

Condições de saúde e demandas assistenciais de residentes de instituições de longa permanência: panorama regional

Health conditions and care demands of residents of long-term care facilities: regional overview

Condiciones de salud y demandas asistenciales de los residentes en Instituciones de Larga Estancia: panorama regional

 Janine Melo Oliveira¹,  Yeda Aparecida de Oliveira Duarte²,  Helena Akemi Wada Watanabe³

Recebido: 07/08/2024 Aceito: 26/11/2024 Publicado: 30/12/2024

Resumo:

Objetivo: analisar as condições de saúde e as demandas assistenciais de pessoas idosas residentes em Instituições de Longa Permanência para Idosos. **Método:** transversal, descritivo, quantitativo, realizado com residentes em instituições cadastradas no Sistema Único de Assistência Social, das cinco regiões brasileiras. Os dados foram coletados in loco, no período de agosto de 2015 a 2018, com questionário específico para capacidade cognitiva, avaliação funcional, condição de saúde e escala de depressão. A análise foi descritiva, com auxílio do software Stata®, versão 15. **Resultados:** as 4.250 pessoas idosas representaram as cinco regiões brasileiras e eram, na maioria, do sexo masculino, 80 anos ou mais, com presença de declínio cognitivo, multimorbidade e fazendo uso de polifarmácia (regiões Sul e Sudeste), com comprometimento funcional para atividades de vida diária. Não apresentaram quedas e realizaram pelo menos uma consulta médica nos 12 meses que antecederam a coleta, sendo a maioria na própria instituição. **Conclusão:** a maioria das pessoas idosas institucionalizadas têm comprometimento funcional e de saúde significativos, alteração cognitiva, multimorbidade, fazem uso de medicação diária, requerendo assistência especializada para o atendimento de suas necessidades, mesmo a instituição de longa permanência não sendo uma instituição de saúde.

Palavras-chave: Nível de saúde; Idoso; Idoso de 80 anos ou mais; Instituição de Longa Permanência para Idosos.

Abstract:

Objective: to analyze the health conditions and care demands of elderly individuals living in Long-Term Care Facilities for the Elderly. **Methods:** cross-sectional, descriptive, quantitative, conducted with residents of institutions registered in the Unified Social Assistance System (*Sistema Único de Assistência Social*), from the five regions of Brazil. Data were collected on site, from August of 2015 to 2018, with a specific questionnaire for cognitive capacity, functional assessment, health condition, and depression scale. The analysis was descriptive, with the aid of Stata™ software, version 15. **Results:** the 4,250 elderly individuals represented the five Brazilian regions and were, for the most part, male, 80 years or older, with some form of cognitive decline, multimorbidity, and using polypharmacy (South and Southeast regions), with functional impairment for activities of daily living. They did not had falls and had at least one medical appointment in the 12 months prior to the collection, most of them at the institution itself. **Conclusion:** most institutionalized elderly people have significant functional and health impairment, cognitive alterations, multimorbidity, use daily medication, requiring specialized assistance to meet their needs, even though the long-term care institution is not a health institution.

Keywords: Health status; Aged; Aged, 80 and over; Homes for the Aged.

Resumen:

Objetivo: analizar las condiciones de salud y las demandas de cuidados de ancianos residentes en Instituciones de Larga Estancia para ancianos. **Método:** estudio transversal, descriptivo y cuantitativo de residentes de instituciones registradas en el Sistema Único de Asistencia Social en las cinco regiones brasileñas. Los datos se recogieron in situ entre agosto de 2015 y 2018, utilizando un cuestionario específico para la capacidad cognitiva, la evaluación funcional, el estado de salud y la escala de depresión. El análisis fue descriptivo, utilizando el software Stata®, versión 15. **Resultados:** los 4.250 ancianos representaban las cinco regiones brasileñas y eran en su mayoría hombres, de 80 años o más, con deterioro cognitivo, multimorbilidad y utilizando polifarmacia (regiones Sur y Sudeste), con deterioro funcional para las actividades de la vida diaria. No presentaban caídas y habían tenido al menos una consulta médica en los 12 meses anteriores a la recogida, la mayoría de ellas en la propia institución. **Conclusión:** la mayoría de los ancianos institucionalizados presentan un importante deterioro funcional y de salud, deterioro cognitivo, multimorbilidad, utilizan medicación diaria y requieren asistencia especializada para cubrir sus necesidades, aunque la institución de cuidados de larga duración no sea una institución sanitaria.

Palabras clave: Estado de salud; Anciano; Anciano de 80 o más Años; Hogares para Ancianos.

Autor Correspondente: Janine Melo Oliveira – nine.melo@hotmail.com

1. Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas e Universidade Federal de Alagoas, Maceió/AL, Brasil.

2. Escola de Enfermagem e Departamento de Enfermagem do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo, São Paulo/SP, Brasil

3. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo/SP, Brasil

INTRODUÇÃO

Um dos fenômenos globais mais marcantes da sociedade atual é o crescente ritmo do envelhecimento, com um aumento da população mais velha e uma diminuição da população mais jovem. De acordo com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD Contínua), realizada em 2022, pessoas com 60 anos ou mais representam 14,7% da população, cerca de 31,2 milhões de pessoas idosas no Brasil em 2021¹.

Esse processo de transição demográfica caminha em paralelo com o desenvolvimento da transição epidemiológica, mudando o perfil de doenças agudas para doenças crônicas, impactando diretamente na saúde pública. As doenças crônicas emergem como um aspecto crítico desse cenário, com condições como Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus (DM), doenças cardiovasculares e doenças respiratórias assumindo um papel central².

O aumento na prevalência dessas enfermidades entre as pessoas idosas exige uma abordagem preventiva abrangente, visando suavizar os impactos dessas condições e minimizar o declínio do estado cognitivo e da capacidade funcional, promovendo com isso um envelhecimento mais saudável². Tanto as condições cognitivas, quanto as funcionais podem ser alteradas com o avançar da idade e estão diretamente relacionadas à autonomia e independência do indivíduo na realização das atividades cotidianas³.

Em um contexto de maior vulnerabilidade e fragilidade, as pessoas idosas podem residir em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs). As ILPIs são instituições governamentais ou não governamentais, de caráter residencial, destinadas a domicílio coletivo de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar, em condição de liberdade, dignidade e cidadania⁴.

Essa vulnerabilidade e fragilidade são ainda mais presentes entre as pessoas idosas que residem em ILPIs de natureza pública ou filantrópica, como é o caso das cadastradas no Censo do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), quando comparadas à população idosa na comunidade. As ILPIs públicas e privadas sem fins lucrativos podem ser cadastradas no SUAS, e, para estas, é realizado um censo anual que visa obter informações sobre os serviços, programas e benefícios que estão sendo executados pelo gestor público, pelas entidades e organizações cadastradas no Conselho Municipal de Assistência Social⁵.

Os residentes das instituições cadastradas no SUAS pertencem a níveis socioeconômicos mais precários e de comunidades com baixo poder aquisitivo e, frequentemente, há um aumento na prevalência de doenças crônicas, que são influenciadas por fatores socioeconômicos, ambientais e comportamentais. Além disso, a limitação de recursos financeiros muitas vezes dificulta o acesso a tratamentos contínuos e medicamentosos,

agravando o impacto dessas condições no estado cognitivo e na capacidade funcional das pessoas idosas, e, conseqüentemente, na sua qualidade de vida².

O aumento da expectativa de vida e a mudança no panorama das doenças e seus agravantes amplia a necessidade de produzir conhecimento sobre as condições de saúde da população idosa residente em ILPIs, bem como das suas demandas assistenciais⁶.

