

*CAPACIDADE FUNCIONAL DE IDOSOS  
ACOLHIDOS EM INSTITUIÇÕES DE LONGA  
PERMANÊNCIA DA REDE PÚBLICA  
EM UMA CAPITAL DA REGIÃO NORTE*

Tatiane Bahia do Vale Silva<sup>1</sup>  
Celina Maria Colino Magalhães<sup>2</sup>  
Daniela Cristina Carvalho de Abreu<sup>3</sup>

resumo

As Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) são alternativas emergentes de cuidados não familiares. Este estudo analisou o perfil sociodemográfico e de saúde e a capacidade funcional de idosos em situação de acolhimento institucional em Belém, Pará. Trata-se de um estudo descritivo, transversal e quantitativo. Participaram 73

---

1 Graduada em Fisioterapia. Mestre em Teoria e Pesquisa do Comportamento Humano (UFPA). Fisioterapeuta da Secretaria Municipal de Saúde (SESMA) de Belém, Pará, vinculada à Unidade Municipal de Saúde da Marambaia e ao Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) Guamá. E-mail: tatiane\_bahiaft@yahoo.com.br

2 Graduada em Psicologia. Doutora em Psicologia Experimental. Professora Associada IV da Universidade Federal do Pará (UFPA) vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento. E-mail: celinaufpa@gmail.com

3 Graduada em Fisioterapia. Doutora em Cirurgia pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) e Pós-Doutorado em Neurologia pela UNICAMP. Professora Associada da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP) vinculada ao Departamento de Biomecânica, Medicina e Reabilitação do Aparelho Locomotor. E-mail: dabreu@fmrp.usp.br

idosos de duas instituições públicas avaliados pelos Mini Exame do Estado Mental (MEEM), Índice de Katz e de Lawton e, nos casos de presença de declínio cognitivo, foi utilizada a escala de Avaliação da Incapacidade Funcional para Demência (DAD). Observou-se o predomínio do sexo feminino (53%) e de idosos solteiros com idade de 60 a 99 anos. A hipertensão arterial sistêmica (HAS) foi a doença mais prevalente (45,3%). No grupo sem declínio cognitivo, em relação à capacidade funcional, constatou-se o predomínio de idosos independentes para as Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD) e dependentes moderados para as Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) e, no grupo com comprometimento cognitivo, constatou-se menor predomínio de independentes para ABVD e alta prevalência de dependência severa para as AIVD. O estudo permitiu traçar um perfil recente dos idosos residentes em ILPI públicas em Belém. Os dados indicam semelhanças com o restante do país em relação ao maior número de mulheres e à maior prevalência de doenças crônico-degenerativas que cooperam para a incapacidade funcional. Salienta-se a necessidade de implementação de medidas preventivas e de reabilitação para a manutenção ou melhora da capacidade funcional por meio da operacionalização de políticas públicas e da atuação multiprofissional.

#### palavras-chave

Idosos. Institucionalização. Instituições de Longa Permanência para Idosos. Capacidade Funcional.

## 1 Introdução

A capacidade funcional (ou status funcional) e a habilidade física e mental para manter uma vida independente e autônoma são marcadores importantes do envelhecimento saudável e sua manutenção depende da multiplicidade dos fatores sociais, físicos, ambientais e psicológicos (GORDILHO et al., 2000). Assim, relacionam-se a fatores como independência, capacidade de realizar funções sem supervisão, direção ou ajuda, autonomia e capacidade de decisão e de comando (FUNES; DONALD; PAYETTE, 2006). Portanto, a interação entre saúde física e mental é necessária para a independência na realização das Atividades de Vida Diária (AVD) e integrada ao contexto socioambiental com a competência de executar suas próprias intenções (VERAS, 2003; FREITAS; PY, 2011; RAMOS, 2011). Neste contexto, o conceito de capacidade ou incapacidade

funcional é utilizado na prática clínica para definir as variações das habilidades que os idosos apresentam para decidir e atuar em suas vidas de forma independente e autônoma no seu cotidiano (FREITAS; PY, 2011).

O envelhecimento populacional é reconhecido como um fenômeno universal e irreversível em crescente destaque nas pesquisas científicas, pois necessita de atenção especial diante das demandas que propulsionam ações quanto às políticas públicas para acompanhar esse processo (VERAS, 2003; GORZONI; JACOB FILHO, 2008). O Brasil encontra-se em franco processo de envelhecimento há trinta anos, transformação que ocorreu de forma muito mais rápida e explosiva do que nos países europeus e é acompanhada de mudanças no perfil de morbidade e mortalidade da população, que, ao envelhecer, faz aumentar a prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) (RAMOS, 2011; WHO, 2012).

Com isso, o Brasil, em um período de curto tempo, saiu de um paradigma de saúde pública em que a população de risco era infantil e as doenças, em sua maioria, eram infecciosas, com métodos diagnósticos simples e pouco onerosos, em que as doenças eram passíveis de prevenção por vacinas e cura por tratamentos eficazes e curtos ou, na insuficiência destes, adivinha a morte precoce. O país, então, adentrou em um novo paradigma, no qual a população de risco é senescente e as doenças são crônicas, não transmissíveis e progressivas como as cardiovasculares e neurológicas, contam com métodos diagnósticos sofisticados e caros, prevenção ainda incipiente e, na maioria das vezes, estas doenças requerem tratamentos de longa duração e que, se não forem otimizadas, podem resultar em incapacidades, dependência na vida diária e perda de autonomia que propulsionam a hospitalização e a institucionalização do idoso (RAMOS; 2003; 2011).

