PERFIL SOCIAL E CLÍNICO-FUNCIONAL DE IDOSOS RESIDENTES EM UMA INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA EM BELÉM, PARÁ, BRASIL

Social and clinical-functional profile of elderly residents at homes for the aged of the Brazilian Amazon region

Rodney Rezende da Cruz¹ ; Ilva Lana Balieiro Capela¹ ; Thiago Almeida Silva¹; Sandy Amara Costa Silva de Caldas¹ ; Edilene do Socorro Nascimento Falcão Sarges¹ ; Edgar Nunes de Moraes² ; João Sérgio de Sousa Oliveira³

ISSN: 2178-7514

Vol. 13 | Nº. 3 | Ano 2021

RESUMO

Objetivo: Investigar o perfil social e clínico-funcional de idosos residentes em uma instituição de longa permanência no município de Belém-PA. **Método:** Estudo epidemiológico, transversal, descritivo e com abordagem quantitativa. A amostra foi constituída por 40 idosos. A ficha de coleta de dados dividiu-se em três categorias: Social, Saúde (índice de massa corpórea, circunferência da panturrilha), e Funcionalidade (grau de dependência), Escore de incapacidade e protocolo de identificação do idoso vulnerável (VES-13). Os dados foram tabulados em uma planilha do programa Excel® e a análise descritiva dos dados foi realizada por meio do programa estatístico BioEstat versão 5.0, foram realizadas análises de frequência e média. **Resultados:** Predomínio de idosos do gênero feminino, na faixa etária de 70 a 79 anos, solteiros, naturais da região metropolitana de Belém, com nenhuma escolaridade, pardos, católicos, sem vínculo familiar, e sem filhos, com a principal forma de acesso institucional via Ministério Público. A renda mensal e plano de saúde foram por benefício de prestação continuada e do Sistema Único de Saúde, respectivamente. A proporção de idosos com polifarmácia foi maior. A Hipertensão arterial sistêmica, demência, diabetes mellitus e esquizofrenia foram as comorbidades mais frequentes. Houve predomínio de sobrepeso, CP acima do limite de corte, grau de independência I e média do VES-13 > 3. **Conclusão:** Medidas importantes devem ser tomadas em relação aos cuidados com esta população, acerca das questões sociais, nutricionais e de funcionalidade, gerando a possibilidade de traçar estratégias de avaliação e intervenção referente à necessidade individual de cada idoso neste contexto.

Palavras-chave: Idoso, Instituição de Longa Permanência para Idosos, perfil epidemiológico.

ABSTRACT

Objective: To investigate the social and clinical-functional profile of the elderly in a home for the aged of Belém (PA). **Method:** Epidemiological, transversal, descriptive and quantitative study. A sample was calculated by 40 elderly residents. The study was divided into three categories: Social, Health, and Functionality through body mass index, calf circumference (CP), degree of independence and disability Score and Protocol of Identification of the Vulnerable elderly (VES-13). The descriptive analysis of the data using the statistical program BioEstat version 5.0, and descriptive statistics such as frequency, mean, median, standard deviation and minimum and maximum value were used. **Results:** Elderly females predominate in the 70-79 age group, unmarried, from the metropolitan area of Belém, with no schooling, pardos, Catholics, no family ties, and no children. As the main form of institutional access through the Public Prosecution Service. The monthly income and health plan for benefit of continuous benefit and the Sistema Único de Saúde, respectively. Almost all the elderly people who participated in the study did polypharmacy. Systemic arterial hypertension, dementia and diabetes mellitus were the most frequent comorbidities. There was a predominance of overweight, CP above the cut-off limit, degree of independence I, and mean VES-13 ≥ 2 . **Conclusion:** Important measures should be taken in relation to care with this population, about social, nutritional and functional issues, generating the possibility of tracing evaluation and intervention strategies regarding the individual need of each elderly in this context.

Keywords: Elderly, Homes for the Aged, Epidemiologic profile.

1 Universidade Federal do Pará, Hospital Universitário João de Barros Barreto, Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Idoso. Belém, PA, Brasil.

2 Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina, Departamento de Clínica Médica. Belo Horizonte, MG, Brasil.

3 Universidade do Estado do Pará, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Departamento de Ciências do Movimento Humano. Belém, PA, Brasil.

Autor de correspondência

Rodney Rezende da Cruz - rodneyrezendecruz@gmail.com

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, o cenário demográfico mundial vem sendo caracterizado pelo aumento do envelhecimento populacional, e o Brasil tem apresentado um dos mais rápidos crescimentos desta população¹. Todavia, para muitos idosos, infelizmente, esse aumento da longevidade tem sido acompanhado por um declínio do estado de saúde físico e mental, pela presença de múltiplas doenças crônicas, perda de independência e autonomia, além de fatores socioeconômicos e ambientais, os quais são fatores associados à limitação da capacidade funcional^{1,2}.

