UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CEILÂNDIA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM TERAPIA OCUPACIONAL

LARISSA COSTA BARROS

QUALIDADE DE VIDA E PERFIL DE SAÚDE DE IDOSAS RESIDENTES EM UMA INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS DO DISTRITO FEDERAL.

Brasília - DF
2016

LARISSA COSTA BARROS

QUALIDADE DE VIDA E PERFIL DE SAÚDE DE IDOSAS RESIDENTES EM UMA INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS DO DISTRITO FEDERAL.

Projeto de Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Universidade de Brasília – Faculdade de Ceilândia como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Terapia Ocupacional.

Professor Orientador: Doutora Carolina Becker Bueno de Abreu.

Brasília – DF

2016

Barros, Larissa Costa. Qualidade de vida e perfil de saúde de idosas residentes em uma instituição de longa permanência para idosos do Distrito Federal/ Larissa Costa Barros – Brasília: Universidade de Brasília, 2016.

60f. : il.

Orientadora: Profª Dra. Carolina Becker Bueno de Abreu
Monografia (Bacharelado) – Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia.

1. Perfil de saúde 2.Qualidade de vida 3. Cuidados de longa duração 4. Idoso

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

Assinatura:

Data:

Comitê de Ética em Pesquisa da FS – UnB

Protocolo nº: CAAE 56689116.8.0000.0030

Data: 17 de agosto de 2016.

LARISSA COSTA BARROS

Qualidade de vida e perfil de saúde de idosas residentes em uma instituição de longa permanência para idosos do Distrito Federal.

Projeto de Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Universidade de Brasília – Faculdade de Ceilândia como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Terapia Ocupacional.

APROVADA EM:_____

Comissão Examinadora

_____

Prof. Dra. Keila Cristianne Trindade da Cruz

Universidade de Brasília

_____

Prof. Dra. Carolina Becker Bueno de Abreu

Universidade de Brasília

Dedico esse trabalho primeiramente a Deus e a minha mãe Santíssima Virgem Maria por ter me dado forças para superar as dificuldades e seguir em frente nessa jornada.

À minha família, especialmente aos meus pais Vandelice e Josemar, meu irmão Victor Hugo e minhas madrinhas Joselma e Joelma, que me incentivaram durante todos os meus estudos.

Ao meu namorado Christian Fillipi, melhor amigo e companheiro de todas as horas, por toda paciência e por me ajudar a achar soluções quando elas pareciam não aparecer.

Às idosas que participaram da pesquisa pela acolhida e pela compreensão.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à professora e orientadora Carolina Becker pela disposição e compreensão no decorrer desse trabalho.

Agradeço de modo especial aos professores e membros da Liga Acadêmica de Geriatria e Gerontologia da UnB que me acolheram e me ensinaram a ter um carinho enorme por essa área.

A todo o corpo docente do curso de Terapia Ocupacional da Universidade de Brasília, por me auxiliarem na minha formação profissional e pessoal.

À Paula Negreiros, terapeuta ocupacional da instituição onde realizei minha pesquisa, por toda a disposição e atenção.

Às idosas participantes da pesquisa, pela acolhida e carinho, sem vocês a concretização deste estudo não seria possível.

A todos, que me ajudaram diretamente e indiretamente e que acreditaram na minha capacidade até o fim.

“...Que ao envelhecer permaneça belo...
Há tantas coisas boas para fazer.
O ouro, as rendas, o marfim e as sedas não precisam de ser novos.
E as velhas árvores também curam, as velhas ruas
também têm encanto.
Então, por que não poderei eu, como elas, permanecer belo ao envelhecer?”
“... Saber envelhecer é a maior das sabedorias e um dos mais difíceis capítulos da grande arte de viver.”

Maria de Jesus Garcia Arroyo

BARROS, L.C. Qualidade de vida e perfil de saúde de idosas residentes em uma instituição de longa permanência para idosos do Distrito Federal. 2016. 60 f. Monografia (Bacharelado em Terapia Ocupacional) – Universidade de Brasília, Brasília,2016.

RESUMO

Devido ao envelhecimento populacional que vem ocorrendo nas últimas décadas no país, a redução do tamanho e mudanças na realidade familiar é notada uma maior procura pela modalidade de cuidados de longa duração em Instituições de Longa Permanência para idosos com intuito de encontrar ambientes que apresentem uma melhor qualidade de vida para o público idoso que é principal demandante desse cuidado. A pesquisa procurou avaliar a qualidade de vida e delinear o perfil de saúde dos idosos residentes em uma Instituição de Longa Permanência do Distrito Federal, de modo a analisar aspectos sociais, clínicos e a capacidade funcional e também a percepção do idoso sobre a sua qualidade de vida. O estudo foi de natureza descritiva com abordagem quantitativa. Utilizou-se para a coleta de dados a Avaliação Geriátrica Ampla (AGA), instrumentos como *Timed up and go*, Índice de Barthel, Escala de Lawton/Brody, Mini Exame do Estado Mental, WHOQOL-bref e instrumento de suporte social. Participaram da pesquisa 16 idosas, sendo que em algumas avaliações a quantidade variava segundo os critérios de inclusão. A maioria das idosas são analfabetas, solteiras e têm média de idade alta em comparação com outras ILPI. Apresentam dependência parcial na realização de Atividades Instrumentais de Vida Diária e independência nas Atividade de Vida Diária. Observou-se que as idosas referem ter uma boa qualidade de vida, dados confirmados pelas médias relativamente altas nos domínios abordados pelo instrumento, principalmente no domínio físico e de relações sociais.

Palavras chave: perfil de saúde, qualidade de vida, cuidados de longa duração e idoso.

BARROS, L.C. Quality of life and profile of the elderly in a long-stay institution for the elderly in the Federal District. 2016. 60 f. Monograph (Bachelor of Occupational Therapy) - University of Brasília, Brasília, 2016.

ABSTRACT

Due to the population ageing, which has been happening on the last decades across the country, reduction of size and changes in family reality, it is noted a greater demand for the modality of long term care in Long Stay Institutions for the elderly in order to find environments that present better quality of life for seniors, who are the main demanders of this care. The research sought to evaluate the quality of life and delineate the health profile of the elderly residents in a Long Stay Institution of the Federal District in order to analyze social, clinical and functional aspects, as well as their functional capacity and the perception of the elderly about their quality of life. The study was done using the quantitative approach. Broad Geriatric Assessment (AGA) as well as instruments such as Timed up and go, Barthel Index, Lawton/Brody Scale, Mental State Mini Exam, WHOQOL-bref, and social support instruments were used for data collection. Sixteen (16) elderly women participated in the study, being that, in some of the evaluations, the quantity varied, according to the inclusion criteria. Most part of the participants are illiterate, single and have high average age, in comparison with other ILPI. They present partial dependence on the realization of Instrumental Activities of Daily Life and they present independence in Daily Life Activity. It was observed that they believe to have a good life quality, which was confirmed through evaluations and the domains addressed by the instrument, mainly by the physical and social domain.

Key words: health profile, life quality, institutionalization, long term care and aged.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO 11
2. OBJETIVOS 15
2.1 Objetivos Gerais: 15
2.2. Objetivos específicos: 15
3. METODOLOGIA 16
3.1 Pesquisa 16
3.2 Local do Estudo 16
3.3 Participantes 17
3.4 Coleta de dados 18
3.4.1 AVALIAÇÃO GERIÁTRICA AMPLA (AGA) 18
3.4.2. WHOQOL-bref 20
3.4.3 SUPORTE SOCIAL 20
3.5 Análise dos dados 21
3.6 Aspectos éticos 21
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO **22**
4.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E ESTADO CLÍNICO DA AMOSTRA 23
4.2 CARACTERÍSTICAS RELACIONADAS AO SUPORTE SOCIAL. 28
4.3 CARACTERÍSTICAS FUNCIONAIS DA AMOSTRA 30
4.4 CARACTERÍSTICAS DA QUALIDADE DE VIDA 36
5. CONSIDERAÇÔES FINAIS 39
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 41
ANEXOS 47

1. INTRODUÇÃO

Um processo marcante que vem ocorrendo no Brasil nas últimas décadas é o envelhecimento da população idosa que hoje conta com cerca de 23,5 milhões de brasileiros com 60 anos ou mais (IBGE, 2010). O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2008) através de pesquisas constatou que a população idosa cresce mais rapidamente que a população mundial num todo e que o Brasil em 2020, terá alcançado a sexta posição no que diz respeito à população de idosos no planeta.

De acordo com estimativas, em 2050 haverá cerca de 50 milhões de idosos no país (ONU, 2012). "O que pode esperar é um aumento da população que demandará cuidados, o que pode vir acompanhado de um tempo maior passado na condição de demandantes de cuidados" (CAMARANO, 2010, p.14).

A procura pela modalidade de cuidados em Instituições de Longa Permanência para idosos (ILPI) tende a aumentar devido ao envelhecimento da população idosa e a oferta de cuidadores familiares que se reduz, dadas as mudanças na família, a redução do seu tamanho, também analisando a queda do número de filhos por família, além da participação maior das mulheres no mercado de trabalho (CAMARANO, 2010). Apesar da demanda ser crescente, há uma carência de oferta de cuidados de longa duração a idosos. Segundo a pesquisa as 3.548 instituições localizadas cobrem apenas 29,9% dos municípios brasileiros (IPEA, 2009).

A demanda por cuidados advém das várias alterações fisiológicas que ocorrem com o envelhecimento, com velocidades variáveis e mais ou menos acentuadas, de acordo com as características pessoais de cada idoso (LISBOA e CHIANCA, 2012).

Em 2000, houve mudanças na legislação do idoso pelas Portarias 2.854 e 2.874 do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS). "Estabeleceram-se assim novas modalidades de atendimento ao idoso: Atendimento integral Institucional, mesmo que a família ainda se figure como referência para o cuidado do mesmo" (LIMA, 2011, p.68).

Segundo Vieira (2011), ILPI são localidades de atendimento integral institucional, para pessoas de 60 anos ou mais, contemplando idosos dependentes ou não, com dificuldades no desempenho de atividades de vida diárias, que não têm condições físicas para continuar com a família ou que não apresentem parentes, mas que precisam de cuidados prolongados.

Além do atendimento integral oferecido pelas instituições específicas já ditas e também do atendimento domiciliar existentes, foram definidas as seguintes modalidades:

residência com família acolhedora; residência em casa-lar; residência em república; atendimento em centro-dia; e atendimento em centro de convivência (CAMARANO, 2010).

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS) o conceito de cuidados de longa duração é "...o conjunto de atividades desenvolvidas por cuidadores informais ou institucionais que visem assegurar aos indivíduos que perderam sua autonomia, uma vida digna e qualitativa, preservando suas preferências, opiniões e individualidade." (OMS apud LIMA, 2011, p. 71).

> "Com esse processo de mudança do ambiente em que os idosos acabam se inserindo é importante compreender se estas ILPI estão aptas a recebê-los em sua integralidade, porque tão importante quanto a preocupação com as consequências e impacto das transições demográfica e epidemiológica é a investigação da percepção do idoso sobre o seu bem estar, com o objetivo de avaliar a qualidade de vida e sugerir condutas e políticas que beneficiem para um envelhecimento bem sucedido" (FERRAZ, 1997, apud FREITAS e SCHEICHER, 2010 p. 396).

Das várias críticas que se têm hoje a essa forma de cuidar, uma delas é a de que em ILPI usa da prática da restrição e controle, em que residentes têm de obedecer a normas do local. E outra se refere à visão de que ILPI favorece o isolamento do idoso, sua inatividade física e mental provocando consequências negativas para sua qualidade de vida (CAMARANO, 2010).

A qualidade de vida para a OMS é "...a percepção do indivíduo em sua posição na vida e no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações" (WHOQOL, 1994). Analisam além de condições clínicas da saúde, os aspectos perceptuais quanto ao bem estar e também a autoestima.

Conforme Freitas e Scheicher (2010), a versatilidade do conceito de qualidade de vida e sua subjetividade, com a intenção de orientar as políticas para que haja um envelhecimento bem sucedido mostra a necessidade de se ter o conhecimento do que está relacionado ao bem estar, felicidade, realização pessoal e a qualidade de vida para a maioria dos idosos, de modo a estudar e aprender a percepção deles.

