

PAULO ADÃO DE MEDEIROS

**INDICADORES COMPORTAMENTAIS DO
ENVELHECIMENTO ATIVO PARA RESIDENTES EM
INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS**

Dissertação de mestrado, apresentada ao Programa de Pós Graduação em Ciências do Movimento Humano da Universidade do Estado de Santa Catarina – UDESC como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências do Movimento Humano na área de Concentração Estudos Biocomportamentais do Movimento Humano e Linha de Pesquisa Atividade Física e Saúde.

Orientadora: Dra. Giovana Zarpellon Mazo

**FLORIANÓPOLIS
2014**

M488i

Medeiros, Paulo Adão de

Indicadores comportamentais do envelhecimento ativo para residentes em instituições de longa permanência para idosos / Paulo Adão de Medeiros. -- 2014.

p. : il. ; 21 cm

Orientadora: Giovana Zarpellon Mazo

Dissertação (mestrado)—Universidade do Estado de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Ciências do Movimento Humano, 2014

Bibliografia

1. Idosos - Assistência de longa duração. 2. Idosos. 3. Envelhecimento. 4. Qualidade de vida. I. Mazo, Giovana Zarpellon. II. Universidade do Estado de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Ciências do Movimento Humano. III. Título.

DDC: 362.61- 20.ed.

Catálogo na publicação elaborada pela Biblioteca do CEFID/UESC

PAULO ADÃO DE MEDEIROS

**INDICADORES COMPORTAMENTAIS DO
ENVELHECIMENTO ATIVO PARA RESIDENTES EM
INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Ciência do Movimento Humano, da Universidade Estadual de Santa Catarina, SC, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências do Movimento Humano.

Banca Examinadora:

Orientadora:

Profa. Dra. Giovana Zarpellon Mazo
Universidade do Estado de Santa Catarina

Membro:

Prof. Dr. Fernando Luiz Cardoso
Universidade do Estado de Santa Catarina

Membro:

Profa. Dra. Fabiana Flores Sperandio
Universidade do Estado de Santa Catarina

Membro:

Profa. Dra. Tânia Rosane Bertoldo Benedetti
Universidade Federal de Santa Catarina

Florianópolis, 11/07/2014

Dedico este trabalho as “minhas 200 avós”: a todas as idosas da Associação Amparo Providência Lar das Vovozinhas em Santa Maria-RS que me acolheram, me doaram seu carinho e me despertaram a paixão pela temática.

“As ILPIs não podem continuar sendo ilhas isoladas da sociedade. Sonho com o dia em que verdadeiramente forem construídas as pontes que as ligarão ao resto do mundo! Pois a vida de qualquer pessoa só tem saúde quando banhada por sentimentos bons que surgem em contato com as pessoas, com o mundo e com a realidade que acontece fora dos muros da ILPI” (próprio autor).

AGRADECIMENTOS

Encontro neste espaço à oportunidade de expressar meus sentimentos em meio às entrelinhas deste texto acadêmico. Pois, até mesmo dentro do rigor que exige a ciência, o homem não sendo máquina fica sujeito a uma infinidade de emoções.

E neste momento de grande emoção, de felicidade por encerrar uma etapa, é tempo de agradecimento... A gratidão é uma das maiores virtudes, pois, nós seres humanos, não fomos feitos para vivermos sozinhos, precisamos uns dos outros e só vencemos com ajuda.

Eu me lembro de que desde as monitorias da época da faculdade tenho o sonho de um dia ser docente. Para isso, o mestrado torna-se fundamental! Por muitas vezes, parecia distante, porém se torna realidade, eis que nasce para o meio acadêmico!

Diante desta tão importante vitória não poderia deixar de agradecer aqueles que fizeram parte desta caminhada...

Primeiramente agradeço a Deus que É a causa primeira de todas as coisas, Energia Suprema que me concedeu a vida, e está sempre a me inspirar, fortalecer e guiar. À espiritualidade superior pelo apoio em todos os momentos.

Agradeço aos meus pais, Lourdes e Braulio pelo amor, base de tudo, pelos sacrifícios que fizeram para me proporcionar condições de estudar, pelos incentivos e por nunca deixarem de acreditar em mim...

À minha irmã Augusta e minha sobrinha Maitê que nasceu no dia que ingressei no mestrado por serem a ponte com minha própria história, por aguentarem a saudade e por junto com meus pais serem o porto seguro que sempre me aguarda de braços abertos...

À minha orientadora, Professora Giovana, pela grande oportunidade, por acreditar no meu sonho de trabalhar na temática de idosos institucionalizados, pela paciência e pelos ensinamentos que transmite na área do envelhecimento humano.

Aos membros da banca Professor Fernando Cardoso, Professora Fabiana Sperandio e Professora Tânia Benedetti por todas as importantes contribuições no processo de desenvolvimento desta pesquisa. Também à Professora Andréia Pelegrini pelas contribuições em um dos capítulos deste estudo.

Aos Professores da graduação Hedionéia Pivetta, Melissa Braz, Patrícia Roveda, Rodrigo Radunz, Maria Denise Schimith pelos

ensinamentos, exemplos e amizade que me faz tê-los como referência profissional.

Aos colegas e amigos do GETI e do Laboratório de Gerontologia (LAGER): Janeisa, Inês, Daniel, Maíra, Enaiane, Gabriel, Paula (por ser a melhor editora de apresentações power point), Lilian, Alice, Artur, Lislayne, Iago, Eduardo, Kadine pelos momentos de convivência, descontração e aprendizado. O espírito de equipe do laboratório, no qual todos se auxiliam, trocam saberes e experiências, vibram com as vitórias uns dos outros. O com clima de amizade e descontração, sempre com muitas festividades, sejam no GETI, nos aniversários ou nos barzinhos no final do dia... tenho certeza que faz toda a diferença deste grupo! Vou sentir muita saudade!

Um agradecimento em especial: à colega e amiga Janeisa pela humildade em que reparte o seu imenso conhecimento. Também, gostaria de fazer um agradecimento especial à Adriana Viscardi, Artur Fortunato e Juliana Freddi por todo o auxílio no desenvolvimento da pesquisa, espero que nossa parceria e amizade permaneçam...

À minha família de Floripa, componentes da “casa da mãe joana”, Inês e Enaiane por toda amizade, parceria, cumplicidade que nos une... Por vivenciarem comigo os momentos de construção desse projeto...Obrigado pelos abraços, pela escuta, pelo ombro, pelo incentivo e por tudo o que vocês representam na minha vida! A doçura da Inês misturada com a objetividade da Enaiane fazem a medida certa do nosso Lar! Tenho certeza de que não é por acaso que nos conhecemos e que convivemos juntos...

Aos idosos do GETI, principalmente os participantes do projeto Universidade Aberta pelo carinho, atenção e construção coletiva de conhecimentos que realizamos. Esse projeto me oportunizou conhecer muitas pessoas especiais, entre as quais não poderia deixar de mencionar a Tânia Bosco, que se tornou minha mãe catarinense, a Maira Pinto e Eni Cipriano, pois nossa amizade extrapolou para a vida pessoal.

Ao Grupo de Estudos da Terceira Idade (GETI) e ao Laboratório de Gerontologia (LAGER) por todo o aprendizado que me foi proporcionado na área da gerontologia. Tenho imenso orgulho de ter feito parte desse “barco” que navega nos mares do envelhecimento.

Aos colegas de pós-graduação: Ana Paula Montoro, Cinara Sacomori (agora Doutora), Thiago Medeiros, Elisa Ferrari pelas conversas, dicas e amizade durante esses dois anos de mestrado. Um agradecimento especial à Salma Hernandez, sua amizade e apoio foram essenciais em muitos momentos.

À Laureci Nunes pelos momentos de encontro terapêutico que me auxiliaram na caminhada.

Aos familiares, incluindo tias, madrinha, primos e amigos que torceram pelo meu sucesso. Tenho certeza que as orações de vocês foram fundamentais!

À minha parceira, companheira e amiga Carla Flores por todos os momentos que a vida nos possibilitou viver juntos... Obrigado pelo apoio e incentivo. Meu sentimento por você excede qualquer definição!

Aos especialistas participantes desta pesquisa por acreditarem na proposta e disponibilizarem seu tempo para fazer suas contribuições.

À Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC) pelo ensino de qualidade e gratuito. Às funcionárias da secretaria de Pós-graduação Solange e Marisa pelo tratamento atencioso que dispensam aos alunos.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo apoio financeiro que me permitiu dedicação ao mestrado e assim obter qualificação profissional.

A todos os idosos institucionalizados que convivi e me ensinaram tantas coisas a respeito da vida e me trouxeram inquietações que me impulsionam a pesquisar este tema.

A tantas pessoas que embora não mencionadas contribuíram com a minha formação enquanto profissional e ser humano, Muito Obrigado!

"Certa vez, li uma história sobre um grupo de judeus que estava fugindo dos nazistas. Estavam subindo uma montanha e levavam com eles os doentes, os idosos e as crianças. Muitos dos idosos caíam ao longo do caminho e diziam:- Somos um estorvo. Continuem sem nós. E recebiam como resposta: - As mães precisam descansar de vez em quando. Portanto, em vez de ficarem aí sentados e morrerem, por favor, peguem as crianças e andem até onde puderem! Assim que pegavam as crianças e começavam a andar, todos os idosos conseguiam atravessar a montanha. Tinham uma **razão para viver**".

Ruby Dee, atriz

RESUMO

MEDEIROS, P. A. **Indicadores comportamentais do envelhecimento ativo para residentes em instituições de longa permanência para idosos**. 2014.245f. Dissertação (Mestrado em Ciências do Movimento Humano- Área: Estudos Biocomportamentais do Movimento Humano e Linha de pesquisa Atividade Física e Saúde) – Universidade do Estado de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Ciências do Movimento Humano, Florianópolis, 2014.

Existe uma carência de estudos que buscam aproximar a Política do Envelhecimento Ativo (EA) do contexto das Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs). Diante disto, esta pesquisa exploratória focou-se nos determinantes comportamentais do envelhecimento ativo com o objetivo de analisar os indicadores comportamentais para a avaliação do envelhecimento ativo de residentes em ILPIs, segundo as evidências científicas e a percepção de especialistas. Para tanto, foi desenvolvida uma ampla revisão de literatura em diversas fontes bibliográficas, inclusive revisões sistemáticas sobre a qualidade de vida e instrumentos de avaliação construídos especificamente para residentes em ILPIs que juntamente com a experiência profissional do pesquisador serviram de base para elaboração de indicadores que foram organizados em forma de um questionário semi-estruturado e enviado para 17 especialistas da área da Gerontologia emitir seu parecer. Para analisar o material qualitativo resultante das questões abertas do questionário foi utilizada a análise de conteúdo temática. A relevância dos indicadores proveniente do questionário foi analisada pelo Índice de Validade de Conteúdo (IVC). Ao final foi evidenciado que não existe consenso entre os especialistas sobre esse novo constructo. Porém, alguns pontos tornam-se mais evidentes, principalmente no que diz respeito à inclusão, socialização, autonomia, estímulo e proteção e que as estratégias para promoção do EA nessas instituições são diferentes. Foram descritos 26 indicadores comportamentais para o ambiente das ILPIs, quais sejam: realizar a maioria das AVDs independentemente, possuir alimentação adequada através de serviço ou apoio nutricional, possuir autonomia para opinar sobre a confecção dos alimentos, possuir atitudes de auto-cuidado, escolher o que vestir, aderir a comportamentos saudáveis recomendados

pelos profissionais da ILPI, sentir-se seguro e protegido, participar na comunidade, manter sua privacidade apesar do ambiente coletivo, participar da comunidade, manter sua privacidade apesar do ambiente coletivo, estabelecer relações amorosas e/ou sexuais no contexto institucional, caso ainda sinta essa necessidade, manter convívio familiar dentro e fora da instituição, zelar e cuidar do seu quarto e pertences, manter-se informado e interessado em acontecimentos do dia a dia fora da ILPI, ter e expressar sua opinião, estabelecer amizades e relações de afeto no contexto institucional, administrar pelo menos parte de seu dinheiro, interessar-se em auxiliar outros moradores da ILPI no que for possível, possuir autonomia sobre o controle do tempo e modificações na sua rotina, envolver-se em atividades físicas promovidas pela ILPI, apresentar apetite e interessar-se pelas refeições preparadas na ILPI, escovar os dentes ou a prótese diariamente, ter conhecimento e controle sobre o seu estado de saúde e as medicações que utiliza, menor quantidade de medicamentos utilizados, realizar atividades de lazer, possuir o hábito da leitura e/ou manter-se envolvido em atividades educacionais, envolver-se em trabalhos voluntários de manutenção e conservação da ILPI. Esses indicadores envolvem os três pilares do EA e podem ser utilizados como uma ferramenta de promoção de saúde. Sugerem-se novas pesquisas por meio de grupos focais com os especialistas para aprofundar o debate sobre essa temática. Evidencia-se que mudanças são necessárias na estrutura das ILPIs tornar o EA viável e efetivo também para o idoso residente no contexto institucional.

Palavras-chave: Envelhecimento Ativo; Idosos; Instituições de Longa Permanência para Idosos; Institucionalização; Comportamento; qualidade de vida.

ABSTRACT

MEDEIROS, PA. **Behavioral indicators of active aging for residents in long-term care for the elderly.** 2014.245f. Dissertation (Masters in Human Movement Sciences - Area: Biobehavioral Studies of Human Movement, and Research Line: Physical Activity and Health) – Universidade do Estado de Santa Catarina. Post-Graduation Program in Human Movement Science, Florianópolis, 2014.

There is a lack of studies, and mainly of assessment tools, that seek to approximate the active aging policy to the context of institutions for the long term care of the elderly (ILPIs). Given this, this exploratory research focused on the behavioral determinants of active aging aiming to analyze behavioral indicators for the evaluation of active aging in institutionalized elderly, according to the scientific evidence and experts' perceptions. An extensive literature review on various literature sources was performed, including systematic reviews on the quality of life and instruments for evaluation of the institutionalized elderly. These literature reviews associated with researcher professional experience served as the basis for developing indicators that were organized in a semi-structured questionnaire which was sent for analysis to 17 experts in the field of Gerontology. A thematic content analysis was performed to analyze, understand and interpret the qualitative material resulting from the open questions of the questionnaire. The relevance of the indicators from the questionnaire was analyzed using a Content Validity Index (CVI). It was observed that there was no consensus among experts about this new construct. However some points became more evident, especially regarding inclusion, socialization, independence, stimulation and protection. Strategies to promote active aging are different in these institutions. Twenty six behavioral indicators for the environment of ILPIs were described: perform independently most of daily activities, consume adequate food with nutritional support, have self-care attitudes, choose own clothes to dress, adhere to healthy behaviors recommended by ILPIs professionals, feel protected and safe, participate in the community, keep their privacy in inspite of living in a collective environment, stabilish love and/or sexual relationships at the institution, in the case of feeling it is necessary, keep family contact inside and outside the institution, take care of their own room and

objects, keep informed and interested about events which happen outside of the institution, communicate their opinion, establish friendships and affective relationships at the institution, administrate at least part of their own money, demonstrate interest to help other residents of the institution, have autonomy about controlling their time and routine, practice physical activities proposed by ILPIs, have appetite and interest for prepared and served food, brush the teeth or dental prosthesis daily, know about and have some control over their own health state and medication, amount of medication, perform leisure activities, read or be involved in educational activities, do voluntary tasks related to maintenance and organization of the ILPI. These indicators are related to the three pillars of active aging and can be used as a tool for health promotion. This study suggests new researches through focus groups with experts to enrich and improve the debate on this topic. There is a need for changes in the structure of ILPIs in such a way that active aging becomes feasible and effective for the institutionalized elderly.

Keywords: Active Aging; Elderly; Long Term Care; Institutionalization; Behavior; Quality of life.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Representação das Fases do estudo.....	34
Figura 2 -	Ilustração sobre a construção dos indicadores comportamentais do envelhecimento ativo para residentes em ILPIs.....	40
Figura 3 -	Fluxograma do processo de seleção dos artigos, cap.1.....	47
Figura 4 -	Fluxograma do processo de seleção dos artigos, cap.2.....	108
Figura 5 -	Porcentagem que os instrumentos foram citados em relação ao número total de citações.....	132
Figura 6 -	Categorias temáticas e os seus elementos geradores ou subcategorias.....	145
Figura 7 -	Representação dos Pilares do EA para os idosos com diminuição do nível de independência.....	159
Figura 8 -	Pilares do Envelhecimento Ativo para os Residentes em Instituições de Longa Permanência para Idosos.....	167

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Critérios utilizados para a inclusão dos especialistas no estudo.....	32
Quadro 2 -	Estratégias de pesquisa nas bases de dados escolhidas, cap 1.....	44
Quadro 3 -	Resumo das principais características dos estudos incluídos na revisão.....	48
Quadro 4 -	Instrumentos utilizados para avaliar a QV nos estudos.....	73
Quadro 5 -	Estratégias de pesquisa nas bases de dados escolhidas, cap 2.....	106
Quadro 6 -	Características dos instrumentos construídos para avaliar os residentes em Instituições de Longa Permanência para Idosos.....	111

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Descrição dos participantes do estudo.....	33
Tabela 2 -	Pontuação, percentual de qualidade e categorias dos artigos a partir dos critérios da STROBE.....	90
Tabela 3 -	Referências, número e nome dos instrumentos específicos para avaliação dos residentes em ILPIs...	109
Tabela 4 -	Indicadores comportamentais do EA, pilar do EA correspondente e Índice de Validade de Conteúdo (IVC).....	171

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO GERAL.....	25
1.1	OBJETIVOS.....	28
1.1.1	Objetivo geral.....	28
1.1.2	Objetivos específicos.....	28
1.2	ESTRUTURAÇÃO DO ESTUDO.....	29
2	MATERIAIS E MÉTODO.....	31
2.1	CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO.....	31
2.2	PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	31
2.3	INSTRUMENTOS DO ESTUDO.....	33
2.4	COLETA DE DADOS.....	36
2.5	TRATAMENTO DOS DADOS.....	38
3	CAPITULO 1: REVISÃO SISTEMÁTICA SOBRE QUALIDADE DE VIDA DE RESIDENTES EM INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS E SUA RELAÇÃO COM O ENVELHECIMENTO ATIVO.....	41
3.1	INTRODUÇÃO.....	41
3.2	MÉTODO.....	43
3.3	RESULTADOS.....	46
3.4	DISCUSSÕES.....	92
3.5	CONCLUSÃO.....	100
4	CAPÍTULO 2: INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO CONSTRUÍDOS ESPECIFICAMNTE PARA RESIDENTES EM INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA.....	103
4.1	INTRODUÇÃO.....	103
4.2	MÉTODO.....	104
4.3	RESULTADOS.....	107
4.4	DISCUSSÕES.....	132
4.5	CONCLUSÃO.....	136

5	CAPÍTULO 3: INDICADORES COMPORTAMENTAIS PARA AVALIAÇÃO DO ENVELHECIMENTO ATIVO DE RESIDENTES EM INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS.....	139
5.1	INTRODUÇÃO.....	139
5.2	MATERIAIS E MÉTODO.....	141
5.3	RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	144
5.4	CONCLUSÃO.....	174
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	177
	REFERÊNCIAS.....	181
	APÊNDICES.....	205
	ANEXOS.....	231

1 INTRODUÇÃO GERAL

O processo de envelhecer é universal, progressivo, gradual, além de tratar-se de uma experiência diversificada entre os indivíduos, para a qual concorre uma multiplicidade de fatores de ordem genética, biológica, social, ambiental, psicológica e cultural. Assim, a variabilidade individual e os ritmos diferenciados de envelhecimento tendem a acentuar-se conforme as oportunidades e constrangimentos vigentes sob dadas condições sociais (HAYFLICK, 1996; FERRARI, 1999).