Em decorrência disso, as famílias começam a ter dificuldade no cuidar, ocasionada pela formação de novos arranjos familiares, tanto pela inserção da mulher no mercado de trabalho quanto pela diminuição do número de seus membros, queda da natalidade, mudança de padrões de nupcialidade, o que repercute em uma assistência ineficaz ao idoso³. Vale ressaltar que as dificuldades socioeconômicas e culturais, o comprometimento de saúde do idoso, a ausência de cuidados no domicílio e os conflitos familiares são relevantes nesta rede de cuidado, e tais repercussões geram demandas por instituições de longa permanência para idosos (ILPI), comumente provenientes das camadas mais pobres da população e com grande vulnerabilidade social^{3,4,5}.

Assim, o trabalho desenvolvido pelas

ILPI surge como uma alternativa não-familiar de suprir as necessidades de moradia e cuidado dessa população⁵, resultado do aumento na demanda das famílias por ILPI⁷.

No Brasil, existem 3.548 instituições, encontradas em 28,8% dos municípios brasileiros, nas quais moram 83.870 idosos, com percentual de 1,5% deste total na região norte. Em geral, são pequenas, com uma taxa de ocupação acima de 90%, abrigando em média 30 residentes, e, independentemente do sentido negativo e preconceituoso acerca das ILPI, elas talvez sejam a alternativa possível para muitos idosos e suas famílias^{4,7}.

Segundo a Resolução de Diretoria Colegiada nº 283/2005 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária⁸, as ILPI podem ser governamentais ou não, de caráter residencial, destinada a domicílio coletivo de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, sem condições familiares ou domiciliares, em condição de dignidade e cidadania e devem promover a qualidade de vida, considerando os níveis de dependência e estado mental do idoso para garantir sua funcionalidade⁸. Já segundo a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais, essas ILPI devem fornecer acolhimento em diferentes tipos de equipamentos, destinado a famílias e/ou indivíduos com vínculos familiares rompidos ou fragilizados, a fim de garantir proteção integral⁹. Deve-se oferecer alimentação, convívio social, profissionais qualificados para

a prestação desse serviço e atenção integral^{7,10}.

Na maioria das vezes, estes idosos estão associados às ILPI por dependência, miséria, abandono, problemas mentais ou físicos, além um alto percentual de doenças crônicas¹¹. E vale realçar que o estado de saúde e nutrição estão relacionados ao envelhecimento, proporcionando redução da capacidade funcional e alterações nos processos metabólicos do organismo, os quais podem contribuir para o aumento da morbimortalidade, e dentre eles, a incapacidade funcional, entendida como um conjunto de alterações que acarretam maior dependência de cuidadores¹².

Além da dependência funcional ser um determinante para a institucionalização, os fatores sociais, econômicos e culturais em que o indivíduo está inserido influenciam na procura por ILPI¹. A redução da capacidade funcional e a presença de dificuldade ou dependência na realização de atividades essenciais para uma vida independente como, por exemplo, o autocuidado, é um achado frequente entre os idosos no Brasil¹. Diante deste contexto, o objetivo do estudo foi investigar o perfil social e clínico-funcional de idosos residentes em uma instituição de longa permanência no município de Belém - PA.

MÉTODOS

Estudo epidemiológico, transversal, descritivo e com abordagem quantitativa.

Realizado na Unidade de Acolhimento à Pessoa Idosa Lar da Providência, ILPI governamental pertencente à Secretaria de Estado de Assistência Social, Emprego e Renda (SEASTER), localizada no município de Belém, Estado do Pará. Realizado no período de novembro a dezembro de 2018.

A amostra foi constituída por idosos residentes no ILPI, com idade igual ou superior a 60 anos, de ambos os sexos. Os dados foram retirados dos prontuários da unidade e das cadernetas de saúde da pessoa idosa do Ministério da Saúde (4ª edição). Os critérios de inclusão foram prontuários e cadernetas devidamente preenchidos e atualizados com informações necessárias para o estudo. Foram excluídos os prontuários que foram preenchidos de forma ilegível, de idosos transferidos, reinseridos na comunidade ou que evoluíram a óbito.

O instrumento de coleta de dados foi por meio de uma ficha protocolar de autoria própria dos pesquisadores, contendo informações descritivas subdivididas em três categorias: Social, pela idade, estado civil, sexo, naturalidade, escolaridade, religião, tempo de permanência, procedência, motivo do acolhimento, vínculos familiares e benefícios; Saúde, pelas principais patologias, hábitos de vida, medicamentos, cirurgias, quedas no último ano, plano de saúde e hospitalizações, índice de massa corpórea (IMC), circunferência da panturrilha (CP); e Funcionalidade, pelo escore

de incapacidade e protocolo de identificação do idoso vulnerável (VES-13).

