



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE - UFCG
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES - CFP
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM - UAENF
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

KARINA SOARES DE ARAÚJO

CAPACIDADE FUNCIONAL DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS

CAJAZEIRAS – PB

2015

KARINA SOARES DE ARAÚJO

CAPACIDADE FUNCIONAL DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado à coordenação do Curso de Graduação em enfermagem, da Unidade Acadêmica de Enfermagem (UAENF), da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a. Anúbes Pereira de Castro

CAJAZEIRAS – PB

2015

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação - (CIP)
Denize Santos Saraiva - Bibliotecária CRB/15-1096
Cajazeiras - Paraíba

A663p Araújo, Karina Soares de
Capacidade funcional de idosos institucionalizados. / Karina
Soares de Araújo. - Cajazeiras: UFCG, 2015.
46f.
Bibliografia.

Orientador (a): Profa. Dra. Anúbes Pereira de Castro.
Monografia (Graduação) – UFCG.

1. Idoso. 2. Idoso Institucionalizado. I. Castro, Anúbes de.
II. Título.

UFCG/CFP/BS


CDU –613.98

KARINA SOARES DE ARAÚJO


CAPACIDADE FUNCIONAL DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS

Aprovada em 17 / 11 / 2015

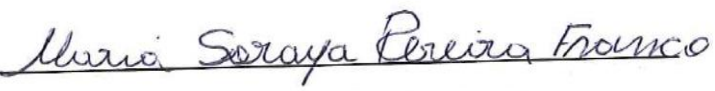
BANCA EXAMINADORA



Prof.^a Dr.^a Anúbes Pereira de Castro.
Unidade Acadêmica de Enfermagem/CFP/UFCG
Orientadora



Prof.^a Dr.^a Aissa Romina Silva do Nascimento
Unidade Acadêmica de Enfermagem/CFP/UFCG
Examinadora



Prof.^a Mestre Maria Soraya Pereira Franco
Escola Técnica de Saúde/CFP/UFCG
Examinadora

CAJAZEIRAS-PB

2015

Dedico ao meus pais, que não pouparam esforços para que esse sonho se tornasse realidade. Abdicaram muitas vezes dos seus sonhos para que os meus se tornassem realidade. Vocês são merecedores dessa vitória!

Dedico a minha querida irmã Jane Kelly, por sua presença em minha vida.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por sempre ter me abençoado todos os dias e guiado os meus caminhos, ensinando-me a enfrentar os obstáculos encontrados ao longo desta caminhada, me fazendo acreditar que quando se tem Fé no coração, todos os nossos objetivos podem ser alcançados.

Aos meus pais a quem tanto amo Jaci e Niumar, que não pouparam esforços pra fazer com que eu chegasse onde estou hoje e que sempre estiveram presentes em todos os momentos de minha vida me ajudando e aconselhando em muitas, das minhas decisões.

A minha irmã, Jane Kelly por todo ensinamento e aprendizado durante essa caminhada. Agradeço a Deus por sua presença em minha vida.

Aos meus avôs (in memorian) Bento e Maria, onde que quer vocês estejam, sei que estão sempre me abençoando e torcendo por mim. Vocês estarão para sempre dentro do meu coração. Amarei vocês sempre.

Ao meu noivo, amor e amigo Felipe, por sua atenção e carinho por estar comigo em todos os momentos, sempre me ajudando e me apoiando quando precisei. Muito obrigada por tudo! Te amo!

Aos meus companheiros de curso: Vagna, Lindalva, Ewerton e Max, com quem dividi inúmeros momentos de estudos de tristezas e felicidades. Somos todos vencedores!

Ao meu amigo Felipe, pelas palavras de conforto e incentivo. Sou muito grata a você.

A todos os professores que compõem o corpo docente da Universidade Federal de Campina Grande, em especial a minha orientadora Anúbes Pereira de Castro, por ter dedicado parte do seu tempo para auxiliar na construção deste trabalho. Meu muito obrigada!

A todos aqueles que contribuíram direta ou indiretamente pra a realização deste trabalho.

"Seja forte e corajoso e fazei a obra; não temas, nem te desanimes, porque o Senhor teu Deus, há de ser contigo; não te deixará nem te desampará, até que acabes todas as obras para o serviço da Casa do Senhor." (1 Crônicas 28:20) "Consagre ao Senhor tudo o que você faz, e os seus planos serão bem-sucedidos" (Provérbios, 16:3).

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABVD- Atividades Básicas da Vida Diária;

CONEP- Comitê de Ética em Pesquisa;

CNS- Conselho Nacional de Saúde;

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística;

ILPI- Instituição de Longa Permanência;

OMS- Organização Mundial de Saúde;

PNSPI- Política Nacional da Pessoa Idosa;

SPSS- Statistical Package For the Social Science;

TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Caracterização dos participantes da pesquisa.....	25
Tabela 2: Avaliação Funcional quanto a realização de atividades básicas.....	27
Tabela 3: Grau de Capacidade Funcional segundo o índice de KATZ.....	30

RESUMO

ARAÚJO, K.S. **Capacidade Funcional de Idosos Institucionalizados.** Trabalho de Conclusão de curso (TCC) - Unidade Acadêmica e Enfermagem (UAENF) - Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), Cajazeiras, 2015. 47 pág.

Atualmente o Brasil ocupa uma posição de destaque quanto ao número de pessoas idosas no país. Envelhecer sem incapacidades, preservando a autonomia torna-se um fator indispensável para uma boa qualidade de vida e com isso, autonomia, dependência e independência tornam-se conceitos amplamente discutidos por profissionais da área de saúde que atuam junto a pessoa idosa. O presente trabalho buscou avaliar a condição física e funcional quanto a realização de Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD) em idosos institucionalizados na cidade de Cajazeiras - PB, localizado no alto sertão paraibano. Trata-se de um estudo descritivo, exploratório com abordagem quantitativa. Para tanto, foi utilizado o índice de KATZ por permitir verificar grau de capacidade funcional quanto a realização das atividades básicas da vida diária. Os resultados foram processados e tabulados pelo programa SPSS® 16.0 for Windows®. Os dados mostraram que a maioria dos idosos institucionalizados eram do sexo feminino, com idade entre 60 e 100 anos, sendo que 37,9% possuíam mais de 80 anos. Quanto as atividades básicas da vida diária, o banho foi a função mais comprometida com 75,8% seguido de transferência 68,9%, vestir-se 65,5% e ir ao banheiro 48,2%. Em contrapartida, os resultados mostraram que os idosos apresentam melhor capacidade de execução nas atividades de continência com 37,9% e alimentação 27,6%. Dentre os idosos entrevistados, constatou-se que 89,65% necessitavam de auxílio total ou parcial. Com esse resultado, ressalta-se a necessidade de assistência oferecida, além de aprimoramento na qualificação de cuidadores afim de favorecer qualidade de vida aos idosos que vivem em ILPs.

Palavras-chave: Idoso, dependência, institucionalização.

ABSTRACT

ARAÚJO. K.S. **Functional Capacity of Institutionalized Elderly**. Work of conclusion of course (CBT) - Academic and nursing Unit (UAENF) - Federal University of Campina Grande (UFCG), Cajazeiras, 2015. 47 page.

Brazil currently occupies a prominent position on the number of elderly people in the country. Aging without disability, preserving the autonomy becomes an indispensable factor for a good quality of life and autonomy, dependence and independence become concepts widely discussed by health professionals who work with the elderly person. The present study sought to evaluate the physical condition and functional as the Basic activities of daily living (ABVD) in institutionalized elderly in the city of Cajazeiras-PB, located high paraibano. It is a descriptive, exploratory study with quantitative approach. To do so, KATZ index was used for verify degree of functional capacity as the realization of the basic activities of daily living. The results were processed and tabulated by the program SPSS 16.0 for Windows ® ®. The data showed that most institutionalized elderly were female, aged between 60 and 100 years, with 37.9% had more than 80 years. As the basic activities of daily living, the shower was more committed to 75.8% followed by 68.9% transfer, dress up 65.5% and go to the bathroom 48.2%. On the other hand, the results showed that the elderly present best activities implementation capacity of saluting with 37.9% and 27.6% power. One of the elderly respondents, 89.65% needed assistance in whole or in part. With this result, emphasized the need to support, in addition to improving the qualifications of caregivers in order to promote quality of life for the elderly who live in ILPs.

