



## Artigo Original

# INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS: AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE ACESSIBILIDADE E DA FUNCIONALIDADE DOS IDOSOS.

## *INSTITUTION FOR THE AGED: ASSESSING THE CONDITIONS OF ACCESSIBILITY AND FUNCTIONALITY OF THE ELDERLY.*

### **Resumo**

Raphaella Lomanto Santos de Almeida<sup>1</sup>  
Helena França Correia dos Reis<sup>1</sup>  
Kionna Oliveira Bernardes Santos<sup>1</sup>  
Daniel Dominguez Ferraz<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidade Federal da Bahia  
Salvador – Bahia – Brasil

E-mail: danieldf@ufba.br

O objetivo do estudo foi verificar a capacidade para realizar as Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD) de idosos residentes numa Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI) e o seu nível de acessibilidade. Trata-se de um estudo do tipo observacional, descritivo, de corte transversal. O nível de independência para as ABVD foi avaliado pelo Índice de Barthel e o grau de acessibilidade da ILPI foi verificado através de um checklist, baseado na Norma Brasileira (NBR) 9050/2004, da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT). Dos 62 idosos que participaram do estudo, 64,5% apresentaram algum grau de dependência funcional. Destaca-se o índice de dependência funcional para as atividades realizadas no banheiro entre os idosos cadeirantes. A estrutura física avaliada não segue totalmente as normas técnicas estabelecidas pela NBR 9050, apresentando divergências principalmente nos parâmetros dos quartos, banheiros e escadas. Ainda que grande parte dos idosos institucionalizados apresente idades avançadas e maior vulnerabilidade funcional, o nível de acessibilidade arquitetônica da ILPI ainda é insuficiente. Quartos e banheiros são os locais com maior déficit de acessibilidade e também maior prevalência de quedas entre os idosos residentes. Um bom nível de acessibilidade em ILPI, pode ser um fator importante na melhora do nível de independência para as atividades cotidianas e na prevenção do risco de quedas.

**Palavras-chave:** Idoso; Instituição de Longa Permanência para Idosos; Atividades Cotidianas; Estruturas de acesso.

### **Abstract**

The study aim was to assess the capacity to undertake the Basic Activities of Daily Living (BADL) of elderly residents of an Institution for the Aged (IA) and their level of accessibility. This is an observational, descriptive, cross-sectional study. The level of independence for BADL was assessed by the Barthel Index and the degree of accessibility of IA was verified through a check-list, based on the Brazilian Standard (NBR) 9050/2004, the Brazilian Association of Technical Standards (ABNT). Of the 62 seniors who

participated in the study, 64.5% had some degree of functional dependence. Noteworthy the level of functional dependency for activities undertaken in the bathroom among elderly on wheelchair. The assessed physical structure does not fully follow the technical standards established by NBR 9050, with differences mainly in the parameters of bedrooms, bathrooms and stairs. Although much of the institutionalized elderly presenting advanced and most functional vulnerability ages, level of IA architectural accessibility is still insufficient. Rooms and bathrooms are the places with the highest deficit of accessibility and also higher prevalence of falls among the elderly residents. A good level of accessibility in IA, can be an important factor in improving the level of independence for everyday activities and to prevent the risk of falls.

**Key words:** Aged; Homes for the Aged; Activities of Daily Living; Architectural Accessibility.

## Introdução

Envelhecer envolve uma complexidade de fatores de ordem biológica, psicológica e social. A diminuição das habilidades físicas é inevitável e o idoso tem sua agilidade comprometida, para a realização de suas tarefas rotineiras<sup>1</sup>.

Dados da Organização das Nações Unidas estimam que a população mundial em 2050 seja composta por 9,6 bilhões de habitantes, sendo 21% deste total indivíduos idosos<sup>2,3</sup>. No Brasil, pessoas com 60 anos ou mais de idade em 2011, representavam 12,1% da população brasileira, crescendo 0,5% em 2012<sup>4</sup>. A população baiana também envelhecerá, pois segundo informações da Superintendência de Estudos Econômicos e Sociais da Bahia estima-se que a população idosa alcance, em 2030, uma porcentagem de 16,7% dos 16,2 milhões de baianos<sup>5</sup>.