Para o grau de dependência foram considerados os parâmetros RDC nº 283/2005 da ANVISA⁸, que classifica o idoso como: Grau I – independentes, mesmo que requeiram uso de equipamentos de autoajuda; Grau II – dependência em até três atividades de autocuidado para a vida diária tais como: alimentação, mobilidade, higiene, sem comprometimento cognitivo ou com alteração cognitiva controlada; e Grau III – dependência que requeiram assistência em todas as atividades de autocuidado para a vida diária e ou com comprometimento cognitivo.

Referente à classificação do IMC de pessoas idosas, foram utilizados os pontos de corte sugeridos por Lipschitz¹⁴, que considera a seguinte classificação do estado nutricional: desnutrição ($< 22 \text{ kg/m}^2$), eutrofia ($22 \text{ a } 27 \text{ kg/m}^2$) e obesidade ($> 27 \text{ kg/m}^2$). A CP fornece uma medida sensível da massa muscular de idosos. O estudo utilizou os critérios da Organização Mundial da Saúde¹⁵, que considera adequada uma circunferência igual ou superior a 31 cm para homens e mulheres.

O VES-13, adaptado por Maia¹⁶, foi desenvolvido com o objetivo de identificar idosos vulneráveis residentes na comunidade, com ênfase na idade, autopercepção da saúde, presença de limitações físicas e incapacidades, portanto cada item recebe uma pontuação individual e o somatório de 0 a 10 pontos.

Com base nisso, o VES-13 classifica os idosos em grupos Vulneráveis ($\text{VES-13} \geq 3$) ou Não Vulneráveis ($\text{VES-13} < 3$). Os critérios que definem a vulnerabilidade são: idade igual ou superior a 65 anos e alto risco de declínio funcional ou morte em dois anos. Neste caso, a vulnerabilidade está mais associada a componentes biofisiológicos.

Os dados foram tabulados em uma plataforma de Excel® e, posteriormete, para a análise descritiva dos dados o programa estatístico BioEstat versão 5.0, e utilizadas estatísticas descritivas como frequência e média.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal do Pará (Parecer: 01265318.4.0000.0017), sendo garantidos aos idosos os aspectos éticos, conforme determina a resolução 466/12. Os idosos receberam informações detalhadas acerca da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e, aos que eram incapazes de responder por si, tiveram assinados por seus responsáveis legais o Termo de Assentimento Livre Esclarecido (TALE).

RESULTADOS

O abrigo apresenta 42 idosos residentes, dos quais foram excluídos dois idosos, um por não aceitar participar do estudo e outro por óbito no período vigente da pesquisa,

resultando em uma amostra final de 40 idosos dos quais foram coletadas as informações dos prontuários e da cardeneta do idoso.

Na Tabela 1, são demonstrados os dados sociodemográficos, com maior percentual do gênero feminino, predomínio da faixa etária de 70 a 79 anos, solteiros, naturais da região metropolitana de Belém com nenhuma escolaridade, relatando ser pardos, católicos, sem vínculo familiar e sem filhos.

De acordo com a Tabela 2, motivo de acesso institucional, foi observado que a principal forma de acesso institucional foi via Ministério Público, com média de permanência institucional de $10,07 \pm 7,84$ anos, variando de 1 a 32 anos. A renda mensal e o plano de saúde da maioria dos abrigados era proveniente de benefício de prestação continuada – BPC e do Sistema Único de Saúde, respectivamente.

Na Tabela 3, referente ao uso de medicamentos, observamos que quase todos os idosos que participaram do estudo faziam uso de pelo menos um medicamento, com média de $6 \pm 2,75$, e predomínio daqueles que faziam uso de cinco ou mais medicamentos ao dia. O percentual de hospitalização ou daqueles submetidos a um procedimento cirúrgico foi baixo, assim como, daqueles que sofreram algum episódio de queda, todavia, nenhuma delas resultou em fratura.

Em relação às condições de comorbidades, Tabela 4, houve maior frequência de Hipertensão Arterial Sistêmica

(HAS), seguida por demência, Diabetes Mellitus tipo 2 e esquizofrenia. Referente aos dados nutricionais e de funcionalidade, Tabela 5, foi observado maior porcentagem dos idosos classificados com sobrepeso, segundo o IMC; com CP > 31 centímetros, predomínio de grau de independência I e média do VES-13 ≥ 3 .