Poucas pesquisas de caráter nacional sobre as modalidades de cuidado não familiar para a população idosa têm sido realizadas, principalmente sob o olhar da própria pessoa idosa. Além disso, as diferenças regionais, no que diz respeito às características da população e seu acesso a serviços socioassistenciais e de saúde, devem ser consideradas para um melhor reordenamento das políticas públicas vigentes.

Este estudo teve como objetivo analisar as condições de saúde e as demandas assistenciais de pessoas idosas residente de Instituições de Longa Permanência para Idosos.

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal e descritivo, com abordagem quantitativa, que utilizou dados da segunda fase da pesquisa “Estudo das condições sociodemográficas e epidemiológicas dos idosos residentes em instituições de longa permanência para idosos registradas no Censo SUAS”⁷, realizada em todo o território nacional.

Na primeira fase, foram avaliadas, junto aos gestores das instituições, 1.451 ILPIs cadastradas no Censo SUAS de 2014, com pelo menos 10 residentes; na segunda fase, foi realizada uma amostragem com representatividade regional, na qual foram selecionadas 50 ILPIs, sorteadas por região, com exceção da região Norte, que não possuía 50 ILPIs, sendo utilizado dados do universo da região.

A amostragem para manter a representatividade regional foi realizada previamente, sendo que, em cada ILPI, foram sorteadas 20 pessoas idosas, perfazendo um total estimado de 1.000 residentes/região, para os quais não houve reposição em caso de recusa, ausência ou óbito, mantendo assim a representatividade inicial, calculada por meio dos dados obtidos no censo.

Os dados foram coletados *in loco*, no período de agosto de 2015 a 2018, junto aos residentes das ILPIs ou junto a um *proxy*, no caso de a pessoa idosa sorteada não ter condições físicas ou cognitivas para responder. As entrevistas foram realizadas por equipe de profissionais devidamente treinados com a utilização de questionário específico para o estudo.

Neste estudo, as variáveis selecionadas dizem respeito: ao estado cognitivo, às condições de saúde, às quedas, ao estado funcional e ao uso dos serviços de saúde.

A avaliação do estado cognitivo foi realizada através de um breve instrumento que rastreia perdas cognitivas, o Mini Exame do Estado Mental (MEEM), na versão que reduz o impacto da escolaridade sobre os resultados, e que tem como ponto de corte para triagem positiva de declínio cognitivo o valor de 12 ou menos pontos⁸. Além disso, foi aplicado também o questionário “*Pfeffer Functional Activities Questionnaire*” (PFEFFER)⁹, um questionário de avaliação funcional, no sentido de se obter maior fidedignidade nos resultados para a avaliação cognitiva. Assim, aquelas pessoas idosas que obtiveram 12 ou menos pontos no MEEM e simultaneamente 6 ou mais pontos no PFEFFER foram classificadas com deterioração cognitiva, ou seja, com declínio cognitivo mais comprometido.

A avaliação das condições de saúde, incluiu: a) a presença de doenças crônicas: HAS, DM, doenças respiratórias, doenças cardíacas, doenças articulares, acidente vascular cerebral (AVC), câncer, osteoporose, demência, doenças psiquiátricas, doenças neurológicas, entre outras doenças (doenças gastrointestinais, renais, urológicas, neurológicas, oftalmológicas, psiquiátricas, vasculares, endócrinas, quadros infecciosos, e trauma); b) as condições crônicas: sintomas depressivos, incontinências (urinária e fecal) e dor crônica; c) a multimorbidade; e d) o número de medicamentos em uso. Verificou-se também, o estado vacinal (Influenza, Pneumocócica e Antitetânica) e a ocorrência de quedas.

Sintomas depressivos foram avaliados por meio da escala de depressão geriátrica (GDS) de cinco itens (GDS-5), onde a suspeita de depressão ocorreu quando houve pontuação igual ou maior a 2¹⁰. Quanto ao número de doenças, considerou-se como multimorbidade a presença de duas doenças crônicas ou mais^{11,12}. Em relação ao uso simultâneo de cinco ou mais medicamentos, foi considerado polifarmácia^{11,12}.

A avaliação das quedas, considerou as ocorrências do evento nos 12 meses anteriores à realização da entrevista, bem como a quantidade de vezes que caiu, o local e o motivo da queda, a necessidade de atendimento de saúde e a ocorrência de fraturas (em relação a última queda) e seu detalhamento.

O estado funcional foi avaliado pelo desempenho das Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD): atravessar um cômodo caminhando, vestir-se, tomar banho, alimentar-se, deitar-se e levantar-se da cama e usar o vaso sanitário. No questionário de coleta de dados, os participantes foram interrogados sobre a presença de dificuldades ou necessidade de ajuda em cada atividade. As pessoas idosas foram classificadas como independentes caso realizassem todas as ABVD sozinhas, mesmo que com dificuldade, e foram classificadas como dependentes quando relataram que não realizavam ou apresentavam necessidade de ajuda em pelo menos uma das ABVD.

Verificou-se que as instituições, das diferentes regiões brasileiras, não permitiam a realização de Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) (69,3% a 96,5%) entre os residentes, e por esta razão, não foram incluídas na análise.

A mobilidade foi avaliada ao questionar se a pessoa idosa andava, se era acamada ou era cadeirante. As categorias utilizadas foram: mobilidade preservada e mobilidade alterada (cadeirante e acamado).

Quanto ao uso dos serviços de saúde (consulta médica, hospitalização e atendimento de urgência/emergência), considerou o período de 12 meses que antecederam a entrevista.

Os dados foram armazenados em planilha eletrônica e analisados através de estatística descritiva, com a distribuição de frequências relativas e absolutas para cada região do país, com o auxílio do *software* estatístico Stata®, versão 15. As variáveis que não obtiveram resposta (*missings*) foram excluídas das análises. Ressalta-se que, por serem amostras regionais, não é possível somar o número de casos ou suas frequências.

Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública, sendo aprovado sob o parecer de nº 1.077.982, em 25/05/2015, com o CAAE: 44953415.6.0000.5421.

RESULTADOS

Participaram dessa pesquisa 4.250 pessoas idosas, sendo 736 da região Norte, 890 da região Nordeste, 887 da região Centro-Oeste, 912 da região Sul e 825 da região Sudeste. A maior parte das pessoas idosas (aproximadamente entre 53,0 e 65,0%) não apresentavam condições físicas ou cognitivas para responder ao questionário de coleta de dados, sendo este respondido por um *proxy*. Esse *proxy*, na maioria das regiões, ocupava a função de cuidador formal da pessoa idosa.

A maioria das pessoas idosas entrevistadas era do sexo masculino (51,8 a 61,9%), exceto na região Nordeste, onde houve prevalência das pessoas idosas do sexo feminino (62,1%). A faixa etária predominante foi a de 80 anos ou mais (37,3 a 50,5%), exceto na região Sul, onde a faixa etária de 70-79 anos (37,5%) foi a maior.

Verifica-se predominância de declínio cognitivo entre as pessoas idosas institucionalizadas, variando de 63,8% a 83,5%. Na avaliação da Escala de PFEFFER, observou-se uma predominância de pessoas mais dependentes (86,0% a 92,4%). A junção das variáveis descritas (MEEM e PFEFFER), indicou a presença de deterioração cognitiva ou declínio cognitivo mais grave (60,2% a 81,0%) (Tabela 1).

Tabela 1. Estado cognitivo das pessoas idosas residentes em Instituições de Longa Permanência cadastradas no Sistema Único de Assistência Social, segundo o MEEM e PFEFFER por região do país, Brasil, 2015-2018.

