

AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL EM IDOSOS RESIDENTES EM DIFERENTES INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA DE GOIÂNIA GOIÁS

FUNCTIONAL CAPACITY ASSESSMENT IN ELDERLY RESIDENTS IN DIFFERENT HOMES FOR THE AGED IN GOIÂNIA, GOIÁS

SANTOS, Nayara Amorim dos¹
SANDOVAL, Renato Alves²

1. Fisioterapeuta graduada pela PUC Goiás.
2. Doutor em Ciências da Saúde (UFG), Docente do curso de Fisioterapia da PUC Goiás.

Resumo:

O objetivo do estudo foi caracterizar o perfil dos idosos quanto à capacidade funcional, utilizando o Índice Katz, em duas instituições de longa permanência na cidade de Goiânia GO. Estudo observacional transversal, realizado com 43 idosos institucionalizados, sendo 25 na IP e 18 na IF. A população estudada é predominantemente feminina, solteira, branca, católica e de baixa escolaridade. Quanto ao índice Katz, observou-se uma divergência entre as instituições, sendo que na IP a maioria dos idosos apresenta dependência leve (32,0%) e IF dependência grave (27,8%). Há maior dependência dos idosos quanto a continência na IP ($p=0.02$) e ao banhar-se na IF ($p=0.05$). Em ambas ILPI's há uma menor dependência quanto à alimentação. Conclui-se que há a necessidade contínua de planejamentos de medidas de prevenção e tratamento das dependências preveníveis.

Palavras-chave: idosos; instituição de longa permanência para idosos; índice Katz.

Abstract: The objective of the study was to characterize the profile of the elderly on the functional capacity of older people using the Katz index, in two homes of the aged in the city of Goiania GO. Cross-sectional observational study, involving 43 institutionalized elderly, 25 in the IP and 18 in the IF. The study population is predominantly female, single, white, Catholic and low education. As for the Katz index there was a divergence between the institutions, the majority of the elderly had mild dependence in the IP (32.0%) and severe dependence in the IF (27.8%). There is greater dependence of the elderly as to continence in IP ($p=0.02$) and to bathe in the IF ($p=0.05$). In both institutions there is a lesser dependence on the feeding. It concludes that there is a continuous need for planning preventive measures and treatment of preventable dependencies.

Key-words: elderly; homes for the aged; Katz index.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento pode ser conceituado como o conjunto de modificações morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas que determinam a perda gradativa da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, sendo considerado um processo dinâmico e progressivo¹

Segundo o Estatuto do Idoso, Lei 10.741 de 1º de outubro de 2003, é considerado idoso no Brasil as pessoas com 60 anos ou mais. Enquanto que a Organização Mundial da Saúde considera como idosos indivíduos com 60 anos ou mais, se elas residem em países em desenvolvimento, e com 65 anos ou mais se residem em países desenvolvidos².

O segmento que mais aumenta na população brasileira é o de idosos, com taxas de crescimento de mais de 4% ao ano no período de 2012 a 2022. A população com 60 anos de idade ou mais passa de 14,2 milhões, em 2000, para 19,6 milhões, em 2010, devendo atingir 41,5 milhões, em 2030, e 73,5 milhões, em 2060. Essa situação de envelhecimento populacional é consequência, primeiramente, da rápida e contínua queda da fecundidade no país, além de ser também influenciada pela queda da mortalidade em todas as idades^{1,3,4}.

Existem cerca de 14 milhões de idosos acima de 65 anos no Brasil, sendo que 1,6% são idosos acima de 80 anos. No município de Goiânia há 124.682 idosos acima de 60 anos, destes 12,56% são idosos longevos (≥ 80 anos)⁵.

As ILPI's, que consistem nas tradicionais instituições asilares, são modalidades de caráter residencial, que recebem pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar; em condição de liberdade, dignidade e cidadania, podendo ou não estar vinculada à iniciativa governamental^{1,6}. Dentre as responsabilidades dessas instituições estão: satisfazer as necessidades dos idosos quanto à moradia, a alimentação, a saúde e a convivência social, bem como dispor de atendimento médico, de assistência social, psicologia, enfermagem, nutrição, odontologia, fisioterapia e terapia ocupacional⁷.