Dentro do contexto do envelhecimento ocorrem situações que predis põem a institucionalização do idoso. Creutzberg et al. (2007) consideram as Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs)¹ como um sistema social organizacional complexo que se restringe ao cumprimento e satisfação de metas específicas para dar conta das necessidades humanas.

A Política Nacional do Idoso estabelece como objetivos das ILPIs a assistência dos idosos sem vínculo familiar ou sem condições de prover à própria subsistência de modo a satisfazer as suas necessidades de moradia, alimentação, saúde e convivência social, como também assegurar assistência àqueles idosos dependentes e/ou independentes em estado de vulnerabilidade social (BRASIL, 2006).

Nesse sentido, embora as políticas públicas priorizem a família como responsável pelos seus membros idosos e o percentual de idosos residentes em ILPIs seja baixo, acredita-se que a demanda por cuidados institucionais tenda a crescer devido não só ao envelhecimento populacional, mas também às mudanças nos arranjos familiares e à situação de pobreza em que vive a maioria das famílias brasileiras (CREUTZBERG et. al, 2007; CAMARANO et. al., 2010).

O primeiro estudo de caráter censitário sobre as ILPIs no Brasil, desenvolvido pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) em

¹Como não existe uma definição internacional em comum para as Instituições de Longa Permanência para Idosos e muitas nomenclaturas são utilizadas como asilo, lar para idosos, instituições de cuidado para idosos, instalações de cuidados de longa duração, instalações de vida assistida, serviços de cuidados a longo prazo para idosos, clínicas geriátricas, casas de repouso, casas de enfermagem para idosos, residencial para idosos, ancianato. No presente estudo, estes termos serão padronizados para Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI), visto que no Brasil este é o termo utilizado na legislação.

2008, identificou 3.549 instituições que abrigavam cerca de 84 mil idosos, os quais apresentavam características variadas entre as regiões brasileiras. Porém, a maioria dessas instituições é de pequeno porte, de caráter filantrópico, funciona em regime semi-aberto e abriga cerca de 30 residentes, principalmente mulheres, e com graus variados de dependência (CAMARANO, 2008; CAMARANO et. al., 2010).

Assim, entre os outros motivos que acarretam a institucionalização dos idosos estão a alta taxa de comprometimento cognitivo, incapacidade funcional e doenças psiquiátricas que os levam a uma dependência de cuidados (SANTOS; ANDRADE, 2005; OLIVEIRA; GORETTI; PEREIRA, 2006; CONVERSO; IARTELLI, 2007; CAIXETA; FERREIRA, 2009).

Vários estudos relatam essas instituições como locais de segregação, abandono e decadência que raramente articulam propostas para incentivar a independência e a autonomia dos seus residentes, limitando a sua vida social, afetiva e sexual (XIMENES; CÔRTE, 2006; PAVAN, MENEGUEL; JUNGES, 2008; MICHEL, 2010). Assim, a institucionalização acelera e/ou acentua a velocidade das perdas funcionais dos idosos, forçando assim, ao declínio das funções físicas e cognitivas (SANTOS; ANDRADE, 2005; MONTENEGRO; SILVA, 2007).

O processo de institucionalização leva o idoso a um estilo de vida peculiar, pois representa muito mais do que simplesmente mudança de um ambiente físico para outro. Requer do idoso a necessidade de estabelecer relações com um novo ambiente no qual, muitas vezes, considera-se abandonado, ansioso e com medo de passar os últimos anos de vida num lugar estranho, em meio a desconhecidos e tendo que se adaptar a uma série de rotinas, normas e situações que acabam por afetar a sua vida e o seu cotidiano (HERÉDIA, 2004).

Essa situação contrapõe o conceito de envelhecimento ativo, caracterizado como “o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas” (OMS, 2005, p.13). O intuito dessa proposta é de potencializar as oportunidades de saúde para o bem-estar físico, mental e social, ao longo do curso da vida das pessoas, com base na participação contínua dos cidadãos na sociedade, diante de questões sociais, econômicas, civis, atividade física, culturais e espirituais, prevendo que possam contar com a proteção, a segurança e os cuidados adequados (OMS, 2005).

Nesse sentido, entende-se a política do envelhecimento ativo como um modelo de referência a todas as nações para atingirem um

envelhecimento de qualidade. No entanto, observa-se uma carência de estudos que buscam aproximar a política do envelhecimento ativo ao contexto das Instituições de Longa Permanência para Idosos, demonstrando que ainda não está claro na literatura o que seria o envelhecimento ativo para os residentes em ILPIs, sendo necessária a melhor definição desse novo constructo. Nesse sentido, a partir do conceito de envelhecimento ativo e de sua ligação com a qualidade de vida foi realizada, como um dos objetivos deste estudo, uma revisão sistemática sobre a qualidade de vida de residentes em instituições de longa permanência para idosos buscando subsídios em relação à influência do contexto institucional na qualidade de vida dos seus residentes.

Ainda, apesar de existir uma legislação que dispõe sobre o funcionamento das ILPIs (BRASIL, 2005) e instrumentos que auxiliam como um roteiro de avaliação das ILPIs (ROEDER, 2005), não foram encontrados instrumentos padronizados para avaliar o envelhecimento ativo dos residentes em Instituições de Longa Permanência para Idosos. Farias (2010) elaborou um *check-list* para averiguar como os determinantes do envelhecimento ativo se expressam no cotidiano de vida de idosos com mais de 80 anos, e Vicente (2012) realizou a validação de conteúdo de um instrumento contendo 44 questões para avaliação multidimensional do envelhecimento ativo para ser aplicado em idosos da comunidade. Sendo assim, dentro deste estudo realizou-se uma revisão sistemática no intuito de traçar um panorama geral sobre instrumentos construídos especificamente para avaliar os residentes em Instituições de Longa Permanência para Idosos.

Além disso, considera-se que a política do envelhecimento ativo é ampla e possui seis determinantes ou dimensões (aspectos pessoais, comportamentais, sistemas de saúde e serviço social, econômicos, ambiente social, ambiente físico), as quais englobam uma grande complexidade de itens ou fatores (OMS, 2005). Diante disto, o foco do presente estudo foram os determinantes comportamentais que estão mais relacionados à área das Ciências do Movimento Humano e que possibilitam descrever os comportamentos mais condizentes com um estilo de vida ativo, e avançar o conhecimento nesta questão que carece de maiores esclarecimentos. Nesse contexto, apesar das características em comum encontradas entre os residentes em Instituições de Longa Permanência para Idosos, acredita-se que não deve-se tratar essa população de maneira homogênea, mas considerar as individualidades e os vários tipos de ILPIs. Com isso, dentro do contexto institucional

existem diferenças que precisam ser consideradas quando busca-se identificar os idosos que enfrentam o processo de envelhecimento dentro da ILPI de maneira mais ativa e, portanto, com mais qualidade de vida.

Portanto, questiona-se: quais seriam os indicadores comportamentais que compõem o envelhecimento ativo de residentes em Instituições de Longa Permanência para Idosos, segundo as evidências científicas e a percepção de especialistas? A partir desses indicadores será possível propor instrumentos de avaliação sobre o envelhecimento ativo e fomentar o surgimento de políticas públicas voltadas à qualidade de vida do idoso que vive no contexto das ILPIs.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo Geral

Analisar os indicadores comportamentais para a avaliação do envelhecimento ativo de residentes em Instituições de Longa Permanência para Idosos, segundo as evidências científicas e a percepção de especialistas.

1.1.2 Objetivos Específicos

- Verificar as evidências científicas sobre estudos observacionais que avaliaram a qualidade de vida global de residentes em Instituições de Longa Permanência para Idosos, mensurada por instrumentos de medida quantitativos;
- Identificar, por meio de revisão sistemática, instrumentos de avaliação construídos especificamente para residentes em Instituições de Longa Permanência para Idosos;
- Identificar, a partir da percepção dos especialistas, o constructo do envelhecimento ativo para o contexto das Instituições de Longa Permanência para Idosos;
- Descrever os indicadores comportamentais do envelhecimento ativo para os residentes em Instituições de Longa Permanência para Idosos segundo a percepção de especialistas.

1.2 ESTRUTURAÇÃO DO ESTUDO

O presente estudo foi organizado no “Modelo Alternativo” do Programa de Pós-Graduação em Ciências do Movimento Humano da Universidade do Estado de Santa Catarina conforme a norma 01/2014 (Instruções e Procedimentos Normativos para elaboração de dissertações e teses).

Apresenta-se a dissertação em três partes. Na primeira parte está descrito de forma geral a introdução e os materiais e métodos do estudo, a segunda parte é composta pelos Capítulos, onde estão apresentados os artigos (Capítulo 1: Revisão sistemática sobre a qualidade de vida de residentes em instituições de longa permanência para idosos e sua relação com o envelhecimento ativo; Capítulo 2: Instrumentos de avaliação construídos especificamente para residentes em instituições de longa permanência para idosos: Uma revisão sistemática; e Capítulo 3: Indicadores comportamentais do envelhecimento ativo para residentes em instituições de longa permanência para idosos) e a terceira parte apresenta-se as considerações finais do estudo.

2 MATERIAIS E MÉTODO

2.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

Este estudo se caracteriza como uma pesquisa descritiva exploratória com abordagem quali-quantitativa, pois não foram encontradas informações cientificamente produzidas que atendessem diretamente ao fenômeno estudado. Sendo assim, foram aprofundados estudos para maior conhecimento sobre o tema, buscando explicações e alternativas para o fenômeno, a fim de entender e clarificar conceitos, modelos, características e tendências levantadas na literatura, bem como, “modificá-los ou integrá-los” (TRIVIÑOS, 1987; THOMAS, NELSON, SILVERMAN, 2007; LAKATOS e MARCONI, 2009).

2.2 PARTICIPANTES DO ESTUDO

De acordo com os objetivos específicos do estudo “Identificar, a partir da percepção dos especialistas, o constructo do envelhecimento ativo no contexto das Instituições de Longa Permanência para Idosos” e “Descrver os indicadores comportamentais do envelhecimento ativo para os residentes em instituições de longa permanência para idosos” participaram do estudo especialistas, ou seja, profissionais e pesquisadores da área da saúde e/ou gerontologia que trabalham ou pesquisam idosos institucionalizados. Além disso, buscou-se contemplar especialistas de diversas profissões da área da saúde para se obter diferentes olhares sobre o constructo em estudo. O especialista é a pessoa que se dedica com especial cuidado ou exclusivamente a certo estudo ou ramo de sua profissão, é um profissional especializado (MICHAELIS, 2013).

O processo de amostragem foi intencional devido à necessidade de escolher uma parcela representativa com experiência e capacidade de contribuir com o estudo, inferindo maior legitimidade possível. De acordo com Rajendran (2006) a representatividade dos especialistas é assegurada pela qualidade dos mesmos e não pelo tamanho da amostra, portanto, para a seleção dos participantes foi considerado os critérios estipulados pelo mesmo autor, dos quais, no mínimo três devem ser contemplados, conforme apresentado no quadro 1 e também a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), para participar da pesquisa.

Quadro 1 - Critérios utilizados para a inclusão dos especialistas no estudo.

Nº	Critério	Descrição
1	Autoria	Ser autor principal ou secundário de pelo menos três artigos na área durante os últimos cinco anos.
2	Apresentação em Conferência	Apresentador principal ou secundário em pelo menos três conferências na área nos últimos cinco anos.
3	Autor ou editor de Livros	Autor de livros ou capítulos, ou editor de “proceedings” de conferência na área.
4	Comitê	Membro de uma organização, ligada à área.
5	Faculdade	Professor com especialização na área.
6	Educação	Ser ao menos graduado na área a fim.
7	Licença requerida	Profissional área da saúde e/ou gerontologia.
8	Experiência	Trabalho em área ou posição estreitamente relacionada, com um mínimo de cinco anos de experiência e responsabilidade na área.

Fonte: Rajendran (2006) adaptado no item 7, de acordo com as especialidades requeridas neste estudo.

Diante desses critérios encontrou-se 50 especialistas de diferentes regiões do Brasil. Foi realizado o convite para participar da pesquisa por meio do endereço eletrônico, destes 17 aceitaram participar do estudo, sendo 15 mulheres e 2 homens com média de idade de 49,68 ($\pm 6,68$) anos e com diferentes formações (enfermagem, educação física, medicina, sociologia, fisioterapia, nutrição, odontologia e terapia ocupacional), residentes em várias regiões do Brasil (sul, sudeste e nordeste). A maioria possui pós-graduação *stricto sensu* e atua na docência em cursos de graduação e pós-graduação, conforme observa-se na tabela 1:

Tabela 1 - Descrição dos participantes do estudo (formação profissional, titulação e estado de residência).

Formação	Titulação	Estado
Enfermagem	Doutor	RS
Enfermagem	Doutor	RS
Enfermagem	Doutor	RS
Enfermagem	Doutor	SP
Enfermagem	Doutor	SP
Enfermagem	Doutor	RJ
Enfermagem	Doutor	RN
Educação Física	Doutor	SC
Fisioterapia	Doutor	CE
Medicina	Doutor	MG
Medicina	Mestrando	SP
Medicina	Doutor	SP
Nutrição	Doutor	SP
Odontologia	Doutor	SC
Odontologia	Doutor	RN
Sociologia	Doutor	RS
Terapia Ocupacional	Doutor	SP

Fonte: Produção do próprio autor (2014).

2.3 INSTRUMENTOS DO ESTUDO

Os instrumentos foram determinados de acordo com os objetivos específicos do estudo, descritos abaixo:

- a) Para verificar as evidências científicas sobre estudos observacionais que avaliaram a qualidade de vida global de residentes em instituições de longa permanência para idosos, mensurada por instrumentos de medida quantitativos e para identificar instrumentos de avaliação construídos especificamente para residentes em instituições de longa permanência para idosos foram consultados artigos científicos nas bases de dados MEDLINE e CINAHL. Optou-se pela MEDLINE, pois é uma das bases de dados mais utilizada pelas ciências da saúde e que contém uma extensa literatura abrigando no seu banco também referências do PubMed. e a CINAHL é uma das bases mais utilizadas pela enfermagem que é uma das profissões que mais trabalham e pesquisam idosos institucionalizados.

b) Para identificar o constructo do envelhecimento ativo para o contexto das Instituições de Longa Permanência para Idosos e descrever os indicadores comportamentais do envelhecimento ativo para residentes em instituições de longa permanência para idosos, segundo a percepção de especialistas, foi elaborado um questionário semi-estruturado.

A elaboração do questionário semi-estruturado e a identificação dos indicadores comportamentais teve-se como base o roteiro proposto por Benson, Clark (1982) e Davis (1996) e as orientações de Pasquali (1998) para a construção de instrumentos, que foram adaptadas para o objetivo do presente estudo, conforme a figura 1.

Figura 1- Representação das Fases do Estudo: fase do planejamento e elaboração de itens para a confecção do questionário e a fase de construção dos indicadores comportamentais do Envelhecimento Ativo para residentes em instituições de longa permanência para idosos (baseado nas instruções de Benson e Clarck, 1982 e Davis, 1996).



Fonte: Produção do próprio autor (2014)

Inicialmente foi realizada revisão de literatura para conhecer o estado da arte e aprofundar o conhecimento sobre a temática do envelhecimento ativo que norteia este estudo e sobre a condição do idoso residente em ILPI, principalmente no cenário nacional. Da política do envelhecimento ativo (OMS, 2005) foram extraídos trechos dos seus determinantes buscando relacionar com itens do contexto institucional (Apêndice A).

Além disso, outros estudos foram analisados, como por exemplo, a dissertação de mestrado de Farias (2010) que após não ter encontrado instrumentos padronizados que utilizassem a política do envelhecimento ativo, sentiu a necessidade de elaborar um *check-list* para utilizar na sua pesquisa, a qual buscou averiguar como os determinantes do envelhecimento ativo se expressam no cotidiano da vida de idosos com mais de 80 anos. Ainda, buscando dar continuidade ao estudo, Vicente (2012) ampliou a revisão da literatura, realizando um levantamento bibliográfico em três bases de dados (LILACS, MEDLINE e SciELO) e também não encontrou nenhum instrumento que indicasse os determinantes do envelhecimento ativo referentes à Política. Sendo assim, a autora realizou a validação de conteúdo de um instrumento contendo 44 questões para avaliação multidimensional do envelhecimento ativo destinado a ser aplicado em idosos da comunidade (Anexo A). Outro instrumento, construído por Roeder (2005) foi consultado, pois é um roteiro de inspeção para funcionamento das ILPIs que tem por objetivo auxiliar o processo de fiscalização do funcionamento dessas instituições, a fim de verificar se estão cumprindo o padrão mínimo de funcionamento exigido pela resolução da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA (BRASIL, 2005) e classificando-as com base no grau de risco para a saúde (Anexo B).