Para a minimização desse quadro evolutivo das DCNT, a manutenção da capacidade funcional torna-se relevante na velhice e depende não apenas de fatores biológicos, mas também dos psicológicos. Assim, inúmeros eventos como a perda de um ente querido, dificuldades financeiras ou doenças podem, juntos ou isoladamente, comprometer a capacidade funcional. (RAMOS, 2011; KHOURY; GÜNTHER, 2009).

A compreensão da capacidade funcional em geriatria e gerontologia, ramos que compõem a ciência do envelhecimento, deve pautar-se na avaliação da maior parte das habilidades funcionais, as quais são divididas pela literatura e pela prática clínica em duas categorias: as Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD) e as Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD). As ABVD são relacionadas às ações básicas do cotidiano de autocuidado como se alimentar, tomar banho ou ir ao banheiro, vestir-se, usar o sanitário, deitar e se levantar,

enquanto as AIVD são relacionadas às atividades que permitem adaptação das pessoas ao ambiente e manutenção das relações com a comunidade e seu entorno, funções de maior complexidade que envolvem habilidades mais seletivas, controladas e harmônicas como usar o transporte, manejar as finanças, fazer compras, lavar, cozinhar, tomar remédio, preparar refeições etc., sendo relacionadas à participação dos idosos em seu entorno social (SHIGUEMOTO, 2007; ALVES; LEITE; MACHADO, 2008). No tocante, quanto maior o número de dificuldades que uma pessoa tem com as ABVD, mais severa é a sua incapacidade (PERRACINI; FLÓ; GUERRA, 2011).

Assim, no Brasil, o processo de envelhecimento da população, embora resultante dos avanços nas áreas médicas e de saúde pública, traz desafios para a sociedade, a qual terá que se adaptar para acompanhar e prover a melhora do estado de saúde, em especial à funcionalidade, além de garantir a participação social e a seguridade (LEBRÃO, 2007; GORZONI; JACOB FILHO, 2008). O aumento da longevidade em nosso país tem trazido diversas questões para a gestão das políticas públicas devido à mudança nas redes familiares e domésticas para o cuidado de idosos, em especial de idosos dependentes funcionalmente, o que impõe a necessidade de estabelecer mecanismos sociais para efetuar as transferências institucionais do cuidado e, dentre estas questões, discute-se o aumento da demanda por Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) (LEBRÃO, 2007; POLLO; ASSIS, 2008). Na impossibilidade familiar, física e/ou financeira de assistir aos idosos com dependência em seus próprios domicílios, a internação em ILPI assume especial relevância enquanto recurso para o cuidado deste público (PIRES, 2008; WHO, 2012).

Na normatização das ILPI definida pela Resolução da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (RDC/ANVISA) nº 283, de 26 de setembro de 2005, estas instituições podem ser governamentais ou não, de caráter residencial coletivo, com condições que permitam liberdade, dignidade e cidadania a pessoas a partir de 60 anos de idade, sendo indicadas a idosos dependentes ou independentes que tenham ou não suporte familiar (BRASIL, 2005). Tais instituições devem promover a qualidade de vida do idoso e para isto, o serviço deve levar em consideração os níveis de dependência e do estado mental do idoso para garantir sua funcionalidade (GORZONI; JACOB FILHO, 2008; PIRES, 2008; WHO, 2012).

Os dados estatísticos sobre a quantidade de ILPI disponíveis nos países em desenvolvimento como o Brasil são ainda mínimos em virtude do fato de muitas ainda funcionarem irregularmente (PIRES, 2008). Segundo o estudo de Caramano e Kanso (2010) de caráter censitário em todas as regiões do Brasil abrangendo 92,9% das ILPI, a maioria das instituições é de natureza filantrópica

(65,2%) e apenas 6,6% são públicas, com predominância das municipais, o que corresponde a 218 instituições. Ainda nas ILPI pesquisadas, residem cerca de 100 mil pessoas, das quais 84 mil são idosas, o que representa menos de 1% da população idosa brasileira.

Porém, a institucionalização de idosos tende a crescer com o envelhecimento populacional. Mesmo nos países desenvolvidos como Canadá e Estados Unidos, onde a institucionalização de idosos abaixo de 85 anos diminuiu, as internações de pessoas a partir de 85 anos aumentaram em decorrência da necessidade de cuidados e dependência funcional (BORN, 2002). Nos países como o Brasil, com extrema desigualdade socioeconômica e diversidade cultural, o atendimento assume características diferenciadas. No Sul e no Sudeste, considerando aqueles com poder aquisitivo maior, a institucionalização tende a ser similar à dos países desenvolvidos. Porém, muitos idosos são institucionalizados por doenças crônico-degenerativas e dificuldades geradas pela falta da família ou impossibilidade desta para mantê-los, além de conflitos familiares que resultam na procura da família ou do próprio idoso pela institucionalização. De outra parte, muitas famílias não conseguem manter o idoso dependente em casa porque o cuidado se torna difícil e desgastante física e emocionalmente (POLLO; ASSIS, 2007; CAMARANO; KANSO, 2010).

Diante da realidade da expansão da população idosa, associada a modificações no modo de vida familiar da sociedade atual com o aumento da procura por acolhimento em ILPI, torna-se importante investigar a capacidade funcional de idosos institucionalizados a fim de favorecer o planejamento, a execução e a avaliação das ações de prevenção, manutenção e recuperação da saúde funcional de idosos em situação de acolhimento institucional. Logo, este estudo tem por objetivo traçar o perfil sociodemográfico e de saúde e a capacidade funcional de idosos em situação de acolhimento institucional em Belém, Pará.