ESTADO COGNITIVO	Regiões do Brasil				
	Norte %	Nordeste %	Centro-Oeste %	Sul %	Sudeste %
DECLÍNIO COGNITIVO (MEEM)					
<i>Sim</i>	78,4	83,5	63,8	70,4	72,5
ESCALA DE PFEFFER					
<i>≤ 5 pontos</i>	10,4	9,9	15,7	7,6	14,0
<i>≥ 6 pontos</i>	89,6	90,1	84,3	92,4	86,0
DETERIORAÇÃO COGNITIVA					
<i>MEEM + PFEFFER</i>	75,6	81,0	60,2	69,2	68,8

MEEM: Mini Exame do Estado Mental; **PFEFFER:** Pfeffer Functional Activities Questionnaire.

As doenças mais predominantes, em todas as regiões, são as relacionadas ao sistema cardiovascular (78,3% a 87,5%). Dentre elas, a mais prevalente foi a HAS. A segunda doença mais prevalente, na maioria das regiões, foi o DM, seguida das doenças psiquiátricas. Apesar disto, a maioria das pessoas idosas não apresenta sintomas depressivos. Detectou-se incontinência urinária entre 9,4% e 15,9% e fecal entre 6,3% e 12,7% dos residentes. Entre 35,2% e 47,1% das pessoas idosas avaliadas faziam uso contínuo de fraldas. A dor crônica estava presente entre 9,7% e 22,7% dos residentes (Tabela 2).

No que diz respeito à quantidade de doenças, foi percebido que a maioria das pessoas idosas (54,3% a 59,4%) apresentam multimorbidade. Houve prevalência de residentes que faziam uso contínuo de medicamentos (86,8% a 92,2%), sendo que entre 40,8% e 58,3% utilizam de um a quatro medicamentos e de 28,5% a 51,4%, fazem uso de polifarmácia (regiões Sul e Sudeste) (Tabela 2).

A cobertura vacinal contra a influenza foi maior (87,1% a 94,9%), quando comparada à contra pneumonia e tétano (Tabela 2).

Tabela 2. Pessoas idosas residentes em Instituições de Longa Permanência cadastradas no Sistema Único de Assistência Social, segundo a presença de doenças, sintomas depressivos, incontinências, dor crônica, multimorbidade, polifarmácia e estado vacinal por região do país, Brasil, 2015-2018.

CONDIÇÕES DE SAÚDE	Regiões do Brasil				
	Norte %	Nordeste %	Centro-Oeste %	Sul %	Sudeste %
PRESENÇA DE DOENÇAS					
<i>Hipertensão Arterial</i>	62,4	57,5	57,7	55,0	58,1
<i>Diabetes Mellitus</i>	13,9	22,0	18,5	19,3	22,6
<i>Doenças Respiratórias</i>	3,1	2,4	5,0	9,8	4,2
<i>Doenças Cardíacas</i>	8,6	9,4	9,9	11,3	10,7
<i>Doenças Articulares</i>	7,2	10,6	14,0	15,6	10,1
<i>Acidente Vascular Cerebral</i>	16,5	11,4	16,3	14,1	12,6
<i>Câncer</i>	2,2	2,8	2,4	4,3	3,6
<i>Osteoporose</i>	3,4	5,5	6,8	7,2	2,8
<i>Síndrome Demencial</i>	15,0	10,0	16,7	15,7	11,2
<i>Doenças Psiquiátricas</i>	16,6	16,6	11,3	14,4	14,5
<i>Doenças Neurológicas</i>	8,0	5,7	4,6	3,4	6,9
<i>Outras doenças</i>	18,5	10,9	13,4	11,3	15,4
SINTOMAS DEPRESSIVOS					
<i>Sim</i>	44,5	45,1	30,2	39,5	50,0
INCONTINÊNCIAS					
<i>Incontinência Urinária</i>	9,4	11,8	14,5	15,9	12,1
<i>Incontinência Fecal</i>	8,4	9,3	6,3	12,7	10,9
<i>Faz uso de fralda</i>	46,7	47,1	37,8	35,2	45,2
DOR CRÔNICA					
<i>Sim</i>	22,7	16,4	17,1	11,4	9,7
MULTIMORBIDADE					
<i>Sem doenças</i>	8,3	13,3	11,2	12,6	12,0
<i>Não (1 doença)</i>	32,3	32,4	31,4	30,9	31,0
<i>Sim (2 ou mais doenças)</i>	59,4	54,3	57,4	56,5	57,0
POLIFARMÁCIA					
<i>Não usa medicamentos</i>	7,9	13,2	10,3	7,8	7,8
<i>Não (1 a 4)</i>	57,9	58,3	57,2	44,4	40,8
<i>Sim (5 ou mais)</i>	34,2	28,5	32,5	47,8	51,4
ESTADO VACINAL					
<i>Influenza</i>	92,1	87,1	91,9	94,0	94,9
<i>Pneumocócica</i>	33,8	25,2	72,8	75,8	45,1
<i>Antitetânica</i>	23,5	22,4	59,2	67,0	33,7

Em relação aos residentes que sofreram queda (21,8% a 24,3%), foi observado que a maioria caiu 1 vez, na própria ILPI, sendo o principal motivo o escorrego/tropeço, não necessitando atendimento de saúde e não apresentando fratura. Entre os que apresentaram fratura, o local mais fraturado foi o quadril, a bacia ou o fêmur (Tabela 3).

Tabela 3. Pessoas idosas residentes em Instituições de Longa Permanência cadastradas no Sistema Único de Assistência Social, segundo histórico de quedas, quantidade, local, motivo, necessidade de atendimento e fratura por região do país, Brasil, 2015-2018.

QUEDAS (NOS ÚLTIMOS 12 MESES)	Regiões do Brasil				
	Norte %	Nordeste %	Centro-Oeste %	Sul %	Sudeste %
QUEDAS					
<i>Sim</i>	24,3	21,8	22,0	22,6	21,9
NÚMERO DE QUEDAS					
<i>1 vez</i>	60,0	47,0	58,3	56,1	59,8
<i>2 vezes</i>	18,3	24,6	17,0	21,5	21,8
<i>3 ou mais vezes</i>	21,7	28,4	24,7	22,4	18,4
ONDE SOFREU A QUEDA					
<i>Na própria instituição</i>	86,5	88,2	82,8	94,1	86,9
<i>Fora da instituição</i>	13,5	11,8	17,2	5,9	13,1
MOTIVO DA ÚLTIMA QUEDA					
<i>Escorregou/tropeçou</i>	50,3	53,8	59,9	57,9	55,0
<i>Ficou tonto/desmaiou</i>	16,0	11,4	11,5	13,2	13,6
<i>Fraqueza nos MMII</i>	11,2	11,4	7,3	8,6	8,3
<i>Foi empurrado</i>	0,6	1,6	2,6	3,0	4,1
<i>Outros</i>	21,9	21,8	17,8	17,3	19,0
NECESSITOU DE ATENDIMENTO DE SAÚDE POR CAUSA DA QUEDA					
<i>Sim</i>	48,9	38,6	42,3	54,1	42,1
APRESENTOU FRATURA					
<i>Quadril/bacia/fêmur</i>	5,1	4,0	10,8	13,6	7,2
<i>Cotovelo/punho/mão</i>	3,4	3,4	3,1	6,8	5,5
<i>Outro local</i>	3,4	2,5	4,1	9,2	5,0

MMII: Membros inferiores.

Quanto ao estado funcional, a Tabela 4 mostra que a maioria das pessoas idosas de todas as regiões são dependentes para alguma Atividade Básica de Vida Diária. A atividade de maior independência é a de alimentar-se, com uma variação de 79,9% a 86,5%, e a atividade de maior dependência é tomar banho, que varia de 51,6% a 60,5%. Quanto à mobilidade, a maioria não apresentava alterações.