> "A comparação entre a qualidade de vida de idosos submetidos ou não à institucionalização sinaliza para a necessidade de uma reflexão pertinente e de uma reorganização da atenção a este segmento populacional. Ações direcionadas às novas demandas previdenciárias e de saúde decorrentes deste processo representariam uma forma de garantir ao idoso a manutenção de suas

> relações familiares e comunitárias, já que as ILPI ainda se configuram em um desafio quando pensadas no contexto da promoção da saúde". (OLIVEIRA et al. 2011, p. 519)

"Os residentes em ILPI constituem apenas 1% da população idosa brasileira, indicando que a cobertura dessa modalidade de atendimento é bastante baixa, se comparada aos padrões internacionais." (CAMARANO, KANSO et al., 2010)

Para Camarano e Kanso, (2010), os demandantes de cuidados de longa duração são os que apresentam alguma dificuldade para realizar as atividades de vida diária (AVD). Mas alguns autores consideram como grupo de potenciais demandantes idosos com 80 anos ou mais e também outro grupo, aqueles que não conseguem assumir com o seu próprio sustento.

De acordo com Chehuen Neto, et al. (2011), é importante analisar o atual perfil dos usuários do serviço bem como o número que são assistidos por esses serviços, imobilidade e condição econômica, com o intuito de perceber eventuais carências dessa população e conseguir determinar estratégias que possam melhorar os cuidados aos idosos institucionalizados.

Com o envelhecimento populacional percebeu-se que houve uma maior produção de avaliações específicas para o público idoso, pois assimilaram a necessidade e importância de compreendê-lo. Segundo Costa e Monego (2003), foi no Reino Unido, final da década de trinta, que pesquisadores publicaram estudos sobre a necessidade e a importância de uma avaliação geriátrica especializada, sendo o destaque a médica britânica Marjory Warren.

> "Os conceitos básicos e parâmetros utilizados atualmente na **Avaliação Geriátrica Ampla (AGA)** evoluíram ao longo de setenta anos incorporando elementos do exame clínico tradicional, da avaliação realizada por assistentes sociais, da avaliação funcional realizada pelos especialistas em reabilitação, da avaliação nutricional e dos métodos de avaliação neuropsicológica. Ao incorporar os métodos de diversas disciplinas em uma avaliação única e compacta, os geriatras criaram um meio prático e objetivo de "ver o idoso como um todo". "(COSTA e MONEGO, 2003)

A AGA tem como base tratar da autonomia dos idosos, utilizando instrumentos que verificam a capacidade motora e psíquica do indivíduo na realização de atividades de vida diárias (AVD) e/ou atividades instrumentais de vida diária (AIVD) que contribuam para sua independência (COCCO, et al. 2013).

Pode-se também através da AGA, identificar os fatores ocasionadores de dependência, a qual está baseada no princípio do trabalho interdisciplinar e planejado e almeja ao tratamento e acompanhamento de longo prazo dos idosos avaliados. (REUBEN, 2003 apud COCCO et al. 2013, p. 267)

Segundo Mendonça e Marques (2003, apud FREITAS e SCHEICHER, 2010), os estudos acerca da institucionalização da população idosa são poucos e também acabam por não avaliar com profundidade o tema. Parte dessa população se encontra institucionalizada por problemas financeiros e/ou de abandono da família, por problemas físicos, mentais e outros.

O que impulsionou a realização dessa pesquisa foi perceber, com base no referencial teórico utilizado, a escassez de estudos que tem por intuito verificar a qualidade de vida e o perfil de idosos institucionalizados no país, pois é percebida a necessidade de avaliar e conhecer as condições dos idosos nas ILPI, já que estas informações são de enorme relevância científica e social, tanto para os idosos que residem nessas instituições quanto para a gestão das mesmas de modo a ter um novo panorama da situação dos residentes, obtendo assim novas possibilidades de direcionamentos que poderão elevar a qualidade de vida e melhorar as condições de cuidados de longa duração na instituição.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivos Gerais:

- Avaliar a qualidade de vida e delinear o perfil de saúde dos idosos residentes em uma Instituição de Longa Permanência para Idosos.

2.2. Objetivos específicos:

- Analisar aspectos sociais, clínicos e a capacidade funcional dos idosos avaliados;
- Analisar a percepção do idoso sobre a sua qualidade de vida.

3. METODOLOGIA

3.1 Pesquisa

A pesquisa foi de natureza descritiva com abordagem quantitativa dos dados de idosas institucionalizados em uma ILPI do Distrito Federal, que foi selecionada por critérios de conveniência.

"A pesquisa descritiva exige do investigador uma série de informações sobre o que deseja pesquisar. Esse tipo de estudo pretende descrever os fatos e fenômenos de determinada realidade" (TRIVIÑOS, 1987 apud GERHARDT e SILVEIRA, 2009 p.35).

Segundo Fonseca (2002), as pesquisas quantitativas são centradas na objetividade, na qual se acredita que a realidade só pode ser entendida com base nos dados brutos obtidos e com ajuda de instrumentos padronizados e neutros, de modo que eles possam descrever as causas de um fenômeno, e as relações entre as variáveis.

Primeiramente, houve a busca de dados nos prontuários da instituição, com intuito de obter informações básicas das idosas que foram selecionados para compor a pesquisa, o que ajudou a separar pelo critério de exclusão as que não tinham o perfil para tal estudo.

As idosas que se adequaram ao estudo foram avaliadas posteriormente com a Avaliação Geriátrica Ampla, de modo a dar um enfoque nos componentes de capacidade funcional, mobilidade e de funções cognitivas dados nos instrumentos: Índice de Barthel, Escala de Lawton/Brody, *Timed up and go* e Mini-Exame do Estado Mental.

A AGA foi complementada com os seguintes instrumentos: WHOQOL- bref – para identificar a qualidade de vida e o instrumento de análise ao suporte social das idosas institucionalizadas.

3.2 Local do Estudo

O local de estudo da pesquisa foi a Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI) Associação São Vicente de Paulo – Lar dos velhinhos, fundada em 1966. É localizada em Taguatinga Sul, uma das regiões administrativas de Brasília- DF.

O Lar dos Velhinhos é um estabelecimento de caráter filantrópico e é mantida por instituições filantrópicas, geralmente religiosas, destinado a amparar pessoas necessitadas, que não tem onde morar e que não são amparados por outros, dando a eles moradia,

alimentação e cuidados higiênicos e de saúde. Desde sua fundação o Lar dos Velhinhos tem sobrevivido de doações e realizações de eventos que tem assegurado sua manutenção sob a orientação das irmãs responsáveis.

A instituição atende atualmente trinta e três idosas, sendo elas apenas do sexo feminino, por opção da ILPI. Há os dormitórios - onde dormem três idosas em cada quarto, refeitório, espaços de hidroginástica, biblioteca e capela. Há projetos como: TO clicando (aulas de computação ministradas por alunos da UnB), trabalhos artesanais, bazar permanente e oficina de memória.

As idosas institucionalizadas são assistidas por cuidadores e profissionais de diversas áreas como: fisioterapia, técnicos de enfermagem, terapia ocupacional, serviço social, e outros.

3.3 Participantes

Os critérios de inclusão que foram utilizados na pesquisa se estabeleceram em idosas, com 60 anos ou mais, institucionalizadas há mais de três meses, na Associação São Vicente de Paulo - Lar dos Velhinhos. Participaram da amostra ao total dezesseis idosas residentes da ILPI.

O critério de exclusão, por causa da temática da pesquisa que apresentou um enfoque na qualidade de vida, foi a presença de diagnósticos tais como de: idosas com limitações sensoriais ou de comunicação, (que poderiam impedir a aplicação dos instrumentos) e idosas com quadro de depressão e/ou transtornos bipolar. Já que as idosas que apresentassem um desses diagnósticos contribuiriam para que houvesse viesses na pesquisa, visto que as participantes não teriam condições de responder as perguntas referentes, por exemplo, ao questionário WHOQOL-bref efetivamente. Por essa razão nem todas as idosas que aceitaram participar da pesquisa responderam a todos os instrumentos selecionados para o estudo, mas mesmo assim continuaram fazendo parte da amostra, pois contribuiriam para o delineamento do perfil de saúde das idosas residentes, focando em questões como características sociodemográficas, do estado clínico, da capacidade funcional e outras.

Os dados foram confirmados por meio dos prontuários (que também foram utilizados para busca de dados que poderiam auxiliar no perfil de saúde das idosas), ou então através da conversa com cuidadores ou equipe multiprofissional da instituição.

3.4 Coleta de dados

A coleta de dados se deu por meio da Avaliação Geriátrica Ampla (AGA) em que foram abordados componentes adequados a realidade da pesquisa, sendo eles: capacidade funcional, mobilidade e funções cognitivas. A AGA foi complementada com os instrumentos WHOQOL-bref (parâmetro não abordado na AGA) e com instrumento de suporte social de modo a ampliar o delineamento do perfil das idosas institucionalizadas.

> "A AGA é sempre multidimensional, frequentemente interdisciplinar e tem por objetivo determinar as deficiências, incapacidades e desvantagens apresentadas pelo idoso, objetivando o planejamento do cuidado e o acompanhamento a longo-prazo. Ela difere do exame clínico padrão por enfatizar a avaliação da capacidade funcional e da qualidade de vida e por basear-se em escalas e testes quantitativos". (RUBESTEIN & RUBESTEIN, 1998 apud COSTA E MONEGO,2003)

Segundo Costa e Monego (2003), a estrutura e os componentes da avaliação variam muito dependendo da equipe e do local onde ela é realizada. E mesmo com a diversidade a AGA apresenta características próprias e constantes como o fato de ser multidimensional e utilizar de instrumentos, tais como escalas e testes, para quantificar a capacidade funcional e avaliar os parâmetros abordados.

3.4.1 AVALIAÇÃO GERIÁTRICA AMPLA (AGA)

Os parâmetros da Avaliação Geriátrica Ampla (ANEXO A) são: equilíbrio e mobilidade, função cognitiva, deficiências sensoriais, condições emocionais/presença de sintomas depressivos, disponibilidade e adequação de suporte familiar e social, condições ambientais, capacidade funcional – Atividade de Vida Diária (AVD) e Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD) e o estado e risco nutricionais; Para a pesquisa a AGA foi adaptada abordando apenas alguns desses parâmetros para uma melhor adequação ao tema e a abordagem escolhida, sendo eles: capacidade funcional, equilíbrio e mobilidade e função cognitiva.

Para avaliar a capacidade funcional foram utilizados o Índice de Barthel para as AVD e a Escala de Lawton e Brody para as AIVD. O de Barthel, foi validado no Brasil por

Minosso et al. em 2010. Os itens medem o grau de assistência em 10 atividades de vida diárias: alimentação, banho, vestir-se, higiene pessoal, transferência cadeira-cama, controle de continência da bexiga e intestino, deambulação e subir e descer escadas. É interpretado que quanto maior o escore mais independente é o indivíduo, ou seja, é considerado independente o indivíduo que atinge a pontuação máxima de 100 pontos, enquanto, por exemplo, 50 ou menos pontos indicam dependência nas AVD (MINOSSO et al, 2010).

A escala de Lawton/Brody avalia a autonomia do idoso em oito AIVD: utilização do telefone, realização compras, preparo de refeições, tarefas domesticas, lavagem de roupas, utilização de meios de transporte, manejo de medicamento e responsabilidade de assuntos financeiros. Foi desenvolvida por Lawton e Brody em 1969 e adaptada por Santos e Virtuoso Jr., em 2008. Cada atividade apresenta níveis de dependência de 1 a 3 pontos. O idoso pode ser considerado também como dependente (0 pontos) ou independente (1 ponto). A pontuação final resulta da soma da pontuação dessas 8 AIVD (SANTOS e VIRTUOSO, 2008).

No parâmetro de equilíbrio e mobilidade utilizou-se o teste *Timed up and go* no qual foi medido o tempo do percurso em levantar-se de uma cadeira com apoio andar três metros, virar-se e retornar a cadeira e sentar-se. Proposto por Podsiadlo & Richardson em 1991. Há a interpretação de que o tempo normal seria <10 s, de 10 a 20s estaria associado à incapacidade prévia ou fragilidade e >20s uma marcha alterada com incapacidade funcional significativa (PODSIADLO e RICHARDSON, 1991).