Esse envelhecimento torna a população mais susceptível à incapacidade funcional para realizar as ABVD e as Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD). O processo de envelhecimento pode interferir diretamente nas habilidades funcionais da pessoa, muitas vezes gerando incapacidades<sup>6</sup>. O idoso passa a apresentar uma maior dificuldade na manutenção de sua autonomia e independência funcional para as ações do dia a dia.

A dependência funcional se contrasta com o ritmo acelerado da sociedade atual, dificultando a atenção e os cuidados adequados para atender as necessidades do idoso por parte de seus familiares<sup>7</sup>. A falta de familiares, a carência de tempo da família, a impossibilidade financeira de um cuidador são fatores que levam os idosos às ILPI, anteriormente denominadas de asilos<sup>8</sup>.

Segundo a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, as ILPI são instituições mantidas por órgãos governamentais e não governamentais destinadas a propiciar atenção integral em caráter residencial com condições de liberdade e dignidade, cujo público alvo são pessoas acima de 60 anos, com ou sem suporte familiar<sup>9</sup>.

Para que os residentes das ILPI possam dispor de certa independência, gerindo seu próprio cuidar, é necessário que o ambiente em que residam seja acessível, adequado e sem a presença de barreiras arquitetônicas<sup>10</sup>.

Segundo a NBR 9050 da ABNT, a acessibilidade é a possibilidade e a condição de alcance, percepção e entendimento para a utilização com segurança e autonomia de edificações, espaço, mobiliário, equipamento urbano e elementos<sup>11</sup>. Um ambiente adaptado e sem barreiras arquitetônicas é um importante fator de prevenção de acidentes e facilitador da funcionalidade.

Contudo, torna-se fundamental conhecer o nível de acessibilidade das diferentes áreas comuns aos idosos residentes em uma ILPI. Essas informações serão importantes na elaboração de medidas que visem proporcionar uma maior independência e autonomia a essa população e diminuir possíveis fatores de risco de acidentes por quedas. Assim, o objetivo do estudo é verificar a capacidade funcional para realizar as ABVD de idosos residentes em uma ILPI e o seu nível de acessibilidade.

## Métodos

Trata-se de um estudo do tipo observacional, descritivo, de corte transversal. A coleta de dados foi realizada numa ILPI em Salvador, Bahia, no período entre março a maio de 2014. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia com o parecer 503.006. Todos os participantes ou seu responsável leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Todos os residentes da ILPI, que cumpriam os critérios de inclusão e exclusão, participaram do estudo. Como critérios de inclusão aplicaram-se: possuir idade igual ou superior a 60 anos, concordar em participar do estudo voluntariamente, ler e assinar o TCLE. Os critérios de exclusão foram: estar acamado e não concordar em assinar o TCLE.

Foi utilizada uma Ficha de Registro de Dados para coletar informações pessoais dos idosos como nome, sexo, idade, data de nascimento, naturalidade, escolaridade, informações sobre a presença de doença e uso de medicamentos.

Para avaliar a capacidade funcional dos participantes foi utilizado o Índice de Barthel. Esta escala avalia o nível de independência do indivíduo para a realização das ABVD. A pontuação da escala varia de 0-100, com intervalos de 5 pontos. A pontuação mínima de zero corresponde à dependência total para a realização das atividades avaliadas, sendo considerados independentes os indivíduos com pontuação maior ou igual a 90<sup>12</sup>.

A análise foi realizada tomando como referência os parâmetros técnicos dos seguintes itens: pisos, desníveis, capachos, forrações, carpetes, tapetes, rampas, degraus e escadas fixas em rotas acessíveis, corrimãos, elevadores, corredores, portas, barras de apoio, bacia sanitária, chuveiro, ducha, lavatório e mobiliário. Foram calculadas as medidas de tendência central e dispersão para as variáveis quantitativas e as frequências absoluta e relativa para as qualitativas. Os dados foram tabulados em planilhas específicas do *Microsoft Excel*®.

