



PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E DE SAÚDE DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS
SOCIODEMOGRAPHIC AND HEALTH PROFILE OF INSTITUTIONALIZED ELDERLY PEOPLE
PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO Y DE SALUD DE ADULTOS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS

Renata Kelly Lopes de Alcântara¹, Maria Lígia Silva Nunes Cavalcante², Bruna Karen Cavalcante Fernandes³, Valderina Moura Lopes⁴, Saul Filipe Pedrosa Leite⁵, Cíntia Lira Borges⁶

RESUMO

Objetivo: buscou-se descrever o perfil sociodemográfico e de saúde de idosos institucionalizados. **Método:** trata-se de um estudo quantitativo, descritivo, transversal, realizado a partir da avaliação de 219 prontuários de idosos, mediante a aplicação de um instrumento semiestruturado. Analisaram-se os dados com o auxílio do SPSS, versão 20.0, e os apresentaram em tabelas. **Resultados:** obteve-se predomínio de idosos do sexo feminino, média de idade de 77 anos, escolaridade de 4 a 15 anos de estudo, solteiros, católicos, provenientes de domicílio próprio com tempo de institucionalização menor que 5 anos, aposentados e que recebiam visitas. Viu-se acerca das características clínicas que 44,7% tinham de 3 a 4 comorbidades e 49,3% faziam uso de 0 a 4 medicações. Observou-se sobre o grau de dependência que 35,6% dos idosos apresentavam grau III. **Conclusão:** ressalta-se que os dados descritos estimulam a reflexão sobre questões que influenciam diretamente o processo de adaptação do idoso à institucionalização, bem como a necessidade de a equipe multiprofissional prestar uma assistência individualizada a partir do conhecimento do perfil dos idosos institucionalizados. **Descritores:** Idoso; Instituição de Longa Permanência para Idosos; Institucionalização; Saúde do Idoso Institucionalizado; Perfil de Saúde; Envelhecimento.

ABSTRACT

Objective: to describe the sociodemographic and health profile of institutionalized elderly people. **Method:** This is a quantitative, descriptive, cross-sectional study based on the evaluation of 219 medical records of the elderly, using a semi-structured instrument. Data were analyzed with the help of the SPSS, version 20.0, and presented in tables. **Results:** there was a predominance of elderly women, mean age of 77 years, schooling from 4 to 15 years, single marital status, Catholics, coming from their own domicile, with institutionalization time of less than 5 years, retired, and elderly people who received visits. Regarding clinical characteristics, 44.7% had 3 to 4 comorbidities and 49.3% used 0 to 4 medicines. As for the degree of dependence, it was observed that 35.6% of the elderly presented grade III. **Conclusion:** it is noteworthy that the data described stimulate a reflection on issues that directly influence the process of adaptation of the elderly to institutionalization, as well as the need for the multiprofessional team to provide individualized care based on knowledge of the profile of the institutionalized elderly. **Keywords:** Elderly; Long Stay Institutions for the Elderly; Institutionalization; Health of Institutionalized Elderly; Health Profile; Aging.

RESUMO

Objetivo: se buscó describir el perfil sociodemográfico y de salud de adultos mayores institucionalizados. **Método:** se trata de un estudio cuantitativo, descriptivo, transversal, realizado a partir de la evaluación de 219 prontuarios de adultos mayores, mediante la aplicación de un instrumento semi-estructurado. Se analizaron los datos con el auxilio del SPSS, versión 20.0, y los presentaron en tablas. **Resultados:** se obtuvo un predominio de adultos mayores del sexo femenino, media de edad de 77 años, escolaridad de 4 a 15 años de estudio, solteros, católicos, provenientes de domicilio propio con tiempo de institucionalización menor que 5 años, jubilados y que recibían visitas. Se observó en las características clínicas que 44,7% tenían de 3 a 4 comorbilidades y 49,3% usaban de 0 a 4 medicamentos. Se observó el grado de dependencia en que 35,6% de los adultos mayores presentaban grado III. **Conclusión:** se resalta que los datos descriptos estimulan la reflexión sobre cuestiones que influyen directamente el proceso de adaptación del adulto mayor a la institucionalización, así como la necesidad del equipo multi-profesional prestar una asistencia individualizada a partir del conocimiento del perfil de los adultos mayores institucionalizados. **Descriptor:** Adulto mayor; Institución de Larga Permanencia para Adultos Mayores; Institucionalización; Salud del Adulto Mayor Institucionalizado; Perfil de Salud; Envejecimiento.