Segundo Furtado; Reis; Sandoval⁶, na região centro oeste identificou-se 249 instituições destinadas ao cuidado de longa duração para a população idosa. No estado de Goiás foram identificadas 157 ILPI's, com 3.997 residentes, destes 3.188

(78%) são idosos, o que representa 0,8% da população idosa de Goiás. Sendo que Goiânia apresenta o maior número de instituições por município, nove no total.

Segundo dados da pesquisa realizada entre 2006 e 2009 pelo IPEA, no Brasil há 3.548 ILPI's, analisando as instituições segundo a natureza dos recursos financeiros temos que a grande maioria é filantrópica (65,2%), as privadas constituem 28,2% e apenas 6,6% são públicas ou mistas. De acordo com as regiões, no nordeste a proporção de filantrópicas é ainda mais elevada, 81,4%, já na região norte, há a maior proporção de instituições públicas, 34,7% do total da região. A região Sul, por sua vez, conta com a maior proporção de instituições privadas, 41,2%, embora nesta região também predominem as instituições filantrópicas⁸. No estado de Goiás as instituições de natureza privada filantrópica representam 62,4%, as públicas 29,3% e, apenas, 2,5% privadas com fins lucrativos⁶.

Capacidade funcional é a capacidade do indivíduo para a realização de atividades relacionadas à sobrevivência de forma autônoma e independente^{3,9}. Entende-se como avaliação funcional, como sendo a avaliação da capacidade de autocuidado e de atendimento às necessidades básicas diárias¹.

Atividades de vida diária (AVD's) compreendem as atividades de cuidado pessoal que a pessoa pode realizar todos os dias, que permitem a sobrevivência física. As AVD's podem ser subdividas em: Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD's), como por exemplo, comer, vestir, tomar banho, realizar transferências de posições, controlar a bexiga e o intestino; e Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD's), que são as atividades relacionadas à capacidade de administração do ambiente de vida dentro e fora do lar, como por exemplo: preparar refeições, usar telefone, usar transporte, controlar e tomar os medicamentos, entre outros¹⁰.

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), somente 22,6% das pessoas de 60 anos ou mais de idade declaram não possuir doenças e já entre as de 75 anos ou mais de idade, esta proporção cai para 19,7%, o que mostra que envelhecer sem pelo menos uma doença crônica está mais para exceção do que regra, assim ter uma doença não significa necessariamente exclusão social⁵.

Estudos populacionais demonstram que 85% dos idosos apresentam pelo menos uma doença crônica e que 10% possuem no mínimo cinco dessas

patologias. Ainda segundo IBGE a maior frequência de declaração de incapacidade funcional foi verificada entre idosos de 75 anos ou mais de idade (27,2%)⁵.

O declínio da capacidade funcional está diretamente relacionado ao próprio processo de envelhecimento, tornando os idosos dependentes dos cuidados de outrem. A institucionalização além de acelerar esse declínio funcional, representa um importante fator de risco para quedas e predispõem a alterações psicológicas, cognitivas e funcionais decorrentes do isolamento e da inatividade⁷.

O risco da incapacidade funcional dobra a cada década de vida, além da maior carga de doenças crônicas e ocorrência de internações hospitalares entre os idosos¹¹. Segundo Alencar¹², 60% das pessoas idosas apresentam-se em condições de fragilidade, tornando-as dependentes e carentes de ajuda regular para sobreviver e poder cumprir as suas AVD's. Observa-se então uma tendência de aumento da institucionalização, diante do rápido e progressivo envelhecimento da população brasileira, país que claramente não está apto a receber e amparar essa população.

Acredita-se que entre os motivos que tendem a levar os idosos a residir nas ILPI's está: 1) a participação feminina no mercado de trabalho, que impossibilita repassar a estas a responsabilidade do cuidado dos pais e sogros; 2) as mudanças na nupcialidade e novos arranjos familiares, que reduz a perspectiva de envelhecer em um ambiente familiar; 3) além do fato que, em sua maioria, as doenças e agravos dos idosos são crônicas, múltiplas, incapacitantes, com estados permanentes ou de longa permanência, exigindo acompanhamento constante de equipes multi e interdisciplinares com intervenções contínuas^{5,13}.

Visto que o declínio da capacidade funcional já é resultante do próprio processo de envelhecimento e agrava com o sedentarismo e/ou inatividade, a institucionalização do idoso pode acelerar esse declínio funcional, por isso é necessário avaliar a capacidade funcional, que é um preditor de saúde, com o intuito de orientar intervenções específicas para combate das dependências preveníveis e na promoção de uma qualidade de vida mais ativa possível.