No parâmetro de função cognitiva foi utilizado o Mini Exame do Estado Mental (MEEM) como rastreio cognitivo das idosas da amostra, criado por Folstein et al. em 1975, que oferece informações sobre a cognição, contendo itens agrupados em sete categorias específicas como a orientação temporal (5 pontos), orientação espacial (5 pontos), registro de três palavras (3 pontos), atenção e cálculo (5 pontos), recordação das três palavras (3 pontos), linguagem (8 pontos) e capacidade construtiva visual (1 ponto). O escore pode variar de 0 pontos o equivalente ao maior grau de comprometimento cognitivo dos pacientes, até 30 pontos que corresponde a uma melhor capacidade cognitiva. Entretanto deve levar em consideração o nível de escolaridade do idoso que altera diretamente a sua pontuação final. Segundo Brucki, (2003) há a adoção de notas de corte diferentes variando de acordo com os graus de instrução para realizar a interpretação sendo elas: 20 pontos para idosos analfabetos; 25 pontos para idosos com 1 a 4 anos de estudo; 26,5 pontos para idosos com 5 a 8 anos de

estudo; 28 pontos para aqueles com 9 a 11 anos de estudo e 29 pontos para aqueles com mais de 11 anos de estudo.

3.4.2. WHOQOL-bref

O WHOQOL-bref (ANEXO B) foi desenvolvido em 1988, por THE WHOQOL Group da Organização Mundial da Saúde (OMS) e teve validação no Brasil por Fleck et al. (2000). Tem por objetivo mensurar a qualidade de vida geral, cabendo destacar que é um instrumento genérico de avaliação de qualidade de vida confiável e válido no contexto brasileiro.

A versão consiste em 26 questões, sendo duas gerais sobre qualidade de vida, e as demais 24 representam cada uma das 24 facetas que compõem o instrumento original (WHOQOL-100). Aborda quatro domínios, sendo eles: domínio físico, domínio psicológico, relações sociais e meio ambiente.

Para interpretação do resultado inicialmente é preciso fazer uma recodificação dos itens 3, 4 e 26, ou seja, se 1=5, se 2=4, se 3=3, se 4=2, se 5=1. Os escores dos domínios são calculados através da soma dos escores da média da "n" questões que compõem cada domínio. Nos domínios compostos por até sete questões, este será calculado somente se o número de facetas não calculadas não for igual ou superior a dois. Nos domínios compostos por mais de sete questões, este será calculados somente se o número de facetas não calculadas não for igual ou superior a três. O resultado é multiplicado por quatro, sendo representado em uma escala de 4 a 20 e posteriormente os escores dos domínios são convertidos para uma escala de 0 a 100 (PEDROSO et al., 2010). Onde zero corresponde a uma pior qualidade de vida, e 100, a melhor qualidade de vida (FLECK et al., 2000).

3.4.3 SUPORTE SOCIAL

O instrumento (ANEXO C) foi criado por uma estudante em conjunto com uma professora, ambas do curso de terapia ocupacional da Universidade de Brasília (UnB) para trabalho de conclusão de curso da instituição. Apresenta como objetivo, avaliar de modo quantitativo a existência de um suporte social nas idosas institucionalizadas, abordando as seguintes perguntas: se recebiam visitas, se eles tinham amigos ou alguém de confiança na

instituição onde moram, quais eram as pessoas que o (a) visitavam frequentemente e quem eram as pessoas que as idosas recorriam quando precisavam de ajuda financeira.

3.5 Análise dos dados

A análise dos dados foi realizada com a utilização da técnica de estatística descritiva e também com o uso do Excel - versão 2007, para realizar as medidas de frequência e porcentagem, tendência central (média) e de variabilidade (amplitude e desvio padrão).

Segundo Guimarães (2008), o objetivo da estatística descritiva é sintetizar as principais características de um conjunto de dados por meio de tabelas, gráficos e resumos numéricos, sendo bastante cuidadosa para escolher a forma adequada de se resumir os dados.

3.6 Aspectos éticos

A coleta de dados, por meio de entrevista, e as demais etapas da metodologia só foram inicializadas depois que o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (UnB) e obteve a aprovação do protocolo nº: CAAE 56689116.8.0000.0030 em 17 de agosto de 2016.

Foram respeitadas as normas éticas da pesquisa que envolve seres humanos, contidas na Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) 466/12.

A ILPI foi inicialmente consultada sobre a pesquisa e seus objetivos, bem como sobre os métodos a serem utilizados. Posteriormente, após manifestação de interesse em participar, foi solicitado formal, e os dados das idosas da ILPI.

As idosas foram informadas sobre a pesquisa e aquelas que aceitaram participar da pesquisa, após a leitura e assinatura do TCLE houve o início da entrevista. Foi enfatizado que haveria anonimato das informações para a pesquisa, porém que as avaliações realizadas e o questionário preenchidos ficariam disponíveis na ILPI.

Os cuidadores e a equipe multiprofissional da ILPI foram informantes quando as idosas não conseguiram responder algumas questões dos instrumentos. E os prontuários foram acessados para obter informações sobre identificação e funcionalidade, e verificar se tinham avaliações atualizadas para evitar a repetição das mesmas.

As idosas que não conseguiram assinar o TCLE (ANEXO D), por questões como analfabetismo ou incapacidade física participaram sempre que o TCLE fosse assinado pelo responsável legal ou do responsável pela instituição.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

As entrevistas foram realizadas do dia oito de setembro ao dia cinco de outubro do ano de 2016. No momento da pesquisa residiam na instituição 33 idosas. Destas, apenas 16 puderam participar com o manifesto do consentimento através de TCLE devidamente assinados (ou pelo responsável da instituição, ou pelas próprias idosas ou pelos familiares quando iam visitá-las). As outras 17 idosas não puderam participar porque não atenderam aos critérios de inclusão.

Foram consultados os prontuários para auxiliar nas informações básicas das participantes como escolaridade, procedência e outros, e também para analisar se as idosas seguiam o critério de inclusão da pesquisa.

A entrevista e aplicação dos instrumentos foi realizada pela própria pesquisadora. E para realizá-los a terapeuta ocupacional da instituição disponibilizou a sala de Terapia Ocupacional com o objetivo de obter um espaço mais tranquilo e privativo para avaliar as idosas.

Todas as idosas conseguiram responder aos instrumentos de identificação, suporte social, índice de Barthel e a Escala de Lawton e Brody, mas nos de Mini Mental, TUG. Já o WHOQOL-bref, parte delas não tinham condições para respondê-lo devido a processos demenciais, limitações na comunicação, deficiências auditivas, quadro de transtornos psiquiátricos e outros, pois a presença dos mesmos implicaria em vieses nos resultados do devido instrumento e por se tratar de qualidade de vida, avaliação deve ser do próprio sujeito, não sendo possível utilizar informações de terceiros (cuidadores ou profissionais da ILPI) para responde-lo.

Houve algumas dificuldades no decorrer da coleta dos dados com a falta de dados nos prontuários relacionados ao número de anos estudados o que dificultou a interpretação de dados do Mini Mental e também com a complexidade da aplicação do WHOQOL-bref, no qual algumas idosas sentiram dificuldade em entender as perguntas que eram realizadas e responder exatamente como era solicitada.

4.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E ESTADO CLÍNICO DA AMOSTRA

Para obter as informações sociodemográficas da amostra foi aplicado um questionário semiestruturado sob forma de entrevista com o objetivo de identificar escolaridade, idade, estado civil, renda e outras questões acerca da temática.

Dezesseis idosas responderam a esse questionário, apresentando uma média de idade de 78,4 anos (±9,59) variando entre 62 anos, como idade mínima, e 95 a idade máxima. A maior parte das idosas institucionalizadas é analfabeta (56,25%), seguido da escolaridade de 5 a 8 anos estudados (31,25%). Eram solteiras (75%) e viúvas (18,75%) e católicas (93,75%). Recebem Benefício de Prestação Continuada - BPC (43,75%) em sua maioria, seguido de aposentadoria (37,5%). A maioria respondeu não (62,2%) sobre a participação de atividades sociais dentro ou fora da ILPI (ida à igreja, passeios e outros), procediam das regiões sudeste (50%) e nordeste (37,5%). A média do tempo de permanência das idosas na ILPI foi de 72,12 meses (±55,39) variando de 5 a 168 meses. Os dados sociodemográficos são apresentados a seguir na tabela 1.

Tabela 1. Distribuição das características sociodemográficas das idosas residentes da instituição de longa permanência, Brasília, 2016.

Variáveis		**N**	**%**
Idade			-
Escolaridade	Analfabeta	9	56,25%
	1 a 4 anos	1	6,25%
	>8 anos	1	6,25%
	5 a 8 anos	5	31,25%
Religião	Católica	15	93,75%
	Evangélica	1	6,25%
Procedência	Sudeste	8	50%
	Nordeste	6	37,50%
	Centro oeste	2	12,50%
Estado Civil	Solteira	12	75%
	Viúva	3	18,75%
	Divorciada	1	6,25%

(conclusão)

Variáveis		N	%
Renda	Aposentada	6	37,50%
	Pensão	3	18,75%
	BPC	7	43,75%
Atividade social	Sim	6	37,50%
	Não	10	62,50%
Tempo de ILPI (meses)	-		-

De acordo com os resultados apresentados é possível analisar e comparar a outros estudos similares, o perfil sociodemográfico descrito dos idosos residentes na instituição de longa permanência representada pelo estudo.

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2014) referentes a expectativa de vida, a dos brasileiros aumentou mais de 40 anos em onze décadas. Em 1900 a expectativa era de 33,7 anos, atingindo 75,4 anos em 2014. O presente estudo aponta que a média de idade das idosas residentes foi de 78,44 (±9,591) anos. Observa-se em estudos que a média de idade dos idosos institucionalizados habitua ser maior que a média da população brasileira como no estudo de Araújo (2013) que demonstrou a média de idade dos idosos de uma instituição no Distrito Federal (DF) de 78,54 (±8,43). Já Pereira (2003) obteve a média de idade da amostra de idosos na instituição estudada de 75,5 (±8,83).

Tratando-se de escolaridade, observou-se que a maioria dos idosas eram analfabetas (56,25%) e que as que estudaram (31,25%) permaneceram na escola num período de 5 a 8 anos. Segundo Alves (2004) e Paskulin & Viana (2007) era mais comum as mulheres apresentarem um baixo nível de escolaridade quando comparada aos homens, devido as dificuldades ao acesso à escola encontrados no passado e a diferença entre os sexos que refletia menores oportunidades. Pesquisas demonstram que o percentual de idosos sem escolaridade é alto (PAULO & YASSUDA, 2010; LISBOA E CHIANCA;2012; ALVES, 2004).

As idosas institucionalizadas também trazem consigo marcas da cultura religiosa. A religião católica foi a mais frequente entre as participantes do estudo (93,75%) o que confere com os dados do IBGE (2012) e com outras pesquisas que mostram a maior parte das idosas se declarando católicas (ARAÚJO, 2013; HERÉDIA, et al. 2004). E condiz com a natureza da instituição que também é católica.

De acordo com o IPEA (2012) e com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (2009), o Distrito Federal foi a única unidade de Federação onde a maioria dos residentes nasceu em outro local, 75% dos habitantes não nasceram na capital federal. O que faz relembrar do processo da criação da capital, na qual vários trabalhadores migravam à futura capital para trabalhar em sua construção e permaneceram. Segundo o IBGE (2010), a população brasiliense é formada por migrantes de todas as regiões brasileiras, sobretudo do Nordeste e do Sudeste. Esse processo histórico contribuiu para o resultado da procedência das participantes do estudo, visto que a maioria veio do Sudeste (50%) e do Nordeste (37,5%).

A maioria das idosas residentes na ILPI estudada são solteiras (75%) ou viúvas (18,75%). O que confere com os dados de outros estudos (ARAÚJO, 2013; CONVERSO e IARTELLI, 2007; DANILOW, et al., 2007; LISBOA e CHIANCA, 2012). Muitos dos idosos institucionalizados não possuem família ou qualquer outro responsável conhecido e acabaram precisando das instituições de longa permanência para conseguir a assistência necessária de cuidados de longa duração, sendo essa uma viável explicação para a maior incidência de idosos solteiros e viúvos.

Em relação a renda das idosas participantes é houve predomínio do Benefício de Prestação Continuada – BPC (43,75%) e de aposentadoria (37,5%). Em estudos como o de Camarano (2006), relata que a maior parte de renda de idosos provem de benefícios da seguridade social (aposentadoria, pensão e assistência social) tanto para homens quanto mulheres, e que houve um crescimento entre 1983 e 2003. Entre os principais benefícios que os idosos brasileiros têm acesso estão aqueles que se pactuaram na Constituição Federal de 1988.

Tratando-se das atividades sociais realizadas pela ILPI do estudo, a maior parte das idosas responderam que não participavam (62,5%), enquanto as demais responderam sim (37,5%). Mesmo com esse resultado sabe-se que as atividades sociais elevam a qualidade de vida dos idosos institucionalizados pois, acaba dando oportunidades de interação com os demais da sociedade, facilitam o acesso aos bens culturais e também possibilitar momentos de lazer e a capacidade de sentir-se útil.