Keywords: aged, dependency, institutionalization.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 OBJETIVOS	16
2.1 OBJETIVO GERAL.....	16
2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	16
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	17
3.1 O ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO BRASILEIRA	17
3.2 INSTITUCIONALIZAÇÃO DO IDOSO	19
4 METODOLOGIA	22
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	25
5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA.	25
5.2 AVALIAÇÃO FUNCIONAL QUANTO A REALIZAÇÃO DE ATIVIDADES BÁSICAS.	27
5.3 GRAU DE CAPACIDADE FUNCIONAL SEGUNDO O ÍNDICE DE KATZ.	30
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	33
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	35
APÊNDICES	39
APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	
APÊNDICE C – TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL	
APÊNDICE D – TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE DO PESQUISADOR PARTICIPANTE	

1 INTRODUÇÃO

A grande geração dos sessenta anos tem criado um novo sentido para o envelhecimento tornando-o mais produtivo e prazeroso (MINAYO, 2012). No Brasil, indivíduos com 65 anos ou mais deverão corresponder à 19% da população total em 40 décadas. Os brasileiros presenciarão um grande aumento do número de idosos até 2025, quando teremos a 6ª maior população de idosos do planeta, com mais de 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005, RAMOS, 2011).

A respeito do envelhecimento, pode-se dizer que é considerado um processo dinâmico e progressivo que traz consigo um conjunto de modificações físicas, psicológicas, sociais e culturais que determinam a perda progressiva da capacidade de adaptação que acomete intimamente cada indivíduo (CORDEIRO, CASTILLO, FREITAS, GONÇALVES, 2014).

Tal processo, torna-se atualmente realidade na maioria das sociedades, sendo motivo de interesse em diversos estudos nos últimos anos com a crescente necessidade de proporcionar uma assistência de saúde adequada, com cuidados, lazer e qualidade de vida, o que hoje se torna um grande desafio neste novo século (CHAIMOWICZ, 2009). É preciso considerar que no decorrer do processo de envelhecimento o idoso tende a apresentar alterações nas estruturas físicas, cognitiva ou comportamental, gerando diversas transformações nesses indivíduos. Assim, para facilitar a convivência com essas limitações, algumas famílias, tendem a realizar a institucionalização do idoso com a justificativa de que é mais confortável para o idoso ao longo de sua trajetória e conviver com as limitações que tendem a surgir (VALCARENGHI et al, 2011).

Ao se refletir a respeito da Institucionalização de idosos, a idéia, amplamente difundida em nosso país, de que as instituições são “depósitos de idosos” foi construída a partir da concepção de que nesses locais a maioria das pessoas são solitárias e privadas de laços familiares, que ali vivem devido à desprezo, solidão e abandono (FREITAS, NORONHA, 2010). Porém, essa característica não é exclusiva da institucionalização em lares de longa permanência, pode haver idosos com tais características em qualquer ambiente, como também pode haver idosos sem essas características em Instituições de longa permanência; todavia, é preciso ressaltar que o observado é que não há apenas idosos sem assistência familiar, há idosos que são institucionalizados por outros motivos tais como: financeiros, indisponibilidade de tempo por parte dos familiares para o cuidar do mesmo, falta de preparo para lidar com a velhice, entre outros.

A redução na independência em atividades de vida diária gera um impacto significativo na saúde e na qualidade de vida do idoso, pois a perda da capacidade funcional se torna um dos principais motivos para uma instituição de longa permanência (ARAÚJO ET AL, 2007). Anos vividos a mais podem ser de sofrimento para os indivíduos e suas famílias, sendo marcados por doenças com sequelas, declínio funcional, aumento da dependência, perda da autonomia, isolamento social e depressão (CORDEIRO, CASTILLO, FREITAS, GONÇALVES, 2014)

É fundamental considerar que independência e autonomia envolvem aspectos sociais, econômicos, habilidades físicas e mentais necessárias para a realização das atividades básicas da vida diária (ABVD) de forma adequada e sem necessidade de ajuda. No Brasil, 7% da população com 60 anos ou mais tem dificuldade, ou não consegue realizar essas atividades sem ajuda. Estima-se que existam no País pelo menos 1,3 milhão de idosos com algum grau de dependência para realizar essas atividades (RAMOS, ANDREONI, COELHO-FILHO, 2013). Desta forma, a capacidade funcional surge como um componente a ser avaliado, pois envelhecer para a grande maioria dos indivíduos ou sociedade, não é sinônimo de problema, esta dificuldade de aceitação da própria velhice ou velhice alheia, se instala quando as funções começam a se deteriorar. (ALVES ET AL, 2007).

O instrumento utilizado para a avaliação da capacidade funcional desses idosos é a escala de KATZ (1963), que apesar de existir há mais de 50 anos ainda é uma ferramenta em avaliação gerontológica por considerar a realização de seis atividades básicas devido à sua praticidade de aplicação, especificidade e confiabilidade.

Portanto, investigar as condições de saúde e a capacidade funcional de idosos brasileiros tem relevância e pertinência por possibilitar caracterizar, mensurar e explicar os perfis dos idosos residentes em ILPIs, e por permitir identificar problemas, estabelecer prioridades, e formular estratégias de promoção, prevenção e controle de danos à saúde.

Refletindo sobre a problemática que envolve o idoso institucionalizado, a realização deste estudo surge devido a identificação da pesquisadora na área de geriatria e gerontologia por experiências vividas durante a disciplina saúde do idoso e por aulas práticas em uma instituição de longa permanência, onde foi possível ver a realidade dos idosos residentes em ILPIs. Diante do exposto, surge a seguinte reflexão: Qual o grau de capacidade funcional de idosos institucionalizados?

O presente trabalho acentua a necessidade de um maior conhecimento sobre o envelhecimento humano, envolvendo a institucionalização e o grau de capacidade funcional, afim de contribuir para formação acadêmica e profissional do estudante na área de saúde e por

proporcionar a partir dessa formação, possibilidade de que informações obtidas nesse estudo possam transformar-se em reforços para a implantação de programas e para o planejamento de estratégias e intervenções adequados a realidade desses idosos, afim de contribuir para um envelhecimento digno com qualidade de vida.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a capacidade física e funcional na realização de Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD), em idosos institucionalizados.

2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Avaliar a capacidade física e funcional de idosos institucionalizados em atividades do cotidiano.
- Identificar o grau de dependência nas atividades básicas de vida diária.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 O ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO BRASILEIRA

Atualmente observa-se um aumento significativo da expectativa de vida brasileira, que tende a aumentar consideravelmente nas próximas décadas gerando mudanças significativas na sociedade. Dados IBGE destacam o alargamento do topo da pirâmide etária, marcado pelo crescimento da participação relativa da população com 65 anos ou mais: 4,8% em 1991, 5,9% em 2000 e 7,4% em 2010 (IBGE, 2010).

O prolongamento da vida é um desejo de qualquer sociedade, contudo a forma como tem se dado o aumento da população brasileira deixa o país com pouco tempo para se adaptar ao crescente contingente de pessoas idosas, principalmente no que se refere à garantia dos seus direitos sociais (ARAÚJO, 2012). O aumento do número de idosos no mundo tem se destacado, sobretudo, nos países em desenvolvimento, uma vez que a estimativa de vida das pessoas aumentou significativamente nos últimos anos. O crescimento acentuado de idosos na população mundial tem sido considerado um dos fenômenos de maior impacto no início deste século (SOUSA, 2014).

De acordo com a OMS, nos países em desenvolvimento o marco inicial da velhice é de 60 anos, contudo, nota-se que as pessoas com a mesma idade cronológica podem ter características físicas, atitudes e disposições diferenciadas (MAZO, LOPES E BENEDETTI, 2004). Para Carvalho Filho e Papaléo Netto (2006), o Brasil terá em 2025, a sexta população de idosos do mundo, com uma proporção de aproximadamente 14% da população e em números absolutos, cerca de 32 milhões de idosos.

É preciso que se conceitue envelhecimento de acordo com a realidade vivida, para construir uma representação real da velhice e da situação atual idoso brasileiro. Ávila, Guerra e Meneses (2007) afirmam que o envelhecimento é um fenômeno do processo da vida, assim como a infância, adolescência e maturidade, onde é marcado por mudanças biopsicossociais específicas, associadas à passagem do tempo. O envelhecimento manifesta-se pelo declínio das funções de diversos órgãos e sistemas corporais que tendem a se delinear em função do tempo (NETTO, 2007). Envelhecer é um processo natural, com mudanças físicas, psicológicas, sociais e culturais que acomete intimamente cada indivíduo (GUIMARÃES, 2014).

É notório que o processo de envelhecimento não implica necessariamente que a pessoa esteja velha ou doente. Entretanto, a maior parte dos idosos tornam-se frágeis, seja por algum

fator físico, ambiental, socioeconômico ou estilo de vida. Contudo, a velhice torna-se uma das etapas mais difíceis da vida do ser humano. A recusa ao próprio envelhecimento traduz grandes dificuldades que vão desde o despreparo psicológico até o desconhecimento do que significa envelhecer.

