



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CAMPUS UNIVERSITÁRIO PROFESSOR ANTÔNIO GARCIA FILHO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS APLICADAS À SAÚDE

ELLEN GABRIELLE ARAUJO DE FARIAS

**PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO, COGNITIVO, FUNCIONAL E
EMOCIONAL DE PESSOAS IDOSAS RESIDENTES EM DUAS
INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA DE ARACAJU- SE**

Lagarto - SE

2026

ELLEN GABRIELLE ARAUJO DE FARIAS

**PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO, COGNITIVO, FUNCIONAL E
EMOCIONAL DE PESSOAS IDOSAS RESIDENTES EM DUAS
INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA DE ARACAJU- SE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Aplicadas à Saúde da Universidade Federal de Sergipe como requisito à obtenção do grau de Mestre em Ciências Aplicadas à Saúde.

Orientadora: Prof.^a. Dr.^a. Lavínia Teixeira-Machado

Lagarto - SE

2026

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA DO CAMPUS DE LAGARTO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE**

F224p Farias, Ellen Gabrielle Araujo de.
Perfil sociodemográfico, cognitivo, funcional e emocional de
pessoas idosas residentes em duas instituições de longa permanência
de Aracaju-SE / Ellen Gabrielle Araujo de Farias ; orientadora
Lavínia Teixeira-Machado. – Lagarto, SE, 2026.
55 f. : il.

Dissertação (mestrado em Ciências Aplicadas à Saúde) –
Universidade Federal de Sergipe, 2026.

1. Envelhecimento. 2. ILPIs. 3. Função Cognitiva. 4. Aspectos
Comportamentais. 5. Aspectos emocionais. I. Teixeira-Machado,
Lavínia, orient. II. Título.

CDU 616-053.9

RESUMO

Introdução: O envelhecimento populacional tem se intensificado em nível mundial, tornando imprescindível a atenção às características e necessidades das pessoas idosas. Nesse contexto, as Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) consolidam-se como uma alternativa de cuidado, oferecendo suporte coletivo, assistência social e cuidados em saúde. **Objetivo:** Descrever o perfil sociodemográfico, funcional, cognitivo e emocional de pessoas idosas institucionalizadas em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) no município de Aracaju, Sergipe. **Método:** Trata-se de um estudo observacional, de delineamento transversal, conduzido conforme as diretrizes do checklist *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE). A amostra foi composta por 35 pessoas idosas residentes em duas ILPIs filantrópicas localizadas em Aracaju-SE. A coleta de dados ocorreu entre agosto e outubro de 2025. Foram obtidos dados sociodemográficos por meio de ficha de avaliação e realizadas avaliações cognitivas, funcionais, emocionais e físicas, utilizando os seguintes instrumentos: Miniexame do Estado Mental (MEEM), Medida de Independência Funcional (MIF), *Timed Up and Go* (TUG), WHOQOL-OLD, WHODAS, Escala de Autoestima de Rosenberg, Escala de Bem-Estar Subjetivo, Escala de Coping Espiritual/Religioso, Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15), Inventário Geriátrico de Ansiedade, teste de sentar e levantar, teste de fluência verbal e teste de caminhada de seis minutos. Realizaram-se análise estatística descritiva, teste de Shapiro-Wilk e teste exato de Fisher para caracterização da amostra, comparação de variáveis e exploração de associações entre os instrumentos aplicados. **Resultados:** A maioria da amostra era do sexo feminino (76,5%), com idade entre 63 e 94 anos. O tempo de institucionalização variou de três meses a 16 anos, e a escolaridade predominante foi ensino fundamental completo (31,4%). Todos os participantes apresentaram pelo menos uma condição crônica, destacando-se hipertensão arterial (79,4%) e diabetes mellitus (38,2%). As médias obtidas foram: MEEM ($17,7 \pm 5,0$), GDS-15 ($5,2 \pm 2,9$), Inventário Geriátrico de Ansiedade ($7,3 \pm 6,9$), MIF ($109,5 \pm 25,0$) e TUG ($38,1 \pm 44,4$). **Conclusão:** A caracterização dessa população evidencia a coexistência de múltiplas condições crônicas, sintomas emocionais, diferentes níveis de dependência funcional e fragilidades cognitivas, que, de forma integrada, influenciam as experiências de vida e as necessidades de cuidado das pessoas idosas institucionalizadas. Conclui-se que o cuidado em ILPIs deve ser estruturado a partir de uma abordagem integral e transdisciplinar, contemplando estimulação cognitiva, prática regular de atividades físicas, suporte emocional, fortalecimento dos vínculos sociais e ações que promovam significado e propósito no cotidiano dos residentes, visando assegurar um processo de envelhecimento digno, ativo e humanizado.

Palavras-chave: Envelhecimento; ILPIs; Função Cognitiva; Aspectos Comportamentais; Aspectos emocionais.

ABSTRACT

Introduction: Population aging has intensified worldwide, making attention to the characteristics and needs of older adults essential. In this context, Long-Term Care Institutions for Older Adults (LTCIs) have become established as a care alternative, offering collective support, social assistance, and health care. **Objective:** To describe the sociodemographic, functional, cognitive, and emotional profile of institutionalized older adults living in Long-Term Care Institutions for Older Adults (LTCIs) in the municipality of Aracaju, Sergipe. **Method:** This is an observational, cross-sectional study conducted in accordance with the Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) checklist guidelines. The sample consisted of 35 older adults residing in two philanthropic LTCIs located in Aracaju, Sergipe. Data collection took place between August and October 2025. Sociodemographic data were obtained through an assessment form, and cognitive, functional, emotional, and physical assessments were performed using the following instruments: Mini-Mental State Examination (MMSE), Functional Independence Measure (FIM), Timed Up and Go (TUG), WHOQOL-OLD, WHODAS, Rosenberg Self-Esteem Scale, Subjective Well-Being Scale, Spiritual/Religious Coping Scale, Geriatric Depression Scale (GDS-15), Geriatric Anxiety Inventory, sit-to-stand test, verbal fluency test, and six-minute walk test. Descriptive statistical analysis, the Shapiro–Wilk test, and Fisher’s exact test were performed to characterize the sample, compare variables, and explore associations among the applied instruments. **Results:** The majority of the sample was female (76.5%), aged between 63 and 94 years. Length of institutionalization ranged from three months to 16 years, and the predominant level of education was completed elementary education (31.4%). All participants had at least one chronic condition, with arterial hypertension (79.4%) and diabetes mellitus (38.2%) being the most prevalent. The mean scores were: MMSE (17.7 ± 5.0), GDS-15 (5.2 ± 2.9), Geriatric Anxiety Inventory (7.3 ± 6.9), FIM (109.5 ± 25.0), and TUG (38.1 ± 44.4). **Conclusion:** The characterization of this population highlights the coexistence of multiple chronic conditions, emotional symptoms, varying levels of functional dependence, and cognitive frailties, which together influence the life experiences and care needs of institutionalized older adults. It is concluded that care in LTCIs should be structured based on a comprehensive and transdisciplinary approach, including cognitive stimulation, regular physical activity, emotional support, strengthening of social bonds, and actions that promote meaning and purpose in residents’ daily lives, aiming to ensure a dignified, active, and humanized aging process.

Keywords: Aging; LTCIs; Cognitive Function; Behavioral Aspects; Emotional Aspects.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ILPIs	Instituições de longa permanência para idosos
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
STROBE	<i>Strengthening the reporting of observational studies in epidemiology</i>
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
IMC	Índice de massa corporal
MEEM	Miniexame do estado mental
GDS	<i>Geriatric Depression Scale</i>
IGA	Inventário Geriátrico de Ansiedade
EBES	Escala de bem-estar subjetivo
CRE-breve	Escala de <i>Coping</i> religioso espiritual abreviada
QV	Qualidade de vida
MIF	Medida de independência funcional
WHODAS 2.0	Escala de avaliação de incapacidades da organização mundial de saúde
TUG-teste	<i>Timed Up and Go</i> teste
TC6	Teste de caminhada de seis minutos
TSL	Teste de sentar e levantar
WHOQoL-old	<i>World Health Organization Quality of Life- Old</i>

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Diagrama de fluxo de seleção dos participantes	18
Figura 2. Mapa mental sobre as análises bivariadas significativas relacionadas aos idosos institucionalizados.....	23
Figura 3. <i>Forest plot</i> dos coeficientes β (IC95%) do modelo de regressão linear múltipla para o desempenho cognitivo (MEEM) em idosos institucionalizados.....	25

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Dados sociodemográficos e de saúde dos idosos e características de sintomas cognitivos e funcionais dos idosos	20
Tabela 2 - Regressão Linear fluência verbal	26
Tabela 3 - Regressão Linear aspectos comportamentais	27
Tabela 4 - Regressão Linear funcionalidade	29
Tabela 5 - Regressão Linear qualidade de vida	29

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
2. OBJETIVOS	13
3. MÉTODO	14
3.1 Delineamento do estudo	14
3.2 Participantes e critérios de elegibilidade	14
3.3 Aspectos éticos	14
3.4 Cálculo do tamanho amostral	14
3.5 Instrumentos e coleta	14
3.6 Análise estatística e interpretação dos dados	18
4. RESULTADOS	20
5. DISCUSSÃO	32
6. IMPLICAÇÕES E LIMITAÇÕES	36
7. CONCLUSÃO	37
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	38
9. FINANCIAMENTO	39
REFERÊNCIAS.....	40
APÊNDICES	47
ANEXOS.....	53

1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional mundial tem se intensificado nos últimos anos. Em 2020, a população idosa com 60 anos ou mais ultrapassava um pouco mais de 1 bilhão de pessoas, o que representava aproximadamente 13,5% da população mundial da época. Estima-se que até 2030, uma em cada seis pessoas terá 60 anos ou mais, e até 2050 haja um aumento para 2,1 bilhões de pessoas idosas em todo mundo (OMS, 2020). Segundo o último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população idosa no Brasil teve um aumento de 56% entre 2010 e 2020, passando de 20,5 milhões para 32 milhões de pessoas idosas (IBGE, 2022).

Diante desse crescimento exponencial é vital direcionar a atenção para as características e necessidades dessa população. Tais números representam pessoas que contribuem diretamente para suas famílias e comunidades, sendo assim, precisam de cuidados e iniciativas que continuem promovendo suas habilidades, a fim de que possam desfrutar de um envelhecimento saudável (OMS, 2020). Para tanto, são indispensáveis à promoção de políticas públicas, o alinhamento dos sistemas de saúde e a criação de ambientes acolhedores e seguros, que visem atender qualquer necessidade específica que possa surgir, focando sempre na finalidade de “adicionar vida aos anos”, através da participação social, acesso a saúde de qualidade e estímulo a atividades que promovam autonomia (OPS, 2019).

Nesse contexto, as Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) têm se tornado cada vez mais uma alternativa segura e exequível para essa população. Caracterizam-se por serem, em sua maioria, entidades filantrópicas de caráter residencial, que prestam suporte coletivo e fornecem cuidados de saúde e de assistência social (Camarano; Kanso, 2010). No Brasil, essas instituições surgiram em razão da necessidade das comunidades, que decorreu do cenário em que os familiares esgotaram as possibilidades de prover o cuidado necessário ao seu familiar idoso, o que não implica necessariamente no rompimento dos laços familiares, visto que as ILPIs proporcionam um ambiente aberto para que ocorra a interação familiar (Camarano; Barbosa, 2016).

O perfil das pessoas idosas que residem nas ILPIs é diverso, já que muitas vezes eles já chegam nas instituições com uma certa fragilidade. Frequentemente, o ambiente institucional pode não oferecer os estímulos necessários para manter sua autonomia e prevenir qualquer declínio funcional que possa surgir, o que pode intensificar a

vulnerabilidade e fragilidade, com o avanço da idade, esses fatores contribuem para um cenário em que a própria institucionalização pode representar um risco para a funcionalidade dessa população (Camarano; Barbosa, 2016).

No estado de Sergipe, de acordo com a Secretaria de Assistência Social, Inclusão e Cidadania (Seasic), existem atualmente 25 ILPIs, grande parte delas no município de Aracaju, e de natureza filantrópica religiosa. O perfil predominante dos residentes é de mulheres, e a condição de vulnerabilidade desses idosos é multidimensional, abrangendo desde o alto índice de problemas de saúde e a ausência dos familiares, até a vulnerabilidade estrutural das próprias instituições (Sposato *et al.*, 2019).