Tabela 4. Pessoas idosas residentes em Instituições de Longa Permanência cadastradas no Sistema Único de Assistência Social, segundo capacidade de realização de Atividade Básica de Vida Diária e mobilidade por região do país, Brasil, 2015-2018.

ESTADO FUNCIONAL	Regiões do Brasil				
	Norte %	Nordeste %	Centro-Oeste %	Sul %	Sudeste %
ATRAVESSA UM CÔMODO CAMINHANDO					
<i>Realiza</i>	53,0	52,4	62,6	56,8	57,6
<i>Não realiza</i>	47,0	47,6	37,4	43,2	42,4
VESTIR-SE					
<i>Realiza</i>	46,1	43,6	52,2	46,6	46,2
<i>Não realiza</i>	53,9	56,4	47,8	53,4	53,8
TOMAR BANHO					
<i>Realiza</i>	44,7	40,0	48,4	39,5	43,9
<i>Não realiza</i>	55,3	60,0	51,6	60,5	56,1
ALIMENTAR-SE					
<i>Realiza</i>	80,7	79,9	86,5	84,0	83,1
<i>Não realiza</i>	19,3	20,1	13,5	16,0	16,9
DEITAR-SE E LEVANTAR-SE DA CAMA					
<i>Realiza</i>	54,2	54,6	62,2	56,0	57,6
<i>Não realiza</i>	45,8	45,4	37,8	44,0	42,4
USAR O VASO SANITÁRIO					
<i>Realiza</i>	51,4	48,5	58,2	55,5	53,6
<i>Não realiza</i>	48,6	51,5	41,8	44,5	46,4
DEPENDÊNCIA NAS ABVDs					
<i>Independentes</i>	37,2	31,7	44,4	34,9	38,9
<i>Dependentes</i>	62,8	68,3	55,6	65,1	61,1
MOBILIDADE					
<i>Preservada</i>	61,1	60,7	67,4	65,8	65,2
<i>Alterada</i>	38,9	39,3	32,6	34,2	34,8

Os dados da pesquisa mostram que algumas pessoas idosas (10% a 17,0%) utilizavam aparelho ou instrumento de apoio para atravessar um cômodo caminhando, sendo os mais utilizados a bengala, seguida do andador.

No que diz respeito ao uso dos serviços de saúde, foi observado na Tabela 5 que a expressiva maioria das pessoas idosas (entre 82,8% e 89,3%) realizou alguma consulta médica, não foi hospitalizada e nem foi atendida em um serviço de urgência/emergência nos 12 meses que antecederam a coleta de dados. As consultas médicas foram realizadas na própria ILPI, fora da ILPI e em ambos os tipos de serviço.

Tabela 5. Pessoas idosas residentes em Instituições de Longa Permanência cadastradas no Sistema Único de Assistência Social, quanto ao uso dos serviços de saúde nos últimos 12 meses por região do país, Brasil, 2015-2018.

USO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NOS ÚLTIMOS 12 MESES	Regiões do Brasil				
	Norte %	Nordeste %	Centro-Oeste %	Sul %	Sudeste %
CONSULTA MÉDICA					
<i>Na instituição</i>	54,4	49,8	41,2	40,1	49,0
<i>Fora da instituição</i>	26,7	22,5	25,3	18,2	29,3
<i>Na instituição e fora dela</i>	8,2	10,5	22,2	25,1	10,4
HOSPITALIZAÇÃO					
<i>Sim</i>	18,3	14,8	18,3	19,3	17,2
ATENDIMENTO DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA					
<i>Sim</i>	22,1	17,1	16,9	17,7	15,9

DISCUSSÃO

Foi observado que a maioria das pessoas idosas é do sexo masculino, semelhante ao encontrado nos estudos realizados em Minas Gerais¹³ e Maceió/AL¹⁴. Esse perfil é encontrado em poucos trabalhos, dado que a maior parte dos realizados em ILPIs encontra uma predominância do sexo feminino, considerando a maior expectativa de vida desse grupo¹⁵. Por outro lado, esse dado foi constatado na região Nordeste.

No que se refere à faixa etária, observa-se um predomínio de pessoas idosas mais longevas (80 anos ou mais), exceto na região Sul. Resultado similar foi encontrado em pesquisa realizada em Ponta Grossa/PR, onde foi observado que 62,2% dos residentes tinham 80 anos ou mais⁶.

A maioria dos participantes apresentou declínio cognitivo, corroborando os achados de pesquisas realizadas em três regiões do país em diferentes estudos: Porto Alegre/RS¹¹, Maceió/AL¹⁴ e Pindamonhangaba/SP¹⁶. Uma das justificativas para esse achado pode estar relacionada a maior necessidade de atenção e cuidado que essas pessoas idosas demandam e ao fato de a maioria das famílias brasileiras não ter condições de oferecê-la em casa. Diferentes investigações internacionais têm apontado que a maior longevidade está associada a maior prevalência de alterações cognitivas aumentando a necessidade de cuidados mais especializados, o que pode estar associado a criação da Política Nacional de Cuidados, atualmente em trâmite¹⁷.

Quanto às condições de saúde, observa-se maior prevalência de doenças cardiovasculares, corroborando um estudo realizado em Curitiba/PR, onde estas acometiam 62,3% dos residentes¹⁸. Entre as doenças cardiovasculares, a HAS foi a mais prevalente, seguida do AVC^{3,6}. Lembrando que a HAS é a doença mais prevalente na população idosa, institucionalizada ou não.

A segunda doença mais prevalente foi a DM, variando de 13,9% a 22,6%, a depender da região analisada. Achados semelhantes foram encontrados em um outro trabalho, em que a DM foi a segunda doença mais prevalente, com percentual aproximado de 30% entre as pessoas idosas⁶. Chama atenção o fato de as doenças psiquiátricas aparecerem na terceira posição, variando de 11,3% a 16,6% nos residentes. Este achado corrobora o encontrado em estudo na região Nordeste em 2022, em que as doenças psiquiátricas apareceram logo em seguida as doenças cardíacas e DM³.

O sofrimento mental traz grandes desafios e afeta não só as pessoas idosas, mas também seus cuidadores e familiares. A compreensão desses desafios e a implementação de intervenções adequadas, como terapias psicológicas, terapias farmacológicas, atividades sociais e programas de estimulação cognitiva, são fundamentais para preservar a saúde mental e a qualidade de vida das pessoas idosas¹⁹.

A maioria dos participantes não apresentava sintomas depressivos na entrevista, semelhante ao encontrado em estudo realizado no estado de São Paulo, onde aproximadamente 68,0% dos residentes também não os apresentava¹⁶.

Incontinência urinária e incontinência fecal foram identificadas entre os residentes. Essas condições geralmente são associadas a piora da qualidade de vida, independência e violência^{20,21}. A incontinência urinária é uma das mais importantes síndromes geriátricas e pode ser definida como qualquer perda involuntária de urina que pode ocorrer associada ou não a esforços²⁰. Essa condição foi identificada entre 9,4% e 15,9% dos entrevistados, a depender da região. Dados semelhantes são relatados em um estudo que trata do risco de queda em pessoas idosas com incontinência urinária, que refere que a incontinência urinária é uma condição frequente na população em geral, acometendo cerca de 19% das mulheres e 10% dos homens com mais de 60 anos²⁰.

A prevalência de incontinência fecal foi observada entre 6,3% e 12,7% dos residentes. Corroborando os dados encontrados no estudo FIBRA, onde houve prevalência de 5,9% de incontinência fecal entre as pessoas idosas participantes²¹. Nas regiões Sul e Sudeste a prevalência observada foi quase o dobro do encontrado em estudos populacionais, além de estar associada as situações de violência.