Em relação ao tempo de permanência na ILPI, o presente estudo aponta que a média de tempo das idosas foi de 72,12 meses (±55,39), variando entre 5 e 168 meses de permanência. Outro estudo que demonstra o tempo de permanência em ILPI é o de Lisboa e Chianca (2012), que obteve a média de tempo de 70 meses (±74), variando entre 1 e 328 meses. Nesse sentido com a institucionalização a possibilidade dos idosos voltarem a viver na

comunidade ou com a família é pequena, os que ficam institucionalizados costumam ficar até os últimos dias de sua vida (CHIANCA, 2012).

Em relação ao estado clínico das idosas participantes do estudo, as principais enfermidades presentes foram as doenças cardiovasculares (50%) entre elas a variável mais frequente foi a hipertensão arterial. As doenças neurológicas (50%), sendo que a mais decorrente no grupo foi demência. As doenças ortopédicas também apresentam percentual notável (43,8%), composta por escoliose, artrose, artrite reumatoide, fibromialgia, osteomielite e osteoporose. A esquizofrenia, transtorno psiquiátrico não especificado e o transtorno de humor compõem o grupo de doenças psiquiátricas (31,25%), sendo mais presente o transtorno psiquiátrico não especificado. A Diabetes mellitus foi a única variável nas doenças endocrinológicas (37,5%). Nas doenças respiratórias e oncológicas apenas uma idosa apresentava o quadro em ambas (6,25%). Apenas uma idosa apresentou diagnóstico de problema de comunicação (6,25%). Em relação a deficiência auditiva e visual ambas apareceram numa frequência de 12,5% entre as participantes do estudo. E no uso de dispositivos para locomoção (43,85%), composto por andador, cadeira de rodas e bengala, o mais frequente foi o uso da cadeira de rodas. Dados detalhados sobre o estado clínico das idosas da amostra são apresentados na tabela 2.

Tabela 2. Distribuição das variáveis relacionadas ao estado clínico das idosas institucionalizadas, Brasília, 2016.

Estado Clínico		**N**	**%**
Doença Cardiovascular		**8**	**50%**
	Hipertensão arterial	7	87,50%
	Cardiopatia	1	12,50%
Doenças respiratórias		**1**	**6,25%**
	Asma	1	100%
Doenças neurológicas		**8**	**50%**
	Sequela de AVE	1	12,50%
	Déficit intelectual	1	12,50%
	Demência	4	50%
	Bradicinesia	1	12,50%
	Comprometimento motor	1	12,50%

Estado Clínico		N	%
Doenças psiquiátricas		**5**	**31,25%**
	Esquizofrenia	1	20%
	Transtorno psiquiátrico não	3	60%
	especificado	1	20%
	Transtorno de humor		
Doenças ortopédicas		**7**	**43,80%**
	Escoliose	1	14,30%
	Artrose	2	28,50%
	Artrite reumatoide	1	14,30%
	Fibriomilagia	1	14,30%
	Osteomielite	1	14,30%
	Osteoporose	1	14,30%
Doença endocrinológica		**6**	**37,50%**
	Diabetes	1	100%
Doença oncológica	-	**1**	**6,25%**
Diagnóstico de problema de comunicação	-	**1**	**6,25%**
Deficiência visual	-	**2**	**12,50%**
Deficiência auditiva	-	**2**	**12,50%**
Uso de dispositivos para locomoção		**7**	**43,80%**
	Andador	2	28,50%
	Bengala	2	28,50%
	Cadeira de rodas	3	43%

Nota-se que as doenças mais prevalentes entre as idosas participantes do estudo estão as doenças neurológicas e as cardiovasculares (com mesma frequência), seguido das ortopédicas, psiquiátricas e endocrinológicas. O estudo de Lisboa e Chianca (2012) foi realizado com idosos de instituições de Minas Gerais, e apresentou dados semelhantes ao estudo sendo a maioria diagnosticada com doenças cardiovasculares, neurológicas e psiquiátricas. O padrão de doenças encontradas no presente estudo foi compatível com o perfil epidemiológico do Distrito Federal (ARAÚJO, 2013 e DANILOW et al. 2007).

Quase metade das idosas da amostra utilizam de algum dispositivo para locomoção (43,8%), compondo o grupo a bengala, cadeira de rodas e o andador. O mais frequente é a cadeira de rodas. Idosos com 65 anos de idade ou mais possuem uma maior chance de utilizar a cadeira de rodas. (KAYE, 2000 apud Alves, 2016, p. 6).

Entende-se que o uso de dispositivos está relacionado a idosos com algum grau de

dificuldade na deambulação ou que apresente maior instabilidade postural, reconhecendo-os como indivíduos com maior probabilidade de quedas (CRUZ, 2012).

4.2 CARACTERÍSTICAS RELACIONADAS AO SUPORTE SOCIAL.

Dentre as 16 idosas que participaram do estudo, nove (56,25%) relatam que recebem visitas da família e três (18,75%) recebem de amigos. As participantes relataram receber visitas frequentes de irmãos e amigos (ambos 25%). Metade das idosas declararam não ter amigos ou não confiar em ninguém dentro da ILPI (50%), enquanto as outras oito depositam sua confiança ou tem amizade com alguma pessoa da instituição (50%). Com a questão sobre a quem a idosa recorreria em caso de ajuda financeira a maioria respondeu que pediriam auxílio para a diretora da ILPI. As informações são retratadas em detalhes na tabela 3.

Tabela 3. Distribuição das características do suporte social das idosas residentes da ILPI, Brasília, 2016.

Variáveis		**N**	**%**
Recebe visitas	Não	2	12,50%
	sim, família	9	56,25%
	sim, amigos e alunos	1	6,25%
	sim, amigos e família	1	6,25%
	sim, amigos	3	18,75%
Tem amigos ou alguém em quem confia na ILPI	Sim	8	50%
	Não	8	50%
Visitas frequentes	Alunos	2	12,50%
	ninguém	2	12,50%
	neta	1	6,25%
	irmãos	4	25%
	amigos	4	25%
	filhos	2	12,50%
	primos	1	6,25%
Recorre em caso de ajuda financeira	outros: diretora da ILPI	14	87,5%
	ninguém	1	6,25%
	filhos	1	6,25%

A ingressão de idosos em instituições de longa permanência esteve por muito tempo associado com o rompimento dos laços estabelecidos seja com a família, amigos e/ou sociedade. Perspectiva até hoje existente devido aos resquícios deixados das instituições totais, que foram bastante marcadas pelo controle que tinham na vida do outro e também pela privação de sua individualidade e dos seus direitos e do suporte social (SIQUEIRA, 2008).

Segundo Siqueira (2008), suporte social se refere aos recursos matérias e psicológicos aos quais as os sujeitos têm obtenção através de suas redes sociais. E esse suporte pode resultar em benefícios para a saúde física e/ou mental, preservando uma relação com bem-estar (RODRIGUEZ & COHEN, 1998 apud SIQUEIRA,2008, p. 382).

Oliveira, Neri e D'Elboux (2013), afirmam que quando a avaliação subjetiva é positiva em suporte social de idosos representa que há um melhor mecanismo de enfrentamento do estresse, sendo considerado um fator de proteção, obtendo melhores condições de saúde e bem-estar.

No estudo de Araújo (2013), 85,4% dos idosos referiram ter visitas, sendo que 14,6% nunca havia recebido nenhum tipo de visita. No estudo de Galhardo (2010), 74% dos participantes relataram receber visitas. No presente estudo 14 das idosas relatam receber visitas (87,5%), apenas duas anunciaram não receber visitas (12,5%). Entre os visitantes mais frequentes estão os irmãos e amigos, ambos com 25%.

Em sua maioria, idosas relatam que recorreriam a diretora da ILPI caso precisassem de ajuda financeira. Essa associação acontece devido a idosas entenderem que seus benefícios de seguridade social ficam com a direção do local, seja como contribuição à manutenção da instituição das mesmas, como para ter um auxílio financeiro no aparecimento de novas demandas, sendo assim direção acionada para realizar essa mediação e assim suprir as necessidades.

De acordo com Creutzberg et al. (2007), em instituições de longa permanência para idosos sem fins lucrativos passa a ser responsabilidade da mesma a manutenção do idoso, sendo preciso assegurar-se sempre de determinados elementos para retirar a escassez e garantir a assistência que se propõe.

Em relação a ter amigos ou pessoas de confiança na ILPI, metade das idosas declararam ter sim alguém ali dentro que possa considerar de confiança ou de amizade (50%), enquanto a outra metade referiram não ter ninguém (50%).

É valido enfatizar que a interação entre os idosos institucionalizados nem sempre se dá de forma harmoniosa. O relacionamento pode muitas vezes ser conflituoso, devido a grande maioria dos idosos não ter interesse de construir novos vínculos de amizade nessa fase da vida

por causa do sentirem-se isolados socialmente ao terem sido levados para a instituição onde agora vivem (ARAUJO et al., 2010).

Segundo Paúl (2005), pouco quantitativo de confidentes entre os idosos parece ter reflexos negativos na qualidade de vida percebida pelos mesmos, enquanto a maior existência compensa para a obtenção de uma rede social mais alargada a nível de qualidade de vida percebida.

Quando há o estabelecimento de vínculos entre os idosos residentes, os mesmos sentem-se fortalecidos para enfrentar as enfermidades e as tristezas do dia a dia. Assim, o apoio social contribui para a manutenção da saúde dos envolvidos, permite a superação de acontecimentos como perda da capacidade de realizar as atividades de vida diária, dos papeis sociais e até mesmo da institucionalização (ARAUJO et al, 2010; SLUZKI, 2001; VALLA, 2000).

No contexto dos idosos institucionalizados é importante a estimulação do convívio com outras pessoas e das redes de apoio, sejam elas internas como externas, de modo a ampliar o suporte social dos residentes, visto que isto pode ser analisado como uma estratégia de sobrevivência e também de conseguir uma maior qualidade de vida.

4.3 CARACTERÍSTICAS FUNCIONAIS DA AMOSTRA

Para obter as informações da funcionalidade das participantes do estudo, foram aplicadas: a Escala de Lawton e Brody (para avaliar o desempenho das atividades instrumentais de vida diária), o Índice de Barthel (desempenho das atividades de vida diária), o "*Timed up and go*" – TUG (avaliar equilíbrio e mobilidade) e o Mini Exame do Estado Mental (MEEM) para rastreio cognitivo (funções cognitivas).

Todas as dezesseis idosas participaram da aplicação da escala de Lawton e Brody, apresentando uma média de desempenho de 9,125 (±1,821) nas atividades instrumentais de vida diária, variando de 7 a 12 na pontuação. Dentre as idosas doze (75%) apresentaram uma dependência parcial nas AIVD, e as outras quatro (25%) uma dependência total em todos os itens abordados pela escala: uso do telefone, viagens, realização de compras, preparo de refeições, trabalho doméstico, uso de medicamento e no manuseio do dinheiro. Dados completos serão apresentados na tabela 4.

Tabela 4. Distribuição das características da avaliação das atividades instrumentais de vida diária das idosas (Lawton e Brody), Brasília, 2016.

Variáveis		**N**	**%**
Desempenho e participação em AIVD		-	-
	dependência parcial	12	75%
	dependência total	4	25%

Capacidade funcional é a capacidade que o indivíduo tem em manter competências, habilidades físicas e mentais para conseguir viver com maior independência e autonomia. Ou seja, capacidade de realizar atividades de vida diária (AVD) e as atividades instrumentais de vida diária (AIVD), que fazem parte da rotina própria de cada indivíduo como fazer compras, manter a continência, banhar-se e vestir-se. (FRANK et al., 2007; GUIMARÃES et al., 2004; ROSA, 2003).

As AIVD são as habilidades que o idoso para administrar o ambiente em que está inserido e inclui ações como: preparar refeições, fazer tarefas domésticas, lavar roupas, manusear dinheiro, usar o telefone, usar os meios de transporte, fazer compras e tomar medicações. (COSTA, 2001 apud COSTA et al., 2006).

Em estudos como o de Aires et al. (2009), realizado em uma instituição de longa permanência, com uma amostra de 31 idosos, foi observado através da escala de Lawton a prevalência de dependência parcial para atividades de AIVD de 71,0%. A prevalência de dependência parcial entre as participantes do estudo foi de 75%.