DISCUSSÃO

Mudanças socioeconômicas e culturais estão sendo relacionadas ao aumento do número de pessoas idosas, repercutindo em famílias modernas que não apresentam condições de cuidar de seus idosos e consequentemente aumento de demanda às ILPI. A dependência crescente dos idosos em realizar atividades rotineiras, o despreparo da maioria das famílias, o elevado número de doenças e de medicamentos utilizados aliados à baixa renda familiar está entre as causas maiores de institucionalização¹⁷.

Alencar et al¹ e Guths et al¹⁸ obtiveram resultados similares com predomínio do sexo feminino, com faixa etária entre 70 a 79 anos, solteiro, de baixa escolaridade e sem filhos. Segundo Borges et al¹⁹, o predomínio de idosos do sexo feminino é um resultado do processo de “feminilização da velhice”, confirmando que a expectativa de vida da população mundial ao nascer é extensiva a ambos os sexos, mas não ocorre de modo uniforme, associado a fatores que vão do biológico ao cultural. Já para

Polaro et al³, os quais realizaram um estudo em Belém - PA, observaram o predomínio de idade em idosos com 80 anos ou mais, inferiu-se que a longevidade da população brasileira vem alterando a distribuição etária, elevando a proporção desse estrato populacional.

De acordo com as pirâmides populacionais de países desenvolvidos e em desenvolvimento, a maior sobrevida entre elas está nas diferenças da exposição aos riscos ocupacionais, visto que antigamente o papel dos homens era atuar no mercado de trabalho, enquanto as mulheres cuidavam do lar; com maior exposição dos homens ao consumo elevado de bebidas alcoólicas e tabagismo^{5,20}.

A alta taxa de analfabetismo verificada neste estudo, pode estar relacionada ao difícil e excludente acesso à educação no passado, quando o ensino era privilégio da cor branca e das classes sociais mais favorecidas. Do mesmo modo, a alta prevalência de idosos com baixa renda é explicada porque famílias economicamente desfavorecidas, diante da possibilidade de institucionalização de um ente idoso, tendem a procurar instituições públicas e filantrópicas em vista dos altos custos das instituições privadas²¹.

Mais da metade da amostra foi formada por idosos solteiros e que não tiveram filhos, reforçando a hipótese de que o aumento do número de arranjos familiares em que a mulher mora só, é mãe solteira ou de casais sem filhos ou com filhos que emigraram, reduz a

perspectiva de um envelhecimento com suporte familiar²². No presente estudo a maioria dos idosos não tinham filhos e com ausência de convívio familiar, corroborando com Alencar et al¹; Guths et al¹⁸. Já a ausência da estrutura familiar, assim como, o convívio familiar com um grau de dependência significativo repercute no idoso em números crescentes de problemas de saúde, com usuários de polifarmácia e gastos crescentes com assistência à saúde, que são considerados fatores de institucionalização¹⁹.

Segundo Polaró et al³, uma característica peculiar da região norte, principalmente entre homens, justifica-se pela necessidade da ILPI como lar substituto daqueles que, a impossibilidade de se auto sustentarem e na falta de estrutura de familiar, necessitam recorrer à proteção institucional.

Já o principal motivo de institucionalização da população deste estudo foi via Ministério Público, seguido de denúncia, resultado este fora dos padrões vistos em estudos no Brasil, nos quais se verifica predomínio de motivos relacionados ao abandono, transferência, situação de rua ou violência doméstica²³, busca de tratamento e doença¹, indicação familiar ou espontânea⁶. Tais dados são resultados de variações regionais de cada instituição, e como peculiaridades regionais inerentes a Belém, a instituição estudada é de caráter público, com grande demanda proveniente do estado, funcionando na sua capacidade submáxima, e tornando a

única forma de entrada por via judicial. Tal fato demonstra uma realidade heterogênea das ILPI brasileiras que ainda é enfrentada no Brasil, com número de instituições insuficientes e vinculada a falta de infraestrutura para responder às demandas desse grupo etário¹.

No Brasil, embora grande proporção de idosos institucionalizados seja dependente por problemas físicos ou mentais, a miséria e o abandono são os principais motivos da institucionalização²⁴. No presente estudo, o tempo de permanência médio de idosos foi considerado longo em relação a outros estudos como o de Menezes et al²⁵ no qual apresenta tempo de permanência de 1 a 5 anos; Oliveira; Novais¹⁷ foi de 5,6 anos; e a média mais próxima foi de Guedes; Silveira²⁶ com 7,99 anos de permanência de idosos e até 41 anos de abrigamento.

Arelado a isso, o fato dos idosos apresentarem baixa renda e conseqüentemente não poderem se manter ou serem mantidos por suas famílias, a maioria recebia algum tipo de auxílio financeiro do governo, com valor equivalente a um salário mínimo, e, quando fazemos a comparação com outros estudos, os idosos recebem em média até dois salários mínimos^{17, 27}.