¹Pós-graduanda, Faculdade Ateneu. Fortaleza (CE), Brasil. E-mail: renata.kelly29@gmail.com ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-1818-2071>; ^{2,3,6}Mestras (doutorandas), Universidade do Estado do Ceará/UECE. Fortaleza (CE), Brasil. E-mail: mlsnc14@gmail.com ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0003-4830-9413>; E-mail: brunnakaren@hotmail.com ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0003-2808-7526>; E-mail: cintialiraborges@yahoo.com.br ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-5204-0173>; ⁴Enfermeira, Professora do Curso de Técnico em Enfermagem na Instituição JK. Fortaleza (CE), Brasil. E-mail: valderina@gmail.com ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0001-9286-4292>; ⁵Especialista, Prefeitura de Fortaleza. Fortaleza (CE), Brasil. E-mail: saulfpl@yahoo.com.br ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0001-68769025>

INTRODUÇÃO

Sabe-se que no Brasil é crescente o número de pessoas idosas, especialmente devido à introdução de novas tecnologias, à diminuição da fecundidade, da mortalidade e ao aumento da expectativa de vida. Ressalta-se que, conforme a Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe, 12% da população total brasileira é composta de idosos.¹

Entende-se que, embora seja um processo natural, envelhecer repercute nas condições de saúde, tornando o idoso mais propenso à fragilidade a ponto de possibilitar perdas na sua qualidade de vida. Percebe-se que o envelhecimento populacional causa mudanças socioeconômicas relevantes, como o aumento da demanda e da reestruturação de serviços de saúde e de profissionais capacitados para assistir essa população.¹ Ressalta-se que a atenção deverá ser maior, visto que essas modificações ocasionam maior demanda nos serviços de saúde, previdenciário e social, acarretando, portanto, a necessidade de acompanhamento profissional, inclusive com o encaminhamento para uma Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI).

Ressalta-se que as ILPIs se configuram em uma residência coletiva que atende os idosos que a elas recorrem, seja por carência familiar e/ou de renda, bem como aqueles que precisam de cuidados prolongados.² Nota-se que essas características apresentam mudanças, visto que os idosos também a buscam para manter a sua independência, administrar o seu cotidiano.³ Assume-se que os residentes das ILPIs são pessoas que nunca tiveram ou perderam familiares próximos, que experimentam conflitos familiares e/ou que não têm condições físicas ou mentais de administrar o seu cotidiano, nem de garantir o seu sustento.³

Considera-se que os serviços prestados pelas ILPIs precisam ser sensíveis às necessidades das pessoas idosas no intuito de reduzir os riscos relacionados à institucionalização.⁴ Atenta-se que muitas das instituições brasileiras existentes apresentam condições precárias de infraestrutura e enfrentam muitas dificuldades financeiras. Relata-se que esse problema implica incapacidade para prover melhor assistência. Evidencia-se que as ILPIs devem ser um local de proteção, de cuidado e atenção integral, especialmente para idosos em estado de vulnerabilidade social.

OBJETIVO

- Descrever o perfil sociodemográfico e de saúde de idosos institucionalizados.

MÉTODO

Trata-se de estudo quantitativo, descritivo, transversal, realizado em uma ILPI filantrópica do Nordeste do Brasil, na qual residiam 219 idosos de ambos os sexos, de diferentes classes sociais, especialmente abandonados, vítimas de violência ou em qualquer outra situação de vulnerabilidade social.

Coletaram-se os dados durante o período de novembro e dezembro de 2015. Salienta-se que estes foram obtidos a partir da análise dos 219 prontuários dos idosos mediante a aplicação de um formulário semiestruturado com informações sobre sexo, idade, escolaridade, estado civil, ocupação, tempo, motivo da institucionalização e recebimento de visitas. Caracterizou-se que na clínica da amostra foram coletadas variáveis sobre doenças crônicas, uso de medicação e grau de dependência. Relata-se que sobre as questões de institucionalização os dados se relacionaram ao tempo em que o idoso residia na instituição, se recebia ou não visitas e com quem residia antes da entrada no local.