Percebe-se que algumas das idosas têm condições funcionais de realizar algumas atividades instrumentais de vida diária consideradas pela avaliação, mas não as praticam por questões burocráticas da instituição. Conforme Alencar (2012), na maioria das vezes a ILPI com objetivo de agilizar o processo de atendimento dos residentes, faz com que haja uma diminuição no incentivo a esses idosos para continuarem realizando independentemente suas atividades o que pode ocasionar em uma piora do quadro funcional e limitação. Subestimando assim, pelo cuidado em preservar ou melhorar a qualidade de vida, autonomia e a independência.

No índice de Barthel todas as idosas da amostra responderam os itens referentes ao desempenho e participação em atividades de vida diária (AVD), no qual apresentaram uma média de 67,81 (±36,46) variando de 0 a 100 pontos. Das dezesseis idosas, onze apresentaram independência nas AVD (68,75%) e quatro se mostraram dependentes (25%). Dados detalhados na tabela 5.

Tabela 5. Distribuição do desempenho da avaliação das atividades de vida diária das idosas residentes na instituição de longa permanência (Barthel), Brasília, 2016.

Variáveis		**N**	**%**
Desempenho e participação em AVD		-	-
	independência nas AVD	11	68,75%
	totalmente dependente nas AVD	1	6,25%
	dependente nas AVD	4	25%

Para Aires et al. (2009), as atividades de vida diária (AVD) são as funções de autocuidado percebido como indispensáveis para se ter uma vida independente em todos os espaços sociais, sendo elas: tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro, andar, comer, fazer a transferência da cama para a cadeira e ter continências urinárias e fecal.

Em relação ao desempenho e participação nas atividades de vida diária o resultado com maior percentual de idosas com independência nas AVD de 68,75% (onze idosas), enquanto 25% (quatro idosas) totalmente dependentes. Resultados semelhantes são encontrados em estudos como o de Converso e Iartelli (2007), realizados em três instituições de longa permanência para idosos de São Paulo, que conseguiram 75,65% em independência de AVD. E também no estudo de Gontijo (2010), com idosos residentes em uma ILPI de Minas Gerais, que ao aplicar o Barthel verificou uma média de 73,36 e maior percentual em idosos independentes ou semi-dependentes 76,1% no desempenho das mesmas atividades enquanto 23,9% (16 idosos) foram considerados totalmente dependentes.

Quando observado os resultados de desempenho e participação tanto nas AVD como AIVD, percebe-se que ambos apresentam dados significativos para a dependência, respectivamente 75% e 25%.

A incapacidade funcional pode ser identificada pela presença de dificuldades no desempenho ou impossibilidade de desempenhar algumas atividades. Na literatura é encontrado fatores que podem estar associados diretamente com essa dificuldade como: a falta de escolaridade que interfere no modo em que o sujeito manuseia o dinheiro, toma medicação, faz compras, utiliza os meios de transporte e outros.

Segundo Rosa et al. (2003), indivíduos com baixo nível de escolaridade indicam cerca de cinco vezes mais chance de dependência moderada e/ou grave e ainda que as mulheres tinham duas vezes mais chances de dependência do que os homens. Em um estudo realizado no Japão pelos autores Ishizaki et al (2006), citado por Oliveira (2010), num instituto geriátrico foi identificada a prevalência de 5,0% de dependência em AVD e concluíram que o déficit cognitivo é um fator de risco para a dependência em idosos. Há maiores chances de dependência funcional com o aumento da idade, se tornando um importante fator de risco para a redução da capacidade funcional. (NOGUEIRA et al., 2010; DOS SANTOS et al., 2007).

Apenas 13 das idosas realizaram o teste "*Timed up and go"* (TUG), usado para avaliar a mobilidade funcional das participantes. Das demais participantes duas não podiam realizar o teste por se encontrarem acamadas e uma se recusou. Na avaliação da marcha e equilíbrio, em segundos, a média foi de 27,93s (±19,40) variando de 13 a 68 segundos. Em relação a quedas no último ano, seis idosas referiram que caíram mas que não havia apresentado traumatismo (46,2%), e outras seis relataram não ter caído no último ano (46,2%). Durante o teste oito idosas (61,5%) não precisaram utilizar nenhum dispositivo de auxílio para a locomoção. Apenas uma idosa não realizou o teste (7,7%) porque encontrava-se restrita à cadeira de rodas. De acordo com a interpretação do TUG houve maior percentual de idosas que apresentavam a marcha alterada com incapacidade funcional cognitiva (53,9%), seguido por incapacidade prévia ou fragilidade (38,9%). As informações detalhadas estão descritas na tabela 6.

Tabela 6. Distribuição das variáveis das características da mobilidade funcional das idosas participantes (TUG), Brasília 2016.

Variáveis		N	%
Avaliação da marcha e equilíbrio (segundos)		-	-
Quedas no último ano	não sei	1	7,70%
	sim, porém sem traumatismo	6	46,20%
	não	6	46,20%
Durante o teste precisou utilizar:	bengala	2	15,40%
	nenhum auxílio	8	61,50%
	andador	2	15,40%
	não se aplica	1	7,70%
Se não realizou o teste, qual motivo	não se aplica	12	92,30%
	outro: restrita a cadeira de rodas	1	7,70%
Interpretação do TUG	marcha alterada com incapacidade funcional cognitiva	7	53,90%
	incapacidade prévia ou fragilidade	5	38,50%
	não se aplica	1	7,70%

As quedas em idosos é um problema de saúde pública bastante relevante devido a sua frequência, morbidade e custo elevado tanto econômico como social, principalmente quando ocasiona aumento da dependência (NEVITT, 1997 apud TEIXEIRA et al., 2006, p.102).

Segundo Paixão (2002), dos idosos institucionalizados cerca de 50% tem mais risco de quedas e 25% sofrerão uma queda grave a cada ano. As justificativas que podem ser dadas a esses dados tem relação com o fato de instituições de longa permanência apresentarem em seu meio, idosos mais frágeis e com mais doentes, além dos relatos e documentações mais detalhadas que são anotadas a cada queda.

O presente estudo demonstra que a média de segundos utilizada para avaliar a marcha e o equilíbrio pelo TUG foi de 27,93s (±19,40) variando de 13 a 68 segundos, durante o teste 61,5% das idosas não precisaram de dispositivos de auxílio para a locomoção. Dados semelhantes são encontrados no estudo de Alencar et al., (2012) que apresentou a média de

tempo gasto no teste de mobilidade de 22s, variando de 10 a 118 segundos, e 38,3% de idosos que utilizaram nenhum dispositivo de auxílio à marcha.

Cerca de 46,2% dos idosos relataram ter sofrido quedas no último ano, o que condiz com a alta prevalência de quedas em idosos institucionalizados, em torno de 37,2% e 38,3% (GONÇALVES et al., 2008; FERREIRA et al, 2010).

Segundo Ribas et al., (2012) TUG com tempo elevado de desempenho, mais de 13,5 segundos indica prejuízos na mobilidade e altos riscos de quedas. E esses resultados fundamentam a ideia de que a população institucionalizada apresenta déficit de mobilidade e vulnerabilidade funcional. Como podemos observar também no presente estudo onde 53,9% das idosas avaliadas têm uma marcha alterada com incapacidade funcional cognitiva.

Em relação ao Mini Exame do Estado Mental (MEEM), apenas doze idosas responderam o instrumento (da amostra total de 16 idosas, quatro não participaram pois, uma se negou a responder, duas estavam com quadro demencial moderado e outra não tinha condições de responder o MEEM por problemas de comunicação). A média do desempenho cognitivo das idosas foi de 13,83 (±3,95), variando de 5 a 18 pontos. Esses pontos foram interpretados já utilizando as notas de corte que se alterna de acordo com os anos estudados por cada idosa. Com a interpretação do desempenho foi possível identificar que todas as doze idosas apresentam um indicativo de déficit cognitivo (100%). Dados detalhados são apresentados na tabela 7.

Tabela 7. Distribuição das características do desempenho cognitivo das idosas, utilizando o Mini Exame do Estado Mental (MEEM) Brucki, Brasília 2016.

Variáveis		**N**	**%**
Desempenho cognitivo		-	-
	déficit cognitivo	12	100%

Cognição refere-se a um conjunto de habilidades mentais de extrema importância para adquirir conhecimento sobre as mais diversas áreas. Essas habilidades abrangem: pensamento,

raciocínio, resolução de problemas, abstração e outras funções.

A amostra de idosas (n=12) que participaram do MEEM apresentaram em unanimidade um baixo desempenho cognitivo (100%), com um escore médio de 13,83 (±3,95) e variação de 5 a 18 da pontuação. O estudo de Alencar et al., (2012) também obteve um baixo desempenho no mesmo instrumento, sendo que 93,3% apresentaram valores abaixo da nota de corte para escolaridade e um escore médio de 14,6 (±6,3). O que também foi observado no estudo de Converso et al., (2007), no qual aproximadamente 80% dos idosos institucionalizados apresentaram déficits cognitivos, a média do escore foi de 13 pontos. Percebe-se que a média do escore do MEEM no presente estudo se aproximaram com as outras médias do escore das demais pesquisas com idosos institucionalizados, isso permite dizer que os valores encontrados estão de acordo com a literatura atual.

Apresentar déficit cognitivo segundo o MEEM, sugere a necessidade de uma investigação clínica para diagnóstico de demência. Segundo Cavalini, (2003) o déficit é uma das condições de alta prevalência na população idosa e influencia diretamente na qualidade de vida dos idosos.

Conforme Alencar et al., (2012), a alteração cognitiva é um achado frequente nas instituições de longa permanência para idosos e é considerada um dos motivos que leva a institucionalização do idoso, visto que um comprometimento cognitivo pode resultar em maiores riscos do idoso perder sua independência e em déficits de raciocínio, orientação espacial e personalidade, influenciando diretamente o seu convívio social.

Por conta das limitações e incapacidades que podem ocorrer com as alterações cognitivas é de extrema importância a promoção do envelhecimento ativo para que o idoso consiga se manter inserido no meio e na vida social, e também o desenvolvimento de programas de treino mental com objetivos de auxiliar e potenciar em um envelhecimento ativo e saudável (AMODEO, 2010; SEQUEIRA, 2010 apud FERNANDES, 2014 p. 2).

4.4 CARACTERÍSTICAS DA QUALIDADE DE VIDA

Apenas sete idosas responderam o instrumento de avaliação da qualidade de vida WHOQOL-bref, as demais não participaram devido a quadros de depressão, transtornos psiquiátricos e de demências, visto que a presença de um ou mais quadros causariam vieses nos resultados.

O instrumento é dividido em quatro domínios sendo eles: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. No domínio físico as idosas obtiveram um escore médio de 73,89 (±13,63) variando de 53,5 a 92,75. No domínio psicológico o escore médio foi de 70,75 (±15,96), com pontuações de 50 a 87,5. Apresentou a maior média de escore no domínio de relações sociais que foi de 77,28 (±14,24) com variação de 58,25 a 100 pontos. E o menor escore das idosas foi no domínio meio ambiente que obteve média de 63,78 (±15,85) variando de 34,25 a 87,5 pontos. Dados sobre os domínios do instrumento e resultados são apresentados na tabela 8.

Tabela 8. Apresentação da média e DP do escore de qualidade de vida das idosas residentes na instituição, com a utilização do WHOQOL –bref, Brasília, 2016.

Domínios	Média	DP
Físico	73,89 (53,5 - 92,75)	13,63
Psicológico	70,75 (50 – 87,5)	15,96
Relações Sociais	77,28 (58,25 – 100)	14,24
Meio Ambiente	63,78 (34,25 – 87,5)	15,85

O domínio que mais contribuiu na qualidade de vida foi o de relações sociais, seguido do físico e do psicológico, o ambiental mostrou a médias mais fraca entre as facetas ter dinheiro suficiente para satisfazer as necessidades e quão disponíveis estão as informações no dia a dia.

Segundo Fleck et al., (2000) o domínio referente ao meio ambiente está associado com a segurança física e proteção, ambiente no lar, recursos financeiros, cuidado de saúde e sociais, disponibilidade e qualidade, oportunidade de adquirir novas informações e habilidades, participação e oportunidade de recreação e lazer.

Para Rodrigues (2010), fornecer informações gratuitas, estabelecer conversa e outros, estimulam a conversa e favorecem a relação entre as pessoas e com o estabelecimento de uma

boa rede social de apoio. O que está diretamente ligado a oportunidade de adquirir novas informações e assim elevar a qualidade de vida no meio ambiente.