Foi observado que quase a metade dos residentes fazia uso diário de fraldas, sem que isso estivesse necessariamente associado a incontinências, o que pode estimular a dependência adquirida e que pode ser associada a violência institucional contra a pessoa idosa. Estudo com pessoas idosas institucionalizadas na Bahia verificou que o uso de fraldas de forma contínua faz com que os residentes apresentem duas vezes mais chances de desenvolverem infecção do

trato urinário (ITU), assim como uma menor periodicidade de trocas, elevando a chance de ITU e alteração na integridade da pele²², além de representar uma negligência assistencial institucional.

Diante desse contexto, o seguinte questionamento se torna ainda mais contundente: “O que leva os residentes das ILPIs a usarem fralda continuamente?”. O uso contínuo de fraldas requer troca sistemática e higienização íntima mais frequentes dos residentes, porém nem sempre é possível devido a inadequação dos recursos humanos nas ILPIs²².

A insuficiência de profissionais para cuidar das pessoas idosas pode ser uma provável explicação para este achado, embora não justifique a negligência assistencial. Além das questões relacionadas às incontinências e ao número reduzido de recursos humanos, o uso de fraldas também pode estar associado ao declínio cognitivo, a presença de multimorbidade e ao comprometimento da mobilidade e da funcionalidade das pessoas idosas.

A presença de dor crônica foi um achado importante, variando entre 9,7% e 22,7%. Dados semelhantes foram encontrados em um outro estudo, em que 16,7% dos participantes referiram a presença de dor crônica²³. Em pesquisa que identificou a prevalência de dor crônica em pessoas idosas não institucionalizadas acima de 70 anos de idade no estado de São Paulo, observou-se um percentual maior (57%) de dor crônica referida pelos participantes com associação direta com as variáveis sexo, Índice de Massa Corporal (IMC), multimorbidade e sintomas de insônia e de depressão. Esse estudo destaca ainda que a presença da dor crônica traz um impacto negativo na autoavaliação da saúde da pessoa acometida²⁴.

No que diz respeito ao número de doenças referidas, a maioria dos participantes apresentava multimorbidade, ou seja, duas ou mais doenças. No entanto, esta prevalência é menor do que a encontrada em estudos populacionais, que pode estar associado a uma avaliação de saúde inadequada, dificuldade de acesso aos serviços de saúde e negligência assistencial. A alta prevalência de multimorbidade entre pessoas idosas institucionalizadas, tem a tendência a aumentar com o avançar da idade. Essa condição pode gerar a necessidade de uso de uma grande quantidade de medicamentos que, embora sejam necessários, algumas vezes podem desencadear complicações para a saúde^{3,11,12}. Neste estudo observou-se que, no mínimo, 86,8% dos residentes faziam uso diário de algum fármaco, dados que se assemelham aos encontrados em outras investigações^{11,23}.

Nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste a quantidade de medicações de uso diário variou de uma a quatro drogas, corroborando os achados encontrados em um estudo que caracterizou clínica e epidemiologicamente residentes de ILPI, onde 53,4% dos participantes faziam uso similar¹³. Nas regiões Sul e Sudeste, o uso diário de medicamentos observado foi

maior, sendo a polifarmácia mais prevalente. A polifarmácia também foi prevalente no estudo que identificou o perfil social e de saúde de pessoas idosas institucionalizadas, pela qual 50,7% faziam uso diário de cinco ou mais medicamentos³. Ao se comparar as regiões, observa-se que nas regiões que apresentam um melhor acesso aos serviços de saúde há prevalência de polifarmácia.

O fato de a população idosa fazer uso de uma grande quantidade de medicamentos leva à necessidade de uma maior supervisão de saúde da ILPI, para amenizar efeitos indesejados das medicações em uso³, incluindo as interações medicamentosas, bem como de uma melhor avaliação, com vistas à adequação do uso dessas medicações em consideração aos benefícios para a pessoa idosa¹¹. As ILPIs não são consideradas instituições de saúde e nem sempre contam com profissionais de saúde em seus quadros permanentes.

Em termos de prevenção de agravos, priorizar a vacinação das pessoas idosas é imperativo, visto a maior ocorrência e severidade de complicações das doenças preveníveis pelas vacinas neste grupo. As pessoas idosas apresentam redução da sua imunidade decorrente do prejuízo da proteção por anticorpos, imunossenescência e condições crônicas associadas à idade avançada²⁵.

A cobertura vacinal contra a influenza variou entre 87,1% e 94,9%, a depender da região. Dados semelhantes também são encontrados em um estudo realizado na região Centro-Oeste, em que a cobertura vacinal para influenza foi de 95,6%, alcançando a meta de cobertura vacinal de influenza de 90%, preconizado pelo Ministério da Saúde²⁶. Esses dados levam a crer que a vacinação contra influenza já está consolidada e se tornou algo rotineiro. Pressupõe-se que tanto as pessoas idosas, como os profissionais de saúde, reconhecem os benefícios da vacina contra a influenza, e que isso se deve às práticas realizadas anualmente pelos serviços, com o papel que vem sendo exercido pela atenção primária nos territórios²⁶.

Quanto à cobertura vacinal para pneumonia, a prevalência observada foi mais reduzida, o que gera preocupação, uma vez que a doença pneumocócica é um problema grave de saúde pública, sendo responsável pelo óbito de 1,6 a 2 milhões de pessoas a cada ano no mundo; 50% destes óbitos ocorrem nos adultos e nas pessoas idosas²⁵.

A pneumonia é uma das principais causas de internação hospitalar nas pessoas com mais de 50 anos de idade. Assim, se faz necessário um olhar mais atento para a imunização das pessoas idosas, uma vez que a vacina contra infecção pneumocócica está recomendada, de acordo com a Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIIm), para pessoas saudáveis acima de 60 anos²⁵.

Foi observado também uma baixa cobertura vacinal para o tétano, que precisa de atenção, pois o tétano é uma doença infecciosa, não contagiosa, com letalidade de 35% a 40%, podendo ser ainda mais elevada na pessoa idosa. É considerado também um grande problema de saúde pública para muitos países em desenvolvimento, inclusive o Brasil²⁵.

Entretanto, tanto a vacina para prevenir a pneumonia quanto a antitetânica, podem ter sido aplicadas anteriormente à institucionalização e essa informação não constar na caderneta entregue pelo residente ou seu familiar no momento da internação.

Devido à heterogeneidade das coberturas vacinais entre as pessoas idosas, se faz necessária a realização de busca ativa desta população rotineiramente, com o intuito de descobrir qual o motivo da baixa cobertura vacinal e assim obter uma maior adesão²⁶. O cuidado à saúde de pessoas idosas institucionalizadas não deve ser negligenciado, principalmente quando se pensa na ausência de familiares na maior parte do tempo. Cabe aos profissionais das ILPIs e das autoridades locais uma atenção especial para identificar as demandas dessa população e estimular uma maior adesão às práticas assistenciais são essenciais para a promoção da saúde, como a vacinação.

A queda entre as pessoas idosas é um importante agravo discutido em saúde pública, que pode ser considerada um marcador do início de declínio importante de determinada função ou um sintoma de uma patologia nova entre essa população²⁷. Nesta pesquisa, as quedas entre as pessoas idosas nos 12 meses anteriores a entrevista variaram de 21,4% a 24,3%, com percentual mais baixo do que o encontrado em outro trabalho, também realizada com pessoas idosas institucionalizadas, da qual, a ocorrência de quedas chegou a quase 50%²⁸. Este achado pode estar associado a uma maior restrição motora, por limitação da própria pessoa idosa ou por contenção mecânica. Essa colocação se deve ao fato de que 37,4% a 47,6% dos residentes não conseguiam atravessar um cômodo caminhando.