Ainda, foi analisada a legislação brasileira que envolve o idoso e os residentes em instituições de longa permanência para idosos, como exemplos: Lei nº 8.842, de 4 de Janeiro de 1994 – Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso (BRASIL, 1994); Decreto nº 1.948, de 3 de julho de 1996 - Regulamenta a Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso (BRASIL, 1996); Lei nº 10.741, de 10 de outubro de 2003 – Estatuto do Idoso (BRASIL, 2004); Resolução da Diretoria Colegiada – RDC/ANVISA nº 283, de 26 de setembro de 2005 (BRASIL, 2005). Também, foi analisada a coleção de livros organizada por Camarano (2008) que aborda as características das Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) no Brasil

dividida por regiões brasileiras (sul, sudeste, centro-oeste, nordeste e norte).

Nessa fase, além da compilação da literatura técnica, foi importante a experiência profissional do pesquisador com mais de 6 anos de trabalho junto aos idosos institucionalizados. Essa experiência auxiliou no sentido de identificar os tipos de indicadores (atributos, elementos, propriedades, qualidades, características, componentes) que se enquadram dentro das dimensões ou fatores comportamentais do envelhecimento ativo que poderiam ser avaliados no contexto institucional para serem inseridos no questionário de coleta de dados.

Segundo Ghunter (2003, p. 01) o questionário pode ser definido como “um conjunto de perguntas sobre um determinado tópico que não testa a habilidade do respondente, mas mede sua opinião, seus interesses, aspectos de personalidade e informação biográfica”. De maneira geral, sua administração pode ser em interação pessoal, em forma de entrevista individual ou por telefone, ou autoaplicável se enviado pelo correio ou internet (LAKATOS; MARCONI, 2009).

O Google Docs é um pacote de aplicativos dos serviços Google® totalmente gratuito que permite a edição colaborativa de documentos (WIKIPÉDIA, 2014) e foi utilizado para construção do questionário. Optou-se por esta ferramenta online para facilitar o preenchimento das questões pelos especialistas e o recebimento das respostas automatizadas, poupando tempo de transcrição para as análises.

O questionário semiestruturado possui três questões abertas e 51 questões fechadas numa escala Likert de valoração ordinal (1 = não relevante, 2 = pouco relevante, 3 = bastante relevante, 4 = altamente relevante) utilizada para demonstrar se os itens possuíam relevância como indicadores comportamentais do envelhecimento ativo no contexto das ILPIs. Além disso, as questões possibilitaram aos respondentes, justificar suas respostas, adicionar itens complementares ou realizar observações pertinentes (Apêndice B).

2.4 COLETA DE DADOS

Os procedimentos de coleta de dados foram estabelecidos de acordo com os objetivos específicos do estudo, descritos a seguir:

- a) Para construir as revisões sistemáticas sobre a qualidade de vida de residentes em instituições de longa permanência para idosos e sua relação com o envelhecimento ativo e sobre instrumentos

de avaliação construídos especificamente para residentes em instituições de longa permanência para idosos foram consultados artigos científicos nas bases de dados MEDLINE (OVID WEB) e CINAHL utilizando termos (MeSH – Medical Subject Headings) que melhor identificassem os estudos a serem incluídos na revisão, como também foram criados novos termos de busca considerados importantes. Conforme os critérios de inclusão de cada revisão, primeiramente, foram analisados os títulos dos artigos selecionados na busca. Logo, os resumos dos estudos remanescentes foram considerados e, por fim, foi realizada a leitura dos artigos na íntegra. Todo o processo de leitura e avaliação dos estudos foi realizado por dois avaliadores de forma independente, sendo as divergências discutidas até que se obtivesse consenso. O processo de extração dos dados relevantes de cada estudo foi realizado por meio do preenchimento de formulários pré-delineados pelo autor.

A revisão sistemática sobre instrumentos de avaliação construídos especificamente para residentes em instituições de longa permanência para idosos foi realizada pelo pesquisador do presente estudo com o intuito de averiguar na literatura a existência de instrumentos que contemplassem os indicadores comportamentais de envelhecimento ativo. Assim, foi observado que não há instrumentos com o mesmo propósito, apesar disto os estudos encontrados auxiliaram na elaboração dos itens do questionário semi-estruturado utilizado na coleta de dados.

- b) Para identificar o constructo do envelhecimento ativo no contexto das Instituições de Longa Permanência para Idosos e descrever os indicadores comportamentais do envelhecimento ativo para os residentes em instituições de longa permanência para idosos foi enviado por meio do endereço eletrônico dos especialistas o link para o acesso ao questionário semiestruturado via Google Docs e as instruções sobre o seu preenchimento. Optou-se por este tipo de questionários online para facilitar o preenchimento das questões pelos participantes e o recebimento das respostas automatizadas, poupando tempo de transcrição para as análises.

O convite para participação na pesquisa, o envio do link para o questionário e do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice C) foram realizados simultaneamente pelo endereço eletrônico dos especialistas, como uma exigência do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) no sentido de deixar livre a escolha dos sujeitos sobre a sua participação. Na mesma ocasião foram realizados todos os esclarecimentos éticos sobre os objetivos do estudo, garantia de liberdade de desistência, de sigilo e acesso às informações obtidas durante a coleta de dados, como também dos resultados da pesquisa e solicitado sua assinatura digital como um requisito para a sua participação. Além disso, o pesquisador forneceu todos os meios de contato aos participantes caso necessitassem de algum auxílio ou esclarecimento. Os participantes tiveram o prazo de 30 dias para retornar as solicitações do pesquisador.

Portanto, a pesquisa respeitou as diretrizes e normas regulamentadoras para pesquisa com seres humanos apontados pela resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996) sendo aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC) no dia 31 de março de 2014, sob CAAE 26992614.5.0000.0118 e parecer nº 576.726.

2.5 TRATAMENTO DOS DADOS

O tratamento dos dados foram estabelecidos de acordo com os objetivos específicos do estudo, descritos a seguir:

- a) Para analisar os dados das revisões sistemáticas sobre a qualidade de vida de residentes em instituições de longa permanência para idosos e sua relação com o envelhecimento ativo e sobre os instrumentos de avaliação construídos especificamente para residentes em instituições de longa permanência para idosos foram utilizados formulários pré-delineados pelo autor que buscavam extrair as informações pertinentes aos objetivos dos estudos. Os formulários foram preenchidos e os dados checados por dois revisores independentes.
- b) Para identificar o constructo do envelhecimento ativo no contexto das Instituições de Longa Permanência para Idosos e descrever os indicadores comportamentais do envelhecimento ativo para residentes em instituições de longa permanência para idosos, segundo os

especialistas foi utilizado a análise de conteúdo temática e o índice de validade de conteúdo (IVC), respectivamente.

A análise de conteúdo temática (MINAYO, 2008) é uma técnica de análise de dados qualitativos e foi utilizada para analisar, compreender e interpretar o material discursivo das questões abertas do questionário. Essa técnica relaciona estruturas semânticas (significantes) com estruturas sociológicas (significados) dos enunciados articulando-os aos fatores que determinam suas características. A interpretação, neste caso, é qualitativa, realizada por meio da compreensão do conteúdo expresso no texto, supondo a transparência de linguagem, e detectando significados por meio de indicadores que a ele estão ligadas (MINAYO; DESLANDES, 2004). A análise de conteúdo temática segundo Minayo (2008) prevê três etapas principais:

1^a) Pré-análise: trata do esquema de trabalho e envolve os primeiros contatos com os documentos de análise, a formulação de objetivos, definição dos procedimentos a serem seguidos e a preparação formal do material. Além disso, a pré-análise pode ser decomposta nas seguintes tarefas: leitura flutuante; constituição do corpus; e formulação e reformulação de hipóteses e objetivos.

2^a) Exploração do material: corresponde ao cumprimento das decisões anteriormente tomadas, isto é, leitura de documentos, categorização, definição das unidades de contexto e de registro, entre outros.

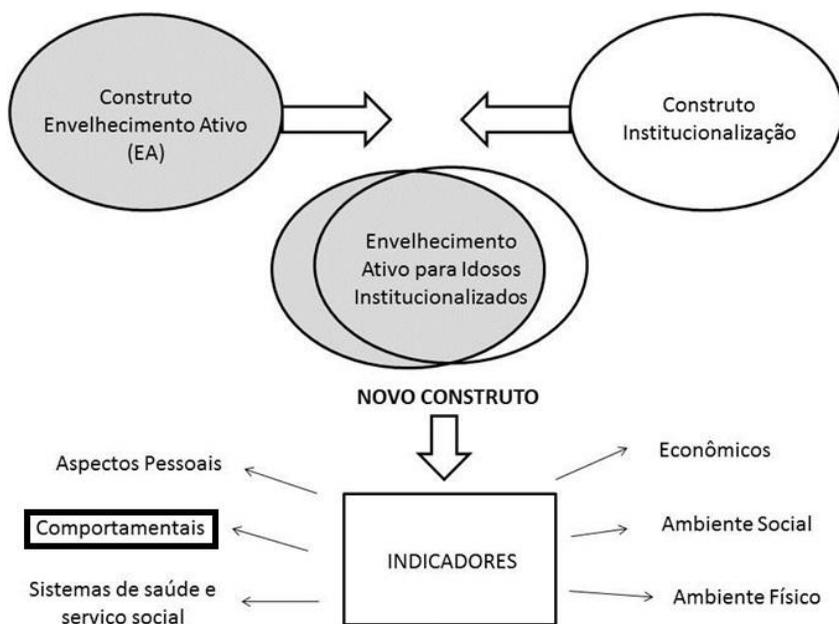
3^a) Tratamento dos resultados obtidos e interpretação: fase onde os dados são lapidados, tornando-se significativos, sendo que essa etapa de interpretação deve ir além dos conteúdos manifestos nos documentos, buscando descobrir o que está em torno das novas dimensões teóricas e interpretativas, sugeridas pela leitura do material.

E para analisar a validade de conteúdo dos indicadores proveniente do questionário enviado aos especialistas foi utilizado o Índice de Validade de Conteúdo (IVC) que segundo Alexandre e Coluci (2011) compreende um dos métodos mais utilizados na área de saúde para medir a proporção ou porcentagem de juízes que estão em concordância sobre determinados aspectos do instrumento e de seus itens. No IVC cada item foi classificado em uma escala de quatro pontos (1 = não relevante, 2 = pouco relevante, 3 = bastante relevante, 4 = altamente relevante). O IVC foi calculado com o número de especialistas que forneceu a classificação de 3 ou 4 dividido pelo número total de especialistas, sendo que o valor obtido não poderia ser

inferior a 0,90 para ser considerado um indicador relevante (POLIT, BECK, 2006; POLIT; BECK; OWEN, 2007).

A partir das análises dos dados acima mencionados buscou-se aproximar o constructo do Envelhecimento Ativo e o constructo sobre institucionalização de idosos a fim de definir um novo constructo e os indicadores comportamentais necessários para avaliar o envelhecimento ativo de residentes em instituições de longa permanência para idosos, conforme ilustrado na figura 2.

Figura 2 - Ilustração sobre a construção dos indicadores comportamentais do envelhecimento ativo para residentes em instituições de longa permanência para idosos.



Fonte: Produção do próprio autor (2014).

REFERÊNCIAS

ABRAHAMSON, K. et al. Does Cognitive Impairment Influence Quality of Life Among Nursing Home Residents? **The Gerontologist**, v. 52, n. 5, p. 632-640, 2012.

ACHTERBERG, W. P. The use of the Minimum Data Set (MDS) for research into quality of care and patient functioning in nursing homes. thesis was performed at the Institute for Research in Extramural Medicine (EMGO Institute) of the VU University Medical Center, Amsterdam, the Netherlands, 2004.

ANDERSON, R. L. et al. Validity and reliability of the Minimum Data Set Depression Rating Scale (MDSDRS) for older adults in nursing homes. **Age and Ageing**, v.32, n.4, p. 435-438, 2003.

ARNAERT, A.; DELESIE, L. Calibration of measurement data: the Belgian Institute of Health Insurance Index of ADL [IJking van meetgegevens:RIZIVA.D.L.-index]. **ACTA Hospitalia**, v.39, n. 4, p. 19-31, 1999.

AIRES, M.; PAZ, A. A.; PEROSA, C. T. Situação de saúde e grau de dependência de pessoas idosas institucionalizadas. **Rev Gaúcha Enferm.**, v.9,n. 30, p. 492-499, 2009.

ALMEIDA, A. J. P. S.; RODRIGUES, V. M. C. P. A qualidade de vida da pessoa idosa institucionalizada em lares. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 16, n. 6, p. 1025-1031, 2008.

ALCÂNTARA, A. O. **Velhos institucionalizados e família: entre abafos e desabafos**. Campinas, SP: Alínea, 2004.

ALEXANDRE, N. M. C; COLUCI, M. Z. O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 7, p.3061-3068, 2011.

ALGASE, D. L et al. Validation of the Algase Wandering Scale (Version 2) in a cross cultural sample. **Ageing Ment Health**. v.8, n.2, p. 133-142, 2004.

ANDRADE, A. C et al. Depressão em idosos de uma Instituição de Longa Permanência: proposta de ações de enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 26, n.1, p. 57-66, 2005.

ARNOLD, S. B. **Measurement of quality of life in the frail elderly**. In: BIRREN, J..E.; LUBBEN, J. E.; ROWE, J. C.; DEUTCHMAN, D. E. The concept and measurement of quality of life in the frail elderly. San Diego: Academic Press. p. 50-73. 1991.

ASSIS, M. Envelhecimento Ativo e Promoção da Saúde: Reflexão Para as Ações Educativas com Idosos. **Revista APS**, v.8, n.1, p. 15-24, 2005.

AURET, K. A et al. Development and Testing of a Modified Version of the Brief Pain Inventory for Use in Residential Aged Care Facilities. **Journal of the American Geriatrics Society**, v.56, p. 301–306, 2008.

BALLARD, C. at al. With Dementia Living in Residential and Nursing Home Care: The Impact of Performance on Activities of Daily Living, Behavioral and Psychological Symptoms, Language Skills, and Psychotropic Drugs. **International Psychogeriatrics**. v. 13, n. 1, p. 93-106, 2001.

BENSON, J.; CLARK, F. A guide for instrument development and validation. **The American Journal of Occupational Therapy**, v.36, n.12, p.789-800, 1982.

BERLOWITZ, D. R.; HICKEY, E. C.; SALIBA, D. Can administrative data identify active diagnoses for long-term care resident assessment? **JRRD**, v.47, n. 8, p.719-724, 2010

BESSA, M. E. P.; SILVA, M. J. Motivações para o ingresso dos idosos em instituições de longa permanência e processos adaptativos: um estudo de caso. **Texto&Contexto Enferm**. v. 17, n.2, p. 258-265, 2008.

BJÖRKGREN, M. A. et al. Validity and reliability of Resource Utilization Groups (RUG-III) in Finnish long-term care facilities. **Scand J Public Health**, v.27, p. 228-234, 1999.

BOWMAN, J. J.; KELLER, H. H. Assessing Nutritional Risk of Long-Term Care Residents. **Canadian Journal of Dietetic Practice and Research**, v. 66, n. 3, p.155-161, 2005.

BRADSHAW, S.A.; PLAYFORD, E.D.; RIAZI, A. Living well in care homes: a systematic review of qualitative studies. **Age and Ageing**; 41: 1–12, 2012.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em: 9 mai. 2014.

BRASIL. Lei nº 8.213 de 24 de julho de 1991. Brasília, DF: 1991. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/L8213.htm>>. Acesso em 10 nov. 2007.

BRASIL, Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Conselho Nacional de Saúde. Brasília, DF, 10 out. 1996.

BRASIL. Decreto nº. 1.948. Regulamenta a Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 1996.

BRASIL. **Lei de diretrizes e bases da educação nacional** - LDBEN nº 9394/96. Brasília: MEC/SEF, 1996.

BRASIL. **Estatuto do idoso**: lei federal nº 10.741, de 01 de outubro de 2003. Brasília, DF: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2004.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC nº 283, de 26 de setembro de 2005. **Regulamento técnico para o funcionamento das instituições de longa permanência para idosos**. Brasília: ANVISA; 2005. 46 p.

BRITO, F.C.; RAMOS, L.R. Serviços de atenção à saúde do idoso. In: NETTO, P.M. **Tratado de Gerontologia**. São Paulo: Atheneu; 1996. p. 394-402.

BRONFENBRENNER, U.; MORRIS, P. A. The ecology of developmental processes. In: DAMON, W.; LERNER, R. M. (Orgs.). **Handbook of child psychology, Vol. 1: Theoretical models of human development.** New York: John Wiley, 1998. p. 993-1028.

BURROWS, A. B. et al. Development of a Minimum Data Set-based depression rating scale for use in nursing homes. **Age Ageing**, v.29, p.165-172, 2000.

CAMARANO, A. A. **Características das instituições de longa permanência para idosos – região Sul.** Brasília: IPEA; Presidência da República, 2008.

CAMARANO, A. A. et al. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. In:_____. **Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?** Rio de Janeiro: Ipea, 2010. p. 187-212.

CAMARANO, A. A.; MELLO, J. L. Cuidados de Longa Duração no Brasil: o arcabouço legal e as ações governamentais. In: CAMARANO, A.A. (Org.). **Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?** Rio de Janeiro: Ipea, 2010. p. 67- 92.

CAMARGO, W.C.G; LEÃO, M.A.B.G. O papel do cuidador na estimulação da autonomia e independência do idoso institucionalizado. In: **Anais do 13º Congresso Brasileiro de Geriatria e Gerontologia;** 2002 jun. 19-22; Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: SBGG-Seção RJ, p. 352, 2002.

CAMPOS, C.J.G. O método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Rev. Bras Enferm.**v. 57, n.5, p. 611-614, 2004.

Canadian Institute for Health Information. Minimum Data Set v 2.0 user's manual. Toronto; 1996.

CAIXETA, G.C.S., FERREIRA, A. Desempenho cognitivo e equilíbrio funcional em idosos. **Rev. Neurocienc**, v.3, p.202-208, 2009.