Em relação à polifarmácia, na qual é definida como o consumo de cinco ou mais medicamentos ao dia e este processo cursa com redução progressiva dos tecidos ativos no organismo, perda da capacidade funcional

e modificações significativas das funções metabólicas²⁸. Desta forma, o presente estudo demonstra que quase todos os idosos faziam a ingestão de pelo menos uma medicação, com maioria fazendo polifarmácia, resultando em uma elevada média de medicamentos em relação ao estudo de Neves et al²⁹, de $2,4 \pm 1,78$; Para Polaro et al³ em Belém - PA, apenas 14% dos idosos faziam polifarmácia, sugerindo aumento do processo de adoecimento desta população ao logo do tempo.

Sobre a questão de quedas, estima-se que cerca de 28% dos idosos brasileiros caem ao menos uma vez ao ano, e 13%, de forma recorrente³⁰. No presente estudo, apenas quatro idosos apresentaram queda ao solo, sugerindo que a própria institucionalização pode representar um fator de risco, pelo fato dos idosos serem menos ativos quando comparados àqueles não institucionalizados, uma vez que a inatividade acelera o processo de envelhecimento e o surgimento de complicações, como perda progressiva da funcionalidade. A polifarmácia, hipotensão postural, sedação excessiva, diminuição do tempo de reação e alteração de equilíbrio favorecem a ocorrência de quedas³⁰, e aos que caem, a “síndrome pós-queda” gera um impacto psicológico que pode reduzir as atividades básicas da vida diária proporcionalmente à grandeza das lesões resultantes na tentativa de evitar novos episódios³¹.

A morbidade neste estudo corrobora

com Guths et al¹⁸, em que há o predomínio de doenças cardiovasculares, como a HAS, seguido de demência, e como quarta comorbidade mais frequente está a esquizofrenia, cuja presença está relacionada a transferências de alguns idosos provenientes de um abrigo de perfil psiquiátrico, com a finalidade de estimular a reinserção desses idosos na comunidade; segundo Dantas et al²³; e Sousa et al¹², podem ser encontrados frequentemente idosos com problemas mentais, demência e por incontinências encaminhados para ILPI devido síndrome de imobilidade e diversos problemas de saúde. Em alguns casos mesmo com alto percentual de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), em situações de baixos casos de demência após avaliação cognitiva, mais da metade pode expressar comprometimentos das funções cognitivas^{3,5}.

Neste estudo, a taxa de etilismo e tabagismo foi baixa em relação a outros em que a maioria dos idosos se encontrava nos grupos de moderado a elevado grau de dependência nicotínica e alguns casos os critérios institucionais de inclusão institucional podem influenciar o baixo índice⁶.

Refente às condições nutricionais, que variaram em relação a outros estudos, segundo o IMC, o sobrepeso predominou dentre os idosos, com repercussão no desequilíbrio nutricional, o qual pode levar ao aumento da morbimortalidade, à susceptibilidade de infecções e à redução da qualidade de

vida, consequentemente a diminuição da força muscular, da capacidade de ação e da aptidão cardiorrespiratória e contribuir para a incapacidade funcional^{12,31}. Isso corrobora com Neves et al²⁹, no qual a maioria dos idosos obteve CP > 31 centímetros, predizendo a presença reserva de massa magra e muscular, e pode ser influenciada pelo acompanhamento multiprofissional do abrigo que visa a melhora funcional deste idoso³³.

Em contrapartida, a estratificação do grau de dependência nesta amostra foi de grau I, seguida de grau II, e tais dados foram ao encontro do estudo de Lini et al⁵, e divergente ao estudo de Lacerda et al³⁵ que avaliaram idosos de ILPI de Belo Horizonte (MG), e obtiveram 40% de grau II, seguido de 31% grau I. Tal fator pode estar relacionado a frequência de atividades realizadas pelos idosos, no qual um baixo nível de atividade pode repercutir na funcionalidade dos idosos, resultando a longo prazo inatividade física. A fim de amenizar este fato, a instituição se preocupa em promover atividades semanalmente que busquem a manutenção desta funcionalidade, a melhora da mobilidade e do equilíbrio, assim como intervenções por agrupamentos segundo o grau de dependência, a fim de estimular uma vivência mais próxima^{17,35}.

Salienta-se ainda que a média de pontuação do VES-13 maior que três demonstra aumento da probabilidade de 4,2 vezes maiores de declínio funcional em morte

em dois anos em comparação a idosos com escores com pontuação ≤ 2 pontos e, nestas circunstâncias, a equipe multiprofissional deve dispor de maiores cuidados ao idoso e partir para uma investigação minuciosa acerca das questões pontuadas na escala¹⁶.