## 2 Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo, transversal e de abordagem quantitativa submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Núcleo de Medicina Tropical/UFPa (Parecer 139.375). As duas instituições públicas da cidade de Belém, Pará incluídas neste estudo e geridas pela Secretaria de Estado de Assistência Social (SEAS) abrigavam 113 residentes, deste que foram incluídos os indivíduos acima de 60 anos de ambos os sexos com qualquer condição clínica e que não estivessem com severo déficit cognitivo que impossibilitasse a comunicação verbal ou não verbal para a aplicação do instrumento de avaliação cognitiva. Foram consideradas as perdas resultantes daqueles que se opuseram

a participar do estudo e de óbitos no período vigente da pesquisa. Assim, a amostra final foi de 73 idosos e 12 cuidadores das instituições como informantes secundários nos casos de idosos com déficit cognitivo de leve a moderado.

Inicialmente, foi utilizado um questionário para a coleta dos dados socio-demográficos e de saúde preenchido a partir dos prontuários, sendo que os itens referentes à autoavaliação de saúde foram completados em entrevista com os idosos.

Para o rastreamento do estado cognitivo, utilizou-se o Mini Exame do Estado Mental (MEEM) em virtude da baixa escolaridade da população estudada e optou-se por adotar os seguintes pontos de corte propostos por Bertolucci et al. (1994): de 13 para analfabetos, 18 para até oito anos de escolaridade e 26 para mais de oito anos de escolaridade. A partir da resposta deste instrumento, os idosos sem declínio cognitivo foram avaliados pelos Índices de Katz e de Lawton, que avaliam o desempenho funcional do idoso nas ABVD e nas AIVD, respectivamente (KATZ et al., 1963; LINO et al., 2008; LAWTON; BRODY, 1969; SANTOS; VIRTUOSO, 2008). Nos casos de declínio cognitivo e pós-rastreamento pelo MEEM com os pontos de corte acima citados, utilizou-se escala de Avaliação da Incapacidade Funcional para Demência (DAD), escala desenvolvida por Gauthier e Gélinas (1994) que avalia as ABVD e AIVD a partir de entrevista com o cuidador sobre as tarefas executadas pelos idosos (CARTHERY-GOULART et al., 2007).

Após a avaliação, as informações obtidas foram reunidas em um banco de dados e foi realizada uma análise quantitativa dos mesmos por meio do programa Microsoft Office Excel 2010, havendo a formulação de tabelas com dados percentuais. A análise descritiva foi realizada por meio dos Softwares SPSS 17.0 (Statistical Package for the Social Sciences. SPSS Statistics Vase, version 17.0, Chicago; 2008) e, através do software Bioestat 5.0 (Aplicações estatísticas nas de Ayres et al. 2007), foi realizada a aplicação dos testes estatísticos G de independência e qui-quadrado de aderência com nível de significância de 0,05.

### 3 Resultados e discussão

Os idosos avaliados nas ILPI públicas de Belém, como apresentado na Tabela 1, são, em sua maioria, do sexo feminino, característica que aponta semelhança com o restante do país nas pesquisas de perfil social e demográfico de idosos em ILPI realizadas no Nordeste, nas capitais de Recife, Pernambuco e Natal, Rio Grande do Norte (DANTAS, 2010; DAVIM et al., 2004); no Sudeste, em quatro cidades do estado de São Paulo (ARAÚJO; CEOLIM, 2007; CONVERSO; LARTTELLI, 2007; PELEGRIN et al., 2008); no Centro Oeste, em Brasília, Distrito Federal e Goiânia, Goiás (ARAÚJO et al., 2008; DANILOW

et al., 2007) e no Sul, no Rio Grande do Sul e em Santa Catarina (TERRA et al., 2009; BUSATO JUNIOR; MENDES, 2007), em que houve o predomínio do sexo feminino compondo mais da metade das amostras.

Tabela 1 - Distribuição dos idosos em situação de acolhimento institucional em Belém do Pará (2013) de acordo com as variáveis sociodemográficas.

Variáveis	Categoria	N	%
Sexo	Feminino	40	54,8
	Masculino	33	45,2
Estado Civil	Casado	5	6,8
	Divorciado	5	6,8
	Solteiro	51	69,9
	Viúvo	12	16,4
Faixa Etária (em anos)	60 a 69 ("idosos jovens")	26	35,6
	70 a 80 (Idoso)	24	32,9
	Acima de 80 (Idoso longo)	23	31,5
Escolaridade	Analfabeto	29	39,7
	Ensino fundamental	37	50,7
	Ensino médio	7	9,6
Procedência anterior ao acolhimento	Rua	18	24,1
	Instituições	11	15,1
	Casa de familiares	13	17,8
	Casa alugada	12	16,4
	Casa de amigos	10	13,7
	Casa própria	9	12,3
Com quem vivia	Sozinho	33	45,2
	Família extensa	15	20,5
	Amigos	12	16,4
	Instituição	8	11,0
	Família nuclear	5	6,8

Nota: N = número de idosos, % = percentual; \* Estrangeiros = idosos naturais de Angola e Portugal.