CASTLE N. C., FERGUSON J. C. What is nursing home quality and how is it measured. **The Gerontologist** , v.50, n.4,p. 426 – 442, 2010.

CASTRO, C. V. ; BREVIGLIERI, E. M. B. Efetividade do direito de inclusão como reafirmação dos princípios da igualdade e dignidade da pessoa humana dos portadores de deficiência. 2013. (Apresentação de Trabalho/Congresso). Disponível em:
<http://www9.unaerp.br/revistas/index.php/cbpc/article/view/264>

CASTRO, P. C.; DRIUSSO, P.; OISHI, J. Validade convergente entre o SF-36 e o WHOQOL-BREF em idosos. **Rev. Saúde Pública**, v. 48, n. 1, p. 63-67, 2014.

CHANG, H.; et al. Correlates of institutionalized senior veterans' quality of life in Taiwan. **Health and Quality of Life Outcomes**. v. 8, p. 70-79, 2010.

CHAN, H. Y. L.; PANG, S. M. C. Quality of life concerns and end-of-life care preferences of aged persons in long-term care facilities. **Journal of Clinical Nursing**, v. 16, p. 2158–2166, 2007.

CHING TU, Y; WANG, R. H.; YEH, S. H. Relationship between perceived empowerment care and quality of life among elderly residents within nursing homes in Taiwan: A questionnaire survey. **International Journal of Nursing Studies**, v.43, p. 673–680, 2006.

CHODOSH, J. et al. Nursing Home Assessment of Cognitive Impairment: Development and Testing of a Brief Instrument of Mental Status. **Journal of the American Geriatrics Society**, v.56, p. 2069–2075, 2008.

CHRISTOPHE, M.; CAMARANO, A. A. Dos asilos às instituições de longa permanência: uma história de mitos e preconceitos. In: CAMARANO, A.A. (Org.). **Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?** Rio de Janeiro: Ipea, 2010. p. 145-162.

CICONELLI, R. M. et al. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). **Rev Bras Reumatol**. v. 39, p. 143-150, 1999.

CONVERSO, M. E. R.; IARTELLI, I. Caracterização e análise do estado mental e funcional de idosos institucionalizados em instituições públicas de longa permanência. **J Bras Psiquiatr**, v.56, n. 4, p. 267-72; 2007.

COURTNEY, M. D. et al. Quality of life measures for residents of aged care facilities: a literature review. **Australasian Journal on Ageing**, v.22, n. 2, p. 58-64, 2003.

COURTNEY, M.; et al. The relationship between clinical outcomes and quality of life for residents of aged care facilities. **Australian Journal of Advanced Nursing**. v. 26, n. 4, p. 49-57, 2009.

CREUTZBERG, M. et al. A Instituição de Longa Permanência Para Idosos e o Sistema de Saúde. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 15, n.6, p.1144-1149, 2007.

CUIJPERS, P.; VAN LAMMEREN, P.; DUZIJN, B. Quality of Life Relation Between Quality of Life and Chronic Illnesses in Elderly Living in Residential Homes: A Prospective Study. **International Psychogeriatrics**. v. 11, n. 4, p. 445-454, 1999.

DANTAS, R.A.S; SAWADA, N.O.; MALERBO, M.B. Pesquisas sobre qualidade de vida: revisão da produção científica das universidades públicas do estado de São Paulo. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.11, n.4, p.532-8, 2003.

DAVIS, A.E. Instrument development: Getting Started. **Journal of Neuroscience Nursing**, v.28, n.3, p.204-207, 1996.

DECS – Descritores em Ciências da Saúde, Biblioteca Virtual em Saúde. Disponível em: <http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decserver/>. Acesso em 20 de junho de 2014.

DELBAERE, K. et al. Development and validation of fall risk screening tools for use in residential aged care facilities. **MJA**, v.189, n. 4, p. 193-196, 2008.

DESOUZA, D. A. et al. Revisão sistemática de instrumentos para avaliação de ansiedade na população brasileira. **Avaliação Psicológica**, v.12, n.3, p. 397-410, 2013.

DIJKSTRA, A.; BUIST, G.; DASSEN, T. W. N. Operationalization of the concept of ‘Nursing-Care Dependency’ for use in long term care facilities. **Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing**, v. 7, p.142–151, 1998.

DUBEAU, C. E.; SIMON, S. E.; MORRIS, J. N. The effect of urinary incontinence on quality of life in older nursing home residents. **JAGS**. v. 54, p.1325–1333, 2006.

DAY, H.; JANKEY, S.G. Lessons from the literature: toward a holistic model of quality of life. In: RENWICK, R.; BROWN, I.; NAGLER, M. (Eds.). *Quality of life in health promotion and rehabilitation: conceptual approaches, issues and applications*. **Thousand Oaks**: Sage, 1996.

EBRAHIM, S.; CLARKE, M. STROBE: new standards for reporting observational epidemiology, a chance to improve. **Int J Epidemiol**, v.36, n5, p. 946-8; 2007.

ENGELHARDT, E. et al. Idosos institucionalizados: rastreamento cognitivo. **Rev Psiq Clín**, v.25, p.74-79, 1998.

ESER, E. et al. Perception of quality of life by a sample of Turkish older adults: WHOQOL-OLD project Turkish focus group results. **Turk. J. Geriatr**. V.8, p.169–183 (in Turkish), 2005.

ESTRADA, A.; et al. Calidad de vida de los adultos mayores de Medellín. **Biomédica**. v. 31, p. 492-502, 2011.

FARIAS, R. G. **Qualidade de vida e envelhecimento ativo em idosos mais idosos residentes na comunidade**. Florianópolis, 2010. 195 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina.

FELICIAN, A. M.; SANTOS, S. S. C.; PELZER, M. T.; OLIVEIRA, A. M.; PINHO, L. B. Construção de ferramenta avaliativa direcionada às instituições de longa permanência para idosos: relato de experiência. **Rev. Eletr. Enf.**, v.13, n.3, p.474-82, 2011.

FERRANTIN, A.C. et al. A execução de AVDs e mobilidade funcional em idosos institucionalizados e não institucionalizados. **Fisioterapia em Movimento**, v.20, n.3,p.115-121, 2007.

FERRARI, M. A. C. O envelhecer no Brasil. **O mundo da saúde**, v.23, n.4, p.197-203, 1999.

FERRETTI, C. E. L. **Identificação de fatores de risco envolvidos no processo de institucionalização do portador de demência**. São Paulo, 2004. 95 f. Tese (Doutorado em Neurociências) - Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo.

FLECK, M. P. A. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 5, n. 1, 2000.

FLECK, M. P. A.; CHACHAMOVICH, E.; TRENTINI, C. M. WHOQOL-OLD Project: method and focus group results in Brazil. **Rev Saúde Pública**, v.37, p. 793-799, 2003.

FLECK, M. P.; CHACHAMOVICH, E.; TRENTINI, C. Development and validation of the Portuguese version of the WHOQOL-OLD module. **Rev. Saúde Pública [online]**; v. 40, n.5; 2006.

FRAGOSO, V. Humanização dos cuidados a prestar ao idoso institucionalizado. **Revista IGT na Rede**, v.5, n.8, p. 51- 61, 2008.

FREIRE JR, R. C.; TAVARES, M. F. L. A saúde sob o olhar do idoso institucionalizado: conhecendo e valorizando sua opinião, **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.9, n.16, p.147-58, 2005.

FREIRE JR, R. C.; TAVARES, M. F. L. A Promoção da saúde nas instituições de longa permanência: uma reflexão sobre o processo de envelhecimento no Brasil. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v. 9, n. 1, 2006 .

FREITAS, M.A.V.; SCHEICHER, M.E. Qualidade de vida de idosos institucionalizados. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** v. 13, n. 3, p. 395-401, 2010.

FRIES, B. E, COONEY, L. Resource utilization groups: a patient classification system for long-term care. **Med Care**, v. 23, p. 110-122, 1985.

FRISONI, G. B. et al. A nutritional index predicting mortality in the nursing home. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 42, n. 1, p. 1167-1172, 1994.

GARRE-OLMO, J.; et al. Environmental Determinants of Quality of Life in Nursing Home Residents with Severe Dementia. **JAGS**. v. 60, p. 1230-1236, 2012.

GARRIDO-ABEJAR, M.; et al. Factores asociados con calidad de vida relacionada con la salud em mayores institucionalizados: diferencias entre hombres y mujeres. **Enferm Clin**. v. 22, n. 1, p. 27-34, 2012.

GERRITSEN, D. L. et al. A revised index for social engagement for long-term care. **Journal of Gerontological Nursing**, v.34, n.4, p.40-48, 2008.

GHUNTER, H. **Como Elaborar um Questionário: Planejamento e Pesquisa para as Ciências Sociais**. n. 01. Brasília- DF: Laboratório de Psicologia Ambiental UNB - 2003.

GOFFMAN, E. **Manicômios, Prisões e Conventos**. 7.ed.São Paulo:Perspectiva, 2001.

GONÇALVES, L.H.T et al. O idoso institucionalizado: avaliação da capacidade funcional e aptidão física. **Cad Saúde Pública**. v. 26, n. 9, p. 1738-46, 2010.

GONZALEZ-SALVADOR, T.; et al. Quality of life in dementia patients in long-term care. **Int. J. Geriat. Psychiatry**. v. 15, p. 181-189, 2000.

GRUBER-BALDINI, A. L. et al. The validity of the Minimum Data Set in measuring the cognitive impairment of persons admitted to nursing homes. **Journal the American Geriatrics Society**, v.48, n.12, p.1601-1606, 2000.

GUEDES, J. M.; SILVEIRA, R. C. R. Análise da capacidade funcional da população geriátrica institucionalizada da cidade de Passo Fundo - RS. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, v. 1, n. 2, p. 10-21, jul./dez. 2004.

HARTMAIER, S. L. et al. The MDS Cognition Scale: a valid instrument for identifying and staging nursing home residents with dementia using the minimum data set. **J Am Geriatr Soc**, v. 42, n.11, p.1173-9, 1994.

HAYFLICK, L. **Como e porque envelhecemos**. Rio de Janeiro: Editora Campus, 1996.

HASCHE, L.K.; MORROW-HOWELL, N.; PROCTOR, E.K. Quality of Life Outcomes for Depressed and Non-Depressed Older Adults in Community Long Term Care. **Am J Geriatr Psychiatry**. v. 18, n. 6, p. 544-553, 2010.

HAUGAN, G.; et al. Self-transcendence in cognitively intact nursing-home patients: a resource for well-being. **Journal of Advanced Nursing**. v. 69, n. 5, p. 1147-60, 2012.

HEDRICK, S. C. Assessment of functional status: activities of daily living. In: Rubenstein LZ, Wieland D, Bernabei R, editors. **Geriatric assessment technology:state of the art**. Milano: Editrice Kurtis; 1995.

HERÉDIA, V. B. M.; CORTELLETTI, I. A.; CASARA, M. B. Institucionalização do Idoso: identidade e realidade. In. CORTELLETTI, I.; CASARA, M. B. **Idoso asilado: um estudo gerontológico**. Caxias do Sul: Educurs/Edipucrs, 2004. 133 p.

HEISER, D. Depression identification in the long-term care setting: the GDS vs. the MDS. **Clinical Gerontology**, n. 27, p. 3-18, 2004.

HIRDES, J. P. et al. The MDSCHESSE scale: a new measure to predict mortality in the institutionalised elderly. **J Am Geriatr Soc.**, v.51, p. 96-100, 2003.

HOE, J.; et al. Changes in the Quality of Life of People With Dementia Living in Care Homes. **Alzheimer Dis Assoc Disord.** v. 23, n. 3, p. 285-290, 2009.

HOROWITZ, B. P.; VANNER, E. Relationships among active engagement in life activities and quality of life for assisted-living residents. **Journal of Housing For the Elderly.** v. 24, p. 130–150, 2010.

HUIJBREGTS, M.P. et al. Standardization of the continuing care activity measure: a multicentre study to assess reliability, validity, and ability to measure change. **Phys Ther.**, v.89, n.6, p.546-55, 2009.

HWANG, H.F. et al. Suitability of the WHOQOL-BREF for community dwelling older people in Taiwan. **Age Ageing**, v. 32, p. 593-600; 2003.

JANG, Y. et al. A validity study of the WHOQOL BREF assessment in persons with traumatic spinal cord injury. **Arch. Phys. Med. Rehabil.**, v. 85,p. 1890–1895, 2004.

JONGENELIS, K. et al. Construction and validation of a patient- and user-friendly nursing home version of the Geriatric Depression Scale. **Int J Geriatr Psychiatry**, v.22, n.9,p.837-42, 2007.

KANASHIRO, M. M. **Envelhecimento ativo: uma contribuição para o desenvolvimento de instituições de longa permanência amigas da pessoa.** São Paulo, 2012. 75 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Universidade Federal de São Paulo.

KANE, R. et al. Development of measures and indicator of quality of life in nursing homes. Wave 1. **Minneapolis, MN: University of Minnesota School of Public Health**, 1999.

KANE, R. L.; KANE, R. A. Assessment in long-term care. **Annual Review of Public Health**, v. 3, p. 659-686, 2000.

KANE RA. Definition, Measurement, and Correlates of Quality of Life in Nursing Homes: Toward a Reasonable Practice, Research, and Policy Agenda. **The Gerontologist**, 43 Special Issue II: 28-36, 2003.

KRISHNAN, K. R. et al. Clinical and phenomenological comparisons of late-onset and early-onset depression. **Am J Psychiatry**, v.152, p.785–788; 1995.

LAI, K-L et al. Health-related quality of life and health utility for the institutional elderly in Taiwan. **Quality of Life Research**. V. 14, p. 1169–1180, 2005.

LAKATOS, E.M.; MARCONI; M.A. **Fundamentos de Metodologia Científica**, 6ª. Edição, São Paulo: Atlas, 2009.

LANDEIRO, G. M. B. et al. Revisão sistemática dos estudos sobre qualidade de vida indexados na base de dados SciELO. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 16, n. 10, 2011.

LATTES – Plataforma lattes. Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq. Disponível em: <http://lattes.cnpq.br/>. Acesso em 20 de janeiro de 2014.

LENARDT, M. H. et al. O idoso institucionalizado e a cultura de cuidados profissionais. **Cogitare Enferm.**, v. 11, n. 2, p. 117-23, 2006.

LEONTJEVAS, R. et al. Nijmegen Observer-Rated Depression scale for detection of depression in nursing home residents. **Int J Geriatr Psychiatry**, v.27, p.1036-1044, 2012.

LIBERATI, A. et al. The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: explanation and elaboration. **PLoSMed**. 2009.

LOBO, A. et al. Relationship between intensity of physical activity and health-related quality of life in portuguese institutionalized elderly. **Geriatr. Gerontol. Int**. v. 8, p. 284-290, 2008.

LOPES, C. E. Uma proposta de definição de comportamento no behaviorismo radical. **Rev. Bras. de Ter. Comp. Cogn.**, v.X, n.1, p.1-13, 2008.

LULECI, E.; HEY, W.; SUBASI, F. Assessing selected quality of life factors of nursing home residents in Turkey. **Archives of Gerontology and Geriatrics**. v. 46, p. 57-66, 2008.

MALDEREN, L. V.; METS, T.; VRIENDT, P.; GORUS, E. The Active Ageing–concept translated to the residential long-term care. **Qual Life Res**. v. 22, p.929–937, 2013.

MALTA M. et al. Iniciativa STROBE: subsídios para a comunicação de estudos observacionais. **Rev Saúde Pública**, v.44, n.3,p. 559-65, 2010.

MARTIN, J.L; et al. Sleep Quality in Residents of Assisted Living Facilities: Effect on Quality of Life, Functional Status, and Depression. **JAGS**. v. 58, p. 829-836, 2011.

MARTINS, C.R.; et al. Avaliação da qualidade de vida subjetiva dos idosos: uma comparação entre os residentes em cidades rurais e urbanas. **Estud Interdiscip. Envelhec**. v. 11, p. 135-54, 2007.

MARTINS, A. B. T. et al. Qualidade de vida em idosos institucionalizados: revisão sistemática. I **Congresso Virtual Brasileiro - Gestão, Educação e Promoção da Saúde (CONVIBRA SAÚDE 2012)**. Disponível em: <http://www.convibra.com.br/artigo.asp?ev=24&id=4260>. Acesso em: 01 de junho de 2014.

MATTHEWS, F. E.; DENING, T. UK Medical Research Council Cognitive Function and Ageing Study. Prevalence of dementia in institutional care. **Lancet**, v.360, p.225–236; 2002.

MATTI, I. A. et al. Short DSM-III-R–Based Diagnostic Instrument for Screening Mental Disorders in Geriatric Institutions. **International Psychogeriatrics**, v.8, p. 459-468, 1996.

MCGILTON, K. S et al. Development and preliminary assessment of the measurement properties of the Seating Identification Tool (SIT). **Journal of Nursing Measurement**, v.13, n.1, p.51-64, 2005.

MENDES, K. G. et al. Prevalence of metabolic syndrome and its components in the menopausal transition: a systematic review. **Cad Saude Publica**, v.28, n.8, p. 1423-37, 2012.

MICHAELIS. **Dicionário on line da Língua Portuguesa**. Disponível em:<http://michaelis.uol.com.br/moderno/portugues/index.php>. Acesso em: 27 de nov. 2013.

MINAYO, M.C.S.; DESLANDES, S.F. **Pesquisa Social: Teoria Método e Criatividade**. Petrópolis, Vozes, 2004. 80 p.

MINAYO, M. C. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11a. ed. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO, 2008.

MITCHELL, J. M.; KEMP, B. J. Quality of life in assisted living homes: A multidimensional analysis. **Journal of Gerontology: Psychological Sciences**, v. 55, p.117–127, 2000.

MICHEL, T. **A vivência em uma instituição de longa permanência: significados atribuídos pelos idosos**. Curitiba, 2010. 149 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Paraná.

MONTENEGRO, S. M. R.; SILVA, C. A. R. **Os efeitos de um programa de fisioterapia como promotor de saúde na capacidade funcional de mulheres idosas institucionalizadas**. Fortaleza, 2007. 80 f. Dissertação (Mestrado em Educação em Saúde) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade de Fortaleza.

MOR, V. et al. The structure of social engagement among nursing home residents. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences and Social Sciences*,v.50,p.1–8, 1995.