Uma possível limitação deste estudo pode estar relacionada à amostra, onde esta foi selecionada por conveniência e de uma única ILPI pública, o que poderia limitar a generalização dos dados a indivíduos de outras ILPI e regiões. Todavia, apesar das limitações, o presente estudo mostra a necessidade de maior atenção aos idosos institucionalizados, tanto por parte de ações governamentais quanto privadas.

CONCLUSÃO

O presente estudo verificou que o perfil social dos idosos institucionalizados foi, em sua maioria, do sexo feminino, faixa etária entre 70 a 79 anos, solteiros, com baixa renda, baixa escolaridade e sem filhos. Em relação aos aspectos clínicos, apresentaram maior frequência de DCNT, dentre elas a HAS e doenças psiquiátricas e polifarmácia. Além disso, o sobrepeso, grau de dependência tipo I e VES-13 > 3 predizem medidas importantes a serem tomadas em relação aos cuidados com esta população, acerca das questões sociais, nutricionais e de funcionalidade, proporcionando a possibilidade de traçar

estratégias de avaliação e intervenção referente à necessidade individual de cada idoso neste contexto.

É importante realçar que futuros estudos são necessários de serem realizados com a população da região norte, objetivando caracterizar idosos abrigados em ILPI, para melhor elucidar o cenário do envelhecimento regional, além de abordagens que visem programas de intervenção multiprofissional com enfoque no melhoramento da qualidade de vida deste público.

REFERÊNCIAS

1. Alencar JA, Bruck NNS, Pereira BC, Câmara TM; Almeida RDS. Perfil dos idosos residentes em uma instituição de longa permanência. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, Rio de Janeiro, 2012; 15(4):785-796
2. Nóbrega IP, Leal MCC, Marques APO. Prevalência de Sintomas Depressivos e Fatores Associados em Idosos Institucionalizados no Município de Recife, Pernambuco. *Estud. interdiscipl. envelhec.*, Porto Alegre, 2016; 21 (2): 135- 154
3. Polaro SHI, Fideralino JCT, Nunes PAO, Feitosa ES, Gonçalves LHT. Idosos residentes em instituições de longa permanência para idosos da região metropolitana de Belém-PA. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, Rio de Janeiro, 2012; 15 (4): 777-784
4. Oliveira JM, Rozendo CA. Instituição de longa permanência para idosos: um lugar de cuidado para quem não tem opção?. *Rev Bras Enferm.* 2014 set-out; 67 (5):773-9.
5. Oliveira PO, Tavares DMS. Condições de saúde de idosos residentes em Instituição de Longa Permanência segundo necessidades humanas básicas. *Rev Bras Enferm.* 2014 mar/ abr; 67 (2): 241-6.
6. Neto AHA, Patrício ACFA, Ferreira MAM, Rodrigues BFL, Santos TD, Rodrigues TDB. Quedas em idosos institucionalizados: riscos, consequências e antecedentes. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2017 jul-ago;70 (4):752-8. [acesso em 07 jan. 2017]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n4/pt_0034-7167-reben-70-04-0719.pdf
7. Silva NMN, Azevedo AKS, Farias LMS, Lima JM. Caracterização de uma instituição de longa permanência para idosos. *J. res.: fundam. Care*, 2017. jan./mar. 9(1): 159-166
8. BRASIL. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC/ANVISA nº 283, de 26 de setembro de 2005.

- Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, set. 2005. Seção 1.
9. BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais. Brasília: SNAS, 2013.
10. Neto JAC, Sirimarco MT, Cândido TC, Barboza DF, Gonçalves EC, Gonçalves RT. Perfil epidemiológico dos idosos institucionalizados em Juiz de Fora. HU Revista, Juiz de Fora, abr./jun. 2011, 37 (2): 207-216
11. Freitas MAV, Scheicher ME. Qualidade de vida de idosos institucionalizados. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., Rio De Janeiro, 2010; 13(3):395-401
12. Sousa KT, Mesquita LAS, Pereira LA, Azeredo CM. Baixo peso e dependência funcional em idosos institucionalizados de Uberlândia (MG), Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, 2014; 19 (8):3513-3520
13. Azevedo LM, Oliveira CMV, Nunes CMA, Alchieri JC. Perdas da capacidade funcional em idosos institucionalizados no município de Natal/RN. J. res.: fundam. care. 2014. abr./jun. 6(2):485-492
14. Lipschitz et al. Screening for nutritional status in the elderly. Prim Care. 1994; 21:55-67
15. Najas MS, Nebuloni CC. Avaliação Nutricional In: Ramos LR, Toniolo Neto J. Geriatria e Gerontologia. Barueri: Manole; 2005. 1ª ed. p 299.
16. Maia et al. Adaptação transcultural do Vulnerable Elders Survey -13 (VES-13): contribuindo para a identificação de idosos vulneráveis. Rev Esc Enferm USP, 2012; 46 (Esp):116-22
17. Oliveira MPF, Novaes MRCC. Perfil socioeconômico, epidemiológico e farmacoterapêutico de idosos institucionalizados de Brasília, Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, 2013; 18 (4):1069-1078
18. Güths JFS, Jacob MHVM, Santos AMPV, Arrosi GA, BériajU. 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., Rio de Janeiro, 2017; 20(2): 175-185
19. Borges AM, Santos G, Kummer JA, Fior L, Molin VD, Wibelinger LM. Autopercepção de saúde em idosos residentes em um município do interior do Rio Grande do Sul. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., Rio de Janeiro, 2014; 17(1):79-86
20. Duca GFD, Silva SG, Thumé E, Santos IS, Hallal PC. Indicadores da institucionalização de idosos: estudo de casos e controles. Rev Saúde Pública 2012; 46 (1):147-53
21. Peres, MAC. Velhice e analfabetismo; uma relação paradoxal: a exclusão educacional em contextos rurais da região Nordeste. Sociedade e Estado, 2011; 26 (3):631-662
22. Nóbrega IP, Leal MCC, Marques APO. Prevalência de sintomas depressivos e fatores associados em idosos institucionalizados no município de Recife, Pernambuco. Estud. interdiscipl. envelhec., Porto Alegre, v. 21, n. 2, p. 135- 154, 2016.
23. Dantas CMHL, Bello FA, Barreto CL, Lima LS. Capacidade funcional de idosos com doenças crônicas residentes em Instituições de Longa Permanência. Rev Bras Enferm. 2013 nov-dez; 66 (6): 914-20.
24. Davim RMB, Torres GV, Dantas SMM, Lima VM.. Estudo com idosos de Instituições Asilares no município de Natal/RN: Características Socioeconômicas e de Saúde. Rev Latino-am Enfermagem 2004 maio-junho; 12 (3): 518-24
25. Menezes RL, Bachion MM, Souza JT, Nakatani AYK. Estudo longitudinal dos aspectos multidimensionais da saúde de idosos institucionalizados. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., Rio de Janeiro, 2011; 14 (3): 485-496
26. Guedes JS, Silveira RSR. Análise da capacidade funcional da população geriátrica institucionalizada na cidade de Passo Fundo – RS. RBCEH - Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano, Passo Fundo, jul./dez. 2004; 10-21
27. Santos SSC, Feliciani AM, Silva BT. Perfil de Idosos Residentes em Instituição de Longa Permanência: Proposta de Ações de Enfermagem/Saúde. Rev. RENE. Fortaleza, Set/Dez, 2007; 8 (3): 26-33
28. Carlson JE. Perils of polypharmacy: 10 steps to prudent prescribing. Geriatrics. 1996; 51(7): 26-35.
29. Neves SJF, Marques APO, Leal MCC, Diniz AS, Medeiros TS, Arruda IKG. Epidemiologia do uso de medicamentos entre idosos em área urbana do Nordeste do Brasil. Rev Saúde Pública 2013; 47 (4):759-68
30. Freitas VP, Carmo NA, Raimundo BCA, Santos AO, Araújo CM, Reis LA. Avaliação do risco de quedas dos idosos residentes em instituição de longa permanência no Brasil: uma revisão integrativa. RBCEH, Passo Fundo, set./dez. 2017, 14 (3), p. 318-331
31. Silva JMN, Barbosa MFS, Castro POCN, Noronha MM. Correlação entre o risco de queda e autonomia funcional em idosos institucionalizados. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, Rio de Janeiro, 2013; 16 (2): 337-346
32. Silva JKSS, Albuquerque MCS, Souza SEM, Monteiro FS, Esteves GGL. Sintomas Depressivos e Capacidade Funcional em Idosos Institucionalizados. 1er Cuatrimestre 2015(41)
33. Schmidt L, Soder TF, Volkweis DSH, Benetti F. Avaliação nutricional de idosos institucionalizados de uma ILPI do interior do estado do Rio Grande do Sul. RBCEH, Passo Fundo, jan./abr. 2017; 14 (1): 83-92
34. Lini EV, Doring M, Machado VLM, Portella MR. Idosos institucionalizados: prevalência de demências, características demográficas, clínicas e motivos da institucionalização. RBCEH, Passo Fundo, set./dez. 2014; 11 (3): 267-275
35. Lacerda TTB, Horta NC, Souza MCRM, Oliveira TRPR, Marcelino KGS, Ferreira QN. Caracterização das Instituições de longa permanência para idosos da região metropolitana de Belo Horizonte. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., Rio de Janeiro, 2017; 20(6): 743-754

OBSERVAÇÃO: Os autores declaram não existir conflitos de interesse de qualquer natureza.