Os sintomas de depressão e ansiedade estão presentes em grande parte da população que reside em ILPIs. O fato de deixar sua casa e não ter o controle sobre o ambiente em que se vive gera o sentimento de impotência, ocasionando na perda de prazer e interesse, o que afeta diretamente a sua capacidade física e cognitiva. A redução dos níveis de autoestima no contexto da institucionalização pode ser agravada por vários fatores, como a perda da conexão familiar, viuvez, falta de apoio social e diminuição da autonomia (Šare *et al.*, 2021; Tan *et al.*, 2023).

No geral, as pessoas idosas institucionalizadas apresentam um elevado nível de dependência, levando a sentimentos de fragilidade, perda da privacidade, tristeza e solidão, fatores diretamente associados a diminuição do bem-estar (Teixeira *et al.*, 2019). Com a institucionalização eles são obrigados a contar com um apoio mais formal, dos profissionais da instituição, o que leva ao enfraquecimento dos laços pessoais. A baixa oferta de atividades sociais nesses ambientes também afeta o senso de pertencimento dessas pessoas, gerando isolamento (Chen *et al.*, 2025).

No ambiente institucional a prática religiosa se mostra como um importante suporte para um direcionamento da vida, baseada na ideia da proteção divina e de um propósito maior, que lhes dá o encorajamento necessário para superar as dificuldades e problemas que surgem devido as suas inúmeras necessidades físicas e cognitivas (Scortegagna *et al.*, 2018). A oferta de práticas religiosas coletivas por parte das instituições pode ser utilizada como suporte social, pois gera interação a partir da expressão de compaixão e apoio uns para com os outros (Jadidi *et al.*, 2022).

A institucionalização tem impacto direto na funcionalidade, eles tendem a receber ajuda com mais frequência, e associado isso às condições clínicas preexistentes contribui para fragilidade e dependência na realização de atividades diárias. Estudos mostram que atividades como banhar-se, vestir-se e realizar higiene pessoal demandam maior auxílio, pois exigem locomoção e esforço físico, evidenciando a importância da promoção de atividades e exercícios que busquem reduzir os níveis de dependência nessa população (Dantas *et al.*, 2013; Gonçalves *et al.*, 2010; Costa *et al.*, 2021).

A participação social no ambiente institucional apresenta ligação direta com a qualidade de vida dessas pessoas, o que inclui a continuidade do vínculo familiar e a criação de novos laços dentro desse ambiente (Rugbeer *et al.*, 2017). A escassez na oferta de atividades físicas se mostra como um fator negativo, pois gera perda da funcionalidade, maior dependência e predisposição a doenças crônicas. A impossibilidade de realizar algumas atividades de forma independente, como ir ao banheiro e se alimentar, também estão relacionadas a níveis mais baixos de QV (Campos *et al.*, 2024).

A sarcopenia e fragilidade são condições de saúde associadas à institucionalização. A baixa oferta de atividades físicas leva à perda de massa magra e redução da força muscular, o que afeta diretamente a performance funcional dessa população (Dixe *et al.*, 2021). Alterações na marcha, equilíbrio e quedas estão associados ao declínio cognitivo, e o baixo desempenho das funções executivas leva à falta de atenção e planejamento motor. Após uma queda as pessoas idosas ficam apreensivas em realizar atividades que exijam deslocamento e força, e essa preocupação parte também dos cuidadores, levando a restrições nas atividades individuais e ocasionando um aumento da dependência e declínio da marcha (López-López *et al.*, 2024).

Diante disso, o presente estudo teve como objetivo descrever o perfil sociodemográfico, funcional, cognitivo e emocional dos idosos institucionalizados no município de Aracaju-SE, visando auxiliar no planejamento de ações de cuidado integral e contribuir para o preenchimento de lacunas na literatura científica sobre o tema.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Descrever o perfil sociodemográfico, funcional, cognitivo e emocional de pessoas idosas institucionalizadas em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) no município de Aracaju, Sergipe.

2.2 Objetivos específicos

Caracterizar o perfil sociodemográfico das pessoas idosas residentes em ILPIs, considerando sexo, idade, escolaridade, tempo de institucionalização e condições clínicas.

Avaliar pessoas idosas residentes em ILPIs nos seguintes parâmetros: (a) estado cognitivo, incluindo aspectos relacionados à memória, orientação e fluência verbal; (b) nível de independência funcional, mobilidade e desempenho físico por meio de instrumentos funcionais e testes físicos padronizados; (c) perfil emocional e psicológico, considerando níveis de depressão, ansiedade, autoestima, bem-estar subjetivo e estratégias de *coping* espiritual/religioso.

Explorar associações entre variáveis sociodemográficas, funcionais, cognitivas e emocionais, visando compreender fatores relacionados às necessidades de cuidado e à qualidade de vida das pessoas idosas residentes em ILPIs.

3. MÉTODO

3.1 Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo observacional, do tipo transversal, orientado pela as diretrizes do *checklist Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE) (Anexo A), foi conduzido na forma de piloto para avaliar a viabilidade dos instrumentos e da abordagem metodológica para essa população, e teve o objetivo de descrever o perfil sociodemográfico, funcional, cognitivo e emocional de pessoas idosas institucionalizadas em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) no município de Aracaju, Sergipe (Medronho, 2008). A pesquisa ocorreu em duas ILPIs, ambas de natureza filantrópica e localizadas no município de Aracaju-SE. A coleta ocorreu no período de agosto a outubro de 2025.

3.2 Participantes e critérios de elegibilidade

Foram incluídos na pesquisa pessoas idosas com idade igual ou superior a 60 anos, residentes das instituições mencionadas, e que consentiram em participar da pesquisa. Foram excluídos aqueles que não quiseram responder aos questionários ou apresentaram alterações cognitivas severas que os impossibilita de responder, pois poderia comprometer a compreensão das instruções, a execução adequada dos instrumentos, e consequentemente, a confiabilidade das respostas.

3.3 Aspectos éticos

O estudo recebeu aprovação do comitê de ética em pesquisa da Universidade Federal de Sergipe (CAAE: 72458123.7.0000.5546), Número do Parecer: 7.739.172 (Anexo B). Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A) antes do início da coleta de dados.

3.4 Cálculo do tamanho amostral

A amostragem foi realizada por conveniência, sendo incluídos os participantes disponíveis e elegíveis durante o período de coleta de dados do estudo piloto.

3.5 Instrumentos e coleta

Toda coleta foi realizada a partir de entrevistas individuais, em ambiente reservado e seguro, respeitando a privacidade dos participantes. Foram coletados dados demográficos através de uma ficha de avaliação (Apêndice B), a qual consta informações sobre nome, idade, peso, altura, índice de massa corporal (IMC), data de nascimento, naturalidade, instituição, história da doença atual, medicamentos, nível educacional, renda familiar, e posteriormente, feita a aplicação de questionários e avaliações físicas.

3.5.1 Função cognitiva global

Mini Exame do Estado Mental (MEEM)

É um teste de alta confiabilidade e avalia a função cognitiva por meio dos domínios: orientação espacial e temporal; memória imediata e de evocação; cálculo; linguagem-nomeação; repetição; compreensão; escrita e cópia de desenho, sua aplicação tem duração estimada de cinco a dez minutos. Foram classificados em comprometimento cognitivo leve (menor que 26 e maior que 15 pontos), moderado (menor que 20 e maior que 5 pontos) e grave (abaixo de 10 ou 5 pontos) de acordo com nível de escolaridade (Folstein *et al.*, 1975).

3.5.2 Memória

Teste de fluência verbal

O teste de fluência verbal avaliou a capacidade de processamento do sistema de memória semântica e funções executivas, possui duas categorias, a categoria fonológica e a categoria semântica. A análise dos dados foi de acordo com a escolaridade de cada indivíduo, os pontos de corte adotados serão: 8 a 9 pontos para indivíduos analfabetos, 12 a 13 pontos para pessoas com mais de 8 anos de escolaridade completos, valores abaixo desses pontos indica comprometimento da função (Rodrigues *et al.*, 2008).

3.5.3 Aspectos comportamentais

Depressão

Para detectar os níveis de depressão foi utilizada a *Geriatric Depression Scale* (GDS). Esta escala é composta por 30 perguntas, que foram respondidas com “sim” ou “não” de acordo como você está se sentindo hoje. O escore foi feito da seguinte forma:

quanto maior a pontuação, maior a severidade da depressão (0-9 normal, 10-19 de depressão leve, 20-30 depressão grave) (Almeida, 1999).

Ansiedade

O nível de ansiedade da pessoa idosa foi avaliado pelo Inventário Geriátrico de Ansiedade (IGA). Quanto a sua aplicação, ele é de fácil aplicabilidade e contém 20 itens que foram respondidos através de duas alternativas de resposta, “concordo” ou “discordo”, as respostas considerarão a última semana. A pontuação foi feita a partir do somatório das respostas e tem como pontuação máxima 20 pontos, quanto maior a pontuação maior o nível de ansiedade (Molde *et al.*, 2020).

Autoestima

A Escala de Autoestima desenvolvida por Rosenberg é constituída por dez afirmações relacionadas a um conjunto de sentimentos de autoestima e autoaceitação que avalia a autoestima global. Os itens foram respondidos em uma escala de quatro pontos variando entre concordo totalmente, concordo, discordo e discordo totalmente. A pontuação dos itens das perguntas de 1 a 5, são pontuados de 4 a 1, enquanto os de 6 a 10, são pontuados de 1 a 4. A pontuação final de 30 a 40 pontos, foi considerado boa autoestima, entre 26 e 29 pontos, uma autoestima média que deve ser melhorada, e abaixo ou igual a 25 pontos é considerado baixa autoestima (Lima; Souza, 2019).

Bem-estar subjetivo e satisfação com a vida

Escala de bem-estar subjetivo (EBES) foi feita por autorrelato e composta por 69 itens divididos em duas subescalas. A primeira (itens 1 a 54) avaliou afetos positivos e negativos, com respostas variando de 1 (nem um pouco) a 5 (extremamente), indicando como o participante tem se sentido ultimamente. A segunda (itens 1 a 15) mede satisfação ou insatisfação com a vida, em uma escala de 1 (discordo plenamente) a 5 (concordo plenamente) (Albuquerque; Tróccoli, 2004).

Espiritualidade

As estratégias religiosas de *coping* são definidas como um conjunto de esforços, cognitivos e comportamentais, utilizado pelos indivíduos com o objetivo de lidar com demandas específicas, internas ou externas, frequentemente utilizadas em situações de crise e estresse, como problemas de saúde, envelhecimento e perda de funcionalidade. Estas podem ser classificadas como positivas ou negativas, dependendo de seus impactos,

o positivo refere-se a estratégias de enfrentamento que levam a resultados benéficos, como a busca por soluções e o uso de apoio social, já o negativo envolve estratégias que resultam em consequências prejudiciais, como a negação e o isolamento social. A escala de *Coping* religioso espiritual abreviada (CRE-breve) possui 14 itens e é dividida em duas dimensões: positiva e a negativa. Cada item é classificado de acordo com a escala *Likert* de 5 pontos. Quanto maior a pontuação, maior as estratégias de enfrentamento religioso (Antoniazzi *et al.*, 1998; Esperandio *et al.*, 2022).

3.5.4 Funcionalidade, performance física e participação social

Medida de Independência Funcional (MIF)

A MIF avaliou o desempenho da pessoa em realizar atividades de vida diária (AVD's). Possui seis domínios: autocuidado, locomoção, transferência, comunicação, controle de esfíncteres e cognição social, os quais são subdivididos em 18 itens. A classificação desses itens é feita por uma escala de dependência que varia de 1 a 7, o primeiro é classificado como dependência total; o segundo como independência completa do indivíduo. O valor do escore total pode ser variado de 18 a 126 pontos, sendo que quanto maior for a pontuação mais independente o participante (Riberto *et al.*, 2004).

Escala de Avaliação de Incapacidades da Organização Mundial de Saúde (WHODAS 2.0)

O WHODAS 2.0 é uma escala com 36 itens baseada nos conceitos da CIF e desenvolvida pela OMS. Esta avaliou a limitação em realizar atividades e restrições na participação social e fornece um indicador de funcionalidade global ao abordar 6 domínios os quais são: cognição, mobilidade, autocuidado, relações interpessoais, atividades de vida diárias e participação social. Sua classificação é realizada por uma escala *Likert* de 1 a 5, sendo 1 como nenhuma dificuldade e 5 extrema dificuldade ou não consegue fazer (Grou *et al.*, 2021).