Nesse ponto, é importante distinguir senescência de senilidade. Senescência refere-se à velhice propriamente dita com declínio físico e mental de forma lenta e gradual. Rappaport (1972) considera a senescência como o envelhecimento natural. A senilidade, por outro lado, é caracterizada pelo declínio físico mais acelerado e acompanhado de alterações, seja no funcionamento cognitivo, perda de memória, ou outros. Rappaport (1972) a considera como uma desordem patológica associada à velhice, porém não significa a própria velhice.

O envelhecimento faz parte do relógio biológico de todos os seres vivos, provocando diversas mudanças no organismo que devem ser encaradas como um processo natural. O decréscimo das funções fisiológicas e a resistência desse organismo devido à idade avançada causam transtornos que podem ser amenizados com a promoção à saúde desde a infância até a idade adulta, para que não cause tanto impacto quando a senilidade chegar (BRUM, TOCANTINS, SILVA, 2005).

A população idosa merece destaque no mundo atual em um país que está envelhecendo. O Brasil é privilegiado com o aumento da expectativa de vida e com isso as necessidades desse grupo devem ser respeitadas e garantidas com uma velhice digna. A meta final deve ser uma atenção à saúde adequada e digna para os idosos brasileiros, principalmente para aqueles idosos que, por vários motivos, teve ou tem um envelhecimento marcado por doenças e agravos que impõem sérias limitações ao seu bem-estar (BRASIL, 2006). Dessa forma, envelhecer torna-se um desejo natural de qualquer sociedade, mas isso não é o bastante. Viver mais é importante desde que se consiga unir qualidade e responsabilidade aos anos adicionais de vida.

3.2 INSTITUCIONALIZAÇÃO DO IDOSO

Nos dias atuais envelhecer com qualidade de vida se torna um desafio. Cada dia mais, as pessoas idosas se vêem desamparadas com a velhice e as famílias se vêem diante das dificuldades de cuidá-los (BRUNS, DEL MASSO, 2007). Muitas são as circunstâncias que levam as pessoas a viver melhor ou pior as diferentes fases da vida. Contudo, a velhice parece ser aquela em que enfrentamos as maiores adversidades impostas pelo cotidiano (MARI, MIRANDA, FABRI, TINELLI, STORNIOLLO, 2012).

De acordo com o processo de envelhecimento, muitos indivíduos necessitam de cuidados e responsabilidades, o que implica na disponibilidade das famílias, e as instituições de longa permanência torna-se a opção mais viável. A institucionalização do idoso induz um distanciamento progressivo da família, o que às vezes resulta em abandono (SILVA, CARVALHO, SANTOS, MENEZES, 2007). O envelhecimento tende a ser delicado e doloroso para muitos idosos. Com frequência, se vêem frente ao isolamento, à falta de apoio social, à dificuldade em lidar com o próprio processo de envelhecimento, com a morte do cônjuge, o abandono familiar, as dificuldades para se manter financeiramente, o que também pode desencadear doenças físicas e psíquicas (MARI, MIRANDA, FABRI, TINELLI, STORNIOLLO, 2012).

A institucionalização pode se apresentar como positiva para o idoso em situação de vulnerabilidade na medida em que oferece acolhimento, acesso à assistência médica, alimentação e moradia, ou ainda, porque diminui a sobrecarga dos cuidadores familiares. Contudo, em muitos casos, pode representar um enfraquecimento ou ruptura dos laços familiares e sociais (JESUS ET AL, 2010). O principal objetivo das ILPs é garantir a atenção íntegra às pessoas com mais de 60 anos, buscando defender sua dignidade e seus direitos. São instituições que visam prevenir a redução dos riscos a qual os idosos encontram-se expostos e que não contam com uma moradia (BORN, 2008).

As perdas são muitas para o idoso institucionalizado. O idoso passa a ser uma pessoa desmotivada, o que justifica muitas vezes o estado depressivo, acompanhado de sentimentos de solidão (DANILOW ET AL, 2007). Nesse sentido é importante priorizar um atendimento adequado e garantir uma boa qualidade de vida a pessoa idosa. A institucionalização é um recurso, que busca atender as necessidades da pessoa idosa, onde muitas dessas necessidades são negligenciadas pela família, pelo estado e pela sociedade. Para Caldas (2003), cuidar de

um idoso não significa necessariamente que o mesmo esteja recebendo um cuidado humanizado.

Para Nunes (2007) os motivos que levam os idosos a estas instituições podem ser agrupadas em três níveis: médicos, sociais e econômicas: As causas médicas consistem na deteriorização física ou cognitiva, o que aumenta o estado de dependência do idoso; as causas sociais condizem com a solidão e falta de vínculos familiares; nas causas econômicas, considera-se a perda do poder aquisitivo e recursos para prover seu sustento.

Com o aumento da longevidade, ocorre um declínio do estado físico e mental, fatores estes, que estão associados a limitação da capacidade funcional. De acordo com Costa (2004) com o envelhecimento da população e o aumento da sobrevivência de pessoas com incapacidades físicas e mentais, manter um envelhecimento digno torna-se difícil, em um país onde as políticas sociais não oferecem o mínimo para a subsistência destas pessoas.

As principais causas de incapacidade são as alterações fisiológicas do processo de envelhecimento como, patologias e problemas associados a essa faixa etária, onde a incapacidade é definida como restrição ou perda de habilidades, e a dependência funcional é definida como a incapacidade de executar funções sem ajuda, devido as limitações. (GUIMARÃES, CUNHA, 2004; FREITAS et al, 2006).

Diante desse contexto, dá-se a importância de criações de políticas públicas, direcionadas a pessoa idosa. Uma das maiores é a política nacional da pessoa idosa: instituída pela Lei Federal nº 8842, de 4 de janeiro de 1994, entrando em vigor na mesma data. Esta lei criou normas, que visa garantir os direitos voltados a pessoa idosa, tais como: cidadania, autonomia, integração e participação na sociedade. (BRASIL, 2006). A lei 10. 741, de 01 de outubro de 2003 - Estatuto do Idoso, torna-se outro grande avanço. O estatuto impõe penas severas para quem abandonar ou desrespeitar a pessoa idosa. Amplia os direitos dos idosos e garante proteção do idoso em situação de risco social. (BRASIL, 2003)

Infelizmente, não basta apenas Leis que impeçam qualquer tipo de desrespeito ao idoso. É comum vermos casos de maus-tratos. Minayo (2003) destaca a velhice como "decadência" onde nada se iguala aos abusos e negligências sofridas pelos idosos, com choque de gerações, problemas de espaço físico e problemas financeiros. Porém, é possível viver mais com uma qualidade de vida melhor, através da busca do envelhecimento com

autonomia e independência, com boa saúde física e mental, buscando um envelhecimento ativo e bem sucedido (VILELA; CARVALHO, ARAÚJO, 2006).

Diante da situação que se encontram os idosos institucionalizados, frente a fatores que afetam a condição de vida dos mesmos, o envelhecimento com independência merece destaque. Nesse sentido é importante o apoio social, vida ativa, e, principalmente, incentivo a esses idosos a viver com independência compartilhando expectativas e juntos realizando transformações.

4 METODOLOGIA

O referido estudo pretendeu verificar o grau de capacidade funcional de idosos residentes em instituições de longa permanência quanto a realização de atividades básicas da vida diária. Os dados necessários para a construção deste estudo foram coletados de maneira descritiva e exploratória através do método de pesquisa, quantitativo.

Para Richardson (1999, pág. 70) o método quantitativo representa a intenção de garantir a precisão dos resultados, evitarem distorções de análise e interpretação, e conseqüentemente, uma margem de segurança. Para Marconi e Lakatos (2010, pág. 284) a pesquisa quantitativa lida com números e usa modelos estatísticos para explicar os dados. Considerando os objetivos propostos por este estudo, é possível classificá-lo com base descritiva. Na concepção de Gil (2008 pág. 28) a pesquisa descritiva descreve as características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre as variáveis onde uma de suas características está na utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados.

A pesquisa foi realizada em três instituições de longa permanência na cidade de Cajazeiras- PB, localizado no alto sertão paraibano, distante 475 km da capital João Pessoa e com população de 58.437 habitantes. É o oitavo município mais populoso do estado e o primeiro de sua microrregião. O mesmo possui clima quente e seco com temperaturas medias que variam entre 23°C e 30°C. Estas instituições são mantidas por doações, eventos, promoções e ajuda financeira da prefeitura e de outros parceiros. A Instituição Lar dos Idosos, grupo Kardecista o Reencontro, fundada há 19 anos conta atualmente com 11 idosos. O abrigo Lucas Zorn, mantido pela comunidade espírita cristã existente há 18 anos possui 19 idosos. O abrigo Joca Claudino fundado há 05 anos conta com 10 idosos.

Os dados foram coletados no mês de junho de 2015. Para seleção dos participantes, foram adotados os seguintes critérios de inclusão: adultos com mais de 60 anos de idade, de ambos os sexos, capacidade de diálogo mantida, e ser morador na instituição no momento da pesquisa há mais de três meses. Foram excluídos da amostra idosos não cadastrados como residentes nas instituições estudadas, possuir idade inferior a 60 anos ou se recusarem a participar da pesquisa.

Como procedimento para a coleta de dados foi utilizado a escala de Katz que apresenta um padrão para classificar as questões de que tratam a temática em questão, e por permitir verificar grau de capacidade funcional quanto a realização das atividades básicas e imprescindíveis a vida diária, como: tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro, realizar transferências, ter continência e alimentar-se. O Índice de Katz foi avaliado em primeiro momento, pelo autorrelato do paciente, onde, suas etapas, foram classificadas e analisadas de acordo com a ocorrência de suas respostas e características considerando a estruturação do conteúdo, e em segundo momento confrontando com os dados coletados a partir da observação participante. Esta última, a observação participante supõe a interação pesquisador/pesquisado. As respostas que são dadas às suas indagações, dependeram, ao final das contas, do seu comportamento e das relações que desenvolve com o grupo estudado (VALLADARES, 2007, pág. 154).

O índice de Katz, foi criado por Sidney Katz, em 1963, para avaliar a capacidade funcional do indivíduo idoso e ainda hoje é um dos instrumentos mais utilizados em estudos gerontológicos. A classificação final do Índice de Katz classifica o idoso em 6 categorias, a saber: grau A: independente nas 6 funções, grau B: independente em todas, exceto uma, grau C: dependente no banho e em outra função, grau D: dependente no banho, vestir e outra função, grau E: dependente no banho, vestir, higiene e outra função, grau F: dependente no banho, vestir-se, higiene, transferência e outra função, grau G: dependente em todas as 6 funções e Outro: dependente em pelo menos 2 funções, mas que não se classificam em C, D, E e F.

Os resultados foram processados e tabulados no programa SPSS® (Statistical Package for the Social Sciences) 16.0 for Windows®. Utilizou-se o teste Qui-quadrado para associação de variáveis, considerando o nível de significância de $p < 0,05$, afim de verificar a relação entre gênero, idade, dependência ou independência funcional dos idosos para a realização das ABVD, sendo considerado índice de confiança de 95%.

Após aprovação no Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG, sob o número 040096/2015, foi contatado o responsável por cada instituição para esclarecer sobre o estudo, e a partir de sua anuência, fez-se contato com os sujeitos alvo desta pesquisa, para apresentação dos objetivos, e solicitação de assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, garantido o sigilo em relação às informações obtidas sem influência do pesquisador e de maneira fácil e rápida, considerando todos os

aspectos éticos e legais, principalmente, os dispostos na resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012).

Nessa realidade percebeu-se que houve risco mínimo de constrangimento para os participantes, podendo gerar ansiedade no decorrer da avaliação funcional e para minimizar tais riscos, a pesquisa aconteceu pausadamente, respeitando o nível de ansiedade dos participantes.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

A população que residia nas instituições pesquisadas no período da coleta dos dados eram de 40 idosos, onde 11 foram excluídos do estudo por não se enquadrarem no processo de inclusão. Portanto, a mostra do estudo, constituiu-se de 29 idosos, dos quais, 03 (10,3%) residiam na Instituição A, 09 (31,0%) na Instituição B e 17 (58,6%) na Instituição C. A idade dos idosos variou entre 60 e 100 anos, sendo que 11 idosos (37,9%) possuíam mais de 80 anos, e apenas um indivíduo encontrava-se na faixa etária de 100 anos. A população era predominantemente feminina, com 20 idosas (68,96%). A média e a mediana foram 79,69 e 79,0 respectivamente.

Tabela I- Distribuição de idosos residentes em Instituições de Longa Permanência quanto a faixa etária. Cajazeiras, PB, 2015.

Instituição	Sexo	Nº Idosos	% de Nº total	Média	Mediana	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
A	Feminino	3	10,3%	74,67	77,00	11,676	62	85
	Total	3	10,3%	74,67	77,00	11,676	62	85
B	Masculino	4	13,8%	72,75	73,50	8,655	63	81
	Feminino	5	17,2%	86,20	86,00	4,438	81	92
	Total	9	31,0%	80,22	81,00	9,391	63	92
C	Masculino	5	17,2%	77,80	76,00	4,550	73	85
	Feminino	12	41,4%	81,33	81,00	11,873	60	107
	Total	17	58,6%	80,29	79,00	10,239	60	107
Total	Masculino	9	31,0%	75,56	76,00	6,747	63	85
	Feminino	20	69,0%	81,55	83,00	10,645	60	107
	Total	29	100,0%	79,69	79,00	9,893	60	107

Fonte: Pesquisa de Campo, Cajazeiras - PB, 2015.

No presente estudo foi detectado uma prevalência de faixas etárias mais elevadas, em consonância com pesquisas realizadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), que demonstraram um crescimento acelerado da população brasileira acima dos 80 anos (IBGE, 2010). Os resultados apontam para o aumento da ocorrência de dependência importante com o aumento da idade. A partir dos 80 anos, mesmo com um envelhecimento saudável, espera-se algum grau de comprometimento fisiológico na capacidade funcional

desses idosos. Entretanto, a frequência e intensidade deste comprometimento são muito variadas. (COSTA, NAKATANI, BACHION, 2006).

Para muitos idosos, infelizmente, esse aumento da longevidade vem acompanhado de um declínio do estado de saúde, com presença de doenças crônicas, perda da independência e autonomia, onde com o avançar da idade, as perdas funcionais tornam-se evidentes e o idoso deixa de realizar atividades básicas da vida diária, diminuindo assim sua capacidade funcional (ALENCAR, BRUK, PEREIRA, CAMARA, ALMEIDA, 2012).

A medida que o ser humano envelhece, muitas tarefas do cotidiano, consideradas como "banais" e, de fácil execução, vão paulatinamente e muitas vezes de forma imperceptível, tornando-se cada vez mais difíceis de serem realizadas, até o momento que o indivíduo percebe que já depende de outra pessoa para tomar um banho, por exemplo. (ARAÚJO, CEOLIM, 2007).

Comparando o perfil epidemiológico dos idosos institucionalizados, observou-se a predominância do sexo feminino. Tais resultados eram esperados diante do processo de feminização do envelhecimento, confirmando que a expectativa de vida da população mundial ao nascimento é extensiva a ambos os sexos, mas não ocorre de modo uniforme. O processo de feminização é resultado da maior expectativa de vida das mulheres que, em média, vivem 8 anos a mais que os homens (VERAS, 2009). A institucionalização parece ser em grande medida uma questão feminina, constatada também em outros estudos, que revelam ter ocorrido um acentuado aumento nas taxas de institucionalização de idosas (ARAÚJO, CEOLIM, 2007, MARINHO LM, VIEIRA, COSTA, ANDRADE, 2013)

No Brasil, de acordo com o último censo demográfico, a proporção de idosos do sexo masculino com idade igual ou maior que 60 anos era aproximadamente 20% menor que o sexo feminino, resultando em uma razão de sexo de 80,1 homens para cada 100 mulheres. Esta constatação se relaciona com a sobremortalidade masculina presente em quase todos os grupos etários, fazendo com que um quantitativo menor de homens atinja a velhice (IBGE, 2010). Dhall, Larrat e Lapane (2002) estimam que a frequência de mulheres nas ILPIs pode chegar a ser até três vezes maior do que a dos homens.

De acordo com Bandeira, Melo e Pinheiro (2010) este fato decorre de diferenças sociais e ocupacionais, com destaque para as mortes violentas (assassinatos e acidentes), cujas vítimas, quando jovens e adultas, são homens em mais de 90% dos casos. Em contrapartida,

as mulheres procuram os serviços de saúde com mais frequência ao longo da vida e são mais atentas ao aparecimento de sinais e sintomas (LEBRÃO, 2007).