O domínio psicológico abrange a avaliação de sentimentos positivos, pensar, aprender, memória, concentração, autoestima, imagem corporal, crenças pessoais/ espiritualidade/ religião e sentimentos negativos (FLECK et al., 2000).

As idosas do presente estudo apresentam uma boa condição psicológica, auto imagem positiva, sentem-se capaz de aprender, entretanto a maioria delas relatam ter sentimentos negativos algumas vezes e sempre.

De acordo com Barroso (2006), é normal o idoso institucionalizado perder parte de sua identidade e com isso desenvolver sentimentos negativos como desesperança, tristeza, solidão, baixa autoestima.

No domínio físico há questões referentes a dor e desconforto, sono e repouso, mobilidade, atividades da vida cotidiana, dependência de medicação ou de tratamentos e capacidade de trabalho. No estudo apresentou a segunda maior média, maior parte das idosas não referem sentir dor que as impedem de realizar suas atividades, estão satisfeitas com sua capacidade para o trabalho, consideram ter energia para o seu dia mas de modo mediano.

O domínio de relações sociais abrange a avaliação de relações pessoais, suporte social e atividade sexual (FLECK et al., 2000).

Na pesquisa a maior média foi referente ao domínio relações sociais de 77,28 (±14,24) na qual todas as idosas apresentaram resultados positivos quanto aos itens do mesmo. Escores mais altos no mesmo domínio podem ser vistos no estudo de Filho et al., (2014) que foi de 63,2 (±7) e em outros estudos encontrados na literatura (OLIVEIRA, et al., 2011; ARAUJO, et al., 2010 e VITORIANO et al., 2012).

Para Filho et al, (2014), esses dados demonstram que o convívio em ILPI contribuem as relações e apoio dos moradores e cuidadores, formando uma nova rede social de apoio, ainda que tenha as ausências familiares.

As habilidades sociais são um componente importante para a saúde da população idosa, sendo um apoio social na procura de melhorias de qualidade de vida e também na redução de problemas psicológicos (CARNEIRO, FALCONE & CLARK, 2007, apud BINELO et al., 2015, p. 39).

A qualidade de vida é entendida como a satisfação das necessidades básicas sejam elas coletivas como individuais e tendem a variar de acordo com o funcionamento singular de cada sujeito e com suas crenças (BINELO, et al., 2015).

5. CONSIDERAÇÔES FINAIS

O presente estudo conseguiu delinear o perfil de saúde e avaliar a qualidade de vida das idosas residentes em uma instituição de longa permanência do Distrito Federal.

Foi apresentado no estudo que as idosas residentes têm uma média alta de idade, condizentes com a média de idosos institucionalizados no DF, a maioria são solteiras, procedentes de outras regiões do Brasil e com baixo nível de escolaridade. A religião Católica foi a mais seguida entre elas. E se encontravam na ILPI em uma média de 72 meses.

O estado clínico das idosas foi composto por prevalência em doenças neurológicas e cardiovasculares, compatíveis com o perfil epidemiológico do DF e com a realidade encontrada nas ILPIs.

Quase metade das idosas utilizam dispositivo para auxiliar na locomoção, o que está relacionado com maior incidência de quedas visto que essas apresentam uma maior instabilidade postural, que também foi observado na avaliação do *Timed up and go* (TUG) onde metade das idosas haviam caído no último ano e apresentaram uma marcha alterada com incapacidade funcional cognitiva ou com fragilidade.

As idosas apresentaram dados de incapacidade funcional nos resultados referentes ao MEEM, na qual todas obtiveram um baixo desempenho cognitivo (déficits cognitivos); no desempenho das atividades instrumentais de vida diária (AIVD) e nas atividades de vida diária (AVD), sendo possível observar pelos dados obtidos que há uma maior dependência parcial nas instrumentais que são mais complexas do que nas de autocuidado (AVD).

Na literatura foram encontrados possíveis fatores que podem estar associados com o quadro de incapacidade funcional de idosos institucionalizados, como o baixo nível de escolaridade que indicam chances de maior dependência em atividades mais complexas, déficit cognitivos que geram dependência, e também a elevada idade, onde espera-se que quais mais idade menos capacidade funcional se tem. Todos os fatores são encontrados na amostra da pesquisa.

No suporte social foram encontrados resultados positivos que demonstram que as idosas têm fortes redes de apoio internas e externas. Entretanto metade das idosas referirem que não confiavam e nem tinham amizade com alguém dentro da ILPI, o que é comum nos dados de outros estudos, visto que idosos institucionalizados não tem interesse de construir novos vínculos e amizades.

O fato de terem pouco quantitativo de confidentes não transmite em reflexos negativos na qualidade de vida no presente estudo, pois ao observar o instrumento de avaliação de

qualidade de vida (WHOQOL- bref) percebe-se que o maior escore médio entre os domínios avaliados, foi o de relações sociais, que se referem também as relações sociais e ao suporte social. O que pode ser feito é buscar estratégias que visem um fortalecimento das relações internas dessas idosas com intuito de criar novos vínculos.

O estudo mostra a importância de ser ter conhecimento sobre o perfil de saúde e também da percepção da qualidade de vida de idosos institucionalizados, pois assim seria possível a criação de eficientes estratégias dimensões da AGA (suporte social, qualidade de vidam capacidade funcional) em relação às com o objetivo de melhorar ou diminuir as possíveis demandas encontradas nessa população, possibilitando um envelhecimento ativo, melhor manutenção de sua capacidade funcional e qualidade de vida. O estudo serviu de base para outros estudos com o tema abordado e ofereceu condições para que a instituição complementasse a avaliação dos idosos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AIRES, M.; PAZ, A.A.; PEROSA, C.T. Situação de saúde e grau de dependência de pessoas institucionalizada. *Revista Gaúcha de Enfermagem.* v.30, n.492-499, 2009.

ALENCAR, M.A.; BRUCK, N.N.S.; PEREIRA, T.M.M.; ALMEIDA, R.D.S. Perfil dos idosos residentes em uma instituição de longa permanência. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 15, n.4, p.785-796. Rio de Janeiro, 2012.

ALVES, E. F. Fatores associados ao uso de cadeira de rodas por idosos institucionalizados. Universidade de Santa Catarina, Araranguá, 2016.

ALVES, L.C. Perfil demográfico, socioeconômico e de condições de saúde dos idosos do município de São Paulo, 1999/2000. In: XIV *Encontro Nacional de Estudos Populacionais*; 2004 set 20-24; Caxambu (MG), Brasil. Caxambu: ABEP; 2004. p.17.

ARAUJO, C.L.O; ONOFRE, A.A; SILVA, E.T; PENA, M.V.D; Qualidade de vida de idosos instituicionalizados. *Caderno Temático Kairós Gerontologia***;** n.8; p. 35-44; São Paulo, 2010.

ARAUJO, C.L.O., SOUZA, L.A., FARO, A.C.M.F. Trajetória das instituições de longa permanência para idosos no Brasil. Historia dos asilos no Brasil. ABEN, v.1, n.2, p.250-262, 2010.

ARAÚJO, K.R.A; Perfil de idosos institucionalizados em uma instituição de longa permanência do Distrito Federal, Brasília: Universidade de Brasília, 2013.

ARAÚJO, L.F; COUTINHO, M.P.L; SANTOS, M.F.S; O idoso nas instituições gerontológicas. *Revista Psicologia & Sociedade;* n. 18, v.2, p.89-98; 2006.

ALVES-SILVA, J.D; SCORSOLINI-COMIN, F; SANTOS, M.A; Idosos em instituições de longa permanência: desenvolvimento, condições de vida e saúde. *Revista Psicologia: Reflexão e Crítica*; v. 26, n.4, Porto Alegre, 2013.

AVELAR, M.C.M; O Envelhecimento e a Moradia: Análise empírica em uma Instituição de Longa Permanência e a perspectiva do residente idoso. *Caderno Temático Kairós Gerontologia*, n.8; p. 61-77; São Paulo, 2010.

BARROSO, V.L., & TAPADINHAS, A.R. Órfãos de solidão e depressividade face ao envelhecimento – estudo comparativo entre idosos institucionalizados e não institucionalizados, 2015. Disponível em: <

http://www.spgg.com.pt/UserFiles/file/A%20pessoa%20idosa%20institucionalizada.pdf> Acesso em: 03 de dez de 2016.

BINELO, J., LUIZA, M. ILHA, V.D. A qualidade de vida de idosos institucionalizados. *Revista de Psicologia da IMED,* v.7, n.1, p. 35-41, 2015.

BRUCKI, S.M.D. et al. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. *Arq. Neuro-Psiquiatri*., v.61, n. 3B, p.777-781, 2003.

CAMARANO, A.A; Cuidados de longa duração para a população Idosa: um novo risco social a ser assumido? Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livro_cuidados.pdf> Acesso em: 26 mai. 2015.

CAMARANO, A.A; Mecanismos de proteção social para a população idosa brasileira. Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/1888/1/TD_1179.pdf> Acesso em: 15 nov. 2016.

CAMARANO, A.A; KANSO, S. Como as famílias estão lidando com idosos que demandam cuidados? A visão mostrada pelas PNADs. In: **Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?** 1º Edição. Rio de Janeiro, IPEA, 2010. Capítulo 3, p. 93- 122.

CAMARANO, A.A, KANSO, S, MELLO, J.L. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. In: **Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?** 1º Edição. Rio de Janeiro, IPEA, 2010. Capítulo 7, p. 187-212.

CAVALINI, L.T., CHOR, D. Inquérito sobre hipertensão arterial e déficit cognitivo em idosos de um serviço de geriatria. *Revista Brasileira de Epidemiologia,* v. 6, n.1. São Paulo, 2003.

CHEHUEN NETO, J.A.; SIRIMARCO, M.T; CÂNDIDO, T.C et. al; Perfil epidemiológico dos idosos institucionalizados em Juiz de Fora. *HU Revista.* v. 37, n.2, p.207-216. Juiz de Fora, 2011.

COCCO, A.R., NASPOLINI, A.P., GRANDO, F.P., Volgoi, N., SILVA, E.da, Medeiros, P.A.de & LAMPERT, M.A. A imobilidade em Instituição de Longa Permanência: Compreendendo o desafio vivenciado pelas equipes de saúde. *Revista Kairós Gerontologia*.v.16, n.3, p.263-284. São Paulo, 2013.

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

COSTA, E.C., NAKATANI, A.Y.K., BACHION, M.M. Capacidade de idosos da comunidade para desenvolver atividades de vida diária e atividades instrumentais de vida diária. *Acta Paulista de Enfermagem*, v.19, n.1, p.43-35, 2009.

COSTA, E. F.A; MONEGO, E.T. –Avaliação Geriátrica Ampla (AGA). *Revista da UFG*, v.5, n.2, dez. 2003.

CREUTZBERG, M., GONÇALVES, L.H.T., SOBOTTKA, E.A. A sobrevivência econômica de instituições de longa permanência para idosos empobrecidos. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, v. 15. Rio Grande do Sul, 2007.

CRUZ, D.T; RIBEIRO, L.C; VIEIRA, M.T; TEIXEIRA, M.T.B; BASTOS, R.R.; LEITE, I.C.G. Prevalência de quedas e fatores associados em idosos. Revista de Saúde Pública, v.46, n.1, p.138-146, 2012.

DANILOW, M.Z; MOREIRA, A.C.S; VILLELA, C.G; BARRA, B.B; NOVAES, M.R.C.G; OLIVEIRA, M.P.F; Perfil epidemiológico, sociodemográfico e psicossocial de idosos institucionalizados do Distrito Federal. *Com. Ciências Saúde*, v.18, n.1, p. 3-16, 2007.

DOS SANTOS, K.A.; KOSZUOSKI, R., DIAS-DA-COSTA, J.S.; PATTUSSI, M.P. Fatores associados com a incapacidade funcional em idosos do Município de Guatambu. *Cadernos de Saúde Pública*, v.23, n.11, p.2781-2788. Santa Catarina, 2007.

FARIA, C.D.C.M; TEIXEIRA-SALMELA, L.F; ARAUJO, P. A. et al., TUG-ABS Português-Brasil: instrumento para avaliação clínica da mobilidade de hemiparéticos pós-AVC. *Revista Neurociência*, v.23, n.3, p. 357-367, 2015.

FERNANDES, S.I.D. Estimulação cognitiva de idosos institucionalizados. Instituto Politécnico de Bragança. Escola Superior de Educação, 2014.