Dentre os participantes que referiram quedas, entre 47% e 60% caíram 1 vez nos últimos 12 meses que antecederam a coleta. Uma prevalência um pouco mais alta foi encontrada em um estudo que trata das quedas entre pessoas idosas de uma instituição de longa permanência de município da Zona da Mata Mineira, onde 62,5% dos residentes caíram 1 vez nos últimos 12 meses, e 37,5% dos participantes sofreram mais de uma queda nos últimos 12 meses²⁸.

Em pesquisa realizada com pessoas idosas não institucionalizadas foi observado dados bem diferentes, onde o número de quedas nos últimos 12 meses apresentou uma média de 2,84% entre os entrevistados, constatando que pessoas idosas na comunidade circulam mais e, portanto, estão mais expostas à possibilidade de queda²⁹.

Essa evidência confirma que o indivíduo pode apresentar, com certa frequência, outros episódios de queda ao longo da vida, sendo este fato muito preocupante, uma vez que muitos fatores estão interligados à sua ocorrência²⁹. Vale ressaltar que, ao cair, as pessoas idosas podem desenvolver medo e insegurança, o receio de “cair novamente”, e isso tem consequências negativas no bem-estar físico e funcional desses indivíduos, uma vez que pode gerar perda de autonomia e independência²⁷.

O local de ocorrência de queda em mais de 82,8% dos residentes que a relataram foi a ILPI. Esse dado é semelhante ao encontrado em um estudo realizado no Nordeste brasileiro, que apresenta uma maior porcentagem de quedas na instituição em locais como lavanderia, corredores, refeitório, consultórios e área de lazer³.

O principal motivo da queda para os residentes deste estudo foi o escorrego/tropeço, que pode ser associado a própria estrutura física das instituições, como ambientes com acessibilidade comprometida (escadas, pisos irregulares, áreas molhadas, objetos no chão). Além disso, o uso de calçados inadequados pelos residentes pode potencializar essa ocorrência. Como as instituições que participam deste estudo são instituições que abrigam indivíduos em situação de vulnerabilidade, a maioria não possui condições para fazer uso de calçados adequados e outros não se adaptam e preferem as sandálias de borracha, que não prendem os calcanhares³.

Quanto à necessidade de atendimento de saúde após a queda, observou-se que aproximadamente metade das pessoas idosas que caíram necessitou de atendimento de saúde, e esse dado é semelhante ao encontrado em um estudo que trata da ocorrência de quedas em pessoas idosas, na cidade de Picos/PI, onde 40% tiveram necessidade de assistência médica²⁹. Dentre os que caíram, entre 9,9% e 29,6% apresentaram fratura, sendo esse achado mais prevalente ao encontrado em um outro estudo, onde 4,1% das pessoas idosas tiveram fratura²⁹. A prevalência de quedas observada neste estudo foi menor, porém a ocorrência de fraturas foi proporcionalmente maior, mostrando uma maior fragilização dos residentes ou uma maior gravidade das ocorrências, em um local que deveria ser mais seguro.

O local onde houve o maior predomínio de fratura foi quadril, bacia ou fêmur. As fraturas são uma das consequências mais comuns entre pessoas idosas após uma queda, principalmente as fraturas de quadril e fêmur, seguidas pelas de punho²⁷.

Em relação às quedas, as consequências não são somente físicas, mas psicológicas e sociais, como hospitalização, institucionalização ou reabilitação, diminuindo autonomia e aumentando custos para a saúde pública, sendo uma das principais causas de incapacitação e óbito²⁷.

No que diz respeito ao estado funcional, constatou-se que a maioria das pessoas idosas de todas as regiões tem dependência em pelo menos uma das ABVD. Dados semelhantes são encontrados no estudo que identificou o perfil social e de saúde de residentes, onde grande parte dos participantes tem dependência para realizar suas ABVD³.

A dificuldade em se alimentar sozinho variou de 13,5% a 20,1%. Lembrando que essa dificuldade, via de regra, está associada às pessoas idosas mais dependentes, e é bem maior que a prevalência observada em um estudo realizado em 11 ILPIs no Rio Grande do Sul, onde apenas 5% dos participantes eram dependentes para alimentação²³. A maior prevalência de dependência funcional foi relacionada na atividade de tomar banho, variando de 51,6% e 60,5%. Dados similares foram encontrados noutro estudo²³.

Esse panorama de dependência funcional nas ILPIs necessita de uma avaliação mais aprofundada, uma vez que a dependência referida não deixa claro se está relacionada a limitação da própria pessoa idosa ou a estrutura organizacional da própria instituição.

Faz-se necessário estar atento para essas questões relacionadas a capacidade funcional das pessoas idosas, uma vez que com o passar do tempo é comum um maior declínio, que pode se intensificar com os anos de residência, demandando cuidados especializados para a sua prevenção e tratamento. Assim, a pessoa idosa gradativamente vai aumentando sua dependência e diminuindo sua capacidade funcional, sendo esse fato ainda mais comum entre as pessoas idosas institucionalizadas¹⁶.

Os resultados apontam para a necessidade de encorajamento das pessoas idosas no ambiente institucional, para o seu autocuidado e para manutenção e/ou resgate da sua capacidade funcional, independência e autonomia durante o maior tempo possível, mas também a importância das instituições oferecerem atividades e cuidados que estimulem essa independência¹¹. Este olhar é importante, uma vez que a capacidade funcional tem implicações diretas para a qualidade de vida da pessoa idosa e a incapacidade ocasiona maior vulnerabilidade e dependência, contribuindo para a diminuição do bem-estar³.

No tocante às AIVD, foi constatado que a maioria dos residentes não realizam as atividades ou a ILPI não permitia que eles as realizassem. O que pode contribuir com essa condição é o fato de as pessoas idosas chegarem a ILPI já com algum tipo de comprometimento e com isso elas não as realizam¹⁴.

A condição das pessoas idosas não fazerem ou da ILPI não permitir a realização das AIVD leva, conseqüentemente, a necessidade dessas atividades serem realizadas por outras pessoas. Essa condição deixa clara a dependência estrutural que é imposta, mesmo que de modo velado, a esses residentes. Outro fato que precisa ser destacado é que as AIVD também estão

diretamente relacionadas à sua participação social, e, quando não permitidas nas instituições, pode aumentar o isolamento da pessoa idosa. O residente não pode sair, não pode tomar os próprios medicamentos, não pode fazer compras, não pode fazer atividades domésticas, não pode "fazer nada". A instituição o limita, tirando da pessoa idosa a capacidade de viver autônoma e independentemente.

Entre as pessoas idosas avaliadas, 60,7% deambulam. Dados contrários foram encontrados em um estudo realizados em Campo Grande/MS, em que houve predominância de pessoas idosas cadeirantes (69%), enquanto os que deambulam representaram 25% dos participantes¹⁸. Além disso, aproximadamente entre 13% e 21% das pessoas idosas utilizam aparelho ou instrumento de apoio para atravessar um cômodo caminhando, sendo a bengala a mais utilizada. Estudo realizado em Curitiba/PR observou o contrário, pois a maioria dos residentes avaliados utilizavam dispositivo de locomoção¹⁸. Em outro trabalho realizado em ILPI no estado de Minas Gerais, 43,1% das pessoas idosas utilizavam algum tipo de dispositivo

13.