O objetivo do presente estudo foi caracterizar o perfil dos idosos quanto à capacidade funcional em duas instituições de longa permanência na cidade de Goiânia – GO, sendo uma pública e uma filantrópica.

CASUÍSTICA E MÉTODOS

Trata-se de um estudo observacional transversal. A população do estudo foi constituída por idosos residentes em duas instituições de longa permanência para idosos em Goiânia, Goiás, sendo uma instituição de caráter público, denominada (IP) e outra filantrópica, denominada (IF). As instituições privadas recusaram participar do estudo.

A amostra de conveniência foi composta por todos os idosos residentes nas instituições há pelo menos seis meses, com idade de 60 anos ou mais, aptos a responder as questões apresentadas e que aceitaram participar da pesquisa por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram excluídos os idosos confinados ao leito e os idosos com lesões musculoesqueléticas recentes. Sendo assim na IP participaram 25 idosos (39,6%) de um total de 63 e na IF participaram 18 idosos (42,8%) de um total de 42.

Foram utilizados dois instrumentos para a avaliação, sendo o primeiro um roteiro de dados, com intuito de caracterizar a população de acordo com os seguintes itens: idade, sexo, etnia, escolaridade, estado civil, religião, motivo da institucionalização; e o segundo o Índice Katz para avaliar os aspectos funcionais.

A escala de Independência em Atividades de Vida Diária - Índice Katz abrange as atividades básicas de vida diária, que visa avaliar a capacidade para o autocuidado, questionando-se sobre o desempenho de seis funções básicas, tais como: banhar-se, vestir-se, ir ao banheiro, transferir-se da cama para cadeira e vice-versa, ser continente e alimentar-se^{10,14}.

A escala utilizada é uma versão modificada (Quadro 1) da original, publicada por Katz; Akpom (1976), para facilitar a avaliação dos observadores e a discussão das informações. Nessa versão, o escore se dá pela relação numérica de 0 a 6 de acordo com o número de funções nas quais o indivíduo avaliado é dependente, podendo ser classificado em: Totalmente Independente, Dependência Mínima, Dependência Leve, Dependência Moderada, Dependência Acentuada, Dependência Grave e Totalmente Dependente¹⁵.

Quadro 1 – Classificação Modificada do Índice de Katz

Índice Katz	Tipo de Classificação*	Qualificador**
0	Independente nas seis funções	Totalmente Independente
1	Independente em cinco funções e dependente em uma	Dependência Mínima
2	Independente em quatro funções e dependente em duas	Dependência Leve
3	Independente em três funções e dependente em três	Dependência Moderada
4	Independente em duas funções e dependente em quatro	Dependência Acentuada
5	Independente em uma função e dependente em cinco	Dependência Grave
6	Dependente em todas as funções	Totalmente Dependente

*Classificação original proposta por Katz; Akpom (1976). **Qualificadores propostos por Santos; Sandoval (2015).

Foi realizada a análise estatística descritiva com medida de tendência central (média) e medida de variabilidade (desvio padrão), as frequências foram calculadas de forma absoluta e relativa.

A comparação entre as frequências de dependência para as atividades banhar-se, vestir-se, ir ao banheiro, transferência, continência e alimentação foram realizadas com base no teste do *qui* quadrado de Pearson considerado os grupos IP e IF. A análise foi realizada utilizando o pacote estatístico adotando um nível de significância de 5% ($p \leq 0.05$).

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, com parecer de nº 898.664 em 04 de dezembro de 2014.

RESULTADOS

Foram avaliados 43 idosos, sendo 25 residentes na IP com idade variando entre 62 e 97 anos ($X=75,4\pm 9,9$) anos e 18 residentes na IF com idade variando entre 60 e 114 anos ($X=79,8\pm 13,2$) anos. Em ambas as instituições a população feminina é predominante (tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição da amostra segundo o sexo, Goiânia, Goiás, 2015.

SEXO	INSTITUIÇÕES				
	IP		IF		
	N	%	N	%	
Feminino	14	56,0%	11	61,1%	
Masculino	11	44,0%	07	38,9%	
Total	25	100,0%	18	100,0%	

Quanto ao estado civil, a população é predominantemente solteira, o que representa 52,0% na IP e 44,4% na IF (tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição da amostra segundo o estado civil, Goiânia, Goiás, 2015.

Estado civil	INSTITUIÇÕES				
	IP		IF		
	N	%	N	%	
Solteiro	13	52,0%	08	44,4%	
Casado	01	4,0%	01	5,6%	
Viúvo	04	16,0%	07	38,9%	
Divorciado	07	28,0%	02	11,1%	
Total	25	100,0%	18	100,0%	

Em relação à etnia, a população nas duas instituições é predominantemente de brancos e não foram encontradas as etnias indígena e amarela (tabela 3).

Tabela 3 – Distribuição da amostra segundo etnia, Goiânia, Goiás, 2015.

Etnia	INSTITUIÇÕES				
	IP		IF		
	N	%	N	%	
Branca	12	48,0%	08	44,4%	
Preta	08	32,0%	05	27,8%	
Parda	05	20,0%	05	27,8%	
Total	25	100,0%	18	100,0	

Quanto ao nível de escolaridade, observou-se predomínio do nível Fundamental Incompleto em ambas as instituições, sendo que apenas na IP foi encontrado o nível Superior Completo (tabela 4).

Tabela 4 – Distribuição da amostra segundo nível de escolaridade, Goiânia, Goiás, 2015.

Escolaridade	INSTITUIÇÕES				
	IP		IF		
	N	%	N	%	
Analfabeto	06	24,0%	03	16,7%	
Fundamental	Completo	02	8,0%	02	11,1%
	Incompleto	09	36,0%	10	55,6%
Médio	Completo	05	20,0%	03	16,7%
	Incompleto	02	8,0%	---	---
Superior	Completo	01	4,0%	---	---
	Incompleto	---	---	---	---
Total	25	100,0%	18	100,0%	

Na tabela 5 observa-se que a religião predominante nas duas instituições foi a Católica, sendo que na IP 68,0% dos idosos declaram ser católicos e na IF este número sobe para 83,3%.

Tabela 5 – Distribuição da amostra segundo a religião, Goiânia, Goiás, 2015.

Religião	INSTITUIÇÕES			
	IP		IF	
	N	%	N	%
Católica	17	68,0%	15	83,3%
Evangélica	06	24,0%	02	11,1%
Espírita	01	4,0%	01	5,6%
Nenhuma	01	4,0%	---	---
Total	25	100,0%	18	100,0%

Em relação à capacidade funcional, avaliada no presente estudo pelo Índice Katz, observa-se que na IP há o predomínio da dependência leve (32,0%), diferentemente da IF que prevaleceu a dependência grave (27,8%). Na IF não foi encontrado, dentro desta amostra, idosos totalmente dependentes (Tabela 6).

Tabela 6 – Distribuição da amostra segundo qualificador de funcionalidade do Índice Katz, Goiânia, Goiás, 2015.

ÍNDICE KATZ Qualificador	INSTITUIÇÕES			
	IP		IF	
	N	%	N	%
Totalmente Independente	04	16,0%	03	16,7%
Dependência Mínima	02	8,0%	03	16,7%
Dependência Leve	08	32,0%	03	16,7%
Dependência Moderada	03	12,0%	02	11,1%
Dependência Acentuada	02	8,0%	02	11,1%
Dependência Grave	04	16,0%	05	27,8%
Totalmente Dependente	02	8,0%	---	---
Total	25	100,0%	18	100,0%

Ao analisar as ABVD's percebe-se que há uma maior dependência dos idosos em relação ao banhar-se na IF (72,2% e $p=0.05$) e a continência na IP (72,0% e $p=0.02$). Em contrapartida a atividade que os idosos apresentam menor dependência é a alimentação, em ambas as instituições.

Tabela 7 – Resultados do teste do Qui-quadrado de Pearson, Goiânia, Goiás, 2015.

Atividades	Dependente							
	IP				IF			
	Sim n (%)	Não n (%)	χ^2	P	Sim n (%)	Não n (%)	χ^2	P
Banhar-se	12 (48.0)	13 (52.0)	0.04	0.84	13 (72.2)	05 (27.8)	3.55	0.05*
Vestir-se	11 (44.0)	14 (56.0)	0.36	0.54	10 (55.6)	08 (44.4)	0.22	0.63
Ir ao banheiro	17 (68.0)	08 (32.0)	3.24	0.07	08 (44.4)	10 (55.6)	0.22	0.63
Transferência	07 (28.0)	18 (72.0)	4.84	0.02*	07 (38.9)	11 (61.1)	0.88	0.34
Continência	18 (72.0)	07 (28.0)	4.84	0.02*	10 (55.6)	08 (44.4)	0.22	0.63
Alimentação	02 (8.0)	23 (92.0)	17.64	0.001*	---	18 (100.0)	NA**	NA**

* nível de significância de 5% ($p \leq 0.05$); **NA: Não Avaliado.

DISCUSSÃO

Em concordância com achados de outros estudos, a média de idade encontrada na amostra foi de ($X=75,4\pm 9,9$) na IP e ($X=79,8\pm 13,2$) na IF^{12,13,16}.

No estudo verificou-se que em relação ao sexo o percentual da população feminina é superior (IP 56,0% e IF 61,1%), dados semelhantes aos encontrados nos estudos de Alencar¹², (51,1%); Smanioto; Haddad¹⁷, (55,9%); Azevedo¹⁸, (52,08%). Diferentemente dos estudos mais recentes, temos que a predominância feminina tendia a ser muito superior, tal como no estudo de Pavan¹⁹ (N=110) 80,0% e no estudo de Araújo; Coelim²⁰ (N=183) 74,0%. Apesar do predomínio do sexo feminino observa-se que vem diminuindo a diferença percentual entre os sexos, como mostram os estudos nos últimos cinco anos.

O predomínio feminino pode ser explicado pelo fato das mulheres, em geral, viverem mais que os homens, pois além da procura feminina por serviços de saúde ser maior tanto em busca do tratamento como para prevenção, elas são menos expostas a riscos ambientais, ocupacionais, acidentes de trânsito e de trabalho²¹, logo tem maior possibilidade de vivenciar doenças e incapacidades; e ainda por serem em maior número¹². Segundo o Censo Demográfico 2010, havia cerca de 3,9 milhões de mulheres a mais que homens no Brasil e ao analisar a razão entre sexo e grupos etários, identifica-se que o grupo de idosos é o grupo que apresenta menor razão de sexo, ou seja, há predominância de mulheres²².

Já no estudo de Converso; Iartelli²³, temos que 59,13% (N=115) são homens. Este diferente achado pode ser reflexo do estudo ter sido realizado em Presidente Prudente (SP) e, segundo Censo 2010⁵, 14 dos 20 municípios brasileiros em que a população masculina era no mínimo 30% superior feminina encontra-se no Estado de São Paulo. Portanto, é importante salientar que há diferenças na relação homem/mulher de acordo com a região e há presença majoritária das mulheres, principalmente, nas capitais, exceto Porto Velho que o sexo masculino é predominante²².

Observou-se que há a prevalência de idosos solteiros, de etnia branca e que declaram serem católicos, características semelhantes às encontradas por diversos

autores^{12,18,24,25}. No entanto a maioria dos idosos, nos estudos de Marchon²⁶, Sudre²⁷, são viúvos (45%) e casados (55,7%), respectivamente.

Em relação ao nível de escolaridade há o predomínio do nível fundamental incompleto, o que demonstra que ainda persiste uma baixa escolaridade entre a população idosa devido à desvalorização do estudo e ao difícil acesso à escola. Resultados semelhantes foram encontrados por diversos autores^{1,12,27}. Um achado diferente foi encontrado no estudo realizado em Belém-PA (N=165) em que temos que a maioria dos idosos (39,2%) é analfabeta²⁵. Segundo o IBGE⁴ a escolaridade dos idosos brasileiros ainda é considerada baixa, cerca de 31% tinham menos de um ano de instrução.

No presente estudo constatou-se uma diferença da capacidade funcional dos idosos entre as instituições, pois a maioria dos idosos apresenta dependência leve (32,0%) na IP e dependência grave (27,8%) na IF. Assim como no estudo de Alencar¹², não foi encontrado nenhum idoso totalmente dependente na IF.

De acordo com a literatura, observa-se que a maioria é considerada independente^{1,12,18}. Provavelmente essa discordância com o presente estudo deve-se ao fato da maioria dos autores utilizarem outra versão do índice Katz que traz a classificação da funcionalidade subdividida em apenas três classes (independente, parcialmente dependente e totalmente dependente).

Visto que ambas as instituições apresentam atendimentos multiprofissionais semelhantes, profissionais capacitados e uma boa estrutura física, não foi possível apontar os fatores que possam ter levado a esta discrepância. Há a necessidade de novos estudos que analisem outras variáveis como: avaliar a população total da ILPI, procedência dos idosos recebidos pela instituição, bem como o padrão socioeconômico e qual o período de internação, para que assim seja possível averiguar o fator causal desta divergência, com intuito de poder intervir nos fatores modificáveis, minimizando conseqüentemente o declínio da capacidade funcional entre os idosos institucionalizados.

Ao considerar às atividades vida diária verificou-se que na IP há uma maior dependência dos idosos para a continência (72,0%) e na IF para o banhar-se (72,2%). Em ambas há uma menor dependência para a alimentação (IP 92,0% e IF

100,0%). Dados semelhantes foram encontrados por Smanioto; Haddad¹⁷; Alencar¹²; Azevedo¹⁸.

Como a alimentação é uma tarefa de cunho de subsistência realizada quase que automaticamente pelos idosos, ela é preservada até uma fase tardia. Já continência, em qualquer idade, depende não só da integridade anatômica do trato urinário inferior e dos mecanismos fisiológicos envolvidos na estocagem e na eliminação de urina, como também da capacidade cognitiva, da destreza manual e da motivação para ir ao toalete e da mobilidade, visto que uma restrição da desta limita o acesso do indivíduo ao banheiro, predispondo-o à incontinência²⁸.

Sabe-se que os problemas urinários como a incontinência urinária (IU) e fecal não são consequências naturais da idade e não são problemas exclusivos do envelhecimento, além disso, o tratamento fisioterapêutico é bastante eficaz por meio da cinesioterapia com exercícios voltados para os músculos do assoalho pélvico, do biofeedback, dos cones vaginais e eletroestimulação²⁹. A IU é um agravo à saúde altamente frequente no ambiente asilar^{30,31}, mas esta pode ser considerada como uma das dependências preveníveis e devem estar inseridas nas intervenções oferecidas pelas ILPIs. Nota-se também que há a necessidade de mais campanhas do Ministério da Saúde que vise alertar e orientar toda população que já sofre da IU e/ou fecal a procurar o devido tratamento.

É importante ressaltar que a prática de atividade física sempre deve ser estimulada entre idosos institucionalizados, pois a desobrigação da realização de várias tarefas do dia a dia e a falta de atividade física regular acarreta em um ciclo vicioso que leva ao crescente declínio funcional, principalmente em relação à mobilidade física que, conseqüentemente, afeta as demais ABVDs³¹.

O alto índice de dependência nas instituições é resultado da concepção de que o idoso é um ser desprovido de autonomia e dependente em virtude das alterações decorrentes do processo de envelhecimento e das doenças associadas. Assim é mais fácil e rápido realizar as atividades para os idosos, pois estes apresentam maiores dificuldades para realizá-las e isso demanda tempo e paciência¹⁷.

Por fim, quando o intuito é reduzir a incidência das dependências preveníveis é necessário também uma capacitação adequada de toda a equipe que

trabalham diretamente nas ILPIs a fim de evitar que os mesmos acentue o declínio funcional dos idosos institucionalizados.

CONCLUSÃO

Por fim o declínio da capacidade funcional observado em ambas as instituições apontam para a necessidade contínua de planejamentos de medidas de prevenção e tratamento das dependências preveníveis, tanto por parte de ações governamentais quanto privada, assim as ILPIs devem estar estruturadas de forma que inclua exercício físico, terapia farmacológica e comportamental, com uma equipe multiprofissional capacitada, com vistas a melhorar a qualidade de vida dos idosos institucionalizados, reduzir os problemas de saúde associados e diminuir o custo sanitário.