FILHO, P.J.B.G., GERALDO, T.L., BENTO, G.G., SILVA, F.C., ARANCIBIA, B.A.V e SILVA, R. Qualidade de vida de idosos com deficiência e prática de atividade física em instituições de longa permanência. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 17, n. 1, p.141-151. Rio de Janeiro, 2014.

FERREIRA, D.C.O., YOSHITOME, A.Y. Prevalência e características das quedas de idosos institucionalizados. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 63, n.6, p.991-997, 2010.

FLECK, M.P.A.; LEAL, O.F.; LOUZADA, S.; XAVIER, M.; CHACHAMOVICH, E.; VIEIRA, G. et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". *Revista de Saúde Pública*, v. 34, n. 2, p. 178-183, 2000.

FRANK, S., SANTOS, S.M.A., ASSMANN, A., ALVES, K.L., FERREIRA, N. Avaliação da capacidade funcional: repensando a assistência ao idoso na saúde comunitária. *Estudos Interdisciplinares do envelhecimento.* v. 11, p.123-134. Porto Alegre, 2007.

FREITAS, M.A.V; SCHEICHER, M.E; Qualidade de vida de idosos institucionalizados. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*; v. 13, n.3, Rio de Janeiro, 2010.

FONSECA, J. J. S. *Metodologia da pesquisa científica*. Fortaleza: UEC, 2002. Apostila.

GALHARDO, V. A. C.; MARIOSA, M. A. S.; TAKATA, J. P. I. Depressão e perfis sociodemográfico e clínico de idosos institucionalizados sem déficit cognitivo. *Rev. Med*. Minas Gerais, 2010.

GERHARDT, T. E. e SILVEIRA, D.T.; *Métodos de pesquisa*. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

GUIMARÃES, L.H.C.T.; GALDINO, D.C.A.; MARTINS, F.L.M.; ABREU, S.R.; LIMA, M.; VITORINO, D.F.M. Avaliação da Capacidade Funcional de Idosos em Tratamento Fisioterapêutico. *Revista Neurociências*, v. 12, n. 3. São Paulo, 2004.

GUIMARÃES, P.R.B; *Métodos Quantitativos Estatísticos*. Curitiba: IESDE Brasil S.A., 2008.

GONÇALVES, L.G., VIEIRA, S.T., HALLALL, P.C. Prevalência de quedas em idosos asilados do Município de Rio Grande. *Revista de Saúde Pública*, v.42, n.5, p. 938-945. Rio Grande do Sul, 2008.

GONTIJO, J.V. Estado cognitivo e funcional de idosos de uma instituição de longa permanência do município de Divinópolis- MG, Universidade Estadual de Minas Gerais, campus da Fundação Educacional de Divinópolis, 2010.

HERÉDIA, V.B.M, CORTELLETTI, I.A e CASARA, M.B. Institucionalização do idoso: identidade e realidade. In: **Idoso Asilado.** Caxias do Sul (RS), EDUCS, 2004. Capítulo 1, p.13-58.

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Síntese dos Indicadores de 2009. Rio de Janeiro, 2010.

IBGE – Sinopse do Censo demográfico: 2010, Rio de Janeiro, 2012.

LIMA, C.R.V. Políticas Públicas para idosos: Realidade das instituições de longa permanência no Distrito Federal. 2011. 120 f. Monografia (Curso em Legislativo e Políticas Públicas, Câmara dos Deputados, Centros de Formação, Treinamento e Aperfeiçoamento – Cefor). Brasília, 2011.

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

MARCONI, M. A. e LAKATOS, E.M.; *Fundamentos de Metodologia Científica*. São Paulo: Atlas S.A, 2003.

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

OLIVEIRA, D.C; NERI, A.L., D'ELBOUX. Variáveis relacionadas à expectativa de suporte para o cuidado de idosos residentes na comunidade. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v.21, n.3, 8 telas. São Paulo, 2013.

OLIVEIRA, E.R.A; GOMES, M.G; PAIVA, K.M; Institucionalização e qualidade de vida de idosos da região metropolitana de Vitória – ES; *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*. v. 15, n. 3, Rio de Janeiro, 2011.

PAIXÃO, Jr., HECKMANN, M. Distúrbios da postura, marcha e quedas. In: Freitas, E. et al. Editores. Tratado de Geriatria e Gerontologia, *Guanabara Koogan*, p. 624-634. Rio de Janeiro, 2002.

PAÚL, C. Envelhecimento ativo e redes de suporte social. *Revista da Faculdade de Letras do Porto.* p. 275-288, 2005.

PAULO, D.L.V e YASSUDA, M.S. Queixas de memória de idosos e sua relação com escolaridade, desempenho cognitivo e sintomas de depressão e ansiedade. *Revista de Psiquiatria Clínica*, v.37, n.1, São Paulo, 2010.

PASKULIN, L.M.G, VIANNA, L.A.C. Perfil sociodemográfico e condições de saúde auto-referidas de idosos de Porto Alegre. *Rev Saúde Pública*; v.41, n.5, p.757-68, 2007.

PAVARINI, S.C.I; VIANA, A.S; FERREIRA, A.P et al. *Protocolo de avaliação gerontológica: modulo idoso.*São Paulo, São Carlos: EduFSCar, 2012.

PEDROSO, B., PILATTI, L.A; GUTIERREZ, G.L e PICININ, C.T. Cálculo dos escores e estatística descritiva do WHOQOL-bref através do Microsoft Excel. *Revista Brasileira de qualidade de vida*, v.2, n.1, p. 31-36, 2010.

PEREIRA, I.C., ABREU, F.M.C.A., VITORETI, A.V.C., LÍBERO, G.A. Perfil da autonomia funcional em idosos institucionalizados na cidade de Barbacena. *Fitness & Performance Journal*, v.2, n.5, p.285-288, 2003.

PODSIADLO, D.; RICHARDSON, S. The timed "Up and Go": a test of basic functional mobility for frail elderly persons. *Journal of the American Geriatrics Society*, v.39, p.142-148, 1991.

POLLO, S.H.L., e DE ASSIS, M. Instituições de longa permanência para idosos – ILPIS: desafios e alternativas no município do Rio de Janeiro. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia,* v.11, n.1, p.29-49. Rio de Janeiro, 2008.

RIBAS, R.T.B., PEREIRA, R.B., GUIDACE, N., ALEXANDRE, T.S. Perfil de idosos atendidos pela fisioterapia em instituições de lona permanência em Pindamonhangaba – SP. *UNOPAR Cientifica Ciências Biológicas da Saúde,* v.14, n.1, p.9-16, 2012.

RODRIGUES, A.G. Habilidades comunicativas e a rede social de apoio de idosos institucionalizados. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2010.

ROSA, T.E.C.; BENÍCIO, M.H.D; LATORRE, M.R.D.O.; RAMOS, L.R. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Revista de Saúde Pública,* v.37, n.1. São Paulo, 2003.

SANTOS, R.L., VIRTUOSO JR.; J.S. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Atividades Instrumentais da Vida Diária. *RBPS,* v. 21, n.4, p. 290-296, 2008.

SIQUEIRA, M.M.M; Construção e validação da escala de percepção de suporte social. *Psicologia em Estudo,* v.13, n.2, p.381-388. Maringá, 2008.

SLUZKI, C.E. De como a rede social afeta a saúde do indivíduo e a saúde do indivíduo afeta a rede social. In: SLUZKI, C.E. (Org.) A rede social na prática sistêmica: alternativas terapêuticas. São Paulo: Casa do Psicólogo, p. 67-85, 2001.

TEIXEIRA, D.C., OLIVEIRA, I.L; DIAS, R.C. Perfil demográfico, clínico e funcional de idosos institucionalizados com história de quedas. *Fisioterapia em movimento,* v.19, n.2, p.101-108. Curitiba, 2006.

VALLA, V.V. Redes sociais, poder e saúde à luz das classes populares na conjuntura de crise. *Interface- Comunicação e Saúde,* v. 4, n.7, p.37-56, 2000.

VIEIRA, C.S; Atividades/ Interação dos idosos institucionalizados com a comunidade. Universidade Fernando Pessoa. Ponte Lima, 2015.

VITORINO, L.M., PASKULIN, L.M.G., VIANA, L.A.C. Qualidade de vida de idosos em instituições de longa permanência. *Revista Latino-Americana de Enfermagem,* v. 20, n.6, p.1186-1195, 2012.

ANEXO

Anexo A – Avaliação Gerontológica Ampla

1.IDENTIFICAÇÃO

Nº:_____ Idade: _____ Sexo: Fem [ ] Masc [ ]

Escolaridade:	**Situação conjugal:**	**Renda:**
Analfabeto [ ] 1-4 anos [ ] 5-8 anos [ ] >8 [ ]	Casado ou união consensual [ ] Desquitado/ separado judic/ [ ] Divorciado [ ] Viúvo [ ] Solteiro [ ] Separado [ ]	Aposentadoria [ ] Pensão [ ] Mesada dos filhos [ ] Outras:_____
Religião:	**Atividades Sociais:**	**Tempo na ILPI:**
Católica [ ] Evangélica [ ] Espírita [ ] Budista [ ] Outra [ ]	Sim [ ] Não [ ] Quais? _____ _____ _____	Menos de 1 ano [ ] Mais de 1 ano [ ]

2. AVALIAÇÃO FUNCIONAL

"TIMED UP AND GO" (TUG)

O(a) sr.(a) sofreu alguma queda no ultimo ano?

a) Não

b) Sim, porém sem traumatismo

c) Sim, com trauma

d) Sim, com fratura

e) Não sei

f) Não respondeu

Teste cronometrado de levantar-se e ir- Cronometrar o tempo para o idoso realizar a seguinte tarefa: levantar-se de uma cadeira (a partir da posição encostada), andar 3 metros até um demarcador no solo, girar e voltar andando no mesmo percurso, sentando-se novamente com as costas apoiadas no encosto da cadeira.

Tempo:

Após o teste ser realizado, o entrevistador responde às questões:

1) Durante o teste, o idoso precisou utilizar:

a) bengala

b) andador

c) muletas

d) outro_____

e) nenhum auxílio

2) Se o idoso não realizou o teste, qual o motivo?

a) É acamado

b) não pode andar

c) negou-se a realizar o teste

d) não entendeu o teste

e) não conseguiu realizar o teste

f) outro_____

PODSIADLO, D.; RICHARDSON, S. The timed "Up and Go": a test of basic functional mobility for frail elderly persons. *Journal of the American Geriatrics Society*, v.39, p.142-148, 1991.

ÍNDICE DE BARTHEL

CATEGORIA	PONTUAÇÃO	DESCRIÇÃO
Alimentação	10	Independente- capaz de realizar qualquer talher. Come em tempo razoável.
	5	Ajuda- necessita de ajuda para cortar, passar manteiga.
	0	Dependente.
Banho	5	Independente- lava-se por completo em ducha ou banho de imersão, usa esponja por todo corpo. Entra na banheira e sai dela. Pode fazer tudo sem ajuda de outra pessoa.
	0	Dependente.
Vestuário	10	Independente – veste-se, despe-se e arruma a roupa. Amarra os sapatos. Coloca a cinta para hérnia ou corpete, se necessário.
	5	Ajuda- necessita de ajuda, mas realiza, pelo menos, metade das tarefas em tempo razoável.
	0	Dependente.
Higiene Pessoal	5	Independente- lava o rosto, as mãos, escova os dentes, etc. Barbeia-se e utiliza sem problemas a tomada, no caso de aparelho elétrico.
	0	Dependente.
Eliminações intestinais	10	Continente – não apresenta episódios de incontinência. Se não necessário enemas e supositórios, coloca-os por si só.
	5	Incontinente ocasional- apresenta episódios ocasionais de incontinência ou necessita de ajuda apara aplicação de enemas e supositórios.
	0	Dependente.
Eliminações Vesicais	10	Continente – não apresenta episódios de continência. Quando faz uso de sonda, toma suas próprias providencias.
	5	Incontinente Ocasional- apresenta episódios de incontinência ou necessita de ajuda para o uso de sonda ou outro dispositivo.
	0	Dependente.
Uso do vaso	10	Independente- usa o vaso sanitário ou urinol. Senta-se e

sanitário		levanta-se com ajuda (com ou sem barras de apoio). Limpa-se e veste-se sem ajuda.
	5	Ajuda- necessita de ajuda para manter o equilíbrio, limpar-se e vestir a roupa.
	0	Dependente.
Passagem cadeira- cama	15	Independente- não necessita de nenhuma ajuda. Se utiliza cadeira de rodas, faz independentemente.
	10	Ajuda mínima- necessita de ajuda ou supervisão mínima.
	5	Grande ajuda- é capaz de sentar-se, mas necessita de supervisão total para a passagem.
	0	Dependente.
Deambulação	15	Independente- pode caminhar sem ajuda por até 50 metros, embora utilize bengala, muleta, prótese ou andador.
	10	Ajuda- pode caminhar até 50 metros, mas necessita de ajuda ou supervisão.
	5	Independente em cadeira de rodas- movimenta-se na cadeira de rodas por pelo menos 50 metros.
	0	Dependente.
Escadas	10	Independente- é capaz de subir ou descer escadas sem ajuda ou supervisão, embora necessite de dispositivo como muleta ou bengala, ou se apoie no corrimão.
	5	Ajuda- necessita de ajuda física ou de supervisão.
	0	Dependente.
Total		_____ pontos.

