhou uma refeição leve ou um lanche com segurança\*.  
(\*sem problemas, sem derrubar nada, sem acidentes)

#### **6 – USO DO TELEFONE**

- a . Tentou telefonar para alguém em um momento adequado.

- b. Achou e discou um número de telefone corretamente.
- c. Conversou adequadamente ao telefone.
- d. Anotou\* e comunicou um recado telefônico de forma exata\*.  
(\* somente para pacientes alfabetizados)  
(\*correta)

#### 7 – ATIVIDADE FORA DE CASA

- a. Decidiu sair (andar, fazer uma visita, comprar) em um momento adequado.
- b. Organizou adequadamente sua saída em relação a transporte, chaves, destino, tempo, dinheiro necessário, lista de compras.\*  
(\*pensou no transporte, destino e tempo; levou as chaves e dinheiro necessário, preparou ou levou lista de compras)
- c. Saiu e encontrou um destino familiar sem se perder.
- d. Utilizou de forma segura\* o meio de transporte adequado (carro, ônibus, táxi)  
(\*sem perder-se ou ter problemas no trajeto ou para pagar)
- e. Retornou da loja com os itens apropriados.  
(\*com as compras certas)

#### 8 – FINANÇAS E CORRESPONDÊNCIAS

- a. Mostrou interesse em assuntos pessoais, por ex. finanças e correspondências.
- b. Organizou suas finanças\* para pagar suas contas (cheques, extrato bancário\*, contas).  
(\*seu dinheiro)  
(\*papéis de banco)
- c. Organizou adequadamente sua correspondência em relação a papéis, endereço, selos.  
(\* Quando seu familiar escreveu uma carta foi capaz de colocá-la em um envelope e preencher este envelope corretamente para enviá-la?)
- d. Lidou adequadamente com seu dinheiro (fez troco)

#### 9- MEDICAÇÕES

- a. Decidiu tomar suas medicações no momento correto.
- b. Utilizou suas medicações como prescrito (de acordo com a dosagem certa).

#### 10 – LAZER E TAREFAS DE CASA

- A. Demonstrou interesse em atividades de lazer.\*  
(\*coisas que gosta de fazer ou que gostava de fazer antes de ficar doente, dentro ou fora de casa)
- b. Mostrou-se interessado em tarefas domésticas que costumava fazer no passado  
(\* exemplos: se mulher: cozinhar, arrumar a casa; se homem: fazer pequenos consertos, pintura)
- c. Planejou e organizou adequadamente as tarefas domésticas que costumava fazer no passado.\*  
(\*pegou, separou os objetos/ as coisas necessárias para cozinhar, fazer um conserto)
- d. Completou\* adequadamente as tarefas domésticas que costumava realizar no passado.  
(\*conseguiu fazer)
- e. Ficou em casa sozinho seguramente\* quando necessário.  
(\*sem problemas)

- F -

Data: \_\_\_\_\_ Entrevistador: \_\_\_\_\_

**Questionário para Caracterização dos cuidadores entrevistados da UAPI.**

**1. DADOS PESSOAIS:**

Nome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Naturalidade: \_\_\_\_\_

Escolaridade: \_\_\_\_\_ (1) Completo (2) Incompleto

Formação profissional: \_\_\_\_\_

**2. DADOS PROFISSIONAIS:**

a) A quanto tempo trabalha na UAPI? ( ) Menos de 1 ano

( ) 1 a 5 anos

( ) 5 anos ou mais

b) Que atividades realiza na UAPI?

( ) Higiene pessoal de idosos

( ) Alimentação

( ) Passeios

( ) Acompanhante em consultas

) Tem experiência como cuidador de idosos? Se sim, por quanto tempo desenvolveu essa atividade?

( ) Sim

( ) Não

( ) Menos de 1 ano

( ) 1 a 5 anos

( ) 5 anos ou mais

d) Fez algum treinamento ou curso sobre cuidados dos idosos?

( ) Sim ( ) Não

Se sim, Quais?