5.2 AVALIAÇÃO FUNCIONAL QUANTO A REALIZAÇÃO DE ATIVIDADES BÁSICAS.

A avaliação funcional fornece dados objetivos que podem indicar declínio futuro ou melhoria do estado de saúde, sendo um aspecto importante na avaliação do estado de saúde dos idosos (SHELKEY, WALLACE, 2012). A funcionalidade para as ABVD avaliada por meio do índice de Katz, mostrou que 03 idosos (10,3%) foram classificados como Independentes, sendo assim definidos os que eram capazes de realizar atividades sem qualquer auxílio e 26 (89,65%) foram classificados como dependentes, ou seja, precisam de auxílio total ou parcial para a realização das ABVD.

Tabela II- Distribuição de idosos, segundo a capacidade de execução nas atividades básicas da vida diária que apresentam dependência. Cajazeiras - PB, 2015.

Atividade	Nº de Idosos	Porcentagem
Banho	22	75,8
Vestir	19	65,5
Ir ao banheiro	14	48,2
Transferência	20	68,9
Continência	11	37,9
Alimentação	8	27,6

Fonte: Pesquisa de Campo, Cajazeiras - PB, 2015.

A Tabela II apresenta a dependência de idosos institucionalizados em relação às seis Atividades da Vida Diária, relativas ao autocuidado. As atividades relacionadas ao banho (75,8%; n=22) transferência (68,9% n= 20) vestir-se (65,5% n=19) e ir ao banheiro (48,2% n= 14) foram as que os idosos tiveram menor capacidade de execução. Em contrapartida, os resultados mostraram que os idosos apresentam melhor capacidade de execução nas atividades de Continência (37,9%; n=11) e alimentação (27,6% n=8) com uma menor quantidade de idosos dependentes.

A avaliação dos itens presentes no Índice de KATZ mostra que as atividades relacionadas ao banho, transferência, vestir-se e ir ao banheiro ficaram comprometidas para um número significativo de idosos entrevistados. A dependência para essas atividades gera uma grande repercussão.

No que concerne ao banho, 75,8% (n=22) de idosos apresentavam dependência. Aratani et al. (2006) colocam o reajuste postural, encontrado na maioria dos idosos, como um fator importante para determinar a incapacidade em banhar-se, pois muitos idosos apresentam alteração somatossensorial, levando a uma maior dificuldade em se equilibrar e controlar os movimentos necessários para a realização da função. O banho é considerado uma função culturalmente aprendida, que tem significado diferente de acordo com a época e a sociedade estudada, e por ser uma das funções mais complexas tende a declinar primeiro. (CHAIMOWICZ,2009).

Na atividade de transferência 68,9% (n= 20) de idosos possuem alguma dependência. Isso indica que o idoso, nessa situação, acaba sendo dependente em outras atividades. A perda de mobilidade e inatividade física pode ampliar em duas vezes o risco de morte (ARAÚJO, CEOLIM, 2007). A dependência para a transferência pode ser causada pela falta de atividade, mudanças de hábitos, consumo de drogas psicoativas, consumo de medicamentos, situações de enfermidades, preocupações e tristezas (SILVA, LOPES, ARAÚJO, MORAES, 2006). A dependência observada no domínio de transferência pode estar relacionada à falta de orientação dos profissionais envolvidos e às restrições do próprio ambiente, como a ausência de vasos sanitários adaptados e barras nos banheiros. Um ambiente projetado tanto favorece um aumento da capacidade funcional, como previne acidentes (MARINHO, VIEIRA, COSTA, ANDRADE, 2013).

No item vestir-se 65,5% (n=19) de idosos necessitam de algum tipo de auxílio. Araújo e Bachion (2005) destaca a complexidade de vestir-se, uma vez que para se vestir é necessária

muita coordenação, destreza, equilíbrio, amplitude de movimento e força muscular. Esses atributos estão geralmente afetados pelo envelhecimento do sistema músculo-esquelético, que por vezes, apresentam dificuldade em realizar tal ação.

Acerca dos componentes continência 37,9% (n=11) ir ao banheiro 48,2% (n= 14) de idosos, necessitavam de auxílio. Um dos fatores que causam vários problemas ao idoso, como demonstra na literatura, atribui a essa situação o surgimento de alterações psicológicas, de relacionamento pessoal, social e sexual, bem como de alterações físicas e econômicas, que influenciam negativamente na qualidade de vida da pessoa idosa (TAVARES, PEREIRA, IWAMOTO, MIRANZZI, RODRIGUES, MACHADO, 2007). A continência, depende não só da integridade anatômica do trato urinário inferior e dos mecanismos fisiológicos envolvidos na estocagem e eliminação da urina, como também da capacidade cognitiva, mobilidade, destreza manual e motivação para ir ao banheiro (OLIVEIRA, GORETTI, PEREIRA, 2006). Considera-se que a demora do idoso em aceitar que outro faça sua higiene íntima pode propiciar o aparecimento de úlceras de pressão, de infecções genitais e outros agravos à saúde (DANILOW ET AL, 2007).

A alimentação é uma tarefa de cunho de subsistência realizada quase automaticamente pelos pacientes, e é preservada até a fase final da vida. (MARINHO, VIEIRA, COSTA, ANDRADE, 2013). Os resultados indicam que essa função foi a mais preservada entre os idosos, onde apenas 27,6% (n=8) apresentavam dependência. Estudos realizados entre 2012 e 2014 se assemelham ao encontrado neste estudo, com a alimentação com menor índice de dependência. (ALENCAR, BRUK, PEREIRA, CAMARA, ALMEIDA 2012, CORDEIRO, CASTILLO, FREITAS, GONÇALVES, 2014).

A alta prevalência de dependência dos idosos institucionalizados traz consigo desafios para a sociedade, exigindo implementações de políticas públicas condizentes com a realidade das Instituições de Longa Permanência, assegurando uma melhor qualidade de vida aos idosos institucionalizados. É importante que o ambiente da instituição seja adequado para o idoso, devido à diminuição de sua capacidade adaptativa e que ao mesmo tempo ofereça estímulos e desafios de modo que isto propicie o desenvolvimento como formas de compensação.

5.3 GRAU DE CAPACIDADE FUNCIONAL SEGUNDO O ÍNDICE DE KATZ

O índice de Katz é um dos instrumentos mais adequados para avaliar o estado funcional como uma medida da capacidade para realização das ABVD. Esse instrumento foi desenvolvido na década de sessenta por Sidney Katz para avaliar a funcionalidade por meio da capacidade do indivíduo em executar seis funções: tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro, realizar transferência, ter continência e alimentar-se com base na necessidade ou não de auxílio para a realização dessas atividades.

As atividades da vida diária são elementos essenciais de auto-cuidado das pessoas idosas e a incapacidade de realizar de forma independente até mesmo uma atividade pode indicar a necessidade de assistência cotidiana. Desta forma, a diminuição da funcionalidade em idosos aumenta o risco para a institucionalização, além de estar associada à menor qualidade de vida nesta população (TAVARES; DIAS, 2012).

Tabela III- Distribuição de idosos de acordo com o índice de Katz

Válido	Nº Idosos	Porcentagem
A	3	10,3
B	5	17,2
C	4	13,8
D	1	3,4
F	6	20,7
G	5	17,2
Outro	5	17,2
Total	29	100,0

Fonte: Pesquisa de Campo, Cajazeiras - PB, 2015.

De acordo com a classificação do índice de KATZ, dos 29 idosos entrevistados 03 (10,3%) idosos foram classificados como sendo grau A, ou seja, não necessitavam de nenhum tipo de auxílio para a realização das atividades básicas. No que diz ao grau B foram classificados 5 (17,2%) idosos que necessitavam de auxílio em uma única função. A função mais dependente correspondia ao banho. Quanto ao grau C, 04 (13,8%) idosos foram classificados como independentes para realizar quatro funções, exceto banhar-se e outra função adicional. Uma menor prevalência encontrada foi ao grau D com 01(3,4%) idoso classificado, onde este era independente para realizar 03 funções, exceto para banhar-se,

vestir-se e outra função a mais. Quanto ao grau E, nenhum idoso foi classificado. O grau de maior prevalência encontrado foi o grau F, onde 06 (20,7%) idosos possuíam dependência para banhar-se, vestir-se, usar o sanitário, mobilizar-se e outra função adicional. Ao Grau G, 05 (17,2%) idosos possuíam dependência total para realizar as seis funções. Foram classificados como OUTRO 05 (17,2%) idosos por serem dependentes para realizar pelo menos duas funções, mas que não foi possível classificá-los em C, D, E e F.

Neste estudo, constatou-se que dentre os 29 idosos entrevistados 26 (89,65%) foram classificados como dependentes, onde necessitavam de auxílio total ou parcial para a realização das atividades correspondendo ao banho, como a função mais prejudicada com 75,8% (n=22). O alto índice de dependência é resultado da concepção de que o idoso é um ser desprovido de autonomia e dependente em virtude das alterações decorrentes do envelhecimento e das doenças associadas. (SMANIOTO, HADDAD, 2011).

Segundo Caldas (2003), a dependência não é um estado permanente, mas um processo dinâmico, cuja evolução pode ser modificada, prevenida e/ou reduzida. Tal evolução nesse processo sugere a existência de profissionais qualificados e comprometidos com a assistência ao idoso.

A dificuldade ou incapacidade do idoso em realizar as atividades básicas de vida diária está associada ao aumento do risco de mortalidade, hospitalização, necessidade de cuidados prolongados e elevado custo para os serviços de saúde. (CORDEIRO, CASTILLO, FREITAS, GONÇALVES, 2014). Em geral, quanto maior o número de dificuldades que uma pessoa tem com as ABVD, mais severa é a sua incapacidade (ALVES et al., 2007). Mesmo que o idoso seja independente, quando institucionalizado, pode desenvolver diferentes graus de dependência devido à sua dificuldade em aceitar e adaptar-se às novas condições de vida e à falta de motivação e de encorajamento que são muito comuns no ambiente asilar (ARAÚJO, CEOLIM, 2007).

Este fenômeno de perda de função, sem intervenções adequadas, acarreta limitações que levam a perda da qualidade de vida. Os idosos necessitam de atenção especial à saúde para prevenção de doenças em estágios iniciais e acompanhamentos regulares, com o intuito de retardar o processo de deterioração e de perda de capacidades funcionais (PAPALÉO NETTO, 2002).

Desta forma, conhecer o grau de dependência desses idosos, torna-se necessário, relevante e diretamente associado a qualidade de vida do idoso. A alta prevalência de dependência entre os idosos requer das Instituições de Longa Permanência um maior investimento em recursos humanos, de forma que garanta atenção interdisciplinar voltada para a promoção da saúde e prevenção da incapacidade funcional. (MARINHO, VIEIRA, COSTA, ANDRADE, 2013).

Uma das formas de propiciar maior autonomia e estimular maior independência em idosos institucionalizados é capacitando os funcionários que trabalham com esta população. As instituições têm um papel fundamental na evolução do grau de dependência do idoso, podendo este ser fator de piora, quando se limita as atividades e os estímulos fornecidos. Manter os idosos independentes funcionalmente é o primeiro passo para se atingir uma melhor qualidade de vida. Para tanto, é necessário, o planejamento de programas para a eliminação de fatores de riscos relacionados com a incapacidade funcional e a elaboração ações voltadas para promoção da saúde, prevenção de doenças, recuperação e reabilitação. Envelhecer é um privilégio para todos aqueles que alcançam esta etapa da vida.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A avaliação da capacidade funcional pode ser usada como um indicador de saúde para a população idosa. A capacidade de realizar as ABVD refletem um nível básico de autonomia e independência no que diz respeito ao autocuidado e conseqüentemente na qualidade de vida dessa população.

No presente estudo pode-se perceber que as condições de vida dos idosos residentes em ILPIs, variaram entre a independência, dependência parcial e dependência total para a realização das atividades de vida diária. Grande parte dos idosos entrevistados apresentaram algum tipo de dependência, surgindo a necessidade do auxílio de um cuidador ou profissional.

Os profissionais que atuam diretamente na saúde dos idosos e os auxiliam em suas atividades são de fundamental importância no ambiente das instituições de longa permanência. É necessário que haja um maior investimento em programas de suporte para os idosos como também para os cuidadores, garantindo qualidade nos serviços prestados. A população brasileira exige mais profissionais especializados e preparados para atender a crescente demanda da população idosa, principalmente para aqueles mais fragilizados e dependentes.

Um ponto que deve ser discutido de modo crítico, é a busca pela autonomia e independência desses idosos o que pode ser implementado como uma política de promoção da saúde. Muitos idosos, e até mesmo a sociedade externa a esses ambientes vêem a institucionalização como a falta de liberdade, abandono familiar e aproximação da morte. Contudo, deve-se considerar que a ILPI cumpre papel de oferecer abrigo e assistência aos idosos mais necessitados e que embora alguns idosos estejam institucionalizados sem o seu próprio consentimento, se faz necessário considerar que outros escolheram aquele ambiente como opção de moradia por motivos dos mais diversos, e que os maiores argumentos para esta escolha está na possibilidade de uma velhice mais tranqüila, harmoniosa com sua faixa etária, com cuidados especializados, entre outros. Então, não é o ambiente que determina as suas limitações do cotidiano, e sim, a própria idade e suas possíveis limitações, que podem acontecer em qualquer ambiente.

Para minimizar as consequências de um envelhecimento com restrições físicas e funcionais, é necessário que ações educativas aos profissionais e aos idosos com o intuito de

manter o máximo da funcionalidade, traçando objetivos para a promoção da saúde, prevenção de doenças e reabilitação dos idosos que venham ter sua capacidade funcional comprometida. Estas intervenções melhoram a qualidade de vida do idoso institucionalizado e os preparam para essa nova etapa da vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALVES L.C ET AL. Influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo. *Cad. Saúde Pública*. São Paulo, Brasil; v.23 n. 8. p. 1924-1930, 2007.
- ALENCAR MA, BRUCK NNS, PEREIRA BC, CÂMARA TMM, ALMEIDA RDS. Perfil dos idosos residentes em uma instituição de longa permanência. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2012;15(4):785-96.
- ARAÚJO, M.O.P.H., CEOLIM, M. F. Avaliação do grau de independência de idosos residentes em instituições de longa permanência. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 41 n.8, p. 378-385, 2007.
- ARAÚJO, J. D. Polarização epidemiológica no Brasil. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, v. 21, n. 4, p. 533-538, 2012. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?pid=S167949742012000400002&script=sci_arttext>. Acesso em: 27 Jun. 2015.
- ARATANI, M. C. *et al.*, Quais atividades diárias provocam maior dificuldade para idosos vestibulopatas crônicos? *Revista Acta ORL*, São Paulo, v. 24, p.18-24, 2006.
- ÁVILA A.H, GUERRA M, MENESES M. P .R. Se o velho é o outro, quem sou eu? A construção da auto-imagem na velhice. *Pensamento Psicológico*. v. 3, n. 8, p. 7-18, 2007.
- _____. BRASIL. *Estatuto do idoso*: lei federal nº 10.741, de 01 de outubro de 2003. Brasília, DF: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2004.
- _____. BRASIL. *Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências*. Brasília: 1994.
- _____. BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (IBGE) . *Censo Demográfico*: 2010. Departamento de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro; 2010.
- _____. BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão de Ética e Pesquisa - CONEP. *Resolução nº 466/2012 sobre pesquisa envolvendo seres humanos*. Brasília. Ministério da Saúde, 2012.
- BANDEIRA, L; MELO, H. P; PINHEIRO, L. S. “*Mulheres em dados: o que informa a PNAD/IBGE*”, 2008. In: Observatório Brasil da Igualdade de Gênero, julho, 2010, p. 107.119
- BRUM AKR, TOCANTINS FR, SILVA TJES. O enfermeiro como instrumento de ação no cuidar do idoso. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2005 nov/dez; 13(6): 1019-26.
- BORN, T. O cuidador familiar da pessoa idosa. In T. Born (Ed.). Cuidar melhor e evitar a violência: *Manual do cuidador da pessoa idosa*. Brasília, DF: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, Subsecretaria de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos, p. 59-63, 2008.

BRUNS M.A.T; DEL-MASSO, M.C.S. *Envelhecimento Humano*. Diferentes Expectativas. Campinas, São Paulo, Editora Alínea, v.1, p. 15, 2007.

CALDAS CP. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. *Cad Saúde Pública*. Rio de Janeiro. v.19 n.3 pág. 773-781, 2003.

COSTA EC, NAKATANI AY, BACHION MM. Capacidade de idosos da comunidade para desenvolver atividades de vida diária e atividades instrumentais de vida diária. *Acta Paul Enferm*. 2006;19(1):43-35.

CORDEIRO J, CASTILLO BLD, FREITAS CS, GONÇALVES MP, 2014. Efeitos da atividade física na memória declarativa, capacidade funcional e qualidade de vida em idosos. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol*. Rio de Janeiro, 2014; 17(3):541-552.

CARVALHO FILHO E.T.; PAPALÉO NETTO, M. *Geriatría: fundamentos, clínica e terapêutica*. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2006.

CHAIMOWICZ F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. *Revista de Saúde Pública*, v. 31, n. 2, p. 184-200, 2009.

COSTA, E.F.A. *Análise de soroprevalência para as infecções pelos vírus das hepatites B e C em idosos residentes em asilos no município de Goiânia (GO)*. 2004. 149 f. Goiânia. Dissertação (Programa de mestrado em medicina tropical. Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública) - Universidade de Goiás, 2004.