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico e familiar de idosos residentes em uma Instituição de longa permanência (N=40). Belém, Pará, 2018.

Variável	n	(%)
Gênero		
Masculino	17	42,5
Feminino	23	57,5
Faixa etária		
60 – 69 anos	8	20,0
70 – 69 anos	19	47,5
80 ou mais	13	32,5
Estado Civil		
Solteiro	32	80,0
Casado	2	5,0
Divorciado/ Separado	1	2,5
Viúvo	5	12,5
Naturalidade		
Região Metropolitana	21	52,5
Interior	11	27,5
Outros Estados	8	20,0
Escolaridade		
Nenhuma	22	55,0
1 - 3 anos	8	20,0
4 - 7 anos	3	7,5
8 ou + anos	7	17,5
Cor		
Branca	8	20,0
Parda	24	60,0
Preta	8	20,0
Religião		
Católico	35	78,92
Evangélico	2	8,33
Nenhuma	3	18,75
Vínculo familiar		
Sim	12	30,0
Não	28	70,0
Continua..		

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico e familiar de idosos residentes em uma Instituição de longa permanência (N=40). Belém, Pará, 2018. (Continuação).

Variável	n	(%)
Possui filhos		
Sim	12	30,0
Não	28	70,0

Fonte: Pesquisa de campo.

Tabela 2 – Motivo de acolhimento, tempo de permanência, benefício e plano de saúde de idosos residentes em uma Instituição de longa permanência (N=40). Belém, Pará, 2018.

Variável	n	(%)
Motivo do acolhimento		
Espontâneo	6	15,0
Sem família	2	5,0
Denúncia	7	17,5
Transferência	6	15,0
Ministério Público	17	42,5
Outros	2	5,0
Tempo de permanência (anos)		
Média*	10	-
Benefício		
Nenhum	2	5,0
BPC**	29	72,5
Aposentadoria	7	17,5
Pensão	2	5,0
Plano de Saúde		
SUS	38	95,0
Privado	2	5,0

Fonte: Pesquisa de campo.

*Média aritmética

**BPC – Benefício de Prestação Continuada

Tabela 3 – Uso de medicamentos, hospitalização, cirurgia e quedas de idosos residentes em uma Instituição de longa permanência (N=40). Belém, Pará, 2018.

Variáveis	n	(%)
Medicamentos		
Sim	39	97,5
Não	1	2,5
Quantidade de medicamentos		
Não usa	1	2,5
1 a 4	10	25,0
5 ou +	29	72,5
Hospitalização	3	7,5
Cirurgia	3	7,5
Queda	4	10,0
Fratura	-	-

Fonte: Pesquisa de campo.

Tabela 4 - Condições de morbidade, tabagismo e etilismo de idosos residentes em uma instituição de longa permanência (N=40). Belém, Pará, 2018.

Variável	n	(%)
Morbidade		
HAS	22	55,0
Demência	14	35,0
DM2	11	27,5
Esquizofrenia	10	25,0
Transtorno mental	7	17,5
DPOC	6	15,0
Sequela de AVE	5	12,5
Artrite	4	10,0
Glaucoma	3	7,5
Distúrbios dermatológicos	3	7,5
Sequela fratura de fêmur	2	5,0
Demência alcoólica	2	5,0
Dislipidemia	2	5,0
Osteoporose	1	2,5
Neoplasia	1	2,5
Alzheimer	1	2,5
Anemia	1	2,5
TCE	1	2,5
Asma	1	2,5
Tabagismo	3	7,5
Etilismo	5	12,5

AVE: Acidente Vascular Encefálico, DM2: Diabetes Mellitus tipo 2; DP: Desvio Padrão; DPOC: Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica; HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica; TCE: Traumatismo Crânio Encefálico.

Fonte: Pesquisa de campo.

Tabela 5 – Perfil nutricional e funcional de idosos residentes em uma instituição de longa permanência (N=40). Belém, Pará, 2018.

Variável	n	(%)
IMC*		
Magreza	11	27,5
Eutrofia	13	32,5
Sobrepeso	16	40,0
Circunferência da Panturrilha		
< 31 cm	15	37,5
> ou igual a 31 cm	25	62,5
Grau de Independência		
I	16	40,0
II	14	35,0
III	10	25,0
VES-13**	6,02	-

*IMC: Índice de Massa Corpórea.

**VES-13 (Escore de incapacidade e protocolo de identificação do idoso vulnerável).

Fonte: Pesquisa de campo.