Marcha

Esse teste quantifica em segundos a habilidade de uma pessoa de se levantar da cadeira, andar 3 metros, girar em 360° e retornar à posição inicial. Para ser interpretado como bom desempenho funcional e baixo risco de queda, a pessoa deve realizar o teste em 10 segundos, valores acima de 20 segundos podem ser considerado moderado risco de queda, acima de 30 alto risco de queda (Karuka; Silva, 2011).

Teste de caminhada de seis minutos (TC6min)

Esse teste consistiu em caminhar, com sua velocidade de marcha usual no dia-a-dia, o máximo que puder durante 6 minutos em um corredor de 30 metros. Os avaliadores durante o teste deram incentivos padronizados como “você está indo bem, continue assim”. Os participantes podiam descansar durante a realização do teste caso seja necessário. A distância percorrida durante os seis minutos foi contabilizada e definida como a distância máxima percorrida (Heinicke *et al.*, 2021).

Teste de sentar e levantar (TSL)

Esse teste avaliou força de membros inferiores e risco de queda. O TSL é interpretado pelo tempo consumido para levantar-se cinco vezes, de forma rápida, se possível, a partir de uma posição sentada. Quanto maior o tempo de realização do teste, maior o risco de queda. O escore foi dependente da idade, sendo valores acima de 11,4 segundos para idosos 60 - 69 anos, acima de 12,6 segundos para idosos 70 - 79 anos e acima de 15 segundos para população maior que 80 foi considerado fraqueza muscular de membros inferiores e um maior risco de queda (Melo *et al.*, 2019).

3.5.5 Qualidade de vida (QV)

Foi avaliada com o *World Health Organization Quality of Life- Old* (WHOQoL-old). Possui 24 questões, e suas respostas seguem uma escala de *Likert* (de 1 a 5) atribuídos a seis domínios, que são: “Funcionamento do Sensório”, “Autonomia”, “Atividades Passadas, Presentes e Futuras”, “Participação Social”, “Morte e Morrer” e “Intimidade”. Quanto maior o escore mais alta a qualidade de vida, escores baixos representam uma baixa qualidade de vida. Os dados podem ser expressos em três formas: - uma é em forma de total (de 4 a 20); - a média (1 a 5); -percentual (0 a 100). Nessa pesquisa utilizamos a percentual (Fleck *et al.*, 2006).

3.6 Análise estatística e interpretação dos dados

Os dados coletados foram, inicialmente, transportados para uma planilha de dados do programa *Excel for Windows* 2010 e então, transportados para o programa *Jamovi*. Realizou-se estatística descritiva para caracterização dos participantes e dos instrumentos aplicados. As variáveis contínuas foram expressas em média e desvio padrão (DP),

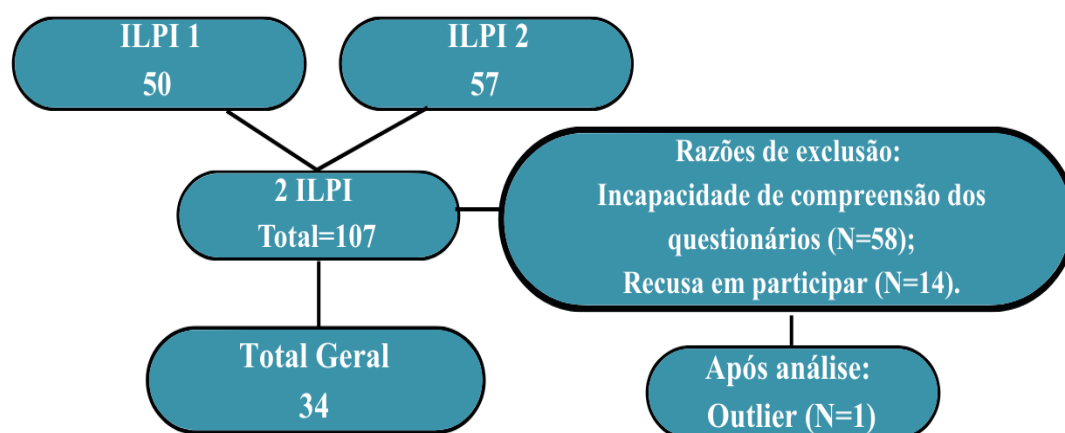
enquanto as variáveis categóricas foram apresentadas em frequência absoluta (n) e percentual (%). A normalidade da distribuição dos dados foi verificada por meio do teste de *Shapiro-Wilk*. Quando atendido o pressuposto de normalidade, aplicou-se testes paramétricos; caso contrário, utilizou-se testes não paramétricos. Para a análise inferencial inicial, foram empregados testes bivariados com o objetivo de explorar associações entre as variáveis do estudo.

O teste *Kruskal-Wallis* foi utilizado para comparar variáveis contínuas entre grupos independentes, o teste de correlação de *Spearman* para verificar relações entre variáveis contínuas e ordinais, e o teste exato de *Fisher* para avaliar associações entre variáveis categóricas. As variáveis que apresentaram significância estatística ($p \leq 0,05$) ou relevância clínica nas análises bivariadas foram incluídas em modelos multivariados de regressão logística binária para identificar fatores associados à presença de sintomas de comprometimento cognitivo, ansiedade e depressão (variáveis dependentes dicotômicas), tendo como variáveis independentes idade, sexo, tempo de institucionalização, funcionalidade (MIF), bem-estar, autoestima e outros fatores sociais (ex-tabagista, ex-etilista) e de saúde (diabetes, hipertensão).

4. RESULTADOS

A seleção dos participantes ocorreu em duas ILPI do município de Aracaju-Sergipe, a ILPI 1 localizada em uma região mais urbana, e a ILPI 2 em uma região mais periférica, ambas oferecem atendimento nutricional e fisioterapêutico, e possuem no total, 107 residentes. Após a verificação dos critérios de elegibilidade, foram excluídos 72 participantes, 58 por incapacidade de comunicação, e 14 por recusa em participar, e 1 outlier, assim foram incluídos 34 participantes.

Figura 1- Diagrama de fluxo seleção dos participantes



Fonte: Dados da pesquisa (2025).

A idade média dos residentes foi de 78 anos ($78,4 \pm 8,4$), sendo a idade mínima 63 anos e a idade máxima 94 anos, com predominância do gênero feminino (76,5%). O IMC médio foi de $26,9 \pm 6,5$, valor indicativo de sobrepeso, e o tempo de institucionalização de $37,8 \pm 41,7$ meses.

Quanto à escolaridade, a maioria das pessoas idosas tinha apenas o ensino fundamental completo (29,4%). A naturalidade foi bem variada, sendo a maior parte natural de Sergipe (79,7%), com maiores percentuais nos municípios de Aracaju (17,6%), Laranjeiras (8,8%) e Simão Dias (8,8%).

Em relação aos aspectos sociais e clínicos foi identificado que boa parte dos participantes eram ex-tabagista (38,2%), ex-etilista (35,3%), e tinham prática espiritual (97,1%). As condições clínicas analisadas foram diabetes (38,2%), hipertensão (79,4%), queixas de sono (61,8%), quedas (41,2%), e deficiência física (23,5%). Além disso, 28 apresentaram sintomas de comprometimento cognitivo, correspondendo a uma prevalência de 82,4% (IC95%: 66,5; 92,5) entre os idosos, 38,2% (IC95%: 23,9–55,0)

apresentavam depressão, e 41,2% (IC95%: 26,4–57,8) ansiedade. Quanto à funcionalidade, 70,6% dos idosos apresentaram alta funcionalidade.

Tabela 1- Dados sociodemográficos, clínicos e funcionais dos participantes.

Variáveis	N	%
Gênero		
Feminino	26	76,5
Masculino	8	23,5
Escolaridade		
Analfabeto	8	23,5
Ensino fundamental completo	10	29,4
Ensino fundamental incompleto	9	26,5
Ensino médio completo	5	14,7
Ensino superior completo	2	5,9
Naturalidade		
Aracaju- SE	6	17,6
Laranjeiras- SE	3	8,8
Simão Dias- SE	3	8,8
(Outros municípios de Sergipe)	15	44,5
Paratins- MA	1	2,9
Pão de Açúcar- AL	1	2,9
Recife- PE	1	2,9
Salvador- BA	1	2,9
São Gonçalo- RJ	1	2,9
São Miguel dos campos- AL	1	2,9

São Paulo- SP	1	2,9
---------------	---	-----

Diabetes

Não	21	61,8
-----	----	------

Sim	13	38,2
-----	----	------

Hipertensão

Não	7	20,6
-----	---	------

Sim	27	79,4
-----	----	------

Ex-tabagista

Não	21	61,8
-----	----	------

Sim	13	38,2
-----	----	------

Ex-etilista

Não	22	64,7
-----	----	------

Sim	12	35,3
-----	----	------

Queixas de sono

Não	13	38,2
-----	----	------

Sim	21	61,8
-----	----	------

Queda nos últimos 12 meses

Não	20	58,8
-----	----	------

Sim	14	41,2
-----	----	------

Acredita em alguma religião

ou prática espiritual?

Não	1	2,9
-----	---	-----

Sim	33	97,1
-----	----	------

Deficiência física

Não	26	76,5	
Sim	8	23,5	
	N	Média	DP
Idade	34	78,44	8,49
IMC	32	26,95	6,57
Tempo de institucionalização (meses)	34	37,82	41,79
MEEM	34	17,76	5,01
GDS	34	5,26	2,95
IGA	34	7,35	6,92
Fluência verbal	32	7,81	4,79
<i>Coping</i> positivo	33	5,85	1,58
<i>Coping</i> negativo	33	1,40	0,77
Medida de independência funcional	34	109,53	25,07
Whodas	34	15,15	10,76
WHOQoL-old (%)	33	59,19	11,71
TSL (seg)	20	39,70	31,85
TC6min (m)	14	157,86	75,87
TUG (seg)	18	38,11	44,40

Legenda: DP= desvio padrão; Seg= segundos; m=metros

4.1 Fatores sociodemográficos e condições clínicas

Foi observada associação entre o sexo e a marcha desempenhada pelo TC6min ($H=6,44$; $p=0,01$), sugerindo que o grupo feminino ($118,8 \pm 62,3$) quando comparado ao grupo masculino ($228,0 \pm 37,01$) apresentou, em média, menores distâncias percorridas. Além disso, quando comparado com a variável categórica autoestima, observou-se que o sexo apresentou associação significativa ($p=0,038$), sendo que apenas mulheres apresentaram autoestima elevada.

A presença de hipertensão esteve associada a menor escore de função cognitiva ($H=5,20$; $p=0,023$), com média de $(7,12 \pm 4,90)$ para quem apresentou sintomas, e $(8,33 \pm 4,03)$ para quem não apresentou, demonstrando uma pequena diferença entre os dois grupos.

Concomitantemente, observou-se associação significativa entre hipertensão e QV ($H=4,86$; $p=0,027$), a média para quem apresentou hipertensão $(57,1 \pm 11,6)$, quando comparado a quem não $(66,8 \pm 8,76)$, aponta que a doença interfere diretamente na perspectiva de qualidade de vida dessa população.

Além disso, a presença de hipertensão esteve associada ao desempenho funcional, visto que se obteve associação significativa com o TSL ($H=4,78$; $p=0,029$), sendo que quem apresentou hipertensão realizou em um maior tempo $(47,3 \pm 35,4)$ quando comparado a quem não apresentou $(21,8 \pm 6,27)$.

Do mesmo modo que esteve associada significativamente ao risco de queda ($H=4,27$; $p=0,039$), com um pior desempenho no grupo com hipertensão $(48,5 \pm 51,7)$ quando comparado a quem não tem $(17,1 \pm 3,43)$. Nas análises categóricas, a hipertensão apresentou associação significativa com a presença de sintomas depressivos ($p = 0,029$).

Pessoas com deficiência física apresentaram menor desempenho na memória ($H=5,27$; $p=0,022$), sendo que o grupo com deficiência teve menor média $(4,75 \pm 2,71)$ quando comparado àqueles sem deficiência $(8,83 \pm 4,93)$. Também foi observado associação significativa entre deficiência e QV ($H=4,78$; $p=0,029$), sendo que o grupo com deficiência física apresentou menores escores $(51,6 \pm 10,2)$ em relação ao grupo sem $(61,6 \pm 11,2)$.

Nas análises categóricas, a deficiência esteve associada à depressão ($p = 0,033$), enquanto o status de ex-tabagista apresentou associação significativa com a participação social ($p = 0,013$).

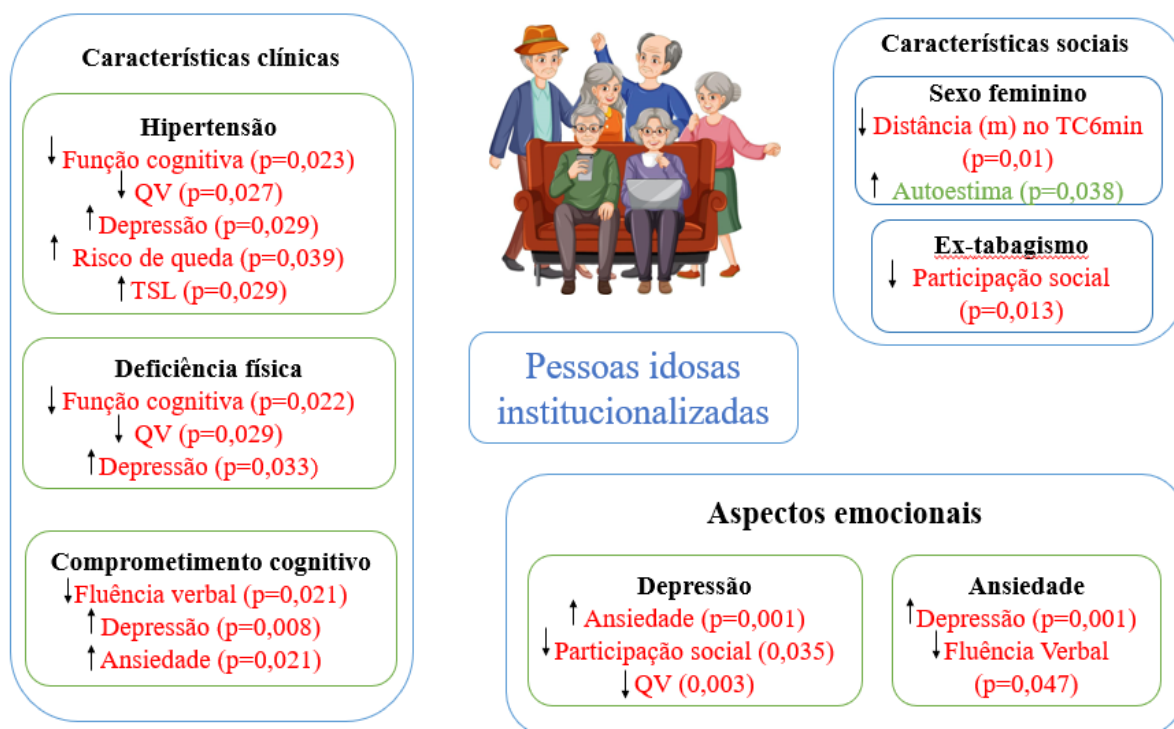


Figura 2. Mapa mental sobre as análises bivariadas significativas relacionadas aos idosos institucionalizados.

4.2 Função cognitiva

Pessoas com comprometimento cognitivo apresentaram associação significativa a fluência verbal ($H=5,35$; $p=0,021$), sendo que o grupo que tem comprometimento leve ($9,16 \pm 4,86$), quando comparado a moderado ($5,85 \pm 4,07$) apresentou melhor desempenho na fluência, ele também teve efeito também sobre a depressão ($H=7,01$; $p=0,008$), sendo que quem apresentou comprometimento ($5,82 \pm 2,94$) quando comparado a quem não apresentou ($2,67 \pm 1,03$) teve maiores níveis de depressão, e sobre a ansiedade ($H=4,18$; $p=0,041$), sendo que quem tem comprometimento ($8,57 \pm 1,33$) quando comparado a quem não tem ($1,67 \pm 1,21$) apresenta maiores níveis de ansiedade.

Para análises categóricas, foi observado que pessoas com comprometimento apresentaram associação significativa com a ansiedade ($p=0,031$), e depressão ($p=0,034$). Não foram observadas associações isoladas entre o comprometimento cognitivo e as variáveis clínicas e sociodemográficas nas análises bivariadas.

No entanto, foi observado na regressão linear múltipla com modelo de ajuste moderado ($R = 0,738$), explicando 54,4% da variabilidade do MEEM ($R^2 = 0,544$; $N =$

32) que dentre os preditores sociodemográficos e clínicos, diabetes ($\beta = -5,00$; $p = 0,010$) e ter sido ex-etilista ($\beta = -7,22$; $p = 0,015$) foram associados a redução no desempenho cognitivo, ou seja, ter diabetes e ser ex-etilista diminui 5 e 7,22 pontos no MEEM, respectivamente (Tabela 3).

A escolaridade também apresentou associação significativa entre pessoas idosas analfabetas apresentaram menor escore em comparação ao ensino médio completo ($\beta = -8,02$; $p = 0,008$) e aqueles com ensino fundamental incompleto também tiveram pior desempenho ($\beta = -6,93$; $p = 0,024$), quando comparadas aqueles que realizaram ensino médio completo, ou seja, pessoas idosas analfabetas e com ensino fundamental incompleto tiveram redução de 8,02 e 6,93 pontos em média no MEEM. Pessoas idosas com ensino fundamental completo não apresentaram associação significativa ($\beta = -4,73$; $p = 0,063$) e o ensino superior completo não associou-se ao ensino médio completo ($\beta = -1,47$; $p = 0,713$). As demais variáveis como, sexo ($\beta = -0,66$; $p = 0,786$), idade ($\beta = 0,007$; $p = 0,947$), tempo de institucionalização ($\beta = 0$; $p = 0,998$), ex-tabagista ($\beta = 4,50$; $p = 0,095$) e IMC ($\beta = -0,013$; $p = 0,929$), não apresentaram associações significativas. Entre os preditores neuropsicológicos, a memória ($\beta = 0,43$; $p = 0,009$; IC (95%): 0,11; 0,71) e o *coping* positivo ($\beta = 1,80$; $p = 0,004$; IC (95%): 0,20; 0,95) estavam associados a maiores escores cognitivos (figura 3).

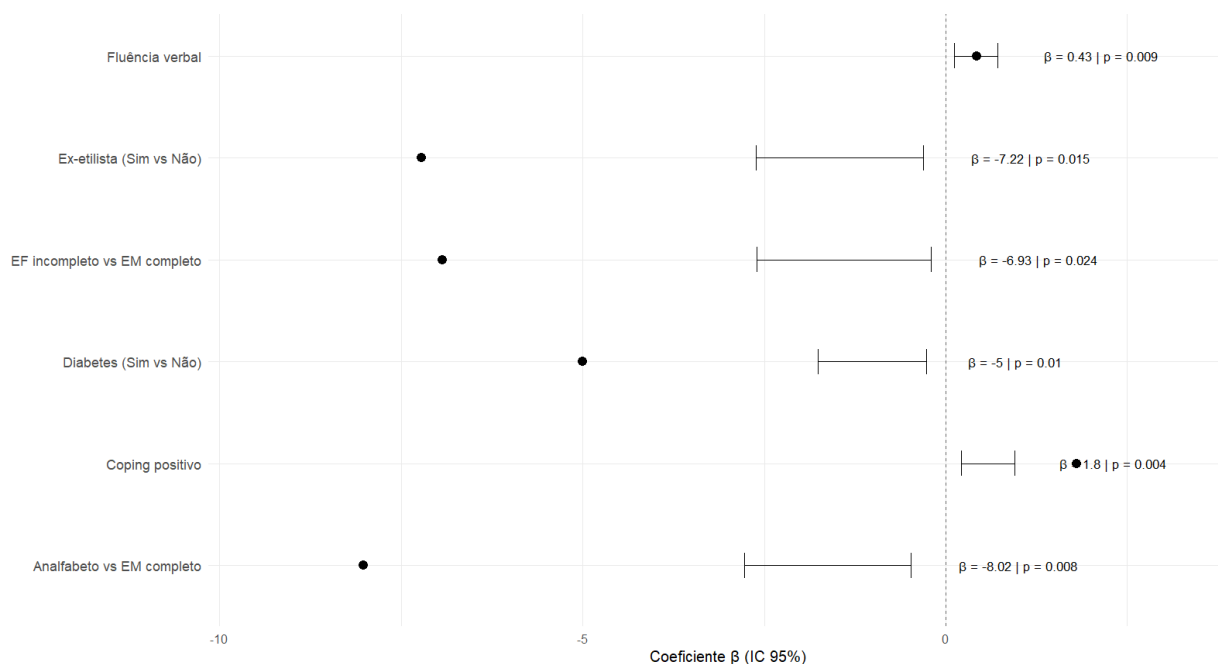


Figura 3. Forest plot dos coeficientes β (IC95%) do modelo de regressão linear múltipla para o desempenho cognitivo (MEEM) em idosos institucionalizados. Os pontos representam os coeficientes β estimados a partir do modelo de regressão linear múltipla, a linha tracejada indica ausência de associação ($\beta = 0$). N = 32.

4.3 Fluência verbal (memória)

Não foram observadas associações isoladas entre a memória sobre as demais variáveis clínicas e sociodemográficas nas análises bivariadas. Na regressão linear múltipla, indicou que o modelo apresentou ajuste moderado ($R = 0,741$), explicando 54,9% da variabilidade ($R^2 = 0,549$; $N = 30$).

Entre os preditores sociodemográficos e clínicos, ex-etilista ($\beta = -8,49$; $p = 0,014$; IC (95%): -3,07; -0,39), foi associado a redução no desempenho da memória, ou seja, ser ex-etilista diminui, em média, 8,49 pontos. A escolaridade também apresentou associação significativa, sendo pessoas idosas com ensino fundamental completo apresentaram maior escores em comparação ao analfabeto ($\beta = 5,35$; $p = 0,026$; IC (95%): 0,14; 2,04), apresentando uma diferença de 5,35 pontos para aqueles que tinha maior grau de escolarização (ensino fundamental completo). As demais variáveis como, sexo ($\beta = 0,68$; $p = 0,795$), diabetes ($\beta = -0,51$; $p = 0,797$), idade ($\beta = -0,21$; $p = 0,091$), tempo de institucionalização ($\beta = 0,05$; $p = 0,136$), IMC ($\beta = -0,08$; $p = 0,602$), não apresentaram associação significativa.

Tabela 2 - Regressão linear fluência verbal

Modelo de preditores sociodemográficos e clínicos da Fluência verbal							
						IC95%	
Preditor	R ²	Estimativa	EP	t	p	Inferior	Superior
Ex-etilista							
Sim – Não	-8,4916	3,1126	-2.64769	0,014	-1,73464	-3,0704	-0,3988
Escolaridade							
E. f. Completo-							
Analfabeto	5.3596	2.2072	2,42824	0,026	1,09483	0,1476	2,0421

Legenda: Ajuste do modelo para variáveis sociodemográficas e clínicas foi de $R^2 = 0,549$ para um $N = 30$. Os demais preditores — diabetes ($p = 0,797$), sexo ($p = 0,795$), idade ($p = 0,091$), tempo de institucionalização ($p = 0,136$), IMC ($p = 0,602$) — não apresentaram resultados significativos.

4.4 Aspectos comportamentais

A depressão apresentou associação significativa com a ansiedade ($H = 13,7$; $p = 0,001$), sendo que o grupo com depressão leve ($13,4 \pm 5,72$), quando comparado ao grupo

com ausência de sintomas ($3,57 \pm 4,47$), apresentou maiores escores de ansiedade. Na participação social (WHODAS; $H = 4,46$; $p = 0,035$), o grupo com depressão leve ($19,9 \pm 10,9$), quando comparado ao grupo com ausência de sintomas ($12,1 \pm 9,75$), apresentou menor desempenho na participação social. Em relação à QV ($H = 8,87$; $p = 0,003$), o grupo com depressão leve apresentou média de $51,1 \pm 6,46$, enquanto o grupo com ausência de sintomas apresentou média de $63,8 \pm 11,6$, indicando melhor desempenho no grupo sem sintomas. Nas variáveis categóricas foi observado que a ansiedade apresentou associação significativa com a depressão ($p=0,001$).

Na regressão, a depressão ($\beta = 2,18$; $p = 0,553$) e a ansiedade ($\beta = -2,28$; $p = 0,803$) não apresentaram associação com nenhum preditor sociodemográfico e clínico, mas foram associadas entre si com a ansiedade associando-se à depressão ($\beta = 0,29$; $p = 0,001$; IC95%: 0,40; 0,98) e a depressão associando-se à ansiedade ($\beta = 1,79$; $p = 0,001$; IC95%: 0,44; 1,04). O *coping* negativo ($\beta = 2,73$; $p = 0,003$) apresentou associação somente com o *coping* positivo ($\beta = -0,27$; $p = 0,005$; IC (95%): -0,94; -0,18), outras variáveis como diabetes ($p=0,576$), sexo ($p=0,619$), idade ($p=0,259$), tempo de institucionalização ($p=0,269$), comprometimento cognitivo ($p=0,321$) não apresentaram resultados significativos.