REFERÊNCIAS

1. Marinho LM. Grau de dependência de idosos residentes em instituições de longa permanência. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 2013;34:104-10.
2. IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Os novos idosos brasileiros muito além dos 60? Rio de Janeiro, setembro, 2004.
3. Freitas RS. Capacidade funcional e fatores associados em idosos: estudo populacional. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2012;25:933-39.
4. IBGE. Síntese de Indicadores Sociais. Uma Análise das Condições de Vida da População Brasileira. Rio de Janeiro, 2010.
5. Brasil. Sinopse dos resultados do Censo 2010.
6. Furtado JVF, Reis TCA, Sandoval RA. Perfil epidemiológico dos idosos residentes em uma instituição de longa permanência na cidade de Inhumas, Goiás, Brasil. *TRANCES*. 2012;4:267-84.
7. Ferreira DCO, Yoshitome AY. Prevalência e características das quedas de idosos institucionalizados. *Rev Bras Enferm*. 2010;63:991-97.
8. Kanso S. As Instituições de Longa Permanência para Idosos no Brasil. 2010.
9. Lourenço TM. Capacidade funcional no idoso longevo: uma revisão integrativa. *Rev Gaúcha Enferm*. 2012;33:176-85.
10. Carvalho GS. Avaliação fisioterapêutica da funcionalidade do idoso com bases no Índice Katz e Escala MIF. [Monografia]. Universidade Veiga de Almeida, Rio de Janeiro, 2008.
11. Del Duca GF. Indicadores da institucionalização de idosos: estudo de casos e controles. *Rev Saúde Pública*. 2012;46:147-53.
12. Alencar MA. Perfil de idosos residentes em uma instituição de longa permanência. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2012;15(4):785-96.

13. Gonçalves LHT. O idoso institucionalizado: avaliação da capacidade funcional e aptidão física. *Cadernos Saúde Pública*. 2010;26:1738-46.
14. Cézar ID. Capacidade Funcional de Idosos Institucionalizados. [Dissertação]. Universidade de Fortaleza, 2010.
15. Duarte YAO, Andrade CL, Lebrão ML. O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. *Rev Esc Enferm USP*. 2007;41(2):317-25.
16. Araújo IFL, Cabral VPC, Viana FP, Sandoval RA. Análise comparativa funcional entre idosos institucionalizados e não institucionalizados. *Estudos*. 2010;37(1/2):101-11.
17. Smanioto FN, Haddad MCFL. Índice de Katz aplicado a idosos institucionalizados. *Rev Rene*. 2011;12(1):18-23.
18. Azevedo LM, Oliveira KMV, Nunes VMA, Alchieri JC. Perdas da capacidade funcional em idosos institucionalizados no município de Natal, RN. *J Res Fundam Care*. 2014;6(2):485-92.
19. Pavan FJ, Meneghel SN, Junges JR. Mulheres Idosas Enfrentando a Institucionalização. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(9):2187-90.
20. Araújo MOPH, Ceolim MF. Avaliação do grau de independência de idosos residentes de longa permanência. *Rev Esc Enferm USP*. 2007;41(3):378-85.
21. Pontes-Barros JF. Avaliação da capacidade funcional de idosos institucionalizados na cidade de Maceió AL. *RBPS*. 2010;23(2):168-74.
22. IBGE. Indicadores sociais municipais: uma análise dos resultados do universo do censo demográfico 2010. Rio de Janeiro, 2011.
23. Converso MER, Iartelli I. Caracterização e análise do estado mental funcional de idosos institucionalizados em instituições públicas de longa permanência. *J Bras Psiquiatr*. 2007;56(4):267-72.
24. IBGE. Mudança demográfica no Brasil no início do século XXI: subsídios para as projeções da população. Rio de Janeiro, 2015.
25. Polaro SHI. Idosos residentes em instituições de longa permanência para idosos da região metropolitana de Belém PA. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2012;15(4):777-84.
26. 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):203-14.
27. Sudre MRS. Prevalência de dependência em idosos e fatores de risco associados. *Acta Paul Enfer*. 2012;25(6):947-53.
28. Oliveira DLC, Goretti LC, Pereira LSM. O desempenho de idosos institucionalizados com alterações cognitivas em atividades de vida diária e mobilidade: estudo piloto. *Rev Bras Fisioter*. 2006;10(1):91-6.
29. Knorst MR. A influência da intervenção fisioterapêutica sobre a qualidade de vida em pacientes com incontinência urinária. [Tese], Doutorado em Gerontologia Biomédica, PUCRS, Porto Alegre, 2009.
30. Jerez-Roig J, Souza DLB, Lima KC. Incontinência urinária em idosos institucionalizados no Brasil: uma revisão integrativa. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2013;16(4):865-79.
31. Silva LC. Mobilidade física prejudicada em idosos institucionalizados. *J Res Fundam Care*. 2013;5(3):346-53.