Classificou-se, com relação ao grau de dependência, o idoso como grau I (independente), grau II (dificuldade em até três atividades de vida diária) e grau III (dificuldade em mais de três atividades de vida diária e comprometimento cognitivo grave), conforme a Resolução da Diretoria Colegiada 266/2005, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, que regulamenta o funcionamento das ILPIs.⁵

Utilizaram-se para a análise o *Microsoft Excel 2010* e o *SPSS*, versão 20.0. Elaboraram-se tabelas com frequência relativa e absoluta e medidas de tendência central, como médias e desvios-padrão.

Realizou-se a pesquisa de acordo com os princípios éticos estabelecidos na Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, sendo aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará sob o parecer número: 1.206.457, CAAE: 12390513.8.0000.5534.

RESULTADOS

Observam-se nas Tabelas 1 e 2 os resultados obtidos na pesquisa.

Tabela 1. Perfil social e de institucionalização de idosos institucionalizados. Fortaleza (CE), Brasil, 2015.

Variáveis	n	%
Idade	*	*
Média: 77 ($\pm 0,55$); mínimo: 60; máximo: 101		
Sexo		
Feminino	122	55,7
Masculino	97	44,3
Estado civil		
Solteiro	113	51,6
Casado/união estável	10	4,6
Divorciado	22	10
Viúvo	43	19,6
Separado	31	14,2
Escolaridade		
0 a 3 anos de estudo	105	48
4 a 15 anos de estudo	114	52
Aposentadoria		
Sim	197	90
Não	22	10
Religião		
Católica	182	83,1
Evangélica	21	9,6
Espírita	2	1,0
Nenhuma	5	2,3
Outra	9	4,0
Com quem residia antes da institucionalização		
Outros parentes/amigos	75	34,2
Sozinho	60	27,4
Cônjuges e filhos	50	22,8
Outros	34	15,6
Tempo de institucionalização		
Média: 92,7 ($\pm 106,9$); Mínimo: 1 mês; Máximo: 756 meses		
1 a 59 meses	99	45,2
60 a 119 meses	60	27,4
120 a 756 meses	60	27,4
Recebe visita		
Sim	130	59,4
Não	89	40,6

Tabela 2. Perfil de saúde dos idosos institucionalizados. Fortaleza (CE), Brasil, 2015.

Variáveis	n	%
Comorbidades		
Média: 3,6 ($\pm 1,8$); mínimo: 0; máximo: 11		
0 a 2	62	28,3
3 a 4	98	44,7
5 a 11	59	27
Medicamentos		
Média: 4,7 ($\pm 2,5$); mínimo: 0; máximo: 11		
0 a 4	108	49,3
5 a 6	56	25,6
7 a 11	55	25,1
Grau de dependência		
Grau 1	75	34,2
Grau 2	66	30,2
Grau 3	78	35,6

DISCUSSÃO

Apresenta-se, neste estudo, que a maioria dos idosos foi do sexo feminino, com idade acima de 70 anos, corroborando outras pesquisas já realizadas.⁶⁻⁷ Informa-se que a maior probabilidade de uma mulher residir em uma instituição pode ser devido ao fato de

elas serem mais velhas, terem piores condições de saúde e de capacidade funcional, além de uma posição desfavorecida nos arranjos familiares. Aponta-se na literatura que homens têm maiores chances do que as mulheres de serem cuidados pelos respectivos cônjuges e, com isso, permanecerem mais tempo com a família.³

Mostra-se, pelo estudo, que grande parte dos idosos era solteira (51,6%) e com zero a três anos de estudo (48%). Salienta-se que os dados concordam com outro estudo que verificou uma maior prevalência de idosos solteiros (46,3%), analfabetos (46,3%) ou de baixa escolaridade (22,2%).⁶ Ressalta-se que o fator baixa escolaridade é um achado muito frequente ao se avaliar instituições filantrópicas,⁸ uma vez que decorre da realidade pregressa de discriminação de oportunidades educacionais a esses idosos. Reflete-se, no Brasil, a associação entre as condições socioeconômicas, a conclusão do ensino fundamental e médio e o acesso ao ensino superior.⁹

Constata-se, com relação às variáveis de institucionalização, que a informação sobre o recebimento de visitas é preocupante, já que 40,6% dos idosos não recebem visitas de familiares ou amigos. Contatou-se em outro estudo realizado em Natal que 100% dos idosos de uma instituição com fins lucrativos recebiam visitas, porém, na instituição sem fins lucrativos, 14,7% não recebiam.⁹ Nota-se que a frequência absoluta de idosos que recebiam visitas é bem maior ao se comparar com este estudo.