DANILOW M.Z, et al. Perfil epidemiológico, sociodemográfico e psicossocial de idosos institucionalizados do Distrito Federal. *Comum Cienc Saúde*, 2007. v.18 n.1, pág. 9-16.

DHALL, J.; LARRAT, E.P.; LAPANE, K.L. Use of potentially inappropriate drugs in nursing homes. *Pharmacotherapy*. v.22, n.01, p :88-96. 2002.

FREITAS, A. V. S, NORONHA, C. V. (2010). *Idosos em instituições de longa permanência: Falando de cuidado*. Interface: Comunicação, Saúde, Educação, 14(33), 359-369.

GIL, A.C. *Métodos e técnicas em pesquisa social*. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008. 197p.

GUIMARÃES NF. *Percepção da imagem corporal relacionado a fatores de envelhecimento*. Trabalho de conclusão de curso- Universidade Estadual da Paraíba, 2014, 23p.

JESUS ET AL. Cuidado sistematizado a idosos com afecção demencial residentes em instituição de longa permanência. *Rev Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre (RS), v. 31, n. 2, p. 285-92, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rngenf/v31n2/12.pdf>>. Acesso em: 27 jun. 2015.

KATZ S, FORD AB, MOSKOWITZ RW, JACKSON BA, JAFFE MW. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA*. 1963; 185(12):914-919.

LEBRÃO, M. L. O envelhecimento no Brasil: Aspectos da transição demográfica e epidemiológica. *Re. Saúde Coletiva*, v. 4, n. 17, p. 135-140, 2007. Disponível em: <<http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/pessoaidosa/EnvelhecimentoBrasil-Transicao-MLLebrao-SaudeColetiva2007.pdf>> Acesso em: 19 jun 2015.

MARINHO LM, VIEIRA MA, COSTA SM, ANDRADE JMO. Grau de dependência de idosos residentes em instituições de longa permanência. *Rev Gaúcha Enferm.* 2013;34(1):104-110.

MARIANA AA, NATÁLIA NSB, BRÍGIDA CP, TÂNIA MMC, ROBERTO DSA. Perfil dos idosos residentes em uma instituição de longa permanência. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, Rio de Janeiro, 2012; 15(4):785-796

MARCONI, M. A; LAKATOS, E. M. *Metodologia científica*. Atlas, São Paulo, 5ed. pág. 284, 2010.

MAZO, G.Z., LOPES, M.A. e BENEDETTI, T.B. *Atividade física e o idoso: concepção gerontológica*. 2ª ed. Porto Alegre: Sulina, 2004.

MARIN MJS, MIRANDA FA, FABRI D, TINELLI LP, STORNIOLLO LV. Compreendendo a História de Vida de idosos institucionalizados. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, Rio de Janeiro, 2012; 15(1):147-154

MINAYO MCS. O Envelhecimento da População Brasileira e os Desafios para o Setor Saúde. *Cad. Saúde Pública*. São Paulo; v.28 n. 2 pág. 208-209, 2012.

NUNES, L.A. Institucionalização do idoso. SEPP – Coordenadoria do Idoso. *Caderno de Saúde Pública*, São Paulo. v.19, n.3, p.783-791, 2003.

OLIVEIRA DLC, GORETTI, LC, PEREIRA LSM. *Performance in Daily Living Activities and Mobility Among Institutionalized Elderly People With Cognitive Impairments: pilot study*. São Carlos, Rev. Bras. Fisioter. 2006;10(1): 91-96.

PAPALÉO NETTO, Matheus. *Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo: Atheneu, 2002.

RAMOS LR. A mudança do Paradigma na Saúde e o Conceito de Capacidade Funcional. In: Cendorolo MS, Ramos LR. Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar da Unifesp: *Geriatría e Gerontologia*. São Paulo: Manole, 2011.

RAMOS LR, ANDREONI S, COELHO-FILHO JM ET AL. Perguntas mínimas para rastrear dependência em atividades da vida diária em idosos. *Rev. saúde pública*. 2013;47(3):506-513. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102013000300506&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 27 Jun. 2015.

RAPPAPORT, L. *Personality Development: The Chronology of Experience*, Glenview, Illinois, Scott, Foresman and Company, 1972.

RICHARDSON, Roberto Jarry. *Pesquisa social: métodos e técnicas*. São Paulo: Atlas, 3 ed. pág.70, 1999.

SILVA MJ, LOPES MVO, ARAÚJO MFM, MORAES GLA. Avaliação do grau de dependência nas atividades de vida diária em idosos da cidade de Fortaleza - Ceará. *Acta Paul Enferm* 2006;19(2):201-6.

SILVA C.A, CARVALHO, L.S; SANTOS A.C.P. O, MENEZES, M.R. Vivendo após a morte de amigos: história oral de idosos. *Texto contexto - enfermagem*, Florianópolis v.16, nº1, p.97-104, 2007.

SOUSA MBS. *Os significados construídos por cuidadores que trabalham em uma instituição de longa permanência a respeito do cuidado ao idoso*. Tese (doutorado) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Instituto de Geriatria e Gerontologia. Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica. Porto Alegre, 2014.

SHELKEY, M.; WALLACE, M. Katz Index of Independence in Activities of Daily Living (ADL). *Try this: Best Practices in Nursing Care to Older Adults, New York*, v. 2, 2012. Disponível em: <http://consultgerirn.org/uploads/File/trythis/try_this_2.pdf>. Acesso em: 19 jun 2015.

SMANIOTO FN, HADDAD MCF. Índice de Katz aplicado a idosos institucionalizados. *Rev Rene*, Fortaleza, 2011 jan/mar; 12(1):18-23.

TAVARES DMS, PEREIRA GA, IWAMOTO HH, MIRANZZI SSC, RODRIGUES LR, MACHADO ARM. Incapacidade funcional entre idosos residentes em um município do interior de Minas Gerais. *Texto & Contexto Enferm*. 2007;16(1):32-9.

TAVARES, D. M. S.; DIAS, F. A. Capacidade funcional, morbidades e qualidade de vida de idosos. *Texto Contexto Enferm.*, Florianópolis, v. 21, n. 1, p. 112-20, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n1/a13v21n1.pdf>>. Acesso em: 19 jun 2015.

VALCARENGHI, R.V.; SANTOS, S.S.C.; BARLEM, E. L. D. ; PELZER, M. T.; GOMES, G. C.; LANGE, C. Alterações na Funcionalidade/Cognição e Depressão em Idosos Institucionalizados Que Sofreram Quedas. *Revista Acta Paulista de Enfermagem*, v. 24, n.6, p. 828-33, 2011.

VERAS R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev Saude Publica*. 2009;43(3):548-54.DOI:10.1590/S0034 89102009005000025

VALLADARES, Licia. *Os dez mandamentos da observação participante*. *Rev. bras. Ci. Soc.* [online]. 2007, vol.22, n.63, pp. 153-155. ISSN 0102-6909.

VILELA, A. B. A.; CARVALHO, P. A. L. ARAÚJO, R. T. Envelhecimento bem sucedido: representação de idosos. *Revista Saúde Com*. v. 2, n. 2, p. 101-114, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Envelhecimento ativo: Uma política de Saúde*. Tradução: Susana Gontijo. Brasília; Organização Pan Americana da Saúde, 2005.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Instrumento de Coleta de Dados



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES – CFP
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM - UAENF
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

ÍNDICE DE KATZ

NOME: IDADE:: SEXO:	DATA DA AVALIAÇÃO: ___/___/___	
Para cada área de funcionamento listada abaixo assinale a descrição que melhor se aplica. A palavra “assistência” significa supervisão, orientação ou auxílio pessoal.		
Banho - banho de leito, banheira ou chuveiro.		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não recebe assistência (entra e sai da banheira sozinho e se essa é usualmente utilizada para banho).	Recebe assistência no banho somente uma parte do corpo (como costas ou uma perna).	Recebe assistência no banho em mais de uma parte do corpo.
Vestir – pega a roupa do armário e veste, incluindo roupas íntimas, roupas externas e fechos e cintos (caso use)		

()	()	()
Pega as roupas e se veste completamente sem assistência.	Pega as roupas e se veste sem assistência, exceto para amarrar os sapatos.	Recebe assistência para pegar as roupas ou para vestir-se ou permanece parcial ou totalmente despido.
Ir ao banheiro – dirigi-se ao banheiro para urinar ou evacuar: faz sua higiene e se veste após as eliminações		
()	()	()
Vai ao banheiro, higieniza-se e se veste após as eliminações sem assistência (pode utilizar objetos de apoio como bengala, andador, barras de apoio ou cadeira de rodas e pode utilizar comadre ou urinol à noite esvaziando por si mesmo pela manhã).	Recebe assistência para ir ao banheiro ou para higienizar-se ou para vestir-se após as eliminações ou para usar urinol ou comadre à noite.	Não vai ao banheiro para urinar ou evacuar.
Transferência		
()	()	()
Deita-se e levanta-se da cama ou da cadeira sem assistência (pode utilizar um objeto de apoio como bengala ou andador).	Deita-se e levanta-se da cama ou da cadeira com auxílio.	Não sai da cama.
Continência		
()	()	()
Tem controle sobre as funções de urinar e evacuar.	Tem “acidentes” ocasionais *acidentes = perdas urinárias ou fecais.	Supervisão para controlar urina e fezes, utiliza cateterismo ou é incontinente.
Alimentação		

()	()	()
Alimenta-se sem assistência.	Alimenta-se sem assistência, exceto para cortar ou passar manteiga no pão.	Recebe assistência para se alimentar ou é alimentado parcial ou totalmente por sonda enteral ou parenteral.

A - Independente para comer, ser continente, mobilizar-se, usar o sanitário, vestir-se e banhar-se.

B - Independente para realizar todas estas funções, exceto uma.

C - Independente para realizar todas as funções, exceto banhar-se e outra função adicional.

D - Independente para realizar todas as funções, exceto para banhar-se, vestir-se e outra função adicional.

E - Independente para realizar todas as funções, exceto banhar-se, vestir-se, usar o sanitário.

F - Independente para realizar todas as funções, exceto banhar-se, vestir-se, usar o sanitário, mobilizar-se e outra função adicional.

G - Dependente para realizar as seis funções.

Outro - Dependente para realizar pelo menos duas funções, mas não pode ser classificado em C, D, E e F.

Classificação: _____.

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES – CFP
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM - UAENF
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Meu nome é Karina Soares de Araújo, sou Acadêmica do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande e Sr. está sendo convidado, como voluntário, à participar da pesquisa intitulada “***CAPACIDADE FUNCIONAL EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS***”.

JUSTIFICATIVA, OBJETIVOS E PROCEDIMENTOS: O motivo que nos leva a estudar sobre a saúde do Idoso que está vivendo em ILPs é estimular reflexão sobre a Capacidade Funcional de Idosos Institucionalizados. O presente estudo justifica-se pelo interesse do pesquisador na área de Saúde do Idoso, a partir de uma reflexão crítica sobre o grau de capacidade funcional de idosos residentes em ILPs. O objetivo dessa pesquisa é avaliar a capacidade física e funcional na realização de Atividades Básicas da Vida Diária (AVD), em idosos institucionalizados. Os procedimentos de coleta de dados serão realizados da seguinte forma: Os dados serão coletados no mês de junho de 2015, após um contato prévio com os idosos que se enquadrarem no objetivo do estudo e após consentimento para a entrevista será marcado uma data e horário para a pesquisadora nas referidas instituições. Como procedimento para a coleta de dados será utilizado a escala de Katz que apresenta um padrão numérico para classificar as questões de que tratam a temática em questão, e por permitir verificar grau de capacidade funcional quanto a realização das atividades básicas e imprescindíveis a vida diária, como: tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro, realizar transferências, ter continência e alimentar-se. Com a finalidade de trabalharmos dentro de uma ética estabelecida para a pesquisa, o sujeito da pesquisa tomará ciência dos princípios

éticos quais sejam: autonomia, beneficência, não-maleficiência e confidencialidade e, que regerão sua participação.

DESCONFORTOS, RISCOS E BENEFÍCIOS: Na realização dessa pesquisa não existe riscos físicos, entretanto, pode gerar ansiedade por parte dos participantes no decorrer da avaliação funcional. Como benefícios podemos caracterizar, mensurar e explicar os perfis dos idosos residentes em ILPIs, identificar problemas, estabelecer prioridades e formular estratégias de promoção, prevenção e controle de danos à saúde.

FORMA DE ACOMPANHAMENTO E ASSISTÊNCIA: A participação do Sr. nessa pesquisa não implica necessidade de acompanhamento e/ou assistência posterior, tendo em vista que se trata de uma pesquisa composta por questionário contendo respostas sobre avaliação da capacidade funcional.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTO, LIBERDADE DE RECUSA E GARANTIA DE SIGILO: O Sr. será esclarecido sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. O Sr. é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de prestação de serviços. Os pesquisadores irão tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa permanecerão confidenciais podendo ser utilizados apenas para a execução dessa pesquisa. Você não será citado nominalmente ou por qualquer outro meio, que o identifique individualmente, em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Uma cópia deste consentimento informado, assinada pelo Sr. na última folha e rubricado nas demais, ficará sob a responsabilidade do pesquisador responsável e outra será fornecida ao Sr.

CUSTOS DA PARTICIPAÇÃO, RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO POR EVENTUAIS DANOS: A participação no estudo não acarretará custos para o Sr. e não será disponível nenhuma compensação financeira adicional. Não é previsível dano decorrente dessa pesquisa ao Sr., e caso haja algum, não haverá nenhum tipo de indenização prevista.

DECLARAÇÃO DO PARTICIPANTE OU DO RESPONSÁVEL PELO PARTICIPANTE: Eu, _____, fui informada dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci todas minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e desistir de participar da pesquisa se assim o desejar. A pesquisadora Karina Soares de Araújo

certificou-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais, no que se refere a minha identificação individualizada, e deverão ser tornados públicos através de algum meio. Ela compromete-se, também, seguir os padrões éticos definidos na Resolução CNS 466/12. Também sei que em caso de dúvidas poderei contatar a estudante Karina Soares de Araújo através do Email: karinasoaresaraujo2013@gmail.com ou a professora orientadora Anubes Pereira de Castro através do Email:Anubes@bol.com.br. Além disso, fui informado que em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo poderei consultar o Comitê de Ética em Pesquisa.

Nome	Assinatura do Participante da Pesquisa	/ /
Nome	Assinatura do Pesquisador	/ /

APÊNDICE C – Termo de Compromisso e Responsabilidade do Pesquisador Responsável

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE DO PESQUISADOR
RESPONSÁVEL**

Eu, Anúbes Pereira de Castro, professor (a) da Universidade Federal de Campina Grande, responsabilizo-me pela orientação Karina Soares de Araújo, discente do curso de graduação em enfermagem, assegurando que não haverá desistência de minha parte que acarrete em prejuízo para o término das atividades desenvolvidas no trabalho de conclusão de curso – TCC pelo (a) discente.

Declaro estar ciente e comprometo-me em assegurar que sejam cumpridos os preceitos éticos previsto na resolução 466/12 do conselho Nacional de saúde e demais documentos complementares.

Responsabilizo-me, também, pelo cumprimento da Resolução 01/2009 do Colegiado do Curso de Enfermagem, pelos prazos estipulados junto à disciplina TCC, e pelo zelo com o projeto de pesquisa no sentido de manutenção da privacidade e sigilo das informações, resguardo da segurança e bem estar dos participantes nela recrutados, pelo resultado obtido e posterior divulgação no meio acadêmico e científico, pela comunicação ao comitê de ética sobre qualquer alteração no projeto ou ocorrência de eventos adversos que impliquem no cancelamento da pesquisa, bem com arquivamento durante 5 (cinco) anos, após o término da pesquisa, de uma das vias do termo de consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) assinado por cada participante recrutado, durante a execução da mesma.

Cajazeiras-PB, 14 de outubro de 2014.

Prof. Dr. ANÚBES PEREIRA DE CASTRO

APÊNDICE D – Termo de Compromisso e Responsabilidade do Pesquisador Participante

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE DO PESQUISADOR
PARTICIPANTE**

Eu, Karina Soares de Araújo, aluna do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, responsabilizo-me junto com meu orientador (a), Anúbes Pereira de Castro a desenvolver projeto de pesquisa para conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem seguindo a Resolução 01/2009 do Colegiado do Curso de Enfermagem e a seguir os prazos estipulados na disciplina TCC; comprometo-me ainda em assegurar que sejam cumpridos os preceitos éticos previsto na resolução 466\12 do conselho Nacional de saúde e demais documentos complementares.

Responsabilizo-me, também, pelo zelo com o meu projeto de pesquisa, pelo fiel cumprimento das orientações sugeridas pelo meu orientador, nas atividades de pesquisa, e, junto com ele, pelos resultados da pesquisa, para posterior divulgação no meio acadêmico ou científico.

Cajazeiras-PB, 14 de outubro de 2014.

Karina Soares de Araújo

211120058