Entretanto, difere dos resultados encontrados, em um estudo de levantamento realizado na própria Região Norte e coordenado por Camarano (2007), que, nos estados do Acre, Amapá, Amazonas, Rondônia, Roraima, Tocantins, a proporção de homens em ILPI é maior e se deve a um reflexo da própria constituição da população da região. A particularidade de maior proporção de homens no total da população idosa na maioria de seus estados é oriunda da migração procedente de várias partes do país em direção à região Norte no período de 1950-1970, sendo tipicamente masculina no período dos grandes projetos, de construção de grandes rodovias, colonização e da expansão de atividades do garimpo. Provavelmente, os homens que vieram não constituíram vínculos familiares ou romperam os laços familiares do local de origem e, diante das dificuldades do envelhecer sozinho, procuraram as ILPI. Adicionalmente, este autor destaca que o Pará diferencia-se na região e que este estado concentra o maior contingente de idosos em acolhimento institucional na região Norte, sendo de 40%.

No que se refere a estado civil, percebe-se, assim como apontado na literatura, o maior número de solteiros, seguidos de viúvos, corroborando os achados de Dantas (2010) nas ILPI de Recife, o que se associa à ausência de familiares e à rede de suporte social na velhice. Corrobora ainda a descrição na literatura em que, tradicionalmente, o perfil de idosos residentes em ILPI se caracteriza por mulheres que viviam sozinhas, sem suporte social e que têm histórico de várias internações decorrentes de desconspensações das DCNT (PIRES, 2008). Ainda, há a questão das mulheres terem maior probabilidade de ficarem viúvas e, muitas vezes, em situação socioeconômica desfavorável (LLYOD-SHERLOCK, 2004; DAVIM et al., 2004).

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

A distribuição de acordo com a faixa etária se dá de forma diferente de outros estados brasileiros. Enquanto, neste estudo, a representação por idade demonstrou a maior concentração na faixa etária de idosos jovens e idosos até

80 anos nas ILPI investigadas, predomina a faixa etária de idosos longevos no restante do país, o que pode ser justificado pela análise de Camarano (2007) de que a população idosa na região Norte corresponde a 5,5% do total da população e esta proporção é inferior à média nacional (8,6%), apontando para um processo de envelhecimento mais recente.

A baixa escolaridade foi outro dado relevante no presente estudo. Pouco mais da metade dos idosos tinha apenas o ensino fundamental e houve um número significativo de analfabetos, contribuindo para um contexto de vulnerabilidade social caracterizada por aspectos culturais, sociais, psicológicos e econômicos que determinam as oportunidades de acesso a bens e serviços. Ainda, segundo Davim et al. (2004), níveis elevados de baixa escolaridade refletem a realidade de analfabetismo do idoso nos países em desenvolvimento como o Brasil, principalmente quando se trata desta faixa etária, pois esta vivenciou a infância em um período em que o ensino não era prioridade, especialmente no caso das mulheres.

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

No que se refere ao tempo de acolhimento, pode-se observar no presente estudo que há um maior número de idosos com até 5 anos de acolhimento (45,2%) ou 10 anos de acolhimento (23,3%). Houve diferença significativa entre os períodos de acolhimento (teste qui-quadrado de aderência,  $\alpha = 5\%$ ,  $p = 0,0001$ ), o que sugere longos períodos de acolhimento nas ILPI. O período de permanência assemelha-se aos idosos avaliados em Londrina, Paraná (MELLO; HADDAD; DELLAROZA, 2012). O tempo médio de acolhimento relacionado foi de 7,55 anos, variando do mínimo de 3 meses ao máximo de 29,6 anos, sendo superior ao encontrado no Distrito Federal (4,6 anos) e semelhante à média

encontrada em Passo Fundo, Rio Grande do Sul (7,99 anos) (DANILOW et al., 2007; GUEDES; SILVEIRA, 2004).

Os relatos de presença de doenças pelos idosos foram muito superiores aos de inexistência (87,7% e 12,3%, respectivamente), resultado semelhante ao de Aires, Paz e Perosa (2009) em Porto Alegre, em que 83,9% relatam uma doença e 34,6% apresentaram comorbidades, que são doenças que se sobrepõem e interferem no estado de saúde e capacidade funcional. Uma similaridade encontrada na análise dos prontuários do presente estudo é que todos os idosos eram portadores de, no mínimo, uma doença ou mais de uma doença associada, sendo que, analisadas individualmente, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) foi a doença mais prevalente, seguida por demência e, em menor contingente, as neoplasias. Após a aplicação do teste qui-quadrado de aderência ( $\alpha = 5\%$ ), verificou-se que há diferenças significativas e, portanto, pode-se inferir que a HAS tende a ser a doença mais frequente entre os idosos, seguida por demência, como visualizadas na tabela 2, e resultados semelhantes aos de Dantas (2010), em que a sequela de AVE, déficit visual, transtorno mental e demência foram as doenças que mais influenciaram na capacidade funcional ( $p \leq 0,05$ ).

Tabela 2 - Distribuição dos idosos em situação de acolhimento institucional em Belém do Pará (2013) de acordo com o grupo de patologias.

Patologias	n	% relativo ao total de idosos	p*
Hipertensão arterial sistêmica	28	38,4	0,0001 ( $\chi^2 = 97,831$ )
Demência	17	23,3	
Esquizofrenia	13	17,8	
Acidente vascular encefálico	12	16,4	
Diabetes mellitus	12	16,4	
Doenças reumáticas	9	12,3	
Deficiência visual	8	11	
Doenças cardíacas	6	8,2	
Deficiência física	7	9,6	
Depressão	3	4,1	

Continua...

Continuação

Doença pulmonar	4	5,5	0,0001 ( $\chi^2 = 97,831$ )
Etilismo	3	4,1	
Psicose	6	8,2	
Neoplasias	2	2,7	
Epilepsia	2	2,7	
Distúrbio neuromotor	7	9,6	
Obesidade	2	2,7	
Traumatismo crânio encefálico	1	1,4	
Total	141	-	
Total de idosos	73	-	

\* Teste qui-quadrado de aderência ( $\alpha = 5\%$ )

A Tabela 3 apresenta a distribuição dos idosos de acordo com os resultados dos instrumentos aplicados relacionados à capacidade funcional. Primeiramente, verifica-se que houve similaridade entre o número de idosos com e sem declínio cognitivo ( $p > 0,05$ ). Assemelhando-se ao declínio cognitivo de idosos avaliadas pelo MEEM em instituições de Curitiba, Paraná, por Lenardt et al. (2009), em Recife, Pernambuco por Dantas (2010), em Presidente Prudente, São Paulo, por Converso e Lartelli (2007) e em Ribeirão Preto, São Paulo, por Talmelli et al. (2010). Porém, difere dos estudos de avaliação cognitiva em Londrina, Paraná, que apresentam reduzidos casos de declínio cognitivo (MELLO; HADDAD; DELLAROZA, 2012).

Tabela 3 - Distribuição dos idosos em situação de acolhimento institucional em Belém do Pará (2013) de acordo com as variáveis relacionadas à capacidade funcional.

Instrumentos	Categorias	n	%	p*
MEMM	Com declínio cognitivo	38	52,1	0,8149 ( $\chi^2 = 0,121$ )
	Sem declínio cognitivo	35	47,9	

Continua...

## Continuação

KATZ	Dependência moderada	5	14,3	0,0001 ( $\chi^2 = 17,857$ )
	Independente	30	85,7	
LAWTON	Dependência moderada	30	85,7	0,0001 ( $\chi^2 = 43,257$ )
	Depressão total	2	5,7	
	Independente	3	8,6	
DAD (geral)	Dependência leve	1	2,6	0,0001 ( $\chi^2 = 18,023$ )
	Dependência moderada	22	57,9	
	Dependência total	15	39,5	
DAD (ABVD)	Dependência leve	10	26,3	0,9576 ( $\chi^2 = 0,316$ )
	Dependência moderada	10	26,3	
	Dependência total	10	26,3	
	Independente	8	21,1	
DAD (AMD)	Dependência leve	0	0,0	0,0001 ( $\chi^2 = 20,421$ )
	Dependência moderada	16	42,1	
	Dependência total	22	57,9	

n= número de idosos; p\*= valor de p, teste qui-quadrado de aderência ( $\alpha = 5\%$ );

Na avaliação das ABVD nos idosos sem declínio cognitivo, a partir dos resultados pelo índice de Katz, a grande maioria apresentou-se independente, o que pode ser justificado pelo fato de que, na progressão de doenças, as atividades de autocuidado são as últimas a serem comprometidas, principalmente a alimentação por ser uma atividade que não requer deslocamento e exige pouco desempenho motor, cognitivo e visual quando comparada a outras atividades mais complexas. A atividade pode ser realizada por idosos com diferentes sequelas (VIVIAN; ARGIMON, 2009; DANTAS, 2010), corroborando os resultados do estudo de Araújo e Ceolim (2007) em Taubaté, São Paulo, em que a maioria avaliada era considerada independente para o desempenho das atividades de vida diária. Porém, alerta-se para o fato de que na segunda fase do estudo desses autores, que incluía a reavaliação realizada após 5 meses,

houve declínio funcional e cognitivo em 19%, o que sugere a necessidade de adoção de práticas preventivas da capacidade funcional em ILPI.

Em relação à avaliação das AIVD nos sujeitos sem declínio cognitivo pelo Índice de Lawton, houve predomínio de dependência moderada, e a diferença entre os resultados mostrou-se significativa. Por serem atividades mais complexas, a literatura aponta a frequência de idosos dependentes nessas tarefas nas ILPI no Brasil, ainda que estas sejam marcadores do declínio da capacidade funcional, até que se instale a dependência total (DAVIM et al., 2004; ARAÚJO; CEOLIM, 2007; AIRES; PAZ; PEROSA, 2009; DANTAS, 2010).

Nos idosos com declínio cognitivo, as ABVD e AIVD foram avaliadas pela Escala DAD, tendo como resultados mais frequentes a dependência moderada na análise conjunta das atividades, que apresentou diferenças significativas ( $p=0,0002$ ). Ao se classificar por tipo de atividade nas ABVD, relacionadas às necessidades fundamentais de autocuidado, obtiveram-se níveis de dependência leve ou moderada sem diferenças significativas e, nas AIVD, encontrou-se com maior frequência a dependência total, ocorrendo diferença significativa. Talmelli et al. (2010) avaliaram idosos com déficit cognitivo no contexto de ILPI e observaram que o declínio cognitivo influenciou o desempenho na realização das habilidades funcionais, referindo-se ao conjunto das ABVD e AIVD e ocorrendo pior desempenho nas duas categorias ao comparar com idosos sem declínio cognitivo. Contudo, estas perdas se mostram menos intensas nas funções relacionadas à locomoção e ao autocuidado, fato também observado no presente estudo.