Enfatiza-se que, na institucionalização, a rede de apoio é imprescindível, pois auxilia o idoso a se adaptar a essa situação, bem como a melhorar seu bem-estar e sua qualidade de vida. Percebe-se que o grande desafio é ajudar o idoso institucionalizado a estabelecer relações sociais, principalmente com os demais residentes da instituição. Evidencia-se que estudos indicam que idosos institucionalizados têm baixa motivação para desenvolver amizades com os demais internos, além de apresentar atitudes preconceituosas e rejeitadoras em relação a eles.¹⁰

Dificulta-se, muitas vezes, no ambiente da ILPI, a comunicação interpessoal e limita-se a vida social e afetiva. Nota-se que na vida institucional é necessário que o idoso estabeleça novos relacionamentos e demarque seu espaço, tendo como referencial seu antigo estilo de vida.¹¹

Infere-se que, diante disso, a equipe multiprofissional inserida nesse cenário tem como responsabilidade apoiar esses idosos no seu processo de institucionalização e fornecer suporte social, emocional, físico e mental. Preconiza-se que é importante ainda que sejam estimulados e fortificados os vínculos e a reintegração no contexto familiar atribuindo à família os cuidados com o idoso.

Verificou-se, quanto às características clínicas, que 44,7% dos idosos apresentavam, pelo menos, três ou quatro comorbidades.

Percebe-se que esses achados se assemelham aos de outras pesquisas realizadas com idosos residentes em ILPI.¹² Indica-se que a presença de comorbidade é fator de risco para a deficiência que, por sua vez, é resultante da síndrome da fragilidade. Evidencia-se que todos esses fatores, quando se sobrepõem, levam ao comprometimento da qualidade de vida e do estado funcional, resultando em incapacidade, hospitalização, institucionalização e morte.¹³ Além disso, sabe-se que a prevalência de doenças crônicas é dobrada em idosos do sexo feminino e frágeis,¹⁴ bem como indivíduos frágeis portadores de mais de uma comorbidade têm maior risco de mortalidade.¹⁵

Compromete-se, assim, por meio das comorbidades, o dia a dia dos idosos institucionalizados, sendo necessário um cuidado mais criterioso por parte da equipe multiprofissional. Destaca-se que a promoção e a manutenção da saúde devem sempre ser consideradas prioridades no planejamento do cuidado em saúde em ILPI.

Observou-se, ainda, o consumo de extensa quantidade de medicação pelos idosos. Associa-se a prática da polifarmácia ao aumento do risco e da gravidade das reações adversas, interações medicamentosas, toxicidade cumulativa, erros de medicação, redução da adesão ao tratamento e elevação da morbimortalidade.¹⁶ Nota-se que a prescrição de múltiplos medicamentos ao idoso deve ser criteriosa, bem como a observação da ocorrência de eventos adversos.¹⁷

Percebe-se, dessa forma, a importância de detectar necessidades/problemas de saúde que indiquem a real precisão da medicação, de estar atento para os horários das alimentações e as interações com as medicações de uso crônico, bem como para a inclusão de medicamentos, como antibióticos e anti-inflamatórios, e as possíveis interações.⁶

Detalha-se, na avaliação do grau de dependência, que 65,8% dos idosos possuíam dependência grau II ou grau III. Mostra-se em outro estudo realizado em Montes Claros-MG que quase 60% dos idosos institucionalizados apresentavam algum grau de dependência.¹⁸ Destaca-se a importância da avaliação do grau de dependência de idosos institucionalizados como meio subsidiador do planejamento e da execução de ações no âmbito institucional.¹⁸

Considera-se, além disso, a avaliação das atividades de vida diária e o conhecimento das principais características desse grupo de atividades, visto que estas refletem níveis de participação social e qualidade de vida no

envelhecimento.¹⁹ Salienta-se que as modificações nessas atividades, muitas vezes, não são percebidas sem a aplicação de uma avaliação funcional específica, o que reitera a relevância desse tema para a identificação precoce de pequenas alterações no desempenho.¹⁹

Enfoca-se, diante dessas situações, que a equipe multiprofissional deve destinar um olhar atento às limitações e planejar, com a equipe especializada, cuidados específicos efetivos e de reabilitação para que esse idoso possa desenvolver, com o máximo de autonomia e independência, suas atividades de vida diária encorajando-o a superar certos obstáculos para a sua melhor adaptação ao novo ambiente de moradia nas ILPIs.

Acredita-se que um dos maiores desafios na atenção à pessoa idosa é a percepção da equipe multiprofissional no que se diz respeito a todos os fatores que influenciam a vida dos idosos. Entende-se que o cuidado deve acontecer de forma integral e holística, baseando-se em todas as possibilidades que possam implicar, de forma negativa, a qualidade de vida destes.

Salienta-se que, além disso, os aspectos socioeconômicos têm relação com a situação de saúde e com o padrão de morbimortalidade da população. Ressalta-se que estes devem ser considerados durante o acompanhamento de saúde e planejamento do cuidado pelos profissionais de saúde, subsidiando ações de saúde direcionadas às necessidades do idoso institucionalizado.⁶

CONCLUSÃO

Observou-se um predomínio de idosos do sexo feminino, com idade média de 77 anos, alfabetizados, solteiros, católicos, provenientes de domicílio próprio, com tempo de institucionalização menor que cinco anos, aposentados, que recebiam visitas, com três a quatro comorbidades, que faziam uso de zero a quatro medicações e com dependência grau III.

Julga-se que, guardadas as limitações deste estudo, de natureza acadêmica e restrito ao levantamento de algumas variáveis do perfil de idosos institucionalizados residentes de uma ILPI, os resultados obtidos estimulam a reflexão sobre questões que influenciam diretamente o processo de adaptação do idoso a essa nova situação.

Nota-se que outra inquietação está relacionada à equipe multiprofissional. Deve-se ter a preocupação em manter uma ILPI preparada para receber bem e de forma digna essa população, em que o foco deve ser manter um ambiente agradável para a

promoção, a reabilitação e a recuperação do estado geral de saúde do idoso. Enfatiza-se uma assistência individualizada e humanizada, a partir do conhecimento do perfil dos idosos institucionalizados, proporcionando, dessa forma, um envelhecer digno.

Sugere-se que pesquisas futuras possibilitem a continuidade da investigação sobre as características que influenciam a longevidade e a qualidade de vida dos idosos institucionalizados. Visualizam-se temas relacionados à institucionalização, à Gerontologia e à Enfermagem/Saúde que devem ser estudados e aprimorados para o planejamento de ações para um cuidado mais efetivo que englobe as reais necessidades desses idosos, melhorando, assim, seu bem-estar biopsicossocial.

REFERÊNCIAS

1. Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe. La nueva era demográfica en América Latina y el Caribe: la hora de la igualdad según el reloj poblacional. Primera Reunión de la Mesa Directiva de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe. Documento de referencia DDR/24 [Internet]. Santiago: CEPAL; 2014 [cited 2018 July 10]. Available from: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/37252/1/MPD_ddd2_esp.pdf
2. Bentes ACOB, Pedroso JS, Falcão DVS. Experiences of non-dependent elderly in long-term care institutions. *Psicol estud*. 2015;20(4):563-73. Doi: <http://dx.doi.org/10.4025/psicoestud.v20i4.27668>
3. Alcântara AO, Camarano AA, Giacomini KC. Política nacional do idoso: velhas e novas questões [Internet]. Rio de Janeiro: Ipea; 2016 [cited 2018 July 04]. Available from: http://www.en.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/livros/livros/161006_livro_politica_nacional_idosos.PDF
4. Alves MB, Menezes MR, Felzemburg RDM, Silva VA, Amaral JB. Long-stay institutions for the elderly: physical-structural and organizational aspects. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2017;21(4):e20160337. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2016-0337>
5. Ministério da Saúde (BR), Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC Nº 283, de 26 de setembro de 2005 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2005 [cited 2018 July 02]. Available from: http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2718376/RDC_283_2005_COMP.pdf/a38f2055-c23a-4eca-94ed-76fa43acb1df

6. Borges CL, Silva MJ, Clares JWB, Nogueira JM, Maria Célia de Freitas. Sociodemographic and clinical characteristics of institutionalized older adults: contributions to nursing care. *Rev enferm UERJ*. 2015; 23(3):381-7. Doi: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2015.4214>

7. Oliveira MPF, Novaes MRCG. The socio-economic, epidemiological and pharmacotherapeutic profile of institutionalized elderly individuals in Brasilia, Brazil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013 Apr;18(4):1069-78. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000400020>

8. Cordeiro LM, Paulino JL, Bessa MEP, Borges CL, Leite SFP. Quality of life of frail and institutionalized elderly. *Acta Paul Enferm*. 2015 July/Aug;28(4):361-6. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201500061>

9. Pinheiro NCG, Holanda VCD, Melo LA, Medeiros AKB, Lima KC. Inequality in the characteristics of the institutionalized elderly in the city of Natal, Brazil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2016 Nov;21(11):3399-405. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152111.19472015>

10. Rodrigues AG, Silva AA. The social network and types of support received by the institutionalized elderly. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2013 Jan/Mar;16(1):159-70. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1809-98232013000100016>

11. Bessa MEP, Silva MJ, Borges CL, Moraes GLA, Freitas CASL. Elderly residents in long-term institutions: the use of spaces in the construction of everyday life. *Acta Paul Enferm*. 2012;25(2):177-82. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002012000200004>

12. Polaro SHI, Fideralino JCT, Nunes PAO, Feitosa ES, Gonçalves LHT. Elderly living in long-term institutions in the metropolitan area of Belém city, state of Pará, Brazil. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2012 Oct/Dec; 15(4):777-84. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1809-98232012000400016>

13. Murad K, Kitzman DW. Frailty and multiple comorbidities in the elderly patient with heart failure: implications for management. *Heart Fail Rev*. 2012 Sept;17(4-5):581-8. Doi: [10.1007/s10741-011-9258-y](https://doi.org/10.1007/s10741-011-9258-y)

14. Weiss CO. Frailty and chronic diseases in older adults. *Clin Geriatr Med*. 2011 Feb; 27(1):39-52. Doi: [10.1016/j.cger.2010.08.003](https://doi.org/10.1016/j.cger.2010.08.003)

15. Wilhelm-Leen ER, Hall YN, Horwitz RI, Chertow GM. Phase Angle, Frailty and Mortality in Older Adults. *J Gen Intern Med*. 2014

Jan;29(1):147-54. Doi: [10.1007/s11606-013-2585-z](https://doi.org/10.1007/s11606-013-2585-z)

16. Secoli SR. Polypharmacy: interaction and adverse reactions in the use of drugs by elderly people. *Rev Bras Enferm*. 2010 Jan/Feb; 63(1):136-140. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672010000100023>

17. Borges CL, Silva MJ, Clares JWB, Bessa MEP, Freitas MC. Frailty assessment of institutionalized elderly. *Acta Paul Enferm*. 2013; 26(4):318-22. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002013000400004>

18. Marinho LM, Vieira MA, Costa SM, Andrade JMO. Degree of dependence of elderly residents in geriatric long-term care facilities in Montes Claros, MG. *Rev Gaúcha Enferm*. 2013 Mar; 34(1):104-10. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472013000100013>

19. Dias EG, Duarte YAO, Almeida MHM, Lebrão ML. The advanced activities of daily living at component of the functional assessment in elderly people. *Rev Ter Ocup Univ São Paulo*. 2014 Sept/Dec;25(3):225-32. Doi: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v25i3p225-232>

Submissão: 13/07/2018

Aceito: 04/02/2019

Publicado: 01/03/2019

Correspondência

Bruna Karen Cavalcante Fernandes
Rua Michele, 30
Bairro Passaré
CEP: 60861-444 – Fortaleza (CE), Brasil