Estudos sobre a utilização de serviços de saúde por pessoas idosas no Brasil são escassos e especialmente em pessoas idosas institucionalizadas, embora essa população geralmente apresente várias demandas de saúde (condições crônicas, incapacidades, multimorbidade e polifarmácia) que necessitam de atendimento. Verificou-se que, a depender da região, entre 82,8% e 89,3% dos residentes passaram por consulta médica nos 12 meses anteriores à entrevista, bem superior ao observado em outro estudo, no qual, apenas 46% tiveram atendimento médico³⁰. A proporção elevada de consultas médicas realizadas na ILPI pode ser reflexo da presença do profissional médico nas instituições.

Em relação à hospitalização, entre 14,8% e 19,3% dos residentes foram internados. Esse achado é superior ao encontrado em um estudo realizado com pessoas idosas não institucionalizadas das 5 regiões do país, onde 11,1% dos participantes foram internados³⁰.

Outro dado importante é que 15,9% a 22,1% das pessoas idosas deste estudo foram atendidas em serviços de urgência/emergência nos 12 meses anteriores a coleta de dados. Dados similares foram encontrados em uma pesquisa que constatou que 16,4% das pessoas idosas que viviam na comunidade procuravam este tipo de serviço³⁰.

Os estudos sobre uso e acesso à serviços de saúde por residentes em ILPIs são escassos, embora esta seja uma população mais fragilizada e com altas demandas assistenciais, deixando a dúvida se as pessoas são adequadamente assistidas nas instituições ou se estariam sendo negligenciadas.

CONCLUSÃO

Nesta pesquisa foi observado o predomínio de pessoas idosas do sexo masculino, com 80 anos ou mais, com declínio cognitivo. Em relação as condições de saúde, foi constatada a multimorbidade na maioria dos residentes, com prevalência das doenças relacionadas ao sistema cardiovascular, com destaque para a HAS.

Observou-se também, que quase a metade dos residentes fazem uso contínuo de fraldas, apesar da incontinência urinária e fecal estarem presentes em um pequeno número de pessoas idosas. Em relação à medicação, a grande maioria faz uso, sendo que a polifarmácia foi prevalente nas regiões Sul e Sudeste. A cobertura vacinal contra a influenza mostrou-se satisfatória.

Queda não foi um evento significativo, por outro lado, mostrou-se a uma maior restrição física das pessoas idosas. Dentre os que caíram, o principal motivo relatado foi o escorrego/tropeço, e não necessitaram de atendimento de saúde.

No que concerne à condição funcional dos residentes, a maioria deambula (com e sem auxílio), o que sugere uma maior independência para as ABVD, entretanto, não foi o relatado, sugerindo a presença de dependência estrutural imposta pelas instituições. A cobertura assistencial mostrou-se satisfatória.

Uma análise contínua das condições de saúde e demandas existentes é imprescindível. Se faz necessário uma avaliação e adequação das instituições, no que diz respeito a estrutura, aos profissionais e as políticas públicas vigentes, para garantir um atendimento com dignidade, qualidade e segurança.

Como limitações deste estudo, cita-se a amostragem, que por ser regional, não permite uma visão nacional, no entanto deve-se considerar que estudos regionais anteriores não foram desenvolvidos. A falta de estudos com representatividade que dessem suporte à discussão também foi um fator limitador, mostrando a necessidade de desenvolvimento de estudos futuros, preferencialmente com delineamento longitudinal que possibilitaria análises mais consistentes subsidiando um planejamento mais adequado de políticas públicas voltadas a essa população.

Também, que a abordagem transversal utilizada não permite traçar um panorama evolutivo e o delineamento descritivo não estabelece relações causais das variáveis analisadas. Além disso, a utilização de um *proxy* respondente em mais de 50% das entrevistas em todas as regiões também pode ser uma limitação.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Brasileiro de 2022 [Internet]. Brasília: IBGE; 2022 [citado em 22 abr 2024]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/22827-censo-demografico-2022.html>
2. Moura RF, Cesar CLG, Goldbaum M, Okamura MN, Antunes JLF. Fatores associados às desigualdades das condições sociais na saúde de idosos brancos, pardos e pretos na cidade de São Paulo, Brasil. *Ciênc Saúde Colet*. [Internet]. 2023 [citado em 22 abr 2024]; 28(3):897-907. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232023283.08582022>
3. Rocha VA, Fernandes BKC, Furtado AM, Freitas MC, Lima AB, Chaves DNR, et al. Perfil social e de saúde de idosos institucionalizados. *International Journal of Development Research*. [Internet]. 2022 [citado em 10 maio 2024]; 12(4):55155-59. Disponível em: <https://www.journalijdr.com/sites/default/files/issue-pdf/24309.pdf>
4. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução de Diretoria Colegiada - RDC Nº 502, de 27 de maio de 2021. Dispõe sobre o funcionamento de Instituição de Longa Permanência para Idosos, de caráter residencial [Internet]. Brasília, DF: ANVISA; 2021 [citado em 22 abr 2024]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2020/rdc0502_27_05_2021.pdf
5. Caetano M, Guimarães GTD, Fiorotti MRO. Política de Assistência Social: avaliação da gestão municipal a partir do Censo SUAS. *Argumentum* [Internet]. 2021 [citado em 15 maio 2024]; 13(1):187-98. DOI: <https://doi.org/10.47456/argumentum.v13i1.30158>
6. Ribeiro AE, Santos GS, Baldani MH. Edentulismo, necessidade de prótese e autopercepção de saúde bucal entre idosos institucionalizados. *Saúde Debate* [Internet]. 2023 [citado em 20 maio 2024]; 47(137):222-41. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202313716>
7. Lebrão ML, Duarte YAO. Estudo das condições sociodemográficas e epidemiológicas dos idosos residentes em instituições de longa permanência para idosos registradas no censo SUAS (Sistema Único de Assistência Social). Projeto de pesquisa apresentado ao Ministério da Saúde. São Paulo, 2015.
8. Icaza MC, Albala C. Projeto SABE. Minimental State Examination (MMSE) del estudio de dementia en Chile: análisis estatístico. Washington, D.C.: OPAS; 1999. (Investigaciones en Salud Pública Documentos Técnicos, 7).
9. Pfeffer RI, Kurosaki TT, Harrah Júnior CH, Chance JM, Filos RN. Measurement of functional activities in older adults in the community. *J Gerontol*. [Internet]. 1987 [citado em 20 fev 2024]; 37(3):323-9. DOI: <https://doi.org/10.1093/geronj/37.3.323>