No modelo de regressão para o *coping* positivo, apresentou ajuste moderado ($R = 0,747$), explicando 55,8% da variabilidade ($R^2 = 0,558$; $N = 31$). Entre os preditores sociodemográficos e clínicos, diabetes ($\beta = -1,29$; $p = 0,043$; IC (95%): -1,60; -0,02), idade ($\beta = 0,10$; $p = 0,012$; IC (95%): 0,13; 0,98) e tempo de institucionalização ($\beta = -0,02$; $p = 0,010$; IC (95%): -1,14; -0,17) apresentaram associação significativa. As demais variáveis, como sexo ($\beta = 0,00$; $p = 0,993$), ex-tabagista ($\beta = -0,24$; $p = 0,774$), e ex-etilista ($\beta = 1,46$; $p = 0,130$), não apresentaram associações significativas.

Entre os preditores neuropsicológicos, foram associados ao comprometimento cognitivo ($\beta = 0,16$; $p = 0,013$; IC (95%): 0,12; 0,92) e com a depressão ($\beta = 0,28$; $p = 0,050$; IC (95%): -6,36; 1,03).

Tabela 3 - Regressão Linear dos Aspectos Comportamentais

Modelo de preditores neuropsicológicos, psicoemocionais e funcionais dos aspectos comportamentais IC95%								
Desfecho	Preditor	R ²	Estimativa	EP	t	p	Inferior	Superior

Ansieda de	Depressão	0,58	1,79	0,35	5,09	<,001	0,44	1,04
Depressã o	Ansiedade	0,53	0,296	0,061	4,853	<,001	0,4	0,98
Coping negativo	Coping positivo	0,51	-0,277	0,089	-3,107	0,005	-0,94	-0,18
Coping positivo	MEEM	0,36	0,167	0,062	2,68	0,013	0,12	0,92
Coping positivo	Depressão	0,36	0,283	0,137	2,06	0,05	-6,36	1
Modelo de preditores sociodemográficos e clínicos dos aspectos comportamentais								
Coping positivo	Diabetes (S--N)	0,55	-1,298	0,597	-2,172	0,043	-1,6	-0,02
Coping positivo	Idade	0,55	0,1	0,03	2,76	0,012	0,135	0,98
Coping positivo	Tempo de institucionaliza ção	0,55	-0,028	0,009	-2,87	0,01	-1,14	-0,17

Legenda: Para depressão, os demais preditores — como diabetes ($p=0,973$), sexo ($p=0,593$), idade ($p=0,676$), tempo de institucionalização ($p=0,746$), IMC ($p=0,611$), *coping* positivo ($p=0,302$), MIF ($p=0,773$), MEEM ($p=0,448$) — não apresentaram resultados significativos.

4.5 Funcionalidade, performance física e participação social

A média da independência funcional ($109,5 \pm 25$) e participação social ($15,4 \pm 10,7$), a independência funcional apresentou ajuste moderado ($R = 0,622$), explicando 38,7% da variabilidade ($R^2 = 0,387$; $N = 32$). Entre os preditores sociodemográficos e clínicos, idade ($\beta = -1,50$; $p = 0,034$; IC (95%): -1,01; -0,04), foi associado a redução no desempenho da independência funcional. As demais variáveis como, sexo ($\beta = -1,94$; $p = 0,886$), diabetes ($\beta = 2,86$; $p = 0,776$), tempo de institucionalização ($\beta = 0,16$; $p = 0,335$), IMC ($\beta = -0,23$; $p = 0,780$), ensino fundamental completo ($\beta = -5,16$; $p = 0,675$), não apresentaram associação significativa.

A participação social ($\beta = -15,07$; $p = 0,359$), apresentou ajuste moderado ($R = 0,807$), explicando 65,2% da variabilidade ($R^2 = 0,652$; $N = 32$), e teve associação com preditores neuropsicológicas como a depressão ($\beta = 1,81$; $p = 0,023$; IC (95%): 0,07;

0,95), *coping* positivo ($\beta = 3,57$; $p = 0.007$; IC (95%): 0,16; 0,94) e *coping* negativo ($\beta = 7,68$; $p = 0.004$; IC (95%): 0,21; 0,96).

A regressão linear múltipla da marcha indicou que o modelo apresentou ajuste moderado ($R = 0,988$), explicando 97,6% da variabilidade ($R^2 = 0,976$; $N = 14$). Entre os preditores sociodemográficos e clínicos, pessoas do gênero masculino apresentaram melhor desempenho em comparação ao feminino ($\beta = 240,31$; $p = 0,023$; IC (95%): 1,05; 5,28), e ser ex-etilista ($\beta = -221,6$; $p = 0,044$; IC (95%): -5,65; -0,18) foi associado ao declínio no desempenho. O risco de quedas e força de membros inferiores não foram associados a nenhum preditor.

Tabela 4 - Regressão Linear Funcionalidade, performance física e participação social

Modelo de preditores sociodemográficos e clínicos da funcionalidade e performance física								
							IC95%	
Desfecho	Preditor	R ²	Estimativa	EP	t	p	Inferior	Superior
Funcionalidade	Idade	0,58	1,79	0,35	5,09	<,001	0,44	1,04
	Sexo (M--F)	0,97	240,31	37,33	6,44	0,023	1,05	5,28
	Ex-etilista	0,97	-221,64	48,173	-4,6	0,044	-5,65	-0,18
Modelo de preditores neuropsicológicos, psicoemocionais e funcionais sociodemográficos e clínicos da funcionalidade e performance física								
Whodas	Depressão	0,65	1,81	0,743	2,43	0,023	0,076	0,95
Whodas	Coping positivo	0,65	3,57	1,21	2,95	0,007	0,166	0,94
Whodas	Coping negativo	0,65	7,68	2,37	3,23	0,01	-1,14	-0,17

Legenda: Apenas esses desfechos e esses preditores foram significativos para ambos os modelos. Na participação social, os demais preditores — diabetes ($p=0,467$), sexo ($p=0,440$), idade (0,131), tempo de institucionalização ($p=0,485$), IMC ($p=0,429$), EBES ($p=0,113$), MEEM ($p=0,179$) — não apresentaram resultados significativos.

4.6 Qualidade de vida

A regressão linear para QV ($\beta = 96,53$; $p = 0.001$) apresentou ajuste moderado ($R = 0,769$), explicando 59,1% da variabilidade ($R^2 = 0,591$; $N = 32$), e associação com a depressão ($\beta = -2,56$; $p = 0.012$; IC (95%): -1,10; -0,15), *coping* positivo ($\beta = -3,4049$; $p = 0,036$; IC (95%): -0,880; -0,0337), e *coping* negativo ($\beta = -7,49$; $p = 0.020$; IC (95%): -0,90; -0,08), que foram associados a redução na percepção de qualidade de vida.

Tabela 5 - Regressão Linear qualidade de vida

Modelo de preditores sociodemográficos e clínicos da QV								
							IC95%	
Desfecho	Preditor	R ²	Estimativa	EP	t	p	Inferior	Superior
QV	Depressão	-2,56	0,93	- 2,74	-0,62	0,012	- 1,100	- 0,15
QV	Coping neg	-7,49	2,98	- 2,51	-0,49	0,020	- 0,901	- 0,08
QV	Coping Pos	-3,40	1,51	-2,23	-0,45	0,036	-0,88	-0,03

Legenda: Ajuste do modelo para variáveis sociodemográficas e clínicas foi de $R^2=0,59$ para um $N= 32$. Os demais preditores — diabetes ($p=0,858$), sexo ($p=0,636$), idade ($0,855$), tempo de institucionalização ($p=0,850$), IMC ($p=0,656$), MEEM ($p=0,905$) — não apresentaram resultados significativos.

5. DISCUSSÃO

Este estudo teve como objetivo descrever o perfil sociodemográfico, funcional, cognitivo e emocional dos idosos institucionalizados no município de Aracaju-SE. Os resultados refletem o que a evidência tem mostrado em âmbito nacional e internacional, destacando a prevalência do sexo feminino, elevado número de condições crônicas, presença de sintomas psicológicos e níveis variados de dependência funcional, elementos centrais na compreensão do envelhecimento institucionalizado.

A predominância de mulheres e idade média elevada ($78,4 \pm 8,4$) confirma a literatura sobre a feminilização do envelhecimento, fenômeno associado à maior expectativa de vida das mulheres, maior permanência na viuvez e menor suporte familiar na velhice (Ferreira *et al.*, 2011; Alencar *et al.*, 2012; Silva *et al.*, 2013; Pinheiro *et al.*, 2016; Rosa *et al.*, 2018; Alcântara *et al.*, 2019; Rosa & Urbanetto, 2021). Além disso, a heterogeneidade educacional observada—com percentuais maiores de escolaridade formal do que o usual em ILPIs brasileiras—constitui um achado relevante, pois níveis educacionais mais altos se relacionam a melhor reserva cognitiva e potencial de preservação funcional, como também observado nos modelos de regressão deste estudo (Zhu *et al.* 2021; Farfel *et al.* 2013).

A alta prevalência de hipertensão e diabetes reforça o padrão epidemiológico esperado nessa população. A associação entre hipertensão e pior percepção de qualidade de vida também converge com estudos que demonstram que condições crônicas não transmissíveis impactam o humor, o sono, a autonomia e a capacidade funcional, com repercussões diretas no bem-estar geral dos residentes (Ferreira *et al.*, 2011; Alencar *et al.*, 2012; Pinheiro *et al.*, 2016; Silva *et al.*, 2013; Rosa *et al.*, 2018; Gonçalves *et al.*, 2008).

A elevada taxa de queixas de sono (61,8%) é um ponto crítico: distúrbios do sono estão associados a pior desempenho em atenção, memória e velocidade de processamento, muitas vezes confundidos com sintomas demenciais. Nesse sentido, destacam-se implicações práticas importantes para equipes multiprofissionais das ILPIs, que precisam distinguir o que é declínio cognitivo e o que é repercussão de privação ou má qualidade do sono (Alencar *et al.*, 2012; Silva *et al.*, 2012; Guimarães *et al.*, 2019; Kandasamy *et al.*, 2025; Santos *et al.*, 2026).

O escore médio do MEEM sugeriu comprometimento cognitivo predominante, o que é amplamente esperado em populações institucionalizadas, sobretudo pela menor oferta de estímulos cognitivos, rotinas rígidas e reduzido engajamento social (Soares et al., 2012; Camacho-Conde; Galán-López, 2020; Rosa; Urbanetto, 2021). O modelo de regressão demonstrou que diabetes e histórico de etilismo foram preditores de pior desempenho cognitivo; escolaridade baixa também exerceu efeito negativo significativo; *coping* espiritual positivo mostrou associação benéfica com o MEEM.

Esses achados se alinham à literatura que relaciona diabetes à deterioração microvascular e metabólica cerebral, contribuindo para quadros de comprometimento cognitivo leve e demências vasculares (Gonçalves et al., 2008; Silva et al., 2013; Rosa et al., 2018; Kandasamy et al., 2025; Santos et al., 2026). Da mesma forma, o uso crônico de álcool afeta memória, atenção e funções executivas. Por outro lado, o efeito protetor do *coping* positivo já foi documentado em populações idosas, especialmente em contexto institucional: práticas espirituais reforçam propósito, reduzem estresse, modulam cortisol e favorecem cognição social, explicando o melhor desempenho nos testes cognitivos (Alcântara et al., 2019; Britt et al., 2025).

Os residentes apresentaram sintomas leves a moderados de ansiedade e depressão, consistentes com estudos que indicam que a institucionalização pode gerar sentimentos de abandono, perda de controle, solidão e redução de atividades prazerosas (Silva et al., 2012; Costa et al., 2017; Šare et al., 2021; Souza et al., 2022). A associação bidirecional entre depressão e ansiedade observada aqui confirma a evidência: ambas condições frequentemente coexistem e se amplificam. Além disso, a depressão esteve associada à menor qualidade de vida e maior limitação na participação social, corroborando estudos que demonstram que o humor é um dos principais determinantes de saúde em ILPIs, mais forte do que variáveis puramente clínicas (Alencar et al., 2012; Creighton et al., 2017; Alcântara et al., 2019; Wang et al., 2021).