Mello, Haddad e Dellaroza (2012) ratificam estes achados ao demonstrarem em seus resultados que os idosos com déficit cognitivo avaliados pelo MEEM tiveram maior comprometimento no cumprimento das ABVD, fato observado ao comparar as porcentagens dos idosos avaliados neste estudo, em que notou-se que a porcentagem de totalmente dependentes para as AIVD avaliados pela DAD (com declínio cognitivo) foi superior aos avaliados pelo Índice de Lawton (sem declínio cognitivo). Da mesma forma, na avaliação das ABVD, houve maior porcentagem de independentes no grupo sem declínio quando comparada aos com declínio cognitivo.

Correlacionando-se sexo e tempo de acolhimento às variáveis de capacidade funcional, através do teste G de Independência ( $\alpha = 5\%$ ), verificou-se que não houve associação significativa de nenhuma das variáveis de capacidade funcional com o sexo ou o tempo ( $p > 0,05$ ).

No que se refere à associação sobre a presença autorreferida de doenças pelos idosos e às variáveis de capacidade funcional, verifica-se que não houve associação significativa dos resultados da maioria das variáveis ( $p > 0,05$ ), com exceção da DAD na separação por atividades analisadas e, nas ABVD, houve

associação significativa (0,0279), o que demonstra que a presença de doenças nos idosos com declínio cognitivo influenciou nos resultados das ABVD.

#### 4 Considerações finais

Os resultados encontrados nas duas instituições públicas da cidade mostraram algumas similaridades com o restante do país no que se refere à feminização da velhice e ao maior percentual de idosos solteiros ou viúvos que viviam nas ruas ou moravam sozinhos, sendo similar o número de idosos com e sem declínio cognitivo.

Houve maior prevalência das DCNT, dentre elas a maior incidência de HAS, o que coopera para a incapacidade funcional em virtude da progressão destas doenças. Em relação à capacidade funcional, foi verificado que a maioria dos idosos sem comprometimento cognitivo apresentou independência para as ABVD e dependência funcional moderada para as AIVD, já os idosos com declínio cognitivo obtiveram maiores índices de dependência nas ABVD, o que impõe a necessidade de mais cuidados a fim de estimular a melhora da capacidade funcional. As variáveis *sexo*, *tempo de acolhimento* e *doenças* não demonstraram associação com a funcionalidade, exceto para os idosos com declínio cognitivo avaliados pela escala DAD, em que a presença de doença influenciou nas chances de dependência nas ABVD.

Apesar dos instrumentos utilizados não serem de uma classe profissional específica, verifica-se a sua utilização ainda mais direcionada a pesquisas e não à prática clínica. Como são instrumentos de fácil aplicação, observa-se a necessidade de capacitação para a utilização destes na monitorização do estado funcional dos idosos a fim de facilitar a adequação dos cuidados às reais necessidades, o que se estende não somente aos profissionais de saúde das ILPI, mas também ao cuidador por este ser quem, de fato, passa mais tempo com os idosos e, por isso, ao ser capacitado para a avaliação, poderia informar sobre as primeiras percepções de declínio funcional ou cognitivo.

# FUNCTIONAL CAPACITY OF ELDERLY PEOPLE IN LONG-STAY INSTITUTIONS OF THE PUBLIC HEALTH NETWORK IN A CAPITAL CITY OF THE NORTHERN REGION

## abstract

The increase of elderly in need of institutional care has been a consequence of aging process and sociodemographic changes. Thus, the aim of this study was to analyze the demographic profile and functional capacity of elderly in residential care situation in Belém, Pará, Brazil. It consists of a descriptive, cross-sectional and quantitative study. Seventy-three institutionalized elderly individuals of two public institutional care residences were evaluated through Mini Mental State Examination (MMSE), Katz Index and Lawton and in the presence of cognitive decline, the scale of the Disability Assessment for Dementia (DAD) was used. The results show the predominance of elderly women (53 %) and single, aged between 60 and 99 years. The most prevalent disease was arterial hypertension (45.3%). Through the cognition and functional capacity assessments, in the group without cognitive impairment, the results have observed the prevalence of independence for the execution of Basic Activities of Daily Living (BADL) and moderate dependent for the execution of Instrumental Activities Daily Living (IADL). In the group with cognitive decline, a low prevalence of independence for BADL and a high prevalence of severe dependence for IADL were observed. The study allowed us to outline the profile about elderly living in public ILPI in Belém. Data indicate similarity to the other regions in Brazil, as the greater number of women and higher prevalence of chronic diseases that cooperate to functional disability. The results show the need of implementations of preventive care or rehabilitation in order to improve or maintain the elderly functional capacity in the institutional context, through the operation of public policies and multidisciplinary approach.

## keywords

Elderly. Institutionalization. Long-Term Care Facilities for the Elderly. Functional Capacity.

## referências

- AIRES, Marinês; PAZ, Adriana Aparecida; PEROSA, Cleci Terezinha. Situação de saúde e grau de independência de pessoas idosas institucionalizadas. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 30, n. 3, p. 492-499, set. 2009. Disponível em: <<http://www.seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/viewFile/8239/6996>>. Acesso em: 1 maio 2013.
- ALVES, Luciana Correia; LEITE, Íluri da Costa; MACHADO, Carla Jorge. Conceituando e mensurando a incapacidade funcional da população idosa: uma revisão de literatura. *Ciências e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 1199-1207, jul. 2008.
- ARAÚJO, Maria Odete Pereira Haidalo de; CEOLIM, Maria Filomena. Avaliação do grau de independência de idosos residentes em instituições de longa permanência. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 378-85, set. 2007.
- ARAÚJO, Núbia Pereira de et al. Aspectos sociodemográficos, de saúde e nível de satisfação de idosos institucionalizados no Distrito Federal. *Revista de Ciências Médicas*, Campinas, v. 17, n. 3-6, p. 123-132, maio 2008. Disponível em: <<http://periodicos.puc-campinas.edu.br/seer/index.php/cienciasmedicas/article/view/749/729>>. Acesso em: 5 maio 2013.
- AYRES, Manuel et al. *BioEstat 5.0*: aplicações estatísticas nas áreas das ciências biológicas e médicas. Belém: CNPq, 2007.
- BERTOLUCCI, Paulo Henrique Ferreira et al. O Mini-Exame do Estado Mental em uma população geral: Impacto da escolaridade. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, São Paulo, v. 52, n. 1, p. 1-7, mar. 1994. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0004-282X1994000100001&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0004-282X1994000100001&script=sci_arttext)>. Acesso em: 10 nov. 2012.
- BORN, Tomiko. Cuidado ao idoso em instituição. In: PAPALÉO NETTO, Matheus et al. *Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo: Atheneu, 2002. p. 403-413.
- BRASIL. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC/ANVISA nº 283, de 26 de setembro de 2005. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, set. 2005. Seção 1.
- BUSATO JUNIOR, Wilson Francisco Schreiner; MENDES, Francieli Machi. Incontinência urinária em idosos institucionalizados: relação com mobilidade e função cognitiva. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, Florianópolis, v. 36, n. 4, p. 49-54, out. 2007. Disponível em: <<http://www.acm.org.br/acm/revista/pdf/artigos/524.pdf>>. Acesso em: 5 maio 2013.
- CAMARANO, Ana Amélia (Org.). *Os Novos Idosos Brasileiros: Muito Além dos 60?* Rio de Janeiro: IPEA, 2004. 604 p. Disponível em: <[http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/Arq\\_29\\_Livro\\_Completo.pdf](http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/Arq_29_Livro_Completo.pdf)>. Acesso em: 8 jun. 2013.
- \_\_\_\_\_. (Org.). *Características das Instituições de Longa Permanência para Idosos: Região Norte*. Rio de Janeiro: IPEA, 2007. Disponível em: <[http://www.prsp.mpf.mp.br/prdc/area-de-atuacao/dpesidt/Livro\\_CaractdasInstituicoesRegiao\\_Norte.pdf](http://www.prsp.mpf.mp.br/prdc/area-de-atuacao/dpesidt/Livro_CaractdasInstituicoesRegiao_Norte.pdf)>. Acesso em: 5 maio 2013.
- CAMARANO, Ana Amélia; KANSO, Solange. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. *Revista Brasileira de Estudos de População*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 233-235, jan./jun. 2010.
- CARTHERY-GOULART, Maria Tereza et al. Adaptação transcultural da escala de avaliação de incapacidade em demência (Disability Assessment For Dementia - DAD). *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, São Paulo, v. 65, n. 3-B, p. 916-919, set. 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0004-282X2007000500038&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2007000500038&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 2 maio 2013.
- CONVERSO, Maria Estelita Rojas; LARTTELLI, Isabele. Caracterização e análise do estado mental e funcional de idosos institucionalizados em instituições públicas de longa permanência. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v. 56, n. 4, p. 267-272, dez. 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0047-20852007000400005&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0047-20852007000400005&script=sci_arttext)>. Acesso em: 5 maio 2013.

DAILOW, Milena Zamian et al. Perfil epidemiológico, sociodemográfico e psicossocial de idosos institucionalizados do Distrito Federal. *Comunicação em Ciências Saúde*, Brasília, v. 18, n. 1, p. 9-16, jan. 2007. Disponível em: <[http://www.fepecs.edu.br/revista/Vol18\\_1art01.pdf](http://www.fepecs.edu.br/revista/Vol18_1art01.pdf)>. Acesso em: 2 maio 2013.

DANTAS, Cibele Maria de Holanda Lira. *Capacidade Funcional de idosos acometidos por doenças crônicas residentes em Instituições de Longa Permanência*. 2010. 66 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2010.

DAVIM, Rejane Marie Barbosa et al. Estudo com idosos de instituições asilares no município de Natal/RN: características socioeconômicas e de saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 12, n. 3, p. 518-524, maio 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692004000300010&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692004000300010&script=sci_arttext)>. Acesso em: 24 nov. 2013.

FERNANDES, Flávia Saraiva Leão; RAIZER, Milena Veiga; BRÊTAS, Ana Cristina Passarella. Pobre, idoso e na rua: uma trajetória de exclusão. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 15, p. 755-761, set. 2007. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281421882007>>. Acesso em: 7 jul. 2013.

FREITAS, Elizabeth Viana; PY, Lígia (Ed.) *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

FUNES, José Alberto Ávila; DONALD, Katherine Gray; PAYETTE, Hélène. Medición de las capacidades físicas de adultos mayores de Quebec: un análisis secundario del estudio NuAge. *Salud Pública de México*, Cuernavaca, v. 48, n. 6, dic. 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342006000600002&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342006000600002&lng=es&nrm=iso)>. Acesso em: 1 nov. 2014.

GORDILHO, Adriano et al. *Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção integral ao idoso*. Rio de Janeiro: UnATI/UERJ, 2000.

GORZONI, Milton Luiz; JACOB FILHO, Wilson. Impacto do envelhecimento populacional na saúde pública. In: \_\_\_\_\_. *Geriatria e gerontologia: o que todos devem saber*. São Paulo: Roca, 2008. cap. 1, p. 1-6.

GUEDES, Fanesca Mansur; SILVEIRA, Roni Cézar Rech. Análise da capacidade funcional da população geriátrica institucionalizada na cidade de Passo Fundo - RS. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, Passo Fundo, v. 1, n. 2, p. 10-21, jul./dez. 2004. Disponível em: <<http://www.upf.br/seer/index.php/rbceh/article/view/10/32>>. Acesso em: 3 out. 2012.

KATZ, Sidney et al. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA*, Chicago, v. 12, p. 914-919, Sept. 1963. Disponível em: <<http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=666768>>. Acesso em: 13 nov. 2012.

KHOURY, Hilma Tereza Törres; GÜNTHER, Isolda de Araújo. Processos de auto-regulação no curso de vida: controle primário e controle secundário. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, Porto Alegre, v. 22, n. 1, p. 144-152, 2009.

LAWTON, Mortimer Powell; BRODY, Elaine M. Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*, Washington, v. 9, n. 3, p. 179-186, 1969. Disponível em: <[http://gerontologist.oxfordjournals.org/content/9/3\\_Part\\_1/179.extract](http://gerontologist.oxfordjournals.org/content/9/3_Part_1/179.extract)>. Acesso em: 4 out. 2012.

LEBRÃO, Maria Lúcia. O envelhecimento no Brasil: aspectos da transição demográfica e epidemiológica. *Saúde coletiva*, São Paulo, v. 4, n. 17, p. 135-140, 2007. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registo/referencia/0000002215>>. Acesso em: 30 out. 2014.

LENARDT, Maria Helena et al. O desempenho de idosas institucionalizadas no minixame do estado mental. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 22, n. 5, p. 638-644, set./out. 2009.

LLOYD-SHERLOCK, Peter (Org.) *Living Longer: ageing, development and social protection*. London: Zed Books; New York: United Nations Research Institute for Social Development, 2004.

MELLO, Bruna Luiza Dutra; HADDAD, Maria do Carmo Lourenço; DELLAROZA, Mara Solange Gomes. Avaliação cognitiva de idosos institucionalizados. *Acta Scientiarum. Health Sciences*, Maringá, v. 34, n. 1, p. 95-102, jun. 2012. Disponível em: <<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/view/7974>>. Acesso em: 24 jun. 2013.

PELEGRIN, Andressa Karina Amaral Plá et al. Idosos de uma Instituição de Longa Permanência de Ribeirão Preto: níveis de capacidade funcional. *Arquivos de Ciências da Saúde, São José do Rio Preto*, v. 15, n. 4, p. 182-188, out. 2008. Disponível em: <[http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs\\_cl/vol-15-4/IDB%20297.pdf](http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs_cl/vol-15-4/IDB%20297.pdf)>. Acesso em: 4 maio 2013.

PERRACINI, Monica Rodrigues; FLÓ, Claudia Marina; GUERRA, Ricardo Oliveira. Funcionalidade e envelhecimento. In: PERRACINI, Monica Rodrigues; FLÓ, Claudia Marina. *Funcionalidade e envelhecimento*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. p. 3-24.

PIRES, Sueli Luciano. Instituição de longa permanência para idosos. In: JACOB FILHO, Wilson; GORZONI, Milton Luiz. *Geriatría e gerontología: o que todos devem saber*. São Paulo: Roca, 2008. p. 233-246.

POLLO, Sandra Helena Lima; ASSIS, Mônica de. Instituições de longa permanência para idosos - ILPIS: desafios e alternativas no município do Rio de Janeiro. *Revista Brasileira de Geriatría e Gerontología*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, 2008. Disponível em: <[http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-98232008000100004&lng=pt&nrm=iso](http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232008000100004&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 4 nov. 2013.

RAMOS, Luiz Roberto. A mudança de Paradigma na Saúde e o Conceito de Capacidade Funcional. In: RAMOS, Luiz Roberto; CENDOROGLIO, Maysa Seabra. *Guia de Geriatría e Gerontología*. 2. ed. Barueri: Manole, 2011. p. 1-7.

\_\_\_\_\_. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso. São Paulo. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, jun. 2003. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2003000300011](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000300011)>. Acesso em: 1 nov. 2014.

SHIGUEMOTO, Gilberto Eiji. Avaliação do idoso: anamnese e exame da performance física. In: REBELATO, José Rubens; MORELLI, José Geraldo da Silva. *Fisioterapia Geriátrica: A prática de assistência ao idoso*. 2. ed. Barueri: Manole, 2007. p. 85-122.

TALMELLI, Luana Flávia da Silva et al. Nível de independência funcional e déficit cognitivo em idosos com doença de Alzheimer. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. São Paulo, v. 44, n. 4, p. 933-939, dez. 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342010000400011&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342010000400011&script=sci_arttext)>. Acesso em: 4 maio 2013.

VERAS, Renato. A novidade da agenda social contemporânea: a inclusão do cidadão de mais idade. *A Terceira idade*. São Paulo, v. 14, n. 28, 2003, p. 6-29, 2003.

VIVIAN, Analise de Souza; ARGIMON, Irani Iracema de Lima. Estratégias de enfrentamento, dificuldades funcionais e fatores associados em idosos institucionalizados. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 436-444, fev. 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2009000200022&script=sci\\_abstract&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2009000200022&script=sci_abstract&lng=pt)>. Acesso em 2 jun. 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *10 datos sobre el envejecimiento de la población*. Apr. 2012. Disponível em: <<http://www.who.int/features/factfiles/ageing/es/index.html>>. Acesso em: 5 ago. 2013.

Recebido: 09/03/2014  
Aceite Final: 20/01/2015