MOR, V. A comprehensive clinical assessment tool to inform policy and practice:applications of the minimum data set. **Med Care**. v.42, (4 Suppl), p.50-9, 2004.

MORRIS, J. N. et al. Designing the National Resident Assessment Instrument for Nursing Homes. **Gerontologist**, v.30, p.293-307, 1990.

MORRIS, J. N. et al. **Resident assessment instrument: training manual and resource guide**. Natick, (MA): Elliot Press, 1991.

MORRIS J. N. et al. MDS Cognitive Performance Scale. **J Gerontol.**, v.49, p.174-182, 1994.

MORRIS J. N. et al. Scaling ADLs within the MDS. **J Gerontol A Biol Sci Med Sci.**, v.54, p.546-553, 1999.

MILLER, W. C. et al. Development and preliminary assessment of the measurement properties of the Seating Identification Tool (SIT). **Clin Rehabil.**, v.18, p.317-325, 2004.

MCCURREN, C. Assessment for Depression Among Nursing Home Elders: Evaluation of the MDS Mood Assessment. **Geriatric Nursing**, v. 23, n. 2, p.103-108, 2002.

MURAKAMI, L.Y.; SCATTOLIN, F. Avaliação da independência funcional e da qualidade de vida de idosos institucionalizados. **Rev Med Hered.**, v.21, n.1, p. 18-26; 2010.

NAGATOMO, I.; et al. A study of the quality of life in elderly people using psychological testing. **International journal of geriatric psychiatry.** v. 12, p. 599-608, 1997.

OBORNE, C. A et al. Explicit evidence based criteria to assess the quality of prescribing to elderly nursing home residents. **Age Ageing**, v.32,p.102-108, 2003.

OBRA - Omnibus Budget Reconciliation Act of 1987 (OBRA '87), 1987.

OLIVEIRA, D. L. C.; GORETTI, L. C.; PEREIRA, L. S. M. O Desempenho de Idosos Institucionalizados Com Alterações Cognitivas Em Atividades de Vida Diária e Mobilidade: **Estudo Piloto. Rev. bras. fisioter.** v. 10, n.1, p. 91-96, 2006.

OLIVEIRA, S. C.; SANTOS, A. A.; PAVARINI, S. C. I. Relação entre sintomas depressivos e a funcionalidade familiar de idosos institucionalizados. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, n. 1, p. 65-71, 2014.

OMS - Home-Based and Long-term Care, Report of a WHO Study Group. Série de Relatórios Técnicos 898. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2002.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Envelhecimento Ativo**: Uma política de Saúde. Tradução: Suzana Gontijo. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

PAQUAY, L. Comparison of the diagnostic accuracy of the Cognitive Performance Scale (Minimum Data Set) and the Mini-Mental State Exam for the detection of cognitive impairment in nursing home residents. **Int J Geriatr Psychiatry**, v. 22, p. 286–293, 2007.

PAIXÃO JR, C. M.; REICHENHEIM, M. E. Uma revisão sobre instrumentos de avaliação do estado funcional do idoso. **Cad. Saúde Pública**, v. 21, n.1,p.7-19, 2005.

PASQUALI, L.; Princípios de elaboração de escalas psicológicas. **Rev. Psiq. Clínica**. v. 25, n.5,Edição Especial, p.206-213, 1998.

PAVAN, F.J; MENEGUEL, S.N; JUNGES, J.R. Mulheres idosas enfrentando a institucionalização. **Cadernos de Saúde Publica**, v. 24, n.9, p.2187-90, 2008.

PEDRAZA, D. F.; ROCHA, A. C. D.; SALES, M. C. Deficiência de micronutrientes e crescimento linear: revisão sistemática de estudos observacionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n.11, p.3333-3347, 2013.

PERLINI, N. M.O. G.; LEITE, M. T.; FURINI, A. C. Em busca de uma instituição para a pessoa idosa morar: motivos apontados por familiares. **Rev Esc Enferm USP**. v.41, p. 229-36, 2007.

PIEXAK, D. R. et al. Percepção de profissionais de saúde em relação ao cuidado a pessoas idosas institucionalizadas. **Rev. bras. geriatr. gerontol.** , v. 15, n. 2, 2012 .

POLIT, D.F., BECK, C.T. The Content Validity Index:Are You Sure You Know What's Being Reported? Critique and Recommendations. **Research in Nursing & Health**, v.29, p.489-497, 2006.

POLIT, D.F., BECK, C.T, OWEN, S.T. Focus on Research Methods Is the CVI an Acceptable Indicator of Content Validity? Appraisal and Recommendations. **Research in Nursing & Health**, v.30, p.459–467, 2007.

PRISMA - Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses. Disponível em: <http://www.prisma-statement.org/> . Acesso em: 20 de maio de 2013.

QUINTERO, G.; GONZÁLEZ, U. Calidad de vida, contexto socioeconómico y salud en personas de edad avanzada. In: Buendía, J. editor. **Gerontología y salud: perspectivas actuales**. Madrid: Biblioteca Nueva; 1997.

RAJENDRAN, S. **Sustainable Construction Safety and Health Rating System**. Dissertation, Oregon State University, 2006.

RAMOS, L. J. **Avaliação do estado nutricional, de seis domínios da qualidade de vida e da capacidade de tomar decisão de idosos institucionalizados e não-institucionalizados no município de Porto Alegre, RS**. Porto Alegre, 2008. 68 f. Dissertação (Mestrado em Gerontologia Biomédica) – Instituto de Geriatria e Gerontologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

RANTZ, M. J. et al. Field Testing, Refinement, and Psychometric Evaluation of a New Measure of Quality of Care for Assisted Living. **J Nurs Meas**.v.16, n.1, p.16–30; 2008.

REAL, T. Dependência funcional, depresión y calidad de vida en ancianos institucionalizados. **Informaciones psiquiátricas**. v. 192, p. 163-78, 2008.

ROEDER, M. A. Roteiro de inspeção para funcionamento das instituições de longa permanência para idosos, 2005. Disponível em: <http://www.mp.go.gov.br/portalweb/hp/2/docs/roteiro.pdf>

RESNICK, B.; JUNG, D..K. Using the Maryland Assisted Living Functional Assessment to Establish a Plan of Care. **Assisted Living Consult**, v.1. n.4, p. 20-27, 2005.

RIBEIRO, R. C.; MARIN, H. F. A proposal for a health evaluation tool for the institutionalized aged based on the concept of nursing minimum data set. **Rev Bras Enferm.** v.62, n.2, p.204-2012, 2009.

SANTANA, I. O. et al . Mulher Idosa: Vivências do Processo de Institucionalização. **Ex aequo**, Vila Franca de Xira, n. 26, 2012.

SANTOS, N. O. **Família de idosos institucionalizados: perspectivas de trabalhadores de uma instituição de longa permanência.** Santa Maria, 2013. 88 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria.

SANTOS, S. R. Cultura nas instituições de saúde e suas relações com a identidade individual. **Cogitare Enferm.** v.12, n.2, 229-235, 2007.

SANTOS, M. L. C.; ANDRADE, M. C. Incidência de quedas relacionada aos fatores de riscos em idosos institucionalizados. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Bahia, v. 29, n. 1, p. 57- 58, 2005.

SANTOS, N. C.; MENEGHIN, P. Concepções dos alunos de graduação em enfermagem sobre o envelhecimento. **Rev. Esc Enferm USP.** v.40, n.2, p.151-159, 2006.

SAXENA, S. at al. The WHO Quality of life assessment instrument (WHOQOL-BREF): the importance of its items for cross-cultural research. **Qual. Life. Res.** v.10, p. 711-721, 2001.

SCIMAGO. **Journal & Country Rank.** Disponível em: http://www.scimagojr.com/countryrank.php?area=2700&category=2717®ion=all&year=2012&order=it&min=0&min_type=it. Acesso em: 01/06/2014.

SIGN - Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Disponível em: <http://www.sign.ac.uk/methodology/filters.html>. Acesso em: 25 de maio de 2013.

SILVA, E. R. et al. Prevalência e fatores associados à depressão entre idosos institucionalizados: subsídio ao cuidado de enfermagem. **Rev. esc. enferm. USP** . 2012, vol.46, n.6, p. 1387-1393.

SILVA, B. T.; SANTOS, S. S. C. Cuidados aos idosos institucionalizados - opiniões do sujeito coletivo enfermeiro para 2026. **Acta Paul Enferm.**v.23, n.6, p.775-81, 2010.

SIQUEIRA, G.R. et al. Análise da sintomatologia depressiva nos moradores do Abrigo Cristo Redentor através da aplicação da Escala de Depressão Geriátrica (EDG). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 253-259, 2009.

SLOANE, P. D. et al. Evaluating the quality of life of long-term care residents with dementia. **The Gerontological Society of America**. v. 45, pp37–49, 2005.

SOUZA, P.D. et al. Aptidão funcional de idosos residentes em uma Instituição de Longa Permanência. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 14, p. 7-16, 2011.

STEVENSON, K. B. et al. Validity of the Minimum Data Set in Identifying Urinary Tract Infections in Residents of Long-Term Care Facilities. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 52, p. 707–711, 2004

STEWART, A. L.; SHERBOURNE, C. D.; BROD M. Measuring health-related quality of life in older and demented populations. In: SPILKER, B. **Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials**. 2 ed. Philadelphia: Lippincott-Raven; 1996. p. 819-830.

STOKOLS, D. Social ecology and behavioral medicine: Implications for training, practice, and policy. **Behavioral Medicine**, v. 26, n. 3, p. 129-138, 2000.

STREET, D.; et al. The Salience of Social Relationships for Resident Well-Being in Assisted Living. **Journal of Gerontology: SOCIAL SCIENCES**. v. 62B, n. 2, p. S129-S134, 2007.

SUTCLIFFE, C. et al. A new version of the Geriatric depression Scale for nursing and residential home populations: The Geriatric Depression Scale (Residential) (GDS-12R). **Int Psychogeriatrics**, v. 12, p.173–181, 2000.

TAMINATO, M. et al. Rastreamento de Streptococcus do grupo B em gestantes: revisão sistemática e metanálise. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v. 19, n. 6, p. 1-9, 2011.

TEIXEIRA, M. B. **Empoderamento de idosos em grupos direcionados à Promoção da Saúde**. Rio de Janeiro, 2002. 144 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ.

THAKUR, M.; BLAZER, D. G. Depression in long-term care. **J Am Med Dir Assoc**. v.9, n.2, p.82-87, 2008.

TERESI, J.A, et al. Modern psychometric methods for detection of differential item functioning: application to cognitive assessment measures. **Stat Med**. v.19,p. 1651–1683, 2000.

THE WHOQOL GROUP. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties. **Soc Sci Med**. v. 46, p. 1569-85, 1998.

THOMAS, J. R.; NELSON, J. K. **Research methods in physical activity**. 3.ed. Champaign : Human Kinetics, 1996.

THOMAS, J.R.; NELSON, J.K.; SILVERMAN, S.J. **Métodos de pesquisa em atividade física**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007. 396 p.

THORSELL K. B. E., B. et al. Measuring care of the elderly: psychometric testing and modification of the Time in Care instrument for measurement of care needs in nursing homes, **BMC Geriatrics**, v. 8, n.22, 2008.

TORVIK, K. et al. Pain and quality of life among residents of Norwegian nursing homes. **Pain Management Nursing**. v. 11, p.35-44, 2010.

TRENTINI, C.M. **Qualidade de Vida em Idosos: a construção de uma escala de qualidade de vida para idosos – OMS**. Porto Alegre, 2004. 224f. Tese (Doutorado em Psiquiatria) - Programa de Pós-

Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: Atlas, 1987.

TSENG, S.; WANG, R. Quality of life and related factors among elderly nursing home residents in Southern Taiwan. **Public Health Nursing**. v. 18, n. 5, p. 304-311, 2001.

VASCONCELOS, E. M. O poder que brota da dor e da opressão: empowerment, sua história, teorias e estratégias. São Paulo: Paulus, 2003.

VAZ, S. F. A.; GASPAR, N. M. S. Depressão em idosos institucionalizados no distrito de Bragança. **Rev. Enf. Ref.**, Coimbra, v. serIII, n. 4, p.27-32, 2011.

VICENTE, F. R. Validação de conteúdo de um instrumento para avaliação multidimensional do envelhecimento ativo. Florianópolis, 2012. 150 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina.

VITORINO, L.M; PASKULIN, L.G.M; VIANNA, L.A.C; Qualidade de vida de idosos em instituição de longa permanência. **Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]**. v.20, n.6 p. 1186-1195, 2012.

VIDO, M. B.; FERNANDES, R. A. Q. Qualidade de Vida: considerações sobre conceito e instrumentos de medida. **Brazilian Journal of Nursing**, Niterói, v. 6, n. 2, 2007.

VON ELM, E. et al. Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. **BMJ**. v.335, n.7624, p.806-808, 2007.

XIMENES, M.A.; CÔRTE, B. O fazer institucionalizado: o cotidiano do asilamento. **Revista Kairós**. v. 9, n. 2, p. 135-45, 2006.

YAMAMOTO, A.; DIOGO, M. D. Os idosos e as instituições asilares do município de Campinas. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 10, n. 5, p. 660-666, 2002.

YAO, G. et al. Development and verification of validity and reliability of the WHOQOLBREF Taiwan version. **J Formos Med Assoc**; v.101, p.342–351, 2002.

WARE, J. E. J.; SHERBOURNE, C. D. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. **Med Care**, v.30, n.6,p. 473-483, 1992.

WATSON, L. C. et al. Prático seleção de depressão em cuidados residenciais / assistida viver: cinco métodos comparados com diagnósticos padrão ouro. **Am J Psychiatry Geriatr.**, v.17, n.7,p.556-564, 2009.

WIKIPÉDIA. Enciclopédia livre. Disponível em: http://pt.wikipedia.org/wiki/Google_Docs. Acesso em: 02 de abril de 2014.

WILKINSON, T. J. et al. Quality of life for older people in residential care is related to connectedness, willingness to enter care, and co-residents. **Australasian Journal on Ageing**. v. 31, p. 52-55, 2012.

WOOD-DAUPHINEE, S. Assessing quality of life in clinical research: from where have we come and where are we going? **J Clin Epidemiol.**,v.52, n.4,p.355-63; 1999.

WORDEN, A. Identifying need in care homes for people with dementia: The relationship between two standard assessment tools. **Ageing & Mental Health**, v.12, n.6, p. 719–728, 2008.

ZIMMERMAN, S. et al. Dementia care and quality of life in assisted living and nursing homes. **The Gerontologist**. v.45,(Special Issue 1),p.133–146; 2005.

LISTA DE APÊNDICES

- APÊNDICE A - Fatores Determinantes da Política do Envelhecimento Ativo (OMS,2005)
- APÊNDICE B - Questionário Semiestruturado destinado aos especialistas sobre os indicadores comportamentais do envelhecimento ativo de idosos institucionalizados
- APENDICE C - Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE)
- APÊNDICE D - Formulário avaliação da qualidade metodológica - Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE)

APÊNDICE A - Fatores Determinantes da Política do Envelhecimento Ativo (OMS,2005)

Resumo retirado da política do envelhecimento ativo sobre seus fatores determinantes e itens que poderiam subsidiar indicadores de avaliação no contexto institucional:

Fatores relacionados aos sistemas de saúde e serviço social	Itens
Promoção da saúde, prevenção de doenças e acesso equitativo a cuidado primário e de longo prazo de qualidade.	Acesso a cuidados de saúde de qualidade
Acesso aos medicamentos essenciais e seguros e a utilização adequada e custo-eficaz das drogas atuais e novas.	Acesso e orientação aos medicamentos
A assistência a longo prazo é definida pela OMS como “o sistema de atividades empreendidas por cuidadores informais e/ou profissionais (de serviços sociais e de saúde) a uma pessoa não plenamente capaz de se cuidar, para que esta tenha a melhor qualidade de vida possível, de acordo com suas preferências individuais, com o maior nível possível de independência, autonomia, participação, satisfação pessoal e dignidade humana ” (OMS, 2000b).	Assistência que proporcione: <ul style="list-style-type: none"> - melhor qualidade de vida - respeito às preferências - estímulo a independência; - respeito à autonomia; - oportunidade de participação; - garantia a satisfação pessoal e dignidade humana;
Os serviços de saúde mental , que desempenham um papel crucial no envelhecimento ativo, deveriam ser uma parte integral na assistência a longo prazo. Deve-se dar uma atenção especial aos subdiagnósticos de doença mental (especialmente depressão) e às taxas de suicídio entre os idosos	Atenção à saúde mental, principalmente aos casos de depressão e as tentativas de suicídio;

Fatores comportamentais determinantes	Itens
A adoção de estilos de vida saudáveis e a participação ativa no cuidado da própria saúde .	<ul style="list-style-type: none"> - estímulo ao estilo de vida saudável; - estímulo ao auto-cuidado;
O envolvimento em atividades físicas adequadas, alimentação saudável, a abstinência do fumo e do álcool, e fazer uso de medicamentos sabiamente podem prevenir doenças e o declínio funcional, aumentar a longevidade e a qualidade de vida do indivíduo.	<ul style="list-style-type: none"> - proporcionar atividades física; - serviço ou apoio nutricional; - apoio a não uso de drogas e uso adequado de medicamentos (serviço médico ou de enfermagem);
Saúde oral precária está associada à desnutrição e, portanto, ao maior risco de desenvolver várias doenças não transmissíveis. A promoção da saúde oral e programas de prevenção de cárie criados para estimular	<ul style="list-style-type: none"> - serviço odontológico e acesso a próteses;
IATROGENIA: Problemas de saúde induzidos por diagnósticos ou tratamentos e causados pelo uso de remédios são comuns na 3ª idade, devido à interação medicamentosa, dosagens inadequadas e maior frequência de reações imprevisíveis através de mecanismos desconhecidos.	<ul style="list-style-type: none"> - Acesso a cuidados e serviços de saúde adequados; - Responsabilidade profissional;
A adesão inclui a adoção e manutenção de vários tipos de comportamentos (por exemplo, dieta saudável, atividade física, abstinência do fumo), assim como o consumo de medicamentos de acordo com a orientação de um profissional da saúde.	<ul style="list-style-type: none"> - Acesso a cuidados e profissionais que estimulem adequadamente;
Fatores determinantes	Itens

relacionados a aspectos pessoais	
<p>Biologia e Genética: A biologia e a genética têm uma grande influência sobre o processo de envelhecimento. O envelhecimento representa um conjunto de processos geneticamente determinados, e pode ser definido como uma deterioração funcional progressiva e generalizada, resultando em uma perda de resposta adaptativa às situações de estresse e um aumento no risco de doenças relacionadas à velhice.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - composição física
<p>Há um consenso geral de que a trajetória de saúde e doença de um indivíduo por toda a vida é o resultado de uma combinação genética, ambiental, de estilo de vida, nutrição, e em grande parte, de sorte (Kirkwood, 1996).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ambiente salutar e estimulante; - estímulo a um estilo de vida saudável;
<p>Para muitos indivíduos, comportamentos como não fumar, capacidade de enfrentar problemas e uma rede de amigos e parentes próximos pode modificar efetivamente a influência da hereditariedade no declínio funcional e no aparecimento da doença.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - combate ao tabagismo; - resiliência; - amizades; - vínculos familiares;
<p>Os fatores psicológicos, que incluem a inteligência e capacidade cognitiva (por exemplo, a capacidade de resolver problemas e de se adaptar a mudanças e perdas), são indícios fortes de envelhecimento ativo e longevidade.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - fatores psicológicos; - capacidade cognitiva; - resiliência;
<p>Freqüentemente, o declínio no</p>	<ul style="list-style-type: none"> - falta de estímulo cognitivo;