A acessibilidade foi avaliada utilizando um check-list, elaborado pelos autores, baseado na NBR 9050/2004 da ABNT. Todos os ambientes internos de circulação dos residentes foram analisados com o objetivo de saber se cumpriam com o estabelecido nas normas. Foram avaliados os seguintes locais: estacionamento, entrada principal de acesso ao centro, corredores, sala de descanso e ócio, banheiros, quartos e refeitório.

## Resultados

Participaram do estudo 62 idosos com idade média de  $81,85 \pm 8,82$  anos, a maioria mulheres, de origem do interior na Bahia e da cidade de Salvador, com baixo nível de escolaridade (Tabela 1).

**Tabela 1:** Características Sociodemográficas dos idosos institucionalizados. Salvador, Bahia. 2014.

| Variáveis             | n  | %    |
|-----------------------|----|------|
| <b>Sexo</b>           |    |      |
| Feminino              | 50 | 80,6 |
| Masculino             | 12 | 19,4 |
| <b>Faixa etária</b>   |    |      |
| 60 - 70 anos          | 6  | 9,7  |
| 71 - 80 anos          | 20 | 32,3 |
| 81 - 90 anos          | 24 | 38,7 |
| 91 anos e mais        | 11 | 17,7 |
| Não sabe              | 1  | 1,6  |
| <b>Escolaridade</b>   |    |      |
| Analfabeto            | 16 | 25,8 |
| 1 a 3 anos de estudo  | 5  | 8,1  |
| 4 a 7 anos de estudo  | 29 | 46,8 |
| Mais de 7 anos estudo | 8  | 12,9 |
| Não sabe              | 4  | 6,4  |
| <b>Naturalidade</b>   |    |      |
| Salvador              | 27 | 48,4 |
| Interior              | 30 | 43,6 |
| Outro estado          | 4  | 6,4  |
| Não sabe              | 1  | 1,6  |

A maioria dos participantes possuía uma ou mais enfermidades, sendo a hipertensão arterial sistêmica a mais prevalente (Gráfico 1). Em relação ao nível de independência funcional para as ABVD, 16,1% dos idosos eram dependentes totais, 14,5% dependentes graves, 12,9% dependentes moderados, 21% dependentes leves e 35,5% independentes.

**Gráfico 1:** Distribuição dos Dados de Saúde dos idosos. Salvador, Bahia, 2014.

Distribuição dos dados de saúde dos idosos.

Salvador, Bahia, 2014

As atividades as quais os idosos apresentavam maior independência foram o controle de esfínteres e a alimentação (Tabela 2).

**Tabela 2:** Distribuição da capacidade dos idosos realizarem as ABVD. Salvador, Bahia, 2014.

| Variáveis              | n  | %     |
|------------------------|----|-------|
| <b>Alimentação</b>     |    |       |
| Incapaz                | 7  | 11,3  |
| Precisa de ajuda       | 14 | 22,6  |
| Independente           | 41 | 66,1* |
| <b>Banho</b>           |    |       |
| Dependente             | 30 | 48,4  |
| Independente           | 32 | 51,6  |
| <b>Higiene pessoal</b> |    |       |
| Dependente             | 23 | 37,1  |
| Independente           | 39 | 62,9  |
| <b>Vestir-se</b>       |    |       |
| Incapaz                | 17 | 27,4  |
| Dependente             | 10 | 16,1  |
| Independente           | 35 | 56,5  |
| <b>Evacuar</b>         |    |       |
| Incontinente           | 12 | 19,4  |
| Acidente ocasional     | 03 | 4,8   |
| Continente             | 47 | 75,8* |
| <b>Urinar</b>          |    |       |
| Incontinente           | 14 | 22,6  |
| Acidente ocasional     | 03 | 4,8   |
| Continente             | 45 | 72,6* |
| <b>Uso do banheiro</b> |    |       |

|                          |    |      |
|--------------------------|----|------|
| Incapaz                  | 20 | 32,3 |
| Dependente               | 05 | 8,1  |
| Independente             | 37 | 59,7 |
| <b>Transferências</b>    |    |      |
| Incapaz                  | 7  | 11,3 |
| Grande ajuda             | 14 | 22,6 |
| Leve ajuda               | 3  | 4,8  |
| Independente             | 38 | 61,3 |
| <b>Deambulação</b>       |    |      |
| Imóvel ou < 50m          | 33 | 53,2 |
| Deambula cadeira de roda | 02 | 3,2  |
| Deambula independente    | 27 | 43,5 |
| <b>Escadas</b>           |    |      |
| Incapaz                  | 27 | 43,5 |
| Dependente               | 07 | 11,3 |
| Independente             | 28 | 45,2 |

Dos 62 idosos, 22 eram cadeirantes e suas atividades de maior dependência funcional foram as transferências e a deambulação (90,1%), o banho (81,8%) e o uso do banheiro (72,7%).

Ao analisar a acessibilidade da ILPI, nas áreas de acesso de circulação, observou-se a presença de piso regular, firme e presença de tapetes. Os parâmetros que divergiam do estabelecido pela NR 9050 foram: a inclinação da rampa, a largura da escada, a altura e a largura dos degraus, a altura e a largura dos corrimãos, a largura dos corredores e portas e a altura das maçanetas.

A ILPI possuía um elevador que respeitava as dimensões estabelecidas pela NR 9050.

**Tabela 3:** Acessos e circulações da ILPI que não estão de acordo com a norma. Salvador, Bahia, 2014.

| Variáveis           | Valor coletado                 | Valor exigido       |
|---------------------|--------------------------------|---------------------|
| <b>RAMPA</b>        |                                |                     |
| Inclinação          | 3,60%                          | 5,00 a 8,33%        |
| <b>ESCADA</b>       |                                |                     |
| Largura da escada   | 1,11m                          | 1,20 a 1,50m        |
| Altura dos degraus  | 0,105m; 0,145m; 0,15m; 0,185m  | 0,16 a 0,18m        |
| Largura dos degraus | 0,25m; 0,405m; 0,415m          | 0,28 a 0,32m        |
| <b>CORRIMÕES</b>    |                                |                     |
| Altura do chão      | 0,80m; 0,83m; 0,86m; 0,94m; 1m | 0,70 e 0,92m        |
| Largura 1           | 0,05m; 0,06m                   | 0,03 a 0,045m       |
| <b>CORREDORES</b>   |                                |                     |
| Largura             | 0,73m                          | Mínimo 0,90 a 1,20m |
| <b>PORTAS</b>       |                                |                     |
| Largura             | 0,70m                          | Mínimo 0,80m        |
| Maçaneta            | 1,16m                          | 0,90 a 1,10m        |

Os banheiros possuíam portas sanfonadas, pisos com superfície regular, firme, estável e antiderrapante, sem inclinação transversal ou longitudinal. Havia barras de apoio, porém não em todos os pontos exigidos. A instalação das bacias sanitárias não proporcionava áreas de transferência lateral, perpendicular e longitudinal, devido à falta de barras de apoio e às dimensões insuficientes. O boxe para o chuveiro possuía barras horizontais, lateral e frontal, e não possuía porta e banco fixado à parede.

Os lavatórios possuíam área de aproximação frontal em conformidade com a NBR 9050, porém apresentavam uma altura superior à altura padrão. Os sifões e a tubulação também não estavam todos situados conforme a norma. Os lavatórios não estavam suspensos, não possuíam barras de apoio, as torneiras eram acionadas por pressão e apresentavam fechamento automático.

**Tabela 4:** Parâmetros dos sanitários da ILPI que não estão conforme a norma. Salvador, Bahia, 2014.

| Variáveis                       | Valor coletado                              | Valor exigido       |
|---------------------------------|---|---------------------|
| <b>BARRAS DE APOIO</b>          |   |                     |
| Diâmetro                        | 0,025m                                      | 0,03 a 0,045m       |
| <b>BACIA SANITÁRIA</b>          |   |                     |
| Altura barra de apoio           | 0,60m                                       | 0,75m               |
| Comprimento barra de apoio      | 0,70m                                       | Mínimo 0,80m        |
| Altura bacia sem assento        | 0,38m                                       | 0,43 a 0,45m        |
| Altura bacia com assento        | 0,40m                                       | Máximo 0,46m        |
| <b>CHUVEIRO</b>                 |   |                     |
| Dimensões do boxe               | 1,08 x 0,92m; 1,10 x 0,91m;<br>1,12 x 0,91m | Mínimo 0,90 x 0,95m |
| Altura barra horizontal lateral | 0,80m; 0,81m; 0,90m                         | 0,75m               |
| Altura barra horizontal frontal | 1,00m; 1,10m                                | 0,75m               |
| <b>LAVATÓRIO</b>                |   |                     |
| Altura lavatório                | 0,89m, 0,90m                                | 0,78 a 0,80m        |
| Distância sifão da face         | 0,23m                                       | Mínimo 0,25m        |

Em relação aos mobiliários, a ILPI possuía dois bebedouros cuja bica apresentava uma altura de 0,90m. As mesas obedeciam uma altura mínima de 0,73m. A área de aproximação frontal permitia um avanço sob a mesa de no máximo 0,50m e possuía uma faixa livre de circulação de 1,00m, respeitando à medida mínima estabelecida de 0,90m.

Nos quartos, a altura das camas era superior em 0,01m à estabelecida pelas normas e a distância frontal e paralela entre as camas, em alguns quartos, era inferior em 0,10m ao estabelecido. Apenas dois quartos apresentavam uma área com diâmetro de acordo com o estabelecido pela NR 9050, de no mínimo 1,50m, possibilitando giros de 360° da cadeira de rodas.

## Discussão

O quarto e o banheiro foram os locais com menor nível de acessibilidade na ILPI estudada. A independência funcional de idosos institucionalizados e o

risco de acidentes por queda podem ter relação com um baixo nível de acessibilidade arquitetônica.

Uma maior prevalência de idosos institucionalizados do sexo feminino foi observada no estudo atual e em outras pesquisas realizadas no Brasil<sup>13,14,15</sup>. Este dado pode ser explicado devido a uma maior expectativa de vida do sexo feminino na população brasileira<sup>16</sup>.

A faixa etária dos residentes mais prevalente, igual ou superior a 80 anos, corrobora com a de outras ILPI em Ribeirão Preto, Juiz de Fora e João Pessoa<sup>17,18,19</sup>. Esse incremento da idade atua, frequentemente, sobre a capacidade funcional de forma negativa, pois cada ano de vida é acompanhado por restrição progressiva das habilidades naturais<sup>20</sup>.

A baixa escolaridade da população estudada colabora com outros estudos realizados no Brasil. Do total de idosos residentes em uma ILPI na cidade de São Paulo, 33% não sabiam ler e escrever e 47% estudaram menos de 4 anos<sup>21</sup>, já em Itaúna, 55% eram analfabetos<sup>22</sup>. Esse baixo nível de escolaridade encontrado em idosos institucionalizados é reflexo de uma herança de décadas passadas, onde o trabalho braçal para os homens e o doméstico para as mulheres eram mais importantes que a formação intelectual<sup>23</sup>.

A hipertensão arterial sistêmica aparece, também em outros estudos, como a doença crônica mais frequente em idosos institucionalizados<sup>23,24</sup>. Em relação ao nível de independência funcional para a realização das ABVD, outras pesquisas apresentaram resultados semelhantes, pois a maioria dos participantes possuía algum grau de dependência<sup>25,26</sup>. O motivo desse alto índice de idosos dependentes para as ABVD pode estar relacionado à idade avançada e ao declínio natural proporcionado pelo processo de envelhecimento<sup>27,28</sup>.

A presença de um considerável número de idosos cadeirantes na ILPI estudada, também pode ter contribuído ao elevado nível de dependência funcional dessa população. Pode-se observar que os cadeirantes eram dependentes em atividades básicas que exigiam um maior esforço físico e um ambiente acessível. O banheiro é um exemplo, pois a presença de barras de apoio, a altura da bacia sanitária e as corretas dimensões do espaço físico são essenciais para que indivíduos cadeirantes com potenciais e idosos mais frágeis possam ser independentes em atividades cotidianas.

Um ambiente acessível é um fator facilitador para que idosos com déficits motores possam alcançar a independência funcional para as ABVD com mais segurança, facilitando o deslocamento e ajudando a prevenir acidentes, especialmente as quedas<sup>29</sup>.

Fatores naturais do próprio processo de envelhecimento aumentam o risco de cair entre os idosos. Essas características somadas a um ambiente pouco acessível, com presença de barreiras, aumentam ainda mais as chances do idoso sofrer quedas, o que pode gerar impacto negativo na capacidade funcional dessa população<sup>30</sup>.

Cerca de 30% dos idosos que vivem em comunidade caem, como mínimo, uma vez ao ano. Essa prevalência aumenta para 60-75% entre os idosos institucionalizados, devido à maior fragilidade dessa população<sup>31</sup>. As

quedas em idosos institucionalizados são mais comuns dentro do ambiente físico da ILPI (62,3%)<sup>32</sup>.

O quarto e o banheiro respectivamente são os locais com maior frequência de quedas entre os idosos institucionalizados<sup>32,33,34</sup>. A elevada ocorrência desses acidentes pode ser explicada pelo intenso uso desses locais e o baixo nível de acessibilidade do espaço<sup>33,34</sup>. Esse déficit de acessibilidade dificulta o deslocamento adequado e aumenta o risco de acidentes que, muitas vezes, podem ocasionar consequências graves para a funcionalidade dos idosos<sup>33,34</sup>.

Os quartos avaliados não estavam totalmente em conformidade com as normas de acessibilidade. As distâncias frontal e paralela entre as camas, quando reduzidas, são barreiras importantes para a realização de giros pelos cadeirantes, dificultando a circulação com autonomia e independência tanto dos usuários de cadeiras de rodas como dos idosos com mobilidade reduzida. Em outro estudo<sup>35</sup>, pode-se observar resultados diferentes em relação à acessibilidade, uma vez que os quartos apresentavam amplitudes adequadas e distâncias suficientes entre as camas permitindo a mobilização dos idosos.

No estudo atual, foram encontrados déficits de acessibilidade por toda a estrutura física da ILPI utilizada pelos residentes. Essa falta de acessibilidade pode gerar desconforto e insegurança, tornando-se essencial a realização de ajustes que estimulem a autonomia e a independência do seus usuários sem proporcionar risco à saúde.

As escadas da ILPI estudada não possuíam dimensões constantes e seus parâmetros não estavam de acordo com a norma. Essas alterações podem causar desconforto e insegurança aos idosos, dificultando seu direito de ir e vir e aumentando o risco de quedas. Esse local também aparece como um dos mais comuns em relação à ocorrência de quedas em idosos institucionalizados<sup>32</sup>. Outra medida importante para evitar as escadas é o uso de elevadores. O elevador da ILPI avaliada obedecia os principais parâmetros estipulados pela norma. Dessa forma, a circulação dos idosos pelos diferentes andares da ILPI estava garantida de forma segura. Este sistema de acessibilidade era indispensável, pois permitia a inclusão e a participação de idosos cadeirantes e com outras limitações nos eventos sociais desenvolvidos na Instituição.

Os corredores aparecem como terceiro local onde mais acontecem quedas em idosos institucionalizados<sup>34</sup>. Na ILPI avaliada a grande maioria dos corredores estavam conforme a NBR 9050, facilitando a deambulação dos residentes de forma segura.

As informações obtidas nesse estudo possibilitam discussões sobre a saúde e o bem estar dos idosos institucionalizados, pois uma ILPI com bons níveis de acessibilidade pode prevenir quedas e potencializar a capacidade funcional dos seus residentes.

A dificuldade e a não autorização, por parte das administrações das ILPI, para a realização de pesquisa científica e a escassez de estudos sobre o tema foram algumas das limitações e dificuldades do estudo.

Embora a população mais prevalente nas ILPI brasileiras sejam idosos com idade avançada e maior vulnerabilidade funcional, devido ao declínio

natural do envelhecimento e às condições de saúde, o nível de acessibilidade arquitetônica ainda é insuficiente.

Um bom nível de acessibilidade de uma ILPI, pode ser um fator importante na melhora do nível de independência funcional para as atividades cotidianas dos idosos residentes, principalmente na população idosa mais frágil e cadeirante.

Estudos mostram uma maior prevalência de quedas de idosos institucionalizados em quartos e banheiros, cômodos que mais apresentam problemas de acessibilidade.

Novos estudos são necessários para o melhor conhecimento do perfil dos idosos institucionalizados, suas potencialidades funcionais, bem como a contribuição de um ambiente acessível na prevenção de quedas, na autonomia e independência dessa população.

## Referências Bibliográficas

1. Silveira LS. Instituições de Longa Permanência para Idosos do Recôncavo Sul da Bahia. Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. [tese]. Cachoeira: Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Centro De Artes Humanidades e Letras; 2012.
2. Nações Unidas. Unfpa. Relatório: Perspectivas da População Mundial: Revisão de 2012. Brasil, 2012.
3. Nações Unidas. Centro de Informação das Nações Unidas em Portugal. Segunda Assembleia Geral sobre o Envelhecimento. Madrid, 2002.
4. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas. Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil, 2000. Rio de Janeiro, 2002.
5. Superintendência de Estudos Econômicos e Sociais da Bahia (SEI). Projeções Demográficas para a Bahia 2010-2030. Bahia, 2013.
6. Ramos LR. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. Cad Saúde Pública 2003 Jun;19(3):793-7.
7. Carvalho MPRS, Dias MO. Adaptação dos Idosos Institucionalizados. Millenium 2011; 40:161-84.
8. Corrêa JC, et al. Envelhecimento e Percepção Corporal de Idosos Institucionalizados. Rev Bras Geriatr Gerontol 2012; 15(1):63-8.
9. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Diário Oficial da União. Resolução da Diretoria Colegiada nº 283 2005; 26 set.
10. Ely VHMB, Dorneles VG. Acessibilidade espacial do idoso no espaço livre urbano. XIV Congresso Brasileiro de Ergonomia; 2006; Curitiba. Paraná: ABERGO; 2006.
11. Associação Brasileira de Normas Técnicas NBR 9050:2004. Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos. Rio de Janeiro, 2004.
12. Araújo F, et al. Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. Revista Portuguesa de Saúde Pública 2007 jul-dez; 25(2).
13. Fochat RC, et al. Perfil de utilização de medicamentos por idosos frágeis institucionalizados na Zona da Mata Mineira, Brasil. Rev Ciênc Farm Básica Apl 2012; 33(3):447-54.
14. Souza CC, et al. Mobilidade funcional em idosos institucionalizados e não institucionalizados. Rev Bras Geriatr Gerontol 2013; 16(2):285-93.

15. Oliveira PB, Tavares DMS. Condições de saúde de idosos residentes em Instituição de Longa Permanência segundo necessidades humanas básicas. *Rev Bras Enferm.* 2014 Abr; 67(2):241-6.
16. Lima LCV, Bueno CMLB. Envelhecimento e Gênero: A Vulnerabilidade de Idosas no Brasil. *Revista Saúde e Pesquisa* 2009 mai-ago; 2(2): 273-80.
17. Pelegrin AKAP, et al. Idosos de uma Instituição de Longa Permanência de Ribeirão Preto: níveis de capacidade funcional. *Arq Ciênc Saúde* 2008 out-dez;15(4):182-8.
18. Fochat RC, et al. Perfil sociodemográfico de idosos frágeis institucionalizados em Juiz de Fora - Minas Gerais. *Rev APS.* 2012 abr-jun; 15(2): 178-84.
19. Lima CLJ. Perfil sociodemográfico e clínico de idosos institucionalizados. *Rev enferm UFPE* 2013 out; 7(10):6027-34.
20. Ávila JAF, Gray KD, Payette H. Medición de las capacidades físicas de adultos mayores de Quebec: un análisis secundario del estudio NuAge. *Salud pública Méx* 2006 dez; 48(6):446-54.
21. Marques MR, Cereda CR, Mariko NM. Capacidade Funcional: estudo prospectivo em idosos residentes em uma instituição de longa permanência. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2010 ago; 13(2):203-14.
22. Lisboa CR, Chianca TCM. Perfil epidemiológico, clínico e de independência funcional de uma população idosa institucionalizada. *Rev Bras Enferm* 2012 Jun; 65(3):482-8.
23. Aires M, Paz AA, Perosa CT. Situação de saúde e grau de dependência de pessoas idosas institucionalizadas. *Rev Gaúcha Enferm* 2009 Set; 30(3):492-9.
24. Borges CL, et al. Avaliação da fragilidade de idosos institucionalizados. *Acta Paul Enferm.* 2013; 26(4):318-322.
25. Dantas CMHL, et al. Capacidade funcional de idosos com doenças crônicas residentes em Instituições de Longa Permanência. *Rev Bras Enferm.* 2013 dez; 66(6):914-20.
26. Marinho LM, et al. Grau de dependência de idosos residentes em instituições de longa permanência. *Rev Gaúcha Enferm* 2013;34(1):104-10.
27. Fuente SMM. Et al. La dependencia funcional del anciano institucionalizado valorada mediante el índice de Barthel. *Gerokomos* 2012 Mar; 23(1):19-22.
28. Polaro SHI, et al. Idosos residentes em instituições de longa permanência para idosos da região metropolitana de Belém-PA. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2012 Dez;15(4):777-84.
29. Fernandes JCFA. Abordagem da Ergonomia para a análise da acessibilidade de uma Instituição de Longa Permanência para Idosos da Cidade de Natal-RN. [tese]. Natal: Centro de Tecnologia, Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2012.
30. Feliciani AM, Santos SSC, Valcarengui RV. Funcionalidade e quedas em idosos institucionalizados: Propostas de ações de Enfermagem. *Cogitare Enferm* 2011 out-dez; 16(4):615-21.
31. Hofmann MT, et al. Decreasing the Incidence of Falls in the Nursing Home in a Cost-Conscious Environment: a pilot study. *J Am Med Dir Assoc* 2003; 4(2):95-7.
32. Gonçalves LG, et al. Prevalência de quedas em idosos asilados do município de Rio Grande, RS. *Rev Saúde Pública* 2008; 42(5):938-45.
33. Álvares LM, Lima RC, Silva RA. Ocorrência de quedas em idosos residentes em instituições de longa permanência em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2010 Jan; 26(1):31-40.
34. Ferreira DCO, Yoshitome AY. Prevalência e características das quedas de idosos institucionalizados. *Rev Bras Enferm* 2010 nov-dez; 63(6):991-7.

35. Vieira ZN, Carréra M. Análise Da Arquitetura Inclusiva nas Instituições de Longa Permanência em Recife – PE. Architecton - Revista de Arquitetura e Urbanismo 2013; 3(4): 104-30.

---

**Endereço para correspondência**

Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Bahia, Av. Reitor Miguel Calmon s/n – Vale do Canela  
Salvador, Bahia, Brasil  
CEP: 40110-100

Recebido em 04/10/2014

Aprovado em 26/05/2015