---

- G -

NÚCLEO DE MEDICINA  
TROPICAL-NMT/  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Idosos em acolhimento institucional: perfil e capacidade funcional

**Pesquisador:** TATIANE BAHIA DO VALE SILVA

**Área Temática:** Área 9. A critério do CEP.

**Versão:** 2

**CAAE:** 06642512.1.0000.5172

**Instituição Proponente:** Universidade Federal do Pará

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 139.375

**Data da Relatoria:** 30/10/2012

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O projeto apresenta de forma clara e fundamentada a importância do estudo proposto, especialmente no sentido de que deverá possibilitar a preparação de material que oriente e instrua os cuidadores de idosos em instituições de longa permanência a promover independência e autonomia funcional e melhoria da qualidade de vida. Apenas poderia deixar mais claro no texto como este tipo de estudo poderá beneficiar idosos com e sem declínio cognitivo.

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

O projeto contempla todos os termos de apresentação obrigatória.

**Recomendações:**

Não existem recomendações a serem feitas.

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

Não existem pendências a serem resolvidas ou inadequações na apresentação do projeto.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

Endereço: Av. Generalíssimo Deodoro, 92

Bairro: Umarizal

CEP: 66.055-240

UF: PA

Município: BELEM

Telefone: (91)3201-6857

E-mail: cepbel@ufpa.br

- H -

## **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

### **I. DADOS DO ENTREVISTADO**

NOME:

Data de Nasc.:

### **II. INFORMAÇÕES SOBRE O TRABALHO**

A pesquisa intitulada “**Idosos em acolhimento institucional: perfil e capacidade funcional**” de autoria da Fisioterapeuta Tatiane Bahia do Vale Silva, sob orientação da Prof<sup>a</sup>. Dra. Celina Maria Colino Magalhães. Será realizada nas Unidades de Acolhimento a Pessoa Idosa (UAPI) Lar da Providência e Socorro Gabriel, no período de Outubro de 2012 a Julho de 2013.

O objetivo da pesquisa é investigar a saúde funcional de idosos em situação de acolhimento institucional, objetivando o preparo de instrumentais que tragam qualidade de vida. Para isso, todos os participantes da pesquisa serão informados sobre os objetivos do trabalho através de leitura e palestras informativas, onde serão enfocados os detalhes dos procedimentos e a sua importância na pesquisa. Serão utilizadas as informações contidas nos prontuários, e no primeiro momento todos os participantes serão submetidos a avaliação cognitiva através do Mini-exame do Estado Mental (MEEM), aplicado pela fisioterapeuta responsável pela pesquisa, no leito ou quarto do idoso nas UAPI de forma individual e após o resultado do teste será avaliada a capacidade funcional por instrumentos que investigam as Atividades básicas e complexas realizadas no dia-a-dia individualmente, no caso de déficit cognitivo será entrevistado o cuidador e aplicadas questões do dia-dia do idoso

Os indivíduos participantes da pesquisa poderão ser beneficiados após o conhecimento da realidade desta população, e demonstração da necessidade de apoio multidisciplinar a estes pacientes, podendo desta forma contribuir para o surgimento de meios de intervenção eficientes que atendam a necessidade deste público ou ainda um programa multidisciplinar direcionados a estes. E assim, pode ocorrer o surgimento de mais projetos específicos a necessidade desta população, visto que o projeto oferece elevada possibilidade de gerar conhecimento para entender a saúde funcional dos idosos em acolhimento institucional e suas manifestações. Assim como, aos pesquisadores



possibilita a geração de futuras pesquisas baseadas no conhecimento fornecido pelo atual estudo. E a comunidade possibilita-se o maior conhecimento desta fase do desenvolvimento humano para assim promover prevenção não somente das limitações e manifestações advindas desta, mas também prevenção para a preservação da saúde funcional e melhora da qualidade de vida.

### **III. GARANTIAS DO SUJEITO DA PESQUISA**

Minha participação é voluntária nesse projeto de pesquisa. Será garantida a sua escolha em sair da pesquisa a qualquer momento, sem prejuízo ao seu tratamento. Você terá acesso a qualquer tempo, às informações sobre procedimentos, riscos e benefícios a respeito dos procedimentos da pesquisa. Os dados coletados serão armazenados, agrupados e colocados em relatórios feitos pelo pesquisador para destinar a publicação científica, garantindo o sigilo das informações contidas e a não identificação dos pacientes participantes da pesquisa.

### **IV. CONSENTIMENTO PÓS ESCLARECIDO.**

Eu, \_\_\_\_\_, declaro que, após ter sido esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, concordo em participar do presente protocolo de pesquisa.

BELÉM, PA \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

---

**Assinatura do entrevistado**

---

**Assinatura do pesquisador**