<p>funcionamento cognitivo é provocado pelo desuso (falta de prática), doenças (como depressão), fatores comportamentais (como consumo de álcool e medicamentos), fatores psicológicos (por exemplo, falta de motivação, de confiança e baixas expectativas), e fatores sociais (como a solidão e o isolamento).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - depressão; - consumo de álcool; - uso inadequado de medicamentos; - desmotivação; - falta de confiança; Baixa expectativa (desesperança); - solidão; - isolamento;
<p>A auto-eficiência (a crença na capacidade de exercer controle sobre sua própria vida) está relacionada às escolhas pessoais de comportamento durante o processo de envelhecimento.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - controle sobre a própria vida; - autonomia;
<p>Saber superar adversidades determina o nível de adaptação a mudanças.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - resiliência;
<p>Fatores determinantes relacionados ao ambiente físico</p>	<p>Itens</p>
<p>Ambientes físicos adequados à idade podem representar a diferença entre a independência e a dependência para todos os indivíduos, mas especialmente para aqueles em processo de envelhecimento. Por exemplo, pessoas idosas que moram em ambientes ou áreas de risco com múltiplas barreiras físicas saem, provavelmente, com menos frequência, e, por isto, estão mais propensas ao isolamento, depressão, menor preparo físico e mais problemas de mobilidade.</p>	<p>Ambiente adequado:</p> <ul style="list-style-type: none"> - sem barreiras; - planejamento arquitetônico; - acessibilidade; - mobilidade;
<p>Participar integralmente na vida da</p>	<ul style="list-style-type: none"> - manutenção dos vínculos

<p>família e da comunidade. Isso é especialmente importante para os idosos com problemas de mobilidade.</p>	<p>familiares; - participação familiar; - inserção social; - participação na comunidade;</p>
<p>Moradia segura e evitar viver em lugares que não são de sua escolha.</p>	<p>- segurança; - aceitar a institucionalização;</p>
<p>A queda de pessoas idosas é uma causa crescente de lesões, custos de tratamento e morte. Os obstáculos dos ambientes que aumentam os riscos de queda incluem pouca iluminação, pisos irregulares ou escorregadios e a falta de corrimão para apoio. Estas quedas ocorrem frequentemente no ambiente da casa e podem ser evitadas.</p>	<p>- prevenção de quedas;</p>
<p>Água limpa, ar limpo e acesso à alimentação segura são particularmente importantes para a maioria dos grupos populacionais vulneráveis, ou seja, crianças, idosos e aqueles com doença crônica e sistema imunológico comprometido.</p>	<p>- água limpa; - ar puro; - alimentação segura;</p>
Fatores determinantes relacionados ao ambiente social	Itens
<p>Apoio social, oportunidades de educação e aprendizagem permanente, paz, e proteção contra a violência e maus-tratos são fatores essenciais do ambiente social que estimulam a saúde, participação e segurança, à medida que as pessoas envelhecem. Solidão, isolamento social, analfabetismo e falta de educação, maus-tratos e exposição a situações de conflito aumentam muito os riscos de deficiências e morte precoce.</p>	<p>- apoio social; - oportunidade de educação; - paz; - combate à violência e maus tratos;</p>
Fatores econômicos determinantes	Itens

<p>Renda</p> <p>Os pobres de todas as idades apresentam um risco maior de doenças e deficiências e os idosos estão particularmente vulneráveis.</p>	- renda
<p>Proteção social</p> <p>Em todo o mundo, as famílias providenciam a maior parte do auxílio para idosos que precisam de ajuda. Contudo, à medida que as sociedades se desenvolvem e a tradição de convivência entre as gerações no mesmo ambiente começa a mudar, os países são cada vez mais chamados a desenvolverem mecanismos que dêem proteção social a idosos incapazes de ganhar a vida e que estejam sozinhos e vulneráveis.</p>	- apoio financeiro;
<p>Trabalho</p> <p>Digno no curso da vida e continuar no mercado de trabalho, se possível;</p>	- atividades laborais (ocupação);

APÊNDICE B - Questionário Semiestruturado destinado aos especialistas sobre os indicadores comportamentais do envelhecimento ativo de idosos institucionalizados.

Prezado senhor (a),

Você está sendo convidado (a) a participar da Pesquisa “Indicadores Comportamentais do Envelhecimento Ativo de Idosos Institucionalizados”, que está sendo desenvolvida pelo Mestrando em Ciências do Movimento Humano (UDESC), Paulo Adão de Medeiros, sob orientação da Professora do referido Programa, Dra. Giovana Zarpellon Mazo.

O objetivo deste estudo é desenvolver indicadores comportamentais para avaliação do envelhecimento ativo de idosos institucionalizados que possam servir de base para a construção de um instrumento de medida futuramente.

A base teórica que norteia esta pesquisa está pautada na Política do Envelhecimento Ativo desenvolvida pela Organização Mundial da Saúde, caracterizada como “o processo de otimização das oportunidades de **saúde, participação e segurança**, com o objetivo de melhorar a **qualidade de vida** à medida que as pessoas ficam mais velhas” (OMS, 2005, p.13). O envelhecer ativamente é uma ideologia que, segundo a OMS (2005), se aplica tanto a indivíduos quanto a grupos populacionais. Essa concepção permite que as pessoas percebam o seu potencial, participem da sociedade de acordo com suas especificidades, além de propiciar proteção, segurança e cuidados adequados, quando necessários. O objetivo do envelhecimento ativo é aumentar a expectativa de vida saudável, para todos os que envelhecem, garantindo qualidade de vida, inclusive para aqueles tenham alguma fragilidade ou incapacidade física e que necessitam de cuidados. É reconhecida a influência de um conjunto de determinantes que interagem continuamente para o envelhecimento ativo (econômicos, comportamentais, pessoais, relacionados ao meio ambiente físico, social e aos serviços sociais e de saúde), transversalmente influenciados por aspectos relativos a gênero e cultura. Assim, entende-se que a política do envelhecimento ativo é bastante ampla englobando uma grande complexidade de itens ou fatores. Diante disto, decidiu-se focar nos determinantes comportamentais que estão mais relacionados a área de Ciências do Movimento Humano para que se possa aprofundar a discussão e avançar o conhecimento nesta questão que carece de mais estudos.

No entanto, acredita-se que esses conceitos não estão muito claros quando aplicados junto à população de idosos institucionalizados brasileiros. Sendo assim, tendo em vista o seu conhecimento sobre o assunto gostaríamos de solicitar sua opinião para responder as questões que seguem abaixo:

1. Você acredita que a Política do Envelhecimento Ativo se aplica ao contexto das Instituições de Longa Permanência e que pode ser usado como um parâmetro de qualidade para avaliar o envelhecimento do idoso institucionalizado?

Sim

Não

Justifique sua resposta:

2. Você acredita que mesmo aqueles idosos com debilidades físicas e comprometimento cognitivo podem ter um envelhecimento ativo? Caso positivo, de que forma?
3. Tendo em vista o conceito de Envelhecimento Ativo, tente nos auxiliar a readequá-lo especificamente para os idosos institucionalizados, ou seja, para você o que seria o envelhecimento ativo para o idoso institucionalizado?

4. Desenvolvimento dos indicadores:

A assistência a longo prazo é definida pela OMS como “o sistema de atividades empreendidas a uma pessoa não plenamente capaz de se cuidar, para que esta tenha a melhor **qualidade de vida** possível, de acordo com suas **preferências** individuais, com o maior nível possível de **independência, autonomia, participação, satisfação pessoal e dignidade humana**” (OMS, 2000). Apesar de muitas características em comum encontradas entre os idosos institucionalizados, acredita-se que não deve-se tratar essa população de maneira homogênea e sim considerar as individualidades e diversidades de perfis ali encontrados. Com isso, dentro do contexto institucional existem diferenças comportamentais que precisam ser consideradas quando busca-se identificar os idosos que enfrentam o processo de envelhecimento dentro da ILPI com mais qualidade de vida e de maneira mais ativa. Entre os **fatores comportamentais determinantes**, a política do envelhecimento ativo traz que a adoção de estilos de vida saudáveis e a participação ativa no cuidado da própria saúde são importantes em todos os estágios da vida. Logo, aborda que o tabagismo, atividade física, alimentação saudável, saúde oral, álcool, medicamentos, iatrogenia e adesão a comportamentos saudáveis são fatores que devem ser considerados. Porém, ao entender o comportamento humano como o conjunto de ações de um indivíduo observáveis objetivamente ou qualquer atividade, fato ou experiência mental, passível de observação. E, pensando em avançar o conhecimento sobre o envelhecimento ativo para realidade dos idosos que vivem em ILPIs, especificamente em relação aos comportamentos que compõem o seu estilo de vida, serão apresentados abaixo uma listagem de itens observáveis. Sendo assim, tendo em vista o desenvolvimento de **INDICADORES COMPORTAMENTAIS** para avaliar se o mesmo está envelhecendo ativamente e com qualidade, gostaríamos que você avaliasse a relevância de cada item (1 a 4) e indicasse outras sugestões e/ou alternativas que sejam mais adequadas a essa população, caso necessário:

1. Não utilizar álcool ou fumo.

(1) não relevante (2) pouco relevante (3) bastante relevante (4) altamente relevante

Sugestões:

2. Buscar apoio para deixar de utilizar o cigarro, álcool, se for o caso.

(1) não relevante (2) pouco relevante (3) bastante relevante (4)

altamente relevante Sugestões:
3. Envolver-se em atividades físicas promovidas pela ILPI. (1) não relevante (2) pouco relevante (3) bastante relevante (4) altamente relevante Sugestões:
4. Envolver-se em atividades físicas fora da ILPI. (1) não relevante (2) pouco relevante (3) bastante relevante (4) altamente relevante Sugestões:
5. Permanecer menor tempo sentado. (1) não relevante (2) pouco relevante (3) bastante relevante (4) altamente relevante Sugestões:
6. Realizar a maioria da atividades básica de vida diária independentemente. (1) não relevante (2) pouco relevante (3) bastante relevante (4) altamente relevante Sugestões:
7. Interessar-se pelo acesso a serviços de reabilitação dentro e fora da ILPI, caso necessário. (1) não relevante (2) pouco relevante (3) bastante relevante (4) altamente relevante Sugestões:
8. Possuir alimentação adequada através de serviço ou apoio nutricional. (1) não relevante (2) pouco relevante (3) bastante relevante (4)

altamente relevante Sugestões:
9. Apresentar apetite. (1) não relevante (2) pouco relevante (3) bastante relevante (4) altamente relevante Sugestões:
10. Possuir autonomia para opinar sobre a confecção dos alimentos. (1) não relevante (2) pouco relevante (3) bastante relevante (4) altamente relevante Sugestões:
11. Escovar os dentes ou a prótese diariamente. (1) não relevante (2) pouco relevante (3) bastante relevante (4) altamente relevante Sugestões:
12. Possuir atitudes de auto-cuidado (preocupação consigo, vaidade, higiene pessoal). (1) não relevante (2) pouco relevante (3) bastante relevante (4) altamente relevante Sugestões:
13. Buscar e/ou aceitar auxílio para escovação dentária, higiene pessoal. (1) não relevante (2) pouco relevante (3) bastante relevante (4) altamente relevante Sugestões:
14. Escolher o que vestir. (1) não relevante (2) pouco relevante (3) bastante relevante (4) altamente relevante

Sugestões:

15. Não realizar automedicação.

(1) não relevante (2) pouco relevante (3) bastante relevante (4) altamente relevante

Sugestões:

16. Ter conhecimento e controle sobre o seu estado de saúde e as medicações que utiliza.

(1) não relevante (2) pouco relevante (3) bastante relevante (4) altamente relevante

Sugestões:

17. Menor quantidade de medicamentos utilizados, principalmente psicotrópicos.

(1) não relevante (2) pouco relevante (3) bastante relevante (4) altamente relevante

Sugestões:

18. Adedir a comportamentos saudáveis recomendados pelos profissionais da ILPI.

(1) não relevante (2) pouco relevante (3) bastante relevante (4) altamente relevante

Sugestões:

19. Não apresentar resistência ao cuidado.

(1) não relevante (2) pouco relevante (3) bastante relevante (4) altamente relevante

Sugestões:

20. Capacidade de resiliência e aceitação da institucionalização.

(1) não relevante (2) pouco relevante (3) bastante relevante (4) altamente relevante

Sugestões:
<p>21. Apresentar desprendimento ao passado. (1) não relevante (2) pouco relevante (3) bastante relevante (4) altamente relevante</p> <p>Sugestões:</p>
<p>22. Adaptar-se ao uso de órteses e prótese no contexto institucional, caso necessário. (1) não relevante (2) pouco relevante (3) bastante relevante (4) altamente relevante</p> <p>Sugestões:</p>
<p>23. Menor tempo que permanece sozinho (isolamento social). (1) não relevante (2) pouco relevante (3) bastante relevante (4) altamente relevante</p> <p>Sugestões:</p>
<p>24. Realizar atividade de lazer. (1) não relevante (2) pouco relevante (3) bastante relevante (4) altamente relevante</p> <p>Sugestões:</p>
<p>25. Possuir espiritualidade ou prática religiosa de sua preferência. (1) não relevante (2) pouco relevante (3) bastante relevante (4) altamente relevante</p> <p>Sugestões:</p>
<p>26. Aceitar convite para a maioria das atividades. (1) não relevante (2) pouco relevante (3) bastante relevante (4) altamente relevante</p> <p>Sugestões</p>
<p>27. Sentir-se seguro e protegido/ Manter-se calmo. (1) não relevante (2) pouco relevante (3) bastante relevante (4) altamente relevante</p>

Sugestões:

28. Participar na comunidade.

(1) não relevante (2) pouco relevante (3) bastante relevante (4) altamente relevante

Sugestões:

29. Manter sua privacidade apesar do ambiente coletivo.

(1) não relevante (2) pouco relevante (3) bastante relevante (4) altamente relevante

Sugestões:

30. Estabelecer amizades e relações de afeto no contexto institucional.

(1) não relevante (2) pouco relevante (3) bastante relevante (4) altamente relevante

Sugestões:

31. Estabelecer relações amorosas e/ou sexuais no contexto institucional, caso ainda sinta essa necessidade.

(1) não relevante (2) pouco relevante (3) bastante relevante (4) altamente relevante

Sugestões:

32. Possuir o hábito da leitura e/ou manter-se envolvido em atividades educacionais.

(1) não relevante (2) pouco relevante (3) bastante relevante (4) altamente relevante

Sugestões:

33. Manter convívio familiar dentro e fora da instituição.

(1) não relevante (2) pouco relevante (3) bastante relevante (4) altamente relevante

Sugestões:
<p>34. Envolver-se/Engajar-se em trabalhos voluntários, de manutenção e conservação da ILPI. (1) não relevante (2) pouco relevante (3) bastante relevante (4) altamente relevante</p> <p>Sugestões:</p>
<p>35. Zelar e cuidar do seu quarto e pertences. (1) não relevante (2) pouco relevante (3) bastante relevante (4) altamente relevante</p> <p>Sugestões:</p>
<p>36. Manter-se informado e interessado em acontecimentos do dia a dia fora da ILPI. (1) não relevante (2) pouco relevante (3) bastante relevante (4) altamente relevante</p> <p>Sugestões:</p>
<p>37. Ter e expressar sua opinião. (1) não relevante (2) pouco relevante (3) bastante relevante (4) altamente relevante</p> <p>Sugestões:</p>
<p>38. Administrar pelo menos parte do seu dinheiro. (1) não relevante (2) pouco relevante (3) bastante relevante (4) altamente relevante</p> <p>Sugestões:</p>
<p>39. Exercer a cidadania através do voto. (1) não relevante (2) pouco relevante (3) bastante relevante (4) altamente relevante</p> <p>Sugestões:</p>
<p>40. Interessar-se em auxiliar outros moradores da ILPI no que for possível. (1) não relevante (2) pouco relevante (3) bastante</p>

<p>relevante (4) altamente relevante</p> <p>Sugestões:</p>
<p>41. Utilizar, conhecer ou ter interesse em todos os espaços coletivos/comunitários da ILPI.</p> <p>(1) não relevante (2) pouco relevante (3) bastante relevante (4) altamente relevante</p> <p>Sugestões:</p>
<p>42. Comunicar-se, estabelecer diálogos com facilidade.</p> <p>(1) não relevante (2) pouco relevante (3) bastante relevante (4) altamente relevante</p> <p>Sugestões:</p>
<p>43. Possuir expressões faciais de satisfação, entusiasmo, alegria na maior parte do tempo.</p> <p>(1) não relevante (2) pouco relevante (3) bastante relevante (4) altamente relevante</p> <p>Sugestões:</p>
<p>44. Possuir sono tranquilo e reparador na maior parte do tempo.</p> <p>(1) não relevante (2) pouco relevante (3) bastante relevante (4) altamente relevante</p> <p>Sugestões:</p>
<p>45. Não apresentar irritabilidade constante.</p> <p>(1) não relevante (2) pouco relevante (3) bastante relevante (4) altamente relevante</p> <p>Sugestões:</p>
<p>46. Não apresentar choro constante.</p> <p>(1) não relevante (2) pouco relevante (3) bastante relevante (4) altamente relevante</p>

Sugestões:
47. Não apresentar reclamações constantes de dor. (1) não relevante (2) pouco relevante (3) bastante relevante (4) altamente relevante Sugestões:
48. Não apresentar-se poliqueixoso. (1) não relevante (2) pouco relevante (3) bastante relevante (4) altamente relevante Sugestões:
49. Não desviar o olhar ou fica cabisbaixo constantemente. (1) não relevante (2) pouco relevante (3) bastante relevante (4) altamente relevante Sugestões:
50. Não demonstrar medo do futuro. (1) não relevante (2) pouco relevante (3) bastante relevante (4) altamente relevante Sugestões:
51. Possuir autonomia sobre o controle do tempo e modificações na sua rotina. (1) não relevante (2) pouco relevante (3) bastante relevante (4) altamente relevante Sugestões:

Desde já gostaríamos de agradecer sua disponibilidade e solicitamos que o questionário seja preenchido e enviado até 30 dias.

APENDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)



UNIVERSIDADE DO ESTADO DE SANTA CATARINA - UDESC
GABINETE DO REITOR
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS – CEPESH

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto: INDICADORES COMPORTAMENTAIS DO ENVELHECIMENTO ATIVO DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS

O (a) senhor (a) está sendo convidado (a) a participar de um estudo intitulado: **"Indicadores Comportamentais do Envelhecimento Ativo de Idosos Institucionalizados"** que está sendo efetuado pela pesquisadora responsável professora Dra. Giovana Zarpellon Mazo e visa desenvolver indicadores comportamentais para avaliação do envelhecimento ativo de idosos que vivem em Instituições de Longa Permanência (ILPIs) e poderão ser utilizados como critério de qualidade do comportamento vivenciado por essa população.

Para esse estudo, você está recebendo em sua casa por correio ou e-mail, juntamente com esse termo de consentimento, um questionário auto-aplicável com questões abertas como: o que seria o envelhecimento ativo para o idoso institucionalizado? E também com várias questões fechadas nas quais você deverá escolher entre as alternativas (1) não relevante; (2) pouco relevante; (3) bastante relevante; (4) altamente relevante. Tais alternativas buscam identificar a importância de itens como por exemplo: envolver-se em atividades físicas promovidas pela ILPI como um comportamento utilizado para avaliar o envelhecimento ativo do idoso institucionalizado, conforme instruções contidas no instrumento.

Você deverá responder e reenviar o questionário aos pesquisadores no prazo de 30 dias por correio ou e-mail conforme preferir, sendo que a selagem postal ficará a cargo do pesquisador.

Sua participação será voluntária e não é obrigatória, sendo que e o (a) senhor (a) poderá se retirar do estudo a qualquer momento. Antes de concordar em participar desta pesquisa, é importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento. O pesquisador deverá responder todas as suas dúvidas antes que você se decida participar.

O risco de participação na pesquisa será mínimo podendo acarretar algum desconforto ao causar possível cansaço ou constrangimento ao responder as questões. Os benefícios e vantagens em participar deste estudo serão a contribuição para o avanço do conhecimento sobre a avaliação do idoso institucionalizado.

A presente pesquisa está sendo desenvolvida via meio eletrônico ou postal, porém mesmo de forma distante, os pesquisadores Paulo Adão de Medeiros (estudante de mestrado) e Prof. Dra. Giovana Zarpellon Mazo (professora responsável) irão considerar cada TCLE e questionários de forma individualizada e estarão a sua disposição para eventuais dúvidas e fornecendo a assistência caso necessário. Solicitamos a sua autorização para o uso de seus

dados para a produção de artigos técnicos e científicos. A privacidade do(a) Sr(a) será mantida através da não-identificação do nome.

Agradecemos a sua participação e colaboração.

PESSOAS PARA CONTATO: Prof. Dra. Giovana Zarpellon Mazo; Paulo Adão de Medeiros

NÚMERO DO TELEFONE: 48 3321 8611; 48 99313448

E-MAIL: giovana.mazo@udesc.br; paulofisiosm@yahoo.com.br

ASSINATURA DO PESQUISADOR:



Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos – CEPESH/UDESC
Av. Madre Benvenuta, 2007 – Itacorubi – Fone: (48)3321-8195 – e-mail: cepsh.reitoria@udesc.br
Florianópolis - SC
88035-001

TERMO DE CONSENTIMENTO

Declaro que fui informado sobre todos os procedimentos da pesquisa e, que recebi de forma clara e objetiva todas as explicações pertinentes ao projeto e, que todos os dados a meu respeito serão sigilosos. Eu compreendo que neste estudo, as medições dos experimentos/procedimentos de tratamento serão feitas em mim, e que fui informado que posso me retirar do estudo a qualquer momento.

Nome por extenso _____

Assinatura _____ Local: _____ Data: ____/____/____.

APÊNDICE D - FORMULÁRIO AVALIAÇÃO DA QUALIDADE METODOLÓGICA - Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE)

RESUMO		SIM	NÃO
QUESTÃO 1:	O artigo informa – indica o desenho do estudo no título ou no resumo		
	No resumo é disponibilizado um sumário informativo e equilibrado do que foi realizado e dos resultados obtidos		
INTRODUÇÃO		SIM	NÃO
QUESTÃO 2: (contexto justificativa) e	É detalhado o referencial teórico e as razões para executar a pesquisa;		
QUESTÃO 3: (objetivos)	É descrito o objetivo do trabalho ou a hipótese da pesquisa		
MÉTODOS		SIM	NÃO
QUESTÃO 4: (desenho do estudo)	Apresenta, no início do artigo, os elementos-chave relativos ao desenho do estudo		
QUESTÃO 5: (Planejamento-contexto)	Descreve o contexto, locais e datas relevantes, incluindo os períodos de recrutamento, exposição, acompanhamento (follow-up) e coleta de dados.		
QUESTÃO 6:	-Se for Estudos de Coorte:		

(Participantes)	<p>Apresenta os critérios de elegibilidade, fontes e métodos de seleção dos participantes. Descreve os métodos de acompanhamento;</p> <p>-Se for Estudos de Caso-Controle: Apresenta os critérios de elegibilidade, as fontes e o critério-diagnóstico para identificação dos casos e os métodos de seleção dos controles. Descreve a justificativa para a eleição dos casos e controles;</p> <p>-Se for Estudo Seccional ou Transversal: Apresenta os critérios de elegibilidade, as fontes e os métodos de seleção dos participantes;</p> <p>-Se for Estudos de Coorte: Para os estudos pareados, apresenta os critérios de pareamento e o número de expostos e não expostos;</p> <p>- Se for Estudos de Caso-Controle: Para os estudos pareados, apresenta os critérios de pareamento e o número de controles para cada caso;</p>		
QUESTÃO 7: (variáveis)	<p>Define claramente todos os desfechos, exposições, preditores, confundidores em potencial e modificadores de efeito; Quando necessário, apresenta os critérios diagnósticos;</p> <p>- Se for Coorte: número de expostos e não expostos, critérios de pareamento;</p> <p>- Se for Caso-controle: número de controles e casos, critério de pareamento;</p> <p>- Se for Transversal: variáveis de</p>		

	exposição, predição, confusão e modificadoras do efeito. Critério para diagnóstico ou desfecho;		
QUESTÃO 8: (Fontes de dados- mensuração)	Para cada variável de interesse, fornece a fonte dos dados (referências) e os detalhes dos métodos utilizados na avaliação (mensuração). Quando existir mais de um grupo, descreve a comparabilidade dos métodos de avaliação entre os grupos;		
QUESTÃO 9: (Vieses)	Especifica todas as medidas adotadas para evitar potenciais fontes de vieses		
QUESTÃO 10: (Tamanho do estudo)	Explica como se determinou o tamanho amostral;		
QUESTÃO 11: (Variáveis quantitativas)	Explica como foram tratadas as variáveis quantitativas na análise. Se aplicável, descreve as categorizações que foram adotadas e porque, ou seja, justifica como foram categorizadas ou agrupadas;		
QUESTÃO 12: (Métodos estatísticos)	Descreve todos os métodos estatísticos utilizados, incluindo aqueles usados para controle de confundimento. Descreve todos os métodos utilizados para examinar subgrupos e interações. Explica como foram tratados os dados faltantes ou perdidos (“missing data”) Estudos de Coorte: Se aplicável, explica como as perdas de acompanhamento foram tratadas. Estudos de Caso-Control: Se aplicável, explica como o pareamento dos casos e controles		

	foi tratado. Estudos Transversais ou Seccionais: Se aplicável, descreve os métodos utilizados para considerar a estratégia de amostragem, ou seja, descreve a análise compatível com a técnica de amostragem; Descreve qualquer análise de sensibilidade.		
RESULTADOS		SIM	NÃO
QUESTÃO 13: (Participantes)	Descreve o número de participantes em cada etapa do estudo (ex: número de participantes potencialmente elegíveis, examinados de acordo com critérios de elegibilidade, elegíveis de fato, incluídos no estudo, que terminaram o acompanhamento e efetivamente analisados); Descreve as razões para as perdas em cada etapa, ou seja, os motivos de exclusão em cada etapa; Avalia a pertinência de apresentar um diagrama de fluxo, ou seja, o fluxograma ilustrativo do número de indivíduos em cada etapa;		
QUESTÃO 14: (Dados descritivos)	Descreve as características dos participantes do estudo (ex: demográficas, clínicas e sociais) e as informações sobre exposições e confundidores em potencial; Indica o número de participantes com dados faltantes para cada variável de interesse; - Se for Estudos de Coorte: Apresenta o período de acompanhamento (ex: média e tempo total);		
QUESTÃO 15:	- Se for Estudos de Coorte:		

(Dados de desfecho)	<p>Descreve o número de eventos-desfecho ou as medidas-resumo ao longo do tempo, ou seja, sumariza o número dos eventos de desfecho ou as medidas ao longo do tempo;</p> <p>- Se for Estudos de Caso-Controle: Descreve o número de indivíduos em cada categoria de exposição ou apresenta medidas-resumo de exposição;</p> <p>- Se for Estudos Transversais ou Seccionais: Descreve o número de eventos-desfecho ou apresenta as medidas-resumo, ou seja, as medidas sumarizadas de exposição;</p>		
QUESTÃO 16: (Resultados principais)	<p>Descreve as estimativas não ajustadas e, se aplicável, as estimativas ajustadas por variáveis confundidoras, assim como sua precisão (ex: intervalos de confiança). Deixa claro quais foram os confundidores utilizados no ajuste e porque foram incluídos; Quando variáveis contínuas forem categorizadas, informa os pontos de corte utilizados;</p> <p>Se pertinente, considera transformar as estimativas de risco relativo em termos de risco absoluto, para um período de tempo relevante;</p>		
QUESTÃO 17: (Outras análises)	<p>Descreve outras análises que tenham sido realizadas. Ex: análises de subgrupos, interação, sensibilidade;</p>		
DISCUSSÃO:		SIM	NÃO
QUESTÃO 18: (Resultados principais)	<p>Resume os principais achados relacionando-os aos objetivos do estudo.</p>		
QUESTÃO 19: (Limitações)	<p>Apresenta as limitações do estudo, levando em consideração as fontes</p>		

	potenciais de viés ou imprecisão. Discuta a magnitude e direção de vieses em potencial.		
QUESTÃO 20: (Interpretação)	Apresenta uma interpretação cautelosa dos resultados, considerando os objetivos, as limitações, a multiplicidade das análises, os resultados de estudos semelhantes e outras evidências relevantes;		
QUESTÃO 21: (Generalização)	Apresenta- Discute a generalização (validade externa) dos resultados do estudo;		
OUTRAS INFORMAÇÕES:		SIM	NÃO
QUESTÃO 22: (Financiamento)	Especifica a fonte de financiamento do estudo e o papel dos financiadores. Se aplicável, apresenta tais informações para o estudo original no qual o artigo é baseado.		

Fontes: Malta M, Cardoso LO, Bastos FI, Magnanini MM, Silva CM. STROBE initiative: guidelines on reporting observational studies. Rev Saude Publica. 2010; 44:559-65.

VANDENBROUCKE, Jan P., VON ELM, Erik, ALTMAN, Douglas G. et al. Mejorar la comunicación de estudios observacionales en epidemiología (STROBE): explicación y elaboración. Gac Sanit, 2009, vol.23, no.2, p.158e1-158e28.

Nita ME, Nobre M, Secoli S, Costa AM, Ono-Nita SK, Sarti FM, Carrilho FJ, Campino AC. Visão geral dos métodos em avaliação de tecnologias em saúde. In: Nita ME, Campino AC, Secoli S, Sarti FM, Nobre M, Costa AM, Ono-Nita SK, Carrilho FJ. Avaliação de tecnologias em saúde: evidência clínica, análise econômica e análise de decisão. Porto Alegre: Artmed; 2009. p.161-165.

LISTA DE ANEXOS

- ANEXO A - Instrumento de Avaliação Multidimensional do Envelhecimento Ativo (VICENTE, 2012)
- ANEXO B - Roteiro para inspeção das Instituições de Longa Permanência Para Idosos (ROEDER, 2005)

ANEXO A - Instrumento de Avaliação Multidimensional do Envelhecimento Ativo (VICENTE, 2012)

INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DO ENVELHECIMENTO ATIVO

- ✓ Este instrumento tem o propósito de averiguar a presença de fatores de envelhecimento ativo entre as pessoas com 60 anos ou mais. Será aplicado junto à população idosa.
- ✓ Todas as perguntas deverão ser respondidas, em caso de dúvida na escolha das opções, oriente que escolha a alternativa que lhe parece mais apropriada.

DATA: _____ **Número do instrumento:** _____

I – IDENTIFICAÇÃO: GÊNERO E CULTURA

Idade: _____

Sexo: () masculino () feminino

Cor: () branca () negra () parda

() amarela () indígena () outra

Religião: () católica () evangélica () espírita

() nenhuma () outra

Descendência: () alemães () italianos () asiáticos

() outra () não sabe informar

Estado civil: () casado () solteiro () viúvo

() divorciado/separado () união estável

II - DETERMINANTES ECONÔMICOS

01. Sua profissão é/era: _____

02. Sua ocupação é: _____

03. Renda mensal:

(1 salário mínimo = R\$ 545,00)

1 () Menos de 1 salário mínimo

2 () Entre 1 e 3 salários mínimos

3 () Entre 3 e 5 salários mínimos

4 () Mais de 5 salários mínimos

04. Benefícios sociais:

- 1 () não recebe benefícios sociais
- 2 () aposentadoria
- 3 () previdência privada
- 4 () fundo de pensão (autônomos, militares e bancários)
- 5 () auxílios sociais (bolsa família; auxílio gás; vale alimentação e outros)
- 6 () recebe dois ou mais dos benefícios acima relacionados

05. Quanto à realização de trabalhos não remunerados em casa e serviços voluntários

Assinale todas as alternativas que couberem/que julgar necessário

- 1 () não executa trabalhos não remunerados em casa ou serviços voluntários
- 2 () participa como voluntário em igrejas, escolas ou associações comunitárias
- 3 () é responsável direto pela organização e pela manutenção da casa
- 4 () presta cuidados domiciliares a outros membros da família (por exemplo, companheiro; filhos ou netos)
- 5 () executa trabalhos não remunerados de horta, jardinagem ou cuidado com animais em casa.

III - DETERMINANTES SOCIAIS

06. Quanto à escolaridade e à alfabetização

- 1 () não sabe ler e escrever e não assina o nome
- 2 () não sabe ler e escrever, mas assina o nome
- 3 () tem até dois anos de escolaridade
- 4 () tem entre dois e quatro anos de escolaridade
- 5 () tem entre quatro e oito anos de escolaridade
- 6 () tem mais de oito anos de escolaridade

07. Quanto à violência e a maus tratos

Assinale todas as alternativas que couberem/que julgar necessário

- 1 () foi roubado em casa
- 2 () foi roubado na rua
- 3 () foi forçado a realizar alguma atividade que não queria realizar
- 4 () foi forçado a deixar seus rendimentos sob a responsabilidade de terceiros
- 5 () foi abusado sexualmente
- 6 () sente-se abandonado ou excluído pelos familiares
- 7 () sente-se abandonado ou excluído pela sociedade
- 8 () nenhuma das situações

08. Quanto ao convívio no domicílio

- 1 () mora sozinho
- 2 () mora com o cônjuge ou companheiro(a)
- 3 () mora com companheiro e filhos
- 4 () mora com companheiro, filhos e netos
- 5 () mora sem companheiro, com a família de um filho ou filha
- 6 () mora com outros familiares
- 7 () mora com estranhos
- 8 () mora com um(a) profissional remunerado(a)

09. Redes de apoio social

Assinale todas as alternativas que couberem/que julgar necessário

- 1 () participa de grupo de convivência de idosos
- 2 () frequenta a igreja e/ou grupos religiosos
- 3 () faz parte de outras associações como clube de mães, entidades culturais ou filantrópicas, e cooperativas agrícolas
- 4 () convive com outras pessoas em ambientes fora de casa (bares, restaurantes, casa de conhecidos ou vizinhos, clubes, academias, SESC)
- 5 () fica todo o tempo em casa e não costuma conviver com outras pessoas que não as de sua família ou amigos próximos e vizinhos.

IV - AMBIENTE FÍSICO

10. Água e saneamento básico

- 1 () usa água da CASAN e tem fossa
- 2 () usa água da CASAN e o esgoto cai direto na rede pluvial
- 3 () usa água da CASAN e o esgoto é a céu aberto
- 4 () usa água de poço ou nascente e tem fossa
- 5 () usa água de poço ou nascente e o esgoto cai direto na rede pluvial
- 6 () usa água de poço ou nascente e o esgoto é a céu aberto
- 7 () não sabe informar

11. O descarte do lixo é:

- 1 () jogado a céu aberto
- 2 () queimado ou enterrado
- 3 () coletado pelo serviço municipal de coleta de lixo
- 4 () parte coletada e parte queimada ou enterrada
- 5 () parte coletada e parte jogada a céu aberto
- 6 () não sabe o que é feito com o lixo produzido na casa

12. A casa onde mora:

- 1 () casa própria e quarto privativo para a pessoa ou casal
- 2 () casa própria e quarto dividido com terceiros
- 3 () casa do filho(a) e quarto privativo para a pessoa ou casal
- 4 () casa do filho(a) e quarto dividido com terceiros
- 5 () casa alugada pelo idoso ou casal, na qual só mora o idoso ou casal
- 6 () casa alugada pelo idoso ou casal e dividida com outros familiares

13. Condições da casa onde mora:

Assinale todas as alternativas que couberem/que julgar necessário

- 1 () bem iluminada
- 2 () com pisos irregulares e escorregadios
- 3 () presença de degraus ou escadas
- 4 () presença de tapetes
- 5 () tem muitos móveis nos quais é fácil bater ou tropeçar
- 6 () tem animais que andam soltos dentro da casa
- 7 () tem animais que andam soltos fora da casa
- 8 () o banheiro é fora da parte principal da casa
- 9 () nenhuma das anteriores

14. Você sofreu alguma queda no último ano?

- 1 () sim
- 2 () não

Se sim prossiga para a próxima questão.

Se a resposta for não passe para questão 16.

15. Considerando sua última queda onde você caiu?

- 1 () caiu no quarto
- 2 () caiu no banheiro
- 3 () caiu em outro(s) cômodo(s) da casa
- 4 () caiu no quintal ou no jardim da casa
- 5 () caiu ao andar na rua, nos arredores da casa
- 6 () caiu ao andar pela cidade
- 7 () outros

V - DETERMINANTES PESSOAIS

16. Algum médico disse que o/a senhor/a tem alguma/s das seguintes doenças ou problemas de saúde?

Assinale todas as alternativas que couberem/que julgar necessário

- 1 () nenhuma doença relatada pelo idoso
- 2 () incontinências (urinária; fecal; mistas)
- 3 () problemas do coração (insuficiência cardíaca, coronariopatias e

infarto).

- 4 () diabetes
- 5 () pressão alta (hipertensão arterial)
- 6 () câncer
- 7 () doença de Parkinson
- 8 () problemas de memória grave, esquecimentos importantes (Doença de Alzheimer; Demência vascular; demência inespecífica)
- 9 () artrose
- 10 () reumatismo (Artrite reumatóide)
- 11 () osteoporose
- 12 () doenças respiratórias (asma, bronquite, insuficiência respiratória)
- 13 () depressão
- 14 () outra (nenhuma das anteriores)

17. Como é o seu grau de satisfação com a vida no último ano?

- 1 () muito satisfeito
- 2 () satisfeito
- 3 () nem satisfeito nem insatisfeito
- 4 () insatisfeito
- 5 () muito insatisfeito

18. Entre os itens a seguir selecione as atividades que o/a senhor/senhora executa:

Assinale todas as alternativas que couberem/que julgar necessário

- 1 () jogar cartas ou dominó
- 2 () ler jornais, revistas ou livros
- 3 () realizar trabalhos artesanais
- 4 () assistir televisão
- 5 () escutar rádio
- 6 () nenhuma das anteriores

VI - DETERMINANTES COMPORTAMENTAIS

19. Consumo de cigarros:

- 1 () nunca fumou
- 2 () já fumou, mas parou de fumar há ____ anos.
- 3 () Fuma menos de 5 cigarros por dia
- 4 () Fuma uma carteira de cigarros por dia (1 carteira = 20 cigarros)
- 5 () Fuma mais de uma carteira de cigarros por dia

20. Pratica atividades físicas?

1 () Sim 2 () Não

Caso tenha respondido sim, responda aos itens 21, 22 e 23.

Se respondeu não, vá para o item 24.

21. Qual ou quais atividade(s) física(s) o(a) senhor(a) pratica?

Assinale todas as alternativas que couberem/que julgar necessário

1 () Caminhada

2 () Ginástica

3 () Bicicleta

4 () Hidroginástica/Natação

5 () Dança

6 () Outra. Qual? _____

22. Quantas vezes por semana o senhor(a) pratica atividades físicas?

1 () 1 ou 2 vezes na semana

2 () 3 ou 4 vezes na semana

3 () de 5 a 7 vezes na semana

23. Por quantos minutos por dia o(a) senhor(a) pratica atividades físicas?

1 () menos de 30 minutos

2 () de 30 a 60 minutos

3 () mais de 60 minutos

24. Quais os alimentos que são habitualmente consumidos nas refeições feitas ao longo do dia?

Assinale todas as alternativas que couberem/que julgar necessário

1 () pães, bolos, bolachas, massas, farinhas (carboidratos)

2 () frutas, legumes e verduras (vitaminas e fibras)

3 () ovos, carne, nozes, leite, iogurte, queijo (proteínas)

4 () manteiga, margarina, azeite, embutidos, lingüiça, sobremesas, Bala, doces e outros (gorduras)

25. Quanto à dieta:

Assinale todas as alternativas que couberem/que julgar necessário

1 () foi orientado para restringir alguns alimentos e segue as recomendações

2 () foi orientado para restringir alguns alimentos e NÃO segue as recomendações

3 () não foi orientado quanto a restrição de alimentos

- 4 () considera sua alimentação saudável
5 () reconhece que consome alimentos que trazem prejuízos para sua saúde

26. Saúde oral:

- 1 () você tem dentes naturais, não usa dentadura e não tem nenhuma ponte fixa ou móvel.
2 () Tem dentes naturais e usa ponte móvel ou fixa
3 () Usa prótese total (dentadura) em uma das arcadas e tem dentes naturais na outra
4 () Usa prótese total (dentadura) numa das arcadas e não tem nenhum dente natural na outra
5 () Usa prótese total (dentadura) nas duas arcadas

Caso não utilize prótese ou ponte passe para a questão 28.

27. Para os que usam prótese ou dentadura: Sua dentadura ou ponte machuca ou cai?

- 1 () Sim 2 () Não

28. Foi ao dentista no último ano? Quantas vezes?

- 1 () foi 1 vez ao dentista no último ano
2 () foi 2 vezes ao dentista no último ano
3 () foi 3 vezes ou mais ao dentista no último ano
4 () não foi ao dentista no último ano

29. Quanto ao consumo de bebida alcoólica. Com que frequência você toma bebida alcoólica?

- 1 () não toma bebidas alcoólicas
2 () toma bebidas alcoólicas em eventos sociais esporádicos
3 () toma bebidas alcoólicas 3 vezes por semana
4 () toma bebidas alcoólicas 1 vez por semana
5 () toma bebidas alcoólicas diariamente

Caso não haja o consumo de bebida alcoólica passe para a questão 31

30. Quando você bebe quantas doses de bebida alcoólica costuma tomar?

- 1 () 1 ou 2
2 () 3 ou 4

- 3 () 5 ou 6
- 4 () 7, 8 ou 9
- 5 () 10 doses ou mais

31. Sobre o uso de medicamentos: Você toma remédios diariamente?

- 1. () Sim
- 2. () Não

-> Caso não utilize medicamentos diários passe para a pergunta 35.

32. Se sim, quantos medicamentos você toma por dia?

- 1 () 1 ou 2
- 2 () 3 ou 4
- 3 () 5 a 7
- 4 () 8 ou mais

33. Como você toma os seus remédios?

- 1 () faz uma lista dos remédios e horários que deve tomar, marcando diariamente
- 2 () toma seus remédios sozinho sem esquecimentos ou trocas
- 3 () toma seus remédios sozinho, mas as vezes esquece ou toma errado
- 4 () toma os remédios conforme os outros entregam para você tomar

34. Liste ou apresente os medicamentos que você toma diariamente

Assinale todas as alternativas que couberem/que julgar necessário

- 1 () Medicamentos para pressão (antihipertensivos - Ex.: Enalapril, Captopril, Hidroclorotiazida, Atenolol)
- 2 () Medicamentos para diabetes (hipoglicemiantes orais e insulinas - Ex: Metformina, Glibenclamida)
- 3 () Medicamentos para o coração (cardiotônicos - Ex: Digoxina, Diltiazem, Nifedipino)
- 4 () Medicamentos para dormir ou de nervos/calmantes/depressão (Ex: Fluoxetina, Clonazepam, Diazepam)
- 5 () Medicamentos para dores musculares e inflamação (Ex: Paracetamol, Dipirona, Cataflan, Nimesulida)
- 6 () Medicamentos para os pulmões (broncodilatadores - Ex: Salbutamol, Aminofilina)
- 7 () Medicamentos para o estômago (protetores gástricos - Ex: Omeprazol, Pantoprazol, Ranitidina)
- 8 () Medicamentos para a tireóide (Ex: Puran – Levotiroxina)

9 () Medicamentos para os ossos (Ex: A base de cálcio)

Dúvidas do entrevistador:

VII - SERVIÇOS SOCIAIS E DE SAÚDE

Quanto à promoção da saúde:

35. Quantas vezes o(a) senhor(a) foi ao médico no último ano? _____ vezes.

36. Caso não tenha ido a nenhuma consulta médica no último ano, isso foi porque:

- 1 () Não precisou
 2 () Precisou mas não quis ir
 3 () Precisou mas não pode ir
 4 () Precisou mas não conseguiu uma consulta

37. Visitas domiciliares nos últimos 6 meses

Assinale todas as alternativas que couberem/que julgar necessário

- 1 () recebeu visita domiciliar do Agente Comunitário de Saúde
 2 () recebeu visita domiciliar do enfermeiro
 3 () recebeu visita domiciliar do médico
 4 () recebeu visita domiciliar de outros profissionais da saúde
 5 () não recebeu visita dos representantes dos serviços oficiais de saúde

-> Apenas para os que têm hipertensão e/ou diabetes. Caso não tenha passe para questão 40.

38. Participa de algum grupo de controle de hipertensão e/ou diabetes?

- 1 () Sim
 2 () Não

39. Consegue remédios para controle de hipertensão e/ou diabetes na rede pública de saúde (Posto de Saúde)?

- 1 () Sim e vou buscar pessoalmente

-
- 2 () Sim e alguém vai buscar para mim
3 () Sim, mas compro na farmácia (prefere não pegar no posto de saúde)
4 () Não
5 () Não utilizo/tomo medicações

40. Quanto à vacinação contra gripe

- 1 () toma todos os anos
2 () já tomou alguma vez e não quer tomar mais
3 () nunca tomou

Quanto aos serviços curativos:

41. O(a) senhor(a) precisou ser hospitalizado nos últimos 6 meses?

- 1 () Sim. Quantas vezes? _____
2 () Não

42. O(a) senhor(a) precisou fazer alguma cirurgia nos últimos 2 anos?

- 1 () Sim. Quantas? _____
2 () Não

43. Nos últimos 6 meses, o(a) senhor(a) recebeu assistência das seguintes fontes?

Assinale todas as alternativas que couberem/que julgar necessário

- 1 () pastoral da saúde
2 () pastoral do idoso
3 () pessoas leigas contratadas para cuidar
4 () pessoas leigas voluntárias para cuidar
5 () nenhuma das anteriores

44. Quanto ao acesso ao serviço de saúde mental (psicólogo, psiquiatra)

- 1 () nunca precisou do serviço de saúde mental
2 () precisou do serviço de saúde mental e foi atendido pelo SUS
3 () precisou do serviço de saúde mental e foi atendido por serviço particular ou convênios

ANEXO B - Roteiro para inspeção das Instituições de Longa Permanência Para Idosos (ROEDER, 2005)

INSTRUMENTO 1

AVALIAÇÃO GERAL		Folha 1			
ITEM DA INSPEÇÃO	CONDIÇÕES GERAIS	PC	Sim	Não	PONTUAÇÃO
4.3.1	A instituição: 1. Preserva os direitos e garantias dos idosos, inclusive o respeito à liberdade de credo e a liberdade de ir e vir, desde que não exista restrição determinada no Plano de Atenção à Saúde;	N			
4.3.2	2. Preserva a identidade e a privacidade do idoso, assegurando um ambiente de respeito e dignidade;	N			
4.3.3	3. Promove ambiência acolhedora;	I			
4.3.4	4. Promove a convivência mista entre os residentes de diversos graus de dependência;	R			
4.3.5	5. Promove integração dos idosos, nas atividades desenvolvidas pela comunidade local;	R			
4.3.6	6. Favorece o desenvolvimento de atividades conjuntas com pessoas de outras gerações;	R			
4.3.7	7. Incentiva e promove a participação da família e da comunidade na atenção ao idoso residente;	N			
4.3.8	8. Desenvolve atividades que estimulem a autonomia dos idosos;	N			
4.3.9	9. Promove condições de lazer para os idosos tais como: atividades físicas, recreativas e culturais.	N			
4.3.10	10. Desenvolve atividades e rotinas para prevenir e coibir qualquer tipo de violência e discriminação contra pessoas nela residentes.	I			
	ORGANIZAÇÃO				
4.5.1	11.A Instituição possui alvará sanitário atualizado expedido pelo órgão sanitário competente de acordo com o estabelecido na Lei Federal n°. 6.437, de 20 de agosto de 1977.	I			
4.5.1	12.A Instituição possui inscrição de seu programa junto ao Conselho do Idoso, em conformidade com o Parágrafo Único, Art. 48 da n° Lei 10.741 de 2003.	I			
4.5.2	13.A Instituição possui: a) Estatuto registrado;	I			
	b) Registro de entidade social;	I			
	c) Regimento Interno.	I			

ITEM DANFES	CONDIÇÕES GERAIS	PC	S IM	NAO	OPORTUNIDADE
4.5.4	14. A Instituição celebra contrato formal de prestação de serviço com o idoso, responsável legal ou curador, em caso de interdição judicial, especificando o tipo de serviço prestado bem como os direitos e as obrigações da entidade e do usuário em conformidade com inciso I artigo 50 da Lei nº 10.741 de 2003.	I			
4.5.5	15. A Instituição organiza e mantém atualizados e com fácil acesso, os documentos necessários à fiscalização, avaliação e controle social.	N			
4.5.6	16. A instituição possui serviços terceirizados de: a) alimentação				
	b) limpeza				
	c) lavanderia				
4.5.6.1	Possui contrato e cópia do alvará sanitário da empresa terceirizada.				
RECURSOS HUMANOS					
4.6.1	16.A Instituição apresenta recursos humanos, com vínculo formal de trabalho, que garantam a realização das seguintes atividades: - <u>Para os cuidados aos residentes:</u>				
4.6.1.2	a) Grau de Dependência I: um cuidador para cada 20 idosos, ou fração, com carga horária de 8 horas/dia;	I			
	b) Grau de Dependência II: um cuidador para cada 10 idosos, ou fração, por turno;	I			
	c) Grau de Dependência III: um cuidador para cada 6 idosos, ou fração, por turno.	I			
4.6.1.3	- <u>Para as atividades de lazer:</u> um profissional com formação de nível superior para cada 40 idosos, com carga horária de 12 horas por semana.	I			
4.6.1.4	- <u>Para serviços de limpeza:</u> um profissional para cada 100m2 de área interna ou fração por turno diariamente.	I			
4.6.1.5	- <u>Para o serviço de alimentação:</u> um profissional para cada 20 idosos, garantindo a cobertura de dois turnos de 8 horas.	I			

ITEM	CONDIÇÕES GERAIS	PC	Sim	Nao	OPORTUNIDADE
4.6.1	- Para o serviço de lavanderia: um profissional para cada 30 idosos, ou fração, diariamente.	I			
4.6.2	- A instituição possui profissional de saúde vinculado à sua equipe de trabalho, e possui registro desse profissional no seu respectivo Conselho de Classe.	I			
	Assinalar o número de profissionais por categoria	Número p/categ			
	médico				
	enfermeiro				
	assistente social				
	psicólogo				
	fisioterapeuta				
	terapeuta ocupacional				
	nutricionista				
	farmacêutico				
	técnico e auxiliares de enfermagem				
	Outros (citar a categoria profissional e o número destes profissionais): _____ _____ _____				
4.6.3	17. A instituição realiza atividades de educação permanente na área de gerontologia, com objetivo de aprimorar tecnicamente os recursos humanos envolvidos na prestação de serviços aos idosos.	N			
4.7	INFRA-ESTRUTURA FÍSICA				
4.7.1	18. O projeto arquitetônico de toda a construção reforma ou adaptação foi aprovada pela autoridade sanitária competente.	I			

ITEM	CONDIÇÕES GERAIS	PC	SIM	NÃO	OPORTUNIDADE
4.7.3	19.A Instituição oferece instalações físicas em condições de: a) habitabilidade	I			
	b) higiene	I			
	c) salubridade	I			
	d) segurança	I			
4.7.4	20.A Instituição possui rampas para facilitar o acesso e a movimentação dos residentes caso apresente desníveis.	I			
4.7.5	21.As instalações prediais de água, esgoto, energia elétrica, proteção e combate a incêndio, telefonia e outras existentes, atendem às exigências dos códigos de obras e posturas locais, assim como às normas técnicas brasileiras pertinentes a cada uma das instalações.	I			
4.7.6	A instituição deve atender às seguintes exigências específicas:				
4.7.6 .1	22.Acesso externo - devem ser previstas, no mínimo, duas portas de acesso, sendo uma exclusivamente de serviço.	I			
4.7.6 .2	23.Pisos externos e internos (inclusive de rampas e escadas) - são de fácil limpeza e conservação, uniformes, com ou sem juntas e com mecanismo antiderrapante.	I			
4.7.6 .3	24.Rampas e Escadas - executadas conforme especificações da NBR 9050/ABNT, observando as exigências de corrimão e sinalização. a) A escada e a rampa de acesso à edificação têm no mínimo, 1,20m de largura.	I			
4.7.6 .4	25.Circulações internas - as circulações principais têm largura mínima de 1,00m e as secundárias possuem largura mínima de 0,80 m; contando com luz de vigília permanente.	I			
	a) circulações com largura maior ou igual a 1,50 m possuem corrimão dos dois lados;				
	b) circulações com largura menor que 1,50 m possuem corrimão em apenas um dos lados.				