O *coping* espiritual apresentou padrão já documentado em estudos anteriores (Scortegagna et al., 2018; Jadidi et al., 2022; Britt et al., 2025). *Coping* positivo esteve relacionado a maior engajamento social e melhor percepção de controle, enquanto *coping* negativo associou-se a pior qualidade de vida, reforçando a necessidade de atenção psicossocial contínua nas ILPIs. A associação entre maior tempo de institucionalização e menor *coping* positivo é um achado crítico, indicando que, com o tempo, a perda de

vínculos externos, a rotinização excessiva e a limitação das oportunidades de agência podem reduzir a capacidade de resiliência espiritual e social do residente.

Os resultados de independência funcional (MIF) e de participação social (WHODAS) indicaram que, embora muitos residentes mantenham independência parcial em atividades do cotidiano, já apresentam limitação relevante na participação social. Esta é uma dimensão altamente sensível ao ambiente: ILPIs com pouca oferta de atividades físico-culturais favorecem comportamentos sedentários, baixa autoeficácia e retração social (Ferreira *et al.*, 2011; Alencar *et al.*, 2012; Rosa; Urbanetto, 2021).

O principal preditor de redução funcional foi a idade, o que confirma que o envelhecimento biológico é determinante importante. Já a participação social esteve fortemente associada a fatores emocionais (depressão, *coping* positivo e negativo), reforçando que socialização não depende apenas de capacidade física, mas principalmente de fatores subjetivos, apoio emocional e oportunidades reais de convívio (Karakaya *et al.*, 2009; Boström *et al.*, 2014).

Os achados deste estudo indicaram elevado risco de quedas e declínio expressivo da performance funcional, fenômeno amplamente relatado em residentes de ILPIs (Oliveira *et al.*, 2014; Costa *et al.*, 2017; Park, 2018; Ang *et al.*, 2020; Xu *et al.*, 2022; Freire *et al.*, 2024). Dois fatores se destacam: (1) sedentarismo institucionalizado, devido à rotina de muitas instituições favorecer comportamentos passivos, reduzindo a oferta de exercícios e não estimulando a autonomia e a independência dos residentes. (2) Fragilidade e sarcopenia: associadas ao baixo nível de atividade, doenças crônicas e má nutrição. O melhor desempenho masculino e pior desempenho de ex-etilistas confirmam achados clássicos da literatura: homens tendem a preservar mais massa muscular com a idade, e histórico de etilismo compromete equilíbrio, circuitos motores cerebelares e força muscular (Seematter-Bagnoud *et al.*, 2016; Ordoobadi *et al.*, 2024).

O escore médio de 59,1 indica uma qualidade de vida moderada, coerente com estudos brasileiros (Lucchetti *et al.*, 2011; Silva *et al.*, 2014; Vitorino *et al.*, 2016). A qualidade de vida mostrou-se sensível aos sintomas emocionais, ou seja, quanto maiores níveis de depressão e *coping* negativo, piores índices de qualidade de vida. E quanto maior o *coping* positivo, maior qualidade de vida (Nunes *et al.*, 2010; Uyeno *et al.*, 2016; Capatu *et al.*, 2025).

Esses achados reforçam que qualidade de vida em ILPIs é menos determinada pela doença física e mais pelos fatores psicossociais, afetivos e relacionais. O vínculo familiar, a manutenção de interesses pessoais e a possibilidade de escolher atividades cotidianas são variáveis-chave.

6. IMPLICAÇÕES E LIMITAÇÕES

6.1 Implicações e recomendações práticas

A partir dos achados deste estudo, a criação de programas estruturados de exercícios que estimulem o processamento cognitivo de forma regular, são essenciais. A implementação de rotinas de atividade física supervisionada, com foco em força, equilíbrio e mobilidade, associados a protocolos que fomentem a prevenção de quedas, com atividades integradas com demais profissionais nas ILPIs, com formação continuada de cuidadores, adaptações ambientais e intervenções psicossociais envolvendo grupos de convivência, oficinas de lazer e ações intergeracionais.

A promoção de espiritualidade e religiosidade como fontes de suporte positivo, evitando discursos fatalistas ou punitivos (*coping* negativo). Treinamento das equipes multiprofissionais em saúde mental na velhice, especialmente para manejo de ansiedade, depressão e solidão. Essas recomendações são factíveis, de baixo custo e de alto impacto, especialmente em ILPIs filantrópicas.

6.2 Limitações e perspectivas futuras

Algumas limitações dessa pesquisa envolvem o tamanho reduzido da amostra, que pode dificultar a generalização dos achados no contexto mais geral das ILPIs no município de Aracaju, por conta de suas características distintas, como localização, quantidade de cuidadores e rotina de cuidados. Por se tratar de um estudo observacional, do tipo transversal, não é possível estabelecer relação de causa e efeito sobre as variáveis analisadas, apenas identificar associações. A exclusão dos residentes com alterações cognitivas severas que os impossibilitou de responder aos questionários é também uma grande limitação, já que influencia no perfil geral dessas pessoas idosas institucionalizadas, diante disso, sugere-se verificar instrumentos existentes para avaliação dessa população específica, ou até mesmo a criação de um.

As limitações apresentadas, tamanho amostral reduzido, ausência de residentes com comprometimento grave e desenho transversal, são consistentes e bem delimitadas. Sugere-se acrescentar necessidade de estudos multicêntricos; estudos longitudinais para avaliar causalidade; inclusão de marcadores clínicos (pressão arterial controlada, glicemia, cognição) e funcionais (força de preensão manual).

7. CONCLUSÃO

Os achados deste estudo permitem compreender de forma mais ampla o perfil sociodemográfico, cognitivo, funcional e comportamental de pessoas idosas institucionalizadas no município de Aracaju-SE. A caracterização detalhada dessa população evidencia a coexistência de múltiplas condições crônicas, sintomas emocionais, níveis variados de dependência funcional e fragilidades cognitivas que, em conjunto, moldam suas experiências de vida e suas necessidades de cuidado.

Os resultados reforçam que o envelhecimento institucionalizado é marcado por desafios significativos, especialmente no que se refere à preservação da autonomia, da funcionalidade e da participação social. Variáveis como depressão, ansiedade, baixa escolaridade, doenças crônicas e limitações funcionais demonstraram impacto relevante na cognição, no bem-estar e na qualidade de vida, indicando que intervenções unidimensionais são insuficientes para responder às demandas dessa população.

Diante disso, conclui-se que o cuidado em ILPIs deve ser estruturado a partir de uma abordagem integral e transdisciplinar, contemplando estimulação cognitiva, atividades físicas regulares, suporte emocional, fortalecimento dos vínculos sociais e ações que promovam significado e propósito no cotidiano dos residentes. Tais estratégias são essenciais para assegurar um processo de envelhecimento digno, ativo e humanizado.

Espera-se que este estudo contribua para o aprimoramento de práticas assistenciais, favoreça o planejamento de políticas e programas voltados à população institucionalizada e inspire futuras investigações que aprofundem o entendimento dos fatores que influenciam a saúde e a qualidade de vida em contextos de longa permanência.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Meu percurso no mestrado foi um período de grande aprendizado científico e crescimento pessoal. Desde o começo, procurei obter uma formação sólida, prezando por uma postura ética, com respeito por todas as pessoas que contribuíram com a pesquisa. Durante esse tempo, aprofundei meus conhecimentos em elaboração de projetos de pesquisa, e na interpretação crítica das evidências que poderia encontrar. As habilidades adquiridas me ajudaram a entender que a ciência não é apenas um conjunto de técnicas, mas uma busca pela verdade, com clareza na comunicação e muita responsabilidade social.

O mestrado me fez refletir sobre o meu papel como pesquisadora e como pessoa, com autonomia e capacidade para olhar as dificuldades e diversidades que vem junto com o processo de institucionalização, e conseguir enxergar de forma humana e ética as necessidades encontradas nesse ambiente. Todas as competências que adquiri serão necessárias para minha atuação futura no âmbito científico e social, mantendo o foco na contribuição para um conhecimento de qualidade na área do envelhecimento.

9. FINANCIAMENTO

A presente pesquisa contou com apoio financeiro da Fundação de Apoio à Pesquisa e à Inovação Tecnológica do Estado de Sergipe – FAPITEC/SE, possibilitando dedicação exclusiva às atividades acadêmicas, e garantindo a viabilidade das atividades desenvolvidas para construção da pesquisa.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, Anelise Salazar; TRÓCCOLI, Bartholomeu Tôrres. **Desenvolvimento de uma escala de bem-estar subjetivo**. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v. 20, p. 153–164, 2004.
- ALCÂNTARA, Renata Kelly Lopes de *et al.* **Perfil sociodemográfico e de saúde de idosos institucionalizados**. *Revista de Enfermagem UFPE on line*, v. 13, n. 3, p. 674–679, 16 mar. 2019.
- ALENCAR, Mariana Asmar *et al.* **Perfil dos idosos residentes em uma instituição de longa permanência**. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 15, n. 4, p. 785–796, dez. 2012.
- ALMEIDA, Osvaldo P.; ALMEIDA, Shirley A. **Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida**. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, v. 57, p. 421–426, 1999.
- ANG, Guat Cheng; LOW, Shou Lin; HOW, Choon How. **Approach to falls among the elderly in the community**. *Singapore Medical Journal*, v. 61, n. 3, p. 116–121, mar. 2020.
- ANTONIAZZI, Adriane Scomazzon; DELL’AGLIO, Débora Dalbosco; BANDEIRA, Denise Ruschel. **O conceito de coping: uma revisão teórica**. *Estudos de Psicologia (Natal)*, v. 3, n. 2, p. 273–294, dez. 1998.
- BOSTRÖM, Gustaf *et al.* **Functional capacity and dependency in transfer and dressing are associated with depressive symptoms in older people**. *Clinical Interventions in Aging*, v. 9, p. 249–257, 4 fev. 2014.
- BRITT, Katherine Carroll *et al.* **Facets of Religion/Spirituality and Cognitive Health: Association Variations Across Gender and Race Among Older Adults**. *Religions*, v. 16, n. 9, 18 set. 2025.
- CAMACHO-CONDE, José Antonio; GALÁN-LÓPEZ, José Manuel. **Depression and cognitive impairment in institutionalized older adults**. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, v. 49, n. 1, p. 107–120, 2020.

CAMARANO, Ana Amélia; KANSO, Solange. **As instituições de longa permanência para idosos no Brasil**. Revista Brasileira de Estudos de População, v. 27, n. 1, p. 232–235, jun. 2010.

CAMARANO, Ana Amélia; BARBOSA, Pamela. **Instituições de longa permanência para idosos no Brasil: do que se está falando?** Política nacional do idoso: velhas e novas questões. Rio de Janeiro: Ipea, 2016.

CAMPOS, Marcella Barreto Campos Barreto *et al.* **Qualidade de vida em idosos institucionalizados: o papel da saúde, satisfação e humor**. Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento, v. 10, n. 02, p. 7–27, 30 nov. 2024.

CAPATU, Matei *et al.* **Health-related quality of life among nursing home residents compared to community-dwelling and general older populations: influence of sociodemographic determinants and common chronic diseases**. Wiener Medizinische Wochenschrift, 7 out. 2025.

CHEN, Yan *et al.* **Social capital, health status, and sociodemographic factors associated with subjective well-being among older adults: a comparative study of community dwellings and nursing homes**. BMC Public Health, v. 25, n. 1, p. 1259, 3 abr. 2025.

COSTA, Camila *et al.* **Mobilidade na marcha, risco de quedas e depressão em idosos institucionalizados e não institucionalizados**. Saúde e Pesquisa, v. 10, n. 2, p. 293–300, 28 set. 2017.

COSTA, Matheus Silva *et al.* **Capacidade funcional de idosos residentes em uma Instituição de Longa Permanência**. Research, Society and Development, v. 10, n. 14, p. e217101421644–e217101421644, 31 out. 2021.

CREIGHTON, Alexandra S.; DAVISON, Tanya E.; KISSANE, David W. **The correlates of anxiety among older adults in nursing homes and other residential aged care facilities: a systematic review**. International Journal of Geriatric Psychiatry, v. 32, n. 2, p. 141–154, fev. 2017.

DANTAS, Cibele Maria de Holanda Lira *et al.* **Functional ability of elderly with chronic diseases living in Long-Stay Institutions**. Revista Brasileira De Enfermagem, v. 66, n. 6, p. 914–920, dez. 2013.

DIXE, Maria dos Anjos *et al.* **Gait Ability and Muscle Strength in Institutionalized Older Persons with and without Cognitive Decline and Association with Falls.** International Journal of Environmental Research and Public Health, v. 18, n. 21, 2 nov. 2021.

ESPERANDIO, Mary Rute Gomes *et al.* **Brazilian Adaptation and Validation of the Religious and Spiritual Struggles (RSS) Scale—Extended and Short Version.** Religions, v. 13, n. 4, p. 282, abr. 2022.

FARFEL, Jose Marcelo *et al.* **Very low levels of education and cognitive reserve.** Neurology, v. 81, n. 7, p. 650–657, 13 ago. 2013.

FERREIRA, Tereza Cristina dos Reis *et al.* **Análise da capacidade funcional de idosos intitucionalizados.** Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano, v. 8, n. 1, 2011.

FLECK, Marcelo P.; CHACHAMOVICH, Eduardo; TRENTINI, Clarissa. **Development and validation of the Portuguese version of the WHOQOL-OLD module.** Revista De Saude Publica, v. 40, n. 5, p. 785–791, out. 2006.

FOLSTEIN, M. F.; FOLSTEIN, S. E.; MCHUGH, P. R. **“Mini-mental state”. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician.** Journal of Psychiatric Research, v. 12, n. 3, p. 189–198, nov. 1975.

FREIRE, Larissa Barros *et al.* **Risk factors for falls in older adults with diabetes mellitus: systematic review and meta-analysis.** BMC geriatrics, v. 24, n. 1, p. 201, 28 fev. 2024.

GONÇALVES, Lílían Gatto *et al.* **Prevalência de quedas em idosos asilados do município de Rio Grande, RS.** Revista de Saúde Pública, v. 42, p. 938–945, 2008.

GONÇALVES, Lúcia Hisako Takase *et al.* **Institutionalized elderly: functional capacity and physical fitness.** Cadernos De Saude Publica, v. 26, n. 9, p. 1738–1746, set. 2010.

GROU, Thais Cristina *et al.* **Validação da versão brasileira do World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 em idosos institucionalizados.** Fisioterapia e Pesquisa, v. 28, p. 77–87, 2021.

GUIMARÃES, Lara de Andrade *et al.* **Depressive symptoms and associated factors in elderly long-term care residents.** Ciencia & Saude Coletiva, v. 24, n. 9, p. 3275–3282, 9 set. 2019.

HEINICKE, Gregory; CLAY, Ryan; DECATO, Thomas W. **Six-Minute-Walk Testing.** American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine, v. 204, n. 3, p. P5–P6, 1 ago. 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico 2022.** Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/trabalho/22827-censo-demografico-2022.html>.

JADIDI, Ali *et al.* **Spiritual Needs of the Muslim Elderly Living in Nursing Homes: A Qualitative Study.** Journal of Religion and Health, v. 61, n. 2, p. 1514–1528, abr. 2022.

KANDASAMY, Geetha *et al.* **Assessing the Impact of Hypertension on Health-Related Quality of Life: Insights from Sociodemographic, Economic, and Clinical Features Using SF-36.** Healthcare (Basel, Switzerland), v. 13, n. 7, p. 838, 7 abr. 2025.

KARAKAYA, Mehmet Gürhan *et al.* **Functional mobility, depressive symptoms, level of independence, and quality of life of the elderly living at home and in the nursing home.** Journal of the American Medical Directors Association, v. 10, n. 9, p. 662–666, nov. 2009.

KARUKA, Aline H.; SILVA, José A. M. G.; NAVEGA, Marcelo T. **Analysis of agreement of assessment tools of body balance in the elderly.** Brazilian Journal of Physical Therapy, v. 15, p. 460–466, 2011.

LIMA, Tiago Jessé Souza de; SOUZA, Luana Elayne Cunha de. **Rosenberg Self-Esteem Scale: Method Effect and Gender Invariance.** Psico-USF, v. 24, p. 517–528, 2019.

LÓPEZ-LÓPEZ, Sergio *et al.* **Functional mobility and physical fitness are improved through a multicomponent training program in institutionalized older adults.** *GeroScience*, v. 46, n. 1, p. 1201–1209, fev. 2024.

LUCCHETTI, Giancarlo *et al.* **Religiousness affects mental health, pain and quality of life in older people in an outpatient rehabilitation setting.** *Journal of Rehabilitation Medicine*, v. 43, n. 4, p. 316–322, mar. 2011.

MEDRONHO, R. A. **Epidemiologia. 2. ed.** São Paulo: Atheneu, 2008.

MELO, Thiago Araújo de *et al.* **The Five Times Sit-to-Stand Test: safety and reliability with older intensive care unit patients at discharge.** *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, v. 31, n. 1, p. 27–33, 14 mar. 2019.

MOLDE, Helge *et al.* **A Cross-National Analysis of the Psychometric Properties of the Geriatric Anxiety Inventory.** *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, v. 75, n. 7, p. 1475–1483, 13 ago. 2020.

NUNES, Vilani Medeiros de Araújo; MENEZES, Rejane Maria Paiva de; ALCHIERI, João Carlos. **Avaliação da Qualidade de Vida em idosos institucionalizados no município de Natal, Estado do Rio Grande do Norte** - doi: 10.4025/actascihealthsci.v32i2.8479. *Acta Scientiarum. Health Sciences*, v. 32, n. 2, p. 119–126, 28 set. 2010.

OLIVEIRA, Karina Grace Ferreira de *et al.* **Prevalência De Fatores De Risco De Queda Em Idosos Institucionalizados Do Município De Cachoeira.** *Revista Brasileira de Saúde Funcional*, v. 2, n. 2, p. 44–44, 17 dez. 2014.

ORDOOBADI, Alexander J. *et al.* **Risk of Dementia Diagnosis After Injurious Falls in Older Adults.** *JAMA network open*, v. 7, n. 9, p. e2436606, 3 set. 2024.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; **Organização Mundial de Saúde. Datos y Visualizaciones, 2019.** Disponível em: <https://www.paho.org/es/datos-visualizaciones>

PARK, Seong-Hi. **Tools for assessing fall risk in the elderly: a systematic review and meta-analysis.** *Aging Clinical and Experimental Research*, v. 30, n. 1, p. 1–16, jan. 2018.

PINHEIRO, Natália Cristina Garcia *et al.* **Desigualdade no perfil dos idosos institucionalizados na cidade de Natal, Brasil.** *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, n. 11, p. 3399–3405, nov. 2016.

RIBERTO, Marcelo *et al.* **Validação da Versão Brasileira da Medida de Independência Funcional.** *Acta Fisiátrica*, v. 11, n. 2, p. 72–76, 9 ago. 2004.

RODRIGUES, Adriana Bonachela; YAMASHITA, Érica Tiemi; CHIAPPETTA, Ana Lúcia de Magalhães Leal. **Teste de fluência verbal no adulto e no idoso: verificação da aprendizagem verbal.** *Revista CEFAC*, v. 10, p. 443–451, 2008.

ROSA, Tábada Samantha Marques; FILHA, Valdete Alves Valentins dos Santos; MORAES, Anaelena Bragança de. **Prevalência e fatores associados ao prejuízo cognitivo em idosos de instituições filantrópicas: um estudo descritivo.** *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, p. 3757–3765, 2018.

ROSA, Vitor Pena Prazido; URBANETTO, Janete De Souza. **Perfil sociodemográfico e clínico e sua associação com o grau de dependência em idosos institucionalizados.** *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*, v. 26, n. 3, p. 315–333, 2021.

RUGBEER, Nivash *et al.* **The effect of group exercise frequency on health related quality of life in institutionalized elderly.** *The Pan African Medical Journal*, v. 26, p. 35, 2017.

SANTOS, Emille Silva *et al.* **Functional performance indicators associated with hypertension in older people.** *Fisioterapia em Movimento*, v. 36, p. e36113, 2023.

ŠARE, Sonja *et al.* **Self-Esteem, Anxiety, and Depression in Older People in Nursing Homes.** *Healthcare (Basel, Switzerland)*, v. 9, n. 8, p. 1035, 12 ago. 2021.

SCORTEGAGNA, Helenice de Moura; PICHLER, Nadir Antonio; FÁCCIO, Lúcia Fernanda. **The experience of spirituality among institutionalized elderly people.** *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 21, p. 293–300, 2018.

SEEMATTER-BAGNOUD, Laurence; BÜLA, Christophe; SANTOS-EGGIMANN, Brigitte. **The Association between Different Levels of Alcohol Use and Gait under**

Single and Dual Task in Community-Dwelling Older Persons Aged 65 to 70 Years. *Current Gerontology and Geriatrics Research*, v. 2016, p. 2018507, 2016.

SILVA, Celso *et al.* **Depression, Loneliness and Quality of Life in Institutionalised and Non-Institutionalised Older Adults in Portugal: A Cross-Sectional Study.** *Nursing Reports*, v. 14, n. 3, p. 2340–2354, 9 set. 2024.

SILVA, Elisa Roesler e *et al.* **Prevalência e fatores associados à depressão entre idosos institucionalizados: subsídio ao cuidado de enfermagem.** *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 46, p. 1387–1393, 2012.

SILVA, Malu Emanuelle *et al.* **Perfil epidemiológico, sociodemográfico e clínico de idosos institucionalizados.** *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*, v. 0, n. 0, 5 jun. 2013.

SOARES, Edvaldo; COELHO, Marcelle de Oliveira; CARVALHO, Sebastião Marcos Ribeiro de. **Capacidade funcional, declínio cognitivo e depressão em idosos institucionalizados: possibilidade de relações e correlações.** *Revista Kairós-Gerontologia*, v. 15, n. 3, p. 117–139, 2012.

SOUZA, Renato Américo Dantas Camilo de *et al.* **Prevalência de depressão e ansiedade entre idosos institucionalizados em Campina Grande, Paraíba.** *Research, Society and Development*, v. 11, n. 14, p. e323111434583–e323111434583, 28 out. 2022.

SPOSATO, Karyna Batista; MORAIS, Douglas Farias de; LAGE, Renata Carvalho Martins. **Vulnerabilidade e envelhecimento: um estudo das Instituições de Longa Permanência em Sergipe.** *Revista de Estudos Empíricos em Direito*, v. 6, n. 3, p. 212–230, 31 dez. 2019.

TAN, Josh D. L. *et al.* **Family visits and depression among residential aged care residents: An integrative review.** *International Journal of Nursing Studies*, v. 146, p. 104568, 1 out. 2023.

TEIXEIRA, Cristina Ribas *et al.* **Bem-Estar Subjetivo de Longevos Institucionalizados e Não Institucionalizados por meio do Pfister.** *Avaliação Psicológica*, v. 18, n. 1, p. 86–95, 2019.

UYENO, Daiane Yuri *et al.* **Nível de qualidade de vida dos idosos em instituição de longa permanência - lar dos velhinhos, Maringá/PR.** Cinergis, v. 17, n. 2, 16 ago. 2016.

VITORINO, Luciano Magalhães; LOW, Gail; VIANNA, Lucila Amaral Carneiro. **Linking Spiritual and Religious Coping With the Quality of Life of Community-Dwelling Older Adults and Nursing Home Residents.** Gerontology and Geriatric Medicine, v. 2, p. 2333721416658140, 1 jan. 2016.

WANG, Fei *et al.* **Prevalence of Depression in Older Nursing Home Residents in High and Low Altitude Regions: A Comparative Study.** Frontiers in Psychiatry, v. 12, p. 669234, 2021.

World Health Organization. **Decade of healthy ageing: baseline report.** World Health Organization, 2020. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240017900>

XU, Qingmei; OU, Xuemei; LI, Jinfeng. **The risk of falls among the aging population: A systematic review and meta-analysis.** Frontiers in Public Health, v. 10, p. 902599, 2022.

ZHU, Wanqiu *et al.* **The protective impact of education on brain structure and function in Alzheimer's disease.** BMC Neurology, v. 21, n. 1, p. 423, 30 out. 2021.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS
CAMPUS PROFESSOR ANTONIO GARCIA FILHO – LAGARTO/SE
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, Franciely Oliveira de Andrade Santos, Ellen Gabrielle Araujo de Farias, Ricardo Mario Arida e Lavinia Teixeira-Machado convidamos você a participar do estudo: “O método pilates e a dança no comprometimento cognitivo em Instituições de Longa Permanência para Idosos”. O objetivo desta pesquisa é investigar os efeitos do método Pilates e da dança na função cognitiva e aspectos comportamentais em pessoas idosas com comprometimento cognitivo, bem como analisar os efeitos do Método Pilates e da dança nos seguintes parâmetros: ansiedade; depressão; autoestima; aspectos religiosos; memória; função executiva; funcionalidade; postura corporal; marcha; equilíbrio; risco de quedas; qualidade de vida. A pesquisadora responsável por essa pesquisa é a Dr^a Lavinia Teixeira-Machado, professora do Departamento de Educação em Saúde da Universidade Federal de Sergipe.

Você receberá todos os esclarecimentos necessários antes, durante e após a finalização da pesquisa, e lhe asseguro que o seu nome não será divulgado, sendo mantido o mais rigoroso sigilo mediante a omissão total de informações que permitam identificá-lo/ a modo de preservar sua identidade. Essa pesquisa será abrangente e envolverá sete avaliações com aplicações de questionários a cada quatro meses, além de dois períodos de intervenção: um com 16 semanas e outro de 24 semanas. Ela será dividida em três grupos e para decidir o grupo que irá participar será realizado um sorteio, assim você participará somente de um dos três grupos. O grupo (1) será de intervenção com a Dança, o grupo (2) será de intervenção com o método Pilates, e grupo (3) será os cuidados habituais da instituição. Quem participará desse estudo serão pessoas idosas com idade maior que 60 que residam em instituições de longa permanência. A pesquisa terá três grupos e será feita em três locais, (asilo Santo Antônio, asilo Rio Branco, SAME: Lar de Idosos N. Sra. da Conceição). Um grupo será com o método Pilates, outro com dança e o outro grupo seguirá com as atividades que são realizadas aqui nesse local. Os dois grupos vão ser feito três vezes por semana, primeiro durante 16 semanas, totalizando 48 sessões. Cada sessão terá duração de 50 minutos e serão aplicadas na própria instituição. Depois terá dois meses de descanso, retorna e faz avaliação para voltar a realizar as atividades dos grupos durante mais 24 semanas, após terminar essas atividades faz outra avaliação, e descansa por 16 semanas e retorna para fazer a última entrevista. Serão

aplicados os seguintes instrumentos: Meem, Medida de Independência Funcional (MIF), Timed Up and Go test, Estabilometria, WHOQOL-Old, Whodas, Escala de Autoestima desenvolvida por Rosenberg, Escala de Bem-Estar Subjetivo (EBES), Escala de *Coping* Espiritual/Religioso, Escala De Depressão Geriátrica, Inventário Geriátrico de Ansiedade, Teste de sentar e levantar, Teste de fluência verbal e Teste de caminhada de seis minutos. A avaliação será dividida em dois momentos, um para aplicação dos questionários, que terá duração de aproximadamente uma hora e meia, enquanto o outro momento de avaliação física será cerca de 30 minutos, assim o tempo de avaliação total será de duas horas.

Reconhecemos que toda pesquisa, envolvendo Seres Humanos, está passível de oferecer riscos aos participantes. A Resolução CNS nº 510 de 2016, em seu Artigo 2º, Inciso XXV, cita: “risco da pesquisa: possibilidade de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural do ser humano, em qualquer etapa da pesquisa e dela decorrente”. Sua participação envolve os seguintes riscos mínimos e estão relacionados ao seu tempo despendido para que sejam aplicadas as avaliações, porém as mesmas serão realizadas com um intervalo de tempo significativo entre elas, não causando maiores desconfortos e quanto a responder os questionários, no entanto a avaliação será em uma sala individual e as informações serão sigilosas.

Após intervenção você poderá sentir pouco desconforto nos músculos e no corpo decorrente do próprio exercício, e isso é considerado normal da intervenção. Sua participação pode ajudar os pesquisadores a entender como o Método Pilates e a dança podem melhorar sua saúde mental, física, funcionalidade, qualidade de vida, e participação social, como melhora do bem-estar psíquico, físico, social e emocional.

Assim, você está sendo consultado sobre seu interesse e disponibilidade de participar dessa pesquisa. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper sua participação a qualquer momento. A recusa em participar não acarretará nenhuma penalidade.

Você não receberá pagamentos por ser participante. Todas as informações obtidas por meio de sua participação serão de uso exclusivo para esta pesquisa e ficarão sob a guarda do/da pesquisador/a responsável. Se houver algum dano, decorrente da pesquisa, deixamos claro que o participante terá direito a buscar indenização, por meio das vias judiciais (Código Civil, Lei 10.406/2002, Artigos 927 a 954 e Resolução CNS nº 510 de 2016, Artigo 19).

Os pesquisadores firmam compromisso de divulgar os resultados da pesquisa, assim que ela se encerrar, caso seja de interesse dos participantes. A divulgação deverá ser feita de forma acessível e clara para todos os participantes. Se você tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, você pode entrar em contato com o pesquisador através do(s) telefone(s), pelo telefone (79) 3632-2100, e e-mail laviniateixeira@academico.ufs.br, e endereço: Avenida Governador Marcelo Deda, nº 13, Departamento de Educação em Saúde.

Este estudo foi analisado por um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). O CEP é responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos, visando garantir a dignidade, os direitos e a segurança dos participantes de pesquisa. Caso você tenha dúvidas e/ou perguntas sobre seus direitos como participante deste estudo, ou se estiver insatisfeito com a maneira como o estudo está sendo realizado, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe Lagarto/ Hospital Universitário de Lagarto (CEP UFS

Lag/HUL), situado na Av. Governador Marcelo Déda, 13, Centro, Lagarto/SE, telefone (79) 3632-2189, de segunda a sexta, das 08:00 às 12:00hs ou pelo e-mail: cephulag@ufs.br. No caso de aceitar fazer parte como participante, você e o pesquisador devem rubricar todas as páginas e também assinar as duas vias desse documento. Uma via é sua. A outra via ficará com o(a) pesquisador(a).

Consentimento do participante

Eu, abaixo assinado, entendi como é a pesquisa, tirei dúvidas com a pesquisadora e aceito participar, sabendo que posso desistir em qualquer momento, durante e depois de participar. Autorizo a divulgação dos dados obtidos neste estudo mantendo em sigilo minha identidade. Informo que recebi uma via deste documento com todas as páginas rubricadas e assinadas por mim e pela Pesquisadora Responsável.

Nome do(a) participante: _____

Assinatura: _____

Local e data: _____

Declaração da pesquisadora

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária, o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante (ou representante legal) para a participação neste estudo. Declaro ainda que me comprometo a cumprir todos os termos aqui descritos.

Nome da Pesquisadora: _____

Assinatura: _____

Local/data: _____

APÊNDICE B- Ficha de avaliação**Ficha de avaliação geral dos idosos residentes em ILPI SE**

1. Nome do participante _____
2. Idade (anos) _____
3. Peso _____
4. Altura _____
5. IMC _____
6. Naturalidade _____
7. Sexo _____
8. Tempo de institucionalização _____
9. Estado civil () Solteiro () Casado () Casado () Divorciado () Viúvo
10. Escolaridade () analfabeto () ensino fundamental incompleto () ensino fundamental completo () ensino médio incompleto () ensino médio completo () ensino superior incompleto () ensino superior completo
11. Anos de estudo (em número) _____
12. ILPI _____
13. Data da avaliação _____
14. Renda familiar _____
15. Tabagista () sim () não
16. Etilista () sim () não
17. Diabetes () sim () não
18. Hipertensão () sim () não
19. Diagnóstico de demência () sim () não
20. Histórico de AVC () sim () não

- 21. Queixas de sono () sim () não
- 22. Dor com frequência () sim () não
- 23. Uso de medicamentos contínuos () sim () não
- 24. Usa medicação para dormir () sim () não
- 25. Tem deficiência auditiva () sim () não
- 26. Tem deficiência visual () sim () não
- 27. Tem deficiência física () sim () não
- 28. Tem diagnóstico de depressão ou ansiedade () sim () não
- 29. Houve perda significativa de peso nos últimos meses () sim () não
- 30. Recebe dieta especial ou suplementação () sim () não
- 31. Sofreu alguma queda nos últimos 12 meses () sim () não
- 32. Acredita em alguma religião ou prática espiritual () sim () não

ANEXOS

ANEXO A- STROBE Statement—Checklist of items that should be included in reports of cross-sectional studies

	Item No	Recommendation	Page
Title and abstract	1	(a) Indicate the study's design with a commonly used term in the title or the abstract	1
		(b) Provide in the abstract an informative and balanced summary of what was done and what was found	4
Introduction			10
Background/rationale	2	Explain the scientific background and rationale for the investigation being reported	10
Objectives	3	State specific objectives, including any prespecified hypotheses	13
Methods			14
Study design	4	Present key elements of study design early in the paper	14
Setting	5	Describe the setting, locations, and relevant dates, including periods of recruitment, exposure, follow-up, and data collection	14
Participants	6	(a) Give the eligibility criteria, and the sources and methods of selection of participants	14
Variables	7	Clearly define all outcomes, exposures, predictors, potential confounders, and effect modifiers. Give diagnostic criteria, if applicable	14
Data sources/measurement	8*	For each variable of interest, give sources of data and details of methods of assessment (measurement). Describe comparability of assessment methods if there is more than one group	15
Bias	9	Describe any efforts to address potential sources of bias	36
Study size	10	Explain how the study size was arrived at	15
Quantitative variables	11	Explain how quantitative variables were handled in the analyses. If applicable, describe which groupings were chosen and why	15
Statistical methods	12	(a) Describe all statistical methods, including those used to control for confounding	18
		(b) Describe any methods used to examine subgroups and interactions	18
		(c) Explain how missing data were addressed	18
		(d) If applicable, describe analytical methods taking account of sampling strategy	18
		(e) Describe any sensitivity analyses	18
Results			20
Participants	13*	(a) Report numbers of individuals at each stage of study—eg numbers potentially eligible, examined for eligibility, confirmed eligible, included in the study, completing follow-up, and analysed	20
		(b) Give reasons for non-participation at each stage	20
		(c) Consider use of a flow diagram	20
Descriptive data	14*	(a) Give characteristics of study participants (eg demographic, clinical, social) and information on exposures and potential confounders	20

		(b) Indicate number of participants with missing data for each variable of interest	20
Outcome data	15*	Report numbers of outcome events or summary measures	20
Main results	16	(a) Give unadjusted estimates and, if applicable, confounder-adjusted estimates and their precision (eg, 95% confidence interval). Make clear which confounders were adjusted for and why they were included	27
		(b) Report category boundaries when continuous variables were categorized	27
		(c) If relevant, consider translating estimates of relative risk into absolute risk for a meaningful time period	27
Other analyses	17	Report other analyses done—eg analyses of subgroups and interactions, and sensitivity analyses	27
Discussion			32
Key results	18	Summarise key results with reference to study objectives	32
Limitations	19	Discuss limitations of the study, taking into account sources of potential bias or imprecision. Discuss both direction and magnitude of any potential bias	36
Interpretation	20	Give a cautious overall interpretation of results considering objectives, limitations, multiplicity of analyses, results from similar studies, and other relevant evidence	37
Generalisability	21	Discuss the generalisability (external validity) of the study results	37
Other information			
Funding	22	Give the source of funding and the role of the funders for the present study and, if applicable, for the original study on which the present article is based	39

*Give information separately for exposed and unexposed groups.

Note: An Explanation and Elaboration article discusses each checklist item and gives methodological background and published examples of transparent reporting. The STROBE checklist is best used in conjunction with this article (freely available on the Web sites of PLoS Medicine at <http://www.plosmedicine.org/>, Annals of Internal Medicine at <http://www.annals.org/>, and Epidemiology at <http://www.epidem.com/>). Information on the STROBE Initiative is available at www.strobe-statement.org.

ANEXO B- Parecer consubstanciado do CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SERGIPE (UFS)

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DA EMENDA**

Título da Pesquisa: O método Pilates e a Dança no comprometimento cognitivo em instituições de longa permanência para idosos

Pesquisador: Lavinia Teixeira Machado

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 72458123.7.0000.5546

Instituição Proponente: FUNDACAO UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 7.739.172

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de inadequações",

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa, o CEP, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS n.º 466, de 2012, e na Norma Operacional n.º 001, de 2013, do CNS, manifesta-se pela aprovação da emenda proposta para o projeto de pesquisa.

Considerações Finais a critério do CEP:

Conforme Resolução CNS 466/2012, itens X.1.- 3.b. e XI.2.d, e Resolução CNS 510/2016, Art. 28, inc. V, os pesquisadores responsáveis deverão apresentar relatórios parcial semestral e final do projeto de pesquisa, contados a partir da data de aprovação do protocolo de pesquisa inicial.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

ARACAJU, 01 de Agosto de 2025

Assinado por:
ROBELIUS DE BORTOLI
(Coordenador(a))