10. Santos A, Nunes B, Kislaya I, Gil AP, Ribeiro O. Estudo de validação em Portugal de uma versão reduzida da Escala de Depressão Geriátrica. *Análise Psicológica* [Internet]. 2019 [citado em 20 fev 2024]; 37(3):405-15. DOI: <https://doi.org/10.14417/ap.1505>
11. Rosa VPP, Urbanetto JS. Perfil sociodemográfico e clínico e sua associação com o grau de dependência em idosos institucionalizados. *Estud Interdiscipl Envelhec*. [Internet]. 2021 [citado em 20 maio 2024]; 27(3):315-33. DOI: <https://doi.org/10.22456/2316-2171.104973>
12. Christofolletti M, Duca GFD, Gerage AM, Malta DC. Simultaneidade de doenças crônicas não transmissíveis em 2013 nas capitais brasileiras: prevalência e perfil sociodemográfico. *Epidemiol. Serv Saúde* [Internet]. 2020 [citado em 20 fev 2024]; 29(1):e2018487. DOI: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000100006>
13. Bernardes TAA, Santana ET, Coutinho GG, Camisasca LR, Araújo GD, Pereira FAF, et al. Caracterização clínica e epidemiológica de idosos de uma instituição de longa permanência. *Enferm Foco* [Internet]. 2021 [citado em 15 abr 2024]; 12(3):588-93. DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n3.4397>
14. Lima VS, Sousa JPS, Cavalcanti SL, Cavalcante JC. Estado cognitivo e funcional de idosos institucionalizados de Maceió, Alagoas, Brasil. *Revista Portal: saúde e sociedade*. [Internet]. 2022 [citado em 11 abr 2024]; 7:e02207002. Disponível em: <https://doi.org/10.28998/rpss.e02207002>
15. Vasconcelos CLB, Bastos GCFC, Sousa IF, Almeida RJ. Qualidade de vida de idosos institucionalizados no Brasil: uma revisão integrativa. *Revista Brasileira Militar de Ciências*. [Internet]. 2022 [citado em 11 abr 2024]; 8(20):23-9. DOI: <https://doi.org/10.36414/rbmc.v8i20.133>
16. Ferreira SP, Palma RS, Ribeiro KS, Miranda VCR, Teodoro ECM, Pereira ECA. Prevalência da síndrome da fragilidade e perfil clínico e sociodemográfico dos idosos institucionalizados de Pindamonhangaba/SP. *Fisioter Brasil* [Internet]. 2021 [citado em 19 maio 2024]; 22(6):809-23. DOI: <https://doi.org/10.33233/fb.v22i6.4123>
17. World Health Organization. Global status report on the public health response to dementia. Geneva: WHO; 2021[citado em 24 jul 2024]. Disponível em: <https://digitalcommons.fiu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1962&context=srhreports>
18. Santos LV, Crovador GPR, Henke C, Macedo CPL, Ribeiro URVCO. Fatores associados com redução da capacidade funcional em idosos de uma Instituição de Longa Permanência no município de Curitiba – PR. *Res Soc Dev*. [Internet]. 2023 [citado em 03 abr 2024]; 12(7):e14812742652. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v12i7.42652>

19. Souza AP, Rezende KTA, Marin MJS, Tonhom SFR, Damaceno DG. Ações de promoção e proteção à saúde mental do idoso na atenção primária à saúde: uma revisão integrativa. *Ciênc Saúde Colet*. [Internet]. 2022 [citado em 21 maio 2024]; 27(5):1741-52. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022275.23112021>
20. Faria FP, Souza FSL. Risco de queda em idosos com incontinência urinária. *Pensar Acadêmico* [Internet]. 2023 [citado em 21 maio 2024]; 21(5):1535-56. DOI: <https://doi.org/10.21576/pensaracadmico.2023v21i5.4070>
21. Costa EM, Moreira VG, Neri AL, Ferriolli E, Pereira LS, Drummond FM, et al. Cuidados de saúde, capacidade funcional e incontinência urinária estão associados à incontinência fecal? Estudo Fibra-BR. *Geriatr Gerontol Aging* [Internet]. 2023 [citado em 21 maio 2024]; 17:e0230028. DOI: <https://doi.org/10.53886/gga.e0230028>
22. Silva JLA, Fonseca CD, Stumm EMF, Rocha RM, Silva MR, Barbosa DA. Fatores associados à infecção de trato urinário em Instituição de Longa Permanência para idosos. *Rev Bras Enferm*. [Internet]. 2021 [citado em 03 abr 2024]; 74(Supl 2):e20200813. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0813>
23. Güths JFS, Jacob MHVM, Santos AMPV, Arossi GA, Béria JU. Perfil sociodemográfico, aspectos familiares, percepção de saúde, capacidade funcional e depressão em idosos institucionalizados no Litoral Norte do Rio Grande do Sul, Brasil. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. [Internet]. 2017 [citado em 07 maio 2024]; 20(2):175-85. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562017020.160058>
24. Ciola G, Silva MF, Yassuda MS, Neri AL, Borim FSA. Dor crônica em idosos e associações diretas e indiretas com variáveis sociodemográficas e de condições de saúde: uma análise de caminhos. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. [Internet]. 2020 [citado em 07 maio 2024]; 23(3):e200065. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562020023.200065>
25. Rozenbaum R. Vacinação no idoso. *Medicina, Ciências e Arte* [Internet]. 2023 [citado em 03 jun 2024]; 2(3):38-60. Disponível em: <https://www.medicinacienciaearte.com.br/revista/article/view/68/63>
26. Silva PVC, Nicoli LHS, Oliveira SH, Tavares LOM, Guimarães EAA, Oliveira VC. Cobertura de vacinação anti-influenza em idosos, Minas Gerais, Brasil. *Res Soc Dev*. [Internet]. 2021 [citado em 07 maio 2024]; 10(6):e3610615222. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i6.15222>
27. Sofiatti SL, Oliveira MM, Gomes LM, Vieira KVS. A importância da fisioterapia na capacidade funcional de idosos com risco de quedas. *Revista Brasileira Militar de Ciências*

[Internet]. 2021 [citado em 03 abr 2024]; 7(17):31-7. DOI:

<https://doi.org/10.36414/rbmc.v7i17.87>

28. Montenário JVC, Oliveira GS, Vieira SE, Reis RH, Brinati LM, Cheloni IG. Prevalência de quedas entre idosos de uma instituição de longa permanência. Nursing. [Internet].

2021[citado em 01 maio 2024]; 24(281):6309-18. Disponível em:

<https://www.revistanursing.com.br/index.php/revistanursing/article/view/1975/2395>

29. Moura EM, Pereira FTS, Moura PL, Feitosa LMH, Leal LB, Cirino IP, et al. Quedas em idosos: inquérito de saúde domiciliar. Revista Foco [Internet]. 2023 [citado em 10 maio 2024];

16(6):e2157. DOI: <https://doi.org/10.54751/revistafoco.v16n6-031>

30. Almeida APSC, Nunes BP, Duro SMS, Lima RCD, Facchini LA. Falta de acesso e trajetória de utilização de serviços de saúde por idosos brasileiros. Ciênc Saúde Colet. [Internet]. 2020

[citado em 10 maio 2024]; 25(6):2213-26. DOI: [https://doi.org/10.1590/1413-](https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.27792018)

[81232020256.27792018](https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.27792018)

Editor Associado: Rafael Gomes Ditterich

Conflito de Interesses: os autores declararam que não há conflito de interesses

Financiamento: não houve

Contribuições:

Conceituação – Duarte YAO, Oliveira JM, Watanabe HAW

Investigação – Duarte YAO, Oliveira JM, Watanabe HAW

Escrita – primeira redação – Oliveira JM

Escrita – revisão e edição – Duarte YAO, Watanabe HAW

Como citar este artigo (Vancouver)

Oliveira JM, Duarte YAO, Watanabe HAW. Condições de saúde e demandas assistenciais de residentes de instituições de longa permanência: panorama regional. Rev Fam, Ciclos Vida Saúde Contexto Soc. [Internet]. 2024 [citado em *inserir dia, mês e ano de acesso*]; 12(3):e7844. DOI: <https://doi.org/10.18554/refacs.v12i3.7844>.

Como citar este artigo (ABNT)

OLIVEIRA, J. M.; DUARTE, Y. A. O.; WATANABE, H. A. W. Condições de saúde e demandas assistenciais de residentes de instituições de longa permanência: panorama regional. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, Uberaba, MG, v. 12, n. 3, e7844, 2024. DOI: <https://doi.org/10.18554/refacs.v12i3.7844>. Acesso em: *inserir dia, mês e ano de acesso*.

Como citar este artigo (APA)

Oliveira, J. M., Duarte, Y. A. O., & Watanabe, H. A. W. (2024). Condições de saúde e demandas assistenciais de residentes de instituições de longa permanência: panorama regional. Rev. Fam., Ciclos Vida Saúde Contexto Soc., 12(3), e7844. Recuperado em *inserir dia, mês e ano de acesso* de <https://doi.org/10.18554/refacs.v12i3.7844>.



Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons