

UNIVERSIDADE DE PASSO FUNDO
FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA E FISIOTERAPIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENVELHECIMENTO HUMANO

Determinantes relacionados à institucionalização de idosos: estudo caso-controle

Ezequiel Vitório Lini

Passo Fundo

2015

Ezequiel Vitório Lini

Determinantes relacionados à institucionalização de idosos: estudo caso-controle

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Envelhecimento Humano da Faculdade de Educação Física e Fisioterapia da Universidade de Passo Fundo, como requisito parcial para obtenção de título de Mestre em Envelhecimento Humano.

Orientadora:

Prof^ª. Dr^ª. Marlene Doring

Coorientadora:

Prof^ª. Dr^ª. Marilene Rodrigues Portella

Passo Fundo

2015

CIP – Catalogação na Publicação

L756d Lini, Ezequiel Vitório
Determinantes relacionados à institucionalização de idosos :
estudo caso-controle / Ezequiel Vitório Lini. – 2015.
118 f. : il; 30 cm.

Dissertação (Mestrado em Envelhecimento Humano) –
Universidade de Passo Fundo, 2015.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Marlene Doring.

Coorientadora: Prof^ª. Dr^ª. Marilene Rodrigues Portella.

1. Envelhecimento. 2. Casas geriátricas. 3. Idosos -
Epidemiologia. I. Doring, Marlene, orientadora. II. Portella,
Marilene Rodrigues, 1959-, coorientadora. III. Título.

CDU: 613.98

Catalogação: Bibliotecária Angela Saadi Machado - CRB 10/1857

A Banca Examinadora, abaixo assinada, aprova a Dissertação:

“Determinantes relacionados à institucionalização de idosos: estudo caso-controle”

Elaborada por

EZEQUIEL VITÓRIO LINI

Como requisito parcial para a obtenção do grau de
“Mestre em Envelhecimento Humano”

Aprovada em: 05/03/2015
Pela Banca Examinadora


Prof^ª. Dr^ª. Marlene Doring
Orientadora e Presidente da Banca Examinadora


Prof^ª. Dr^ª. Lia Mara Wibelinger
Universidade de Passo Fundo – UPF/PPGEH


Prof^ª. Dr^ª. Camila Pereira Legisamo
Universidade de Passo Fundo – UPF/PPGEH


Prof^ª. Dr^ª. Marilene Rodrigues Portella
Coorientadora - Universidade de Passo Fundo – UPF/PPGEH


Prof^ª. Dr^ª. Tânia Rosane Bertoldo Benedetti
Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC


Prof^ª. Dr^ª. Denize Cornélio Luz
Universidade de Passo Fundo – UPF/FEEF

DEDICATÓRIA

Dedico esta obra aos meus pais, Paulino e Gladis, às amigas Débora e Jhúlia.

AGRADECIMENTOS

Em determinadas circunstâncias, achamos que não há forma de agradecer, em razão da imensa gratidão que sentimos. Creio que neste momento, através da eternização destas palavras, seja possível ao menos honrar as pessoas e entidades envolvidas nesta conquista.

Muito obrigado à minha professora orientadora Dra. Marlene Doring, por conduzir-me com extraordinária habilidade por todo o mestrado. Grato pela paciência, conhecimento, insistência, cobrança, parceria e confiança em mim depositados. Tive a certeza de estar em boas mãos já na primeira orientação!

À minha coorientadora, professora Dra. Marilene Rodrigues Portella, pela colaboração em momentos cruciais, pela habilidade diplomática, pelo dom de resolver problemas que em primeiro momento mostravam-se insolúveis.

Às professoras que compuseram a banca, Dra. Tânia R. Bertoldo Benedetti, Dra. Denize Cornélio Luz, Dra. Lia Mara Wibeling e Dra. Camila Pereira Leguisamo, pela revisão, dicas e intervenções que tornaram esta dissertação melhor.

Aos professores, Dra. Eliane L. Colussi, Dra. Helenice de Moura Scortegagna e Dr. Luiz Antonio Bettinelli, pelos conselhos e parcerias. Creio que ultrapassamos a frieza das barreiras aluno-professor.

Às alunas da graduação em enfermagem da Universidade de Passo Fundo, Amanda, Bianca, Carine, Franciane, Francine, Laís e Letícia, por contribuírem na operacionalização da coleta e digitação dos dados.

À secretária do Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano, Rita de Cássia De Marco, pelo esclarecimento de dúvidas burocráticas frequentes desde o momento em que apenas pensava em ingressar no programa. Grato pela paciência.

Às secretárias do curso de Enfermagem da Universidade de Passo Fundo, Adriana Alves e Franciele de Moraes, pelo acolhimento, colaboração e momentos de descontração.

Às instituições de longa permanência para idosos, pela receptividade. À Secretaria de Saúde de Passo Fundo, pela colaboração. Aos idosos, cuidadores, responsáveis e profissionais que dedicaram seu tempo para responder aos questionamentos.

Aos colegas do mestrado, Camila Tomicki, Fabiane Fogaça Espírito Santo, Paulo Cassiano Simor dos Santos, Sheila Cecagno Zanini, Vanessa Algeri, Viviane Gregoletti, pela divisão dos anseios e alegrias da vida de mestrando.

Aos meus pais, Paulino e Gladis, pelo apoio e respeito diante das minhas decisões, pela compreensão da ausência, pelo carinho, pelos ensinamentos sobre educação, caráter e ética.

À Débora Facin, pelo incentivo à inserção na pesquisa, pelo crédito a mim depositado, pelos conselhos, pela divisão do “escritório” por infindáveis e prazerosas (por vezes penosas) horas de trabalho, pela paciência e compreensão, pelas revisões e esclarecimentos contínuos sobre o uso correto da linguagem. À Jhúlia Lara, pela maturidade e compreensão neste período, que para ela deve ter sido ainda mais longo.

À Universidade, pela estrutura disponibilizada na realização da pesquisa.

Ao Fundo de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul (Fapergs), pela bolsa concedida.

EPIGRAFE

Me contaram e eu esqueci, Vi e entendi, Fiz e aprendi.

Confúcio

RESUMO

Lini, Ezequiel Vitório. **Determinantes relacionados à institucionalização de idosos** : estudo caso-controle. 2015. 118 f. Dissertação (Mestrado em Envelhecimento Humano) – Universidade de Passo Fundo, Passo Fundo, 2015.

O processo de institucionalização de idosos tem crescido em nosso país. Em breve, a demanda será maior que a oferta de leitos. Esta dissertação objetivou identificar os fatores que predispõem o encaminhamento dos idosos às instituições de longa permanência. Para tanto, optou-se pela realização de um estudo de caso-controle. Ao todo, 387 indivíduos com idade ≥ 60 anos foram entrevistados. Os casos (n = 191) foram representados por idosos residentes nas instituições de longa permanência do município de Passo Fundo, RS, que autorizaram a realização da pesquisa no ano de 2014. Contemplaram os controles (n = 196) os indivíduos com idade ≥ 60 anos residentes na área urbana do município. Na comparação entre os grupos, foram empregados os testes qui-quadrado de Pearson e o modelo de regressão logística com análise ajustada, e medidas de efeito expressas em *odds ratio* com intervalo de confiança de 95%. Para entrada no modelo múltiplo, foram consideradas as variáveis com $p \leq 0,20$. Após a análise múltipla, permaneceram como fatores de risco para a institucionalização: não ter companheiro(a) (solteiros, separados, viúvos) (OR = 9,7), não ter filhos(as) (OR = 4,0), apresentar sintomas sugestivos de demência (OR = 11,4) e ter dependência para as atividades básicas de vida diária (OR = 10,9). Os resultados desta pesquisa instigaram discussões sobre os motivos de institucionalização apontados até então pela literatura mundial. Medidas de prevenção aos fatores modificáveis devem ser priorizadas, além de maior incentivo à manutenção do cuidado em domicílio, seja formal ou informal.

Palavras-chave: 1. Idoso. 2. Instituição de Longa Permanência para Idosos. 3. Fatores de Risco. 4. Estudos de casos e controles. 5. Saúde do idoso institucionalizado.

ABSTRACT

Lini, Ezequiel Vitório. **Determinants related to the institutionalization of elderly** : case-control study. 2015. 118 f. Dissertação (Mestrado em Envelhecimento Humano) – Universidade de Passo Fundo, Passo Fundo, 2015.

The elderly institutionalization process has grown in our country, so much that the researches has warned that soon the demand will be greater than the supply of beds. This study aimed to identify the factors that predispose the referral of elderly to homes for the aged. Therefore, it was decided to conduct a study of cases and controls. In all, 387 individuals aged ≥ 60 years old were interviewed. The cases (n= 191) were represented by elderly people living in homes for aged in the city of Passo Fundo, RS who authorized the research in the year 2014. The controls (n = 196) individuals aged ≥ 60 years old of age in the urban area of the municipality. In the comparison between groups were analyzed using chi-squared tests of Pearson and the logistic regression model in the adjusted analysis, with effects expressed in oddsratio with a 95% confidence interval. For entry in the multiple model were considered variables with $p \leq 0.20$. After multivariate analysis, remained as risk factors for institutionalization: no partner (single, separated, widowed) (OR = 9.7), do not have children (OR = 4.0), symptoms suggestive of dementia present (OR =11.4) and have dependence for basic activities of daily living (OR=10.9). These results instigate discussions on the institutionalization of reasons given so far by the international literature. Prevention measures to modifiable factors should be prioritized and greater incentive to maintain the domestic care, whether formal or informal.

Keywords: 1. Elderly. 2. Homes for the Aged. 3. Risk Factors. 4. Case-Control Studies. 5. Health of Institutionalized Elderly.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Demonstração da proporção de idosos por instituição de longa permanência.....	19
Tabela 2	Distribuição dos idosos institucionalizados (casos) e residentes nos domicílios (controles) quanto às variáveis sociodemográficas. Passo Fundo, RS, Brasil, 2014. (N = 387).....	24
Tabela 3	Distribuição dos idosos institucionalizados (casos) e residentes nos domicílios (controles) quanto às variáveis clínicas. Passo Fundo, RS, Brasil, 2014. (N = 387).....	25
Tabela 4	Análise bruta e ajustada dos fatores associados à institucionalização de idosos. Passo Fundo, RS, 2014, Brasil, 2014.	27

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABVDs	Atividades Básicas de Vida Diária
AIVDs	Atividades Instrumentais de Vida Diária
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AVD	Atividade de Vida Diária
AVE	Acidente Vascular Encefálico
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
DSM	<i>IV Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i>
ESF	Estratégia Saúde da Família
GESC	Grupo de Estudos em Saúde Coletiva
H ₀	Hipótese Nula
Há	Hipótese Alternativa
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Intervalo de Confiança
ILPIs	Instituições de Longa Permanência para Idosos
MEEM	Mini Exame do Estado Mental
MIF	Medida de Independência Funcional
OR	<i>odds ratio</i>
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
QPAF	<i>Pfeffer Functional Activities Questionnaire</i>
SPSS	<i>Statistical Package for Social Science for Windows</i>
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPF	Universidade de Passo Fundo
WHO	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	PRODUÇÃO CIENTÍFICA	16
2.1	<i>Introdução</i>	18
2.2	<i>Metodologia</i>	19
2.3	<i>Resultados</i>	23
2.4	<i>Discussão</i>	28
2.5	<i>Conclusão</i>	34
2.6	<i>Referências</i>	35
3	CONSIDERAÇÕES FINAIS	40
	REFERÊNCIAS	42
	ANEXOS	52
	<i>Anexo A. Parecer Comitê de Ética</i>	53
	<i>Anexo B. Comprovante de submissão da produção científica</i>	59
	APÊNDICES	61
	<i>Apêndice A. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido</i>	62
	<i>Apêndice B. Projeto de Pesquisa</i>	65

1 INTRODUÇÃO

As instituições de longa permanência para idosos têm se configurado como uma opção de cuidado e/ou moradia. Para a Anvisa (2005), ILPIs são “instituições governamentais ou não governamentais destinadas à moradia coletiva de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar.” Portanto, essas entidades, também denominadas ainda como asilo, ancianato, lar, abrigo, casa de repouso, não necessariamente oferecem tratamentos de saúde aos idosos, e sim moradia e cuidados aos que apresentam algum grau de dependência.

Sabe-se que o processo de envelhecimento requer, em algum momento, serviço de saúde especializado que atenda às doenças crônicas e complicações presentes em boa parte desses indivíduos. A conquista de uma expectativa de vida cada vez mais alta e em ritmo acelerado, como o vivenciado em nosso país, ainda é acompanhada pelo proporcional crescimento de doenças, em especial, as crônicas não transmissíveis (VERAS, 2012).

As doenças crônicas, quando instaladas, repercutem na qualidade de vida em ações de monitoramento, acompanhamento e manutenção (VERAS, 2012). O prognóstico das doenças crônicas não transmissíveis poderá incidir diretamente na perda da autonomia e independência, com necessidade de cuidados contínuos (CAMARANO; KANSO, 2010). A partir do momento em que o idoso perde sua autonomia e contato social, reduz seus rendimentos financeiros, carece de auxílio e torna-se um problema aos familiares (LISBOA; CHIANCA, 2012). Os membros da família que passam a cuidar, depois de algum tempo, sentem a sobrecarga, seja física, mental ou financeira; nesta desestruturação, todos os envolvidos são afetados, ou seja, cuidadores, familiares e o próprio idoso (MAFRA, 2011). A contratação de profissionais especializados na oferta de cuidados em tempo integral é inviável para a maioria das famílias; é justamente diante das adversidades na oferta do suporte em domicílio que a

institucionalização começa a ser discutida como uma alternativa (CAMARANO; KANSO, 2010).

Diante da variabilidade de situações que podem resultar na institucionalização, desde a dependência até a indisponibilidade de um responsável pelo suporte que o idoso possa necessitar, questionaram-se quais são os fatores associados à institucionalização. No intuito de elucidar esta questão, este estudo caso-controle de base populacional identifica as características dos idosos institucionalizados e compara com os idosos residentes nos domicílios.

A prática de institucionalizar os idosos está em expansão no Brasil. Porém, a legislação “recomenda” que, ante a necessidade de cuidados, estes se deem em domicílio e, na impossibilidade deste, deve haver intervenção da comunidade e por fim do Estado. Todavia, estamos enfrentando um contingente crescente de doentes crônicos, que poderá, possivelmente, repercutir em necessidade de cuidados. O que se percebe é que a oferta de cuidados em domicílio está cada vez mais distante do funcionamento de outrora, quando a mulher era responsável por estes cuidados, quando idosos estavam inseridos em famílias numerosas que permitiam o revezamento de cuidados ou, ainda, quando as famílias eram constituídas pelo modelo dito “tradicional” de pai, mãe, filhos. As famílias mudaram sua estrutura e possivelmente promoverá, ou já promove, um cenário desfavorável para o idoso que careça de cuidados.

De fato, a demanda por instituições de longa permanência para idosos é uma realidade, tanto que, dos leitos disponíveis, segundo o último levantamento, mais de 90% estão ocupados (CAMARANO; KANSO, 2010). Nesse momento, com base nas diversas mudanças no cenário de saúde, envelhecimento e cuidado, é justificável identificar os fatores que levam os idosos às instituições de longa permanência, no intuito de balizar estratégias de prevenção e/ou adiamento desse processo de institucionalização. Ademais, esse conhecimento norteará os administradores das instituições, os órgãos fiscalizadores e o Estado, para que estes locais estejam de fato preparados para o acolhimento dos idosos.

A linha de pesquisa na qual esta dissertação está inserida é Aspectos Biológicos e Psicossociais do Envelhecimento Humano, do Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano da Universidade de Passo Fundo (UPF).

A produção científica a seguir, intitulada “Fatores associados à institucionalização de idosos: estudo caso-controle de base populacional”, objetiva identificar os fatores que predisõem à institucionalização. Para responder a este objetivo, realizou-se uma pesquisa de base populacional que contemplou os idosos residentes nas instituições de longa permanência e nas unidades de saúde do município de Passo Fundo (RS). Esta é uma pesquisa quantitativa, do tipo caso-controle, com aplicação de um questionário estruturado e instrumentos capazes de determinar as características sociodemográficas e clínicas, além do rastreamento do estado cognitivo e funcional da população investigada. Os resultados desta pesquisa estão descritos na produção científica, estudo este submetido à *Revista Texto & Contexto – Enfermagem*.

**FATORES ASSOCIADOS À INSTITUCIONALIZAÇÃO DE IDOSOS: ESTUDO
CASO-CONTROLE DE BASE POPULACIONAL**

Resumo: O envelhecimento populacional reflete em maior número de idosos com necessidade de atenção especializada e cuidados contínuos. A instituição de longa permanência é uma alternativa cada vez mais procurada. Com o objetivo de identificar os fatores associados à institucionalização de idosos, realizou-se um estudo caso-controle de base populacional com 387 idosos de Passo Fundo, RS, 2014. Os casos foram representados por 191 indivíduos com idade ≥ 60 anos residentes em 13 instituições de longa permanência para idosos. Os controles, 196 indivíduos com idade ≥ 60 anos residentes nos domicílios urbanos do município. Considerou-se como variável desfecho a institucionalização e como variáveis de exposição as sociodemográficas, clínicas, comorbidades, capacidade funcional e cognitiva. Na comparação entre os grupos, foram empregados os testes qui-quadrado de Pearson e o modelo de regressão logística na análise ajustada, com medidas de efeito expressas em *odds ratio* e intervalo de confiança de 95%. Para entrada no modelo múltiplo, foram consideradas as variáveis com $p \leq 0,20$. Após a análise múltipla, permaneceram como fatores de risco para a institucionalização: não ter companheiro(a) (OR = 9,7), não possuir filhos(as) (OR = 4,0), apresentar sintomas sugestivos de demência (OR = 11,4) e ter dependência para as atividades básicas de vida diária (OR = 10,9). Dentre todas as características investigadas nos idosos, os sintomas sugestivos de demência e as dependências para atividades básicas de vida diária foram os fatores mais fortemente associados à institucionalização, seguidos por não ter filhos e ausência de companheiro(a). Medidas de cuidados em domicílio devem ser estimuladas, além de ações no intuito de prevenir ou retardar o surgimento dos principais fatores de risco.

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

Abstract: The population aging reflects in a greater number of elderly in need of specialized and continuous care. Home for the aged facility is an alternative

increasingly seek. In order to identify the factors associated with institutionalization of the elderly, there was a case-control study of 387 elderly participants population-based in Passo Fundo, RS, 2014. The cases were represented by 191 individuals aged ≥ 60 years old living in 13 homes for the aged facilities. The controls, 196 individuals aged ≥ 60 years old living in regular homes in the city. It was considered as the outcome variable the institutionalization and, as exposure variable the sociodemographic, clinical, comorbidity, functional and cognitive ability. In the comparison between groups were analyzed using chi-squared tests of Pearson and the logistic regression model in the adjusted analysis, with effects expressed in *oddsratio* and 95% confidence interval. For entry in the multiple model were considered variables with $p \leq 0.20$. After multivariate analysis, remained as risk factors for institutionalization: no partner (OR = 9.7), do not have children (OR= 4.0), symptoms suggestive of dementia (OR=11.4) and have dependence for basic activities of daily living (OR=10.9). Of all the characteristics investigated in the elderly, suggestive symptoms of dementia and the dependencies for basic activities of daily living were the factors most strongly associated with institutionalization, followed by not having children and being single. Health care at home should be encouraged, as well as actions in order to prevent or delay the installation of the main risk factors.

Keywords: Elderly. Homes for the Aged. Risk factors. Dementia. Activities of Daily Living.

2.1 Introdução

O prolongamento da vida tornou-se uma realidade nos países em desenvolvimento. No Brasil observamos taxas de mortalidade, fecundidade e natalidade favoráveis ao envelhecimento populacional; no entanto, com a maior proporção de idosos, cresce a importância das doenças crônicas não transmissíveis, que em algum momento irão requerer maiores cuidados (VERAS, 2012).

As legislações vigentes reforçam a importância de prover os cuidados dos idosos dependentes primeiramente em domicílios (BRASIL, 2003); todavia, o encaminhamento para instituições de longa permanência para idosos (ILPIs) tem se mostrado como uma prática crescente. Atualmente, as ILPIs operam praticamente com todos os leitos ocupados e, segundo as previsões, na próxima década pode-se esperar um crescimento entre 100% a 500% no número de idosos com necessidade de cuidados não familiares; assim, as instituições terão de absorver grande parte dessa demanda (CAMARANO, 2010). A necessidade de cuidados além dos domicílios e família se deve pela instalação de agravos crônicos com suas comorbidades e pela indisponibilidade dos familiares em ofertar o suporte contínuo que idosos dependentes necessitam, seja pela dificuldade em permanecer em casa por tempo integral, seja por impossibilidade de contratar profissionais especializados (KÜCHEMANN, 2012).

Conhecer os fatores que levam à institucionalização torna-se fundamental para que os familiares e os profissionais de saúde atentem às possibilidades de prevenção e consigam identificar quando a institucionalização é de fato indicada. Os administradores, legisladores e órgãos fiscalizadores das instituições de longa permanência para idosos podem, através do maior conhecimento sobre os indicadores da institucionalização, direcionar medidas de melhor acolhimento e manejo dessa população.

Nessa perspectiva, este estudo visa identificar os principais fatores associados à institucionalização de idosos.

2.2 Metodologia

Estudo caso-controle de base populacional, com 387 idosos de Passo Fundo, RS, 2014. Os casos foram representados por 191 indivíduos com idade ≥ 60 anos residentes em ILPIs e do grupo-controle, 196 indivíduos com idade ≥ 60 anos residentes nos domicílios urbanos do município.

O município de Passo Fundo está entre as dez cidades mais populosas do Rio Grande do Sul. Localiza-se ao norte do estado, distante 293 km da capital, Porto Alegre. A população estimada é de 187.298 mil habitantes; destes, 22.222 são idosos com sessenta anos ou mais (IBGE, 2010).

Para a seleção dos casos, realizou-se levantamento sobre as ILPIs no “Balcão do idoso” da Universidade de Passo Fundo. Trata-se de um espaço de atendimento às demandas referentes a situações de risco e vulnerabilidade social na atenção à pessoa idosa, cuidadores e/ou familiares. É uma atividade de extensão desenvolvida em parceria com o Ministério Público Federal e a Prefeitura Municipal de Passo Fundo.

No momento da coleta, o município contava com 16 ILPIs, as quais abrigavam 363 idosos. Destas, 13 aceitaram participar, que contabilizavam 288 idosos. O cálculo amostral indicou que seriam necessários 186 idosos para o grupo de casos, adicionados mais 10% para compensar as perdas e recusas, totalizando 205 entrevistas. Conforme a identificação do percentual que cada ILPIs representava sobre o total, foram sorteados em cada instituição, indivíduos com idade ≥ 60 anos na mesma proporção frente aos 205 necessários para a amostra (Tabela 1).

Tabela 1. Demonstração da proporção de idosos por instituição de longa permanência.

Instituições	Número idosos	Proporção	Amostra (205*proporção/100)
Instituição 1	11	3,82%	8
Instituição 2	28	9,72%	20
Instituição 3	8	2,78%	6
Instituição 4	16	5,56%	11
Instituição 5	14	4,86%	10
Instituição 6	47	16,32%	34
Instituição 7	13	4,51%	9

Instituição 8	17	5,91%	12
Instituição 9	14	4,86%	10
Instituição 10	28	9,72%	20
Instituição 11	24	8,33%	17
Instituição 12	65	22,57%	46
Instituição 13	3	1,04%	2
Total	288	100%	205

Para a seleção dos controles, a amostra foi a partir da divisão territorial urbana demarcada pela Coordenadoria de Proteção Social Básica do município de Passo Fundo (PASSO FUNDO, 2014). Esse órgão estipulou os quadrantes de atuação de cada Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), divididos em quatro grandes setores: Setor I – Região Nordeste; Setor II – Região Noroeste; Setor III – Região Sudeste; Setor IV – Região Sudoeste (Figura 1). Em cada um dos setores sorteou-se uma Unidade Básica de Saúde (UBS), na qual se buscaram os cadastros (nome e endereço) de todos os indivíduos com idade ≥ 60 anos. A partir da listagem destes idosos, realizou-se sorteio de 52 idosos de cada quadrante, para se obter a proporção de um controle para cada caso, totalizando 208 idosos.

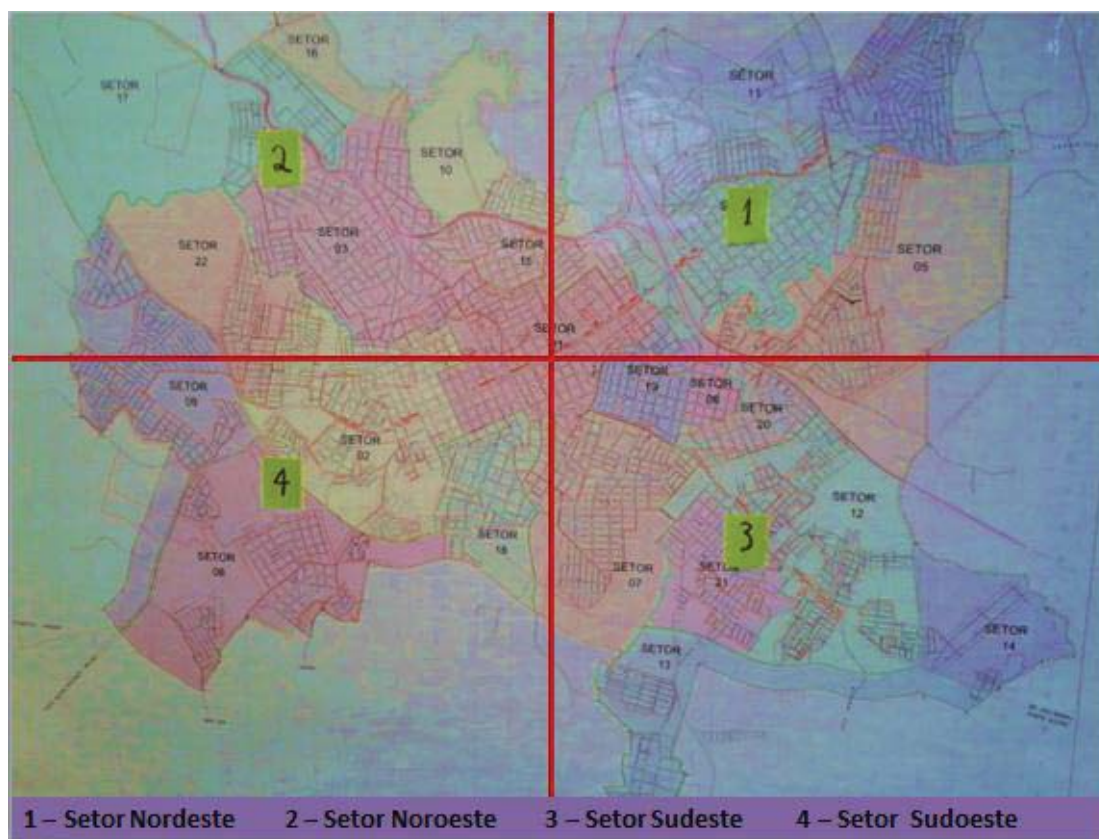


Figura 1. Divisão territorial do município de Passo Fundo em quadrantes.

Os dados foram coletados nos domicílios e nas ILPIs, por uma equipe treinada, composta por seis bolsistas e voluntárias do curso de graduação em Enfermagem da Universidade de Passo Fundo. Um questionário estruturado e pré-codificado foi aplicado com supervisão contínua do pesquisador responsável. Os idosos foram entrevistados individualmente, em locais reservados, tanto nas ILPIs quanto nos domicílios. Na impossibilidade de o idoso sorteado responder, as informações eram obtidas com o cuidador ou responsável no domicílio e pelo responsável técnico nas ILPIs.

Foram excluídos os idosos que estiveram hospitalizados no dia da entrevista (um nas instituições e um nos domicílios). As perdas totalizaram 5,81% (24). Foram os indivíduos elegíveis que se recusaram a participar (6), não assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, não foram encontrados no domicílio após três tentativas dos entrevistadores em dias e horários alternados (3) e os óbitos ocorridos entre o período de identificação dos idosos até a coleta de dados (15).

O desfecho definido foi a institucionalização. Para identificar os possíveis fatores associados à internação nas ILPIs, foram investigadas as seguintes variáveis: sexo, idade, cor da pele/raça, situação conjugal, escolaridade, renda mensal, número de filhos, prática de atividade física autorreferida, presença de doenças, estado de saúde autorreferido, uso de medicação, presença de demência e incapacidade para atividades básicas de vida diária (ABVDs).

Para investigar a presença de déficit cognitivo, utilizou-se o Mini Exame do Estado Mental (MEEM); optou-se como referência para os pontos de corte o estudo de Bertolucci et al. (1994) com os seguintes limites: 13 pontos para idosos analfabetos, 18 pontos para aqueles com escolaridade baixa e média (até oito anos de escolaridade) e 26 pontos para idosos com escolaridade alta (acima de oito anos de escolaridade); questionário de Pfeffer – QPAF (uma escala aplicada ao acompanhante/responsável quando há impossibilidade do idoso responder, seja por demência severa, afasia, surdez, etc.) Proposto por Pfeffer et al. (1982) e recomendado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), consiste em verificar a

presença de déficit cognitivo a partir da capacidade do indivíduo em desempenhar determinadas funções, por exemplo: se é capaz de esquentar água para café ou chá e apagar o fogo; se é capaz de cumprimentar seus amigos adequadamente; prestar atenção e discutir sobre um programa de televisão ou rádio, entre outras. São 11 questões com pontuação máxima de 33 pontos; quanto maior o escore, maior a dependência, o que sugere presença de demência. As respostas devem ser conforme o padrão de: sim é capaz (0); nunca fez, mas poderia fazer agora (0); com dificuldade, mas faz (1); nunca fez e teria dificuldade agora (1); necessita de ajuda (2); não é capaz (3). Escores maiores ou iguais a seis sugerem demência, que só pode ser confirmada por uma avaliação neuropsicológica específica, independência para ABVDs.

Para avaliar o desempenho para as ABVDs, utilizou-se o Índice de Katz (Katz et al., 1963), posteriormente recomendada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), avalia a capacidade funcional para o desempenho de algumas atividades cotidianas básicas, como banhar-se, vestir-se, ir ao banheiro, transferências da cama para cadeira e vice-versa, controle sobre os esfíncteres e alimentação sem assistência. Foram considerados independentes os idosos com classificação A, ou seja, independente para todas as atividades, e dependentes os classificados em B, C, D, E, F, G e outro, ou seja, dependente para, no mínimo, uma atividade.

Depois de revisados e codificados, os questionários foram liberados para digitação. Dois digitadores foram responsáveis por essa tarefa, para identificar possíveis erros de digitação e imediata correção dessas informações. Posteriormente, o banco de dados foi importado para o pacote estatístico do programa Software Stata V.10 para análise e empregada a estatística descritiva para os cálculos de prevalência e intervalos de 95% de confiança (IC 95%). Para comparar os grupos, foram empregados os testes qui-quadrado de Pearson e a tendência linear na análise bruta e o modelo de regressão logística na análise ajustada, com medidas de efeito expressas em *odds ratio* (OR). Através da decisão dos possíveis fatores associados à institucionalização, organizou-se a hierarquia de análise multivariada para estudos epidemiológicos proposta por Victora et al. (1997), que visa a uma ordenação lógica ou temporal dos eventos que conduzem ao desfecho (Figura 2). Para entrada no modelo múltiplo, foram consideradas as variáveis com $p \leq 0,20$.

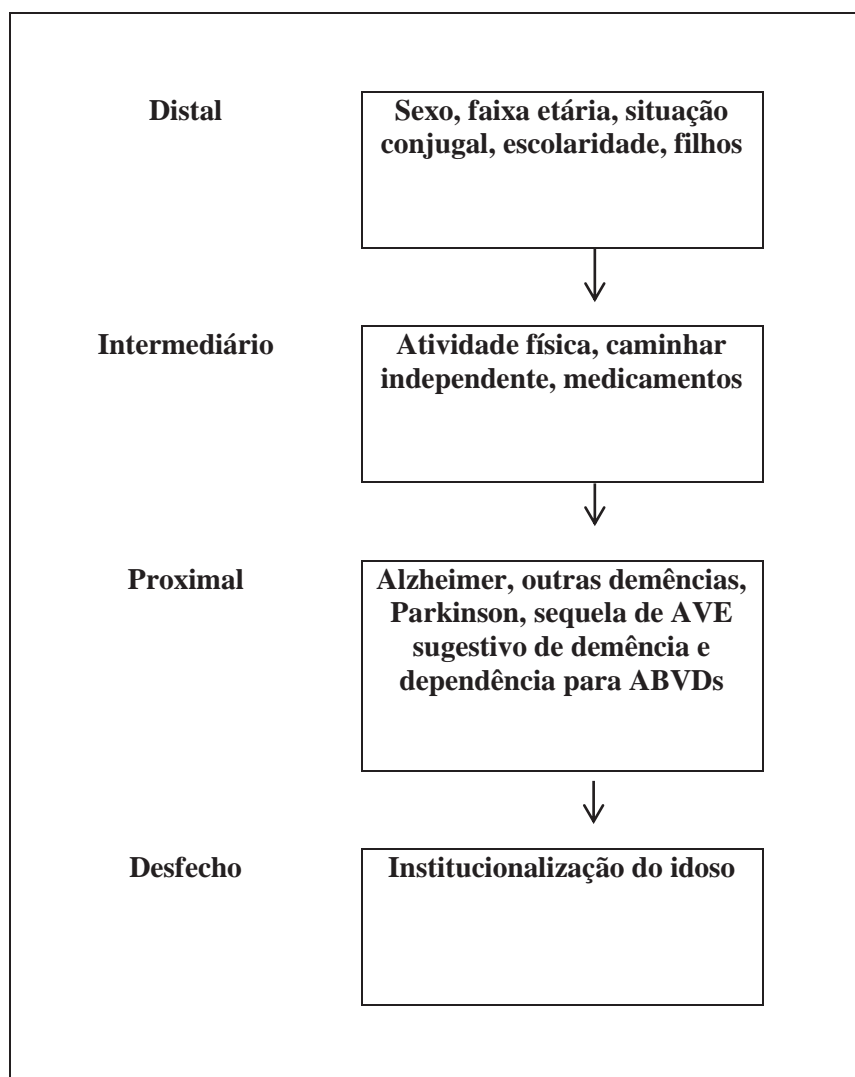


Figura 2. Modelo hierarquizado utilizado para a análise. Passo Fundo, RS, Brasil, 2014.

Fonte: Cesar G. Victora, International Journal of Epidemiology, (1997). Adaptado pelo autor.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Passo Fundo, RS, pelo parecer número 648.771/2014.

2.3 Resultados

Participaram do estudo 387 pessoas com idade ≥ 60 anos, divididos em 191 (49,4%) idosos residentes em ILPIs e 196 (50,6%) idosos residentes nas áreas de abrangência das UBS. A maioria tinha entre 70 e 79 anos (34,6%). A média de idade foi de 75,1 anos ($\pm 9,9$), 64,6% eram do sexo feminino, 81,1% eram brancos e 69,6%

viviam sem companheiro(a). Em 27,9% das entrevistas, a ajuda de terceiros foi necessária para completar o questionário (Tabela 2).

A distribuição por sexo foi semelhante entre os institucionalizados e não institucionalizados. Quanto à renda, a proporção daqueles com proventos acima de três salários foi quatro vezes maior no grupo institucionalizado ($p=0,003$) (Tabela 2). Entre os residentes no domicílio, 15,3% contavam com outra atividade remunerada além da aposentadoria, enquanto que nas ILPIs a taxa foi de 6,8% ($p=0,008$). No quesito escolaridade, a taxa de analfabetismo foi maior em institucionalizados ($p<0,001$) (Tabela 2).

Não tinham companheiro 90,5% dos idosos institucionalizados e 49,5% dos idosos nos domicílios ($p<0,001$). Ao analisar a faixa etária, 49,2% dos institucionalizados tinham acima de 80 anos; nos idosos dos domicílios, 16,8% ($p<0,001$). Dos idosos institucionalizados, 37,7% não tinham filhos e 9,2% dos idosos nos domicílios ($p<0,001$) (Tabela 2).

Tabela 2. Distribuição dos idosos institucionalizados (casos) e residentes nos domicílios (controles) quanto às variáveis sociodemográficas. Passo Fundo, RS, Brasil, 2014. (N = 387).

Variáveis	Casos		Controles		Total		p
	n	%	n	%	n	%	
Sexo							
Masculino	59	30,9	78	39,8	137	35,4	0,067
Feminino	132	69,1	118	60,2	250	64,6	
Faixa etária (em anos)							
60 a 69	35	18,3	91	46,4	126	32,6	<0,001
70 a 79	62	32,4	72	36,7	134	34,6	
≥ 80	94	49,2	33	16,8	127	32,8	
Escolaridade							
Não possui	44	24,0	21	10,9	65	17,3	<0,001
Possui	139	76,0	172	89,1	311	82,7	
Situação conjugal							
Sem companheiro(a)	171	90,5	97	49,5	268	69,6	<0,001
Com companheiro(a)	18	9,5	99	50,5	117	30,4	
Filhos							
Sim	119	62,3	178	90,8	297	76,7	<0,001
Não	72	37,7	18	9,2	90	23,3	
Renda (em salários)							
Até 1	102	60,7	98	51,9	200	56,0	0,003
1 a 3	52	31,0	86	45,5	138	38,7	
+ de 3	14	8,3	5	2,6	19	5,3	

Dos idosos institucionalizados, 30,4% praticavam atividade física; nos domicílios, 56,1% ($p < 0,001$) (Tabela 3). A atividade física mais praticada era a caminhada nos dois grupos, com maior adesão pelos idosos dos domicílios ($p < 0,001$). Tanto no grupo institucionalizado quanto no domicílio, a frequência da atividade física mais relatada foi de duas vezes por semana.

No grupo institucionalizado, 50,3% precisavam de suporte para caminhar ou não caminhavam; no domicílio, a taxa foi de 12,2% ($p < 0,001$). Dentre as dificuldades ou incapacidades para marcha, prevaleceram cadeirantes e acamados (65,7%) no grupo institucionalizado ($p = 0,003$).

No levantamento das doenças crônicas e incapacidades, os institucionalizados apresentaram taxas maiores e estatisticamente significantes de Alzheimer (26,3%), Parkinson (9,5%), outras demências não especificadas (13,7%) e sequelas motoras de acidente vascular encefálico (AVE) (13,7%). Nos domicílios, a hipertensão (69,9%), doenças cardíacas (27%), cânceres (10,7%) mostraram-se prevalentes (Tabela 3).

Apresentaram sintomas sugestivos de demência (nos testes MEEM e QPAF) 81,2% dos institucionalizados e 12,8% dos residentes nos domicílios ($p < 0,001$). Mostraram-se dependentes para, no mínimo, uma atividade básica de vida diária 75,9% dos institucionalizados e 9,7% dos idosos dos domicílios ($p = 0,001$) (Tabela 3).

Não utilizavam medicamento 2,6% dos idosos institucionalizados e 11,8% nos domicílios ($p = 0,001$) (Tabela 3). Os idosos institucionalizados que utilizavam seis ou mais medicamentos eram 57,4% e 22,5% nos domicílios ($p < 0,001$). Não houve diferença estatística significativa na autoavaliação de saúde entre idosos institucionalizados e não institucionalizados.

Tabela 3. Distribuição dos idosos institucionalizados (casos) e residentes nos domicílios (controles) quanto às variáveis clínicas. Passo Fundo, RS, Brasil, 2014. (N = 387).

Variáveis	Casos		Controles		Total		p
	N	%	n	%	n	%	
Prática Ativ. Física							
Sim	58	30,4	110	56,1	168	43,4	<0,001
Não	133	69,6	86	43,9	219	56,6	

Dificuldade em andar							
Sim	96	50,3	24	12,2	120	31,0	<0,001
Não	95	49,7	172	87,8	267	69,0	
Alzheimer							
Sim	50	26,3	1	0,5	51	13,2	<0,001
Não	140	73,7	195	99,5	335	86,8	
Parkinson							
Sim	18	9,5	4	2,0	22	5,7	0,002
Não	172	90,5	192	98,0	364	94,3	
Outras demências							
Sim	26	13,7	2	1,0	28	7,3	<0,001
Não	164	86,3	194	99,0	358	92,7	
Sequela motora AVE							
Sim	26	13,7	5	2,6	31	8,0	<0,001
Não	164	86,3	191	97,4	355	92,0	
Hipertensão arterial							
Sim	84	44,2	137	69,9	221	57,3	<0,001
Não	106	55,8	59	30,1	165	42,7	
Doenças cardíacas							
Sim	26	13,7	53	27,0	79	20,5	0,001
Não	164	86,3	143	73,0	307	79,5	
Cânceres							
Sim	6	3,2	21	10,7	27	7,0	0,004
Não	184	96,8	175	89,3	359	93,0	
Medicação							
Sim	186	97,4	172	88,2	358	92,7	0,001
Não	5	2,6	23	11,8	28	7,3	
Sugestivo de demência							
Sim	155	81,2	25	12,8	180	46,5	<0,001
Não	36	18,8	171	87,2	207	53,5	
Dependência para ABVDs							
Sim	145	75,9	19	9,7	164	42,4	<0,001
Não	46	24,1	177	90,3	223	57,6	
Avaliação da saúde							
Excelente/bom	94	49,2	105	53,6	199	51,4	0,391
Regular/ruim/muito ruim	97	50,8	91	46,4	188	48,6	

Quanto ao risco estimado, a análise bruta dos dados demonstrou que com o avanço da idade aumenta a chance de institucionalização. Os idosos que não tinham companheiro(a), analfabetos, que não possuíam filho(a), não praticavam atividade física necessitavam de auxílio para a marcha ou não caminhavam, usavam medicação, apresentaram diagnóstico de Alzheimer, outras demências não especificadas, Parkinson ou sequela motora de AVE tinham maiores chances de institucionalização. Os idosos que apresentaram sintomas sugestivos de demência eram dependentes para as ABVDs,

apresentaram riscos estatisticamente significantes maiores de institucionalização (Tabela 4).

Permaneceram estatisticamente significantes após a análise ajustada: não ter companheiro(a) (solteiros, separados, viúvos) (OR = 9,7 – IC_{95%} : 4,03-23,46), não possuir filhos(as) (OR = 4,0 - IC_{95%} : 1,73-9,28), apresentar sintomas sugestivos de demência (OR = 11,4 – IC_{95%} : 5,59-23,40) e ter dependência para ABVDs (OR = 10,9 - IC_{95%} : 5,26-22,72) (Tabela 4).

Tabela 4. Análise bruta e ajustada dos fatores associados à institucionalização de idosos. Passo Fundo, RS, 2014, Brasil, 2014.

Variáveis	OR*(IC95%)	p	OR** (IC95%)	p
Sexo		0,067		
Masculino	1,00			
Feminino	1,47(0,96-2,25)			
Faixa etária (em anos)		<0,001		
60-69	1,00			
70-79	2,23(1,32-3,79)			
≥ 80	7,40(3,95-13,88)			
Situação conjugal		<0,001		<0,001
Com companheiro(a)	1,00		1,00	
Sem companheiro(a)	9,69(5,17-18,15)		9,72(4,03-23,46)	
Escolaridade		<0,001		
Com escolaridade	1,00			
Sem escolaridade	2,59(1,45-4,60)			
Filhos		<0,001		0,001
Sim	1,00		1,00	
Não	5,98(2,38-6,70)		4,01(1,73-9,28)	
Atividade Física		<0,001		
Sim	1,00			
Não	2,93(1,90-4,52)			
Marcha independente		<0,001		
Sim	1,00			
Não	7,24			
Medicação		<0,001		
Não	1,00			
Sim	4,97(1,81-13,60)			
Alzheimer		<0,001		
Não	1,00			
Sim	69,64(8,06-601,81)			
Outras demências		<0,001		
Não	1,00			
Sim	15,37(3,42-68,94)			
Parkinson		0,001		
Não	1,00			
Sim	4,50(1,52-13,29)			
Sequela AVE		<0,001		

Não	1,00			
Sim	6,05(2,22-16,49)			
Sugestivo de demência		<0,001		<0,001
Não	1,00		1,00	
Sim	29,45(13,73-63,15)		11,43(5,59-23,40)	
Independência ABVDs		<0,001		<0,001
Sim	1,00		1,00	
Não	29,36(13,46-64,01)		10,94(5,26-22,72)	

*OR: Odds Ratio bruto. **OR: Odds Ratio ajustado calculado por regressão logística múltipla. Variáveis analisadas no nível distal: faixa etária, situação conjugal, escolaridade, filhos. Nível intermediário: atividade física, caminhar independente, medicamentos. Nível proximal: Alzheimer, outras demências, Parkinson, sequela de AVE, sugestivo de demência e dependência para ABVDs.

2.4 Discussão

Na comparação entre os grupos, pela análise bruta, evidenciou-se a disparidade entre os sexos, com sobreposição feminina. Esse processo refere-se à feminização da velhice, ou seja, as mulheres vivem mais, apresentam maior expectativa média de vida (KÜCHEMANN, 2012). No Brasil, as mulheres representam 55,5% da população idosa e 61% do contingente de idosos acima de 80 anos (IBGE, 2012). Esse fenômeno é explicado pela sobremortalidade masculina em todas as faixas etárias, oriunda da maior exposição aos fatores de risco, como álcool e tabaco, acidentes laborais, doenças cardiovasculares e homicídios. Além disso, a mulher conta com a proteção hormonal diante dos problemas cardiovasculares, maior acompanhamento médico periódico e recente declínio dos casos de câncer de colo de útero (CHAIMOWICZ, 2013). No entanto, essa variável perdeu a significância ao entrar no modelo múltiplo de análise, o que impossibilita concluir que pertencer a determinado sexo predispõe a institucionalização.

Houve maior percentual de analfabetos nas ILPIs, porém perdeu a significância no modelo múltiplo ajustado. Apesar de a baixa escolaridade estar associada frequentemente a desfechos negativos de saúde, como a maior sobrecarga de doenças crônicas (DEL DUCA et al., 2012), que poderia incidir em institucionalização, estes achados demonstraram não existir relação com o encaminhamento às ILPIs.

A prevalência de inatividade física identificada nos idosos institucionalizados está em concordância com outros estudos (MENEZES et al., 2011; OLIVEIRA; NOVAES, 2013). Porém, a variável atividade física perdeu a significância quando entrou no modelo múltiplo ajustado a variável relacionada à marcha. Isso porque, para o desempenho da maioria das atividades físicas, faz-se necessário que o indivíduo esteja apto para tal, com bom funcionamento do sistema cardiovascular, respiratório, condições neuromotoras, metabólicas, entre outras (CONFEEF, 2012).

Em ambos os grupos, a utilização de medicamentos mostrou-se frequente e elevada, sendo o consumo levemente maior nos institucionalizados; todavia, sem associação com a institucionalização (conforme modelo de análise múltipla). O alto percentual de idosos, em ambos os grupos, que necessitavam no mínimo de um medicamento ao dia, pode ser explicado pela maior variedade de agravos à saúde que acometem a população idosa em geral, por frequentarem mais os serviços de saúde e, por consequência, sofrerem intervenções terapêuticas (CHAIMOVITZ, 2013). Idosos com múltiplas doenças, comorbidades e habitual situação de dependência justifica o consumo de mais classes de medicamentos (LUCCHETTI et al., 2010). Nos idosos institucionalizados, é frequente o acompanhamento constante de uma equipe multiprofissional, quase sempre atenta às carências e agravos que possam ser amenizadas ou resolvidas com drogas; portanto, a adesão, o uso correto e a supervisão, para que não ocorra esquecimento ou suspensão do tratamento, fazem com que a administração de medicamentos seja maior em idosos que residem nas instituições quando comparados com os que vivem em seus domicílios (OLIVEIRA; NOVAES, 2013).

Nas ILPIs observou-se maior concentração de idosos acima de 80 anos, achado este que corrobora com a literatura (MENEZES et al., 2011; DEL DUCA et al., 2012; OLIVEIRA; NOVAES, 2013). De fato, há relato que o risco de institucionalização é 9,5 vezes maior em idosos acima de 80 anos (DEL DUCA et al., 2012). Porém, nossas análises permitem inferir que a idade avançada, por si só, não está associada à institucionalização, e sim às dependências que a acompanham. Fatores que podem explicar essa constatação é que, com o avançar da idade, aumentam as situações de dependência, seja pelo declínio físico ou mental, pelas diversas fragilidades, maior

chance de apresentarem doenças crônicas não transmissíveis e suas complicações, o que muitas vezes motiva o processo de institucionalização (SOUSA et al., 2014).

Diante da situação conjugal, obteve-se no grupo institucionalizado elevada taxa de idosos sem companheiro(a) (90,5%), situação comum nos inquéritos realizados nas instituições (ALENCAR et al., 2012; LISBOA; CHIANCA, 2012; OLIVEIRA; NOVAES, 2013). A ausência de filhos demonstrou relevância no processo de institucionalização. Portanto, quando os idosos se deparam com as dificuldades nas atividades de vida diária ou apresentam outras dependências, enfrentam dificuldades em receber o cuidado em domicílio, por conta das mudanças no perfil das famílias (ausência de filhos ou filhos que emigraram). Ainda, a opção de manterem-se solteiros(as), a ausência de cônjuge, seja por viuvez, separação/divorcio, que por tradição histórica mostram-se como principais cuidadores em domicílio, aumenta o risco de institucionalização (LISBOA; CHIANCA, 2012). Há relatos na literatura de que pessoas que vivem sozinhas apresentam maior chance de institucionalização (homens 70% mais chance, mulheres 30%) e o que protege os que possuem cônjuges da institucionalização é que, em média, apresentam maior escolaridade e renda, casa própria, melhores condições de moradia e menor probabilidade de ter sintomas depressivos (NIHTILÄ; MARTIKAINEN, 2008).

As principais doenças e complicações inicialmente associadas à institucionalização na análise bruta foram a doença de Alzheimer, Parkinson, outras demências não especificadas e sequelas motoras de AVE, ou seja, comprometimentos de ordem cognitiva e funcional. Todavia, a análise múltipla ajustada retirou essas variáveis dos fatores associados à institucionalização quando a dependência para ABVDs e os sintomas sugestivos de demência foram acrescentados ao modelo de análise. Isso porque as sequelas de AVE podem interferir fortemente na realização das atividades cotidianas (DANTAS et al., 2013), o que pode ser estendido para as doenças que geram prejuízos à função neuromuscular, como o Parkinson e os estágios avançados de Alzheimer.

Diante do processo de envelhecimento, não raro, surgem desgastes nas articulações e perda da força muscular, o que impede uma boa mobilidade, além de

doenças do sistema nervoso central, musculoesquelético e cardiovascular que dificultam a caminhada (PAIXÃO JÚNIOR; HECKMAN, 2011). Portanto, a dificuldade para andar, advinda de doenças crônicas e complicações, reduz a prática de atividade física e interfere diretamente no desempenho para as ABVDs. Vale salientar que a prática de atividade física promove benefícios em qualquer idade, com melhora na qualidade de vida, manutenção da capacidade funcional e conserva as habilidades físicas e mentais adquiridas ao longo da vida (MAZINI FILHO et al., 2010); assim, a prática de atividade física reduz a instalação de diversos fatores à institucionalização, principalmente a dependência para as ABVDs.

A identificação de sintomas sugestivos de demência mostrou-se associada à institucionalização. Em recente estudo comparativo com idosos institucionalizados e não institucionalizados acerca do declínio cognitivo e capacidade funcional, ficou evidente o pior desempenho no MEEM no grupo institucionalizado, o que repercutiu em comprometimento das habilidades funcionais (TRINDADE et al., 2013). A demência diagnosticada afeta de 2 a 8% da população acima de 60 anos (WHO, 2012), o que está próximo da prevalência encontrada neste estudo na comunidade (1,5% de demências diagnosticadas); no entanto, os resultados nas instituições mostram-se substancialmente mais elevados. Um dos motivos que explicam a maior prevalência de demências nas ILPIs é a idade avançada, pois, depois dos 65 anos de idade, a prevalência dobra a cada incremento de cinco anos (WHO, 2012). Além do mais, a demência é um fator fortemente associado à institucionalização (GNJIDIC et al., 2012; MELLO; HADDAD; DELLAROZA, 2012); porquanto, a prevalência desse agravo tende a ser maior nesses ambientes.

O estudo multicêntrico com 852 idosos institucionalizados na Espanha identificou uma prevalência de 61,7% de demências diagnosticadas, taxa elevada em comparação aos nossos casos com diagnóstico nos prontuários (MONGIL et al., 2009). O principal fator que pode explicar a maior taxa de demências estimada na investigação espanhola é justamente pelo método utilizado na pesquisa, com aplicação de todos os protocolos de confirmação diagnóstica (diversos instrumentos e testes, exames de neuroimagem, histórico clínico, prontuários etc), enquanto que nas instituições

investigadas nesta pesquisa, com base nos registros dos prontuários, possa existir subnotificação dos casos de demência e/ou dificuldades no diagnóstico preciso.

Estudo longitudinal realizado em Hong Kong acompanhou, por 12 meses, 749 indivíduos com idade ≥ 65 anos com funcionalidade comprometida, com ou sem declínio cognitivo. No período do estudo, 80 idosos foram institucionalizados e o comprometimento cognitivo mostrou-se um dos indicativos para a institucionalização (CHAU et al., 2012).

Cuidar de um idoso com doença neurológica não é uma tarefa fácil, em especial Parkinson e Alzheimer, que gera quadros demenciais em seus portadores, mesmo mais tarde, como no caso do Parkinson (LOGIUDICE; WATSON, 2014). Os motivos que levam os responsáveis por esses idosos a institucionalizar são principalmente pelo agravo na sua condição de saúde. Estudo com entrevistas aos cuidadores de idosos com Parkinson e Alzheimer, realizado na Universidade de Indiana, Estados Unidos, indicou que os idosos com Alzheimer são mais propensos à institucionalização; isso porque o cuidado em domicílio é mais complexo e desgastante devido às dependências e necessidade de atenção contínua (MCLENNON; HABERMANN; DAVIS, 2010).

Em estudo de coorte australiano (GNJIDIC et al., 2012), o MEEM foi utilizado para verificar se o comprometimento cognitivo previa institucionalização de idosos acima de 65 anos. A pesquisa indicou que os transtornos cognitivos em fase inicial (até dois anos) não foram associados à institucionalização; todavia, no terceiro e quarto ano da presença de déficits cognitivos, as chances de institucionalização ficaram seis vezes maiores quando comparadas aos idosos sem quadros demenciais, o que diverge de nosso estudo, que demonstrou 11,9 vezes mais chance de institucionalização, sem levar em conta o tempo de início dos sintomas. Um estudo de coorte americano (COHEN-MANSFIELD; WIRTZ, 2011) acompanhou por três anos 201 idosos acima de 65 anos com o objetivo de identificar os fatores que predispõem a institucionalização. Com base no instrumento MEEM, os autores afirmam que os piores escores estão associados à institucionalização em todos os momentos investigados, inclusive com risco de institucionalização já no início dos sintomas demenciais.

Com o envelhecimento ocorre um declínio fisiológico das funções orgânicas que abre precedentes para a instalação de doenças crônicas, dentre elas as demências; em contrapartida, não deve ser compreendido com um processo normal do envelhecimento (BURLÁ et al., 2013). Esse esclarecimento parece elucidar o motivo da idade avançada não ter se mostrado como fator associado à institucionalização, pois a idade avançada sozinha não predispõe a residir nas ILPIs, e sim a presença de declínio cognitivo. À medida que o déficit cognitivo avança para os estágios mais graves, há um comprometimento motor, com conseqüente prejuízo para o desempenho das atividades instrumentais de vida diária (AIVDs) e as ABVDs (LUPPA et al., 2010), o que vem a auxiliar no esclarecimento do próximo fator fortemente associado à institucionalização de idosos: a dependência para as ABVDs.

Quanto à dependência para as ABVDs, o grupo institucionalizado demonstrou taxas significativamente maiores do que o grupo de idosos nos domicílios. A prevalência de 75,9% está próximo da encontrada em outros estudos (SMANIOTO; HADDAD, 2011; DEL DUCA et al., 2012; SOUSA et al., 2014). Alguns fatores contribuem para a taxa de dependência, como a idade avançada acompanhada por déficits motores, fraqueza muscular, o déficit cognitivo e a presença de DCNT (SMANIOTO; HADDAD, 2011).

Em recente estudo transversal brasileiro, realizado em ILPIs da região Sudeste e Centro-Oeste (MATTOS et al., 2014), foi identificado que a dependência funcional está associada a doenças crônicas (hipertensão, diabetes, problemas articulares), dificuldades para caminhar e déficit cognitivo. Os autores identificaram que, entre os idosos institucionalizados com dependência para ABVDs, 82,2% apresentavam perda severa de mobilidade. Ainda, 86,5% dos dependentes para ABVDs apresentaram baixo escore no MEEM.

Assim como nos achados deste estudo, outras pesquisas demonstraram a associação entre a dependência para as ABVDs e o déficit cognitivo nas instituições (OLIVEIRA; MATTOS, 2012; TRINDADE et al., 2013; MATTOS et al., 2014). Um levantamento da prevalência e causas de incapacidade foi realizado com 1.550 japoneses com idade ≥ 65 anos residentes na comunidade (YOSHIDA et al., 2012). Os

autores utilizaram o Índice de Barthel para verificar a dependência funcional, que resultou numa taxa de 20,1% de dependência. As principais causas de dependência dos japoneses foram a demência e o AVE. A demência esteve relacionada aos casos mais graves de dependência, enquanto que as doenças ortopédicas associaram-se às dependências mais leves. Portanto, tanto na comunidade quanto nas ILPIs, a demência demonstrou associação direta com as dependências para atividades cotidianas.

É nítida a associação da institucionalização às situações de dependência para atividades cotidianas e o declínio cognitivo, visto que os idosos com comprometimento cognitivo apresentam maior dependência para ABVDs e, conseqüentemente, maior probabilidade de entrarem numa ILPI (NOGUEIRA et al., 2011).

Por fim, os resultados do último estudo brasileiro caso-controle sobre os fatores associados à institucionalização (DEL DUCA et al., 2012) mostraram que as variáveis sexo, idade, situação conjugal, escolaridade, incapacidade funcional e atividade física estavam associadas ao encaminhamento para ILPIs. Os resultados presentes nesta dissertação diferem quanto ao sexo, idade, escolaridade e atividade física; corrobora quanto à situação conjugal e incapacidade funcional e acrescenta como risco o fato de não possuir filhos. Esta pesquisa adiciona ainda a investigação do déficit cognitivo que se configurou como importante fator que predispõe à institucionalização.

As limitações percebidas neste estudo foram quanto aos quadros demenciais, visto que se realizou o rastreio dos sintomas sugestivos de demência e não o diagnóstico. Há de salientar que pode ter havido chance de subnotificação das doenças crônicas, principalmente nos idosos residentes nos domicílios. O fato de todos os entrevistados nos domicílios frequentarem as unidades de saúde pode ter amenizado esse problema.

2.5 Conclusão

Esta pesquisa permite concluir que os fatores relevantes que predispõem a institucionalização de idosos são a ausência de cônjuge, não possuir filhos, apresentar

sintomas sugestivos de demência e dependência para as atividades básicas de vida diária.

Estes resultados possibilitam questionar a solidez dos fatores até então considerados unânimes na literatura, principalmente no que se refere à idade avançada. O estudo demonstra que a idade avançada por si só não constitui risco de institucionalização, e sim a presença de complicações como os quadros demenciais e dependências funcionais, pois os idosos com mais idade permanecem no domicílio quando não apresentam importantes incapacidades.

Ações podem ser desenvolvidas com vistas à prevenção da instalação dos principais fatores associados à institucionalização com maior eficácia e eficiência quando se conhecem os riscos. Ademais, é possível ainda retardar o encaminhamento dos idosos para as ILPIs e desenvolver estratégias de cuidado que permitam a manutenção dos idosos no convívio social.

2.6 Referências

ALENCAR, M. A. et al. Perfil dos idosos residentes em uma instituição de longa permanência. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 785-796, 2012.

BERTOLUCCI, P. H. F. et al. O mini-exame do estado mental em uma população geral impactado da escolaridade. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, São Paulo, v. 52, n. 1, p. 1-7, 1994.

BRASIL. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. (Cadernos de Atenção Básica, n. 19). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad19.pdf>. Acesso em: 8 dez. 2014.

BRASIL. **Lei n. 10.741, de 1º de outubro de 2003**. Brasília, DF, 2003. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.741.htm>. Acesso em: 3 dez. 2014.

BURLÁ, C. et al. Panorama prospectivo das demências no Brasil: um enfoque demográfico. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 10, p. 2949-2956, 2013.

CAMARANO, Ana Amélia. Conclusão. In: CAMARANO, Ana Amélia (Org.). **Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?** Rio de Janeiro: IPEA, 2010. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/livros/livro_cuidados.pdf>. Acesso em: 3 dez. 2014.

CHAIMOWICZ, F. Transição demográfica. In: CHAIMOWICZ, F. **Saúde do Idoso**. 2. ed. Belo Horizonte: Nescon UFMG, 2013. p. 16-26.

CHAU, P. H. et al. Usage of Community Services and Domestic Helpers Predicted Institutionalization of Elders Having Functional or cognitive impairments: a 12-month longitudinal study in Hong Kong. **Journal of the American Medical Directors Association**, v. 13, n. 2, p. 169-175, 2012.

COHEN-MANSFIELD, J.; WIRTZ, P. W. Predictors of entry to the nursing home: Does length of follow-up matter? **Archives of Gerontology and Geriatrics**, v. 53, n. 3, p. 309-315, 2011.

CONSELHO FEDERAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA (CONFEF). **Nota técnica CONFEF nº 002/2012**. Disponível em: <<http://www.confef.org.br/extra/conteudo/default.asp?id=837>>. Acesso em: 11 out. 2014.

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

DEL DUCA, G. F. et al. Indicadores da institucionalização de idosos: estudo de casos e controles. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 147-153, 2012.

GNJIDIC, D. et al. Mild Cognitive Impairment Predicts Institutionalization among Older Men: A Population-Based Cohort Study. **PLoS One**, v. 7, n. 9, e46061, 2012.

IBGE. **Censo Demográfico 2010: resultados gerais da amostra**. Rio de Janeiro, 27 abr. 2012. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/imprensa/ppts/00000008473104122012315727483985.pdf>>. Acesso em: 09 out. 2014.

IBGE. **Censo Demográfico 2010**. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <<http://www.sidra.ibge.gov.br/bda/tabela/protabl.asp?c=1378&z=t&o=25&i=P>>. Acesso em: 14 out. 2014.

KATZ, S. et al. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. **The Journal of American Medical Association**, v. 185, n. 12, p. 914-919, 1963.

KÜCHEMANN, B. A. Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. **Sociedade e Estado**, Brasília, DF, v. 27, n. 1, p. 165-180, 2012.

LISBOA, C. R.; CHIANCA, T. C. M. Perfil epidemiológico, clínico e de independência funcional de uma população idosa institucionalizada. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 65, n. 3, p. 482-487, 2012.

LOGIUDICE, D.; WATSON, R. Dementia in Older people: an update. **Internal Medicine Journal**, v. 44, p. 1066-1073, 2014.

LUCCHETTI, G. et al. Fatores associados à polifarmácia em idosos institucionalizados. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 51-58, 2010.

LUPPA, M. et al. Prediction of institutionalization in the elderly. A systematic review. **Age and Ageing**, v. 39, p. 31-38, 2010.

MATTOS, I. E. et al. Factors associated with functional incapacity in elders living in long stay institutions in Brazil: a cross-sectional study. **BMC Geriatrics**, v. 14, n. 47, 2014.

MAZINI FILHO, M. L. et al. Atividade física e envelhecimento humano: a busca pelo envelhecimento saudável. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano – RBCEH**, Passo Fundo, v. 7, n. 1, p. 97-106, 2010.

MCLENNON, S. M.; HABERMANN, B.; DAVIS, L. L. Deciding to institutionalize: why do family members cease caregiving at home? **The Journal of Neuroscience Nursing. Journal of the American Association of Neuroscience Nurses**, v. 42, n. 2, p. 95-103, 2010.

MELLO, B. L. D.; HADDAD, M. C. L.; DELLAROZA, M. S. G. Avaliação cognitiva de idosos institucionalizados. **Acta Scientiarum – Health Sciences**, Maringá, v. 34, n. 1, p. 95-102, 2012.

MENEZES, R. L. et al. Estudo longitudinal dos aspectos multidimensionais da saúde de idosos institucionalizados. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 485-496, 2011.

MONGIL, R. L. et al. Prevalencia de demencia en pacientes institucionalizados: estudio RESYDEM. **Revista Española de Geriatria y Gerontología**, v. 44, n. 1, p. 5-11, 2009.

NIHTILÄ, E.; MARTIKAINEN, P. Why older people living with a spouse are less likely to be institutionalized: the role of socioeconomic factors and health characteristics. **Scandinavian Journal of Public Health**, v. 36, n. 1, p. 35-43, 2008.

NOGUEIRA, D. et al. Ageing, disability and long-term care. **BMC Health Services Research**, v. 11, supl. 1, 2011.

OLIVEIRA, M. P. F.; NOVAES, M. R. C. G. Perfil socioeconômico, epidemiológico e farmacoterapêutico de idosos institucionalizados de Brasília, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 4, p. 1069-1078, 2013.

OLIVEIRA, P. H.; MATTOS, I. E. Prevalência e fatores associados à incapacidade funcional em idosos institucionalizados no município de Cuiabá, Estado de Mato Grosso, Brasil, 2009-2010. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, DF, v. 21, n. 3, p. 395-406, 2012.

PAIXÃO JÚNIOR, C. M.; HECKMAN, M. F. Distúrbios da postura, marcha e quedas. In: FREITAS, E. V.; PY, L. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 3. ed. São Paulo: Guanabara Koogan, 2011. p. 1062-1074.

PFEFFER, R. I. et al. Measurement of functional activities in older adults in the community. **Journal of Gerontology**, v. 37, p. 323-329, 1982.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PASSO FUNDO. **Secretaria de Cidadania e Assistência Social**. 2014. Disponível em: <<http://www.pmpf.rs.gov.br/secao.php?p=1300&a=2&pm=49>>. Acesso em: 15 jan. 2014.

SMANIOTO, F. N.; HADDAD, M. C. F. L. Índice de Katz aplicado a idosos institucionalizados. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 12, n. 1, p. 18-23, 2011.

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

TRINDADE, A. P. N. T. et al. Repercussão do declínio cognitivo na capacidade funcional em idosos institucionalizados e não institucionalizados. **Fisioterapia em Movimento**, v. 26, n. 2, p. 281-289, 2013.

VERAS, R. P. Prevenção de doenças em idosos: os equívocos dos atuais modelos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 10, p. 1834-1840, 2012.

VICTORA, C. G. et al. The role of conceptual frameworks in Epidemiological analysis: a hierarchical approach. **International Journal of Epidemiology**, v. 26, n. 1, p. 224-227, 1997.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Dementia**. WHO Fact Sheets, 2012a. Disponível em: <www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/en/>. Acesso em: 14 nov. 2014.

YOSHIDA, D. et al. Prevalence and Causes of Functional Disability in an Elderly General Population of Japanese: The Hisayama Study. **Journal of Epidemiology – Japan Epidemiological Association**, v. 22, n. 3, p. 222-229, 2012.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A temática desta dissertação englobou as instituições de longa permanência, mais especificamente os indicadores da institucionalização de idosos. A busca por fatores associados à institucionalização está longe de ser inédita, porém a atualização destas informações mostra-se relevante, já que as características e estilo de vida dos idosos atuais e dos futuros idosos passam por contínua mudança, o que pode provavelmente interferir nos aspectos psicossociais, culturais e no processo saúde-doença.

Nesse contexto, a problemática que balizou o desenvolvimento desta pesquisa foi: quais os indicadores da institucionalização de idosos? Diante do problema exposto, determinamos os objetivos da pesquisa, que primariamente foi identificar os fatores associados à institucionalização de idosos. O objetivo secundário foi avaliar a função cognitiva e a capacidade para a realização das atividades básicas de vida diária de ambos os grupos.

Diante do problema exposto, levantamos duas hipóteses alternativas. A primeira afirmava que a proporção de idosos com disfunção cognitiva nas instituições de longa permanência é maior do que a proporção de disfunção cognitiva nos idosos residentes em seus domicílios. A segunda hipótese afirmava que a proporção de idosos com dependência para realizar as atividades de vida diária é maior em indivíduos institucionalizados em comparação aos idosos com dependência residentes nos domicílios.

Esclarecidos o problema e as hipóteses, desenvolvemos a metodologia que consideramos ter sido capaz de resolver o problema e sustentar as hipóteses. Como previsto, as taxas de sintomas sugestivos de demência e dependências para as atividades básicas de vida diária foram significativamente superiores nos idosos institucionalizados, o que comprova nossas hipóteses. Identificamos, além desses fatores cognitivos e de dependência, outros importantes elementos que predisõem a institucionalização: o fato de não possuir companheiro(a) ou cônjuge e a ausência de

filhos. Nossos resultados e discussões permitiram confrontar os fatores associados à institucionalização que até então eram considerados incontestáveis, principalmente as afirmativas de que idade avançada, renda e escolaridade afetavam na institucionalização.

Não temos aqui o intuito, tampouco a audácia de esgotar as investigações acerca dos fatores que motivam o processo de institucionalização, pois, como todo estudo em nível de mestrado, esta pesquisa apresenta limitações. Dentre elas, destaca-se o rastreamento cognitivo, já que o instrumento utilizado, apesar de amplamente utilizado e recomendado no Brasil e em todo o mundo, não permite diagnosticar demências, e sim demonstrar se existe ou não sintomas sugestivos de quadros demenciais. Aliás, o diagnóstico preciso de demência é uma preocupação e dificuldade relatada pelos principais estudiosos do tema, que afirmam existir obstáculos na certificação precisa de um diagnóstico.

Outra limitação é quanto ao levantamento das doenças, visto que existem chances de termos lidado com subnotificação, em especial no grupo que vive em domicílio. O fato de que todos os pesquisados na comunidade tinham cadastro nas unidades de saúde da respectiva área de abrangência pode ter reduzido este problema, contudo, há de ser considerado. A sugestão é que novos estudos comparativos entre idosos da comunidade e institucionalizados sejam desenvolvidos, focados nos fatores associados à institucionalização, visto que são escassos em nosso país. Estudos de acompanhamento prospectivo podem ser importantes aliados na identificação dos principais fatores envolvidos com a institucionalização.

REFERÊNCIAS

ALENCAR, M. A. et al. Perfil dos idosos residentes em uma instituição de longa permanência. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 785-796, 2012.

ANVISA. **Resolução da Diretoria Colegiada-RDC/ANVISA n. 283**, de 26 de setembro de 2005. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br>>. Acesso em: 20 abr. 2013.

BARROS, M. B. de A. et al. Tendências das desigualdades sociais e demográficas na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD: 2003-2008, **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 9, p. 3755-3768, 2011.

BATISTA, Analía Soria et al. **Envelhecimento e Dependência: Desafios para a Organização da Proteção Social**, Brasília, DF: Ministério da Previdência Social, 2008. (Coleção Previdência Social, v. 28). Disponível em: <http://www.previdenciasocial.gov.br/arquivos/office/3_081208-173354-810.pdf>. Acesso em: 12 jul. 2013.

BERTOLUCCI, Paulo H. F. et al. O mini-exame do estado mental em uma população geral impacto da escolaridade. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, São Paulo, v. 52, n. 1, p. 1-7, 1994.

BRASIL. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006a. (Série Pactos pela Saúde, v. 12).

BRASIL. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/Lista_Es_Municipio.asp?VEstado=43&VCodMunicipio=431410&NomeEstado=RIO GRANDE DO SUL>. Acesso em: 12 jul. 2013.

BRASIL. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006b. (Cadernos de Atenção Básica, n. 19). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad19.pdf>. Acesso em: 8 maio 2013.

BRASIL. **Lei n. 10.741, de 1º de outubro de 2003**. Brasília, DF, 2003. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.741.htm>. Acesso em: 3 set. 2013.

BRITO, I. L. et. al. Avaliação das funções executivas em idosos acometidos por doenças crônico-degenerativas. **Cuadernos de Neuropsicologia / Panamerican Journal of Neuropsychology**, v. 6, n. 1, p. 46-61, 2012.

BRUCKI, Sonia M. D. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, São Paulo, v. 61, n. 3-B, p. 777-781, 2003.

BURLÁ, C. et al. Panorama prospectivo das demências no Brasil: um enfoque demográfico. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 10, p. 2949-2956, 2013.

CAMARANO, Ana Amélia. Conclusão. In: CAMARANO, Ana Amélia (Org.). **Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?** Rio de Janeiro: IPEA, 2010. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/livros/livro_cuidados.pdf>. Acesso em: 3 dez. 2014.

CAMARANO, Ana Amélia (Coord.). **Características das instituições de longa permanência para idosos – região Sul**. Brasília, DF: IPEA, 2008. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/Livro__CaractdasInstituicoesRegiao_Sul.pdf>. Acesso em: 22 jul. 2013.

CAMARANO, Ana Amélia; KANSO, Solange. Como as famílias brasileiras estão lidando com idosos que demandam cuidados e quais as perspectivas futuras? A visão mostrada pelas PNADS. In: CAMARANO, Ana Amélia (Org.). **Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?** Rio de Janeiro: IPEA, 2010. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/livros/livro_cuidados.pdf>. Acesso em: 3 set. 2013.

CARDOSO, M. C. et al. Análise da capacidade funcional dos idosos de Porto Alegre e sua associação com a autopercepção de saúde. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, Porto Alegre, v. 17, n. 1, p. 111-124, 2012.

CHAIMOWICZ, F. Transição demográfica. In: CHAIMOWICZ, F. **Saúde do Idoso**. 2. ed. Belo Horizonte: Nescon UFMG, 2013. p. 16-26.

CHAU, P. H. et al. Usage of Community Services and Domestic Helpers Predicted Institutionalization of Elders Having Functional or cognitive impairments: a 12-month longitudinal study in Hong Kong. **Journal of the American Medical Directors Association**, v. 13, n. 2, p. 169-175, 2012.

COHEN-MANSFIELD, J.; WIRTZ, P. W. Predictors of entry to the nursing home: Does length of follow-up matter? **Archives of Gerontology and Geriatrics**, v. 53, n. 3, p. 309-315, 2011.

CONSELHO FEDERAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA (CONFEF). **Nota técnica CONFEF n° 002/2012**. Disponível em: <<http://www.confef.org.br/extra/conteudo/default.asp?id=837>>. Acesso em: 11 out. 2014.

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

DEL DUCA, G. F. et al. Indicadores da institucionalização de idosos: estudo de casos e controles. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 147-153, 2012.

DSM-IV-TR. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. Tradução Cláudia Dornelles. 4. ed. rev. Porto Alegre: Artmed, 2002.

DUNCAN, B. B. et al. Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil: prioridade para o enfrentamento e investigação. **Revista de Saúde Pública**, v. 46, supl, p. 126-134, 2012.

FOLSTEIN, M. F.; FOLSTEIN, S. E.; MCHUGH, P. R. Mini-Mental State: a practical method for grading the cognitive state for the clinician. **Journal of Psychiatric Research**, v. 12, p. 189-198, 1975.

FONSECA, A. C. C. et al. Perfil epidemiológico de idosos e fatores determinantes para a admissão em instituições de longa permanência do Distrito Federal. **Brasília Médica**. Brasília, DF, v. 48, n. 4, p. 366-371, 2011.

FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Envelhecimento no século XXI: celebração e desafio**. Nova Iorque: Fundo de População das Nações Unidas, 2012.

GNJIDIC, D. et al. Mild Cognitive Impairment Predicts Institutionalization among Older Men: A Population-Based Cohort Study. **PLoS One**, v. 7, n. 9, e46061, 2012.

GOMES, J. E. M.; RUIZ, T.; CORRENTE, J. E. Sintomas depressivos e déficit cognitivo na população de 60 anos e mais em um município de médio porte do interior paulista. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Florianópolis, v. 6, n. 19, p. 125-132, 2011.

HONIG, L. S. Demência considerações gerais. In: ROWLAND, L. P.; PEDLEY, T. A. **Tratado de Neurologia**. 12. ed. São Paulo: Guanabara Koogan, 2011. p. 717-719.

HUNG, W. W. et al. Recent trends in chronic disease, impairment and disability among older adults in the United States. **Bio Med Central Geriatrics**, v. 11, n. 47, p. 2011.

HURD, M. D. et al. Monetary Costs of Dementia in the United States. **The New England Journal of Medicine**, v. 368, n. 14, p.1326-1334, 2013.

IBGE. **Censo Demográfico 2010**. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <<http://www.sidra.ibge.gov.br/bda/tabela/protabl.asp?c=1378&z=t&o=25&i=P>>. Acesso em: 14 ago. 2013.

IBGE. **Tábuas Abreviadas de Mortalidade por Sexo e Idade - Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação – 2010**. Rio de Janeiro, 2013a. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/imprensa/ppts/00000013940008132013005302422066.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2013.

IBGE. **Projeção da população do Brasil por sexo e idade: 2000-2060**. Rio de Janeiro, 2013b. Disponível em: <http://downloads.ibge.gov.br/downloads_estatisticas.htm?caminho=Projecao_da_Populacao/Projecao_da_Populacao_2013/>. Acesso em: 29 set. 2013.

IBGE. **Pirâmide etária absoluta**. Brasília, DF, 2013c. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/piramide/piramide.shtm>. Acesso em: 3 set. 2013.

IBGE. **Censo Demográfico 2010: resultados gerais da amostra**. Rio de Janeiro, 27 abr. 2012. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/imprensa/ppts/00000008473104122012315727483985.pdf>>. Acesso em: 29 set. 2013.

KATZ, S. et al. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. **The Journal of American Medical Association**, v. 185, n. 12, p. 914-919, 1963.

KÜCHEMANN, B. A. Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. **Sociedade e Estado**, Brasília, DF, v. 27, n. 1, p. 165-180, 2012.

LEBRÃO, M. L. O envelhecimento no Brasil: aspectos da transição demográfica e epidemiológica. **Revista Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 4, n. 17, p. 135-140, 2007.

LIMA-COSTA, M. F. et al. Tendências em dez anos das condições de saúde de idosos brasileiros: evidências da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998, 2003, 2008). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 9, p. 3689-3696, 2011.

LISBOA, C. R.; CHIANCA, T. C. M. Perfil epidemiológico, clínico e de independência funcional de uma população idosa institucionalizada. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 65, n. 3, p. 482-487, 2012.

LOGIUDICE, D.; WATSON, R. Dementia in Older people: an update. **Internal Medicine Journal**, v. 44, p. 1066-1073, 2014.

LUCCHETTI, G. et al. Fatores associados à polifarmácia em idosos institucionalizados. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 51-58, 2010.

LUPPA, M. et al. Prediction of institutionalization in the elderly. A systematic review. **Age and Ageing**, v. 39, p. 31-38, 2010.

MATTOS, I. E. et al. Factors associated with functional incapacity in elders living in long stay institutions in Brazil: a cross-sectional study. **BMC Geriatrics**, v. 14, n. 47, 2014.

MAFRA, S. C. T. A tarefa do cuidar e as expectativas sociais diante de um envelhecimento demográfico: a importância de ressignificar o papel da família. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 353-363, 2011.

- MARINHO, L. M. et al. Grau de dependência de idosos residentes em Instituições de Longa Permanência. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 34, n. 1, p. 104-110, 2013.
- MAZINI FILHO, M. L. et al. Atividade física e envelhecimento humano: a busca pelo envelhecimento saudável. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano – RBCEH**, Passo Fundo, v. 7, n. 1, p. 97-106, 2010.
- MCLENNON, S. M.; HABERMANN, B.; DAVIS, L. L. Deciding to institutionalize: why do family members cease caregiving at home? **The Journal of Neuroscience Nursing. Journal of the American Association of Neuroscience Nurses**, v. 42, n. 2, p. 95-103, 2010.
- MELLO, B. L. D.; HADDAD, M. C. L.; DELLAROZA, M. S. G. Avaliação cognitiva de idosos institucionalizados. **Acta Scientiarum – Health Sciences**, Maringá, v. 34, n. 1, p. 95-102, 2012.
- MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.
- MENEZES, R. L. et al. Estudo longitudinal dos aspectos multidimensionais da saúde de idosos institucionalizados. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 485-496, 2011.
- MONGIL, R. L. et al. Prevalencia de demencia en pacientes institucionalizados: estudio RESYDEM. **Revista Española de Geriatria y Gerontología**, v. 44, n. 1, p. 5-11, 2009.
- MOORE, K. L. et al. Age and sex variation in prevalence of chronic medical conditions in older residents of U.S. nursing homes. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 60, n. 4, p.756-764, 2012.
- MORAES, Edgar Nunes de. **Atenção à saúde do idoso: aspectos conceituais**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <<http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/05/Saude-do-Idoso-WEB1.pdf>>. Acesso em: 11 jul. 2013.
- MOTTA, L. B.; AGUIAR, A. C. Novas competências profissionais em saúde e o envelhecimento populacional brasileiro: integralidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade, **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 363-372, 2007.

NIHTILÄ, E.; MARTIKAINEN, P. Why older people living with a spouse are less likely to be institutionalized: the role of socioeconomic factors and health characteristics. **Scandinavian Journal of Public Health**, v. 36, n. 1, p. 35-43, 2008.

NITRINI, Ricardo et al. Prevalence of dementia in Latin America: a collaborative study of population-based cohorts. **International Psychogeriatrics**, New York, v. 21, n. 4, p. 622-630, ago. 2009.

NOGUEIRA, D. et al. Ageing, disability and long-term care. **BMC Health Services Research**, v. 11, supl. 1, 2011.

OLIVEIRA, M. P. F.; NOVAES, M. R. C. G. Perfil socioeconômico, epidemiológico e farmacoterapêutico de idosos institucionalizados de Brasília, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 4, p. 1069-1078, 2013.

OLIVEIRA, P. H.; MATTOS, I. E. Prevalência e fatores associados à incapacidade funcional em idosos institucionalizados no município de Cuiabá, Estado de Mato Grosso, Brasil, 2009-2010. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, DF, v. 21, n. 3, p. 395-406, 2012.

PAIXÃO JÚNIOR, C. M.; HECKMAN, M. F. Distúrbios da postura, marcha e quedas. In: FREITAS, E. V.; PY, L. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 3. ed. São Paulo: Guanabara Koogan, 2011. p. 1062-1074.

PAVAN, F. J.; MENEGHEL, S. N.; JUNGES, J. R. Mulheres idosas enfrentando a institucionalização. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 9, p. 2187-2190, 2008.

PERLINI, N. M. O. G.; LEITE, M. T.; FURINI, A. C. Em busca de uma instituição para a pessoa idosa morar: motivos apontados por familiares. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 41, n. 2, p. 229-236, 2007.

PFEFFER, R. I. et. al. Measurement of functional activities in older adults in the community. **Journal of Gerontology**, v. 37, p. 323-329, 1982.

PLATI, M. C. F. et al. Depressive Symptoms and cognitive performance of the elderly: relationship between institutionalization and activity programs. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 28, n. 2, p. 118-121, 2006.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PASSO FUNDO. **Secretaria de Cidadania e Assistência Social**. 2014. Disponível em: <<http://www.pmpf.rs.gov.br/secao.php?p=1300&a=2&pm=49>>. Acesso em: 15 jan. 2014.

SANTOS, M. I. P. de O.; GRIEP, R. H. Capacidade funcional de idoso atendidos em um programa do SUS em Belém (PA). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 753-761, 2013.

SANZ, M. M. de la F. et al. La dependencia funcional del anciano institucionalizado valorada mediante el índice de Barthel. **Gerokomos**, v. 23, n. 1, p. 19-22, 2012.

SMANIOTO, F. N.; HADDAD, M. C. F. L. Índice de Katz aplicado a idosos institucionalizados. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 12, n. 1, p. 18-23, 2011.

SILVA, C. F. da; PASSOS, V. M. de A.; BARRETO, S. M. Frequência e repercussão da sobrecarga de cuidadoras familiares de idosos com demência. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 707-731, 2012.

SILVA, M. V.; FIGUEIREDO, M. L. F. Idosos institucionalizados: uma reflexão para o cuidado de longo prazo. **Revista Enfermagem em Foco**, v. 3, n. 1, p. 22-24, 2012.

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

STACKFLETH, R. et al. Sobrecarga de trabalho em cuidadores de idosos fragilizados que vivem no domicílio. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. 5, p. 768-774, 2012.

SUDRÉ, M. R. S. et al. Prevalência de dependência em idosos e fatores de risco associados. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. 6, p. 947-953, 2012.

TRINDADE, A. P. N. T. et al. Repercussão do declínio cognitivo na capacidade funcional em idosos institucionalizados e não institucionalizados. **Fisioterapia em Movimento**, v. 26, n. 2, p. 281-289, 2013.

VALENTE, L. et al. Autopercepção de saúde em cuidadores familiares de pacientes com demência: resultados preliminares de uma amostra ambulatorial. **Revista Brasileira de Neurologia**, Rio de Janeiro, v. 49, n. 1, p. 13-19, 2013.

VASCONCELOS, A. M. N.; GOMES, M. M. F. Transição demográfica: a experiência brasileira. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 21, n. 4, p. 539-548, 2012.

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

VERAS, R. P. Estratégias para o enfrentamento das doenças crônicas: um modelo em que todos ganham. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 779-786, 2011.

VERAS, R. Fórum Envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos. Introdução. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 2463-2466, 2007.

VERAS, R. P. Um modelo em que todos ganham: mudar e inovar, desafios para o enfrentamento das doenças crônicas entre os idosos. **Acta Scientiarum. Human and Social Sciences**, Maringá, v. 34, n. 1, p. 3-8, 2012.

VICTORA, C. G. et al. The role of conceptual frameworks in Epidemiological analysis: a hierarchical approach. **International Journal of Epidemiology**, v. 26, n. 1, p. 224-227, 1997.

WATANABE, Helena Akemi Wada et al. **Rede de atenção à pessoa idosa**. São Paulo: Secretaria Estadual de Assistência e Desenvolvimento Social; Fundação Padre Anchieta, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Dementia**. WHO Fact Sheets, 2012a. Disponível em: <www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/en/>. Acesso em: 14 jun. 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Dementia: a public health priority**. World Health Organization, 2012b. Disponível em: <http://www.who.int/mental_health/publications/dementia_report_2012/en/index.html>. Acesso em: 14 jun. 2013.

YOSHIDA, D. et al. Prevalence and Causes of Functional Disability in an Elderly General Population of Japanese: The Hisayama Study. **Journal of Epidemiology – Japan Epidemiological Association**, v. 22, n. 3, p. 222-229, 2012.

ANEXOS

Anexo A. Parecer Comitê de Ética

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: FATORES ASSOCIADOS À INSTITUCIONALIZAÇÃO DE IDOSOS: ESTUDO CASO-
CONTROLE DE BASE POPULACIONAL

Pesquisador: Ezequiel Vitorio Lini

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 25229013.0.0000.5342

Instituição Proponente: FUNDACAO UNIVERSIDADE DE PASSO FUNDO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 504.100

Data da Relatoria: 02/01/2014

Apresentação do Projeto:

A Instituição de Longa Permanência tem se mostrado como uma opção de residência cada vez mais crescente entre os Idosos. Com o objetivo de identificar os fatores associados à institucionalização, realizar-se-á estudo caso-controle de base populacional, com idosos de 60 anos ou mais, residentes no município de Passo Fundo, Rio Grande do Sul. Farão parte do grupo de casos os idosos residentes em Instituições de longa permanência e dos controles idosos que residem nos domicílios urbanos do município. Os dados serão coletados por meio de inquérito domiciliar, por entrevistadores treinados, dos cursos de graduação em Enfermagem, Fisioterapia e Educação Física da Universidade de Passo Fundo. Para verificar o nível de dependência em realizar as atividades de vida diária, será utilizado o Índice de Katz. Para avaliar o estado mental/cognitivo, serão aplicados o Mini Exame do Estado Mental e o questionário de PFEFFER. Será considerada como variável desfecho a institucionalização e como variáveis de exposição as sociodemográficas, clínicas, comorbidades, capacidade funcional e cognitiva. Os dados serão analisados por meio do

Endereço: BR 285- Km 171 Campus I - Centro Administrativo
Bairro: Divisão de Pesquisa / São José **CEP:** 99.010-970
UF: RS **Município:** PASSO FUNDO
Telefone: (54)3316-8370 **Fax:** (54)3316-8798 **E-mail:** cep@upf.br

Continuação do Parecer: 504.100

software Stata V.10. Serão utilizados testes paramétricos ou não paramétricos para analisar as relações de dependência entre as variáveis pesquisadas. Para comparar os grupos, serão empregados os testes qui-quadrado de Pearson e tendência linear na análise bruta e o modelo de regressão logística binária na análise ajustada, com medidas de efeito expressas em odds ratio. Os dados serão analisados para um nível de significância de 5%. Para entrada no modelo múltiplo, serão consideradas as variáveis com $p < 0,20$. Os resultados do estudo poderão contribuir para o planejamento de ações em saúde, visando à promoção da saúde e à prevenção de incapacidades.

Objetivo da Pesquisa:

a) Caracterizar os idosos segundo variáveis sociodemográficas e clínicas; b) Identificar os principais motivos que requerem cuidados para com os idosos no domicílio e na instituição; c) avaliar a função cognitiva e o grau de dependência para AVDs dos idosos residentes no domicílio e na instituição.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

No questionário, o motivo da institucionalização, poderá causar algum constrangimento, por conseguinte, sua decisão em não responder será respeitada.

Benefícios:

Contribuição para a criação de políticas públicas visando à promoção da saúde, à prevenção de incapacidades e à redução da institucionalização dos idosos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo caso-controle de base populacional, com idosos residentes no município de Passo Fundo, Rio Grande do Sul, em 2014. Farão parte do grupo de casos os idosos residentes em instituições de longa permanência e do grupo-controle, idosos que residem nos domicílios urbanos das áreas de abrangência da ESFs, do município. LOCAL DO ESTUDO estado do Rio Grande do Sul conta atualmente com 496 municípios, e Passo Fundo está entre as dez cidades mais populosas. Localiza-se ao norte do estado, distante 293 km da capital, Porto Alegre. A população estimada é de 187.298 mil habitantes; destes, 22.222 são

Endereço: BR 285- Km 171 Campus I - Centro Administrativo
Bairro: Divisão de Pesquisa / São José CEP: 99.010-970
UF: RS Município: PASSO FUNDO
Telefone: (54)3316-8370 Fax: (54)3316-8798 E-mail: cep@upf.br

Idosos com sessenta anos ou mais (IBGE, 2010). Passo Fundo apresenta um sistema de ensino consolidado. Recebe milhares de estudantes principalmente oriundos da macrorregião, bem como dos estados vizinhos, Santa Catarina e Paraná, que buscam a certificação e formação em nível superior. Na área da saúde, destaca-se como referência regional. Dispõe de quatro hospitais, várias clínicas e especialistas. A cidade também é sede da 6ª Coordenadoria Regional de Saúde, que abrange 58 municípios do norte do Estado. Há no município quinze Unidades de Saúde da Família com cobertura aproximada de 30% da população (CNEC, 2013). Esse modelo prevê a melhora do estado de saúde da população com abordagens na promoção, prevenção, diagnóstico precoce, tratamento e recuperação de toda a família (PASSO FUNDO, 2013). Atualmente, Passo Fundo conta com 16 Instituições de Longa Permanência para Idosos, as quais abrigam 363 idosos. Encontram-se divididas em instituições privadas com e sem fins lucrativos. O número de moradores se modifica com frequência devido às transferências e óbitos. A capacidade de receber esses idosos também varia, conforme a disponibilidade de acomodação e estrutura.

POPULAÇÃO DO ESTUDO E PROCEDIMENTO AMOSTRAL Indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos, de ambos os sexos, residentes no município de Passo Fundo, Rio Grande do Sul. Os casos serão representados por indivíduos com 60 anos ou mais, de ambos os sexos, residentes nas Instituições de Longa Permanência e procedentes do município de Passo Fundo, isto é, que residiam no município antes da institucionalização. Os controles serão selecionados por meio de uma amostra probabilística dos indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos, de ambos os sexos, residentes em domicílios na área de abrangência da estratégia de Saúde da Família de Passo Fundo, Rio Grande do Sul. Serão selecionados aleatoriamente quinze idosos de cada unidade de saúde para que se alcance o número estabelecido pelo cálculo amostral e que contemple a proporção de um participante-controle para cada caso. A escolha dos indivíduos cadastrados nas Unidades de Saúde da Família para fazer parte do grupo-controle justifica-se pelas questões operacionais de uma abordagem desse porte. As ESFs possuem uma cobertura

Endereço: BR 285- Km 171 Campus I - Centro Administrativo
Bairro: Divisão de Pesquisa / São José CEP: 99.010-970
UF: RS Município: PASSO FUNDO
Telefone: (54)3316-8370 Fax: (54)3316-8798 E-mail: cep@upf.br

Continuação do Parecer: 504.100

aproximada de 30% que fazem o acompanhamento dessa faixa etária, dispõem de prontuários com os registros necessários quanto ao endereço e dados de condições de saúde que podem ser úteis aos pesquisadores. Estão cadastrados indivíduos com diversas características sociodemográficas e clínicas, diferenças estas também encontradas nas instituições de longa permanência, o que permite uma comparação entre os grupos. Segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES, 2013), existem no município 15 ESFs e todas farão parte do estudo. Inicialmente será solicitada ao profissional responsável de cada ESF uma lista com os nomes dos indivíduos cadastrados com 60 anos e mais. Em seguida, serão sorteados 15 idosos de cada estratégia para que se contemple o número proporcional aos casos; considerados os 10% para compensar perdas e recusas, o número total corresponde a 205 idosos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os direitos fundamentais do (s) participante(s) foi(ram) garantido(s) no projeto e no TCLE. O protocolo foi instruído e apresentado de maneira completa e adequada. Os compromissos do (a) pesquisador (a) e das instituições envolvidas estavam presentes. O projeto foi considerado claro em seus aspectos científicos, metodológicos e éticos.

Recomendações:

Após o término da pesquisa, o CEP UPF solicita:

- a) A devolução dos dados do estudo aos sujeitos da pesquisa e as ILPs;
- b) Enviar o relatório final da pesquisa, pela plataforma, utilizando a opção, no final da página, "Enviar Notificação" + relatório final.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, este Comitê, de acordo com as atribuições definidas na Resolução n. 466/12, do Conselho Nacional da Saúde, Ministério da Saúde, Brasil, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa na forma como foi proposto.

Endereço: BR 285- Km 171 Campus I - Centro Administrativo
Bairro: Divisão de Pesquisa / São José CEP: 99.010-970
UF: RS Município: PASSO FUNDO
Telefone: (54)3316-8370 Fax: (54)3316-8798 E-mail: cep@upf.br

UNIVERSIDADE DE PASSO
FUNDO/ PRÓ-REITORIA DE
PESQUISA E PÓS-



Continuação do Parecer: 504.100

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

PASSO FUNDO, 21 de Dezembro de 2013

Assinador por:
Nadir Antonio Pichler
(Coordenador)

Endereço: BR 285- Km 171 Campus I - Centro Administrativo
Bairro: Divisão de Pesquisa / São José CEP: 99.010-970
UF: RS Município: PASSO FUNDO
Telefone: (54)3316-8370 Fax: (54)3316-8798 E-mail: cep@upf.br

Anexo B. Comprovante de submissão da produção científica



Submission Confirmation

Thank you for submitting your manuscript to *Texto & Contexto Enfermagem*.

Manuscript ID: TCE-2015-0091

Title: FATORES ASSOCIADOS À INSTITUCIONALIZAÇÃO DE IDOSOS: ESTUDO CASO-CONTROLE DE BASE POPULACIONAL

Authors: Lini, Ezequiel
Rodrigues Portella, Marilene
Doring, Marlene

Date Submitted: 26-Feb-2015

APÊNDICES

Apêndice A. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Universidade de Passo Fundo
Faculdade de Educação Física e Fisioterapia
Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, Ezequiel Vitório Lini, convido-lhe a participar da pesquisa intitulada “Determinantes relacionados à institucionalização de idosos: um estudo caso-controle”, que tem por objetivo identificar os motivos que levam os idosos a residirem nas instituições de longa permanência e caracterizar os idosos que permanecem em seus domicílios. Acredita-se que os resultados deste estudo contribuirão para a criação de políticas públicas visando à promoção da saúde e à prevenção de incapacidades.

Para isso será realizada uma entrevista baseada em um questionário estruturado. Essa proposta não oferece riscos ou danos pessoais. Gostaria de esclarecer que fica garantida:

1. a resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento, ou a qualquer dúvida que o(a) senhor(a) tenha acerca da metodologia, benefícios e outros aspectos relacionados com a pesquisa;
2. a liberdade de participar ou não da pesquisa, tendo assegurada a liberdade sem quaisquer represálias atuais ou futuras, podendo retirar o seu consentimento em qualquer etapa do estudo, sem nenhum tipo de penalização ou prejuízo;
3. a segurança de que não será identificado(a) e que se manterá o caráter confidencial das informações relacionadas com a sua privacidade e a proteção da sua imagem;
4. que as informações não serão utilizadas em seu prejuízo, ou de outros;
5. a sua liberdade de acesso aos resultados do estudo em qualquer etapa da pesquisa;
6. a sua segurança de acesso aos resultados da pesquisa.

Nesses termos e considerando-me esclarecido, consinto em participar da pesquisa proposta, de livre e espontânea vontade, sem cobrança de ônus ou qualquer encargo financeiro, resguardando aos autores do projeto a propriedade intelectual das

informações geradas e expressando a concordância com a divulgação pública dos resultados.

O pesquisador responsável por este projeto de pesquisa tem como orientadora a Professora Doutora Marlene Doring e como Coorientadora a Professora Doutora Marilene Rodrigues Portella; trata-se de uma atividade pertinente ao Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano da Universidade de Passo Fundo e este documento foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa desta instituição.

Caso o(a) senhor(a) tenha alguma dúvida ou queira maiores informações sobre a pesquisa, sinta-se livre para entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Passo Fundo (segunda a sexta das 8h às 12h e das 13h30 às 17h30min) pelo telefone (0xx54) 3316-8370, com o pesquisador Ezequiel Vitório Lini (0xx54) 8406-0555 ou ainda com a professora orientadora Dra. Marlene Doring e/ou Coorientação da Professora Doutora Marilene Rodrigues Portella (0xx54) 3316-8384.

Assinatura do participante

Prof. Dra. Marlene Doring

Pesquisador: Ezequiel Vitório Lini

Apêndice B. Projeto de Pesquisa

UNIVERSIDADE DE PASSO FUNDO
FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA E FISIOTERAPIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENVELHECIMENTO HUMANO

EZEQUIEL VITÓRIO LINI

**DETERMINANTES RELACIONADOS À INSTITUCIONALIZAÇÃO DE
IDOSOS: UM ESTUDO CASO-CONTROLE**

Passo Fundo

2013

1 DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

1.1 TÍTULO

Determinantes relacionados à institucionalização de idosos: um estudo caso-controle.

1.2 AUTOR

Ezequiel Vitório Lini.

Mestrado em Envelhecimento Humano da Faculdade de Educação Física e Fisioterapia da Universidade de Passo Fundo.

1.3 ORIENTADORA

Dra. Marlene Doring. Docente do Programa de Pós-graduação em Envelhecimento Humano da Faculdade de Educação Física e Fisioterapia da Universidade de Passo Fundo.

1.4 COORIENTADORA

Dra. Marilene Portella. Docente, Coordenadora do Programa de Pós-graduação em Envelhecimento Humano da Faculdade de Educação Física e Fisioterapia da Universidade de Passo Fundo.

1.5 DURAÇÃO

24 meses.

1.6 VIGÊNCIA

Março de 2013 a fevereiro de 2015.

1.7 RESUMO

A Instituição de Longa Permanência tem se mostrado como uma opção de residência cada vez mais crescente entre os idosos. Com o objetivo de identificar os fatores associados à institucionalização, realizar-se-á estudo caso-controle de base populacional, com idosos de 60 anos ou mais, residentes no município de Passo Fundo, Rio Grande do Sul. Farão parte do grupo de casos os idosos residentes em instituições de longa permanência e dos controles idosos que residem nos domicílios urbanos do município, cadastrados nas Estratégias de Saúde da Família. Os dados serão coletados por meio de inquérito domiciliar, por entrevistadores treinados, do curso de graduação em Enfermagem da Universidade de Passo Fundo. Para verificar o nível de dependência em realizar as atividades de vida diária, será utilizado o Índice de Katz. Para avaliar o estado mental/cognitivo, serão aplicados o Mini Exame do Estado Mental e o questionário de PFEFFER. Será considerada como variável desfecho a institucionalização e como variáveis de exposição as sociodemográficas, clínicas, comorbidades, capacidade funcional e cognitiva. Os dados serão analisados por meio do software Stata V.10. Serão utilizados testes paramétricos ou não paramétricos para analisar as relações de dependência entre as variáveis pesquisadas. Para comparar os grupos, serão empregados os testes qui-quadrado de Pearson e tendência linear na análise bruta e o modelo de regressão logística binária na análise ajustada, com medidas de efeito expressas em odds ratio. Os dados serão analisados para um nível de significância de 5%. Para entrada no modelo múltiplo, serão consideradas as variáveis com $p \leq 0,20$. Os resultados do estudo poderão contribuir para o planejamento de ações sociais e de saúde com vistas à redução e/ou retardamento dos fatores determinantes da institucionalização.

1.8 PALAVRAS-CHAVE

Idoso. Instituição de Longa Permanência para Idosos. Fatores de risco. Demência. Atividades cotidianas.

2 FINALIDADE

Contribuição para a criação de políticas públicas visando à promoção da saúde, à prevenção de incapacidades, alternativas de cuidado e à redução da institucionalização dos idosos.

3 PROBLEMÁTICA E QUESTÃO DE PESQUISA

É notório que nosso país passa por um processo de envelhecimento populacional. Com a idade avançada, aumenta o risco de doenças crônicas e de suas comorbidades, tornando o idoso dependente total ou parcialmente para algumas atividades da vida diária. O tempo de convívio com essas complicações também se estendeu e, quando há necessidade de cuidadores continuamente, evidenciam-se as dificuldades provenientes do contexto vivenciado hoje pelas famílias. Vale lembrar que os direitos dos idosos apontam para a importância da manutenção dos idosos no ambiente familiar buscando preservar a sua autonomia, cidadania e dignidade.

É sabido também que o perfil da família brasileira mudou. Isso porque o número de indivíduos que a compõe reduziu e tanto o homem quanto a mulher se encontram no mercado de trabalho, o que impossibilita a permanência constante de um membro da família para se responsabilizar pelo idoso. Desse modo, os espaços de longa permanência configuram-se como uma opção à recepção dessa população. Portanto, pergunta-se: quais os fatores associados à institucionalização de idosos?

4 JUSTIFICATIVA

Desenvolver uma pesquisa voltada ao envelhecimento humano, de caráter epidemiológico, significa direcionar a atenção a uma nova realidade: o acelerado crescimento da população idosa brasileira. O que nos instiga a proceder a uma investigação dessa natureza é como agir ante esse novo cenário que se apresenta, sobremaneira em termos de atendimento domiciliar ou institucional. Estudar o processo do envelhecimento constitui um desafio para os profissionais da área. A partir da transição epidemiológica, as doenças crônicas tomaram espaços antes ocupados pelas doenças transmissíveis, e, com o aumento da expectativa média de vida, atingem cada vez mais um maior número de pessoas. A doença crônica é lenta e muitas vezes

silenciosa, mas os fatores de risco normalmente acompanham o indivíduo muito antes da instalação de uma doença. As consequências dessas cronicidades comprometem, em muitos casos, o desempenho de atividades de vida diária de forma segura para o idoso. Ao se deparar com essas dificuldades, a família e o próprio idoso passam a discutir a melhor forma de resolver essa situação.

Segundo a legislação brasileira (BRASIL, 2003), é dever da família, da comunidade e do Estado o cuidado aos idosos dependentes. Portanto, o Estado só intervém quando da incapacidade de cuidar percebida nas duas primeiras esferas.

Enquanto investigação voltada ao curso *stricto sensu* de Envelhecimento Humano, da Universidade de Passo Fundo, a pesquisa toma corpo no momento em que se identifica a população idosa na região analisada, tanto em domicílios quanto em instituições de longa permanência para idosos (ILPIs), e verificam-se os motivos pelos quais esses idosos foram encaminhados às instituições.

Dentre os fatores que contribuíram para o engajamento neste estudo, destaca-se justamente a percepção das mudanças na organização familiar com as mulheres – principais cuidadoras do lar e dos dependentes – atualmente inseridas no mercado de trabalho. Ainda como profissional da saúde atuante na comunidade, instiga saber onde estão vivendo esses idosos, como está sua saúde, com quem vivem e o que os levam a necessitar de cuidados.

Para a Anvisa (2005), ILPIs são instituições governamentais ou não governamentais destinadas à moradia coletiva de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar. Portanto, as ILPIs, na visão do órgão fiscalizador, não são casas de saúde, tratamento ou terapias, e sim locais de cuidados básicos, como alimentação, vestuário, higiene pessoal, etc.

A maioria dos estudos brasileiros focados na institucionalização aborda questões qualitativas, tais como sentimentos do idoso e dos familiares, as experiências de ser cuidador e a visão do institucionalizado frente à situação em que se encontra. Acrescente-se a isso as relações afetivas e o impacto psicológico do internamento. Quando a pesquisa apresenta caráter quantitativo, há uma tendência de se analisar poucas variáveis e/ou número reduzido de sujeitos pesquisados. No que diz respeito à elucidação dos motivos que levam esses idosos a serem institucionalizados, poucos são os estudos epidemiológicos que contemplam todas as variáveis que esta pesquisa propõe, em especial, com a inclusão de idosos residentes na comunidade. Investigações do tipo caso-controle de base populacional, referentes à institucionalização na literatura

nacional, são ainda mais raras. Considera-se, portanto, que a exploração dessas lacunas possa trazer maiores entendimentos desse processo.

O fato é que a forma de cuidar desses idosos parece estar mudando, visto as alterações organizacionais familiares e o aumento de duração e variedade de doenças crônicas. Acredita-se que este estudo, por meio de seus resultados, possa elucidar as causas que levam a população idosa para os espaços de longa permanência além de contribuir para o surgimento de alternativas de cuidado.

5 HIPÓTESES

H_0 = A proporção de idosos institucionalizados com disfunção cognitiva é igual à proporção de idosos com disfunção cognitiva residentes nos seus domicílios.

H_a = A proporção de idosos institucionalizados com disfunção cognitiva é maior do que a proporção de idosos com disfunção cognitiva residentes nos domicílios.

H_0 = A proporção de idosos institucionalizados com dependência para realizar as atividades de vida diária é igual à proporção de idosos com dependência residentes nos domicílios.

H_a = A proporção de idosos com dependência para realizar as atividades de vida diária é maior em indivíduos institucionalizados se comparado com idosos com dependência residentes nos domicílios.

6 OBJETIVOS DA PESQUISA

6.1 OBJETIVO PRIMÁRIO

- a) Identificar os fatores associados à institucionalização dos idosos.

6.2 OBJETIVO SECUNDÁRIO

- a) Avaliar a função cognitiva e o grau de dependência para AVDs dos idosos residentes no domicílio e na instituição, em busca de fatores associados à institucionalização.

7 REVISÃO DA LITERATURA

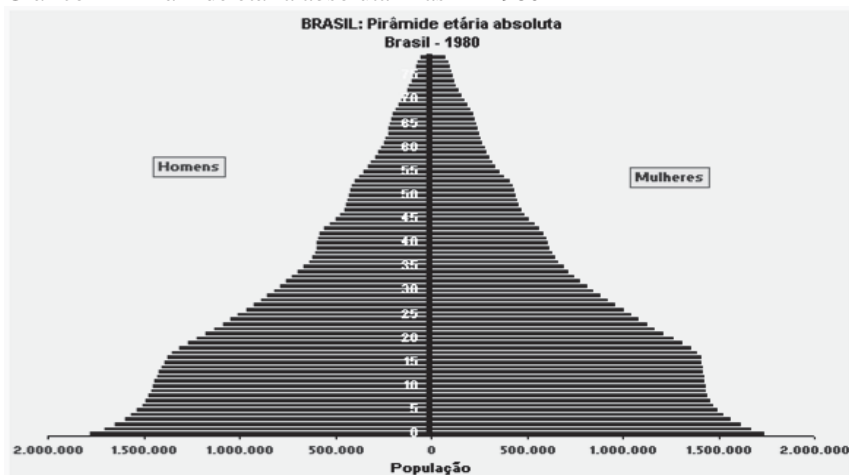
7.1 IMPACTO DAS TRANSIÇÕES DEMOGRÁFICA E EPIDEMIOLÓGICA

O envelhecimento populacional é considerado um fenômeno mundial e irreversível; no Brasil, esse processo tem ocorrido de maneira acentuada nas últimas décadas. Dentro desse grupo etário, os considerados muito idosos, mais idosos ou ainda idosos em velhice avançada, que correspondem aos indivíduos com 80 anos e/ou mais, o crescimento é proporcionalmente ainda mais acelerado (BRASIL, 2006a). Nos países desenvolvidos, determina-se como idoso o indivíduo com 65 anos e/ou mais; já nos denominados países em desenvolvimento, é considerado idoso quando se atingem 60 anos (BRASIL, 2006a).

Notícias do IBGE (2013a) divulgaram dados da pesquisa de tábuas da mortalidade com base no censo 2010 e demonstraram que as mulheres brasileiras alcançam idades mais avançadas que as dos homens. Enquanto elas vivem em média 77,38 anos, eles podem atingir 73,76 anos – uma diferença de 3,62 anos. A expectativa de vida do brasileiro cresceu 11,24 anos entre 1980 e 2010. O crescimento entre as mulheres ficou em 11,69 anos, enquanto que entre os homens a elevação atingiu 10,59 anos (IBGE, 2013a). Para 2050, esperam-se 60 milhões de idosos no Brasil, com expectativa de vida em torno de 80,69 anos. As mulheres continuarão com maior expectativa de vida comparada aos homens, 83,93 para elas e 77,48 anos para eles (IBGE, 2013b).

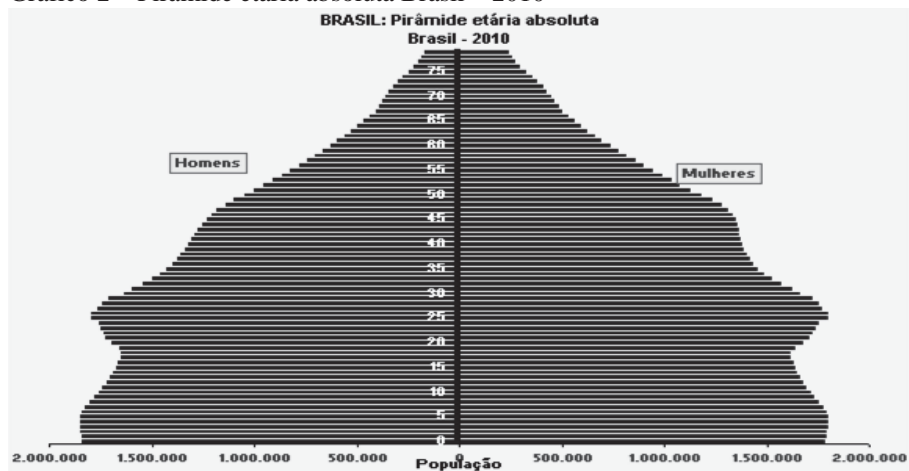
A modificação estrutural da pirâmide etária está nitidamente explicitada nos gráficos seguintes (1, 2 e 3), que demonstram a distribuição etária no Brasil em 1980, 2000 e projeção para 2050, respectivamente.

Gráfico 1 – Pirâmide etária absoluta Brasil – 1980



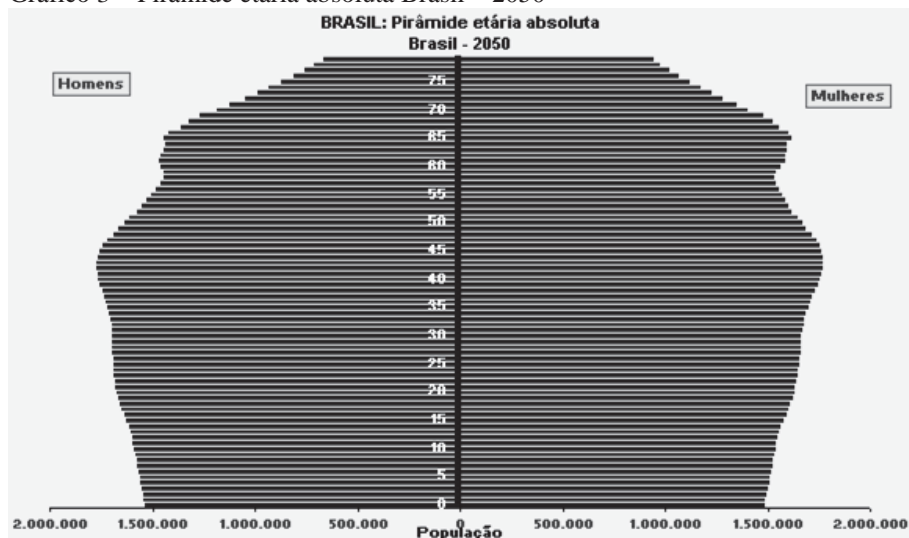
Fonte: IBGE (2013c).

Gráfico 2 – Pirâmide etária absoluta Brasil – 2010



Fonte: IBGE (2013c).

Gráfico 3 – Pirâmide etária absoluta Brasil – 2050



Fonte: IBGE (2013c).

Se o planejamento e atitudes não iniciarem prontamente, as consequências dessas mudanças podem surpreender os países despreparados. Boa parte das nações que ainda possuem grande população de jovens não está desenvolvendo políticas e ações preventivas de assistência aos grupos idosos já existentes e menos ainda ao cenário previsto para 2050 (FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2012).

Como já discutido, as mudanças na pirâmide etária ainda não se estabilizaram. O que se precisa entender é quando esse processo começou a ter notoriedade e a repercussão dessas alterações. Foi nas décadas de 1950 e 1960 que se percebeu o início

dessa redistribuição etária, a partir da redução nos índices de mortalidade infantil e aumento da expectativa de vida ao nascer. Somente na década de 1980, no Brasil, é que as reorganizações etárias ganham força e a barreira dos 60 anos é ultrapassada. As taxas de fecundidade, natalidade e mortalidade reduzem o que proporciona o início do nosso envelhecimento populacional, características da transição demográfica (VASCONCELLOS; GOMES, 2012).

O IBGE divulgou em 2012 os resultados gerais do Censo Demográfico de 2010. Nesse informe são apresentados, dentre outros dados, as mudanças na taxa de fecundidade. O número médio de filhos nascidos vivos em 1940 era de 6,16 por mulher, enquanto em 2010 esse número foi de 1,9, uma queda de 69,2% em relação a 1940 (IBGE, 2012).

Atualmente, a expectativa de vida do brasileiro demonstra que muitos chegarão à velhice. O perfil demográfico por ora apresentado aproxima-se dos países desenvolvidos, porém nosso país não conta com infraestrutura que garanta serviços adequados a essa demanda (VERAS, 2007).

Quando uma população está em acelerado processo de envelhecimento, crescem proporcionalmente as condições crônicas de saúde, já que estas atingem com maior frequência os indivíduos com mais idade (MENDES, 2010). A proporção de idosos que possuem ao menos uma doença crônica é de oito em cada dez indivíduos (VERAS, 2009).

Os agravos crônicos de saúde, característicos de uma grande parte dos idosos, provocaram mudanças nos padrões de morbidade e mortalidade. Essas mudanças deram origem ao conceito de transição epidemiológica proposto por Omran (1971 apud LEBRÃO, 2007). Segundo o autor, a teoria da transição epidemiológica está focalizada na complexa mudança dos padrões de saúde e doença e nas interações entre esses padrões e seus determinantes e consequências. Essas mudanças dos padrões dizem respeito à diminuição da mortalidade por doenças infecciosas e ao aumento das doenças não transmissíveis. O fato é que nos países desenvolvidos o envelhecimento populacional ocorreu muito tempo depois de terem adquirido padrões elevados de qualidade de vida, com acesso à saúde de qualidade, redução de desigualdades sociais, economia fortalecida, enquanto que os países da América Latina estão envelhecendo antes de ficarem ricos (LEBRÃO, 2007).

Os problemas socioeconômicos vivenciados por países em desenvolvimento, como o Brasil, configuram-se como um desafio para a saúde pública e assistência

social. O aumento da expectativa de vida é, obviamente, uma boa notícia, mas a longevidade se concretizará como uma conquista quando acrescentarmos qualidade a esses anos a mais de vida (VERAS, 2011).

7.2 CARACTERIZAÇÃO DAS DOENÇAS CRÔNICO-DEGENERATIVAS EVIDENCIADAS EM IDOSOS

O envelhecimento no Brasil, sob o prisma das mudanças demográficas e epidemiológicas, traz desafios quanto ao contingente de doentes crônicos. À medida que a população envelhece, aumenta a incidência de um ou mais agravos crônicos que podem gerar incapacidades funcionais. Essas incapacidades podem ser leves, moderadas ou graves, o que torna o idoso parcial ou totalmente dependente. Os cuidados vão desde a ajuda para tarefas como ir ao banco até o ato de se vestir ou se alimentar. A maneira como as famílias e o idoso se deparam com essas incapacidades afetará na decisão de onde e como esses cuidados serão oferecidos.

A sociedade passou por transformações que colaboraram com o aumento da expectativa de vida, porém o estilo de vida adotado na contemporaneidade, como má alimentação, sedentarismo e estresse, colabora para maior incidência de doenças crônicas, que preocupam seriamente a saúde pública (VERAS, 2012). Passamos, portanto, de um país historicamente conhecido por doenças agudas, infecciosas, responsáveis pelo maior número de óbitos para um contingente crescente de afecções crônicas.

A maioria das doenças crônicas não transmissíveis está alocada em quatro grandes grupos: doenças cardiovasculares, câncer, doenças respiratórias crônicas e diabetes. Juntas, tornam-se a principal causa de óbitos e incapacidades precoces (DUNCAN et al., 2012).

Com base na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), Barros et al. (2011), ao comparar os dados obtidos em 2003 e 2008, constataram que a prevalência de se ter ao menos uma doença crônica é mais elevada em idosos, mulheres, cor/raça negra ou indígena, menor escolaridade, migrantes, moradores do Sul do país. Ainda com base nesse estudo, evidenciou-se a prevalência das seguintes doenças crônicas: hipertensão, doença de coluna, artrite e depressão. No período de 2003 e 2008, aumentou a prevalência de diabetes, hipertensão, câncer e cirrose, bem como a redução de insuficiência renal crônica e tuberculose (BARROS et al., 2011).

Essas cronicidades trazem sérias consequências aos portadores, tornando-os, não raramente, dependentes para algumas atividades. No estudo de Lima-Costa et al. (2011), com base nos dados do PNAD (1998, 2003, 2008), destaca-se que a prevalência da incapacidade para realizar atividades da vida diária (alimentar-se, tomar banho ou ir ao banheiro) permaneceu estável (6,5%, 6,4% e 6,9%, respectivamente). Muitas dessas moléstias crônicas estão imbricadas ao envelhecimento de toda uma sociedade, mas também ao estilo de vida adotado como sedentarismo, consumo de álcool, tabagismo, má alimentação, comportamento sexual, além da predisposição genética (VERAS, 2012).

As incapacidades provocadas pelos agravos crônicos colocam o portador numa condição de dependência nem sempre aceita. Assim, uma primeira doença crônica pode desencadear prejuízos psicológicos; destaque-se aqui a depressão. Brito et al. (2012) referem que não é possível considerar a depressão no idoso uma simples consequência “natural” do envelhecimento. Relatam ainda que, apesar de hoje em dia se dispor de diversas abordagens psicoterapêuticas e de tratamentos medicamentosos, a depressão pode levar à incapacitação e ao prejuízo funcional. Denota-se, portanto, uma via de mão dupla, na qual uma complicação leva a outra se não atendida adequadamente.

Na pesquisa desenvolvida por Gomes, Ruiz e Corrente (2011), dos idosos com suspeita de depressão ou déficit cognitivo, 75% apresentavam, no mínimo, uma doença crônica e que a depressão e a demência têm forte associação com o nível de dependência. Assim, as demências precisam de atenção especial dos profissionais e das políticas de saúde, incluindo formação dos profissionais na área de doenças neurodegenerativas, com um sistema integrado de cuidados, além do apoio aos familiares, que devem se envolver com esta problemática (BRITO et al., 2012).

As estratégias de saúde brasileiras encontram-se em crise, justamente por não se adequarem à situação de saúde do século XXI e permanecendo em um sistema de atenção característico do século XX. O perfil dos usuários mudou. O Brasil enfrenta um contingente de doentes crônicos que necessitam de uma abordagem mais efetiva. Nos países desenvolvidos, o sistema antigo não deu certo, assim como em nosso país, que apresenta fragilidade tanto no setor público quanto no privado (MENDES, 2010).

Os programas de gerenciamento de doenças existentes voltados para a população idosa não apresentam uma relação custo-benefício vantajosa. A atenção desses programas é voltada ao tratamento adequado de somente uma doença específica, o que apenas reduz os índices de mortalidade de tal moléstia. No entanto, é sabido que os

idosos apresentam, comumente, mais de uma doença crônica e buscam atendimentos em vários especialistas, o que demonstra que focar programas apenas em uma doença não é a medida mais acertada. Modelos que funcionem com uma abordagem integral precisam ser pensados e implantados, para que se consiga abarcar toda a pluralidade de cuidados necessários. Essas mudanças virão a colaborar com a solução dos problemas, bem como a otimização dos recursos financeiros (VERAS, 2012).

Ante essa realidade, os profissionais envolvidos de alguma forma com essa população precisam conhecer as características das enfermidades detalhadamente, pois seus sintomas são confundidos com transtornos normais do envelhecimento (MOTTA; AGUIAR, 2007).

Ações preventivas na saúde, com intuito de promover a mudança de hábitos, podem reduzir as comorbidades oriundas dessas doenças. Os Estados Unidos da América são um exemplo de conquista na redução das taxas de incapacidade, fruto de ações bem planejadas (LEBRÃO, 2007).

Dentre as complicações citadas anteriormente, destinar-se-á maior atenção aos quadros demenciais e aos principais fatores ligados à dependência para as atividades de vida diária. Esses tópicos serão abordados com maior interesse por serem considerados predisponentes de dependência de cuidadores por parte dos idosos.

7.2.1 Demências

Apesar de afetar principalmente idosos, a demência não pode ser considerada uma simples consequência do envelhecimento. A demência é uma síndrome que deteriora, além da memória e do intelecto, afeta o comportamento e a capacidade de realizar atividades de vida diária (WHO, 2012a). O Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais (DSM-IV), da Associação Psiquiátrica Americana (2002), afirma que, além do declínio da memória, é necessária a associação de ao menos outra função cognitiva deteriorada para que se defina como síndrome demencial, quais sejam: linguagem, gnosis, praxias ou funções executivas e que a intensidade desses prejuízos afete diretamente o convívio social ou desempenho profissional do indivíduo.

O número de pessoas que sofrem com a demência está em contínuo crescimento. Atualmente a demência atinge, em todo o mundo, 35,6 milhões de pessoas, e a cada ano 7,7 milhões de novos casos são identificados. Na população acima de 60 anos, estima-se que 2 a 8% sofram com demência (WHO, 2012a). Os dados na América Latina

enquadram-se nessa margem, com prevalência de 7,1% de casos em idosos acima de 65 anos (NITRINI et al., 2009). As projeções são ainda mais preocupantes, pois em 2030 já teremos 65,7 milhões de casos e 2050 com 115,4 milhões (WHO, 2012b).

O risco de demência é de um em cada oito para aqueles com mais de 65 anos. Uma proporção assustadora de 1 em 2,5 para os maiores de 85 (WHO, 2012b). Segundo a Organização Mundial da Saúde, a demência é uma das principais causas de dependência e incapacidade nos idosos em todo o mundo (WHO, 2012a).

A demência não tem cura, mas o avanço da doença, em alguns casos, pode ser desacelerado. O diagnóstico precoce e a abordagem clínica, da maneira que a Organização Mundial da Saúde recomenda, só é realidade em oito países (Austrália, Grã-Bretanha, Dinamarca, França, Japão, Coreia do Sul, Holanda e Noruega). Diante desse dado, a entidade investe esforços para detectar precocemente as demências, tratamento adequado e conscientização social para que se desconstruam paradigmas, além do suporte aos familiares que sofrem sobrecargas físicas e emocionais (WHO, 2012b).

Diversas classificações já foram estipuladas, inclusive como sendo tratáveis e não tratáveis, o que atualmente não se aplica, visto que muitas formas de tratamento têm se mostrado eficazes no retardo da progressão da demência (HONIG, 2011). A classificação considerada mais aceita e usual mundialmente é a que se baseia na etiopatologia da doença.

Quadro 1 – Demências categorizadas em uma base etiopatológica

Transtornos neurodegenerativos primários
Doença de Alzheimer
Transtornos dos corpos de Lewy Demência dos corpos de Lewy Demência da doença de Parkinson
Demências frontotemporais Paralisia supranuclear progressiva Degeneração corticobasal
Doença de Huntington
Doença de Creutzfeldt-Jakob e outras doenças priônicas
Demências vasculares Demência por múltiplos, demência de binswanger, CADASIL
Demências inflamatórias Esclerose múltipla, vasculites do SNC
Demências infecciosas Neurossífilis, neuro-Lyme, demência do HIV, outras
Demências neoplásicas Tumores, meningite carcinomatosa, síndromes paraneoplásicas,
Outras/demências físicas Hidrocefalia, traumas cerebrais

Fonte: Honig (2011 p. 717).

As formas mais comuns de demência são a Doença de Alzheimer, transtornos dos corpos de Lewy, demências frontotemporais e demências vasculares. O Quadro 2 demonstra as respectivas prevalências:

Quadro 2 – Prevalência dos transtornos demenciamentos em pessoas idosas

Doença de Alzheimer: 65 a 85% (ver que os corpos de Lewy também podem estar presentes em 20 a 40% dos casos)
Transtornos de corpos de Lewy: 15 a 30% (ver que a doença de Alzheimer concomitante está presente em 65 a 90% dos casos)
Demências frontotemporais: 5 a 10%
Demências vasculares: 2 a 10% (ver que são observados infartos em cerca de 35% dos casos de demência)
Outras demências: 5 a 10%

Fonte: Honig (2011, p. 718).

A preocupação mundial com as síndromes demenciais instigou a realização de um estudo que demonstra os custos com esse problema. Nos Estados Unidos, dependendo da complexidade que se conduz o tratamento, o custo médio fica entre \$ 41000 a \$ 56000 dólares por caso/ano. Isso equivale a um gasto em 2010 de 159 a 215 bilhões de dólares. A pesquisa ainda prevê um aumento de 40% dos gastos até 2040. Esses encargos financeiros assemelham-se aos investimentos em doenças cardíacas e câncer (HURD et al., 2013).

Além do impacto econômico, de saúde e de dependência do idoso, cabe ressaltar o impacto aos familiares, que, ao enfrentarem essa situação, desenvolvem, com o passar do tempo, complicações como ansiedade, queixas de dores e fadiga (VALENTE et al., 2013). Para Silva, Passos e Barreto (2012), os cuidadores são em sua maioria mulheres (filhas) e mais da metade trabalha fora de casa, o que caracteriza sobrecarga de funções, com duração do sono abaixo de oito horas diárias. Cerca de 46% das cuidadoras apresentam sintomas de ansiedade e depressão e quase 70% relatam queixas de memória. Identificou-se, ainda, o uso constante de medicamentos, principalmente anti-hipertensivos (38,9%) e antidepressivos (31,5%). Cuidar do idoso dependente, seja por demência, seja por outros motivos, pode desencadear no cuidador uma diversidade de sentimentos, por vezes contraditórios como raiva, culpa, medo, angústia, confusão, tristeza, irritação, etc. Esse estresse pode tornar-se risco à integridade do idoso, inclusive causa de violência doméstica (BRASIL, 2006b).

7.2.2 Dependências para atividades de vida diária

Apesar de a expectativa de vida da população brasileira estar aumentando e o acesso à saúde ter melhorado, o número de idosos com alguma dependência para as atividades do cotidiano tende a aumentar. Pelo fato de o indivíduo viver mais tempo, aumenta o período de convívio com as doenças crônico-degenerativas, o que conseqüentemente aumenta a proporção de idosos sem autonomia e independência. Por esse prisma, pode-se esperar um aumento na demanda por cuidados (CAMARANO; KANSO, 2010).

Mesmo com esse visível crescimento de idosos em situação de dependência, ainda não existe uma maneira consensual de se analisar essas dependências, porém existem fatores que estão indiscutivelmente associados, como algumas doenças, deficiências ou problemas médicos. Existe concordância sobre a influência do estilo de vida, quais sejam: o consumo de tabaco, álcool, sedentarismo e má alimentação, que constituem fatores explicativos do estado de saúde físico e psíquico. Fatores relacionados à condição socioeconômica e/ou cultural também contribuem para a heterogeneidade observada frente às incapacidades físicas e mentais (BATISTA et al., 2008).

As atividades de vida diária são compreendidas como as tarefas do cotidiano necessárias para que o indivíduo cuide de si e de sua própria vida. As AVDs dependem de um funcionamento adequado, conforme a complexidade da atividade, dos sistemas funcionais principais: cognição, humor, mobilidade e comunicação. Dentre as atividades que compõem as AVDs, podemos citar as do cuidado com o corpo (banho, higiene pessoal), vestir-se, utilizar o banheiro, transferências, controle dos esfíncteres e alimentação. Algumas são consideradas mais complexas que outras devido ao automatismo dos esfíncteres e alimentar-se (MORAES, 2012).

O processo de perda da independência começa, portanto, pelas tarefas mais complexas, com maior exigência, como banhar-se e progride até a dependência para alimentar-se (MORAES, 2012).

Dificuldades para alimentar-se, tomar banho ou ir ao banheiro foram identificadas em estudo de Lima-Costa et al. (2011) com base nos dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD). A prevalência ficou próxima de 7% nos três períodos analisados: 1998, 2003 e 2008. Em idosos residentes em ILPIs, os índices tendem a ser mais elevados, segundo pesquisa de Oliveira e Mattos (2012), que

determinaram prevalências na ordem de 44%, o que equivale a uma prevalência 6,4 vezes maior do que a referida pelo estudo de Lima-Costa et al. (2011) realizado com idosos da comunidade.

As medidas de prevalência de dependência para AVDs foram identificadas por Hung et al. (2011) com base na pesquisa americana intitulada *Estudo de saúde e aposentadoria*, que incluiu 31.568 indivíduos com 65 anos e/ou mais residentes na comunidade com abrangência nacional. Os autores analisaram os dados de 1998, 2004 e 2008 e concluíram que os valores não alteraram de forma consistente com índices de 19,2%, 17,4% e 18,4%, respectivamente.

Ao avaliar o grau de dependência para AVDs em idosos institucionalizados, Sanz et al. (2012) estabeleceram que 29,1% dos homens e 45,5% das mulheres são dependentes. Ressalta-se que, nesse estudo, foram excluídos os idosos com comprometimento cognitivo moderado ou severo e o instrumento para avaliar a dependência foi o índice de Barthel.

Em investigação realizada com idosos da comunidade, Santos e Griep (2013) afirmam que, nos idosos, o pior desempenho nas atividades de vida diária é percebido em mulheres, em mais idosos e menos escolaridade. Essa situação de dependência afeta diretamente a autoavaliação de saúde, que tende a ser classificada como ruim/regular (CARDOSO et al., 2012; SANTOS; GRIEP, 2013). Os inativos profissionalmente e portadores de comorbidades apresentam maior risco à dependência (SUDRÉ et al., 2012).

Nas ILPIs a dependência é maior para atividades de banho (31,2%) e higiene pessoal (42,4%) (MARINHO et al., 2013); em contrapartida, as atividades de melhor desempenho são a alimentação (86,4%) e transferência (67,2%). Identificaram ainda que o tempo de institucionalização tem relação à dependência. Os que residem há mais de cinco anos na instituição possuem dependência parcial ou total – somam 64,2%.

Os cuidadores informais dos idosos com dependência funcional também sofrem com a sobrecarga de tarefas, assim como nos casos de idosos com quadros demenciais. Quanto maior a dependência funcional – mensurada pelos autores pela Medida de Independência Funcional (MIF) –, maior a sobrecarga do cuidador, que na maioria dos casos são as filhas, já casadas com sua própria família para cuidar (STACKFLETH et al., 2012). Ainda segundo os autores, a dependência funcional causa maior sobrecarga ao cuidador do que o declínio cognitivo.

Cabe salientar que é possível prevenir ou retardar a instalação de dependência para AVDs desde que identificados os principais motivos desencadeantes. Esse desempenho nas AVDs sofre declínio em decorrência de doenças crônicas ou outras complicações de saúde, mas também pelo isolamento social. A partir dessa percepção, não se pode compreender a dependência como exclusividade nem consequência da velhice, pois, apesar de as dependências serem condições mais comuns entre idosos, não se pode associar com o processo de envelhecimento (BATISTA et al., 2008).

7.3 INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS E A POPULAÇÃO INSTITUCIONALIZADA

A rotina de cuidar de um idoso é constante e desgastante. A sobrecarga de funções como mãe/esposa/pai, profissional/esposa/esposo, enfim, ultrapassa os limites do esforço físico e mental. Quando não se alcançam alternativas viáveis no contexto familiar, há uma tendência à desorganização e desestruturação que afeta o idoso, o cuidador e a família (MAFRA, 2011).

O artigo 3º, da Lei n. 10.741, de 1º de outubro de 2003, que dispõe sobre o Estatuto do Idoso, estabelece que:

É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária. (BRASIL, 2003).

Nesse quesito, a participação do estado reduz suas responsabilidades legais vistas na prática em comparação com as responsabilidades das famílias. O que percebemos nas famílias, devido às dificuldades financeiras de contratação de atenção especializada, é que os cuidados ficam a critério de um membro familiar, majoritariamente mulher residente no mesmo domicílio ou próximo do idoso (KÜCHEMANN, 2012).

A família dita tradicional, composta por um casal heterossexual, definidos papéis do homem chefe e provedor de recursos financeiros e da mulher voltada aos cuidados do lar, dos filhos e de idosos doentes, não mais condiz como único ou principal modelo contemporâneo. As separações, divórcios, inserção da mulher no mercado de trabalho, famílias menores têm construído arranjos nem sempre favoráveis

aos idosos (KÜCHEMANN, 2012). No entendimento do autor, o idoso não precisa, necessariamente, residir com outras pessoas. Morar sozinho representa maior autonomia, contanto que ele disponha de condições financeiras e de saúde e mantenha contato com os familiares.

Enquanto os idosos gozam de boa saúde, independência e recursos financeiros, não representam preocupação aos familiares e à sociedade. Estão inseridos ainda na sociedade consumidora e colaboram financeiramente com as despesas familiares. A situação toma outro rumo com o surgimento de doenças e dependência. O idoso torna-se um ônus para algumas famílias (LISBOA; CHIANCA, 2012).

As instituições de longa permanência para idosos têm se configurado como uma opção de cuidado e/ou moradia. Para a Anvisa (2005), ILPIs são “instituições governamentais ou não governamentais destinadas à moradia coletiva de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar.” Portanto, essas entidades, também denominadas ainda como asilo, ancianato, lar, abrigo, casa de repouso, não necessariamente oferecem tratamentos de saúde aos idosos, e sim moradia e cuidados aos que apresentam algum grau de dependência.

Não se pode esquecer que o processo de envelhecimento requer, em algum momento, serviço de saúde especializado que atenda às doenças crônicas presentes em boa parte desses indivíduos. Assim, os cuidados de longa duração estendem-se além de auxílio nas AVDs e incluem serviços de saúde (CAMARANO; KANSO, 2010).

Apesar de a prática de institucionalizar os idosos brasileiros estar em expansão, ainda é pequena, se comparada aos Estados Unidos, onde os custos aos cofres públicos ultrapassam os 90 bilhões de dólares por ano, o que requer ações eficientes de políticas públicas (FONSECA et al., 2011). Estima-se que no Brasil 0,8% dos idosos esteja em instituições de longa permanência (CAMARANO, 2008).

Ao se decidir pela institucionalização, torna-se relevante que a família e o idoso participem conjuntamente da escolha desse ambiente (WATANABE, 2009). Nessa fase, todos os envolvidos precisam atuar em harmonia: a família e o idoso na decisão e a instituição na recepção, com o objetivo de proporcionar maior bem-estar ao idoso. Assim, no momento da admissão, recomenda-se uma avaliação geral do idoso, para coletar informações de seus hábitos, sua história de vida, capacidade funcional e cognitiva e de seu estado de saúde, com o intuito de planejar as ações desenvolvidas na instituição (WATANABE, 2009). Certamente, nem todo idoso envelhece igual. Existem

diferentes velhices, resultado de algumas influências, entre as quais se destacam os agentes biológico-genéticos, a vivência social e os fatores psicológicos.

O processo de envelhecimento é individual e o desenvolvimento de fatores de risco à institucionalização segue essa premissa. Encontram-se resultados distintos quanto aos principais motivos que levam à institucionalização. No estudo de Perlini, Leite e Furini (2007), os fatores mais citados por familiares quando decidem institucionalizar o idoso são o número reduzido de integrantes da família, ausência de condições físicas, financeiras e psicológicas para prestar o cuidado em domicílio e o desejo do próprio idoso em não perturbar seus familiares. Problemas de relacionamento com os familiares, viuvez, múltiplas comorbidades e síndrome demencial são os resultados alcançados por Fonseca et al. (2011).

Ademais, existem estudos que demonstraram que nas ILPIs há predominância de mulheres, idosos com dificuldades para realizar as atividades de vida diária (AVDs) e baixa escolaridade como características mais comuns (LISBOA; CHIANCA, 2012; ALENCAR et al., 2012).

Dentre os preditores para institucionalização, Luppa et al. (2010), em revisão sistemática, chamam a atenção para o comprometimento cognitivo e funcional, associados à falta de apoio para realização das atividades de vida diária. Além disso, entre os fatores com indícios mais fortes, destacaram-se o aumento da idade, autoavaliação do estado de saúde como sendo ruim, não ter casa própria, institucionalização prévia e prescrição para que se institucionalize. Foram considerados motivos de impacto moderado pessoas não casadas (solteiras, viúvas ou divorciadas), desempregados e aqueles com convívio social menor.

Ao realizarem o acompanhamento de idosos em centros-dia num período de três anos, Cohen-Mansfield e Wirtz (2011) identificaram os riscos de serem encaminhados para ILPIs. No primeiro ano a sobrecarga do cuidador, comportamento agressivo, depressão do idoso, escores baixos no Mini Exame do Estado Mental (MEEM) e idade avançada foram os principais motivos. Para o segundo e terceiro ano, permaneceram significativos os casos de viver sozinho, diagnóstico de demência e diagnósticos psiquiátricos e alguns dos componentes da sobrecarga do cuidador.

Em recente estudo australiano, que objetivou avaliar uma série de fatores de risco de institucionalização, incluindo como fator o comprometimento cognitivo leve, em homens com 70 anos e/ou mais, evidenciou-se primeiramente que a taxa de institucionalização foi de 7,3%. Esse estudo de coorte acompanhou os idosos entre 2005

e 2007 com avaliações periódicas e concluiu que os preditores mais fortes de institucionalização foram demência, comprometimento cognitivo, dependência para AVD e AIVD. Os idosos com demência apresentaram risco seis vezes maior de serem institucionalizados do que os sem demência (GNJIDIC et al., 2012).

Por vezes, a institucionalização ocorre por livre escolha, ou seja, o idoso decide que a melhor opção é residir nas instituições, como mostra Pavan, Meneghel e Junges (2008). Os autores, ao entrevistarem idosas, identificaram que metade delas residia em ILPI por livre escolha, enquanto a outra metade referia abandono, familiares que usaram de falsas promessas de retorno breve ao seio familiar e outras ludibriações. As famílias, ao enfrentarem as adversidades em torno de um idoso funcionalmente dependente, vivenciam problemas gerados pelas demandas financeiras referentes ao cuidado, o que repercute em instabilidades psicológicas e sociais que estão intimamente ligadas à decisão por institucionalização (SILVA; FIGUEIREDO, 2012).

Sintomas sugestivos de demência mostraram-se significativamente diferentes entre idosos institucionalizados e não institucionalizados, conforme estudo comandado por Plati e colaboradores (2006). Os autores identificaram que no grupo de idosos institucionalizados o desempenho cognitivo mostrava-se pior e que pode ser este um dos preditores de institucionalização.

Indicadores da institucionalização de idosos com enfoque epidemiológico caso-controle foram descritos por Del Duca et al. (2012), que apontam diferenças entre os idosos residentes nas ILPIs com os que residem na comunidade. Nesse estudo, os idosos residentes das ILPIs foram mais dependentes que os da comunidade. Outra informação importante refere-se à viuvez; destacou-se que a maioria dos residentes nas instituições era viúva, enquanto os da comunidade viviam com companheiro. A média de idade apresentou diferença também nos dois grupos investigados, nos quais a média de idade foi maior nas ILPIs. Ainda, o predomínio de idosas foi semelhante nos dois grupos.

Por fim, entendemos que traçar o perfil dos indivíduos que residem nessas entidades é necessário para que o setor público estipule suas ações. Uma das dificuldades para se alcançar esses dados vem justamente da instituição, que não realiza uma avaliação geriátrica completa, para identificar os verdadeiros motivos que levaram à admissão (FONSECA et al., 2011). Para os autores, somente conhecendo o perfil dos idosos institucionalizados é que se identificam quais mudanças são necessárias nas políticas públicas voltadas a esse segmento.

8 METODOLOGIA

8.1 DELINEAMENTO GERAL DO ESTUDO

Estudo caso-controle de base populacional, com idosos residentes no município de Passo Fundo, Rio Grande do Sul, em 2014. Farão parte do grupo de casos os idosos residentes em instituições de longa permanência e do grupo-controle, idosos que residem nos domicílios urbanos das áreas de abrangência da ESFs, do município.

8.2 LOCAL DO ESTUDO

O estado do Rio Grande do Sul conta atualmente com 496 municípios, e Passo Fundo está entre as dez cidades mais populosas. Localiza-se ao norte do estado, distante 293 km da capital, Porto Alegre. A população estimada é de 187.298 mil habitantes; destes, 22.222 são idosos com sessenta anos ou mais (IBGE, 2010), ou seja, 11,86% da população é composta por idosos.

Passo Fundo apresenta um sistema de ensino consolidado. Recebe milhares de estudantes principalmente oriundos da macrorregião, bem como dos estados vizinhos, Santa Catarina e Paraná, que buscam a certificação e formação em nível superior.

Na área da saúde, destaca-se como referência regional. Dispõe de quatro hospitais, várias clínicas e especialistas. A cidade também é sede da 6ª Coordenadoria Regional de Saúde, que abrange 62 municípios do norte do Estado. Há no município quinze Unidades de Saúde da Família com cobertura aproximada de 30% da população (BRASIL, 2013). Esse modelo prevê a melhora do estado de saúde da população com abordagens na promoção, prevenção, diagnóstico precoce, tratamento e recuperação de toda a família (PASSO FUNDO, 2013). Atualmente, Passo Fundo conta com 16 Instituições de Longa Permanência para Idosos, as quais abrigam 363 idosos. Encontram-se divididas em instituições privadas com e sem fins lucrativos. O número de moradores se modifica com frequência devido às transferências e óbitos. A capacidade de receber esses idosos também varia, conforme a disponibilidade de acomodação e estrutura.

8.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO E PROCEDIMENTO AMOSTRAL

8.3.1 População fonte

Indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos, de ambos os sexos, residentes no município de Passo Fundo, Rio Grande do Sul.

8.3.2 Definição de casos e controles

Os casos serão representados por indivíduos com 60 anos ou mais, de ambos os sexos, residentes nas Instituições de Longa Permanência do município de Passo Fundo. Os controles serão selecionados por meio de uma amostra probabilística dos indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos, de ambos os sexos, residentes em domicílios na área de abrangência da estratégia de Saúde da Família de Passo Fundo, Rio Grande do Sul.

Será calculada a proporção de idosos em cada ESF para determinar quantos indivíduos serão selecionados em cada ESF para a amostra, conforme demonstrado no Quadro 4 a seguir. A mesma relação de proporcionalidade será feita para as ILPIs (Quadro 3).

A escolha dos indivíduos cadastrados nas Estratégias de Saúde da Família para fazer parte do grupo-controle justifica-se pelas questões operacionais de uma abordagem desse porte. As ESFs possuem uma cobertura aproximada de 40% que fazem o acompanhamento dessa faixa etária, dispõem de prontuários com os registros necessários quanto ao endereço e dados de condições de saúde que podem ser úteis aos pesquisadores. Estão cadastrados indivíduos com diversas características sociodemográficas e clínicas, diferenças estas também encontradas nas instituições de longa permanência, o que permite uma comparação entre os grupos.

8.3.3 Critérios de exclusão

Serão excluídos do estudo os idosos que estiverem hospitalizados no dia da entrevista.

Serão consideradas perdas os indivíduos elegíveis que se recusarem a participar, não assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, não forem encontrados no domicílio após três tentativas dos entrevistadores, em dias e horários alternados.

8.3.4 Cálculo da amostra

Para determinar o tamanho da amostra, utilizaram-se como base as prevalências encontradas na literatura. Tendo como desfecho a institucionalização e como exposição as demências e a dependência para atividades de vida diária, optou-se pelos seguintes valores:

- a) 8% dos idosos da comunidade possuem demência, com base na World Health Organization (2012a), que prevê que 2 a 8% da população mundial apresentam demência;
- b) prevalência de 7,1% para demências na América Latina (NITRINI et al., 2009);
- c) 50% dos idosos institucionalizados apresentam demência, número arredondado mediante achados de Moore et al. (2012), com valores de 45% para homens e 52% para mulheres;
- d) 7% dos idosos da comunidade apresentam dependência para AVDs, segundo Lima-Costa et al. (2011), com base no PNAD de 2008, dos idosos brasileiros, 6,9% são dependentes;
- e) 50% dos idosos possuem dependência para AVDs nas ILPIs, valor próximo dos 44% encontrado por Oliveira e Mattos (2012).

Neste estudo, dois grupos serão entrevistados: os idosos institucionalizados e os idosos residentes na área de abrangência das ESFs. Segundo o Balcão do Idoso do município de Passo Fundo (O Balcão é um espaço para o recebimento de demandas referentes a situações de risco e vulnerabilidade social, parceria entre Ministério Público Federal, Prefeitura Municipal de Passo Fundo e Universidade de Passo Fundo), o número de idosos institucionalizados atualmente é de 363, conforme demonstrado no Quadro 3.

Quadro 3. Distribuição dos idosos por ILPIs e proporções para amostra.

ILPI	Número de idosos	Classificação	Proporção	Amostra (205*proporção/100)
1	11	Privada	3,03%	6
2	28	Privada	7,71%	16
3	14	Privada	3,86%	8
4	23	Privada	6,34%	13
5	8	Privada	2,20%	4
6	16	Privada	4,41%	9
7	14	Privada	3,86%	8
8	47	Filantrópica	12,95%	26
9	38	Privada	10,47%	21
10	13	Privada	3,58%	7
11	17	Privada	4,68%	10
12	14	Privada	3,86%	8
13	28	Filantrópica	7,71%	16
14	24	Privada	6,61%	14
15	65	Filantrópica	17,90%	37
16	3	Privada	0,83%	2
Total	363	Amostra		205

O número de idosos cadastrados nas ESFs, informado pela Secretaria de Saúde do Município, é de 6681. O Quadro 4 apresenta esses dados organizados por ESF.

Quadro 4. Distribuição dos idosos por ESFs e proporções para amostra.

ESF	Cadastrados	Proporção	Amostra (205*proporção/100)
1	252	3,77%	8
2	338	5,05%	10
3	364	5,44%	11
4	448	6,70%	14
5	352	5,26%	11
6	1386	20,74%	43
7	404	6,04%	12
8	237	3,54%	7
9	427	6,39%	13
10	553	8,27%	17
11	518	7,75%	16
12	550	8,23%	17
13	542	8,11%	17
14	245	3,66%	7
15	65	0,97%	2
Total	6681	Amostra	205

A fórmula utilizada para o cálculo amostral, tendo conhecimento da população estudada, é demonstrada a seguir:

$$n = \frac{z^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{[d^2 \cdot (N - 1)] + (z^2 \cdot p \cdot q)}$$

Para finalizar essa etapa do cálculo, definiu-se uma margem de erro de 5% em um nível de significância de 95%. Assim, o número mínimo de idosos cadastrados nas ESFs necessário para a pesquisa é de 111 e, nas instituições de longa permanência, 186 idosos. Considerando os 10% de perdas e recusas, pode-se determinar que 205 idosos irão compor o grupo nas ILPIs (casos); para manter a proporção de 1 caso para 1 controle, 205 idosos cadastrados nas ESFs farão parte do grupo-controle.

Segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) (BRASIL, 2013), existem no município 15 ESFs e todas farão parte do estudo. Após o conhecimento de quantos idosos estão cadastrados em cada ESF, será selecionado aleatoriamente um número proporcional representativo da população. Por exemplo, se determinada ESF apresentar 6% de todos os idosos cadastrados em ESFs do município, selecionar-se-ão nessa ESF 6% dos 205 necessários para a pesquisa, ou seja, daquela ESF entrevistar-se-ão 12 idosos.

Nas ILPIs determinou-se o mesmo método de proporcionalidade; no entanto, ainda depende de quantas ILPIs autorizarão a coleta de dados. Após determinado o número de entrevistados em cada ILPI, serão definidos por sorteio quem serão os entrevistados. Por exemplo, se em determinada ILPI for necessário entrevistar oito idosos e lá residirem dezesseis, esses oito serão definidos por sorteio.

8.4 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados se constituirá a partir de um questionário contemplando as variáveis sociodemográficas (sexo, idade, cor da pele, situação conjugal, escolaridade, renda, local onde vive), as relacionadas à saúde (doenças crônicas, dependência para atividades de vida diária e estado cognitivo), além dos motivos da institucionalização.

Os dados serão coletados nos domicílios ou nas ILPIs, por uma equipe treinada, composta por bolsistas do curso de graduação em Enfermagem da Universidade de Passo Fundo.

O Mini Exame do Estado Mental (MEEM) será utilizado para avaliar o estado mental/cognitivo (Anexo A). Dependendo das condições dos idosos, incapacidade de fala ou algum problema físico que o impeça de desempenhar o MEEM, utilizar-se-á o questionário de PFEFFER (QPAF), com questões direcionadas ao acompanhante ou cuidador do idoso sobre a capacidade deste em desenvolver determinadas funções (Anexo B). Para verificar o nível de dependência para realizar as atividades de vida diária, será utilizado o Índice de Katz (Anexo C).

A escolha por esses instrumentos justifica-se pelo fato de que tanto o Índice de Katz quanto o Mini Exame do Estado Mental e o PFEFFER possuem ampla utilização em pesquisas voltadas à avaliação da capacidade para realizar AVDs e estado mental/cognitivo. Ambos são instrumentos validados e recomendados pelo Ministério da Saúde (2006b). O MEEM permite a avaliação da função cognitiva e o rastreamento de quadros demenciais, porém esse instrumento sozinho não pode ser utilizado para diagnosticar demência. Faz-se necessária uma avaliação abrangente por uma equipe de saúde. O Mini Exame do Estado Mental foi originalmente proposto por Folstein, Folstein e Mchugh (1975) e adaptado para o português por Bertolucci et al. (1994) e ainda modificado por Brucki (2003). É composto por questões agrupadas em sete categorias, cada uma delas com o objetivo de avaliar um grupo de funções cognitivas específicas: orientação temporal (5 pontos), orientação espacial (5 pontos), memória imediata (3 pontos), atenção e cálculo (5 pontos), memória de evocação (3 pontos), linguagem (8 pontos) e capacidade construtiva visual (1 ponto). O escore pode variar de zero até um total de trinta pontos.

Alguns itens do MEEM sofrem influência da escolaridade, o que pode resultar em viés. Alternativas têm sido buscadas a fim de minimizar esse viés e as discrepâncias entre os pontos de corte sugeridos tornaram-se um novo problema. Optou-se como referência para os pontos de corte o estudo de Bertolucci et al. (1994) com os seguintes limites: 13 pontos para idosos analfabetos, 18 pontos para aqueles com escolaridade baixa e média (até oito anos de escolaridade) e 26 pontos para idosos com escolaridade alta (acima de oito anos de escolaridade).

No caso de impossibilidade do idoso em responder o MEEM, será utilizado o PFEFFER, instrumento destinado ao cuidador ou responsável pelo idoso. O PFEFFER (QPAF), proposto por Pfeffer et al. (1982) e recomendado pelo Ministério da Saúde (2006b), consiste em verificar a presença de déficit cognitivo a partir da capacidade do indivíduo em desempenhar determinadas funções, por exemplo: se é capaz de esquentar

água para café ou chá e apagar o fogo; se é capaz de cumprimentar seus amigos adequadamente; prestar atenção e discutir sobre um programa de televisão ou rádio, entre outras. São 11 questões com pontuação máxima de 33 pontos; quanto maior o escore, maior a dependência, o que sugere presença de demência. As respostas devem ser conforme o padrão de: sim é capaz (0); nunca fez, mas poderia fazer agora (0); com dificuldade, mas faz (1); nunca fez e teria dificuldade agora (1); necessita de ajuda (2); não é capaz (3). Escores maiores ou iguais a seis sugerem demência, que só pode ser confirmada por uma avaliação neuropsicológica específica.

Quanto à avaliação da capacidade funcional, optar-se-á pela escala proposta por Katz et al. (1963), posteriormente recomendada pelo Ministério da Saúde (2006b), que avalia a capacidade funcional para o desempenho de algumas atividades cotidianas básicas, como banhar-se, vestir-se, ir ao banheiro, transferências da cama para cadeira e vice-versa, controle sobre os esfíncteres e alimentação sem assistência.

É um dos instrumentos mais utilizados para avaliar AVD e apresenta em sua classificação o Index, que varia de A a G e OUTRO.

Serão considerados independentes os idosos com classificação A (conforme Index abaixo) e dependentes os classificados em B, C, D, E, F, G e Outro (conforme Index abaixo).

Quadro 5 - Index de independência nas atividades básicas de vida diária

Index de AVDs (Katz)	Tipo de classificação
A	Independente para todas as atividades.
B	Independente para todas as atividades menos uma.
C	Independente para todas as atividades menos banho e mais uma adicional.
D	Independente para todas as atividades menos banho, vestir-se e mais uma adicional.
E	Independente para todas as atividades menos banho, vestir-se, ir ao banheiro e mais uma adicional.
F	Independente para todas as atividades menos banho, vestir-se, ir ao banheiro, transferência e mais uma adicional.
G	Dependente para todas as atividades.
Outro	Dependente em pelo menos duas funções, mas que não se classificasse em C,D,E e F.

Fonte: Cadernos de Atenção Básica, Ministério da Saúde, Brasil (2006b).

8.5 VARIÁVEIS DO ESTUDO

As variáveis definidas no estudo identificam os sujeitos da pesquisa quanto ao perfil sociodemográfico, de morbidades, e os motivos que levaram à institucionalização.

Os indivíduos com déficit cognitivo já diagnosticado, conforme documentado nos prontuários, não responderão ao MEEM e serão incluídos na análise dos dados. Nesses casos, os cuidadores poderão responder ao restante do questionário.

Quadro 6 – Variáveis do estudo.

	Variáveis	Mensuração	Categorização utilizada
Sociodemográficas	Sexo	Observado pelo(a) entrevistador(a)	Masculino e feminino
	Idade	Referida pelo entrevistado(a) em anos completos	1.60-64 2.65-69 3.70-74 4.75-80 5. ≥ 80 anos
	Cor da pele	Referida pelo(a) entrevistado(a)	1.Branca 2.Preta 3.Parda 4.Amarela 5.Indígena 99.Não sabe informar
	Situação conjugal	Referida pelo(a) entrevistado(a)	1.Casado(a)/com companheiro(a) 2.Solteiro(a) 3.Divorciado(a)/separado(a) 4.Viúvo(a)
	Escolaridade	Referida pelo(a) entrevistado(a) em anos completos	0.Analfabeto 1. 1 a 4 2. 5 a 8 3. 9 a 11 4.12 ou mais 99. Não sabe/não respondeu
	Renda mensal	Do(a) entrevistado(a)	1. Até 1 salário mínimo/ 2. 1 a 3 salários mínimos/ 3. 3 a 5 4. 5 a 8 5. 8 ou mais 99. Não sabe informar
	Aposentado(a)	Referido pelo(a) entrevistado(a)	1.Sim 2.Não Se sim, qual profissão/ocupação anterior
	Atividade remunerada	Referido pelo(a) entrevistado(a)	1.Sim 2.Não Se sim, qual? _____

	Tem filhos	Referida pelo(a) entrevistado(a)	1.Sim 2.Não Se sim, quantos _____
	Local onde vive	Observado pelo(a) entrevistador(a)	1. ILPI ou 2. Residência na comunidade
	Com quem reside/ (idoso da comunidade)	Referida pelo(a) entrevistado(a)	1. Sozinho 2. Esposo(a)/Companheiro(a) 3. Filhos 4.Outros familiares. Quais? 5.Amigos
	Atividade Física	Tipo e frequência semanal	1.Sim 2, Não Se sim, qual? Quantas vezes por semana: _____
	Quem reside na ILPI, motivo da institucionalização	Referida pelo(a) entrevistado(a)	1. Doença. Qual _____ 2. Solidão 3. Situação financeira ruim 4. Abandono familiar ou desentendimento 5. Dificuldade para AVDs 6. Vontade própria 7. Decisão da família 99. Não soube responder 88. Não se aplica Outro _____
	Tempo de residência na ILPI	Referido pelo(a) entrevistado(a)	Em anos
	Doença antes da institucionalização	Referida pelo(a) entrevistado(a)	1.Sim 2.Não Se sim, qual?
	Deambulação Independente	Referida pelo(a) entrevistado(a)	1. Sim 2. Não
	Se dependente/ uso de órteses/ cadeirante/ acamado.	Referida pelo(a) entrevistado(a)	Usa órtese 1. Sim 2. Não Se sim, qual? 1. Bengala 2. Muletas 3. Andador 4. Cadeirante 5. Acamado

Morbidades/Saúde	<p>Presença de doenças na internação</p>	<p>Registrar as doenças presentes no momento da internação. Se internado há mais de 1 ano. Ver prontuário do paciente.</p> <p>Se paciente residente no domicílio, registrar “não se aplica”.</p>	<p>1. Alzheimer 2. Parkinson 3. Outras Demências. Qual? _____ 4. Diabetes 5. Hipertensão 6. Doenças do coração 7. Doença renal 8. D. A. circulatórios 9. D. Crônicas Aparelho Respiratório (enfisema, asma, bronquite) 10. Câncer 11. Artrite/artrose/reumatismo 99. Não sabe informar 88. Não se aplica</p>
	<p>Presença de doenças</p>	<p>Presença de doenças no momento da entrevista relatada pelo(a) entrevistado(a) ou registrada no prontuário do idoso.</p>	<p>1. Alzheimer 2. Parkinson 3. Outras Demências 4. Diabetes 5. Hipertensão 6. Doenças do coração 7. Doença renal 8. D. A. circulatórios 9. D. Crônicas Aparelho Respiratório (enfisema, asma, bronquite) 10. Câncer 11. Artrite/artrose/reumatismo 99. Não sabe informar</p>
	<p>Estado de saúde</p>	<p>Percepção do idoso e referida pelo(a) mesmo(a) ou pelo(a) entrevistado(a)</p>	<p>1. Excelente 2. Bom 3. Regular 4. Ruim 5. Muito ruim 99. Não sabe informar</p>
	<p>Faz uso de medicação</p>	<p>Referido pelo(a) entrevistado(a)</p>	<p>1. Sim 2. Não 3. Se sim quais? 4. Quantos medicamentos por dia?</p>
	<p>MEEM Déficit Mental/ Cognitivo</p>	<p>Escore do MEEM Serão considerados com déficit cognitivo: - Analfabetos < de 13 pontos; - 8 anos de escolaridade < 18 pontos; - > 8 anos de escolaridade < 26 pontos.</p>	<p>Pontuação: _____</p> <p>1, Sim 2. Não</p>

Instrumentos/testes	PFEFFER (QPAF) Déficit Mental/ Cognitivo	Escore do PFEFFER (QPAF), de 0 a 33 pontos. 6 pontos ou mais sugere demência. 11 questões com opções de respostas: (0) sim é capaz (0) nunca fez, mas poderia fazer agora (1) com dificuldade, mas faz, (1) nunca fez e teria dificuldade agora (2) necessita de ajuda (3) não é capaz	Pontos: _____ 1.Sim 2.Não
	Independência para AVDs	Uso do instrumento Katz- Considerado independente aquele classificado como (A). Dependentes os enquadrados nas classificações B,C,D,E,F,G e Outro, conforme número e combinações de dependências	A,B,C,D,E,F,G e outro 1.Sim – independente - (A) 2.Não – dependente - (B,C,D,E,F,G e outro).

8.6 TREINAMENTO E SUPERVISÃO

Serão recrutadas aproximadamente seis pessoas para fazer parte da equipe de entrevistadores. Deverão ter idade mínima de 18 anos e estarem matriculados em cursos da área da saúde. Todos os componentes da equipe passarão por um treinamento no qual será apresentado o projeto de pesquisa; receberão orientações quanto à abordagem ao idoso no domicílio e na instituição; informações sobre o questionário, com instruções e eliminação de toda e qualquer dúvida. A aplicação do questionário entre os pesquisadores também será realizada, como prática pré-estudo-piloto, para familiarização dos procedimentos de coleta de dados.

O estudo-piloto completará essa fase de treinamento a fim de promover a adaptação às perguntas. Todas as etapas serão supervisionadas e coordenadas pelo mestrando autor da pesquisa.

8.7 ADMINISTRAÇÃO DOS DADOS

Depois de revisados e codificados pelo mestrando, os questionários serão liberados para digitação no Software SPSS V. 18. Dois digitadores serão responsáveis por essa tarefa, para identificar possíveis erros de digitação e imediata correção dessas

informações. Posteriormente, o banco de dados será importado para o Software Stata V.10 para análise.

8.8 CONTROLE DE QUALIDADE

Serão analisados atentamente todos os questionários entregues com o intuito de identificar falhas, rasuras, não preenchimento dos dados. Constatada alguma irregularidade, será realizado contato direto com o entrevistador para esclarecimentos. Será realizada revisita a 10% dos entrevistados, selecionados aleatoriamente, tanto em domicílio quanto ILPIs. Essa etapa será realizada pelo pesquisador responsável. Serão aplicadas questões-chave do instrumento de coleta dos dados a fim de se evitar o máximo dispêndio de tempo e desconforto ao entrevistado. Essa revisita tem o objetivo de identificar prováveis erros ou manipulações.

8.9 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados serão analisados por meio do software Stata V.10. Serão utilizados testes paramétricos ou não paramétricos para analisar as relações de dependência entre as variáveis pesquisadas. Para comparar os grupos, serão empregados os testes qui-quadrado de Pearson e a tendência linear na análise bruta e o modelo de regressão logística binária na análise ajustada, com medidas de efeito expressas em odds ratio. Os dados serão analisados para um nível de significância de 5%. Para entrada no modelo múltiplo, serão consideradas as variáveis com $p \leq 0,20$.

8.10 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Para a execução do projeto serão respeitadas as diretrizes da Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, que trata das normas regulamentadoras e dos aspectos éticos das pesquisas envolvendo seres humanos.

A coleta de dados terá início com a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A) aos pacientes elegíveis. Nesse documento, são apresentados os objetivos da pesquisa, os procedimentos para a avaliação e a importância da colaboração, assim como a não obrigatoriedade da participação. No Termo fica estabelecido que os procedimentos de avaliação a serem propostos não serão realizados

11 ORÇAMENTO

A Tabela 1 apresenta os materiais disponíveis (necessários para este estudo) na Faculdade de Educação Física e Fisioterapia da Universidade de Passo Fundo. O material de consumo, apresentado na Tabela 2, será custeado pelo pesquisador.

Tabela 1: Recursos permanentes necessários e disponíveis para este estudo

Materiais	Quantidade	Valor unitário	Total
Computador	2	R\$ 2.000,00	R\$ 4.000,00
Impressora	1	R\$ 300,00	R\$ 300,00
Total			R\$ 4.300,00

Tabela 2: Materiais de consumo

Materiais	Quantidade	Valor unitário	Total
Cópias/impressão	5806	R\$ 0,09	R\$ 522,54
Pastas/pranchetas	6	R\$ 8,00	R\$ 48,00
Combustível (em litros)	270	R\$ 3,05	R\$ 823,50
Total			R\$ 1.394,04

Para a realização deste estudo, o orçamento total é de R\$ 1.394,04. Os recursos da Tabela 1 serão disponibilizados pelo Grupo de Estudos em Saúde Coletiva (GESC), *Campus II*, durante o período da pesquisa. Demais despesas serão todas de responsabilidade do pesquisador, não acarretando ônus aos entrevistados.

REFERÊNCIAS

ALENCAR, M. A. et al. Perfil dos idosos residentes em uma instituição de longa permanência. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 785-796, 2012.

ANVISA. **Resolução da Diretoria Colegiada-RDC/ANVISA n. 283**, de 26 de setembro de 2005. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br>>. Acesso em: 20 abr. 2013.

BARROS, M. B. de A. et al. Tendências das desigualdades sociais e demográficas na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD: 2003-2008. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 9, p. 3755-3768, 2011.

BATISTA, Analía Soria et al. **Envelhecimento e Dependência**: Desafios para a Organização da Proteção Social, Brasília, DF: Ministério da Previdência Social, 2008.

(Coleção Previdência Social, v. 28). Disponível em:
<http://www.previdenciasocial.gov.br/arquivos/office/3_081208-173354-810.pdf.
Acesso em: 12 jul. 2013.

BERTOLUCCI, Paulo H. F. et al. O mini-exame do estado mental em uma população geral impacto da escolaridade. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, São Paulo, v. 52, n. 1, p. 1-7, 1994.

BRASIL. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006a. (Série Pactos pela Saúde, v. 12).

BRASIL. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. Disponível em:
<http://cnes.datasus.gov.br/Lista_Es_Municipio.asp?VEstado=43&VCodMunicipio=431410&NomeEstado=RIO GRANDE DO SUL>. Acesso em: 12 jul. 2013.

BRASIL. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006b. (Cadernos de Atenção Básica, n. 19). Disponível em:
<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad19.pdf>. Acesso em: 8 maio 2013.

BRASIL. **Lei n. 10.741, de 1º de outubro de 2003**. Brasília, DF, 2003. Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.741.htm>. Acesso em: 3 set. 2013.

BRITO, I. L. et. al. Avaliação das funções executivas em idosos acometidos por doenças crônico-degenerativas. **Cuadernos de Neuropsicologia / Panamerican Journal of Neuropsychology**, v. 6, n. 1, p. 46-61, 2012.

BRUCKI, Sonia M. D. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, São Paulo, v. 61, n. 3-B, p. 777-781, 2003.

CAMARANO, Ana Amélia (Coord.). **Características das instituições de longa permanência para idosos – região Sul**. Brasília, DF: IPEA, 2008. Disponível em:
<http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/Livro__CaractdasInstituicoesRegiao_Sul.pdf>. Acesso em: 22 jul. 2013.

CAMARANO, Ana Amélia; KANSO, Solange. Como as famílias brasileiras estão lidando com idosos que demandam cuidados e quais as perspectivas futuras? A visão mostrada pelas PNADS. In: CAMARANO, Ana Amélia (Org.). **Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?** Rio de Janeiro: IPEA, 2010. Disponível em:
<http://www.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/livros/livro_cuidados.pdf>. Acesso em: 3 set. 2013.

CARDOSO, M. C. et al. Análise da capacidade funcional dos idosos de Porto Alegre e sua associação com a autopercepção de saúde. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, Porto Alegre, v. 17, n. 1, p. 111-124, 2012.

COHEN-MANSFIELD, J.; WIRTZ, P. W. Predictors of entry to the nursing home: Does length of follow-up matter? **Archives of Gerontology and Geriatrics**, v. 53, n. 3, p. 309-315, 2011.

DEL DUCA, G. F. et al. Indicadores da institucionalização de idosos: estudo de casos e controles. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 147-153, 2012.

DSM-IV-TR. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. Tradução Cláudia Dornelles. 4. ed. rev. Porto Alegre: Artmed, 2002.

DUNCAN, B. B. et al. Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil: prioridade para o enfrentamento e investigação. **Revista de Saúde Pública**, v. 46, supl, p. 126-134, 2012.

FOLSTEIN, M. F.; FOLSTEIN, S. E.; MCHUGH, P. R. Mini-Mental State: a practical method for grading the cognitive state for the clinician. **Journal of Psychiatric Research**, v. 12, p. 189-198, 1975.

FONSECA, A. C. C. et al. Perfil epidemiológico de idosos e fatores determinantes para a admissão em instituições de longa permanência do Distrito Federal. **Brasília Médica**. Brasília, DF, v. 48, n. 4, p. 366-371, 2011.

FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Envelhecimento no Século XXI**: celebração e desafio. Nova Iorque: Fundo de População das Nações Unidas, 2012.

GNJIDIC, D. et al. Mild Cognitive Impairment Predicts Institutionalization among Older Men: A Population-Based Cohort Study. **PLoS One**, v. 7, n. 9, e46061, 2012.

GOMES, J. E. M.; RUIZ, T.; CORRENTE, J. E. Sintomas depressivos e déficit cognitivo na população de 60 anos e mais em um município de médio porte do interior paulista. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Florianópolis, v. 6, n. 19, p. 125-132, 2011.

HONIG, L. S. Demência considerações gerais. In: ROWLAND, L. P.; PEDLEY, T. A. **Tratado de Neurologia**. 12. ed. São Paulo: Guanabara Koogan, 2011. p. 717-719.

HUNG, W. W. et al. Recent trends in chronic disease, impairment and disability among older adults in the United States. **Bio Med Central Geriatrics**, v. 11, n. 47, p. 2011.

HURD, M. D. et al. Monetary Costs of Dementia in the United States. **The New England Journal of Medicine**, v. 368, n. 14, p.1326-1334, 2013.

IBGE. **Censo Demográfico 2010**. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <<http://www.sidra.ibge.gov.br/bda/tabela/protabl.asp?c=1378&z=t&o=25&i=P>>. Acesso em: 14 ago. 2013.

IBGE. **Tábuas Abreviadas de Mortalidade por Sexo e Idade - Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação – 2010**. Rio de Janeiro, 2013a. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/imprensa/ppts/00000013940008132013005302422066.pdf> />. Acesso em: 20 ago. 2013.

IBGE. **Projeção da população do Brasil por sexo e idade: 2000-2060**. Rio de Janeiro, 2013b. Disponível em: <http://downloads.ibge.gov.br/downloads_estatisticas.htm?caminho=Projecao_da_Populacao/Projecao_da_Populacao_2013/ >. Acesso em: 29 set. 2013.

IBGE. **Pirâmide etária absoluta**. Brasília, DF, 2013c. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/piramide/piramide.shtm>. Acesso em: 3 set. 2013.

IBGE. **Censo Demográfico 2010: resultados gerais da amostra**. Rio de Janeiro, 27 abr. 2012. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/imprensa/ppts/00000008473104122012315727483985.pdf>>. Acesso em: 29 set. 2013.

KATZ, S. et al. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. **The Journal of American Medical Association**, v. 185, n. 12, p. 914-919, 1963.

KÜCHEMANN, B. A. Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. **Sociedade e Estado**, Brasília, DF, v. 27, n. 1, p. 165-180, 2012.

LEBRÃO, M. L. O envelhecimento no Brasil: aspectos da transição demográfica e epidemiológica. **Revista Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 4, n. 17, p. 135-140, 2007.

LIMA-COSTA, M. F. et al. Tendências em dez anos das condições de saúde de idosos brasileiros: evidências da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998, 2003, 2008). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 9, p. 3689-3696, 2011.

LISBOA, C. R.; CHIANCA, T. C. M. Perfil epidemiológico, clínico e de independência funcional de uma população idosa institucionalizada. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 65, n. 3, p. 482-487, 2012.

LUPPA, M. et al. Prediction of institutionalization in the elderly. A systematic review. **Age and Ageing**, v. 39, p. 31-38, 2010.

MAFRA, S. C. T. A tarefa do cuidar e as expectativas sociais diante de um envelhecimento demográfico: a importância de ressignificar o papel da família. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 353-363, 2011.

MARINHO, L. M. et al. Grau de dependência de idosos residentes em Instituições de Longa Permanência. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 34, n. 1, p. 104-110, 2013.

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

MOORE, K. L. et al. Age and sex variation in prevalence of chronic medical conditions in older residents of U.S. nursing homes. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 60, n. 4, p.756-764, 2012.

MORAES, Edgar Nunes de. **Atenção à saúde do idoso**: aspectos conceituais. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <<http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/05/Saude-do-Idoso-WEB1.pdf>>. Acesso em: 11 jul. 2013.

MOTTA, L. B.; AGUIAR, A. C. Novas competências profissionais em saúde e o envelhecimento populacional brasileiro: integralidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade, **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 363-372, 2007.

NITRINI, Ricardo et al. Prevalence of dementia in Latin America: a collaborative study of population-based cohorts. **International Psychogeriatrics**, New York, v. 21, n. 4, p. 622-630, Aug. 2009.

OLIVEIRA, P. H.; MATTOS, I. E. Prevalência e fatores associados à incapacidade funcional em idosos institucionalizados no município de Cuiabá, Estado de Mato Grosso, Brasil, 2009-2010. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, DF, v. 21, n. 3, p. 395-406, 2012.

PAVAN, F. J.; MENEGHEL, S. N.; JUNGES, J. R. Mulheres idosas enfrentando a institucionalização. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 9, p. 2187-2190, 2008.

PERLINI, N. M. O. G.; LEITE, M. T.; FURINI, A. C. Em busca de uma instituição para a pessoa idosa morar: motivos apontados por familiares. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 41, n. 2, p. 229-236, 2007.

PFEFFER, R. I. et. al. Measurement of functional activities in older adults in the community. **Journal of Gerontology**, v. 37, p. 323-329, 1982.

PLATI, M. C. F. et al. Depressive Symptoms and cognitive performance of the elderly: relationship between institutionalization and activity programs. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 28, n. 2, p. 118-121, 2006.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PASSO FUNDO. **Relação de Unidades de Saúde da Família de Passo Fundo**. 2013. Disponível em:

<http://www.pmpf.rs.gov.br/files/relacao_psf.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2013.

SANTOS, M. I. P. de O.; GRIEP, R. H. Capacidade funcional de idoso atendidos em um programa do SUS em Belém (PA). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p.753-761, 2013.

SANZ, M. M. de la F. et al. La dependencia funcional del anciano institucionalizado valorada mediante el índice de Barthel. **Gerokomos**, v. 23, n. 1, p. 19-22, 2012.

SILVA, C. F. da; PASSOS, V. M. de A.; BARRETO, S. M. Frequência e repercussão da sobrecarga de cuidadoras familiares de idosos com demência. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 707-731, 2012.

SILVA, M. V.; FIGUEIREDO, M. L. F. Idosos institucionalizados: uma reflexão para o cuidado de longo prazo. **Revista Enfermagem em Foco**, v. 3, n. 1, p. 22-24, 2012.

STACKFLETH, R. et al. Sobrecarga de trabalho em cuidadores de idosos fragilizados que vivem no domicílio. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. 5, p. 768-774, 2012.

SUDRÉ, M. R. S. et al. Prevalência de dependência em idosos e fatores de risco associados. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. 6, p. 947-953, 2012.

VALENTE, L. et al. Autopercepção de saúde em cuidadores familiares de pacientes com demência: resultados preliminares de uma amostra ambulatorial. **Revista Brasileira de Neurologia**, Rio de Janeiro, v. 49, n. 1, p. 13-19, 2013.

VASCONCELOS, A. M. N.; GOMES, M. M. F. Transição demográfica: a experiência brasileira. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 21, n. 4, p. 539-548, 2012.

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

VERAS, R. P. Estratégias para o enfrentamento das doenças crônicas: um modelo em que todos ganham. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 779-786, 2011.

VERAS, R. Fórum Envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos. Introdução. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 2463-2466, 2007.

VERAS, R. P. Um modelo em que todos ganham: mudar e inovar, desafios para o enfrentamento das doenças crônicas entre os idosos. **Acta Scientiarum. Human and Social Sciences**, Maringá, v. 34, n. 1, p. 3-8, 2012.

WATANABE, Helena Akemi Wada et al. **Rede de atenção à pessoa idosa**. São Paulo: Secretaria Estadual de Assistência e Desenvolvimento Social; Fundação Padre Anchieta, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Dementia**. WHO Fact Sheets, 2012a. Disponível em: <www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/en/>. Acesso em: 14 jun. 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Dementia**: a public health priority. World Health Organization, 2012b. Disponível em: <http://www.who.int/mental_health/publications/dementia_report_2012/en/index.html>. Acesso em: 14 jun. 2013.

APÊNDICE A – Solicitação de autorização da Secretaria Municipal de Saúde

Universidade de Passo Fundo
Faculdade de Educação Física e Fisioterapia
Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano

Solicitação de autorização da Secretaria Municipal de Saúde

Passo Fundo, 05 de novembro de 2013.

Senhor Secretário

Pelo presente, solicitamos a Vossa Senhoria autorização para o desenvolvimento do projeto de pesquisa “Determinantes relacionados à institucionalização de idosos: um estudo caso-controle”, em parceria com a UNIVERSIDADE DE PASSO FUNDO. A pesquisa tem por interesse identificar os motivos que levam os idosos às instituições de longa permanência e que diferença existe com os idosos residentes nos domicílios urbanos. A pesquisa necessita da colaboração das ESFs do município para identificar onde moram esses idosos cadastrados.

Prof^a Dra. Marlene Doring

Ezequiel Vítório Lini

APÊNDICE B – Solicitação de autorização dos administradores responsáveis pela ILPIs

Universidade de Passo Fundo
Faculdade de Educação Física e Fisioterapia
Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano

Solicitação de autorização dos administradores responsáveis pela ILPIs

Passo Fundo, 5 de novembro de 2013.

Senhor administrador,

Pelo presente, solicitamos a Vossa Senhoria autorização para o desenvolvimento do projeto de pesquisa “Determinantes relacionados à institucionalização de idosos: um estudo caso-controle”, em parceria com a UNIVERSIDADE DE PASSO FUNDO. A pesquisa tem por interesse identificar os motivos que levam os idosos às instituições de longa permanência, e que diferença existe com os idosos residentes nos domicílios urbanos. A pesquisa necessita da colaboração das ILPIs do município para aplicação de um breve questionário, sem malefícios aos idosos e respeitando a sua privacidade.

Prof^ª Dra. Marlene Doring

Ezequiel Vítório Lini

APÊNDICE C – Questionário sociodemográfico e de saúde

I. IDENTIFICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO:

1.	Código da pessoa entrevistada:	
1a	Local entrevista: 1. Domicílio/ESF 2. ILPI	
1b	Se reside na ILPI, esta é: 1. Com fins lucrativos 2. Sem fins lucrativos	
2.	Entrevistador(a):	
3.	Data da entrevista : ____/____/____ Início: ____:____ Término: ____:____	
4.	Identificação do(a) idoso(a): _____ (SOMENTE O PRIMEIRO NOME)	

II. VARIÁVEIS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS

5.	Sexo: 1. Masculino 2. Feminino	
6.	Data de nascimento ____/____/____ (dd/mm/aa) Idade _____ anos <i>caso não saiba, anotar a idade do(a) idoso(a) no momento da entrevista</i>	
7.	Qual a cor de pele? 1. Branca 2. Preta 3. Parda 4. Indígena 5. Amarela 99. Não sabe informar	
8.	Situação Conjugal – referido pelo(a) entrevistado(a): 1. Solteiro(a) 2. Casado(a) 3. Viúvo(a) 4. Separado(a)/Divorciado(a) 99. Não sabe informar	
9.	Escolaridade – referido pelo(a) entrevistado(a) em anos completos: 1. 0 a 4 2. 5 a 8 3. 9 a 11 4. 12 ou mais 99. não sabe/não respondeu	
10.	Qual sua renda mensal? 1- Até um salário mínimo 2- De 1 a 3 salários mínimos 3- De 3 a 5 salários mínimos 4- De 5 a 8 salários mínimos 5- 8 ou mais salários mínimos 99. Não sabe informar	
10a	Está aposentado? 1.Sim 2. Não Se sim, qual a sua profissão/ocupação antes da aposentadoria? _____	

10b	Possui atividade remunerada no momento? 1.Sim 2.Não Se sim, qual?	
11.	Tem filhos? 1.Sim 2.Não Se sim. Quantos?	
12.	Local onde vive: 1. Domicílio 2. ILPI (se ILPI, pular para questão 13).	
12 a.	Com quem reside? 1.Sozinho 2. Esposo(a)/companheir0(a) 3. Filhos 4. Outros familiares? Quais _____ 5. Amigos	
12b.	Necessita de cuidados? 1.Sim 2. Não Se sim, quem cuida?	
13.	Pratica atividade física? 1.Sim 2.Não Se sim, qual? 1- atividades domésticas 2- laborais 3- caminhada 4- dança 5-futebol 6-volêi 7-corrída 8-bicicleta 9-outro _____ Quantas vezes por semana? 1-uma vez 2-duas vezes 3-três vezes 4-quatro vezes 5-cinco vezes 5-seis vezes 6-sete vezes (idoso do domicílio, pule para questão 15).	

14.	Qual o principal motivo do Sr.(a) morar na instituição? Por que veio para cá? 1. Doença 2. Solidão 3. Situação financeira ruim 4. Abandono familiar / desentendimentos 5. Dificuldade para tarefas diárias 6. Vontade própria 7. A família decidiu que era melhor assim 99. Não soube responder 88. Não se aplica Outro_____	
14a.	Há quanto tempo mora na ILPI?	
14b.	Já tinha alguma doença antes de vir para a ILPI? 1. Sim 2. Não Se sim, qual?	

III- MORBIDADES/SAÚDE

15.	O Sr.(a) caminha sozinho, de forma independente? 1. Sim (pule para 16) 2. Não (responda a 15a).	
15a.	Se dependente, usa órtese? 1. Sim 2. Não Se sim, Qual? 1. Bengala 2. Muletas 3. Andador 4. Cadeirante 5. Acamado	
16.	Quando chegou na ILPI apresentava alguma dessas complicações? (Atenção, se internado há mais de um ano pesquisar prontuários, se morar no domicílio registrar como “não se aplica”). 1. Alzheimer 2. Parkinson 3. Outras Demências. Qual?_____	

	<p>4. Diabetes</p> <p>5. Hipertensão</p> <p>6. Doenças do coração</p> <p>7. Doença renal</p> <p>8. D. A. circulatórios</p> <p>9. D. Crônicas Aparelho Respiratório (enfisema, asma, bronquite)</p> <p>10. Câncer</p> <p>11. Artrite/artrose/reumatismo</p> <p>99. Não sabe informar</p> <p>88. Não se aplica</p>	
14.	<p>Algum médico já disse que o Sr.(a) está nesse momento com alguma dessas doenças? Quais?</p> <p>1. Alzheimer</p> <p>2. Parkinson</p> <p>3. Outras Demências. Qual? _____</p> <p>4. Diabetes</p> <p>5. Hipertensão</p> <p>6. Doenças do coração</p> <p>7. Doença renal</p> <p>8. D. A. circulatórios</p> <p>9. D. Crônicas Aparelho Respiratório (enfisema, asma, bronquite)</p> <p>10. Câncer</p> <p>11. Artrite/artrose/reumatismo</p> <p>99. Não sabe informar</p> <p>88. Não se aplica</p>	
15.	<p>Você diria que o estado de saúde do(a) Sr(a) é?</p> <p>1. Excelente</p> <p>2. Bom</p> <p>3. Regular</p> <p>4. Ruim</p> <p>5. Muito ruim</p> <p>99. Não sabe informar</p>	
16.	<p>Faz uso de medicação?</p> <p>1.Sim 2. Não</p> <p>Se sim, quais? _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Quantos medicamentos o sr.(a) usa por dia? _____</p>	

IV – Por que o sr(a) está morando aqui? (Atenção, essa questão é tanto para o idoso institucionalizado quanto para o idoso que vive em domicílio). (No caso do domicílio, conduza a questão para saber se é devido proximidade com filhos, por precisar de cuidados, por vontade própria, por ser próximo do posto de saúde, enfim, as vantagens de se viver ali).

V - PARA FINALIZAR PERGUNTE:

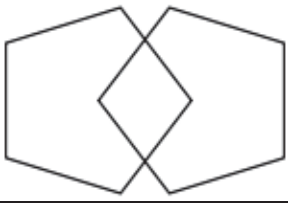
16.	Você gostaria de participar de um evento para ouvir os resultados da pesquisa caso sim, indicar o meio: (telefone, carta, e-mail, outro) 1. Sim.....Qual? _____ 2. Não	
17.	Finalizando, você concordaria em nos receber novamente (<i>nas próximas semanas</i>) para esclarecer alguma questão, caso seja necessário? 1. Sim 2. Não	

Notas da entrevistadora:

Revisão/codificador Data ___/___/___ _____	1ª digitação Data ___/___/___ _____	2ª digitação Data ___/___/___ _____
--	---	---

ANEXO A – Mini Exame do Estado Mental (MEEM)

IV- MINI EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)				Score parcial
1- Orientação temporal (0-5 pontos)	Em que dia estamos?	Ano Semestre Mês Dia Dia da Semana	1 1 1 1 1	
2. Orientação espacial (0-5 pontos)	Onde estamos?	Estado Cidade Bairro Rua Local	1 1 1 1 1	
3. Repita as palavras (0-3 pontos)	Peça ao idoso para repetir as palavras depois de dizê-las. Repita todos os objetos até que o entrevistado o aprenda (máximo 5 repetições)	Caneca Tijolo Tapete	1 1 1	
4. Cálculo	O(a) Sr(a) faz cálculos?	Sim (vá para 4a) Não(vá para 4b)	1 1	
4a. Cálculo (0-5 pontos)	Se de R\$100,00 fossem tirados R\$7,00 quanto restaria? E se tirarmos mais R\$7,00? (total 5 subtrações)	93 86 79 72 65	1 1 1 1 1	
4b.	Soletre a palavra MUNDO de trás para frente	O D N U M	1 1 1 1 1	
5. Memorização	Repita as palavras que disse há pouco	Caneca Tijolo Tapete	1 1 1	
6. Linguagem (0-3 pontos)	Mostre um relógio e uma caneta e peça ao idoso para nomeá-los	Relógio Caneta	1 1	
7. Linguagem (1 ponto)	Repita a Frase	NEM AQUI, NEM ALÍ, NEM LÁ.	1	
8. Linguagem (0-2 pontos)	Siga uma ordem de três estágios	Pegue o papel com a mão direita Dobre-o ao meio Ponha-o no chão	1 1 1	
9. Linguagem (1 ponto)	Escreva em um papel: “feche os olhos”. Peça ao idoso para que leia a ordem e a execute	FECHE OS OLHOS	1	

10. Linguagem (1 ponto)	Peça ao idoso para escrever uma frase completa.		1	
11.	Copie o desenho: 		1	
Escore total				

ANEXO B – Questionário de atividades funcionais de Pfeffer

V- Questionário de atividades funcionais de Pfeffer (QPAF)		Escore parcial
1- Ele(a) manuseia seu próprio dinheiro?	(0) Sim, é capaz. (0) Nunca o fez, mas poderia fazê-lo agora. (1) Faz, com dificuldade. (1) Nunca o fez e agora faria com dificuldade. (2) Necessita de ajuda. (3) Não é capaz.	
2- Ele(a) é capaz de comprar roupas, comida, coisas para casa sozinho?	(0) Sim, é capaz. (0) Nunca o fez, mas poderia fazê-lo agora. (1) Faz, com dificuldade. (1) Nunca o fez e agora faria com dificuldade. (2) Necessita de ajuda. (3) Não é capaz.	
3- Ele(a) é capaz de esquentar a água para o café e apagar o fogo?	(0) Sim, é capaz. (0) Nunca o fez, mas poderia fazê-lo agora. (1) Faz, com dificuldade. (1) Nunca o fez e agora faria com dificuldade. (2) Necessita de ajuda. (3) Não é capaz.	
4- Ele(a) é capaz de preparar comida?	(0) Sim, é capaz. (0) Nunca o fez, mas poderia fazê-lo agora. (1) Faz, com dificuldade. (1) Nunca o fez e agora faria com dificuldade. (2) Necessita de ajuda. (3) Não é capaz.	
5- Ele(a) é capaz de manter-se em dia com as atualidades, com os acontecimentos da comunidade ou da vizinhança?	(0) Sim, é capaz. (0) Nunca o fez, mas poderia fazê-lo agora. (1) Faz, com dificuldade. (1) Nunca o fez e agora faria com dificuldade. (2) Necessita de ajuda. (3) Não é capaz.	
6- Ele(a) é capaz de prestar atenção, entender e discutir um programa de rádio ou televisão, um jornal ou uma revista?	(0) Sim, é capaz. (0) Nunca o fez, mas poderia fazê-lo agora. (1) Faz, com dificuldade. (1) Nunca o fez e agora faria com dificuldade. (2) Necessita de ajuda. (3) Não é capaz.	
7- Ele(a) é capaz de lembrar-se de compromissos, acontecimentos familiares, feriados?	(0) Sim, é capaz. (0) Nunca o fez, mas poderia fazê-lo agora. (1) Faz, com dificuldade. (1) Nunca o fez e agora faria com dificuldade. (2) Necessita de ajuda. (3) Não é capaz.	
	ESCORE TOTAL	

VI - Escala de independência em Atividades de Vida Diária (Escala de Katz)

Funcionalidade	Independente/ Dependente
<p>Tomar banho (leito, banheira, chuveiro)</p> <p><input type="checkbox"/> não recebe ajuda (entra e sai da banheira sozinho, se este for o modo habitual de tomar banho)</p> <p><input type="checkbox"/> recebe ajuda para lavar apenas uma parte do corpo (como por exemplo, as costas ou uma perna)</p> <p><input type="checkbox"/> recebe ajuda para lavar mais de uma parte do corpo, ou não toma banho sozinho</p>	<p>(I)</p> <p>(I)</p> <p>(D)</p>
<p>Vestir-se (pega roupas, inclusive peças íntimas, nos armários e gavetas, e manuseia fechos, inclusive os de órteses e próteses, quando forem utilizadas)</p> <p><input type="checkbox"/> pega roupas e veste-se completamente, sem ajuda</p> <p><input type="checkbox"/> pega as roupas e veste-se completamente, exceto para amarrar os sapatos</p> <p><input type="checkbox"/> recebe ajuda para pegar as roupas ou vestir-se, ou permanece parcial ou completamente sem roupa</p>	<p>(I)</p> <p>(I)</p> <p>(D)</p>
<p>Uso do vaso sanitário (ida ao banheiro ou local equivalente para evacuar e urinar; higiene íntima e arrumação das roupas)</p> <p><input type="checkbox"/> vai ao banheiro ou local equivalente, limpa-se e ajeita as roupas sem ajuda (pode usar objetos para apoio como bengala, andador ou cadeira de rodas e pode usar comadre ou urinol à noite, esvaziando-o de manhã)</p> <p><input type="checkbox"/> recebe ajuda para ir ao banheiro ou local equivalente, ou para limpar-se, ou para ajeitar as roupas após evacuação ou micção, ou para usar comadre ou urinol à noite</p> <p><input type="checkbox"/> não vai ao banheiro ou equivalente para eliminações fisiológicas</p>	<p>(I)</p> <p>(D)</p> <p>(D)</p>
<p>Transferência</p> <p><input type="checkbox"/> deita-se e sai da cama, senta-se e levanta-se da cadeira sem ajuda (pode estar usando objeto para apoio, como bengala ou andador)</p> <p><input type="checkbox"/> deita-se e sai da cama e/ou senta-se e levanta-se da cadeira com ajuda</p> <p><input type="checkbox"/> não sai da cama</p>	<p>(I)</p> <p>(D)</p> <p>(D)</p>
<p>Continência</p> <p><input type="checkbox"/> controla inteiramente a micção e evacuação</p> <p><input type="checkbox"/> tem “acidentes” ocasionais</p> <p><input type="checkbox"/> necessita de ajuda para manter o controle da micção e evacuação; usa cateter ou é incontinente</p>	<p>(I)</p> <p>(D)</p> <p>(D)</p>

Alimentação	
() alimenta-se sem ajuda	(I)
() alimenta-se sozinho, mas recebe ajuda para cortar carne ou passar manteiga no pão	(I)
() recebe ajuda para alimentar-se, ou é alimentado parcialmente ou completamente pelo uso de cateteres ou fluídos intravenosos	(D)

Index de AVDs (Katz)	Tipo de classificação
A	Independente para todas as atividades.
B	Independente para todas as atividades menos uma.
C	Independente para todas as atividades menos banho e mais uma adicional.
D	Independente para todas as atividades menos banho, vestir-se e mais uma adicional.
E	Independente para todas as atividades menos banho, vestir-se, ir ao banheiro e mais uma adicional.
F	Independente para todas as atividades menos banho, vestir-se, ir ao banheiro, transferência e mais uma adicional.
G	Dependente para todas as atividades.
Outro	Dependente em pelo menos duas funções, mas que não se classificasse em C,D,E e F.
Escore Final	

Fonte: Ministério da Saúde (2006).



PPGEH

Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano
Faculdade de Educação Física e Fisioterapia - FEF