

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

DENISE PINHEIRO MARQUES ALVES DOS SANTOS

**AUTOAVALIAÇÃO DE SAÚDE, CAPACIDADE FUNCIONAL E PERFIL
DEMOGRÁFICO, SOCIOECONÔMICO E CLÍNICO ENTRE
RESIDENTES EM INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA
IDOSOS**

GOIÂNIA, 2014

TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO PARA DISPONIBILIZAR AS TESES E DISSERTAÇÕES ELETRÔNICAS (TEDE) NA BIBLIOTECA DIGITAL DA UFG

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD/UFG), sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a Lei nº 9610/98, o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou *download*, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

1. Identificação do material bibliográfico: **Dissertação** **Tese**

2. Identificação da Tese ou Dissertação

Autor (a):	DENISE PINHEIRO MARQUES ALVES DOS SANTOS				
E-mail:	enfermeiradenise@live.com				
Seu e-mail pode ser disponibilizado na página? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não					
Vínculo empregatício do autor					
Agência de fomento:	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior			Sigla: CAPES	
País:	Brasil	UF:	GO	CNPJ:	33654831-0001/36
Título:	Autoavaliação de saúde, capacidade funcional e perfil demográfico, socioeconômico e clínico entre residentes em Instituições de Longa Permanência para Idosos				
Palavras-chave:	Idoso; Instituições de Longa Permanência para Idosos; Capacidade Funcional; Autoavaliação de Saúde; Perfil Epidemiológico				
Título em outra língua:	Self-assessed health, functional capacity and demographic, socioeconomic and clinical profile of residents in Long-Term Care Institutions for the Elderly				
Palavras-chave em outra língua:	Elderly; Long-Term Institutions for the Elderly; Functional Ability; Health Self-Assessment; Epidemiological Profile				
Área de concentração:	A Enfermagem no cuidado à saúde humana				
Data defesa:	25/04/2014				
Programa de Pós-Graduação:	Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/UFG				
Orientador (a):	Dr. ^a Lílian Varanda Pereira				
E-mail:	lilianvaranda7@gmail.com				
Co-orientador (a):*	Não tem				

*Necessita do CPF quando não constar no SisPG

3. Informações de acesso ao documento:

Concorda com a liberação total do documento SIM NÃO¹

Havendo concordância com a disponibilização eletrônica, torna-se imprescindível o envio do(s) arquivo(s) em formato digital PDF ou DOC da tese ou dissertação.

O sistema da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações garante aos autores, que os arquivos contendo eletronicamente as teses e ou dissertações, antes de sua disponibilização, receberão procedimentos de segurança, criptografia (para não permitir cópia e extração de conteúdo, permitindo apenas impressão fraca) usando o padrão do Acrobat.

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura do (a) autor (a)

¹ Neste caso o documento será embargado por até um ano a partir da data de defesa. A extensão deste prazo suscita justificativa junto à coordenação do curso. Os dados do documento não serão disponibilizados durante o período de embargo.

DENISE PINHEIRO MARQUES ALVES DOS SANTOS

**AUTOAVALIAÇÃO DE SAÚDE, CAPACIDADE FUNCIONAL E PERFIL
DEMOGRÁFICO, SOCIOECONÔMICO E CLÍNICO ENTRE
RESIDENTES EM INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA
IDOSOS**

*Dissertação de Mestrado apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem da Faculdade de Enfermagem
da Universidade Federal de Goiás para a
obtenção do título de Mestre em Enfermagem.*

Área de concentração: A Enfermagem no cuidado à saúde humana

Linha de pesquisa: Integralidade do cuidar em Saúde e Enfermagem

Orientadora: Lílian Varanda Pereira

GOIÂNIA, 2014

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação na (CIP)

Santos, Denise Pinheiro Marques Alves dos
Autoavaliação de saúde, capacidade funcional e perfil demográfico,
socioeconômico e clínico entre residentes em Instituições de Longa
Permanência para Idosos. [manuscrito] / Denise Pinheiro Marques
Alves dos Santos. - 2014.
103 f.

Orientador: Profa. Lilian Varanda Pereira.
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Goiás, Faculdade
de Enfermagem (FEN) , Programa de Pós-Graduação em Enfermagem,
Goiânia, 2014.

Bibliografia. Anexos. Apêndice.

Inclui siglas, abreviaturas, tabelas, lista de figuras, lista de tabelas.

1. Idoso. 2. Instituições de Longa Permanência para Idosos. 3.
Capacidade Funcional. 4. Autoavaliação de Saúde. 5. Perfil
Epidemiológico. I. Pereira, Lilian Varanda, orient. II. Título.

FOLHA DE APROVAÇÃO

DENISE PINHEIRO MARQUES ALVES DOS SANTOS

AUTOAVALIAÇÃO DE SAÚDE, CAPACIDADE FUNCIONAL E PERFIL
DEMOGRÁFICO, SOCIOECONÔMICO E CLÍNICO ENTRE RESIDENTES EM
INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS

*Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa
de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade
de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás
para a obtenção do título de Mestre em
Enfermagem*

Aprovada em 25 de abril de 2014.

BANCA EXAMINADORA

Professora Doutora LILIAN VARANDA PEREIRA – Presidente da Banca
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS

Professora Doutora VALÉRIA PAGOTO – Membro Efetivo,
Externo ao Programa - UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS

Professora Doutora SANDRA MARIA BRUNINI DE SOUZA – Membro Efetivo
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS

Professora Doutora MARIA MÁRCIA BACHION – Membro Suplente,
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS

Professora Doutora MARTA CARVALHO LOURES – Membro Suplente,
Externo ao Programa - PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS

Pesquisa desenvolvida junto ao Núcleo de Estudos e Pesquisas em Tecnologias de Avaliação, Diagnóstico e Intervenção de Enfermagem e Saúde (NUTADIES) da Faculdade de Enfermagem/UFG e que contou com o financiamento do CNPq pelo Edital Universal 14/2011.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha família. Eis que é porto seguro e a todos devia ser garantida.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus, que me iluminou e guiou e me refez tantas e tantas vezes. Obrigada Deus por me permitir compartilhar o que avaliei e aprendi.

À minha mãe e filha que muitas vezes me ligaram para saber se eu tinha feito a (re)matrícula, escrito e enviado trabalhos, comparecido aos compromissos, enfim, por cuidarem verdadeiramente de mim, e acima de tudo por compreenderem que a minha ausência se fez necessária para que eu me tornasse uma pessoa melhor e uma profissional realizada.

Ao meu esposo, que muitas vezes foi minha agenda, meu redator, meu editor, meu crítico, mas acima de tudo companheiro nos momentos de desesperos e alegrias; aquele que me forja como o fogo à espada.

À professora Doutora Enfermeira Lilian Varanda Pereira, que apesar das poucas palavras acreditou no meu trabalho e foi capaz de entender que as dificuldades não significam erros.

Às professoras Doutoradas Sandra Brunini e Valéria Pagoto pela presença e auxílio contínuo, pela presteza em cada avaliação e ricas contribuições que possibilitaram a construção deste trabalho.

Às professoras Doutoradas Maria Márcia Bachion e Marta de Carvalho Loures por ter aceitado convite de avaliar e contribuir com a melhora deste trabalho.

Aos colegas de mestrado, em especial à Louise Amália e Valéria Peres que me ensinaram a acreditar nas novas amizades, no caminhar e crescer juntas. Um obrigado especial por me fortalecerem quando eu me sentia fraca, desanimada e sem esperanças.

“Verdadeiros amigos riem juntos, mas também choram juntos”, à minha amiga irmã que conheci há dois anos, Diana Carneiro, com quem eu compartilho sonhos, choros e madrugadas. Muito, muito obrigada pela luz que você é no meu caminho.

Aos amigos de longa data que me ajudaram a construir o que sou hoje, mesmo na distância continuam me nutrindo de amor, e me fortalecendo como pessoa, em especial à: Damarys Chaves, Felipe Arthur Silva Martins, Igor Teles, Diego Neves, Amanda Cavalcante, Táskia Ferraz e José Teodoro.

À minha família, em especial à minha avó Dirce, por interceder por mim com suas orações. Aos meus primos, Soraia, Raquel, Carlos Eduardo, Daniele, Ana Carolina e todos os outros 58.

Àqueles que compartilharam comigo as suas vidas e permitiram que seus problemas fossem estudados para que nossos conhecimentos se aprofundassem a ponto de contribuir para que realmente exista a Melhor Idade. A todos os idosos, residentes nas ILPI participantes deste estudo e amigos do Conselho Municipal do Idoso.

Às auxiliares de pesquisa, que embora atarefadas e cansadas, ainda encontraram forças para dedicar seu tempo àqueles que nos recebiam e acolhiam em suas moradas, para compartilhar conosco suas vidas.

Aos professores do Mestrado Acadêmico em Enfermagem, da Universidade Federal de Goiás, pelo compromisso em ensinar-nos a ser mais que profissionais capazes, mas seres humanos responsáveis, em especial à Professora Virgínia Visconde Brasil, que acolhe com carinho e atenção, como uma verdadeira mãe de todos nós.

Aos demais funcionários da Faculdade de Enfermagem que muito nos auxiliaram, e cuidaram para que nossa faculdade fosse nosso lar.

Em especial ao “seu” Sebastião, por nos hidratar e descontraír. *“Cruza os dedos, olha pra cima e vai!”*.

Aos guardas Oton e Luciano, por zelarem pela nossa segurança e compartilhar alguns finais de semana.

Carinhosamente à Jossane, que muitas e muitas vezes fez mais que o previsto para nos auxiliar diante das dificuldades.

Ao Gabriel dedico meu respeito e consideração por me dar esperança quando eu acreditava já ter perdido a oportunidade deste sonho!

Ao CNPQ pelo financiamento da pesquisa.

A CAPES pela bolsa que permitiu minha dedicação total ao meu sonho;

Ao Conselho Municipal do Idoso de Goiânia pelas intervenções necessárias para o transcorrer da pesquisa de campo;

Às Instituições de Longa Permanência para Idosos de Goiânia, por confiar em nosso trabalho.

Este trabalho é um pedaço de mim que deixo a cada um de vocês!

Obrigada!

EPIGRAFE

Devia ter amado mais
Ter chorado mais
Ter visto o sol nascer
Devia ter arriscado mais
E até errado mais
Ter feito o que eu queria fazer...
Queria ter aceitado
As pessoas como elas são
Cada um sabe a alegria
E a dor que traz no coração...
Devia ter complicado menos
Trabalhado menos
Ter visto o sol se pôr
Devia ter me importado menos
Com problemas pequenos
Ter morrido de amor...

Epitáfio (Sérgio Britto)

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS	
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	
RESUMO	
ABSTRACT	
RESÚMEN	
1. INTRODUÇÃO	19
2. JUSTIFICATIVA.....	22
3. OBJETIVOS	23
4. REVISÃO DA LITERATURA.....	24
4.1. O IDOSO E A INSTITUCIONALIZAÇÃO	24
4.2. CONDIÇÕES CRÔNICAS	29
4.3. INDICADORES PARA AVALIAÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE EM IDOSOS.....	34
4.4. CAPACIDADE FUNCIONAL	36
4.5. AUTOAVALIAÇÃO DE SAÚDE	40
5. METODOLOGIA	45
5.1. TIPO E PERÍODO DO ESTUDO	45
5.2. LOCAL E POPULAÇÃO DO ESTUDO.....	45
5.3. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	45
5.4. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	46
5.5. ESTUDO PILOTO.....	46
5.6. COLETA DE DADOS.....	46
5.7. VARIÁVEIS DO ESTUDO	46
5.7.1. <i>Variáveis de desfecho</i>	46
5.7.2. <i>Variáveis de exposição</i>	47
5.8. PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	48
5.9. PROCEDIMENTOS ÉTICOS E LEGAIS	48
5.10. VIABILIDADE DO ESTUDO	49
6. RESULTADOS.....	50
6.1. PERFIL DEMOGRÁFICO, SOCIOECONÔMICO E DE CONDIÇÕES DE SAÚDE DOS IDOSOS	50
6.2. CAPACIDADE FUNCIONAL PARA REALIZAR ATIVIDADES BÁSICAS DA VIDA DIÁRIA (ABVD) E FATORES ASSOCIADOS.....	53
6.3. AUTOAVALIAÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE E FATORES ASSOCIADOS.....	56
7. DISCUSSÃO	61
8. CONCLUSÃO	75
9. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	76
10 REFERÊNCIAS	78
APÊNDICES	90
ANEXOS	102

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: [Perfil sociodemográfico de idosos institucionalizados. Goiânia, GO, 2012]	51
Tabela 2: [Perfil clínico de idosos institucionalizados. Goiânia, GO, 2012]	52
Tabela 3: [Análise univariada dos potenciais fatores sociodemográficos associados à incapacidade funcional em idosos institucionalizados. Goiânia, GO, 2012]	53
Tabela 4: [Análise univariada dos potenciais fatores inerentes ao estilo de vida, indicadores e condições de saúde associados à incapacidade funcional em idosos institucionalizados. Goiânia, GO, 2012]	54
Tabela 5: [Análise univariada dos potenciais fatores inerentes a dor associados à incapacidade funcional em idosos institucionalizados. Goiânia, GO, 2012]	55
Tabela 6: [Análise multivariada dos fatores associados à incapacidade funcional em idosos institucionalizados. Goiânia, GO, 2012]	56
Tabela 7: [Análise univariada dos potenciais fatores sociodemográficos associados à autoavaliação negativa de saúde em idosos institucionalizados. Goiânia, GO, 2012]	57
Tabela 8: [Análise univariada dos potenciais fatores inerentes ao estilo de vida, indicadores e condições de saúde associados à autoavaliação negativa de saúde em idosos institucionalizados. Goiânia, GO, 2012]	58
Tabela 9: [Análise univariada dos potenciais fatores inerentes à dor associados à autoavaliação negativa de saúde em idosos institucionalizados. Goiânia, GO, 2012]	59
Tabela 10: [Análise multivariada dos fatores associados à autoavaliação negativa de saúde em idosos institucionalizados. Goiânia, GO, 2012]	60

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- AAVD** – Atividades Avançadas de Vida Diária
- ABVD** – Atividades Básicas de Vida Diária
- AIVD** – Atividades Instrumentais de Vida Diária
- AVD** – Atividade de Vida Diária
- AVE** – Acidente Vascular Encefálico
- CNPQ** – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
- DM** – Diabetes Melito
- DCNT** – Doenças Crônicas Não Transmissíveis
- DOM** – Doenças Osteomusculares
- D.P.** – Desvio padrão
- EAV** – Escala Análogo Visual
- EDV** – Escala de Descritos Verbais
- EN** – Escala Numérica
- GDS** – Geriatric Depression Scale (Escala de Depressão Geriátrica)
- HAS** – Hipertensão Arterial Sistêmica
- HIV/AIDS** – Human Immunodeficiency Virus/ Acquired Immuno Deficiency Syndrome
- IASP** – International Association for the Study of Pain
- IBGE** – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- IC** – Intervalo de confiança
- ILPI** – Instituições de Longa Permanência para Idosos
- IPEA** – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
- LIS** – Laboratório de informação em Saúde
- MEEM** – Mini Exame do Estado Mental
- MMII** – Membros Inferiores
- NUTADIES** – Núcleo de Estudos e Pesquisas em Tecnologias de Avaliação, Diagnóstico e Intervenção de Enfermagem e Saúde
- OMS** – Organização Mundial de Saúde
- OPAS** – Organização Pan-americana de Saúde
- OR** – Odds rattoo
- PNAD** – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
- REVISI** – Rede de Pesquisa de Vigilância à Saúde dos Idosos

RIPSA – Rede Interagencial de Informação para a Saúde

RP – Razão de prevalência

SEMAS – Secretaria Municipal de Assistência Social

SF-36 – Medical Outcomes Study 36 - Item Short - Form Health Survey

SISAP – Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas do Idoso

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TUG – Timed Up and Go

UFG - Universidade Federal de Goiás

RESUMO

SANTOS DPMA. **Autoavaliação de saúde, capacidade funcional e perfil demográfico, socioeconômico e clínico entre residentes em Instituições de Longa Permanência para Idosos.** [dissertação] Goiânia: Faculdade de Enfermagem/UFG; 2014. 103p.

Idosos residentes em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) convivem com doenças crônicas e dor, que iniciam/intensificam incapacidades, prejudicam a manutenção das atividades diárias e geram percepções negativas sobre o estado de saúde. Os objetivos do estudo foram analisar o perfil demográfico, socioeconômico e de condições de saúde de idosos residentes em ILPI; estimar a prevalência de incapacidade nas atividades básicas de vida diária (ABVD) e de autoavaliação negativa de saúde e os fatores associados. Estudo transversal, analítico, realizado no período de maio a agosto de 2012, com 159 idosos residentes em ILPI, modalidades casa-lar e atendimento integral. A população alvo desse estudo constituiu-se de idosos sem déficit cognitivo grave (escores ≥ 13 no Mini Exame do Estado Mental de Folstein, Folstein Mchugh (1975), que residiam nas sete ILPI participantes (n=246), sendo 3 (três) tipo casa-lar e, 4 (quatro), tipo atendimento integral. As variáveis de desfecho foram incapacidade funcional (avaliada por meio do Índice de Katz), e autoavaliação negativa de saúde (ruim/péssima). Sintomas de depressão foram avaliados pela Escala de Depressão Geriátrica de 30 pontos e a intensidade de dor por meio da escala de descritores verbais. As prevalências foram apresentadas com respectivo intervalo de confiança (IC95%). Para análise utilizou-se Razão de Prevalência (RP) e o modelo de regressão de *Poisson*, incluindo as variáveis com $p < 0,10$. Foram considerados significativos valores de $p < 0,05$. A maioria da população era do sexo feminino (53,5%), com média de idade de $77,1 \pm 8,8$ anos, sem companheiro (77,2%), com filhos (64,2%), média de escolaridade de $3,6 \pm 4,0$ anos de estudo; que recebiam aposentadoria (86,0%) e residiam na instituição há menos de 6 (seis) anos (61,8%). Quase 60,0% dos idosos relataram não receber visitas. Estimou-se prevalência de morbidade de 90,1%, com maior frequência de hipertensão arterial (52,8%), catarata (51,6%), suspeita de depressão (44,2%) e doenças osteomusculares (33,3%). Pouco mais de 40% apresentou quatro ou mais doenças. A prevalência de incapacidade para ABVD foi de 35,2% (IC95%:28,2-42,9), associada de forma independente a residir em ILPI tipo atendimento integral (RP=2,06:1,15-3,74), avaliar negativamente a saúde (RP=1,60:1,02-2,46), ficar deitado devido a dor nos últimos sete dias (RP=2,54:1,60-4,07) e relatar dor forte/pior dor possível ao repouso (RP=1,90:1,13-3,21). Autoavaliação negativa de saúde foi observada em 14,5% (IC95%: 9,8-20,8) dos idosos (6,3% = ruim e 8,2% = péssima). Essa variável esteve associada significativamente à modalidade de atendimento integral (RP=3,16:1,11-8,92), pior comparação de saúde (RP=1,88:1,03-3,44), suspeita de depressão (RP= 6,10:1,44-25,76), ter ficado deitado por causa de dor nos últimos sete dias (RP= 2,83:1,24-6,49), e referir dor forte/pior dor possível ao repouso (RP=2,72:1,19-6,49). Avaliar os idosos sob a ótica funcional e de autoavaliação de saúde pode favorecer a abordagem multiprofissional e contribuir na identificação de fatores predisponentes à deterioração da saúde. Ressalta-se a necessidade de readequação da prática assistencial em Instituições de Longa Permanência para Idosos.

Palavras-chave: Idoso; Instituições de Longa Permanência para Idosos; Capacidade Funcional; Autoavaliação de Saúde; Perfil Epidemiológico.

ABSTRACT

SANTOS DPMA. **Self-assessed health, functional capacity and demographic, socioeconomic and clinical profile of residents in Long-Term Care Institutions for the Elderly.** [dissertation] Goiânia: Faculdade de Enfermagem/UFG; 2014. 103p.

Elderly living in Long-Term Care Institutions for the Elderly (LTCI) live with chronic illnesses and pain, which start/intensify disabilities, hamper the maintenance of daily activities and generative negative perceived health conditions. The study objectives were to analyze the demographic, socioeconomic and health conditions profile of elderly living in LTCI; to estimate the prevalence of disability in basic activities of daily living (BADL) and negative self-assessed health and associated factors. Cross-sectional, analytic study, undertaken between May and August 2012, involving 159 elderly living in LTCI, in the house-home and comprehensive care modalities. The target population in this study included elderly without a severe cognitive deficit (scores ≥ 13 on the Folstein Mini-Mental State Examination, Folstein Mchugh (1975), who lived in the seven participating LTCI (n=246), three of which were of the house-home and four of the comprehensive care type. The outcome variables were functional disability (assessed through the Katz Index) and negative self-assessed health (bad/vary bad). Depression symptoms were assessed by means of the thirty-point Geriatric Depression Scale and pain intensity through the verbal descriptors scale. The prevalence rates were presented with the respective confidence interval (95%CI). For analysis, the Prevalence Ratio (PR) and the Poisson regression model were used, including the variables with $p < 0.10$. Values of $p < 0.05$ were considered significant. Most of the population was female (53.5%), with a mean age of 77.1 ± 8.8 years, without a partner (77.2%), with children (64.2%), mean education 3.6 ± 4.0 years; who received retirement benefits (86.0%) and lived at the institution for less than six years (61.8%). Almost 60.0% of the elderly reported that they did not receive visits. The estimated prevalence ratio of morbidities was 90.1%, with higher frequencies for arterial hypertension (52.8%), cataract (51.6%), suspected depression (44.2%) and musculoskeletal diseases (33.3%). Little more than 40% presented four or more diseases. The prevalence of disability for BADL was 35.2% (95%CI: 28.2-42.9), independently associated to living in comprehensive-care LTCI (PR=2.06:1.15-3.74), negative self-assessed health (PR=1.60:1.02-2.46), lying down due to pain in the last seven day (PR=2.54:1.60-4.07) and reporting strong pain/worst possible pain while resting (PR=1.90:1.13-3.21). Negative self-assessed health was observed in 14.5% (95%CI: 9.8-20.8) of the elderly (6.3% = bad and 8.2% = very bad). This variable was significantly associated with the comprehensive-care modality (PR=3.16:1.11-8.92), worst health comparison (PR=1.88:1.03-3.44), suspected depression (PR=6.10:1.44-25.76), lying down because of pain in the last seven days (PR=2.83:1.24-6.49), and mentioning strong pain/worst possible pain while resting (PR=2.72:1.19-6.49). The assessment of elderly from a functional and self-assessed health perspective can favor the multiprofessional approach and contribute to identify factors that predispose to the worsening of health. The need is highlighted to readapt the care practice at Long-Term Care Institutions for the Elderly.

Key words: Elderly; Long-Term Institutions for the Elderly; Functional Ability; Health Self-Assessment; Epidemiological Profile.

RESÚMEN

SANTOS DPMA. **Salud autopercebida, la capacidad funcional y perfil demográfico, socioeconómico y clínico entre los residentes en Instituciones de Larga Permanencia para Ancianos.** [disertación] Goiânia: Faculdade de Enfermagem/UFG; 2014. 103p.

Ancianos residentes en Instituciones de Larga Permanencia para Ancianos (ILPA) conviven con enfermedades crónicas y dolor, que inician/intensifican incapacidades, perjudican la manutención de las actividades diarias y generan percepciones negativas sobre el estado de salud. Los objetivos del estudio fueron analizar el perfil demográfico, socioeconómico y de condiciones de salud de ancianos residentes en ILPA; estimar la prevalencia de incapacidad en las actividades básicas de vida diaria (ABVD) y de autoevaluación negativa de salud y los factores asociados. Estudio trasversal, analítico, desarrollado entre mayo y agosto de 2012, con 159 ancianos residentes en ILPA, modalidades casa-hogar y atención integral. La población blanco de ese estudio abarcó ancianos sin déficit cognitivo grave (escores ≥ 13 en el Mini Examen de Estado Mental de Folstein, Folstein Mchugh (1975), que residían en las siete ILPA participantes ($n=246$), siendo 3 (tres) tipo casa-hogar y 4 (cuatro) tipo atención integral. Las variables de desfecho fueron incapacidad funcional (evaluada mediante el Índice de Katz), y autoevaluación negativa de salud (mala/pésima). Síntomas de depresión fueron evaluados por la Escala de Depresión Geriátrica de 30 puntos y la intensidad de dolor mediante la escala de descriptores verbales. Las prevalencias fueron presentadas con respectivo intervalo de confianza (IC95%). Para análisis fue utilizada la Razón de Prevalencia (RP) y el modelo de regresión de *Poisson*, incluyendo las variables con $p < 0,10$. Fueron considerados significativos valores de $p < 0,05$. La mayoría de la población era del sexo femenino (53,5%), con promedio de edad de $77,1 \pm 8,8$ años, sin compañero (77,2%), con hijos (64,2%), promedio de escolaridad de $3,6 \pm 4,0$ años de estudio; que recibían pensión de jubilación (86,0%) y vivían en la institución desde hace menos de 6 (seis) años (61,8%). Casi 60,0% de los ancianos relataron no recibir visitas. Fue estimada prevalencia de morbilidad de 90,1%, con mayor frecuencia de hipertensión arterial (52,8%), catarata (51,6%), sospecha de depresión (44,2%) y enfermedades musculo-esqueléticas (33,3%). Poco más del 40% reveló cuatro o más enfermedades. La prevalencia de incapacidad para ABVD fue 35,2% (IC95%:28,2-42,9), asociada de forma independiente a vivir en ILPA tipo atención integral (RP=2,06:1,15-3,74), evaluar negativamente la salud (RP=1,60:1,02-2,46), quedarse acostado debido a dolor en los últimos siete días (RP=2,54:1,60-4,07) y relatar dolor fuerte/peor dolor posible en el reposo (RP=1,90:1,13-3,21). Autoevaluación negativa de salud fue observada en 14,5% (IC95%: 9,8-20,8) de los ancianos (6,3% = mala y 8,2% = pésima). Esa variable estuvo asociada significativamente a la modalidad de atención integral (RP=3,16:1,11-8,92), peor comparación de salud (RP=1,88:1,03-3,44), sospecha de depresión (RP= 6,10:1,44-25,76), haber quedado acostado por causa de dolor en los últimos siete días (RP= 2,83:1,24-6,49), y referir dolor fuerte/peor dolor posible en el reposo (RP=2,72:1,19-6,49). Evaluar los ancianos bajo la óptica funcional y de autoevaluación de salud puede favorecer la aproximación multiprofesional y contribuir en la identificación de factores predisponentes al deterioro de la salud. Se destaca la necesidad de readecuación de la práctica asistencial en Instituciones de Larga Permanencia para Ancianos.

Palabras-clave: Anciano; Instituciones de Larga Permanencia para Ancianos; Capacidad Funcional; Autoevaluación de Salud; Perfil Epidemiológico.

1. INTRODUÇÃO

Nas Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI), a presença de doenças crônicas, que muitas vezes geram e/ou exacerbam a dor, implicam em perdas na qualidade de vida dos idosos. Devido a isso, grande parte deles pode ter determinada ou intensificada a incapacidade para realizar atividades físicas e mentais necessárias à manutenção de hábitos diários (DANTAS et al., 2013; GUEDES; SILVEIRA, 2004; MARINHO et al., 2013; OLIVEIRA et al., 2012; REIS, 2008; REIS; TORRES, 2011). Além disto, conviver com essas condições pode levar o idoso a avaliar negativamente seu estado de saúde (GAUTÉRIO et al., 2012; SILVA, 2013).

O prolongamento da vida é uma aspiração de qualquer sociedade. No entanto, isso só pode ser considerada uma verdadeira conquista na medida em que se agregue qualidade aos anos adicionais de vida (ROSA, 2007; VERAS, 2009). Mesmo sendo evidentes os aspectos típicos do envelhecimento humano, como as alterações orgânicas e funcionais identificadas como senescência, esse processo é extremamente diversificado entre os indivíduos, sendo regulado por padrões socioculturais que definem a significação de cada experiência humana. A variabilidade individual e os ritmos diferenciados de envelhecimento tendem a receber influência de uma gama de fatores, tanto endógenos quanto exógenos e acentua-se nas diferenças sociais, históricas, culturais, fisiológicas e psicológicas (ARAÚJO; COUTINHO; SANTOS, 2006; HORTA; FERREIRA; ZHAO, 2010; ROSA, 2007).

O alcance da velhice saudável depende, entre outros fatores, de se conhecer o estado de saúde da população, para, a partir da realidade encontrada, planejar assistência integral aos idosos e também à população mais jovem, futuros idosos. Junior e Tavares (2005) colocam que avaliar a saúde da população idosa é importante à medida que se baliza o significado de saúde não apenas como ausência de doença, mas como bem-estar físico, mental e social, que encampa fatores essenciais para manter uma vida feliz e saudável, tal como a espiritualidade, religiosidade, trabalho e a boa convivência.

Levantamento realizado pela Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios (PNAD) traçou o perfil da população brasileira quanto às condições de

saúde; identificou elevado percentual de pessoas com pelo menos uma doença crônica (31,3%) e 5,9% declararam ter três ou mais delas. As doenças crônicas declaradas com maior frequência foram: hipertensão (14,0%) e doença de coluna ou costas (13,5%). Os percentuais para as demais doenças foram: artrite ou reumatismo (5,7%); bronquite ou asma (5,0%); depressão (4,1%); doença de coração (4,0%) e diabetes (3,6%). (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010)

Para auxiliar a tarefa de avaliação da saúde, novos indicadores têm sido propostos a fim de permitir o monitoramento das condições de saúde da população. Os instrumentos, geralmente, são compostos por questões diversificadas que ajudam a conhecer a saúde das pessoas, contribuindo para a redução de falhas na gestão de recursos material e humano. Entre os indicadores propostos, estrategicamente, para avaliar o bem estar dos idosos na categoria “condição de saúde”, encontram-se a expectativa de vida, as causas de mortalidade, os problemas de saúde crônicos, os sintomas de depressão, a autoavaliação do estado de saúde e a capacidade funcional (REBOUÇAS, 2006).

Expressa como um importante indicador de saúde, comumente utilizada em pesquisas epidemiológicas, a autoavaliação da saúde reflete uma percepção global e integrada do indivíduo sobre ele mesmo. Pode ser obtido por meio de instrumentos simples como as escalas de descritores verbais, que têm sido utilizadas com muita frequência já que o seu uso é de baixo custo (REBOUÇAS, 2006).

A autoavaliação de saúde é resultado de uma análise dos aspectos cognitivos, emocionais, físicos e espirituais e envolve julgamentos de experiências anteriores do indivíduo, relacionadas às experiências de saúde dos seus antepassados, a maneira de lidar com os eventos aleatórios e o enfrentamento desses estressores, além de apontar as suas expectativas futuras (LIMA-COSTA; BARRETO; GIATTI, 2003).

Além disso, estudos mostram que a forma como uma pessoa percebe sua saúde pode ser influenciada pelas características sociodemográficas, posição social, número de doenças crônicas e fatores psicossociais (HASEEN; ADHIKARI; SOONTHORNDHADA, 2010; RODRIGUES; MAIA, 2010).

A autoavaliação negativa da saúde tende a estar mais frequente entre pessoas mais idosas, do sexo feminino, com baixo nível de escolaridade, que não trabalham, ex-fumantes, indivíduos com baixo peso ou obesidade e sedentários.

Doenças crônicas como a hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes (DM), osteoporose, acidente vascular encefálico (AVE), infarto (IAM), colesterol elevado e a presença de múltiplas condições crônicas já foram identificadas como condições associadas à má avaliação do estado de saúde entre idosos (BARRETO; FIGUEIREDO, 2009; BARROS et al, 2009; HASEEN; ADHIKARI; SOONTHORNDHADA, 2010; REICHERT; LOCH; CAPILHEIRA, 2012)

Outro indicador de saúde utilizado na população idosa é a análise da funcionalidade, que implica na avaliação da capacidade funcional para realizar as atividades da vida diária, classificadas em três níveis: atividades básicas de vida diária (ABVD), atividades intermediárias de vida diária (AIVD) e atividades avançadas de vida diária (AAVD) e se expressam pela utilização de componentes físicos e mentais na elaboração e execução das tarefas consideradas normais e necessárias para a conservação da vida humana (DIAS et al, 2011; RABELO; CARDOSO, 2007; REIS, 2008; REIS; TORRES, 2011).

Estudos nacionais recentes apontaram que entre 40% a 70% dos idosos residentes em ILPI são dependentes ou necessitam de auxílio para realizar as atividades básicas da vida diária, como tomar banho e se alimentar, especialmente, comprometidas diante de condições crônicas e dor (GUEDES; SILVEIRA, 2004; REIS; TORRES, 2011).

Em estudo conduzido por César (2010) identificou-se idosos com dor e limitação funcional para tomar banho e alimentar-se, e no de Covinsky et al (2009) 24,0% da amostra de idosos avaliada relatou dor significativa e apresentou índices muito maiores de limitação funcional, mobilidade prejudicada, dificuldade para subir escadas e realizar atividades com os membros superiores. Enquanto que Polaro et al (2012) constataram elevado percentual de dependência nas atividades da vida diária (58%).

Nas Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI), a presença de doenças crônicas, que geram e/ou exacerbam dor, reduzem a saúde dos idosos. Diante destas condições, grande parte destes idosos tem determinada ou intensificada a incapacidade para realizar atividades físicas e mentais necessárias à manutenção de hábitos diários (DANTAS et al, 2013; GUEDES; SILVEIRA, 2004; MARINHO et al, 2013; OLIVEIRA et al, 2012; REIS, 2008; REIS; TORRES, 2011). Além disto, conviver com essas condições pode levar o idoso a avaliar negativamente seu estado de saúde (GAUTÉRIO et al, 2012; SILVA, 2013).

2. JUSTIFICATIVA

Embora alguns estudos tenham sido desenvolvidos no Brasil com foco na saúde de idosos institucionalizados, as amostras são reduzidas e representam indivíduos que nasceram e viveram em regiões brasileiras diferentes da do presente estudo, fato que aguçou a inquietação do autor sobre a necessidade de realizar uma investigação que permita conhecer a extensão do problema, e fazer comparações e generalizações. Adicionado a isso, a produção de conhecimento é escassa no que tange à influência das características sociodemográficas, clínicas (incluindo a experiência dolorosa), hábitos de vida e modalidades de ILPI sobre a capacidade funcional e autoavaliação do estado de saúde.

Idosos que vivenciam a institucionalização estão expostos a uma realidade permeada por situações diferentes daquelas que envolvem os idosos que vivem na comunidade e, portanto, necessitam de adequada avaliação de suas necessidades, considerando as diferentes formas que utilizam para manifestar seu estado de saúde e, conseqüentemente, seu pedido de ajuda.

Nesse sentido, este estudo vem contribuir, agregando conhecimento sobre o estado de saúde de idosos brasileiros residentes em ILPI, o que pode influenciar a assistência, o ensino e o desenvolvimento de novas pesquisas sobre o assunto. Além disso, justifica-se pelo fato de adicionar reconhecimento aos indicadores de saúde que predizem morbidade e mortalidade nessa população.

Acredita-se que os resultados deste trabalho possam orientar de maneira mais adequada a prática assistencial, com foco na integralidade da assistência, reafirmando a necessidade de reformulação na forma de gerir a saúde e implementar estratégias de assistência multiprofissional que contribuam para a qualidade de vida dessa população.

3. OBJETIVOS

- 1) Conhecer o perfil demográfico, socioeconômico e clínico de idosos residentes em Instituições de Longa Permanência para Idosos.
- 2) Estimar a prevalência de incapacidade funcional nas atividades básicas de vida diária e os fatores associados em idosos residentes em Instituições de Longa Permanência para Idosos.
- 3) Estimar a prevalência de autoavaliação negativa do estado de saúde e os fatores associados entre de idosos residentes em Instituições de Longa Permanência para Idosos.

4. REVISÃO DA LITERATURA

4.1. O idoso e a institucionalização

O envelhecimento humano é um processo natural do ciclo da vida, influenciado por condições biológicas, ambientais, sociais e psicológicas (DEL DUCA; SILVA; HALLAL, 2009). A população mundial se depara com uma mudança na sua expectativa de vida, alterada pela melhoria na prestação de cuidados à saúde, bem como pelo avanço nas condições sanitárias, desenvolvimento tecnológico e de políticas públicas que asseguraram o direito do homem à dignidade e mecanismos básicos de melhores condições de vida. Embora esta melhora alcançada ao longo do século XX não esteja distribuída de maneira proporcional a todas as populações, existindo diferenças entre países e em diferentes contextos sociais dentro de um mesmo país, o envelhecimento não é mais privilégio de poucas comunidades, sendo na verdade, uma realidade mundial (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005).

Porém, o aumento na expectativa de vida da população tem sido acompanhado de um aumento da prevalência de doenças crônico-degenerativas, especialmente, as doenças cardiovasculares, osteomusculares e as endócrino-metabólicas, desenvolvidas, em sua maior parcela, pelo comportamento e hábitos não saudáveis, nutridos durante toda a vida (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005). Entretanto, as doenças crônico-degenerativas, assim como as incapacidades decorrentes delas não são consequências inevitáveis do envelhecimento. A prevenção é efetiva em qualquer nível, mesmo nas fases mais tardias da vida. Portanto, a ênfase nela é a chave para se mudar o quadro atual, para que se possa usufruir os anos proporcionados pela melhoria das condições de vida e inovações tecnológicas (VERAS, 2009).

No ambiente domiciliar, se a saúde está comprometida, os idosos podem apresentar dificuldades para executar atividades antes exercidas normalmente, gerando alterações da rotina, o que pode impedir a realização de atividades prazerosas e extrafamiliares. A sensação de impotência é acompanhada pela necessidade de auxílio de outras pessoas para suas necessidades básicas. Sendo a família, então, a alternativa predominante no sistema de suporte formal a eles.

Porém, nessa fase de reorganização dos papéis familiares podem surgir dificuldades de adaptação tanto para o idoso como para seus familiares (HORTA; FERREIRA; ZHAO, 2010). E embora haja um esforço de manter o idoso dentro do seio familiar, vivendo em comunidade (BRASIL, 2003), muitas famílias não possuem condições ambientais e psicológicas de cuidar do idoso que apresenta necessidade de cuidados diferenciados. Além disso, preocupa o fato das mudanças já ocorridas e que ainda estão ocorrendo, no padrão familiar brasileiro, nos últimos tempos, como redução no número de filhos e maior número de mulheres trabalhando fora do lar, fatos que desfavorecem a oferta de cuidado ao idoso em casa (POLARO et al, 2012).

Diante deste cenário, sendo a assistência ao idoso insuficiente para limitar os eventos advindos das complicações de condições crônicas, a institucionalização pode tornar-se a alternativa de escolha para o idoso e/ou sua família (AIRES; PAZ; PEROSA, 2006; DAVIM et al, 2004).

Estudiosos mostram que a proporção de idosos que vivem em ILPI, em países em transição demográfica avançada, chega a 11%, porém, no Brasil, essa porcentagem não chega a 1,5% (CREUTZBERG et al, 2007). Estimou-se que entre os anos de 2006 a 2009, 84 mil idosos estavam residindo em ILPI (CAMARANO; KANSO, 2010).

Entre os motivos que propiciam a institucionalização do idoso, relata-se a ausência de membros que constituem a família, a escassez de serviços de apoio social formal de saúde e da rede de suporte social informal (que compreende os indivíduos além da família, como vizinhos e amigos), os eventos que culminam com o comprometimento da saúde, em especial as condições crônicas, além da necessidade de medicamentos de uso contínuo, a limitação da capacidade funcional, e a presença de dores que, muitas vezes, comprometem a gestão das suas demandas de autocuidado (ALENCAR et al, 2012).

Afim de regular e adequar a prestação de serviços aos idosos que necessitam de apoio, no ano de 2001, foi publicada portaria do Ministério da Previdência e Assistência Social, estabelecendo nove modalidades de assistência ao idoso, sendo elas: família natural; família acolhedora; residência temporária; centro dia; centro de convivência; república; assistência domiciliar/atendimento domiciliar; atendimento integral institucional e casa lar (BRASIL, 2001).

Porém, diante da necessidade de institucionalização, outra classificação foi indicada para assegurar uma assistência padronizada, então, em 2005, nova norma foi publicada, definindo como obrigatória a classificação do idoso segundo seu *status* funcional, para correta destinação de recursos capazes de suprir suas necessidades, segundo o nível de dependência, adotou-se a classificação em 3 níveis (grau de dependência I, II e III). Dessa avaliação origina-se a classificação das ILPI, que pode ser atribuídas à três denominações: modalidade I, modalidade II e modalidade III (BRASIL, 2005).

Assim, considerando a legislação vigente, são classificadas como modalidade I, aquelas que estão aptas a receber idosos independentes, capazes de promover seu autocuidado, mesmo que para isso façam uso de equipamentos acessório; podendo o idoso ser atendido na modalidade casa-lar. As instituições que promovem cuidados aos idosos que apresentam dependência funcional em até três atividades de vida diária, e comprometimento cognitivo controlado estão na modalidade II e aquelas que se destinam ao atendimento daqueles com dependência e que necessitam de assistência total, com cuidados específicos nas atividades de autocuidado e/ou com comprometimento cognitivo (modalidade III), devendo o idoso ser atendido em instituições que promovam atendimento integral às suas necessidades.

O Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), no ano de 2008, avaliou as instituições de longa permanência no Brasil, nas cinco regiões e, dentro dessas, apresentou as características das instituições por região e estado brasileiro, estimando-se que havia 5.529 pessoas residindo em instituições de longa permanência no Centro-Oeste brasileiro. A investigação por Estado identificou 157 ILPI em Goiás, sendo que a maioria dos municípios (59%) não contava com nenhuma instituição. Entre aqueles que possuíam tais instituições, a maior parte tinha uma ou duas, sendo que na capital do estado (Goiânia) havia nove instituições. O número total de idosos residentes em ILPI no estado seria de aproximadamente 3.188, o que representaria 0,8% da população idosa de Goiás (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2008).

Essa pesquisa evidenciou que aproximadamente 49% das instituições da região ofereciam serviços de fisioterapia; 32,1%, psicológicos; 28,0%, terapia ocupacional e 10,2%, fonoaudiologia. Entretanto, o número destes funcionários no quadro das instituições era reduzido, sendo os serviços ofertados por profissionais

do SUS (93,9%). A oferta de serviços médicos foi apontada por 76,6% das ILPI em Goiás; contudo, apenas, 19,5% possuem serviços próprios, sendo que 95,5% utilizam os do SUS (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2008).

Já os serviços odontológicos podiam ser encontrados em 51,9% delas, enquanto que os psicológicos, de terapia ocupacional e fonoaudiologia encontravam-se, respectivamente, em 29,2%, 25,3% e 5,2% das instituições pesquisadas, enquanto as atividades de lazer eram realizadas em 73,4% das instituições, e as culturais, em 33,1%. Considerando ainda os espaços destinados à recreação e lazer dos idosos, no Centro-Oeste, apenas, 8,5% das instituições da região possuem espaços destinados à leitura, como bibliotecas. Já a disponibilidade de piscina, era ainda menor, sendo declarada por apenas 6,5% das instituições, seguida pela presença de biblioteca ou sala de leitura, em 5,8% (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2008).

Além de conhecer as características destas instituições utilizadas como ponto de apoio e resgate social e de saúde, estudos vem traçando o perfil do idoso atendido por elas, a fim de estabelecer medidas de prevenção sobre os grupos que apresentam maior grupo de risco para a institucionalização.

A literatura sobre envelhecimento é consonante em demonstrar número superior de mulheres, inclusive entre as institucionalizadas, confirmando, assim, o fenômeno da feminização também na institucionalização (ANGELO; SILVA; LIMA, 2011; CÉSAR, 2010; GONÇALVES et al, 2010; MARINHO et al, 2013; POLARO et al, 2012).

Ainda, ser idoso com 80 anos ou mais, acrescenta risco para a institucionalização, pois o aumento da longevidade contribui com o aparecimento de complicações de saúde, além de perda da rede de apoio familiar, por morte ou distanciamento geográfico (POLARO et al, 2012). Sendo os idosos que não possuem rede de apoio ou família, como os solteiros ou viúvos e também aqueles que não possuem filhos, a maioria dos residentes em ILPI (ALENCAR et al, 2012; POLARO et al, 2012; REIS, 2008).

Já o analfabetismo e a baixa escolaridade, quando associados às condições econômicas precárias e à dificuldade de acesso à rede de suporte, podem trazer limitações para o idoso autocuidar-se, o que impõe ao idoso a necessidade de recrutar auxílio institucional (AIRES; PAZ; PEROSA, 2006; REIS, 2008).

Estudos nacionais apontam que a maioria dos idosos que vivem em instituições destinadas ao cuidado deles é dependente ou necessita de ajuda. O auxílio para tomar banho, por exemplo, chega a 63,4% (GUEDES; SILVEIRA, 2004) e para alimentar-se até 40% precisam de ajuda (REIS; TORRES, 2011), além de utilizarem dispositivo de auxílio à marcha (ALENCAR et al, 2012), o que reforça a hipótese de maior risco, para a institucionalização, quando há falta de adequação da estrutura ambiental em que o idoso está inserido.

Os idosos que apresentam comprometimento cognitivo, também, têm maior chance de serem institucionalizados pelo déficit de raciocínio, memória e comunicação, pois isso afeta diretamente o convívio social e impede o atendimento satisfatório de suas necessidades. Também contribuem os sintomas depressivos e o risco para suicídio, fato que tem se revelado mais frequente entre a população de longevos (ALENCAR et al, 2012). Além da fragilidade, o residir em moradias com espaço físico reduzido e a própria violência contra o idoso (CREUTZBERG et al, 2007).

As instituições de Longa Permanência para Idosos são consideradas um sistema social organizacional, importante *locus* e alternativa para preservar mecanismos de sobrevivência, diante das dificuldades socioeconômicas, afetivas e familiares; têm o propósito de assegurar a esses indivíduos dependentes nas atividades diárias, com dificuldade financeira, vítimas de maus-tratos ou abandono e sem suporte familiar, o amparo necessário para o pleno desempenho e manutenção dos hábitos saudáveis e de uma velhice segura (POLARO et al, 2012), suprimindo as suas necessidades de moradia, alimentação, saúde e convivência social (ANGELO; SILVA; LIMA, 2011; CREUTZBERG et al, 2007).

Porém, verifica-se a necessidade de uma efetiva reforma político-social dessas instituições, uma vez que uma parcela delas ainda vem funcionando como depósito, com importante limitação social e afetiva, o que torna a velhice sinônima da espera/preparação apenas para a morte (ARAÚJO; COUTINHO; SANTOS, 2006). O despreparo para atender às necessidades da população idosa, tanto no processo saúde-doença quanto no apoio social necessário para vivenciar essa etapa da vida, tende a gerar, ainda mais, o isolamento social decorrente da perda ou debilidade das capacidades físicas e mentais.

Não se deve negar que a velhice constitui uma fase do desenvolvimento humano tão importante quanto as demais, que merece, portanto, toda a atenção e

dedicação dos estudiosos, da família, da sociedade e, principalmente, do Estado, através do planejamento e operacionalização das políticas públicas para o envelhecimento saudável (ARAÚJO; COUTINHO; SANTOS, 2006).

Frente ao cenário da velhice, formas simples e válidas de avaliar a saúde dos idosos podem contribuir significativamente na identificação precoce de anormalidades e manutenção das estratégias que estão contribuindo para a prevenção de doenças. A realidade demonstra a urgência em ações voltadas para a capacitação e adequação numérica dos recursos humanos para atender às peculiaridades desse grupo e proporcionar melhor qualidade de vida a esses sujeitos (ANGELO; SILVA; LIMA, 2011).

4.2. Condições crônicas

Para ser considerada condição crônica, o evento deve expressar alguns atributos relacionados às suas características intrínsecas bem como às suas repercussões. Como características intrínsecas, deve ser permanente, irreversível, incurável e apresentar incapacidade residual. Pode, ainda, recrutar assistência constante, aumentar a utilização dos serviços de saúde e apresentar alto custo, sendo oneroso para o indivíduo e para o estado (FREITAS; MENDES, 2007; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2002; RODRIGUES et al, 2009). Por vezes não apresenta etiologia definida, sofrendo influência da hereditariedade, estilo de vida, dos fatores ambientais e fisiológicos (FREITAS; MENDES, 2007; LEBRÃO et al, 2008)

As condições crônicas estão inseridas em um contexto de saúde e são influenciadas pela relação do ser com o ambiente. É possível reconhecer essa interação pelos efeitos causados sobre o indivíduo, sua família e comunidade. A condição crônica impõe ao indivíduo a necessidade de readaptação social, psicológica e orgânica tendo em vista que a convivência com seu estressor é contínua, ora ocasionando impacto na expectativa de manutenção de uma vida ativa ora, posteriormente, na expectativa de vida (FREITAS; MENDES, 2007; GOULART, 2011).

No ano de 2000, as condições crônicas constituíram 46% da carga global de doenças. Atualmente esse porcentual é de 59% do total de óbitos no mundo e deverá atingir 60% até o ano 2020 e as maiores incidências serão de doenças

cardíacas, acidente vascular cerebral, depressão e câncer(ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2002)

A OMS estimou que no ano de 2005, um total de 58 milhões de mortes ocorreram em todo o mundo. Desse total, aproximadamente, 60% ocorreram por complicações de condições crônicas, evento que matou duas vezes mais que doenças infecciosas como HIV/AIDS, tuberculose e malária, além de condições maternas e perinatais e deficiência nutricional (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2005).

Segundo estimativas da OMS para o ano de 2015, do total de 64 milhões de óbitos que ocorrerão ao redor do globo, 41 milhões de indivíduos perderão a vida em decorrência das condições crônicas. Esse panorama preocupa especialmente por seu avanço em consumo de vidas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2005).

No Brasil, em 2007, as doenças crônicas foram responsáveis por 72% das mortes ocorridas. Em 2010, uma grande mobilização científica mundial culminou com uma série especial do periódico *The Lancet*, no intuito de contribuir com os debates que seriam levantados em reunião convocada pela OMS, no ano seguinte. Nessa proposta, 23 países dentre eles o Brasil (um país de renda média) foram avaliados em relação à carga das DCNT e à capacidade nacional de responder ao desafio imposto por tais condições(SCHMIDT et al, 2011).

Diante dessas estimativas, em 2011, após emissão de alerta provocada pelo avanço das condições crônicas em caráter global, debates ao redor do mundo culminaram com uma Reunião de Alto Nível da Organização das Nações Unidas (ONU). O Brasil foi um dos países líderes dessa conferência e em resposta aos debates oriundos, o governo brasileiro apresentou o 'Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT no Brasil 2011-2022' (SCHMIDT et al, 2011)

A morbimortalidade causada pelas DCNT é maior na população mais pobre e com menor escolaridade, por ser, exatamente, a mais exposta aos fatores de risco e com menor acesso às informações e aos serviços de saúde, acentuando ainda mais as desigualdades sociais. Essas doenças podem levar à incapacidades, ocasionando sofrimentos e custos materiais diretos aos pacientes e suas famílias, além de um importante impacto financeiro sobre o sistema de saúde(GOULART, 2011; RODRIGUES et al, 2009; SCHMIDT et al, 2011).

Entre idosos, as condições crônicas de maior prevalência encampam a hipertensão arterial sistêmica (HAS) e a diabetes melito (DM) que representam dois

dos principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares. Em 2000, as doenças do aparelho circulatório foram responsáveis por 15,2% das internações realizadas no SUS, na faixa etária de 30 a 69 anos. A importância dessas doenças se mostra no potencial de deixar sequelas permanentes (BRASIL, 2001).

A DM constitui-se uma das principais causas de cegueira, amputação de membros inferiores, insuficiência renal e doenças cardiovasculares. Sakata (2006) observou que a presença de DM simultaneamente com outras doenças multiplicava a chance de óbito em 2,55 vezes, enquanto a presença concomitante de outras doenças, excluindo-se o diabetes, aumentava essa chance em 1,73 vez.

A HAS está relacionada a 80% dos casos de acidente vascular encefálico (AVE) e 60% dos casos de doença isquêmica do coração (BRASIL, 2001). Um estudo de base populacional realizado no município de Campinas/SP encontrou prevalência de hipertensão de 51,8%, com maior prevalência entre as mulheres, idosos, com menor escolaridade e com sobrepeso ou obesidade. Nesse estudo, ainda verificou-se que o acompanhamento médico e distribuição de medicamentos não são limitados pelo nível socioeconômico, mas já o conhecimento e práticas alternativas para controle da pressão arterial (dieta adequada e prática de atividade física) sofrem essa influência (ZAITUNE et. al, 2006).

Entre os idosos institucionalizados no Rio Grande do Sul, apenas 10% dos idosos não tinham nenhuma condição crônica, porém, os demais tinham em média 2,1 diagnóstico/idoso, sendo mais referidas as doenças relacionadas ao sistema cardiovascular (89,7%); seguidas pelas endócrinas, nutricionais e metabólicas (33,3%), e as doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (28,2%); e para o controle dessas condições, os idosos utilizavam em média 3,7 medicamentos (GAUTÉRIO et al, 2012)

Já entre os 187 idosos residentes nas instituições de longa permanência do Distrito Federal, as enfermidades mais prevalentes foram hipertensão arterial (47,6%), depressão (17,6%) e diabetes mellitus (16%), osteoporose (12,3%) e acidente vascular encefálico (11,2%). Culminando com a necessidade da maioria (62,57%) utilizar três ou mais medicamentos (ARAÚJO et al, 2008).

Merecem destaque, também, os problemas articulares, altamente incapacitantes e muito frequentes, especialmente entre os idosos. Embora não ofereçam risco à vida, estão associados às incapacidades. Estima-se que 80% a 85% dos indivíduos com mais de 65 anos apresentam no mínimo um importante

problema de saúde que pode predispor à dor. A dor crônica entre os idosos se apresenta como a causa mais comum de busca por serviços de saúde (DELLAROZA et al, 2008). Entre os idosos residentes em ILPI essa realidade não é diferente. A falta de avaliação multidimensional do idoso, por vezes compromete as intervenções necessárias (OLIVEIRA et al, SI).

Em São Luís do Maranhão, estudo com 50 idosos com diagnóstico de dor crônica foi conduzido com objetivo de avaliar a influência dela na qualidade de vida dessas pessoas, observando suas repercussões nos domínios físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. As doenças mais referidas pelos avaliados incluíram a artrite/reumatismo (62%), a hipertensão arterial (28,0%) e diabetes (10%). Dentre os pacientes estudados, 34,0% apresentaram distúrbios da coluna, 22% artrite reumatoide, 18,0% osteoporose, 14,0%, artrose e 12,0%, tendinopatias. Os autores concluíram que a dor exercia influência negativa na qualidade de vida dos idosos, porque afetam o domínio físico e as relações sociais (CUNHA; MAYRINK, 2011).

Em estudo realizado na cidade de São Paulo, com idosos da comunidade, observou-se aumento na prevalência dos problemas osteomusculares entre 2000 e 2006 de 31,7% para 33,8%. Além disso, 53,3% dos idosos referiram dor crônica, decorrentes de lombalgias e concentravam-se, principalmente, nas grandes articulações como quadril e joelhos, o que aumenta o risco para quedas, podendo ocasionar fraturas e consequente imobilidade além de incapacidades permanentes (LEBRÃO et al, 2008). Estatística mais alarmante foi encontrada em estudo conduzido por Sampaio, Reis e Oliveira (2007) onde a prevalência de dor foi de 80%, sendo que 77,7% dos idosos tinham dor crônica.

Embora a experiência dolorosa seja uma condição clínica comum entre idosos, geralmente é subestimada e subtratada. Inúmeros eventos tornam difícil o correto manejo da dor, entre eles cita-se o declínio fisiológico dos órgãos que dificulta a absorção de fármacos para seu controle, a ocorrência de diversas morbidades e a polifarmácia, mas, sobretudo a desvalorização dessa experiência pelos profissionais de saúde, fato que dificulta o correto diagnóstico; comprometendo o estabelecimento e desenvolvimento de plano terapêutico, o fato que pode determinar a incapacidade funcional, sofrimento e elevado custo socioeconômico. (DELLAROZA et al, 2008; GOMES; TEIXEIRA, 2007).

Davim et al (2004) investigaram a condição de saúde de 76 idosos residentes em três ILPI no município de Natal/RN, e encontraram dor nas articulações (63,0%), dificuldades visuais (59%) e doenças do coração (31%).

Em estudo que envolveu 92 idosos residentes em ILPI, encontrou-se relato de queixa álgica em 71% dos entrevistados. Lombalgia foi a queixa mais frequente, seguida de artrite, de dores oriundas de fraturas anteriores e neuropatias. A dor era contínua para 24% dos idosos e intermitente para 42%. Considerando sua intensidade, 20% a caracterizaram como leve (20%), desconfortável (2%) e variando entre severa e excruciante para 52% dos avaliados.

No estudo conduzido por Pestana e Santo (2008) identificou-se que para os idosos asilados a ausência de dor é um dos fatores que influenciam na percepção de saúde satisfatória, por outro lado preocupar-se com o aparecimento de dores e sofrimentos, além do sentimento de solidão e abandono esteve associado ao aparecimento de doenças.

Dos 116 idosos residentes em ILPI de Marília-SP, as condições crônicas mais prevalentes foram: hipertensão (64,4%); depressão (37,4%); ansiedade/psicoses (32,2%), problemas de memória (25,2%), dor crônica (12,1%), todas afetando mais frequentemente as mulheres que os homens; além de úlcera gástrica (20,9%); patologias cardíacas (19,1%); neoplasia (12,1%); contusões, traumas, reumatismo e/ou osteoporose (12,1%), as doenças com menos prevalência foram os quadros demenciais (11,3%); diabetes (8,7%); AVE (8,7%); problemas respiratórios (8,7%); Parkinson (8,7%) e tireoide (7,8%). Porém, os autores deste estudo apontaram a possibilidade de subdiagnósticos entre a população estudada, o que pode comprometer não apenas as intervenções clínicas necessárias para o adequado acompanhamento desses como também dificulta o planejamento de ações de reabilitação e cura, além de políticas públicas voltadas para o manejo adequado das principais condições entre os indivíduos institucionalizados (SUZUKI; DEMARTINI; SOARES, 2009).

Reis e Torres (2011) avaliaram 60 idosos institucionalizados, identificando que 81,7% apresentavam doenças osteomusculares, sendo as mais citadas as articulares (artrite, artrose e artralgia) correspondendo a 49,9%. A ocorrência de dor foi de 73,3%, sendo a dor intensa para 51,7%, localizada nos MMII (47,7%) e coluna (25,0%). O tempo de dor variou de oito meses a 25 anos, com média de 4,05 (\pm 4,65) meses, mesmo diante dessa realidade, apenas, 15,9% recebiam tratamento.

O aumento da proporção de idosos e suas particularidades apontam a necessidade de avaliá-lo em várias perspectivas. É extremamente importante que o idoso seja avaliado na sua própria realidade, observando não só as repercussões clínicas da dor crônica, mas também as influências que ela pode gerar em seu cotidiano (LORENZINI, 2011).

Portanto, considerando que a doença crônica não pode ser curada, há necessidade de ser controlada ao longo do tempo, proporcionando alívio e melhora da dor, manutenção da funcionalidade com avaliação constante da incapacidade funcional crescente e desenvolvimento de habilidades autorregulatórias compensatórias a fim de retardar o progresso da incapacidade e melhorar a qualidade de vida das pessoas afetadas. (RABELO; CARDOSO, 2007)

4.3. Indicadores para avaliação do estado de saúde em idosos

Os indicadores de saúde têm sido reconhecidos gradualmente no Brasil. Eles expressam numericamente a realidade social, servindo de excelente ferramenta para a gestão da saúde. São medidas sínteses de informações que facilitam o monitoramento de objetivos e metas além de contribuir para a avaliação do desempenho do sistema de saúde. Refletem a situação sanitária de uma população e servem para vigilância dessas condições. Além disso, fortalecem a capacidade analítica das equipes e ajudam a desenvolver sistemas de informação intercomunicados, provendo matéria prima para a análise de dados (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2008).

Esforços têm sido feitos para uniformizar e validar indicadores de saúde para a população idosa com o objetivo de gerar informações de qualidade e amplamente disponíveis, que possibilitem a criação de um sistema suficiente para orientar ações de prevenção, cura e reabilitação para o benefício direto à população (REBOUÇAS, 2006).

Porém, a produção e utilização de informações sobre saúde se processam em um contexto muito complexo, compreendendo vários mecanismos de gestão e financiamento (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2008). Já o planejamento da assistência depende da qualidade das informações disponíveis sobre as condições de saúde de uma população. Para auxiliar nesta tarefa, novos

indicadores têm sido propostos a fim de permitir o monitoramento da saúde (REBOUÇAS, 2006).

Nas últimas décadas, importantes sistemas nacionais de informação foram desenvolvidos pelo ministério da saúde. Ocorreram, também, notáveis avanços na disseminação eletrônica de dados sobre nascimentos, óbitos, doenças de notificação, atendimentos hospitalares e ambulatoriais, atenção básica e orçamentos públicos, entre outros (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2008)

No Brasil, culturalmente, são utilizados indicadores negativos de saúde, por exemplo, a taxa de morbimortalidade, no entanto é percebido um aumento na aplicação e divulgação de indicadores positivos como a avaliação da qualidade de vida e o envelhecimento saudável, apontando o redirecionamento do olhar dos pesquisadores nacionais. Diversos indicadores novos têm sido utilizados no mundo, em inquéritos que mostram a situação da saúde de idosos, tal como a autonomia, independência, violência, o uso de medicamento e gastos com saúde.

No ano de 1996, como resultado de esforço conjunto entre o Ministério da Saúde, a Organização Pan-Americana de Saúde e Organização Mundial da Saúde foi criado um sistema que permite diagnósticos dinâmicos da saúde da população idosa brasileira. Ele promove o aprimoramento e a disponibilidade de indicadores sobre a saúde e suas tendências. Seu objetivo é subsidiar a formulação, gestão e avaliação de políticas e ações públicas. A Rede Interagencial de Informação para a Saúde (RIPSA) tem se inspirado em ações bem sucedidas, como as do Canadá, onde novos indicadores têm sido propostos para demonstrar a real condição de vida da população (REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE, 2008).

Após sua criação, a RIPSA passou a emitir relatórios na mídia impressa e digital, contendo informações de inúmeros indicadores, organizados em 6 grupos: a) demográficos; b) socioeconômicos; c) mortalidade; d) morbidade e fatores de risco; e) recursos e f) de cobertura. Num primeiro momento, foram criados projetos-pilotos de instalação da RIPSA nas regiões brasileiras, sendo escolhido um estado por região. Com o avanço do projeto, outros estados foram inseridos na iniciativa, sendo que o estado de Goiás atualmente é o segundo da região Centro-Oeste a compô-la, depois de Mato Grosso do Sul, escolhido como representante regional na primeira fase (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2008).

Pelo perfil de transição demográfica e epidemiológica do Brasil, a RIPSA considera a saúde do idoso, grupo prioritário, e para a elaboração de indicadores

que fossem capazes de acompanhar a saúde da população idosa, formou-se uma comissão de especialistas para constituir a matriz especial para monitorá-la. Em 2002, o principal tema dessa rede foi a saúde do idoso, caracterizando um marco histórico de atenção a essa população (REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE, 2008).

Outro importante marco de atenção à saúde da população idosa foi o lançamento do Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas do Idoso (SISAP), no ano de 2011, fruto da iniciativa conjunta entre a Área Técnica da Pessoa Idosa do Ministério da Saúde e o Laboratório de Informação em Saúde (LIS), da Fundação Oswaldo Cruz, que tem como finalidade disponibilizar indicadores das múltiplas dimensões do estado de saúde do idoso (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011b).

Entre os indicadores apresentados, receberam destaque a *autoavaliação de saúde* e a *capacidade funcional*, cuja aplicação prática é fácil e pode complementar avaliações do estado de saúde. Os resultados desses indicadores sobre os efeitos adversos à saúde durante o envelhecimento têm sido correlacionados com doenças crônicas, hospitalização e mortalidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011a).

Verifica-se que as instituições governamentais de atenção à saúde da população já percebeu a necessidade de acompanhar o seguimento populacional de maior crescimento no país, utilizando indicadores de saúde para conhecer o perfil da população idosa, e, ao apontar a autoavaliação de saúde e a capacidade funcional, entre eles, alerta para a necessidade de se direcionar o olhar para esses desfechos de saúde em pesquisas científicas para que a produção desse conhecimento possa contribuir para a correta interpretação dos achados.

4.4. Capacidade funcional

A capacidade funcional é definida como a habilidade em desempenhar e manter as atividades de vida diária (AVD), que envolve componentes físicos e mentais na elaboração e execução das tarefas consideradas normais e necessárias para a conservação da vida humana (DAMY, 2010; DEL DUCA; SILVA; HALLAL, 2009; DIAS et al, 2011; GIACOMIN et al, 2008; GONÇALVES et al, 2010; KAWAMOTO; YOSHIDA; OKA, 2004; KAWASAKI, 2004; MACIEL; GUERRA, 2007;

PELEGRIN et al, 2008; ROSSI et al, 2012; SALVETTI, 2010; SCUDDS; ROBERTSON, 2000; SILVA, 2009; TAVARES et al, 2007).

Seu desenvolvimento ocorre na infância e atinge seu máximo nos primeiros anos da vida adulta, declinando em seguida. A velocidade desse declínio, no entanto, é fortemente determinada por fatores relacionados ao estilo de vida e aos fatores externos e ambientais. O declínio pode ser tão acentuado que resulta em uma deficiência prematura. Contudo, pode sofrer influências e ser reversível em qualquer idade através de medidas individuais e públicas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005).

A fim de compreender a manutenção dessa habilidade funcional divide-se a capacidade funcional, hierarquicamente, em atividades básicas de vida diária (ABVD), atividades intermediárias da vida diária (AIVD) e atividades avançadas de vida diária (AAVD)(ARAÚJO; CEOLIM, 2007; DEL DUCA; SILVA; HALLAL, 2009; NUNES et al, 2010; REIS; TORRES, 2011).

As ABVD são as atividades necessárias para o cuidado pessoal, como alimentar-se, tomar banho, ter controle sobre os esfíncteres, deitar e levantar-se da cama ou cadeira, dentre outros (KATZ et al, 1963).

As consideradas normais e necessárias para a convivência em comunidade que implicam na utilização de componentes físicos e mentais, na elaboração e execução das tarefas como cuidar da casa, ir às compras, usar o telefone e o transporte, são as AIVD (LAWTON; BRODY, 1969)

Aquelas atividades de interação social, como as religiosas, de lazer e envolvimento político, que por envolver mais que a capacidade física e cognitiva, são consideradas como atividades avançadas de vida diária (AAVD), já que necessitam, além de iniciativa, do interesse no engajamento social (DIAS et, 2011).

Para entender por que a pessoa se torna incapacitada, é preciso considerar os fatores extraindividuais (como os cuidados médicos, a reabilitação e o ambiente físico e social), os fatores de risco (como as características sociodemográficas e o estilo de vida) e os intraindividuais (como os atributos psicológicos e sociais).

Deve-se considerar que a presença de morbidades no envelhecimento não retrata, necessariamente, a condição de perda de saúde, pois, apesar da alta incidência e prevalência de doenças crônico-degenerativas com as quais o idoso convive, é possível haver adaptação adequada a esses agravos. Sendo que um idoso com uma ou mais doenças crônicas pode ser considerado saudável, se

comparado com outro que apresente as mesmas doenças, porém sem controle e com sequelas decorrentes (ROSA, 2007).

Diante dessa constatação, a Organização Mundial de Saúde, desde a década de 1980, passou a recomendar a avaliação da capacidade funcional na população idosa, por compreendê-la como adequada para representar as condições de saúde do indivíduo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1984). Dessa forma, a saúde não é mais medida pela presença ou não de doenças, mas sim pelo grau de preservação da capacidade funcional (ROSA, 2007).

Deve-se, portanto, considerar que o processo de envelhecimento mal sucedido leva ao comprometimento da capacidade funcional, determinando limitações para as atividades da vida diária, as quais exigem assistência de equipe qualificada, com conhecimento sobre a senescência e sobre a importância da manutenção e promoção da autonomia e independência entre idosos (ANGELO; SILVA; LIMA, 2011).

Avaliações tradicionais da saúde do idoso devem incluir a avaliação funcional, visto que esta auxilia o planejamento terapêutico, além ser rapidamente implementada pelos profissionais de saúde, contribuindo para o atendimento primário ao idoso. Permite, ainda, a identificação e tomada de decisão precoce, em face de alterações que necessitem de ampla investigação, correlacionando-se com as demais informações em saúde (PAULA, 2007).

Na população idosa, os principais fatores associados à incapacidade funcional incluem a baixa escolaridade, o aumento da idade, a hospitalização, o acidente vascular encefálico, a autoavaliação de saúde ruim, multimorbidades, dor crônica, déficit visual e os sintomas depressivos ou problemas mentais (DEL DUCA; SILVA; HALLAL, 2009; DORANTES-MENDONZA et al, 2007; GIACOMIN et al, 2008).

Pesquisa envolvendo 1105 idosos coreanos, residentes na comunidade e institucionalizados, identificou que 73% dos que residiam na comunidade e 88% em ILPI relataram comprometimento funcional. O percentual de pessoas com três ou mais limitações nas atividades da vida diária (AVD) foi de 63% entre os residentes de ILPI e 36% entre os da comunidade. As pessoas de idade avançada, sexo feminino, viúvo, com menos apoio familiar apresentaram níveis mais elevados de incapacidade. Ter artrite, hipertensão e/ou acidente vascular cerebral foi associado ao aumento da probabilidade de comprometimento funcional. Características tais

como a idade avançada, sexo feminino e acidente vascular cerebral foram significativamente associados a uma maior probabilidade de incapacidade para os idosos independentemente do local de residência (LEE; CHOI, 2002).

Em estudo realizado com 154 idosos institucionalizados, na cidade de Cuiabá – MT, com média de idade de 77 anos e tempo médio de institucionalização de 4,2 anos, maioria do sexo masculino, solteira e baixo nível de escolaridade, residente na instituição a menos de cinco anos, vínculo familiar preservado e sem amigos, com prática religiosa; 55,8% relataram conviver com pelo menos uma morbidade e 63,6% fazia uso de até dois medicamentos ao dia. Entre as morbidades mais relatadas, estavam os problemas articulares e oculares com prevalência acima de 30%. O déficit cognitivo foi detectado em 23,8% dos idosos avaliados pelo MEEM. A incapacidade funcional foi avaliada pelo índice de Katz e identificaram-se 31,2% dos residentes com dependência total e 13,0%, com dependência parcial, sendo as atividades mais comprometidas as de vestir-se e banhar-se (OLIVEIRA, 2010).

Entre as doenças crônico-degenerativas que figuram como fatores relacionados às incapacidades, a depressão que decorre do isolamento social que, muitas vezes, acomete o idoso residente em instituições de longa permanência, comporta-se como um dos principais fatores para esse comprometimento (REIS, 2008).

Pesquisa, conduzida por Reis et al (2011), avaliou uma amostra de 23 idosos residentes em ILPI, no município de Jequié/BA, em que se encontrou média de idade de 71,5 anos (d.p.=8,5), com predominância do sexo masculino (65,22%), solteiros (60,87%) e analfabetos (69,57%). Identificou-se alta prevalência de depressão do tipo severa (82,61%) e dependência (78,26%) correlacionadas.

Inúmeras são as evidências da influencia da presença de doenças crônico-degenerativas na capacidade funcional do idoso, em face disto, maior atenção deve ser dada à condução dessas condições entre idosos institucionalizados já que acrescentasse a particularidade do ambiente que o idoso reside que, não raramente, influencia negativamente na motivação da aderência ao regime medicamentoso (DANTAS et al, 2013).

4.5. Autoavaliação de saúde

O conceito de saúde proposto pela Organização Mundial de Saúde no ano de 1946, que a considerou não só como a ausência de doença, mas como a situação de perfeito bem-estar físico, mental e social (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003), estimulou a comunidade científica a considerar a autoavaliação de saúde como meio válido de se conhecer a saúde do indivíduo.

A autoavaliação de saúde é resultado de uma análise dos aspectos cognitivos, emocionais, físicos e espirituais realizada pelo indivíduo, e envolve julgamentos de experiências anteriores, relacionadas às experiências de saúde dos seus antepassados, a maneira de lidar com os eventos aleatórios e o enfrentamento desses estressores, além de apontar as suas expectativas futuras com a vida (LIMA-COSTA; FIRMO; UCHÔA, 2004).

Tem sido utilizada em pesquisas epidemiológicas, já que a sua aplicação é de baixo custo, apresenta validade e fidedignidade reforçadas por achados de inquéritos populacionais brasileiros, comparados a dados internacionais (REBOUÇAS, 2006). É indicada para avaliar o estado de saúde real, além de ser de fácil aplicação e predizer a incapacidade e mortalidade precoce (BORIM; BARROS; NERI, 2012; LENARDT; MICHEL; WACHHOLZ, 2010).

Entre os determinantes desta avaliação estão o gênero e os aspectos culturais do indivíduo e a idade, impactando de maneira particular os indivíduos ao redor do globo.

A influência do gênero, na percepção de saúde e relato dela é, provavelmente, determinada cultural e historicamente (FRENCH et al, 2012). Os achados sobre autoavaliação de saúde e gênero ainda são conflituosos, no entanto percebe-se que, diante dos recursos disponíveis para atendimento à saúde, as pessoas que mais conseguem usufruí-los tendem a avaliar melhor seu estado, porque o acesso ainda é distribuído desigualmente entre os sexos. Nesse sentido, Hartmann (2008) aponta as mulheres como as que consideram diversos outros fatores paralelos à saúde, como poder desempenhar suas atividades de vida diária independentemente, já os homens tendem a avaliar melhor sua saúde na ausência de doenças crônicas, assim, a autoavaliação negativa feita pelas mulheres pode estar mais associada com a qualidade de vida.

As tradições de um povo, também, tendem a determinar comportamentos e práticas sociais, e esses valores não são dissociados no momento de se avaliar o estado de saúde. Segundo French et al (2012), a cultura pode determinar a avaliação do estado de saúde, ou seja, aquelas em que são enfatizadas a necessidade de autoaprimoramento, como nos Estados Unidos e a necessidade de autocrítica predominante no Japão, podem transformar-se na base das autoavaliações nesses países. É possível verificar ainda que, culturalmente, há tendência de escolher determinado intervalo nas escalas. Os idosos japoneses, por exemplo, demonstram preferência pelo ponto médio da escala de autoavaliação da saúde.

No estudo de Lee e Shinkai (2003), os idosos coreanos tenderam a avaliar a sua saúde como pior e relatar mais limitações no funcionamento físico do que os idosos japoneses. O valor médio de saúde autoavaliada, em uma escala de 1 (excelente) a 5 (ruim), foi maior em coreanos ($3,29 \pm 1,2$) do que em japoneses ($2,59 \pm 1,1$) ($p < 0,001$).

Na população brasileira a prevalência de autoavaliação de saúde foi investigada e encontrou prevalência de avaliação regular ou ruim de 12,1% entre os adolescentes, 22,3% adultos e 49,4% entre idosos. Adolescentes com menor nível econômico e com escolaridade não adequada relataram pior autoavaliação. Entre os adultos e idosos, relataram pior autoavaliação de saúde: as mulheres, aqueles com maior faixa etária, menor nível econômico e os que possuíam alguma morbidade (REICHERT; LOCH; CAPILHEIRA, 2012).

Além do sexo, das condições crônicas de saúde e da idade, a incapacidade funcional, a expectativa com relação à vida, os recursos sociais disponíveis e os sintomas depressivos têm sido associados às piores avaliações de saúde (FRENCH et al, 2012; MCDAID et al, 2013; ORFILA et al, 2006)

Em estudo realizado em Taiwan, China, os homens autoavaliaram sua saúde como boa mais frequentemente que as mulheres (43,19% *versus* 30,55%) (TSAI, 2012). Resultado semelhante foi encontrado por French et al (2012), os homens avaliaram sua saúde como excelente/muito boa mais frequentemente que as mulheres na Austrália (57% *versus* 30,1%), Estados Unidos (37,6% *versus* 35,5%), Japão (38,3% *versus* 33,2%) e Coréia (7% *versus* 3,6%).

Esses resultados contradizem o cenário encontrado por Lee e Shinkai (2003), na Coréia, em que as mulheres tenderam a avaliar a sua saúde de forma

mais favorável do que os homens. Semelhantemente, estudo realizado com indivíduos irlandeses com mais de 50 anos revelou que ser do sexo feminino comportou-se como fator de proteção para autoavaliação de saúde negativa (OR: 0.81, IC95%: 0.71-0.93) (MCDAID et al, 2013).

Quando Borim, Barros e Neri (2012) analisaram os dados de 1.432 idosos encontraram autoavaliação de saúde excelente (8,2%); muito boa (16,4%); boa (64,5%); ruim (10%) e muito ruim (0,9%). Razões de prevalência ajustadas por sexo e idade mostraram que indivíduos com idade entre 70 e 79 anos (RP=0,73) que moravam com duas ou mais pessoas e os católicos apresentaram menores prevalências de saúde autoavaliada como excelente ou muito boa. Já, a maior prevalência de saúde excelente/muito boa foi encontrada entre os indivíduos sem religião, com um ano de escolaridade ou mais, renda *per capita* igual ou acima de um salário mínimo, que moravam sozinhos, tinham computador em casa, consumiam bebida alcoólica raramente, que consumiam frutas e verduras regularmente e que não eram obesos.

Silva e Menezes (2007) conduziram um estudo com 1.979 idosos na cidade de São Paulo e observaram que a autoavaliação de saúde ruim associou-se com renda (quanto maior a renda, menor é a chance de autoavaliar a saúde negativamente), angina, derrame, tosse crônica, dificuldades nas atividades diárias e dor (duração, intensidade e interferência na vida). Semelhantemente, o estudo realizado por Carvalho et al (2011) mostrou nítida relação da percepção do estado de saúde com gênero, doenças crônicas, baixa escolaridade e trabalho, apresentando piores avaliações os que eram acometidos por doenças crônicas, tinham baixa escolaridade e menor ocupação laboral, além de reduzida prática de atividade física.

Na região Sul do Brasil, 43 idosos foram avaliados, apresentaram como principais problemas de saúde a artrite ou reumatismo (48,8%) e 25,6% tinha pressão alta. Na autoavaliação da saúde, 16,3% consideraram-na muito boa. Houve influência negativa da dor crônica na qualidade de vida desses no domínio físico, das relações sociais em relação aos controles (LORENZINI, 2006).

Pimenta (2006) realizou pesquisa entre aposentados a fim de mensurar a autoavaliação de saúde entre aqueles que se aposentaram por tempo de serviço e por invalidez. Dentre os resultados da pesquisa, verificou-se que os aposentados por invalidez apresentaram menores escores no SF-36 quando comparados aos

aposentados por tempo de serviço e, estavam relacionados aos domínios dor, aspecto funcional e estado geral de saúde. A atividade física se associou à melhor autoavaliação do estado de saúde, comprovando que a independência contribui para uma melhor satisfação com a vida e menor chance de apresentar avaliações negativas de saúde.

Entre idosos institucionalizados no Distrito Federal predominaram as mulheres (56,7%), aqueles que recebiam visitas de familiares (50,8%) e estavam satisfeitos com a ILPI (71,40%). Quando interrogados a respeito da satisfação com sua saúde atual 41% disseram-se satisfeitos, mesmo 51,4% deles tendo referido sentimento de angústia (ARAÚJO et al, 2008).

Na cidade de Natal – RN, 76 idosos institucionalizados em 3 ILPI foram avaliados quanto a aspectos sociodemográficos e clínicos. Houve maior prevalência de mulheres, longevos (80 anos ou mais), solteiros ou viúvos, baixa escolaridade e aposentados. A maioria estava satisfeita com a instituição em que residia, mesmo tendo procurado auxílio na instituição por problemas familiares, falta de opção ou estar doente. Os problemas mais citados por eles foram dor nas articulações (63%), problemas de vista (59%) e doenças do coração (31%), mas, mesmo diante do quadro de morbidades referidas, 66% dos pesquisados em uma instituição consideraram seu estado de saúde de muito bom a bom; 86%, na segunda e 74%, na terceira instituição, consideraram sua saúde de regular a péssimo. (DAVIM et al, 2004).

Estudo realizado com 20 idosas institucionalizadas de Curitiba revelou que para 80% das entrevistadas, sua saúde é ótima ou boa e para 20%, ruim. No que tange à saúde física, 11 idosas declararam-na boa, cinco consideraram-na ótima e quatro delas, ruim. Isso aponta a forte influência do estado de saúde atual sobre a autoavaliação dessa, confirmando, portanto, a confiabilidade desse indicador. Comparando o estado atual de saúde com o dos últimos cinco anos, 60% afirmaram que hoje encontram-se em melhores condições físicas; 30% julgaram que a situação permanece inalterada, e 10% achou que sua saúde estava pior. Quando solicitadas a comparar sua saúde com a de outras pessoas da mesma idade, observou-se que 16 entrevistadas consideraram a sua melhor, três delas consideraram que sua situação não é diferente das outras, e uma relatou que a achava pior. (LENARDT; MICHEL; WACHHOLZ, 2010).

Davim et al (2004) colocam que, mesmo em situação de institucionalização, ao idoso devem ser preservadas e/ou melhoradas a qualidade de vida, autonomia e independência. No entanto, muitas vezes, o que ocorre em uma instituição, com o propósito de agilizar o processo de atendimento, é a diminuição do incentivo aos idosos para continuarem realizando independentemente suas atividades, o que pode levar à deterioração do quadro funcional e das limitações, tornando mais difícil o trabalho da equipe multidisciplinar na avaliação e no tratamento desse grupo.

5. METODOLOGIA

5.1. Tipo e período do estudo

Estudo tipo corte transversal, analítico, realizado entre maio e agosto de 2012.

5.2. Local e população do estudo

No ano de 2012 haviam nove ILPI, cadastradas no Conselho Municipal do Idoso de Goiânia, abrigando 346 indivíduos institucionalizados. Aceitaram participar do estudo 8 (oito) instituições e uma delas foi excluída por caracterizar-se como residência temporária que abriga, também, população de rua.

A população alvo desse estudo constituiu-se de idosos sem déficit cognitivo grave (escores ≥ 13 no Mini Exame do Estado Mental de Folstein, Folstein Mchugh (1975), que residiam nas 7 (sete) ILPI (n=246) participantes, sendo 3 (três) tipo casa-lar e, 4 (quatro), tipo atendimento integral.

Goiânia está localizada na região do Planalto Central Brasileiro, com uma população de 1.301.892.000 habitantes, e a população idosa corresponde a 9,57% (n=124.682.000) (IBGE, 2010).

As casas-lares são instituições caracterizadas pela residência individual e estímulo à realização de atividades de autocuidado, inclusive aquelas relacionadas às atividades básicas de vida diária. Já as instituições de atendimento integral, são instituições de abrigo coletivo, sem espaços privativos para os residentes, que são servidos em suas necessidades pela equipe assistencial (SECRETARIA DE POLÍTICAS DE ASSISTÊNCIA SOCIAL).

5.3. Critérios de inclusão

Foram incluídos os indivíduos com idade maior ou igual a 60 anos (idade estabelecida para o idoso no Brasil, de acordo com a Lei nº 8.842 de 4 de janeiro de 1996), que moravam em uma das ILPI participantes do estudo.

5.4. Critérios de exclusão

Idosos que embora residissem na ILPI, não estiveram presentes no momento da visita do observador/pesquisador, em até três tentativas de encontro, e os incapazes de verbalizar, ouvir e ver para realizar as tarefas de medida propostas.

5.5. Estudo Piloto

O estudo piloto foi realizado em abril de 2012 com uma amostra de 24 idosos, residentes em ILPI de Aparecida de Goiânia, Goiás. Esses idosos não foram incluídos na amostra. O estudo piloto permitiu testar o instrumento de coleta de dados, apontando as necessidades de refinamento para atender aos objetivos da pesquisa; verificar os aspectos logísticos e operacionais da pesquisa; e o nível de capacitação e treinamento dos entrevistadores para a pesquisa.

5.6. Coleta de dados

Inicialmente, os diretores das instituições foram contatados e consultados sobre a possibilidade de execução da pesquisa. Foram apresentados a eles os objetivos da pesquisa e, após consentimento, os dados foram colhidos nas dependências das ILPI, por seis entrevistadores treinados. Todos os idosos assinaram ou deixaram a marca digital como mostra do assentimento individual para participar (APÊNDICE A). Os dados foram coletados utilizando-se instrumento padronizado (APÊNDICE B).

Os itens constantes no instrumento incluíram os de identificação; perfil social; hábitos de vida; condições crônicas autorrelatadas; avaliação da dor; capacidade funcional para atividades básicas de vida diária; autoavaliação do estado de saúde, avaliação da depressão e enfrentamento da dor.

5.7. Variáveis do estudo

5.7.1. Variáveis de desfecho

Incapacidade funcional: definida como qualquer nível de comprometimento em pelo menos umas das atividades básicas de vida diária, avaliadas pelo Índice de Katz (KATZ et al, 1963), sendo elas, banhar-se, vestir-se, ir ao banheiro, deitar-se e levantar-se da cama e/ou cadeira e controlar as funções de urinar e/ou evacuar. A incapacidade funcional foi analisada como dependente, para dependência parcial ou total em qualquer das atividades avaliadas; e independente na ausência de limitações para as atividades de autocuidado (REIS; TORRES, 2011).

Autoavaliação negativa da saúde: avaliada por meio de escala ordinal de cinco pontos com as categorias “ótima”, “boa”, “regular”, “ruim” ou “péssima”. A pergunta feita ao idoso foi: “Como o senhor avalia o seu estado de saúde?”. As respostas foram lidas e o idoso (a) escolheu uma das cinco (5) opções. Foram consideradas como autoavaliação negativa de saúde o agrupamento das opções “ruim/péssima” (LIMA-COSTA; FIRMO; UCHÔA, 2004).

5.7.2. Variáveis de exposição

As variáveis de exposição foram agrupadas em **sociodemográfica:** sexo (feminino e masculino), idade (60 a 69 anos, 70 a 79 anos e 80 anos ou mais), estado marital (com companheiro e sem companheiro), escolaridade (até 8 anos de estudo e mais de 8 anos), possuir filhos (sim e não), ser aposentado (sim e não), tempo de residência na ILPI (menor que 6 anos e >6 anos) e modalidade da ILPI (casa-lar ou instituição de atendimento integral), relacionadas ao estilo de vida: prática de atividade física (sim e não), e **clínicas:** condições crônicas - diabetes (sim/não), HAS (sim/não), hipercolesterolemia (sim/não), osteoporose (sim/não), doenças osteomusculares (sim/não), neoplasia (sim/não), histórico de AVE (sim/não), histórico de IAM (sim/não), catarata (sim/não), asma/bronquite ou outras doenças respiratórias (sim/não), problemas de memória (sim/não), suspeita de depressão (sim/não), avaliada pela escala de depressão geriátrica de 30 pontos, sendo que a pontuação igual ou maior que 10 foi considerada sugestiva para presença de depressão; dor, avaliada quanto à presença (sim/não); ocorrência (em repouso e/ou movimento), intensidade (nenhuma, leve, moderada, forte, pior dor possível), ficou deitado por causa da dor (sim/não), localização da dor (avaliada por meio de diagramas corporais com frente e costas); tempo de dor (menos de 3 meses, de 3 a 5 meses, mais de 6 meses e menos que um ano; de 1 a 5 anos, mais

de 5 anos e menos de 10 anos; mais de 10 anos), nível cognitivo, avaliado por meio do Mini-Exame Estado Mental (MEEM) indicado para avaliação clínica do estado cognitivo em pacientes geriátricos, seu somatório varia de 0 a 30, são escores indicativos de cognição normal aqueles que variam de 27 a 30; escores indicativos de cognição limítrofe de 24 a 26; comprometimento cognitivo moderado é indicado por escores de 13 a 23; e comprometimento cognitivo grave por escores <13.

5.8. Processamento e análise dos dados

Os dados foram registrados em instrumento de coleta de dados padronizado e posteriormente digitados, em dupla entrada, em banco de dados elaborado no programa SPSS, versão 20.0. A sobreposição dos bancos em busca de inconsistências foi feita por meio do pacote estatístico Epiinfo 6.04. Após o ajuste, o banco foi convertido no programa *Stata*, versão 12.0, para análise dos dados.

Para as variáveis contínuas, foram calculadas médias e desvio-padrão. As prevalências foram calculadas com intervalo de confiança de 95% (IC95%).

Inicialmente, utilizou-se Razão de Prevalência (RP) e o modelo de regressão de *Poisson*, as variáveis com $p < 0,10$ foram incluídas no modelo de regressão de Poisson multivariada.

Na análise multivariada, foram criados dois blocos: o primeiro contendo as variáveis sociodemográfica e clínicas; e o segundo as variáveis referentes à experiência dolorosa. As variáveis foram acrescentadas uma a uma, primeiramente as sociodemográficas e clínicas (valor de $p < 0,10$) e, posteriormente, as variáveis relacionadas à dor.

Para verificar as significâncias estatísticas, foram utilizados os testes de χ^2 e Exato de Fisher quando apropriados. Valores com $p < 0,05$ foram considerados estatisticamente significativos.

5.9. Procedimentos Éticos e Legais

Os idosos e responsáveis legais foram convidados a participarem da pesquisa, sendo orientados quanto aos objetivos do estudo, métodos da pesquisa, riscos, benefícios e confidencialidade dos dados. Foram informados que participariam como voluntários e sem qualquer ônus ou remuneração. Aceitando,

assinaram/identificaram com a marca digital o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A). Caso desejassem retirar o consentimento durante a pesquisa, foram informados que tal decisão não acarretaria em nenhum prejuízo para ele ou seu representante legal. Além disso, foram informados sobre o armazenamento dos instrumentos de coleta de dados por cinco anos, na instituição do pesquisador responsável, e que após este período seriam destruídos.

5.10. Viabilidade do estudo

Esse estudo é um recorte de um projeto maior intitulado “Avaliação da dor crônica em idosos de Goiânia” da Rede de Pesquisa de Vigilância à Saúde dos Idosos (REVISI) e Núcleo de Estudos e Pesquisas em Tecnologia de Avaliação, Diagnóstico e Intervenção de Enfermagem e Saúde (NUTADIES). Foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás-UFG, e recebeu aprovação para execução (Protocolo nº 398/11) – Anexo I.

Parte das atividades foi custeada por financiamento do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

6. RESULTADOS

Os resultados do estudo foram apresentados conforme os itens (1) Perfil demográfico, socioeconômico e de condições de saúde dos idosos; (2) capacidade funcional para atividades básicas da vida diária e fatores associados; e (3) autoavaliação do estado de saúde e fatores associados.

6.1. Perfil demográfico, socioeconômico e de condições de saúde dos idosos

A maioria dos idosos era do sexo feminino (53,5%), com média de idade de 77,16 anos (d.p.=8,8), idade na faixa etária de 80 anos ou mais (41,5%). Não ter companheiro foi a situação marital mais frequente (77,2%) e, com relação à descendência, 64,2% relataram possuir filhos. Os idosos apresentavam média de escolaridade de 3,64 anos de estudo (d.p.=4,0). A maioria recebia aposentadoria (86,0%), residia em instituições denominadas casas-lares (52,8%), e estavam na ILPI há menos de 6 anos (61,8%); quase 60% relataram não receber visitas dos filhos ou companheiros (Tabela 1).

Tabela 1: Perfil sociodemográfico dos idosos institucionalizados. Goiânia, GO, 2012

Variável	N	%
Sexo		
Masculino	74	46,5
Feminino	85	53,5
Idade (anos) (Média: 77,16; d.p. 8,8)		
60-69	30	18,9
70-79	63	39,6
≥ 80	66	41,5
Estado civil[†]		
Com companheiro	36	22,8
Sem companheiro	122	77,2
Filhos		
Sim	102	64,2
Não	57	35,8
Escolaridade (anos) (Média:3,64; d.p. 4,0)		
≤ 8	136	85,5
> 8	23	14,5
Aposentadoria[‡]		
Sim	135	86,0
Não	22	14,0
Modalidade		
Casa-lar	84	52,8
Instituição de atendimento integral	75	47,2
Tempo que reside na ILPI (anos)[‡]		
≤ 5	97	61,8
> 5	60	38,2
Recebe visitas (filho/companheiro)[†]		
Não	93	(58,9)
Sim	65	(41,1)

*Intervalo de confiança de 95%; †Sem informação para um participante; ‡Sem informação para dois participantes.

Pela avaliação cognitiva, realizada por meio do MEEM, a média do escore entre os 159 idosos foi de 21,6 (d.p.=4,56) e mediana 22 (QI=18; QIII=26), com maior prevalência para aqueles com comprometimento cognitivo (64,2%), cognição preservada (21,4%) e limítrofes (14,5%).

Com relação aos aspectos relacionados à saúde do idoso institucionalizado verificou-se alta prevalência de morbidade (90,1%), com maior frequência de hipertensão arterial (52,8%), catarata (51,6%), dor crônica (49,1%), suspeita de depressão (44,2%) e doenças osteomusculares (33,3%). A multimorbidade (quatro doenças ou mais) afetou mais de 40% dos idosos, alcançando prevalência de 40,7%. Mais da metade dos idosos (51,6%) não praticavam atividade física (Tabela 2).

Em relação à experiência dolorosa, 99 idosos (62,3%) sentiram dor nos meses que precederam a pesquisa. Os locais mais afetados foram a espinha lombar (43,4%), os membros inferiores (MMII) 32,3% e os joelhos (23,2%). Aproximadamente 75% dos idosos apresentavam de 1 a 3 locais de dor, aqueles

que referiram sentir dor em 4 a 6 locais representavam 18% e mais de 6 locais (relato máximo de 14 locais) 7%. Entre os relatos de pior dor, figuraram principalmente a dor na região lombar (33,3%) e MMII (14,1%) (dados não mostrados). Destes, 81 (81,8%) haviam sentido dor nos últimos sete dias, a presença de dor fez com que 21,4% deles ficassem deitados (Tabela 2).

Tabela 2: Perfil clínico dos idosos institucionalizados. Goiânia, GO, 2012

Variável	N	%
Tem diabetes (Sim)	30	18,8
Tem hipertensão (Sim)	84	52,8
Tem colesterol elevado [†] (Sim)	45	28,5
Tem osteoporose (Sim)	43	27,0
Tem câncer [†] (Sim)	10	6,3
Tem catarata (Sim)	82	51,6
Teve derrame cerebral (AVE) (Sim)	34	21,4
Teve infarto do miocárdio (Sim)	10	6,3
Tem asma, bronquite ou outros (Sim)	25	15,7
Tem doenças osteomusculares (Sim)	53	33,3
Suspeita de depressão [‡] (Sim)	69	44,2
Tem problemas de memória (Sim)	24	15,2
Tem problemas na tireoide (Sim)	19	12,0
Pratica atividade física (Sim)	77	48,4
Multimorbidade [§] >4	61	40,7
Dor nos últimos meses (Sim)	99	62,3
Tempo de dor		
< 6 meses	21	21,2
6 meses a 1 ano	19	19,0
2 a 5 anos	17	17,2
6 a 10 anos	13	13,1
> 10 anos	26	26,3
Dor nos últimos sete dias		
Não	18	18,2
Sim	81	81,8
Ficou deitado por causa		
Não	77	78,6
Sim	21	21,4
Avaliação global da dor [#]		
Nenhuma	1	1,0
Leve/moderada	52	52,5
Forte/pior possível	46	46,5
Avaliação da dor ao repouso [#]		
Nenhuma	47	48,5
Leve/moderada	34	35,1
Forte/pior possível	16	16,5
Avaliação da dor ao movimento [#]		
Nenhuma	16	16,5
Leve/moderada	33	34
Forte/pior possível	48	49,5

*Intervalo de confiança de 95%; †Sem informação para um participante; ‡Sem informação para três participantes; § Só para quem referiu morbidade; || Válido somente para quem referiu dor nos últimos meses (N=99); # Válido somente para quem sentiu dor na última semana.

6.2. Capacidade funcional para realizar atividades básicas da vida diária (ABVD) e fatores associados

As Tabelas 3, 4 e 5, mostram os potenciais fatores associados à presença de incapacidade funcional em idosos residentes em ILPI. As variáveis sociodemográficas que se associaram ao desfecho foram: idade, estado civil e modalidade da instituição.

A prevalência de incapacidade funcional para ABVD foi de 35,2% (28,2-42,9). As mulheres apresentaram mais incapacidade que os homens (40% e 29,7%, respectivamente). A incapacidade aumentou com a idade, atingindo 49,2% dos muito idosos; bem como aqueles sem companheiros. Entre os idosos que residiam em ILPI modalidade de cuidado integral, 56% apresentavam comprometimento da capacidade funcional (Tabela 3).

Tabela 3: Análise univariada entre potenciais fatores associados à incapacidade funcional, segundo as características sociodemográficas dos idosos institucionalizados. Goiânia, GO, 2012.

Variável	Incapacidade Funcional		RP [†] (IC 95%) [‡]	P
	n/Total*	(%)		
Sexo				
Masculino	22/74	(29,7)	1.0	
Feminino	34/85	(40,0)	1,34 (0,86-2,08)	0,18
Idade (anos)				
60-69	6/30	(20,0)	1.0	
70-79	19/66	(28,8)	1,43 (0,63-3,24)	0,38
≥ 80	31/63	(49,2)	2,46 (1,14-5,26)	0,02
Estado civil				
Com companheiro	6/36	(16,7)	1.0	
Sem companheiro	49/122	(40,2)	2,40 (1,12-5,17)	0,02
Escolaridade (anos)				
≤ 8	45/136	(33,1)	1.0	
> 8	11/23	(47,8)	1,44 (0,88-2,36)	0,14
Tempo que reside na ILPI (anos)				
≤ 5	37/97	(38,1)	1.0	
> 5	18/60	(30,0)	0,78 (0,49-1,25)	0,31
Aposentadoria				
Não	4/22	(18,2)	1.0	
Sim	52/135	(38,5)	2,11 (0,84-5,28)	0,10
Modalidade				
Casa-Lar	14/84	(16,7)	1.0	
Instituição de atendimento integral	42/75	(56,0)	3,36 (1,99-5,65)	0,00

*Denominador reflete o número de respostas válidas; †Razão de prevalência; ‡Intervalo de confiança de 95%.

Os idosos com comprometimento cognitivo apresentaram maior prevalência de incapacidade (43,1%), que aqueles com a função cognitiva preservada (17,6%).

Entre os que avaliaram negativamente sua saúde houve alta prevalência de incapacidade; semelhantemente àqueles com suspeita de depressão. Entre os não praticantes de atividade física a prevalência de incapacidade foi de 58,9% (Tabela 4).

Tabela 4: Análise univariada entre potenciais fatores associados à incapacidade funcional, segundo as características inerentes ao estilo de vida, indicadores e condições de saúde dos idosos institucionalizados. Goiânia, GO, 2012

Variável	Incapacidade Funcional		RP [†] (IC 95%) [‡]	P
	n/Total*	(%)		
Função cognitiva[§]				
Limítrofe	6/23	(26,1)	1,47 (0,54-4,03)	0,40
Comprometimento	44/102	(43,1)	2,44 (1,14-5,23)	0,02
Avaliação negativa da Saúde				
Sim	15/23	(65,2)	2,16 (1,45-3,20)	0,00
Comparação de Saúde				
Pior	8/15	(53,3)	1,62 (0,95-2,76)	0,07
Morbidade				
Sim	54/150	(36,0)	1,62 (0,46-5,62)	0,44
Número de morbidades				
> 4	25/61	(41,0)	1,25 (0,82-1,92)	0,30
Diabetes				
Sim	11/30	(36,7)	1,05 (0,62-1,78)	0,85
HÁS				
Sim	29/84	(34,5)	0,95 (0,62-1,46)	0,84
Hipercolesterolemia				
Sim	14/45	(31,1)	0,83 (0,50-1,37)	0,50
Osteoporose				
Sim	18/43	(41,9)	1,27 (0,82-2,00)	0,27
Doenças Osteomusculares				
Sim	23/53	(43,4)	1,40 (0,91-2,12)	0,10
Neoplasia				
Sim	2/10	(20,0)	0,54 (0,20-1,93)	0,35
Histórico de AVE				
Sim	14/34	(41,2)	1,22 (0,76-1,96)	0,40
Histórico de IAM				
Sim	1/10	(10,0)	0,27 (0,04-1,77)	0,17
Catarata				
Sim	29/82	(35,4)	1,00 (0,66-1,54)	0,96
Doenças respiratórias				
Sim	7/25	(28,0)	0,76 (0,40-1,50)	0,43
Problemas de memória				
Sim	12/24	(50,0)	1,52 (0,95-2,43)	0,08
Suspeita de depressão[¶]				
Sim	35/69	(50,7)	2,32 (1,46-3,68)	0,00
Atividade física				
Não	33/77	(58,9)	1,52 (1,00-2,35)	0,05

*Denominador reflete o número de respostas válidas; †Razão de prevalência; ‡Intervalo de confiança de 95%; §Avaliação da função cognitiva pelo Mini Exame do Estado Mental (Folstein et al, 1975); ||Autocomparação de saúde com outros idosos; ¶Avaliada pela Escala de Depressão Geriátrica

As condições de saúde associadas, ou marginalmente associadas, na análise univariada foram a função cognitiva, avaliação negativa da saúde,

comparação de saúde, problemas de memória, suspeita de depressão e não praticar atividade física.

Sobre as características da dor estiveram associados ter permanecido deitado por causa de dor nos últimos sete dias e avaliar a dor como forte/pior possível em repouso. Entre os idosos que ficaram deitados por causa da dor na última semana, 66,7% apresentaram comprometimento funcional ($p=0,000$). Entre aqueles que avaliaram sua dor ao repouso como leve/moderada a prevalência de incapacidade foi menor do que entre os que a avaliaram como forte/pior dor possível, sendo respectivamente 21,4% e 75% ($p=0,003$) (Tabela 5).

Tabela 5: Análise univariada entre potenciais fatores associados à incapacidade funcional, segundo as características da experiência dolorosa dos idosos institucionalizados. Goiânia, GO, 2012

Variável	Incapacidade Funcional		RP [†] (IC 95%) [‡]	p
	n/Total*	(%)		
Presença de dor				
Sim	35/99	(35,4)	1,01 (0,65-1,56)	0,96
Nº de locais de dor[#] (Média: 1,56; d.p.1,94)				
> 1	24/66	(36,4)	1,09 (0,60-1,95)	0,76
Dor nos últimos sete dias^{§#}				
Sim	29/81	(35,8)	1,07 (0,52-2,20)	0,84
Dor ao repouso[#]				
Sim	19/45	(42,2)	1,50 (0,85-2,60)	0,15
Dor ao movimento[#]				
Sim	29/79	(36,7)	1,40 (0,62-3,13)	0,42
Ficou deitado por causa da dor^{§#}				
Sim	14/21	(66,7)	2,44 (1,51-3,93)	0,00
Avaliação da dor ao repouso^{§¶}				
Nenhum	13/40	(32,5)	1,0	
Moderada/leve	6/28	(21,4)	0,66 (0,28-1,53)	0,33
Forte/pior	9/12	(75,0)	2,30 (1,32-4,02)	0,003
Avaliação da dor ao movimento^{§¶}				
Nenhum	2/12	(16,7)	1,0	
Moderada/leve	11/26	(42,3)	2,53 (0,65-9,80)	0,17
Forte/pior	15/42	(35,7)	2,14 (0,56-8,15)	0,26

*Denominador reflete o número de respostas válidas; †Razão de prevalência; ‡Intervalo de confiança de 95%; §Últimos sete dias; ¶Avaliação da dor pela Escala Numérica; ¶Avaliação da dor ao movimento pela escala de descritores verbais; #Válido somente para quem referiu dor nos últimos meses (N=99).

As variáveis que apresentaram associação significativa (Tabela 3, 4 e 5) e que permaneceram marginalmente associados ao desfecho foram incluídas no modelo multivariado.

A incapacidade funcional esteve independentemente associada a: modalidade da ILPI de assistência integral (RP: 2,06; IC 95%:1,15-3,74), avaliação negativa da saúde (RP: 1,60; IC 95%: 1,02-2,46), ficar deitado por causa de dor nos

últimos sete dias (RP: 2,60; IC 95%: 1,54-4,38) e avaliar a intensidade da dor ao repouso como forte/pior possível (RP: 2,30; IC 95%: 1,32-4,00) (Tabela 6).

Tabela 6: Análise multivariada entre potenciais fatores associados ou marginalmente associados à incapacidade funcional dos idosos institucionalizados. Goiânia, GO, 2012

Fatores	Razão de Prevalência (IC 95%)*			
	Não ajustada	p	Ajustada	P
Idade entre 70-79 anos	1,43 (0,63-3,24)	0,38	1,28 (0,55-2,97) [†]	0,55
Idade ≥ 80 anos	2,46 (1,14-5,26)	0,02	1,73 (0,80-3,76) [†]	0,16
Estado civil (sem companheiro)	2,40 (1,12-5,17)	0,02	1,80 (0,84-3,86) [†]	0,13
Modalidade de atendimento integral	3,36 (1,99-5,65)	0,00	2,06 (1,15-3,74) [†]	0,01
Função cognitiva (limítrofe) [§]	1,47 (0,54-4,03)	0,40	1,50 (0,42-3,62) [†]	0,38
Função cognitiva (comprometimento cognitivo) [§]	2,44 (1,14-5,23)	0,02	1,40 (0,42-4,58) [†]	0,57
Avaliação negativa da saúde (sim)	2,16 (1,45-3,20)	0,00	1,60 (1,02-2,46) [†]	0,04
Comparação da saúde (pior)	1,62 (0,95-2,76)	0,07	0,93 (0,55-1,55) [†]	0,78
Problemas de memória (sim)	1,52 (0,95-2,43)	0,08	1,25 (0,76-2,43) [†]	0,36
Suspeita de depressão (sim)	2,32 (1,46-3,68)	0,00	1,45 (0,86-2,43) [†]	0,16
Prática de atividade física (não)	1,52 (1,00-2,35)	0,05	1,00 (0,62-1,55) [†]	0,94
Ficou deitado por causa da dor (sim) [¶]	2,44 (1,51-3,93)	0,00	2,60 (1,54-4,38) [‡]	0,00
Avaliação da dor ao repouso(moderada/leve)	2,53 (0,65-9,80)	0,33	0,65 (0,30-1,42) [‡]	0,28
Avaliação da dor ao repouso (forte/pior dor)	2,14 (0,56-8,15)	0,003	2,30 (1,32-4,00) [‡]	0,003

*Intervalo de confiança de 95%; †Ajustado por idade, estado civil, modalidade, minimal, avaliação negativa da saúde, comparação da saúde, suspeita de depressão, problemas de memória. ‡Ajustado por dor ao repouso e ficou deitado por causa da dor; §Avaliação da função cognitiva pelo Mini Exame do Estado Mental (Folstein et al, 1975); ||Avaliação da dor ao movimento pela escala de descritores verbais; ¶Últimos sete dias.

6.3. Autoavaliação do estado de saúde e fatores associados

A prevalência de autoavaliação de saúde foi de 11,9% para ótima; 30,8% para boa; 42,8% para regular; 6,3% para ruim; e 8,2% para péssima, sendo assim, a autoavaliação negativa (saúde ruim/muito ruim) foi referida por 14,5% (9,8-20,8).

A maior prevalência de autoavaliação negativa de saúde ocorreu entre as mulheres (16,5%), os idosos com 80 anos ou mais (17,5%), aqueles que não possuíam companheiro (15,6%), com mais de oito anos de estudo (21,7%), que não recebiam aposentadoria, porém estes dados não foram estatisticamente significantes. Residir em instituição de atendimento integral foi a única variável sociodemográfica associada à autoavaliação negativa de saúde (p=0,004) (Tabela 7).

Tabela 7: Análise univariada entre potenciais fatores associados à autoavaliação negativa de saúde, segundo as características sociodemográficas dos idosos institucionalizados. Goiânia, GO, 2012

Variável	Avaliação negativa		RP [†] (IC 95%) [‡]	P
	n/Total*	(%)		
Sexo				
Masculino	9/74	(12,2)	1.0	
Feminino	14/85	(16,5)	1,35 (0,62-2,95)	0,44
Idade (anos)				
60-69	3/30	(10,0)	1.0	
70-79	9/66	(13,6)	1,36 (0,40-4,70)	0,62
≥ 80	11/63	(17,5)	1,74 (0,52-5,82)	0,36
Estado civil*				
Com companheiro	4/36	(11,1)	1.0	
Sem companheiro	19/122	(15,6)	1,40 (0,50-3,86)	0,51
Escolaridade (anos)				
≤ 8	18/136	(13,2)	1.0	
> 8	5/23	(21,7)	1,64 (0,67-4,00)	0,27
Tempo que reside na ILPI (anos)				
≤ 5	16/97	(16,5)	1.0	
> 5	7/60	(11,7)	0,70 (0,30-1,62)	0,41
Aposentadoria				
Sim	1/22	(4,5)	1.0	
Não	22/135	(16,3)	3,60 (0,50-25,42)	0,20
Modalidade				
Casa-Lar	5/85	(6,0)	1.0	
Modalidade de atendimento integral	18/75	(24,0)	4,03 (1,56-10,35)	0,004

*Denominador reflete o número de respostas válidas; †Intervalo de Confiança de 95%.

Quanto às condições de saúde, 17,6% dos idosos com comprometimento cognitivo avaliaram negativamente sua saúde. Entre aqueles com cognição normal ou limítrofe esse percentual foi de 8,8%. Maiores prevalências de autoavaliação negativa foram encontradas em idosos que relataram infarto agudo do miocárdio (30,0%), doenças respiratórias (24,0%) e osteoporose (23,3%), no entanto, não apresentaram diferença estatística (Tabela 8).

Na análise univariada estiveram associadas, ou marginalmente associadas, à autoavaliação negativa de saúde a comparação de saúde (RP= 4,26; IC95%: 2,06-8,79), número de morbidades (RP= 2,26; IC95%: 1,04-4,92), incapacidade funcional (RP= 3,44; IC95%: 1,55-7,64), osteoporose (RP=2,07; IC95%:1,00-4,40), doenças osteomusculares (RP= 2,18; IC95%: 1,02-4,62) e suspeita de depressão (RP= 13,2; IC95%: 3,20-54,8) (Tabela 8).

Tabela 8: Análise univariada entre potenciais fatores associados à autoavaliação negativa de saúde, segundo as características inerentes ao estilo de vida, indicadores e condições de saúde dos idosos institucionalizados. Goiânia, GO, 2012

Variável	Avaliação negativa		RP [†] (IC 95%) [‡]	P
	n/Total*	(%)		
Função cognitiva [§]				
Comprometimento	18/102	(17,6)	2,01 (0,80-5,14)	0,14
Comparação de Saúde				
Pior	7/15	(46,7)	4,26 (2,06-8,79)	0,00
Número de morbidades (Média: 3,76; d.p.2,3)				
> 4	14/61	(23,0)	2,26 (1,04-4,92)	0,04
Incapacidade Funcional				
Sim	15/56	(26,8)	3,44 (1,55-7,64)	0,002
Diabetes				
Sim	5/30	(16,7)	1,19 (0,48-2,96)	0,70
HÁS				
Sim	10/84	(11,9)	0,68 (0,31-1,47)	0,33
Hipercolesterolemia				
Sim	7/45	(15,6)	1,17 (0,51-2,70)	0,70
Osteoporose				
Sim	10/43	(23,3)	2,07 (1,00-4,40)	0,06
Doenças osteomusculares				
Sim	12/53	(22,6)	2,18 (1,02-4,62)	0,04
Neoplasia				
Sim	1/10	(10,0)	0,72 (0,10-4,74)	0,72
Histórico de AVE				
Sim	4/34	(11,8)	0,77 (0,30-2,13)	0,62
Histórico de IAM				
Sim	3/10	(30,0)	0,3 (0,04-1,8)	0,20
Catarata				
Sim	13/82	(15,9)	1,22 (0,56-2,62)	0,61
Doenças respiratórias				
Sim	6/25	(24,0)	1,90 (0,82-4,33)	0,13
Problemas de memória				
Sim	3/24	(12,5)	0,88 (0,30-2,75)	0,82
Suspeita de depressão [¶]				
Sim	21/69	(30,4)	13,2 (3,20-54,8)	0,00
Atividade física				
Não	12/77	(15,6)	1,16 (0,54-2,48)	0,70

*Denominador reflete o número de respostas válidas; †Razão de prevalência; ‡Intervalo de confiança de 95%; §Avaliação da função cognitiva pelo Mini Exame do Estado Mental (Folstein et al, 1975); ¶ Avaliada pela Escala de Depressão Geriátrica

A presença de dor aumentou em quase três vezes a chance de pior autoavaliação de saúde quando comparado com aqueles que não tinham dor. Dentre os que relataram dor, a maior prevalência de autoavaliação de saúde ruim foi entre aqueles que possuíam mais de um local do corpo afetado por essa experiência, porém, sem diferença estatística. As variáveis associadas à autoavaliação negativa de saúde foram presença de dor ($p=0,04$), ter ficado deitado por causa da dor ($p=0,01$) e avaliar a dor ao repouso como forte/pior dor ($p=0,01$) (Tabela 9).

Tabela 9: Análise univariada entre potenciais fatores associados à autoavaliação negativa de saúde, segundo as características da experiência dolorosa dos idosos institucionalizados. Goiânia, GO, 2012

Variável	Avaliação negativa		RP (IC 95%) [†]	P
	n/Total*	(%)		
Presença de dor				
Sim	19/99	(19,2)	2,87 (1,02-8,10)	0,04
Nº de locais de dor[#] (Média: 1,56; d.p.:1,94)				
> 1	16/66	(24,2)	2,66 (0,83-8,55)	0,09
Dor^{§#}				
Sim	15/81	(18,5)	0,83 (0,31-2,22)	0,71
Dor ao repouso[#]				
Sim	9/45	(20,0)	1,06 (0,47-2,40)	0,90
Dor ao movimento[#]				
Sim	14/79	(17,7)	0,67 (0,27-1,64)	0,40
Ficou deitado por causa da dor^{§#}				
Sim	8/21	(38,1)	2,66 (1,22-5,80)	0,01
Avaliação da dor ao repouso^{¶#}				
Nenhum	13/40	(32,5)	1,0	
Moderada/leve	6/28	(21,5)	0,48 (0,10 – 2,21)	0,34
Forte/pior	9/12	(75,0)	3,33 (1,30 – 8,49)	0,01
Avaliação da dor ao movimento^{¶#}				
Nenhum	2/12	(16,7)	1,0	
Moderada/leve	2/26	(7,7)	0,46 (0,72 – 2,93)	0,82
Forte/pior	10/42	(23,8)	1,42 (0,35 – 5,70)	0,50

*Denominador reflete o número de respostas válidas; †Razão de prevalência; ‡Intervalo de confiança de 95%; §Últimos sete dias; ||Avaliação da dor pela Escala Numérica; ¶Avaliação da dor ao movimento pela escala de descritores verbais; #Válido somente para quem referiu dor nos últimos meses (N=99).

Após controle das variáveis de confusão, a autoavaliação de saúde foi independentemente associada à modalidade de atendimento integral (RP= 3,16; IC95%:1,11-8,92), pior comparação de saúde (RP: 1,88; IC95%:1,03-3,44), suspeita de depressão (RP: 6,10; IC95%:1,44-25,76), ter ficado deitado por causa de dor nos últimos sete dias (RP: 2,83. IC95%:1,24-6,49) e referir dor forte/pior dor possível ao repouso (RP: 2,72; IC95%:1,19-6,49) (Tabela 10).

Tabela 10: Análise multivariada entre potenciais fatores associados ou marginalmente associados à autoavaliação negativa de saúde dos idosos institucionalizados. Goiânia, GO, 2012

Fatores	Razão de Prevalência (IC 95%)*			
	Não ajustada	P	Ajustada	P
Modalidade de atendimento integral	4,03 (1,56-10,35)	0,004	3,16 (1,11-8,92) [†]	0,03
Osteoporose (sim)	2,07 (1,00-4,40)	0,06	1,55 (0,76-3,14) [†]	0,22
Doenças Osteomusculares (sim)	2,18 (1,02-4,62)	0,04	1,34 (0,59-3,00) [†]	0,47
Comparação da Saúde (pior)	4,26 (2,06-8,79)	0,00	1,88 (1,03-3,44) [†]	0,04
Suspeita de depressão (sim)	13,2 (3,20-54,8)	0,00	6,10 (1,44-25,76) [†]	0,01
Incapacidade funcional (sim)	3,44 (1,55-7,64)	0,002	1,53 (0,70-3,30) [†]	0,28
Número de morbididades (>4)	2,26 (1,04-4,92)	0,04	1,18 (0,57-2,43) [†]	0,64
Ficou deitado por causa de dor (sim) [§]	2,66 (1,22-5,80)	0,01	2,83 (1,24-6,49) [‡]	0,01
Número de locais de dor (> 1)	2,66 (0,83-8,55)	0,09	2,47 (0,60-10,19) [‡]	0,20
Avaliação da dor em repouso (moderada/leve)	0,48 (0,10 – 2,21)	0,34	0,47 (0,10-2,10) [‡]	0,32
Avaliação da dor em repouso (forte/pior)	3,33 (1,30 – 8,49)	0,01	2,72 (1,19-6,49) [‡]	0,02

*Intervalo de confiança de 95%; †Ajustado por modalidade II, osteoporose, DOM, comparação da saúde, suspeita de depressão e incapacidade funcional e número de morbididades; ‡Ajustado por ficou deitado por causa de dor e avaliação da dor em repouso; §Últimos sete dias; ||Avaliação da dor ao repouso pela escala de descritores.

7. DISCUSSÃO

Apesar de ter ganhado força nas duas últimas décadas, as pesquisas envolvendo idosos institucionalizados ainda constituem cenários que necessitam ser explorados, para que os achados contribuam com as atividades de planejamento e gestão do sistema de saúde, aprimoramento das informações para pesquisa e ensino, além de proporcionar reflexões que impulsionem melhorias da prática assistencial, propiciando o conhecimento dos perfis sociodemográfico e clínico e sua influência em indicadores importantes para a saúde da população idosa como a autoavaliação do estado de saúde e a incapacidade funcional.

Perfil sociodemográfico e clínico

As características sociodemográficas da população estudada coincidem com os resultados encontrados em estudos semelhantes. A maior representação dos idosos pelo sexo feminino não é característica exclusiva do Brasil, o fenômeno da feminização se apresenta como tendência clássica e global. A prevalência de mulheres nesta população tem variado a índices de 50,0% a 86,5% (DAMIÁN; PASTOR-BARRIUSO; VALDERRAMA-GAMA, 2008; FERREIRA, 2011; FURTADO, 2008; GAUTÉRIO et al, 2012; IWAMOTO et al, 2008; LOJUDICE et al, 2010; MARCHON; CORDEIRO; NAKANO, 2010; MOREIRA; BOAS, 2011; PONTES-BARROS et al, 2010; REIS; TORRES, 2011; SANTOS et al, 2011; SILVA, 2013; SLAUGHTER et al, 2010; VITORINO; PASKULIN; VIANNA, 2013; WANG et al, 2010; WEINBERGER et al, 1986).

Algumas pesquisas encontraram cenários divergentes da presente pesquisa, como o encontrado por Borges(2007) e Pelegrin et al (2008), ao avaliarem idosos institucionalizados em Ribeirão Preto, SP e Distrito Federal, respectivamente. No estudo de Pelegrin et al, (2008), com amostra de 72 idosos, houve predomínio do sexo masculino (52,8%) e no estudo de Borges (2007) os homens representaram 51,6% da população. Embora os autores não tenham investigado a migração de homens para a região sudeste e centro-oeste do país, especialmente para o Estado de São Paulo e para o Distrito Federal, durante o período de expansão da indústria siderúrgica, esse fato pode ter contribuído para a maior frequência de homens nesta

população, visto que, durante o processo de deslocamento regional, os homens deixavam suas famílias em busca de melhores condições de trabalho e, muitas vezes, não retornaram para a região de origem, envelhecendo sozinhos e sem suporte social adequado, o que poderia ter resultado em busca de acolhimento nas ILPI, fato que pode também ter ocorrido entre os idosos institucionalizados do Distrito Federal, visto que a construção de Brasília se deu com as mãos de migrantes, especialmente do norte e nordeste do país.

A idade avançada, encontrada entre idosos institucionalizados, pode ser explicada pelas perdas funcionais que eles experimentam associadas ao processo de envelhecimento mal sucedido, como comprometimento do sistema locomotor, sensório-espacial e de equilíbrio (NOVO et al, 2011; SPEERS; KUO; HORAK, 2002), o que influencia na decisão de procurar assistência, para vivenciar essa etapa da vida, em instituições que prestam cuidados permanentes (LUK; CHIU; CHU, 2009; WOO; CHAU, 2009).

No Brasil, Borges (2007) encontrou 75,0% dos idosos com idade entre 71 a 90 anos. Agüero-Torres et al (2001), em Estocolmo (Suécia), mostraram que entre 1.810 indivíduos a média de idade foi de 81,7 anos, sendo que a prevalência de institucionalização aumentava com a idade; passando de 2,5% entre aqueles com idade entre 75-79 anos, para 6,3% entre os de 80-84 anos, e para 17,5% entre os idosos com 85 anos ou mais.

Além disto, não possuir um companheiro tem sido apontado como fator associado à institucionalização. A maior frequência de muito idosos ocorre entre as mulheres, e pode ser explicada pelo fato da maior sobrevivência delas, levando-as a vivenciarem mais a perda do cônjuge que os homens; e, segundo, pelo fato de que elas mantêm o status de “viúva” após a perda do seu cônjuge, apontando, também, a solidão como motivo de institucionalização. (AGÜERO-TORRES et al, 2001; AIRES; PAZ; PEROSA, 2006; FERREIRA, 2011; GAUTÉRIO et al, 2012; PESTANA; SANTO, 2008; SILVA, 2013).

A realidade da institucionalização mostra que quando os idosos perdem seus companheiros e não recriam laços maritais, mesmo tendo filhos, não conseguem preservar o apoio social. Os índices insatisfatórios de visitas recebidas de familiares (companheiro e/ou filho) observadas no presente estudo (60%), sendo apenas 45,5%, no mínimo uma vez por semana, apontam essa realidade, corroborando os achados de Danilow et al (2007).

Em Portugal, a taxa de visitação encontrada entre moradores de ILPI divergiu da encontrada no presente estudo. Pouco menos de 90% (88,2%) dos idosos relataram receber visitas; sendo que 56,7% receberam visitas pelo menos uma vez por semana. Naquele estudo foi possível estabelecer a influência positiva das visitas constantes sobre a satisfação com o suporte social resultando em melhor percepção da saúde (SILVA, 2013). Essa relação benéfica e tão importante para a saúde do idoso vem sendo abandonada pelas famílias de idosos institucionalizados, contribuindo com limitação da satisfação com a vida, manifesta por esses indivíduos (LENARDT; MICHEL; WACHHOLZ, 2010).

Já a baixa escolaridade encontrada entre os idosos pode ser explicada pelo contexto histórico que estes vivenciaram, quando em meados do século XX, a oferta de ensino era elitista ou religiosa/filantrópica, e alcançavam apenas pequena parcela da população. Os índices de analfabetismo chegaram a 65,3% entre os indivíduos com quinze anos ou mais (AZEVEDO, 2005; MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2003). Apesar de historicamente explicada, em nosso país, essa realidade é compartilhada mundialmente, sugerindo que a educação, assim como outros direitos básicos, como acesso aos serviços de saúde, restritos naquele período a algumas camadas da sociedade, resultaram em limitado acesso às serviços básicos (AIRES; PAZ; PEROSA, 2006; DAMIÁN; PASTOR-BARRIUSO; VALDERRAMA-GAMA, 2008; DANTAS et al, 2013; FERREIRA et al, 2011; FERREIRA, 2011; FURTADO, 2008; REIS; TORRES, 2011; SILVA, 2013; VITORINO; PASKULIN; VIANNA, 2013)

A maior parcela de idosos residentes em ILPI em Goiânia referiu receber aposentadoria, e essa característica pode estar associada à natureza filantrópica das instituições onde residem, já que a contribuição por meio de aposentadoria seria uma das receitas que auxiliam a manutenção destas instituições (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2008). Embora em instituições públicas, a destinação das verbas oriundas da aposentaria não se apresente como obrigatoriedade para a admissão, em instituições privadas e filantrópicas são firmados contratos de prestação de serviços que, geralmente, são quitados com o repasse desse benefício. Entretanto, mesmo que haja diferença entre os rendimentos dos idosos em uma mesma instituição, o acesso aos serviços (de saúde, assistência material e de limpeza) tende a não se diferenciar diante destas variações nas instituições de longa permanência (AIRES; PAZ; PEROSA, 2006; LENARDT; MICHEL; WACHHOLZ, 2010; REIS; TORRES, 2011)

São diversos os motivos que determinam o período de tempo que o idoso vai residir em uma ILPI. Os achados de diferentes estudos mostram essa flutuação temporal, como em Portugal, cujo tempo médio de institucionalização foi de 48 meses (SILVA, 2013); e no estudo de DANILOW et al (2007), em que 66% dos idosos estavam institucionalizados há menos de três anos. Em Portugal os idosos eram mais longevos que no presente estudo (média de idade de 83 anos, contra 77 no presente estudo). Ademais, o maior impulsionador da institucionalização foi o sentimento de solidão, que também fala a respeito de procurar uma instituição quando já se esgotaram as outras possibilidades, adiando o desencadear do processo.

Em pesquisa conduzida por Reis e Torres (2011), o tempo de institucionalização foi mais amplo (10 anos ou mais de residência para 85,0% dos idosos) do que aquele encontrado no presente estudo, e inferiores aos achados de Lenardt; Michel e Wachholz (2010), que encontraram 50% dos idosos residindo na ILPI estudada por períodos entre 20 e 55 anos.

Sabe-se que a institucionalização é um evento estressor para o idoso, portanto, a perda do contato familiar e a restrição das atividades sociais, cotidianamente desempenhadas, sugere que o tempo de institucionalização possa ser relacionado como fator associado à incapacidade funcional, pior avaliação do estado de saúde, insatisfação com a vida e pior qualidade de vida (FREIRE JÚNIOR; TAVARES, 2005; NUNES; MENEZES; ALCHIERI, 2010).

Avaliando o perfil clínico dos idosos participantes deste estudo confirmam-se os achados de estudos realizados em outras partes do país, mostrando uma população com doenças crônicas, como entre os idosos institucionalizados no Rio de Janeiro, em que as doenças mais frequentes foram as cardiovasculares, como a hipertensão arterial sistêmica (37,2%), outras doenças do coração (43,6%) e acidente vascular encefálico (4,3%). Sendo que uma porcentagem considerável de idosos apresentou doenças musculoesqueléticas (38,3%), depressão (19,1%) e doenças do trato gastrointestinal (18,1%) (NASCIMENTO; PINHEIRO, 2013).

Já em Minas Gerais, a maioria apresentou comorbidades (68,5%), sendo que 31,5% deles desconheciam sua doença. Pouco mais de 17% tinham apenas hipertensão arterial e 5,6% apenas diabetes. No Distrito Federal, as enfermidades mais prevalentes foram a hipertensão arterial (47,6%), depressão (17,6%) e diabetes

(16%), osteoporose (12,3%) e acidente vascular encefálico (11,2%) (ARAÚJO et al, 2008).

No Rio Grande do Sul apenas 10% dos idosos não tinham nenhuma condição crônica, apresentando uma média de 2,1 diagnósticos por idoso. Foram mais frequentemente diagnosticadas as doenças relacionadas ao sistema cardiovascular (89,7%), endócrinas, nutricionais e metabólicas (33,3%), e as doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (28,2%) (GAUTÉRIO et al, 2012).

Em São Luís do Maranhão, as doenças mais referidas pelos idosos incluíram a artrite/reumatismo (62%), hipertensão arterial (28,0%) e diabetes (10%), além de distúrbios na coluna (34,0%), artrite reumatóide (22%), osteoporose (18,0%), artrose (14,0%) e tendinopatias (12,0%), apontando doenças altamente iniciadoras/exacerbadoras da experiência algica, que exerce influência negativa na qualidade de vida dos idosos, por afetarem o domínio físico e as relações sociais (CUNHA; MAYRINK, 2011).

No estado de São Paulo, na cidade de Marília, as condições crônicas prevalentes encontradas foram: hipertensão (64,4%), depressão (37,4%), ansiedade/psicoses (32,2%), problemas de memória (25,2%), doenças cardíacas (19,1%), dor crônica (12,1%), neoplasias (12,1%), contusões, traumas, reumatismo e/ou osteoporose (12,1%). As doenças com menor prevalência foram os quadros demenciais (11,3%), diabetes (8,7%), AVE (8,7%), problemas respiratórios (8,7%), na tireoide (7,8%), e doença de Parkinson (8,7%) (SUZUKI; DEMARTINI; SOARES, 2009).

Especial atenção deve ser dada aos problemas articulares, por serem altamente incapacitantes e muito frequentes na população idosa, embora não ofereçam risco à vida, estão associadas à queixa de dor e às incapacidades. A dor também foi uma constante na população de idosos deste estudo, achado que corrobora aqueles encontrados em São Paulo onde a dor afetou 53,3% dos idosos e era decorrente de lombalgias, grandes articulações, como quadril e joelhos, que aumenta o risco de quedas, podendo ocasionar fraturas e conseqüente imobilidade e, às vezes, incapacidades permanentes (LEBRÃO et al, 2008).

Entre idosas institucionalizadas de Curitiba/PR, problemas de saúde foram referidos por 60% da amostra, e entre os problemas de saúde citados destacou-se a presença de dor (30%), revelando tal experiência como um dos principais agravos

também entre idosas institucionalizadas, necessitando assim de uma avaliação e manejo adequado a fim de minimizar as limitações impostas por esse evento (LENARDT; MICHEL; WACHHOLZ, 2010).

Já a depressão, como doença sub diagnosticada, deve ser considerada alerta para pior avaliação do estado de saúde e maior chance para incapacidade funcional como tem sido demonstrado em alguns estudos (BANDEIRA, 2012; SANTOS et al, 2011). Em Fortaleza, BANDEIRA (2012) mostrou que, dos 237 idosos institucionalizados, 34,6% apresentaram depressão. Na Bahia, Reis et al (2011), ao estudarem 23 idosos residentes em ILPI, verificaram que 82,6% deles apresentavam depressão severa, índices compatíveis com os do presente estudo.

Capacidade funcional

Como indicador de saúde a capacidade funcional é um importante instrumento de acompanhamento da saúde na população idosa. Pode ser utilizado de maneira confiável como marcador para morbimortalidade, hospitalização e institucionalização entre idosos (TSAI, 2012). Seu valor preditivo para a deterioração da saúde do idoso é tão significativo, que é indicada como o 6º sinal vital em geriatria, devendo ser avaliada tão rotineira e sistematicamente quanto a frequência respiratória, temperatura, pressão arterial e dor (BIERMAN, 2001).

A prevalência de incapacidade funcional para ABVD neste estudo foi de 35,2%, dados semelhantes foram encontrados por outros estudos brasileiros, variando de 33,3% a 58% (AIRES; PAZ; PEROSA, 2006; CARVALHO; PEIXOTO; CAPELLA, 2007; CÉSAR, 2010; GUEDES; SILVEIRA, 2004; MARINHO et al, 2013; MOREIRA; BOAS, 2011; POLARO et al, 2012)

Entretanto, Gonçalves et al (2010) realizaram pesquisa multicêntrica, interinstitucional com ILPI de três regiões brasileiras e encontraram prevalências menores de incapacidade funcional (23,1%), porém, na pesquisa foram excluídos os idosos cadeirantes; acamados e/ou classificados em grau III de dependência. Essas condições limitam a representação de idosos com incapacidade funcional, visto que as atividades mais frequentemente comprometidas são referentes à transferência cama/cadeira e continência de esfínteres, ambas presentes comumente em idosos não inclusos naquele estudo.

Outra prevalência discrepante da encontrada neste estudo foi a identificada no estudo de Dantas et al (2013), que avaliou 164 idosos residentes em ILPI de Recife, e identificou uma elevada prevalência de incapacidade funcional (70%) para atividades de vida diária e 100% para atividades instrumentais da vida diária, avaliadas por meio de instrumento de Medida de Independência Funcional (MIF). A diferença entre os dois estudos pode ser justificada pelos diferentes instrumentos utilizados para avaliar o nível funcional, apontando a MIF como mais satisfatória na identificação de pequenas variações na dependência do idoso, não detectáveis pelo índice de Katz.

Entre os fatores sociodemográficos associados à incapacidade funcional, o modelo assistencial que o idoso está exposto em instituições de cuidados permanentes pode contribuir para a manutenção ou perda da capacidade funcional (ARAÚJO; CEOLIM, 2007). Neste trabalho, residir em instituição de atendimento integral aumentou mais de três vezes a chance de incapacidade funcional entre os idosos que residiam em instituição que promove a assistência integral ao idoso do que entre aqueles que residem em casas-lares.

Conforme apresentado por Araújo e Ceolim (2007), mesmo sendo a independência para a realização de Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD), critério para admissão nas ILPI, idosos totalmente independentes predominaram em apenas uma destas instituições investigadas, representando 70% do total de residentes, enquanto as outras abrigavam grande proporção de idosos dependentes. Os pesquisadores apontam, ainda, a necessidade de considerar a possibilidade de cuidadores, mesmo inconscientemente, estimularem a dependência dos idosos, pela tendência de realizar as ações que os próprios residentes poderiam desempenhar; e ressaltam a preocupação com o declínio funcional dos idosos quando admitidos em instituições de atendimento integral, quer seja pela dificuldade em adaptar-se às novas condições de vida ou pela falta de motivação, comum no ambiente asilar.

Assim, endossa-se a preocupação de Pontes-Barros et al (2010) e Nunes; Menezes e Alchieri (2010), concordando que idosos, em instituições asilares, quando são auxiliados na execução de atividades que teriam condição de realizar espontânea e individualmente, poderiam ter exacerbados problemas de isolamento social e perda de autonomia, situação não vivenciada por aqueles que residem em ILPI tipo casa-lar. Neste entendimento, aponta-se tal modalidade como ideal para a manutenção e/ou recuperação da capacidade funcional do idoso.

Adicionado a isto, a incapacidade funcional esteve associada com depressão. De caráter multifatorial, a depressão pode decorrer da redução de perspectivas sociais; comprometimento da saúde; perdas sociais e afetivas; alterações biológicas, vasculares, estruturais e funcionais; além de disfunção neuroendócrina e neuroquímica, que ocorrem no cérebro durante o envelhecimento; tornando necessário o reconhecimento das interações com a capacidade funcional do idoso a fim de limitar perdas funcionais relativas à cognição. Segundo Ávila e Bottino (2006), alterações como depressão e déficit cognitivo estão entre os principais problemas de saúde mental em idosos; são eventos comuns e geralmente concomitantes, podendo acarretar consequências graves, como piora da qualidade de vida, declínio funcional, aumento do uso de serviços de saúde, aumento da morbidade e da mortalidade.

Bandeira (2012) mostrou que dos 237 idosos institucionalizados na cidade de Fortaleza, 34,6% apresentaram depressão. Dentre os deprimidos, 59,8% apresentaram comprometimento de alguma atividade de vida diária. Segundo a autora, parece haver relação entre dependência para ABVD e sintomas depressivos, sobretudo, posicionada na possibilidade de comprometimento funcional ser consequente ao quadro depressivo.

Reis et al (2011), ao estudarem 23 idosos residentes em ILPI no município de Jequié/BA, verificaram que 82,61% apresentavam depressão severa e dependência (78,26%), associados significativamente. Concorda-se com a pesquisadora quando reforça a preocupação com a manutenção da saúde mental, haja vista as importantes implicações na qualidade de vida, tanto psicológica quanto física, dos idosos.

Ainda, os resultados do presente estudo, indicam que permanecer deitado por causa de dor nos últimos sete dias, aumenta a probabilidade em duas vezes e meia do idoso referir incapacidade nas ABVD; assim como relatar dor ao repouso como forte/pior dor possível aumenta em duas vezes tal probabilidade. Apesar da crescente investigação da influência da dor na capacidade funcional do idoso, inclusive entre os institucionalizados, há dificuldade de estabelecer comparações entre os trabalhos realizados com esta população até o momento.

O estudo de Reis e Torres (2011), com o objetivo de avaliar a influência de dor crônica na habilidade dos idosos no desempenho das ABVD, mostrou que a dor esteve presente em 73,3% deles, sendo intensa para a maioria (51,7%). Quanto à

localização da dor, houve maior frequência para os membros inferiores (47,7%) e a coluna (25,0%), prejudicando a realização de atividades para banhar-se, vestir-se, transferência para higiene íntima, transferência cama e cadeira, deambulação e subir escadas, constatando-se a interferência negativa da dor na capacidade funcional dos idosos.

Já Santos et al (2011), ao avaliarem a mobilidade funcional de 259 idosos com dor crônica (222 residentes na comunidade e 37 institucionalizados), através do teste “Timed Up and Go” (TUG) e da Escala Analógica Visual (EAV) para avaliação da intensidade de dor, detectaram correlação negativa, forte e significativa entre intensidade elevada de dor e mobilidade ($r=-0,900$; $p<0,05$), demonstrando que quanto maior a intensidade de dor, piores eram os tempos no teste funcional.

Em estudo conduzido por Silva et al (2012), a maioria dos idosos institucionalizados investigados, na cidade de Uberaba-MG relatou dor crônica, localizada, mais frequentemente, nos membros inferiores; apresentando mobilidade física prejudicada, sendo a dor apontada como principal fator associado às limitações na realização de atividades como a deambulação. Barbosa et al (2012) também identificou que a maioria dos idosos apresentava mobilidade física prejudicada e entre os fatores apontados como promotores dessa incapacidade estava a dor. Já a posição deitada e o repouso foram referidos como fatores de melhora da dor.

Com olhos nos fatores associados à incapacidade de idosos realizarem ABVD coloca-se a importância de se recrutar maior atenção e estabelecimento de metas, em caráter de urgência, para controle dessas exposições, com o objetivo de diminuir interferências negativas na capacidade funcional dos idosos, importante preditor de morbimortalidade nessa população.

Autoavaliação negativa de saúde

A autoavaliação do estado de saúde tem sido investigada e adotada como preditor para inúmeras alterações entre idosos, dentre elas, o declínio funcional, qualidade de vida e comprometimento cognitivo; além de estar significativamente associada com o evento do envelhecimento (ALVES; RODRIGUES, 2005; LEE; SHINKAI, 2003; PESTANA; SANTO, 2008).

Neste momento, cabe ressaltar a escassa literatura que menciona a autoavaliação da saúde entre idosos residentes em ILPI. Situação preocupante, visto que a comprovação de relação entre morbimortalidade e autoavaliação negativa de saúde já foi estabelecida entre jovens, adultos e em idosos residentes na comunidade (BORIM; BARROS; NERI, 2012; CARDOSO et al, 2012; HARTMANN, 2008; LIMA-COSTA; FIRMO; UCHÔA, 2004; PAGOTO, 2009; PENG; LING; HE, 2010; REICHERT; LOCH; CAPILHEIRA, 2012; SILVA; MENEZES, 2007; TSAI, 2012).

Em estudos com idosos institucionalizados a prevalência de autoavaliação de saúde negativa tem variado de 12,1% a 20% (FURTADO, 2008; LENARDT; MICHEL; WACHHOLZ, 2010). A citar o estudo conduzido por Furtado (2008) com 33 idosos institucionalizados na cidade de Juiz de Fora – MG, com predominância feminina (63,6%), com maior prevalência (48,48%) na faixa etária de 71 a 80 anos; com média de 4,3 anos de estudo, e de 6,8 anos de institucionalização. Sendo a multimorbidade observada em 66,6% dos idosos, e mesmo diante deste cenário a autoavaliação de saúde dos idosos institucionalizados apresentou uma tendência positiva na amostra, onde foram observadas classificações somadas de ótimo e bom em 87,8%, e negativas (ruim e péssima) de 12,12%, valores semelhantes aos encontrados nesta pesquisa.

Entretanto, valores muitos divergentes foram encontrados na cidade de Pelotas - RS, em que a prevalência de autoavaliação negativa foi de 46,9% (CARVALHO; LUCKOW; SIQUEIRA, 2011), e em Portugal, onde pesquisa realizada com 75 idosos, com média de institucionalização de 28 meses, sendo mais representados pelas mulheres (64%), viúvos (57,3%), com baixa escolaridade (86,7%), identificou autoavaliação de saúde física negativa (fraca/muito fraca) em 57,4%. Semelhantemente, a pesquisa de Silva (2013) também realizada em Portugal (Província de Covilhã) encontrou autoavaliação de saúde física negativa em 47% dos idosos institucionalizados.

Essa divergência entre os idosos institucionalizados do Brasil e de Portugal, bem como de idosos brasileiros que possivelmente sofreram influência de culturas europeias como, por exemplo, aqueles que residem no sul do Brasil, reforçam a teoria de que a autoavaliação de saúde tende a comportar-se diferentemente entre os países, e a cultura destes parece contribuir para tal disparidade. Além de valores culturais, determinados pelas regiões em que vivem os indivíduos, diferenças de

gênero já foram identificadas entre idosos, sendo identificadas piores avaliações entre mulheres que homens residentes na comunidade, devendo ser ponto de investigação de futuras pesquisas entre os institucionalizados (ALVES; RODRIGUES, 2005; FRENCH et al, 2012; HARTMANN, 2008; LEE; SHINKAI, 2003; LI et al, 2006; ORFILA et al, 2006; PIMENTA, 2006; UNDÉN; ELOFSSON, 2006)

Outros estudos conduzidos com idosos institucionalizados encontraram, ainda, associações semelhantes ao do presente estudo, com relação à autoavaliação negativa de saúde entre os que residiam em locais que limitavam sua autonomia, situação semelhante ao que ocorre em ILPI modalidade de atendimento integral (DAMIÁN; PASTOR-BARRIUSO; VALDERRAMA-GAMA, 2008; DAVIM et al, 2004; FERREIRA, 2011; LENARDT; MICHEL; WACHHOLZ, 2010; VITORINO; PASKULIN; VIANNA, 2013)

Em pesquisa conduzida na Suécia com 205 idosos com 86 anos de idade residentes na comunidade identificou que manter a prática de atividades prazerosas também significa experimentar boa saúde para os idosos, neste sentido os pesquisadores apontam a necessidade de se permitir que as pessoas idosas continuem a perseguir seus interesses (HÄGGBLÖM-KRONLÖF; SONN, 2005).

Situação análoga poderia ser interpretada ao considerar idosos da comunidade e os institucionalizados, visto que a autonomia dos primeiros poderia ser comparada ao dos residentes em casas-lares, sendo assim faz-se importante citar estudo que encontrou diferenças na autoavaliação do estado de saúde entre os idosos da comunidade e residentes em ILPI, sendo que aqueles que viviam na comunidade consideravam-se mais saudáveis que os residentes em instituições (81,1% *versus* 72,4%) (VITORINO; PASKULIN; VIANNA, 2013).

Bem como outro estudo que avaliou 669 idosos residentes em ILPI na Espanha identificou maior prevalência de autoavaliação positiva de saúde (55%) entre os residentes que habitavam instituições com instalações individuais (semelhantemente ao modelo casa-lar) e aqueles que concluíram o ensino primário (DAMIÁN; PASTOR-BARRIUSO; VALDERRAMA-GAMA, 2008).

Outro fator associado identificado neste estudo foi a comparação de saúde feita pelo idoso com seus pares, em que avaliar sua saúde como pior que de outros idosos representou um aumento de quase duas vezes na chance de avaliar negativamente sua própria saúde (RP= 1,88, IC95:1,03-3,44); constatação que reforça a importância deste achado foi identificada em pesquisa realizada com 187

idosos residentes nas instituições de longa permanência do Distrito Federal, que identificou maior participação do sexo feminino (56,7%), com hipertensão arterial, depressão e diabetes (62,57%), verificou que 41,2% dos idosos consideraram sua saúde boa, porém, ao compará-la com a de outros idosos, apenas 17,6% consideraram-na melhor que a de outros idosos da mesma idade (ARAÚJO et al, 2008).

Apesar da relação entre autoavaliação de saúde e depressão parecer logicamente presumível, não foram localizados estudos entre idosos institucionalizados que investigaram essa relação, entretanto, aqueles que a investigaram na comunidade, encontraram associação significativa (ROMERO; SOUZA JUNIOR; MILLÁN-CALENTI et al, 2012)

Hartmann (2008) avaliou idosos da comunidade constatando que 27,9% deles apresentavam suspeita de depressão, sendo este evento associado a uma pior autoavaliação de saúde do que aqueles que não apresentavam este indicativo. Já entre os 1.516 idosos residentes na cidade de Bambuí-Minas Gerais avaliados por Lima-Costa; Firmo e Uchôa (2004) 26,1% avaliaram negativamente sua saúde, e destes, 77,5% apresentavam sintomas depressivos ou ansiosos, apresentando, também, associação significativa.

Delgado-Sanz et al (2011) conduziu um estudo com 1.106 idosos residentes na comunidade e 234 que viviam em ILPI, sendo a depressão a variável clínica que mais afetou negativamente um maior número de dimensões da qualidade de vida da amostra, mesmo ajustado por sexo, idade, escolaridade e estado civil, tanto em institucionalizados como em não institucionalizados, ratificando a associação conhecida inversa entre depressão e qualidade de vida.

Ainda, Santos et al (2011) afirma que, como doença sub diagnosticada, a depressão deve ser considerada alerta para pior avaliação do estado de saúde, devendo ser investigada rotineiramente para detecção e acompanhamento precoce.

Poucos estudos, ainda, têm abordado a interferência da dor crônica (número de locais de dor, intensidade e pior acometimento durante repouso ou movimento) na autoavaliação de saúde em idosos institucionalizados. No entanto, alguns estudos realizados com idosos da comunidade confirmam que a presença de condições crônicas de saúde, inclusive aquelas que determinam o aparecimento da dor, são fatores que influenciam, negativamente, as avaliações do estado de saúde (CAVALCA; COLOMBI; NESELLO, 2006; LAPANE et al, 2012; LENARDT; MICHEL;

WACHHOLZ, 2010; MENDONÇA; MARQUES NETO, 2003; TSE; WAN; VONG, 2013).

Sabe-se também que a não interrupção da dor pode afetar o indivíduo, limitando suas atividades de vida diária, profissionais, familiares e de lazer; levando ao sofrimento, isolamento social, desnutrição, limitando a interpretação satisfatória das experiências vividas, levando à depressão e distúrbios no padrão de sono (LORENZINI, 2006; TEIXEIRA, 2001; VIVAN; ARGIMON, 2009).

Em investigação conduzida no Noruega do total de 106 idosos institucionalizados 55% relataram dor, e desses, 55% relataram dor leve, 29% dor moderada, e 16% dor severa. Associação significativa foi encontrada entre relato de dor e humor (TORVIK et al, 2010). Já, na pesquisa conduzida por Falcão (2006), em que os idosos apresentaram média de 3,3 comorbidades, sendo a dor lombar uma das condições mais expressivas, e além de dor lombar, 75,0% relataram dor em outros segmentos corporais, a intensidade da dor e os sintomas depressivos foram as variáveis que influenciaram significativamente a qualidade de vida daquela amostra.

Alguns estudos com idosos institucionalizados tem demonstrado a relação entre boa condição de saúde física e ausência de dor com a autoavaliação de saúde, demonstrando a fidedignidade deste indicador de saúde, também, entre os que residem em ILPI (FREIRE JÚNIOR; TAVARES, 2005; PESTANA; SANTO, 2008)

Em Hong Kong 535 idosos residentes em ILPI foram investigados, sendo que 74% deles referiram dor, com escores de dor médios de $4,09 \pm 2,19$, indicando uma intensidade de dor moderada. A localização da dor foi principalmente nos joelhos, costas e ombros. A dor afetou tanto a saúde psicológica (felicidade, satisfação com a vida, depressão e qualidade de vida) quanto a física, tendo um impacto significativo sobre a mobilidade e AVD, correlacionada com a felicidade, satisfação com a vida, solidão e depressão (TSE; WAN; VONG, 2013)

Estudo com adultos canadenses identificou um impressionante achado, onde quase 70% das pessoas sem dor relataram saúde excelente ou muito boa, em comparação com apenas 30% das pessoas com dor. Quando investiga a influência da dor sobre a autoavaliação de saúde entre aqueles com doença crônica e deficiência a dor severa (moderada/severa) aumentou em mais de sete vezes o risco de avaliar negativamente sua saúde (COTT; GIGNAC; BADLEY, 1999)

Em um estudo realizado com pacientes submetidos à artroplastia de joelho identificou que uma maior intensidade de dor em repouso esteve associada com catastrofização (forma exagerada e negativa de prever o futuro, com a ideia de falha ao vivenciar a experiência (OLIVEIRA, 2011; TROST, 2012). Extrapolando os achados da pesquisa citada, pode-se assumir que a ocorrência da dor, de intensidade forte/pior possível, ao repouso configura-se em pior quadro que a dor ao movimento visto que mesmo na ausência de requisição de trabalho do segmento corporal afetado há uma resposta exacerbada dos mecanismos biológicos de alerta, portanto, reforça-se a necessidade de investigação mais aprofundada deste item entre idosos, sobretudo nos institucionalizados.

No presente estudo, considerando os fatores associados à pior autoavaliação de saúde alerta-se para a necessidade de atenção no sentido de incluir a autoavaliação de saúde como indicador de saúde válido nessa população e direcionar olhares aos fatores que influenciam essa avaliação.

Portanto, para uma adequada assistência à saúde das pessoas idosas, a formação de equipes multiprofissionais, com planejamento conjunto das ações de assistência ao idoso institucionalizado, especialmente voltado para o controle da dor pode potencializar resultados positivos, favorecendo a socialização, a redução do sedentarismo e do isolamento social, que podem ser consequência da dor vivenciada.

Ressalta-se, ainda, a importância da atuação de equipe multiprofissional equalizada no atendimento ao idoso, especialmente para aqueles institucionalizados, a fim de proporcionar uma assistência de qualidade, suficiente para atender demandas física e psicológica, apresentando-se vulnerável e, até o momento, sem políticas públicas expressivas e assistência de qualidade na área da saúde.

A presente pesquisa integrou um projeto maior, sendo vários desfechos estudados concomitantemente, apontando limitação, entretanto foi possível verificar que tal condução não implicou em vieses na análise e interpretação dos dados.

8. CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo permitiram as seguintes conclusões:

1) O perfil demográfico, socioeconômico e clínico dos idosos residentes em ILPI de Goiânia assemelha-se aos de outros estudos nacionais e internacionais, revelando a feminização da velhice, faixa etária prevalente entre 70-79 anos, baixo nível de escolaridade, estado marital sem companheiro, com filhos, que recebem poucas visitas e residem na ILPI há menos de 6 anos. A grande maioria convive com condições crônicas de saúde, predominando a hipertensão arterial, catarata, suspeita de depressão e doenças osteomusculares e o déficit cognitivo leve e moderado. A dor é relato frequente entre os idosos e caracteriza-se como persistente para grande parte deles.

2) A prevalência de incapacidade para ABVD foi de 35,2% (IC95%:28,2-42,9), compatível com os achados de outros estudos. Residir em instituição de atendimento integral, avaliar negativamente a saúde, ficar deitado por causa da dor nos últimos sete dias e avaliar a intensidade da dor ao repouso como forte/pior dor possível influenciaram a capacidade funcional do idoso para realizar atividades básicas da vida diária. Isso aponta a necessidade de se avaliar

- A prevalência de autoavaliação de saúde negativa foi de 14,5% (IC95%: 9,8-20,8), e residir em instituição de atendimento integral, comparar sua saúde como pior que a de seus pares, apresentar suspeita de depressão, ter ficado deitado por causa da dor nos últimos sete dias e fazer avaliação da dor ao repouso como forte/pior dor possível influenciaram a avaliação que os idosos fez de sua saúde.

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora exista uma normativa nacional que estabelece padrões físicos e de recursos humanos básicos para o funcionamento das ILPI, a realidade mostra falhas na estrutura de atendimento aos idosos. A supervisão de profissionais adequados é imprescindível para a qualidade do atendimento ao idoso residente em ILPI, no entanto, mesmo já comprovada e regulamentada, pouca atenção tem sido colocada sobre a produtividade dos funcionários e como isso pode afetar o cuidado, na realidade clínica.

Propostas governamentais para melhorar os cuidados prestados aos moradores de ILPI precisam considerar a capacidade funcional, a necessidade de autonomia, de participação, de cuidado e de autossatisfação do idoso, validando-os como indicadores de saúde a fim de permitir melhor acompanhamento dessa população.

O declínio da capacidade funcional é extremamente preocupante já que há falta de programas bem estruturados nas ILPI, que contemplem atividades físicas e recreativas, e favoreçam a compensação das perdas associadas ao envelhecimento. Sobretudo, extinguir a prática institucional de estimulação ao sedentarismo, levando os idosos a realizarem suas atividades de autocuidado, favorecendo a manutenção da autonomia e independência, pois a persistir a forma de tratamento dos idosos, a tendência é que os mesmos se tornem pessoas dependentes e incapacitadas.

A autoavaliação de saúde é indicador válido e reflete as condições reais do idoso e precisa ser considerada durante a prática assistencial a fim de contribuir na implementação de estratégias que favoreçam a redução da deterioração da saúde desses indivíduos.

Faz-se necessário, nesse momento, alertar para a necessidade de avaliação conjunta da capacidade funcional, autoavaliação de saúde e dor, a fim de fortalecer o corpo de conhecimento científico. A escassa produção científica considerando essas associações tem comprometido a prática assistencial e levantado preocupação com a falta de consenso para a assistência desta população, impossibilitando cuidadores e equipe multiprofissional de encontrarem abordagens seguras para a manutenção da saúde em idosos institucionalizados.

Dentre os fatores que influenciaram os dois indicadores de saúde na população de idosos institucionalizados estão a intensidade da dor ao repouso e ficar deitado por causa da dor. Acredita-se que novas pesquisas devem ser realizadas buscando melhor desvelamento desses fatores. É importante fortalecer o corpo de conhecimento científico sobre a dor em idosos e a inclusão da avaliação dessa experiência na avaliação global desses indivíduos.

Faz-se necessário, também, a desmistificação da percepção dos profissionais da saúde bem como de idosos sobre a ocorrência da experiência dolorosa. Deve-se reafirmar que esse evento não é consequência inevitável do envelhecimento, e que os idosos não necessitam resistir em queixar-se, uma vez que ele é autoridade máxima sobre a sua dor.

A produção científica considerando a associação entre dor e autoavaliação de saúde e capacidade funcional precisa ser ampliada para evitar comprometimento na prática assistencial e preocupação com a falta de consenso para a assistência integral à saúde. Neste sentido, orienta-se a realização de novas pesquisas, com delineamento longitudinal e amostras representativas, que contribuam com a produção de evidências robustas capazes de conquistar a atenção e a adesão de clínicos e cuidadores para avaliação da dor.

10. REFERÊNCIAS

- Agüero-Torres H, Strauss EV, Viitanen M, Winblad B, Fratiglioni L. Institutionalization in the elderly: The role of chronic diseases and dementia. Cross-sectional and longitudinal data from a population-based study. *Journal of Clinical Epidemiology*. 2001;54:795–801.
- Aires M, Paz AA, Perosa CT. O grau de dependência e características de pessoas idosas institucionalizadas. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*. 2006:79-91.
- Alencar MA, Bruck NNS, Pereira BC, Câmara TMM, Almeida RDS. Perfil dos idosos residentes em uma instituição de longa permanência. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2012;15(4):785-96.
- Almeida OP, Almeida SA. Confiabilidade da versão Brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) - versão reduzida. *Arquivos de Neuropsiquiatria*. 1999;57(2B):421-6.
- Alves LC, Rodrigues RN. Determinantes da autopercepção de saúde entre idosos do Município de São Paulo, Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2005;17(5/6):333-41.
- Angelo BHB, Silva DIB, Lima MAS. Avaliação das Instituições de Longa Permanência para Idosos do município de Olinda-PE. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2011;14(4):663-73.
- Araújo LF, Coutinho MPL, Santos MFS. O idoso nas instituições gerontológicas: Um estudo na perspectiva das representações sociais. *Psicologia & Sociedade*. 2006;18(2):89-98.
- Araújo MOPH, Ceolim MF. Avaliação do grau de independência de idosos residentes em instituições de longa permanência. *Rev Esc Enferm USP*. 2007;41(3):378-85.
- Araújo NP, Dassis Cajubá Costa BF, Santos FL, Costa RV, Zoccoli TLV, Novaes MRCG. Aspectos sociodemográficos, de saúde e nível de satisfação de idosos institucionalizados no Distrito Federal. *Rev Ciênc Méd*. 2008;17(3-6):123-32.
- Ávila R, Bottino CMC. Atualização sobre alterações cognitivas em idosos com síndrome depressiva. *Rev Bras Psiquiatr*. 2006;28(4):316-20.
- Azevedo CP. Concepção do sistema escolar brasileiro entre a década de 20 e 30 expressa na visão de Anísio Teixeira. *Revista da UFG [Internet]*. 2005 [cited 02/11];7.(2). Available from: http://www.proec.ufg.br/revista_ufg/45anos/B-sistemaescolar.html.
- Bandeira CB. Prevalência de depressão em idosos institucionalizados [thesis]. Fortaleza: Universidade de Fortaleza - UNIFOR; 2012. 67 p.

- Barbosa MH, Silva LC, Andrade ÉV, Luiz RB, Bolina AF, De Mattia AL et al. Avaliação da dor crônica em idosos institucionalizados. *Rev Min Enferm.* 2012;16(1):63-8.
- Barreto SM, Figueiredo RC. Doença crônica, auto-avaliação de saúde e comportamento de risco: diferença de gênero. *Rev Saúde Pública.* 2009; 43 (suplemento 2):38-47.
- Barros MBA, Zanchetta LM, Moura EC, Malta DC. Auto-avaliação da saúde e fatores associados, Brasil, 2006. *Rev Saúde Pública.* 2009;43(suplemento 2):27-37.
- Bierman AS. Functional Status: The sixth vital sign. *J Gen Intern Med.* 2001;16(11):785-6.
- Borges FS. Estudo da percepção do idoso institucionalizado em relação ao seu alcance funcional [thesis]. Brasília: Universidade Católica de Brasília; 2007.
- Borim FSA, Barros MBA, Neri AL. Autoavaliação da saúde em idosos: pesquisa de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2012;28(4):769-80.
- Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social. Portaria nº 73, de 10 de maio de 2001. Institui as normas de funcionamento de serviços de atenção ao idoso no Brasil, 2001.
- Brasil. Ministério da Saúde. Estatuto do Idoso. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.
- Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC/ANVISA nº 283, de 26 de setembro de 2005. Brasília 2005.
- Camarano AA, Kanso S. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. *Revista Brasileira de Estudos de População.* 2010;27(1):233-5.
- Cardoso MC, Marquesan FM, Lindôso ZCL, Schneider R, Gomes I, Carli GAD. Análise da capacidade funcional dos idosos de Porto Alegre e sua associação com a autopercepção de saúde. *Estud Interdiscipl Envelhec.* 2012;17(1):111-24.
- Carvalho FF, Santos JN, Souza LM, Souza NRM. Análise da percepção do estado de saúde dos idosos da região metropolitana de Belo Horizonte. *Geriatrics & Gerontology.* 2011;5(4):189-95.
- Carvalho GA, Peixoto NM, Capella PD. Análise comparativa da avaliação funcional do paciente geriátrico institucionalizado por meio dos protocolos de Katz e Tinetti. *Revista Digital.* 2007;12(114)
- Carvalho MP, Luckow ELT, Siqueira FV. quedas e fatores associados em idosos institucionalizados na município de Pelotas (RS, Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva.* 2011;16(6):2945-52.

- Cavalca EA, Colombi FCC, Nesello LÂN. Autopercepção e conceito de saúde em idosos institucionalizados. In: Proceedings of the V Jornada de Iniciação Científica: O pensamento científico e a iniciação à pesquisa no ensino superior; 2006; Brusque.
- César ID. Capacidade Funcional em idosos institucionalizados [thesis]. Fortaleza: Universidade de Fortaleza; 2010.
- Cott CA, Gignac MAM, Badley EM. Determinants of self rated health for Canadians with chronic disease and disability. *J Epidemiol Community Health*. 1999;53:731-6.
- Coutinho LMS, Scazufca M, Menezes PR. Métodos para estimar razão de prevalência em estudos de corte transversal. *Rev Saúde Pública*. 2008;42(6):992-8.
- Covinsky KE, Lindquist K, Dunlop DD, Yelin E. Pain, Functional Limitations, and Aging. *Journal compilation The American Geriatrics Society*. 2009;57(9)
- Creutzberg M, Gonçalves L, Sobottka E, Ojeda B. A Instituição de Longa permanência para Idosos e o Sistema de Saúde. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2007;15(6)
- Cunha LL, Mayrink WC. Influência da dor crônica na qualidade de vida em idosos. *Rev Dor*. 2011;12(2):120-4.
- Damián J, Pastor-Barriuso R, Valderrama-Gama E. Factors associated with self-rated health in older people living in institutions. *BMC Geriatrics*. 2008;8(5)
- Damy AJC. Perfil multidimensional e avaliação da capacidade funcional em idosos de baixa renda [thesis]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2010.
- Danilow MZ, Moreira ACS, Villela CG, Barra BB, Novaes MRCS, Oliveira MPF. Perfil epidemiológico, sociodemográfico e psicossocial de idosos institucionalizados do Distrito Federal. *Com Ciências Saúde*. 2007;18(1):9-16.
- Dantas CMHL, Bello FA, Barreto KL, Lima LS. Capacidade funcional de idosos com doenças crônicas residentes em instituições de Longa Permanência. *Rev Bras Enferm*. 2013;66(6):914-20.
- Davim RMB, Torres GV, Dantas SMM, Lima VM. Estudo com idosos de instituições asilares no município de Natal/RN. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2004;12(3):518-24.
- Del Duca G, Silva MC, Hallal PC. Incapacidade funcional para atividades básicas e instrumentais da vida diária em idosos. *Rev Saúde Pública*. 2009;43(5):796-805.
- Delgado-Sanz MC, Prieto-Flores M-E, Forjaz MJ, Ayala A, Rojo-Perez F, Fernandez-Mayoralas G et al. Influencia de los problemas crónicos de salud en las dimensiones del cuestionario eq-5d: estudio en personas mayores institucionalizadas y no institucionalizadas. *Rev Esp Salud Pública*. 2011;85:555-68.

Dellaroza M, Furuya R, Cabrera M, Matsuo T, Trelha C, Yamada K. Caracterização da dor crônica e métodos analgésicos utilizados por idosos da comunidade. *Revista da Associação Médica Brasileira*. 2008;54:36-41.

Dias EG, Duarte YAO, Almeida MHM, Lebrão ML. Caracterização das atividades avançadas de vida diária (AAVDS): um estudo de revisão. *Rev Ter Ocup Univ São Paulo*. 2011;22(1):45-51.

Dorantes-Mendonza G, Ávila-Funes J, Mejía-Arango S, Gutiérrez-Robledo L. Factores asociados con la dependencia funcional en los adultos mayores: un análisis secundario del Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México, 2001. *Rev Panam Salud Publica*. 2007;22(1):1-11.

Falcão FCOS. Qualidade de vida e capacidade funcional em idosos com dor lombar crônica [thesis]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2006.

Ferreira TCR, Pinto DS, Pimentel KA, Peixoto Júnior OS. Análise da capacidade funcional de idosos institucionalizados. *RBCEH*. 2011;8(1):9-20.

Ferreira Z. Percepção do estado de saúde da pessoa idosa institucionalizada [thesis]. Lisboa, Portugal: Universidade Nova de Lisboa; 2011.

Folstein M, Folstein S, McHugh P. Mini-mental state. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res*. 1975;12(3):189-98.

Freire Júnior RC, Tavares MFL. A saúde sob o olhar do idoso institucionalizado: conhecendo e valorizando sua opinião. *Interface - Comunic, Saúde, Educ*. 2005;9(16):147-58.

Freitas MC, Mendes MMR. Condição crônica: Análise do conceito no contexto da saúde do adulto. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2007;15(4)

French DJ, Browning C, Kendig H, Luszcz MA, Saito Y, Sargent-Cox K et al A simple measure with complex determinants: investigation of the correlates of self-rated health in older men and women from three continents. *BMC Public Health*. 2012;12(649):1-12.

Furtado MCC. CUIDADO, SENÃO EU CAIO: Ocorrência de quedas e o medode cair entre idosos institucionalizados [thesis]. Juiz de Fora: Universidade Federal de Juiz de Fora; 2008. 47 p.

Gautério DP, Santos SSC, Pelzer MT, Barros EJ, Baumgarten L. Caracterização dos idosos usuários de medicação residentes em instituição de longa permanência. *Rev Esc Enferm USP*. 2012;46(6):1394-9.

Giacomin K, Peixoto S, Uchôa E, Lima-Costa M. Estudo de base populacional dos fatores associados à incapacidade funcional entre idosos na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(6):1260-70.

Gomes JCP, Teixeira MJ. Dor no idoso. *Rev Bras Med.* 2007;64(11):554-63.

Gonçalves LHT, Silva AH, Mazo GZ, Benedetti TRB, Santos SMA, Marques S et al O idoso institucionalizado: avaliação da capacidade funcional e aptidão física. *Cad Saúde Pública.* 2010;26(9):1738-46.

Goulart FAA. Organização Pan-Americana da Saúde. Doenças Crônicas Não Transmissíveis: Estratégias de controle e desafios e para os Sistemas de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

Guedes JM, Silveira RCR. Análise da capacidade funcional da população geriátrica institucionalizada na cidade de Passo Fundo - RS. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano* [Internet]. 2004 [cited 01-13];1(2):10-21. Available from: <http://www.upf.br/seer/index.php/rbceh/article/view/10>.

Hägglom-Kronlöf G, Sonn U. Interests that occupy 86-year-old persons living at home: Associations with functional ability, self-rated health and sociodemographic characteristics. *Australian Occupational Therapy Journal.* 2005;53:196-204.

Hartmann ACVC. Fatores associados à autopercepção de saúde em idosos de Porto Alegre [thesis]. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2008. 73 p.

Haseen F, Adhikari R, Soonthorndhada K. Self-assessed health among Thai elderly. *BMC Geriatr* [Internet]. 2010 10. Available from: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2318-10-30.pdf>.

Horta ALM, Ferreira DCO, Zhao LM. Envelhecimento, estratégias de enfrentamento do idoso e repercussões na família. *Rev Bras Enferm.* 2010;63(4):523-8.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio. Um Panorama da Saúde no Brasil: Acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde, 2008. Brasília, 2010.

Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Características das Instituições de Longa Permanência para Idosos: Região Cento-Oeste. Brasília: Presidência da República; 2008.

Iwamoto C, Silva RB, Santos LC, Coutinho VF. Estado nutricional, qualidade de vida e doenças associadas em idosos residentes em instituições de longa permanência. *Geriatrics & Gerontology.* 2008;2(2):42-8.

Katz J, Melzack R. Measurement of pain. *Department of Psychology.* 1999;79(2):231-52.

Kawamoto R, Yoshida O, Oka Y. Factors related to functional capacity in community-dwelling elderly. *Geriatr Gerontol Intern.* 2004;4:105-10.

Kawasaki K. Impacto da hospitalização na capacidade funcional do idoso [thesis]. Campinas: Unniversidade Estadual de Campinas; 2004.

Lapane KL, Quilliam BJ, Pharm WC, Kim M. The Association Between Pain and Measures of Well-Being Among Nursing Home Residents. *JAMDA*. 2012;13:344-9.

Lebrão ML, Duarte YAO, Santos JLF, Laurenti R. Evolução nas condições de vida e saúde da população idosa do Município de São Paulo. *São Paulo em Perspectiva*. 2008;22(2):30-45.

Lee Y, Choi K. Functional disability of older persons in long-term care facilities in Korea. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2002;34:93-106.

Lee Y, Shinkai S. A comparison of correlates of self-rated health and functional disability of older persons in the Far East: Japan and Korea. *Arch Gerontol Geriatr*. 2003;37:63-76.

Lenardt MH, Michel T, Wachholz PA. Autoavaliação da saúde e satisfação com a vida de idosas institucionalizadas. *Cienc Cuid Saude*. 2010;9(2):246-54.

Li ZB, Lam TH, Ho SY, Chan WM, Ho KS, Li MP et al. Age-versus time-comparative self-rated health in Hong Kong Chinese older adults. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2006;21:729–39.

Lima-Costa MF, Barreto SM, Giatti L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Cad Saúde Pública*. 2003;19(3):735-43.

Lima-Costa MF, Firmo JOA, Uchôa E. A estrutura da auto-avaliação da saúde entre idosos: projeto Bambuí. *Rev Saúde Pública*. 2004;38(6):827-34.

Lojudice DC, Laprega MR, Rodrigues RAP, Rodrigues Junior AL. Quedas de idosos institucionalizados: ocorrência e fatores associados. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2010;13(3):403-12.

Lorenzini M. A influência da dor crônica na qualidade de vida do idoso [thesis]. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2006.

Lorenzini M. A influência da dor crônica na qualidade de vida, na mobilidade e na força muscular do idoso. [thesis]. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2011.

Luk JKH, Chiu PKC, Chu LW. Factors affecting institutionalization in older Hong Kong Chinese patients after recovery from acute medical illnesses. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2009;49:e110–e4.

Maciel A, Guerra R. Influência dos fatores biopsicossociais sobre a capacidade funcional de idosos residentes do Brasil. *Rev bras epidemiol*. 2007;10(2):178-89.

Marchon RM, Cordeiro RC, Nakano MM. Capacidade Funcional: estudo prospectivo em idosos residentes em uma instituição de longa permanência. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2010;13(2)

Marinho L, Vieira M, Costa S, Andrade J. Grau de dependência de idosos residentes em instituições de Longa Permanência. *Rev Gaucha Enfermagem.* 2013;34(1):104-10.

McDaid O, Hanly MJ, Richardson K, Kee F, Kenny RA, Savva GM. The effect of multiple chronic conditions on self-rated health, disability and quality of life among the older populations of Northern Ireland and the Republic of Ireland: a comparison of two nationally representative cross-sectional surveys. *BMJ Open.* 2013;3:1-9.

Mendonça JA, Marques Neto JF. Qualidade de vida do idoso institucionalizado. *Rev Ciênc Med.* 2003;12(4):299-306.

Millán-Calenti J, Túbio J, Pita-Fernández S, Rochette S, Lorenzo T, Maseda A. Cognitive impairment as predictor of functional dependence in an elderly sample. *Arch Gerontol Geriatr.* 2012;54:197-201.

Ministério da Educação. Organización de Estados Iberoamericanos para la Educación la Ciencia y la Cultura (OEI). Sistema Educativo Nacional de Brasil. Madrid, Espanha: Ministerio de Educación y Ciencia de España; 2003.

Ministério da Saúde. Área Técnica da Saúde da Pessoa Idosa do Ministério da Saúde e Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica da Fundação Oswaldo Cruz. Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas do Idoso. Brasília, 2011a.

Ministério da Saúde. Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde. Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas do Idoso: Guia do Usuário. Brasília: Fio Cruz; 2011b.

Moreira PL, Boas PJFV. Avaliação nutricional e capacidade funcional de idosos institucionalizados em Botucatu/SP. *Geriatrics & Gerontologia.* 2011;5(1):19-23.

Nascimento SM, Pinheiro RS. Participação no programa de atividade física de idosos residentes em uma Casa Gerontológica no Rio de Janeiro. *Cad Saúde Colet.* 2013;21(1):46-52.

Novo A, Mendes E, Antunes C, Babo C, Costa M, Dias R et al Capacidade funcional e risco de queda - Aptidão física, composição corporal e medo de cair em idosos institucionalizados. III Seminário Contributos para a Saúde na População Senior + IDADE + SAÚDE [Internet]. 2011 [cited 02/03/2014]. Available from: https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/5075/1/Capacidade%20funcional%20e%20risco%20de%20queda_final.pdf.

Nunes DP, Nakatani AYK, Silveira EA, Bachion MM, Souza MRd. Capacidade funcional, condições socioeconômicas e de saúde de idosos atendidos por equipes de Saúde da Família de Goiânia (GO, Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2010 [cited 12/27];15(6):2887-98. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000600026&script=sci_arttext.

Nunes VMA, Menezes RMP, Alchieri JC. Avaliação da Qualidade de Vida em idosos institucionalizados no município de Natal, Estado do Rio Grande do Norte. *Acta Scientiarum Health Sciences*. 2010;32(2):119-26.

Oliveira AB, Nascimento ANB, Paula BB, Nunes LG, Dutra GA. Dor no idoso: Considerações gerais e relevantes para a abordagem fisioterapêutica. *SI*. SI:1-10.

Oliveira EA, Silva RR, Carvalho AGC, Carvalho SMCR, Maciel LFM, Alves EVC et al. Capacidade Funcional de Idosas de Instituição de Longa Permanência no Município de João Pessoa, Paraíba, Brasil: Estudo Piloto. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*. 2012;16(2):83-8.

Oliveira M. Intervenção Cognitivo-Comportamental em transtorno de ansiedade – Relato de um caso. *Revista Brasileira de Terapia Cognitivas*. 2011;7(1):30-4.

Oliveira PH. Características sociodemográficas, déficit cognitivo e capacidade funcional de idosos institucionalizados de Cuiabá, MT [thesis]. Cuiabá: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca; 2010. 108 p.

Orfila F, Ferrera M, Lamarca R, Tebe C, Domingo-Salvanya A, Alonso J. Gender differences in health-related quality of life among the elderly: The role of objective functional capacity and chronic conditions. *Social Science & Medicine*. 2006;63:2367–80.

Organização Mundial da Saúde. Cuidados Inovadores para Condições Crônicas: componentes estruturais de ação - relatório mundial. Brasília, 2002.

Pagoto V. Auto-avaliação do estado de saúde em idosos usuários do Sistema Único de Saúde de Goiânia-Goiás [thesis]. Goiânia: Universidade Federal de Goiás; 2009. 140 p.

Paula JAM. Avaliação do idoso: capacidade funcional, independência e sua relação com outros indicadores de saúde [thesis]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2007.

Pelegrin AKAP, Araújo JA, Costa LC, Cyrillo RMZ, Rosset I. Idosos de uma Instituição de Longa Permanência de Ribeirão Preto: níveis de capacidade funcional. *Arq Ciênc Saúde*. 2008;15(4):182-8.

Peng R, Ling L, He Q. Self-rated health status transition and long-term care need, of the oldest Chinese. *Health Policy*. 2010;97:259–66.

Pestana LC, Santo FHE. As engrenagens da saúde na terceira idade: um estudo com idosos asilados. *Rev Esc Enferm USP*. 2008;42(2):268-75.

Pimenta FAP. Autopercepção do estado de saúde, qualidade de vida e consumo de recursos de saúde em uma população de aposentados de Belo Horizonte [thesis]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2006. 130 p.

Polaro SHI, Fideralino JCT, Nunes PAO, Feitosa ES, Gonçalves LHT. Idosos residentes em instituições de longa permanência para idosos da região metropolitana de Belém-PA. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2012;15(4):777-84.

Pontes-Barros JF, Alves KCAO, Filho AVD, Rodrigues JE, Neiva HC. Avaliação da capacidade funcional de idosos institucionalizados na cidade de Maceió - AL. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*. 2010;23(2):168-74.

Rabelo DF, Cardoso CM. Auto-eficácia, doenças crônicas e incapacidade funcional na velhice. *Psico-USF* [Internet]. 2007 [cited 01/02];12(1):75-81. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/pusf/v12n1/v12n1a09.pdf>.

Rebouças M. Indicadores de saúde dos idosos: Comparação entre o Brasil e os Estados Unidos [thesis]. Brasília: Universidade Católica de Brasília; 2006. 213 p.

Rede Interagencial de Informação para a Saúde. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2008.

Reichert FF, Loch MR, Capilheira MF. Autopercepção de saúde em adolescentes, adultos e idosos. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2012;17(12):3353-62.

Reis LA. Influência da dor crônica resultante de doenças osteomusculares na capacidade funcional de idosos institucionalizados no município de Jequié/BA [thesis]. Natal - RN: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2008.

Reis LA, Sampaio LS, Costa ANd, Mascarenhas CHM. Influência do quadro depressivo na capacidade funcional de idosos institucionalizados. *Revista Eletrônica da Fainor*. 2011;4(1):62-72.

Reis LA, Torres GV. Influência da dor crônica na capacidade funcional de idosos institucionalizados. *Rev Bras Enferm*. 2011;64(2):274-80.

Rodrigues CG, Maia AG. Como a posição social influencia a autoavaliação do estado de saúde? Uma análise comparativa entre 1998 e 2003. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2010 26(4):762-74. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n4/18.pdf>.

Rodrigues MAP, Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumél E, Silveira DS et al Uso de serviços básicos de saúde por idosos portadores de condições crônicas, Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2009;43(4):604-12.

Romero DE, Souza Junior PRB. Determinantes da auto-avaliação da saúde entre adultos e idosos. Uma perspectiva de gênero da inter-relação com as doenças crônicas e as limitações funcionais auto-referidas. In: Proceedings of the XIV Encontro Nacional de Estudos Populacionais; Caxambú - Minas Gerais. 20-24 de setembro de 2004.

Rosa LHT. Estudo dos fatores associados ao envelhecimento bem-sucedido de idosos da comunidade de Barra funda – RS, Brasil [thesis]. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2007.

Rossi ALS, Pereira VS, Driusso P, Rebelatto JR, Ricci NA. Profile of the elderly in physical therapy and its relation to functional disability. Revista Brasileira de Fisioterapia. 2012;

Salveti MG. Incapacidade em pessoas com dor lombar crônica: prevalência e fatores preditores [thesis]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2010.

Sampaio LS, Reis LA, Oliveira TS. Alguns aspectos epidemiológicos dos idosos participantes de um grupo de convivências no município de Jequié/BA. Ver Saúde Com. 2007;3(2):19-26.

Santos AR, Lopes BM, Lorenzini M, Resende TL. Depressão e mobilidade em idosos com dor crônica, institucionalizados e não-institucionalizados. Revista da Graduação. 2011;4(2)

Schmidt MI, Duncan BB, Silva GA, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. The Lancet. 2011;61-74.

Scudds RJ, Robertson JM. Pain Factors Associated With Physical Disability in a Sample of Community-Dwelling Senior Citizens. Journal of Gerontology: Medical Sciences. 2000;55A(7):M393–M399.

Secretaria de Políticas de Assistência Social. Departamento de Desenvolvimento da Política de Assistência Social. Normas de funcionamento de serviços de atenção ao idoso no Brasil. Brasília: Ministério da Previdência e Assistência Social.

Silva AH. Idosos de ILPIS: Análise da capacidade funcional e aptidão funcional [thesis]. Florianópolis – SC: Universidade do Estado de Santa Catarina; 2009.

Silva LC, Bolina AF, Andrade EV, Luiz RB, Ana Lúcia DM, Barbosa MH. Avaliação da dor em idosos institucionalizados na cidade de Uberaba, MG. In: Proceedings of the 64ª Reunião Anual da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência - SBPC; 2012 22 a 27 de julho de 2012; São Luís, Maranhão.

Silva MTV. Satisfação com o Suporte Social e Percepção de Saúde da Pessoa Idosa Institucionalizada [thesis]. Covilhã, Portugal: Universidade da Beira Interior; 2013.

Silva TR, Menezes PR. Autopercepção de saúde: um estudo com idosos de baixa renda de São Paulo. *Rev Med.* 2007;86(1):28-38.

Slaughter SE, Eliasziw M, Morgan D, Drummond N. Incidence and predictors of excess disability in walking among nursing home residents with middle-stage dementia: a prospective cohort study. *International Psychogeriatrics.* 2010;23(1):54-64.

Speers RA, Kuo AD, Horak FB. Contributions of altered sensation and feedback responses to changes in coordination of postural control due to aging. *Gait and Posture.* 2002;16:20-30.

Suzuki MM, Demartini SM, Soares E. Perfil do idoso institucionalizado na cidade de Marília: subsídios para elaboração de políticas de atendimento. *Revista de Iniciação Científica da FFC.* 2009;9(3):256-68.

Tavares DMS, Pereira GA, Iwamoto HH, Miranzzzi SSC, Rodrigues LR, Machado ARM. Incapacidade funcional entre idosos residentes em um município do interior de Minas Gerais. *Texto Contexto Enferm.* 2007;16(1):32-9.

Teixeira MJ. Fisiopatologia da nocicepção e da supressão da dor. *JBA.* 2001;1(4):329-34.

Torvik K, Kaasa S, Kirkevold Ø, Rustøen T. Pain and Quality of Life Among Residents of Norwegian Nursing Homes. *Pain Management Nursing.* 2010;11(1):35-44.

Trost Z. All pain is not created equal: Differentiating between pain during movement versus pain at rest following total knee arthroplasty. *Pain.* 2012;153:2161-2.

Tsai H-J. Cross-sectional and longitudinal associations of functional and health status with institutional care use: Results from the Survey of Health and Living Status of the Elderly in Taiwan. *Geriatrics e Gerontology International.* 2012.

Tse MMY, Wan VTC, Vong SKS. Health-Related Profile and Quality of Life Among Nursing Home Residents: Does Pain Matter? *Pain Management Nursing.* 2013;14(4):e173-e84.

Undén A-L, Elofsson S. Do Different Factors Explain Self-Rated Health in Men and Women? *Gender Medicin.* 2006;3(4):295-308.

Veras R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev Saúde Pública.* 2009;43(3):548-54.

Vitorino LM, Paskulin LMG, Vianna LAC. Qualidade de vida de idosos da comunidade e de instituições de longa permanência: estudo comparativo. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2013;21(Special)

Vivan AS, Argimon IIL. Estratégias de enfrentamento, dificuldades funcionais e fatores associados em idosos institucionalizados. *Cad Saúde Pública*. 2009;25(2):436-44.

Wang J, Chang L-H, Eberly LE, Virnig BA, Kane RL. Cognition moderates the relationship between facility characteristics, personal impairments, and nursing home residents' Activities of Daily Living. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2010;58(12):2275–83.

Weinberger M, Darnell JC, Tierney WM, Martz BL, Hiner SL, Barker J et al Self-rated health as a predictor of hospital admission and nursing home placement in elderly public housing tenants. *AJPH Month*. 1986;76(4)

Woo J, Chau PPH. Aging in Hong Kong: The Institutional Population. *JAMDA*. 2009;10(7):478-85.

World Health Organization. Scientific Group on the Epidemiology of Aging. The use of epidemiology in the study of the elderly. Geneva: World Health Organization; 1984.

World Health Organization. World Health Organization Regional Office for Europe by IOS Press. EUROHIS: Developing Common instruments for Health Surveys. Amsterdam: IOS Press; 2003.

World Health Organization. Envelhecimento ativo: Uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2005.

APÊNDICES

Apêndice A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O(a) senhor(a) está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), em uma pesquisa intitulada “**DOR EM IDOSOS DE INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA DE GOIÂNIA, GOIÁS**”. Meu nome é _____ e sou a entrevistadora. O objetivo geral deste estudo é realizar um levantamento de informações sobre a ocorrência e o manejo da dor crônica na população que vive em Instituições de Longa Permanência para idosos em Goiânia, Goiás. Os benefícios que o(a) senhor(a) e todos os idosos receberão como resultado desta pesquisa, poderão ser visualizados por mudanças nas ações relacionadas à Política de Saúde do Paciente com Dor no município de Goiânia, tais como: melhoria no planejamento e acompanhamento de programas para atendimento ao idoso com dor, redefinição das ações e planos de assistência e cuidado a esta população.

Esta pesquisa será desenvolvida por meio de entrevista. Assim, concordando em participar, iniciaremos com a entrevista e levantamento de dados de identificação junto ao seu prontuário. Ao término, iniciaremos as perguntas para coleta dos dados relacionando à dor e terapia analgésica utilizada. Durante a entrevista, o(a) senhor(a) responderá a várias perguntas sobre sua pessoa, sua saúde e sua dor. Poderá sentir irritabilidade e/ou cansaço, não se preocupe, basta avisar e daremos um tempo para seu descanso. Poderemos até continuar no dia seguinte ou interromper de vez a sua participação, sem qualquer prejuízo para o(a) senhor(a).

Informamos, ainda, que o seu nome não aparecerá na pesquisa, sendo garantido o sigilo quanto à sua identidade. Garantimos que o(a) senhor(a) não sofrerá constrangimentos, danos, prejuízos ou despesas financeiras. Também não receberá nenhum pagamento ou gratificação por participar, tendo total liberdade de se recusar ou retirar o consentimento a qualquer momento. Os resultados deste estudo serão posteriormente divulgados em eventos científicos e publicados em revistas científicas.

A coordenadora geral desta pesquisa é a Prof^aDra Lílian Varanda Pereira, da Faculdade de Enfermagem/UFG e ela poderá esclarecê-lo em caso de dúvidas pelos telefones: (62)32121717, (62)85892814 (inclusive ligações a cobrar).

Após os esclarecimentos e informações, se o(a) senhor(a) aceitar fazer parte da pesquisa, favor assinar abaixo, em duas vias de igual conteúdo. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável.

Para outros esclarecimentos, o(a) senhor(a) poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás pelo telefone (62) 3521-1075 ou 3521-1076.

Assinatura do pesquisador _____

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Concordo em participar do estudo **“DOR EM IDOSOS DE INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA DE GOIÂNIA, GOIÁS”**, fornecendo as informações solicitadas. Fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) pela entrevistadora _____ sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento/ assistência/tratamento, caso necessário.

Local e data: _____

Nome do participante: _____

Assinatura do participante: _____

Testemunha: (ass.) _____

--

Impressão digital – se necessário

**SE IDOSO PORTADOR DE PERTURBAÇÃO MENTAL OU DOENÇA MENTAL OU
COM SUBSTANCIAL DIMINUIÇÃO DE SUAS CAPACIDADES DE
CONSENTIMENTO**

Eu, _____, RG/ CPF
_____, abaixo assinado, responsável por
_____, autorizo sua participação no estudo “**DOR EM
IDOSOS DE INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA DE GOIÂNIA, GOIÁS**”,
como sujeito. Fui devidamente informado (a) e esclarecido(a) pelo pesquisador(a)
_____ sobre a pesquisa, os procedimentos nela
envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes da sua
participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer
momento, sem que isto leve a qualquer penalidade ou interrupção do
acompanhamento/ assistência/tratamento prestado ao sujeito pesquisado.

Local e data: _____

Nome do responsável: _____

Assinatura do responsável: _____

Testemunha: (nome)

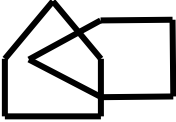
Testemunha: (ass.)

Apêndice B

Nome IDOSO: _____ Idade: _____ anos N° _____

Nome da ILPI: _____ Data: ____/____/____

AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO COGNITIVA- MINI EXAME DO ESTADO MENTAL (Folstein et al, 1975)

			PONTOS	PACIENTE
ORIENTAÇÃO TEMPORAL	ANO		1	
	MÊS		1	
	DIA DO MÊS		1	
	DIA DA SEMANA		1	
	HORA APROXIMADA		1	
ORIENTAÇÃO ESPACIAL	ESTADO		1	
	CIDADE		1	
	SETOR OU BAIRRO		1	
	LOCAL GENÉRICO (residência, clínica)		1	
	LOCAL ESPECÍFICO (apartamento, setor)		1	
MEMÓRIA IMEDIATA	NOMEIE 3 OBJETOS E PEÇA PARA O PACIENTE REPETIR (Exemplo: Vaso, carro, tijolo)		1 para cada objeto (total = 3)	
ATENÇÃO E CÁLCULO	DIMINUIR 7 DE 100 5 VEZES SUCESSIVAS	100-7= 93 93-7= 86 86-7= 79 79-7= 72 72-7=65	1 para cada subtração (total = 5)	
MEMÓRIA DE EVOCAÇÃO	REPETIR OS 3 OBJETOS ACIMA (Vaso, carro, tijolo)		1 para cada objeto (total = 3)	
LINGUAGEM	NOMEAR 2 OBJETOS (EX: RELÓGIO, CANETA)		1 para cada objeto (total = 2)	
	REPETIR "NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ"		1	
	SEGUIR O COMANDO DE 3 ESTÁGIOS: "PEGUE O PAPEL SOBRE A MESA COM A MÃO DIREITA, DOBRE-O AO MEIO UMA VEZ E COLOQUE-O DE VOLTA NA MESA"		1 para cada estágio (total = 3)	
	LEIA E EXECUTE A ORDEM: "FECHE OS OLHOS"		1	
	ESCREVER UMA FRASE		1	
	COPIAR O DESENHO: 		1	
TOTAL DE PONTOS			30	

Pontua-se as respostas certas

SCORES:

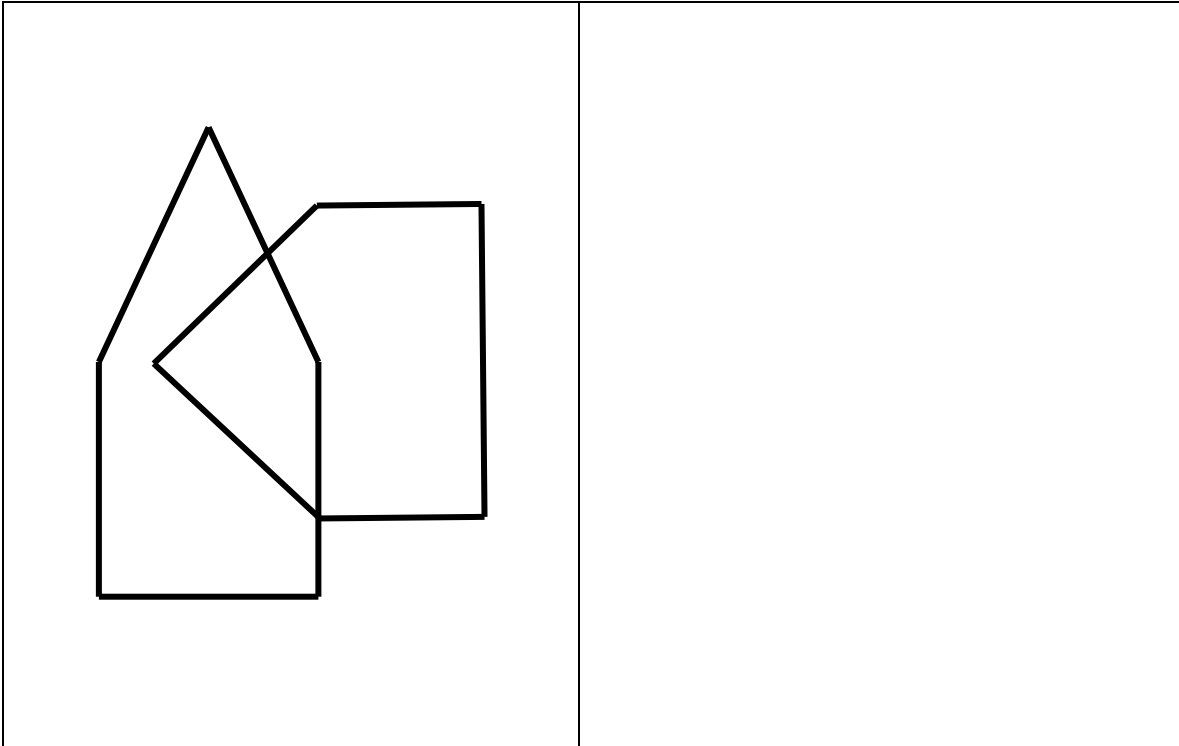
() NORMAL ≥ 26

() LIMÍTROFE = ENTRE 24 E 26

() COMPROMETIMENTO COGNITIVO < 24

() COMPROMETIMENTO COGNITIVO GRAVE < 13 (ENCERRAR A ENTREVISTA)

FECHE OS OLHOS



Nº _____

Data ___/___/___

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS**Dor em Idosos de Instituições de Longa Permanência de Goiânia, Goiás****IDENTIFICAÇÃO**

1. Nome completo: _____
2. Há quanto tempo o senhor reside nesta ILPI? 1 [] <1 ano 2 [] 1 – 5 anos 3 [] > 5 anos
3. O senhor já residiu em outra ILPI? 1 [] Sim. 2 [] Não Se sim, por quanto tempo? _____(meses) _____(dias) _____(anos)
4. Sexo: 1 [] Masculino 2 [] Feminino
5. Data de nascimento _____ 5.1 Idade: _____ anos
6. Estado marital 1 [] Com companheiro 2 [] Sem companheiro
7. Tem filhos? 1 [] sim 2 [] não
8. Recebe visitas na ILPI? 1 [] sim 2 [] não
9. Se sim, de quem? [] filhos [] companheiro [] outros familiares [] amigos [] outros
10. Com que frequência? [] algumas vezes [] sempre (de 15 em 15 dia ou menos)

PERFIL SOCIAL

11. Qual a escolaridade do(a) sr(a) em anos de estudo? _____ anos Continue:

1 [] analfabeto	2 [] sabe ler e escrever e nunca foi à escola	3 [] primário completo/incompleto
4 [] ensino médio completo/incompleto	5 [] superior completo/incompleto	

12. O senhor é aposentado? [] sim 2 [] não
13. Se sim, qual o motivo da aposentadoria? 1 [] tempo de serviço 2 [] por idade 3 [] por problema de saúde
14. Se foi por problema de saúde, qual foi o problema?

1 [] cardiovascular	2 [] respiratório	3 [] músculo esquelético
4 [] neurológico	5 [] outro Especificar: _____	

15. Em geral o(a) Sr.(a) diria que sua saúde é: 1 [] ótima 2 [] boa 3 [] regular 4 [] ruim 5 [] péssima
16. Em comparação com outras pessoas de sua idade, o(a) sr(a) diria que sua saúde é: 1 [] melhor 2 [] igual 3 [] pior

17. Vou ler algumas doenças. Quais dessas doenças o médico já disse que o(a) sr(a) tem? (o cuidador também pode responder).

Diabetes	[] SIM	[] NÃO	Derrame cerebral (AVC)	[] SIM	[] NÃO
Hipertensão	[] SIM	[] NÃO	Infarto do miocárdio	[] SIM	[] NÃO
Excesso de peso (obesidade)	[] SIM	[] NÃO	Asma, bronquite, outros	[] SIM	[] NÃO
Baixo peso (desnutrição)	[] SIM	[] NÃO	Doenças Osteomusculares	[] SIM	[] NÃO
Colesterol elevado	[] SIM	[] NÃO	Depressão	[] SIM	[] NÃO
Osteoporose	[] SIM	[] NÃO	Problemas na memória (caduco)	[] SIM	[] NÃO
Câncer	[] SIM	[] NÃO	Problemas na tireóide	[] SIM	[] NÃO
Catarata	[] SIM	[] Não	Outros		

18. Quantas vezes o senhor já foi internado? 1 [] Nenhuma 2 [] Uma 3 [] Duas 3 [] Três Quatro ou mais [] (confirmar com cuidador)

HÁBITOS DE VIDA**ATIVIDADE FÍSICA**

19. O Sr(a) pratica alguma atividade física? 1 [] sim 2 [] não 24.1 Se sim, quantas vezes por semana? _____
20. Qual atividade pratica?

1 [] Caminhada	3. [] Ginástica	5 [] outros
2 [] Hidroginástica	4. [] Dança	

21. Por que não pratica?

1 [] dificuldade motora	3. [] dor	5 [] outros _____
2 [] falta de interesse	4. [] indisposição	

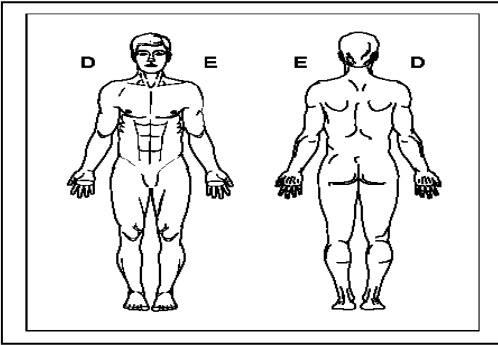
AVALIAÇÃO DA DOR

22. Ao longo da vida, muitas pessoas têm algum tipo de dor (como dor de cabeça comum, dor muscular ou lombar, dor de dente etc.).

Nos últimos **meses**o(a) senhor(a) sentiu algum tipo de dor?

1[] sim [*prosseguir com as próximas perguntas do bloco*] 2[] não [*passar para o próximo bloco*]

23. Se sim, em que lugar(es) do corpo a dor incomoda o(a) senhor(a)? Por favor coloque a mão no(s) local(is) onde sente a **DOR**. (Verificar o local, e marcar no diagrama corporal e no quadro ao lado, com um x, a área correspondente)



1. Cabeça	Sim	Não	10. Sacral	Sim	Não
2. Face	Sim	Não	11. Cocci	Sim	Não
3. Pescoço	Sim	Não	12. MMII	Sim	Não
4. Região cervical	Sim	Não	13. Região anal	Sim	Não
5. Ombros	Sim	Não	14. Região pélvica/genital	Sim	Não
6. MMSS	Sim	Não	15. Joelhos	Sim	Não
7. Região Torácica	Sim	Não	16. Articulações	Sim	Não
8. Abdome	Sim	Não	17. Corpo todo	Sim	Não
9. Espinha lombar	Sim	Não	18. Pés		

24. Somatório dos locais de dor:

1[] 1-3 2[] 4-6 3[] 7-11 4[] 12 ou mais

25. Qual dessas dores é a **PRINCIPAL DOR**? Ou Seja, aquela que mais incomoda?

26. Há quanto tempo o(a) senhor(a) sente a **PRINCIPAL DOR**?

1[] há menos de três meses 2[] há mais de três meses e menos que seis

3[] de 6 meses a um ano 4[] de 2 a 5 anos 5[] de 6 a 10 anos 6[] mais de 10 anos 7[] não lembro

27. Nos últimos sete dias o senhor sentiu a **PRINCIPAL DOR**? 1[] sim 2[] não

28. Se sim, quantos dias a dor esteve presente nos últimos 3 meses?

1[] mais que a metade dos 90 dias (3 meses)

2[] menos que a metade dos 90 dias (3 meses)

29. Quando a **PRINCIPAL DOR** aparece?

1[] ao repouso 2[] ao movimento 3[] continuamente 2[] à noite

30. Nos últimos sete dias o senhor ficou deitado por causa da dor? 1[] sim 2[] não

31. Quantos dias na semana o(a) senhor(a) permaneceu deitado por causa da dor? 1[] um dia 2[] dois dias 3[] três dias 4[] mais que 3 dias

32. Quanto o(a) sr(a) sente de DOR? Fazer uma avaliação global da **PRINCIPAL DOR(1)** e uma avaliação da **PRINCIPAL DOR** ao **REPOUSO(2)** e ao **MOVIMENTO(3)** por meio da **Escala Numérica** (de 0-10, onde 0="nenhuma dor" e 10=" pior dor possível") e da **Escala de Descritores Verbais** (o idoso não vai ver a escala, apenas ouvir o observador)

(1) Avaliação **GLOBAL** da **PRINCIPAL DOR**:

| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

-----|-----|-----|-----|-----|
Nenhuma Leve Moderada Forte Pior dor

possível

(2) Avaliação global da **PRINCIPAL DOR** ao **REPOUSO**:

| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

-----|-----|-----|-----|-----|
Nenhuma Leve Moderada Forte Pior dor

possível

(3) Avaliação global da **PRINCIPAL DOR** ao **MOVIMENTO**:

| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

-----|-----|-----|-----|-----|
Nenhuma Leve Moderada Forte Pior dor

possível

33. Qual escala o sr(a) gostou mais para medir sua dor? 1 **Escala Numérica** [] 2 **Escala de Descritores Verbais** []

34. O(a) senhor(a) está sentindo dor **AGORA**? 1[] sim 2[] não

35. Nos últimos sete dias o(a) senhor(a) realizou algum tratamento para aliviar a sua dor (exemplo: tomou medicamentos, massagens, entre outros)?

1[] Sim 2[] Não 3[] Não sei

36. Se sim, esse tratamento foi: 1[] Medicamentoso 2[] Não medicamentoso

37. Caso o tratamento tenha sido **NÃO** medicamentoso, qual(is) terapêutica(s) o(a) senhor(a) utilizou?

1[] Massagem 2[] Relaxamento 3[] Meditação 4[] Assistir a televisão 5[] Leitura 6[] Usar óleos na pele

8[] Ouvir Música 9[] Outras: _____

38. Qual foi o alívio obtido por meio do tratamento **NÃO** medicamentoso que o(a) senhor(a) utilizou? Avalie esse alívio por meio de uma escala que varia de 0 a 10, onde 0 (zero) significa nenhum alívio e 10 alívio total. Utilize também a escala de descritores verbais.

| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

-----|-----|-----|-----|-----|
Nenhum Pouco Moderado Bom Alívio Total

39. Caso o tratamento tenha sido farmacológico copiar as medicações/posologia, etc, da lista do cuidador.

Nome legível	Posologia

40. Agora, avalie, com o idoso, o alívio obtido por meio do tratamento medicamentoso que o(a) idoso(a) utilizou. Avalie esse alívio por meio de uma escala que varia de 0 a 10, onde 0=nenhum alívio e 10=alívio total (1). Utilize também a escala de descritores verbais (2).

(1) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(2) |-----|-----|-----|-----|
 Nenhum Pouco Moderado Bom Alívio Total

ATIVIDADES BÁSICAS DE VIDA DIÁRIA

41. Precisamos entender algumas dificuldades que as pessoas têm em realizar atividades importantes em seu dia a dia.
 INDEX DE INDEPENDENCIA NAS ATIVIDADES BASICAS DE VIDA DIÁRIA

Index de AVDs (Katz)	Tipo de classificação
A	Independente para todas as atividades
B	Independente para todas as atividades menos uma
C	Independente para todas as atividades menos banho e mais uma adicional
D	Independente para todas as atividades menos banho, vestir-se e mais uma adicional.
E	Independente para todas as atividades menos banho, vestir-se, ir ao banheiro e mais uma adicional.
F	Independente para todas as atividades menos banho, vestir-se, ir ao banheiro, transferência e mais uma adicional.
G	Dependente para todas as atividades
Outro	Dependente em pelo menos duas funções, mas que não se classificasse em C, D, E e F.
FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES BÁSICAS DE VIDA DIÁRIA, KATZ.	
Para cada área de funcionamento listada abaixo assinale a descrição que melhor se aplica. A palavra "assistência" significa supervisão, orientação ou auxílio pessoal.	
Banho - a avaliação da atividade "banhar-se" e realizada em relação ao uso do chuveiro, da banheira e ao ato de esfregar-se em qualquer uma dessas situações. Nessa função, além do padronizado para todas as outras, também são considerados independentes os idosos que receberem algum auxílio para banhar uma parte específica do corpo como, por exemplo, a região dorsal ou uma das extremidades.	(1) Não recebe assistência (entra e sai do banheiro sozinho se essa e usualmente utilizada para banho)
	(2) Recebe assistência no banho somente para uma parte do corpo (como costas ou uma perna)
	(3) Recebe assistência no banho em mais de uma parte do corpo
Vestir - para avaliar a função "vestir-se" considera-se o ato de pegar as roupas no armário, bem como o ato de se vestir propriamente dito. Como roupas são compreendidas roupas íntimas, roupas externas, fechos e cintos. Calçar sapatos está excluído da avaliação. A designação de dependência é dada as pessoas que recebem alguma assistência pessoal ou que permanecem parcial ou totalmente despidos.	(1) Pega as roupas e se veste completamente sem assistência
	(2) Pega as roupas e se veste sem assistência, exceto para amarrar os sapatos
	(3) Recebe assistência para pegar as roupas ou para vestir-se ou permanece parcial ou totalmente despido
Banheiro - a função "ir ao banheiro" compreende o ato de ir ao banheiro com excreções, higienizar-se e arrumar as próprias roupas. Os idosos considerados independentes podem ou não utilizar algum equipamento ou ajuda mecânica para desempenhar a função sem que isso altere sua classificação. Dependentes são aqueles que recebem qualquer auxílio direto ou que não desempenham a função. Aqueles que utilizam "papagaios" ou "comadres" também são considerados dependentes;	(1) Vai ao banheiro, higieniza-se e se veste após as eliminações sem assistência (pode utilizar objetos de apoio como bengala, andador, barras de apoio ou cadeira de rodas e pode utilizar comadre ou urinol à noite esvaziando por si mesmo pela manhã)
	(2) Recebe assistência para ir ao banheiro ou para higienizar-se ou para vestir-se após as eliminações ou para usar o urinol ou comadre à noite
	(3) Não vai ao banheiro para urinar ou evacuar
Transferência - a função "transferência" é avaliada pelo movimento desempenhado pelo idoso para sair da cama e sentar-se em uma cadeira e vice-versa. Como na função anterior, o uso de equipamentos ou suporte mecânico não altera a classificação de independência para a função. Dependentes são as pessoas que recebem qualquer auxílio em qualquer das transferências ou que não executam uma ou mais transferências	(1) Deita-se e levanta-se da cama ou da cadeira sem assistência (pode utilizar um objeto de apoio como bengala ou andador)
	(2) Deita-se e levanta-se da cama ou da cadeira com auxílio
	(3) Não sai da cama
Continência - "Continência" refere-se ao ato inteiramente autocontrolado de urinar ou defecar. A dependência está relacionada à presença de incontinência total ou parcial em qualquer das funções. Qualquer tipo de controle externo como enemas, cateterização ou uso regular de fraldas classifica a pessoa como dependente	(1) Tem controle sobre as funções de urinar e evacuar.
	(2) Tem "acidentes" ocasionais (perdas urinárias ou fecais)
	(3) Supervisão para controlar urina e fezes, utiliza cateterismo ou é incontinente.
Alimentação : a função "alimentação" relaciona-se ao ato de	(1) Alimenta-se sem assistência

dirigir a comida do prato (ou similar) a boca. O ato de cortar os alimentos ou prepara-los esta excluído da avaliação. Dependentes são as pessoas que recebem qualquer assistência pessoal, que não se alimentam sem ajuda ou que utilizam sondas para se alimentarem.	(2) Alimenta-se sem assistência, exceto para cortar carne ou passar manteiga no pão
	(3) Recebe acedência para alimentar-se ou e alimentado parcial ou totalmente por sonda enteral ou parenteral.

42. AVALIAÇÃO DA DEPRESSÃO

1. Você está satisfeito com sua vida?	Sim	Não
2. Abandonou muitos de seus interesses e atividades?.	Sim	Não
3. Sente que sua vida está vazia?	Sim	Não
4. Sente-se freqüentemente aborrecido?	Sim	Não
5. Você tem muita fé no futuro?	Sim	Não
6. Tem pensamentos negativos?	Sim	Não
7. Na maioria do tempo está de bom humor?	Sim	Não
8. Tem medo de que algo de mal vá lhe acontecer?	Sim	Não
9. Sente-se feliz na maioria do tempo?	Sim	Não
10. Sente-se freqüentemente desamparado, adoentado?	Sim	Não
11. Sente-se freqüentemente intranquilo?	Sim	Não
12. Prefere ficar em casa em vez de sair?	Sim	Não
13. Preocupa-se muito com o futuro?	Sim	Não
14. Acha que tem mais probl de memória que os outros?	Sim	Não
15. Acha bom estar vivo?	Sim	Não
16. Fica freqüentemente triste?	Sim	Não
17. Sente-se inútil?	Sim	Não
18. Preocupa-se muito com o passado?	Sim	Não
19. Acha a vida muito interessante?	Sim	Não
20. Para você é difícil começar novos projetos?	Sim	Não
21. Sente-se cheio de energia?	Sim	Não
22. Sente-se sem esperança?	Sim	Não
23. Acha que os outros têm mais sorte que você?	Sim	Não
24. Preocupa-se com coisas sem importância?	Sim	Não
25. Sente freqüentemente vontade de chorar?	Sim	Não
26. É difícil para você concentrar-se?	Sim	Não
27. Sente-se bem ao despertar?	Sim	Não
28. Prefere evitar as reuniões sociais?	Sim	Não
29. É fácil para você tomar decisões?	Sim	Não
30. O seu raciocínio está tão claro quanto antigamente?	Sim	Não

Pontuação: 0 quando for diferente da resposta em negrito, 1 quando for igual à resposta em negrito

Total > 10 = suspeita de depressão

43. ENFRENTAMENTO DA DOR

*As pessoas reagem de diferentes maneiras a situações difíceis ou estressantes. Para responder a estas perguntas, pense sobre como você está lidando com a sua **DOR**, neste momento. Concentre-se nas coisas que você faz, pensa ou sente para enfrentar esta condição, no momento atual.*

1. Eu levo em conta o lado positivo das coisas.	Sim	Não
---	-----	-----

	2. Eu me culpo.	Sim	Não
	3. Eu me concentro em alguma coisa boa que pode vir desta situação.	Sim	Não
	4. Eu tento guardar meus sentimentos para mim mesmo.	Sim	Não
	5. Procuo um culpado para a situação.	Sim	Não
	6. Espero que um milagre aconteça.	Sim	Não
	7. Peço conselho a um parente ou a um amigo que eu respeite.	Sim	Não
	8. Eu rezo/ oro.	Sim	Não
	9. Converso com alguém sobre como estou me sentindo.	Sim	Não
	10. Eu insisto e luto pelo que eu quero.	Sim	Não
	11. Eu me recuso a acreditar que isto esteja acontecendo.	Sim	Não
	12. Eu brigo comigo mesmo; eu fico falando comigo mesmo o que devo fazer.	Sim	Não
	13. Desconto em outras pessoas.	Sim	Não
	14. Encontro diferentes soluções para o meu problema.	Sim	Não
	15. Tento ser uma pessoa mais forte e otimista.	Sim	Não
	16. Eu tento evitar que os meus sentimentos atrapalhem em outras coisas na minha vida.	Sim	Não
	17. Eu me concentro nas coisas boas da minha vida.	Sim	Não
	18. Eu desejaria mudar o modo como eu me sinto.	Sim	Não
44.	19. Aceito a simpatia e a compreensão de alguém.	Sim	Não
	20. Demonstro raiva para as pessoas que causaram o problema.	Sim	Não
	21. Pratico mais a religião desde que tenho esse problema.	Sim	Não
	22. Eu percebo que eu mesmo trouxe o problema para mim.	Sim	Não
	23. Eu me sinto mal por não ter podido evitar o problema.	Sim	Não
	24. Eu sei o que deve ser feito e estou aumentando meus esforços para ser bem sucedido.	Sim	Não
	25. Eu acho que as pessoas foram injustas comigo.	Sim	Não
	26. Eu sonho ou imagino um tempo melhor do que aquele em que estou..	Sim	Não
	27. Tento esquecer o problema todo.	Sim	Não
	28. Estou mudando e me tornando uma pessoa mais experiente.	Sim	Não
	29. Eu culpo os outros.	Sim	Não
	30. Eu fico me lembrando que as coisas poderiam ser piores.	Sim	Não
	31. Converso com alguém que possa fazer alguma coisa para resolver o meu problema.	Sim	Não
	32. Eu tento não agir tão precipitadamente ou seguir minha primeira idéia.	Sim	Não
	33. Mudo alguma coisa para que as coisas acabem dando certo.	Sim	Não
	34. Procuo me afastar das pessoas em geral.	Sim	Não
	35. Eu imagino e tenho desejos sobre como as coisas poderiam acontecer.	Sim	Não
	36. Encaro a situação por etapas, fazendo uma coisa de cada vez.	Sim	Não
	37. Descubro quem mais é ou foi responsável.	Sim	Não
	38. Penso em coisas fantásticas ou irreais (como uma vingança perfeita ou achar muito dinheiro) que me fazem sentir melhor.	Sim	Não
	39. Eu sairei dessa experiência melhor do que entrei nela.	Sim	Não
	40. Eu digo a mim mesmo o quanto já consegui.	Sim	Não
	41. Eu desejaria poder mudar o que aconteceu comigo.	Sim	Não
	42. Eu fiz um plano de ação para resolver o meu problema e o estou cumprindo.	Sim	Não
	43. Converso com alguém para obter informações sobre a situação.	Sim	Não
	44. Eu me apego à minha fé para superar esta situação.	Sim	Não
	45. Eu tento não fechar portas atrás de mim. Tento deixar em aberto várias saídas para o problema	Sim	Não

Você tem feito alguma outra coisa para enfrentar ou lidar com a sua DOR? 1 () Sim 2 () Não
Especifique: _____

45. Quem respondeu as perguntas: 1[] o próprio idoso 2[] o idoso com ajuda do cuidador/familiar (somente nas questões objetivas)

Hora do término da entrevista: _____h

Nome do coletador: _____

ANEXOS

Anexo 1



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



Goiânia, 28 de março de 2012.

PARECER CONSUBSTANCIADO
Protocolo nº 398/11

I. IDENTIFICAÇÃO:

Título do projeto: *Dor crônica em idosos de instituições de longa permanência da região Centro-Oeste do Brasil*

Pesquisador Responsável: Lillian Varanda Pereira

Local de realização: Universidade Federal de Goiás/FEN

Informamos que o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás, após análise das adequações solicitadas, **Aprovou**, o projeto acima referido, e o mesmo foi considerado em acordo com os princípios éticos vigentes.

O pesquisador responsável deverá encaminhar ao CEP/UFV, relatórios da pesquisa, encerramento, conclusão(ões) e publicação(ões) de acordo com as recomendações da Resolução 196/96.


Prof. João Batista de Souza
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa/CEP
Prof. João Batista de Souza
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação/UFV

Comitê de Ética em Pesquisa/CEP
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação/PRPPG-UFV, Caixa Postal: 131, Prédio da Reitoria, Piso 1,