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

ESCALA DE LAWTON E BRODY

1. Em relação ao uso do telefone:	Recebe e faz ligações sem assistência Necessita de assistência para realizar ligações telefônicas Não tem o hábito ou é incapaz de usar o telefone	3 2 1
2. Em relação às viagens:	Realiza viagens sozinho Somente viaja quando tem companhia Não tem o hábito ou é incapaz de viajar	3 2 1
3. Em relação à realização de compras:	Realiza compras, quando é fornecido o transporte Somente faz compra quando tem companhia Não tem o hábito ou é incapaz de realizar compras	3 2 1
4. Em relação ao preparo de refeições:	Planeja e cozinha as refeições completas Prepara somente refeições pequenas ou quando recebe ajuda Não tem o hábito ou é incapaz de preparar refeições	3 2 1
5. Em relação ao trabalho doméstico:	Realiza tarefas pesadas Realiza tarefas leves, necessitando de ajuda nas pesadas Não tem o hábito ou é incapaz de preparar refeições	3 2 1
6. Em relação ao uso de medicamento:	Faz uso de medicamentos sem assistência Necessita de lembretes ou de assistência É incapaz de controlar sozinho o uso de medicamentos	3 2 1
7. Em relação ao manuseio do dinheiro:	Preenche cheque e paga as contas sem auxílio Necessita de assistência para o uso de cheque e contas Não tem o hábito de lidar com o dinheiro ou é incapaz de manusear o dinheiro e contas	3 2 1
	Total:	

Avaliação dos resultados:

- Dependência total = 7 pontos
- Dependência parcial = >7 e < 21pontos
- Independência = 21 pontos

SANTOS, R.L., VIRTUOSO JR.; J.S. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Atividades Instrumentais da Vida Diária. *RBPS*, v. 21, n.4, p. 290-296, 2008.

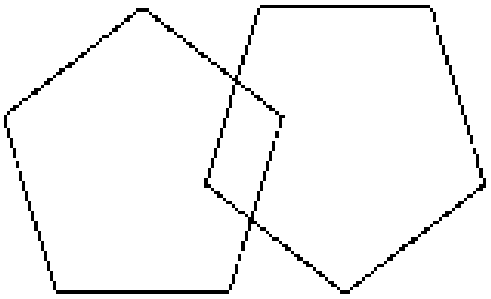
3- FUNÇÃO COGNITIVA

MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)		
Instruções: Agora vou lhe fazer algumas perguntas que exigem atenção e um pouco de sua memória. Por favor, tente se concentrar para respondê-las.		
ORIENTAÇÃO NO TEMPO	Certo	Errado
1. Que dia do mês é hoje?		
2. Em que mês estamos?		
3. Em que ano estamos?		
4. Em que dia da semana estamos?		
5. Que horas são agora aproximadamente? (correto= variação de + ou – 1 hora)		
ORIENTAÇÃO NO ESPAÇO		
6. Em que local nós estamos? (dormitório, sala, apontando para o chão, andar)		
5. Que local é esse aqui? (num sentido mais amplo para a casa, prédio)		
6. Em que bairro nós estamos? (parte da cidade ou rua próxima)		
7. Em que cidade nós estamos?		
8. Em que estado nós estamos?		
REGISTRO: Agora, preste atenção. Eu vou dizer três palavras e o (a) Sr (a) vai repeti-las quando eu terminar. Memorize-as, pois eu vou perguntar por elas, novamente, dentro de alguns minutos. Certo? As palavras são **CARRO** (pausa), **VASO** (pausa), **TIJOLO** (pausa). Agora repita as palavras pra mim (permita 5 tentativas, mas pontue apenas a primeira.		
9. CARRO		
10. VASO		
11. TILOJO		
ATENÇÃO E CÁLCULO: Agora eu gostaria que o (a) Sr (a) me dissesse quanto é:		
12. 100-7		
13. 93-7		
14. 86-7		
15. 79-7		
16. 72-7		
MEMÓRIA DE EVOCAÇÃO: O (a) senhor (a) consegue se lembrar das 3 palavras que lhe pedi que repetisse agora há pouco? (Correto= única tentativa sem dicas; repetição das 3 palavras em qualquer ordem).		
17. CARRO		
18. VASO		
19. TILOJO		
LINGUAGEM: [Aponte a caneta e o relógio e pergunte o que é isto?]		
22. CANETA		
23. RELÓGIO		
24. Preste atenção: vou lhe dizer uma frase e quero que repita depois de mim: **NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ.** (Correto= repetição perfeita, sem dicas)		
Agora pegue esse papel com a mão direita. Dobre-o ao meio e coloque-o ao chão.		
25. PEGAR COM A MÃO DIREITA		
26. DOBRAR AO MEIO		
27. JOGAR NO CHÃO		
28. Vou lhe mostrar uma folha onde está escrita uma frase. Gostaria que **fizesse** o que está escrito. (FECHE OS OLHOS).		

29. Gostaria que o (a) senhor (a) escrevesse uma frase da sua escolha, qualquer uma, não precisa ser grande. (Se o idoso não compreender, ajude-o dizendo alguma frase que tenha começo, meio e fim, alguma coisa que aconteceu hoje ou alguma coisa que queira dizer). Não são considerados para pontuação, erros gramaticais ou ortográficos.		
30. Vou lhe mostrar um desenho e gostaria que o (a) senhor (a) copiasse, da melhor forma possível. (Considere como acerto apenas se houver 2 pentágonos interseccionados com 10 ângulos formando uma figura de 4 lados ou com 4 ângulos).		
TOTAL- INICIAL: DATA: _____/_____/_____		

FRASE:_____

DESENHO:



BRUCKI, S.M.D. et al. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. *Arq. Neuro-Psiquiatri*., v.61, n. 3B, p.777-781, 2003.

ANEXO B – WHOQOL-BREF

Instruções

Esse questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e ouras áreas de sua vida. **Por favor, responda a todas as questões**. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes poderá ser sua primeira escolha. Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule o número que mais lhe parecer a melhor resposta.

		Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	Boa	Muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem insa-tisfeito nem satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
2	Quão satisfeito (a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre o quanto você tem sentido algumas coisas nas ultimas duas semanas.

		Nada	Pouco	Mais ou menos	Bastante	Extrema-mente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede de fazer o que você precisa.	1	2	3	4	5

		Nada	Pouco	Mais ou menos	Bastante	Extrema-mente
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer coisas certas nestas últimas duas semanas.

		Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completa-mente
10	Você tem energia suficiente para o seu dia a dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5

		Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completa-mente
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia a dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem bom	Bom	Muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfei-to nem insatisfeito	Satisfeito	Muito sa-tisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar atividades do seu dia a dia?	1	2	3	4	5

		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satis-feito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito sa-tisfeito
18	Quão satisfeito (a) você está com a capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5

		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
19	Quão satisfeito (a) você esta consigo mesmo (a)?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito (a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito (a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito (a) você esta com o apoio que recebe dos seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito (a) você está com as condições do local onde você mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito (a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito (a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		Nunca	Algumas vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	Sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

ANEXO C – SUPORTE SOCIAL

I- O SENHOR (A) RECEBE VISITAS?

1( )Sim. Quem?_____ 2( )Não

II- O SENHOR (A) TEM AMIGOS OU ALGUÉM EM QUE CONFIA, NA INSTITUIÇÃO ONDE MORA?

1( )Sim. Quem?_____ 2( )Não

III- QUAIS AS PESSOAS QUE O (A) VISITAM FREQUENTEMENTE?

1( )Filhos 3( )Irmãos 5( )Ninguém

2( )Esposo 4( )Amigos 6( )Outros:_____

IV- A QUEM O (A) SENHOR (A) RECORRERIA SE PRECISSASSE DE AJUDA FINANCEIRA.

1( )Filhos 3( )Irmãos 5( )Ninguém

2( )Esposo 4( )Amigos 6( )Outros:_____

ANEXO D –

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

Prezado (a) Sr.(a), você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada **"Qualidade de vida e Perfil de saúde de idosos residentes em uma Instituição de Longa Permanência para idosos do Distrito Federal"** desenvolvido pela estudante de graduação Larissa Costa Barros, sob orientação da professora Carolina Becker Bueno de Abreu. A pesquisa visa avaliar a qualidade de vida e delinear o perfil de saúde dos idosos residentes há mais de três meses na instituição.

Serão fornecidos informações e esclarecimentos quanto ao desenvolvimento da pesquisa antes e durante o curso da mesma. Informamos que poderá se recusar a responder as questões que lhe tragam constrangimento, podendo se negar a responder e/ou deixar de participar da pesquisa a qualquer momento, sem que haja penalidades. Não haverá custos nem forma de pagamento pela participação no estudo.

A sua participação se dará por meio de responder a perguntas relacionadas à saúde e qualidade de vida e também realizar um pequeno teste para verificar sua locomoção. A fim de garantir sua privacidade, seu nome não será revelado. Haverá a utilização de dados do prontuário. A coleta de dados poderá apresentar riscos como, por exemplo, desconforto e cansaço e, nesse caso, haverá a interrupção do questionário e será dada a continuidade do mesmo em outro momento. Haverá a garantia de indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa. Haverá ressarcimento por todas as despesas que venham a ter com a participação nesse estudo, sendo garantida a existência de recurso. Os benefícios esperados pela pesquisa são conhecer melhor o perfil dos idosos atendidos na instituição, bem como suas necessidades de modo a trazer informações uteis para a gestão do serviço e melhora da qualidade de vida dos idosos. Os resultados da pesquisa serão divulgados na UnB.

Se o (a) Senhor (a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor, telefone para: Dr(a). Carolina Becker de Abreu, na instituição Universidade de Brasília – Faculdade de Ceilândia, telefone: (61) 99907-4448, com a possibilidade de telefonemas a cobrar.

Este projeto foi submetido pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: (61) 3107-1947, com horário de funcionamento de segunda a sexta de 10h às 12h e de 13h30min às 15h30min, ou do e-mail cepfs@unb.br.

Pedimos sua assinatura nesse consentimento, para a confirmação de sua compreensão em relação ao convite, e a sua disposição a colaborar na realização do estudo. Serão duas vias uma para (a) senhor (a) e outro para o pesquisador.

_____ _____

Participante da Pesquisa Representante Legal

_____

Pesquisador Responsável

Brasília, ___ de _____de _____

Associação São Vicente de Paulo

Lar dos Velhinhos

Associação São Vicente de Paulo – Lar dos Velhinhos

CNPJ 17.507.708/0002-17

Área Especial 10, Setor "D" sul.

72020-000 Taguatinga Sul-DF Fone: (61) 3352-6202

www.lardosvelhinhosdf.blogspot.com / asvpbh@gmail.com

TERMO DE CONCORDÂNCIA DE INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE

Eu,_____ diretor (a) da instituição Associação São Vicente de Paulo - Lar dos Velhinhos, concordo com a realização, nas dependências da entidade, do projeto de pesquisa **"Qualidade de vida e Perfil de saúde de idosos residentes em uma Instituição de Longa Permanência do Distrito Federal"**, de responsabilidade da pesquisadora Carolina Becker Bueno de Abreu, para avaliar a qualidade de vida e delinear o perfil de saúde dos idosos residentes na Instituição de Longa Permanência para Idosos, a partir da aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, como instituição proponente do projeto de pesquisa. De acordo com a pesquisadora, o estudo envolve a aplicação de questionários e avaliações em residentes da instituição e tem duração de cinco meses, com previsão de início para agosto/2016.

Brasília, ___de _____de 2016.

Diretor responsável da Instituição:

_____

Nome/Assinatura/Carimbo

Chefia responsável pela Instituição:

_____

Nome/Assinatura/Carimbo

Pesquisador Responsável pelo protocolo de pesquisa:

_____

Nome/ Assinatura