



ARTIGO ORIGINAL

ASPECTOS SOCIODEMOGRAFICOS, QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE DO IDOSO  
INSTITUCIONALIZADO\*

SOCIODEMOGRAPHIC ASPECTS, QUALITY OF LIFE AND HEALTH OF THE INSTITUTIONALIZED  
ELDERLY

ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS, CALIDAD DE VIDA Y SALUD DE LOS ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS

Patricia Coelho Mendes de Britto Haddad<sup>1</sup>, Zamir Calamita<sup>2</sup>

RESUMO


**Objetivo:** analisar as características do idoso institucionalizado apontando correlações. **Método:** trata-se de um estudo quantitativo, descritivo, analítico, tipo exploratório, com idosos que vivem em instituições de longa permanência para idosos. Empregaram-se questionários: sociodemográfico; Mini Mental; índice de Barthel; avaliação autorreferida de fragilidade em idosos; *Family Apgar* e Perfil de Saúde de Nottingham. **Resultados:** revela-se que as seis instituições avaliadas eram de caráter filantrópico; foram estudados 135 idosos; a média de idade foi de 76,4 anos e o tempo médio de institucionalização, de quatro anos; de acordo com os questionários, a maioria apresentou pontuação que sugere declínio cognitivo e fragilidade, era independente para as atividades básicas de vida diária, possuía acentuada disfunção familiar e apresentou perceptível perda da sensação da qualidade de vida; a maior parte dos entrevistados mudou para a instituição sem vontade própria. Constatou-se que a preservação da cognição e o maior grau de instrução se correlacionam a uma menor satisfação e percepção de qualidade de vida. **Conclusão:** apresentaram-se, por este estudo, alguns aspectos próprios do idoso institucionalizado e sua percepção de saúde. **Descritores:** Saúde do Idoso; Idoso; Fatores Socioeconômicos; Condições de Vida; Condições de Saúde; Qualidade de Vida.

ABSTRACT

**Objective:** to analyze the characteristics of the institutionalized elderly by pointing out correlations. **Method:** this is a quantitative, descriptive, analytical, exploratory study with elderly people living in long-term care facilities for the elderly. The following questionnaires were used: sociodemographic; Mini Mental; Barthel index; self-reported assessment of frailty in the elderly; Family Apgar and Nottingham Health Profile. **Results:** it is revealed that the six institutions evaluated were philanthropic; 135 elderly people were studied; the average age was 76.4 years and the average institutionalization time was four years; According to the questionnaires, most had scores that suggest cognitive decline and frailty, were independent for basic activities of daily living, had marked family dysfunction and showed a noticeable loss of quality of life sensation; Most respondents moved to the institution without their own will. It was found that the preservation of cognition and the higher level of education correlate with lower satisfaction and perception of quality of life. **Conclusion:** this study presented some aspects of the institutionalized elderly and their perception of health. **Descriptors:** Elderly Health; Elderly; Socioeconomic Factors; Life Conditions; Health Conditions; Quality of Life.

RESUMEN

**Objetivo:** analizar las características de los ancianos institucionalizados señalando correlaciones. **Método:** este es un estudio cuantitativo, descriptivo, analítico y exploratorio con personas mayores que viven en centros de atención a largo plazo para personas mayores. Se utilizaron cuestionarios: sociodemográficos; Mini Mental; Índice de Barthel; evaluación autoinformada de fragilidad en ancianos; Perfil de salud de la familia Apgar y Nottingham. **Resultados:** se revela que las seis instituciones evaluadas eran filantrópicas; se estudiaron 135 personas mayores; la edad promedio fue de 76.4 años y el tiempo promedio de institucionalización fue de cuatro años; según los cuestionarios, la mayoría tenía puntuaciones que sugerían deterioro cognitivo y fragilidad, eran independientes para las actividades básicas de la vida diaria, tenían una disfunción familiar marcada y mostraban una pérdida notable de la sensación de calidad de vida; la mayoría de los encuestados se mudaron a la institución sin su propia voluntad. Se comprobó que la preservación de la cognición y el mayor nivel de educación se correlacionan con una menor satisfacción y percepción de la calidad de vida. **Conclusión:** este estudio presenta algunos aspectos de los ancianos institucionalizados y su percepción de la salud. **Descritores:** Salud de los Ancianos; Ancianos; Factores Socioeconómicos; Condiciones de Vida; Condiciones de Salud; Calidad de Vida.

<sup>1,2</sup>Faculdade de Medicina de Marília/FAMEMA. Marília(SP), Brasil.  <https://orcid.org/0000-0002-3155-4239>

<sup>2</sup> <https://orcid.org/0000-0001-6683-9851>

\*Artigo extraído da dissertação << O idoso institucionalizado: percepções, características sociodemográficas, cognitivas, funcionais e envolvimento familiar >>. Faculdade de Medicina de Marília/FAMEMA. 2019.

Como citar este artigo

Haddad PCMB, Calamita Z. Aspectos sociodemograficos, qualidade de vida e saúde do idoso institucionalizado. Rev enferm UFPE on line. 2020;14:e243416 DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2020.243416>

## INTRODUÇÃO

Sabe-se que o Brasil, ao contrário do que ocorreu em muitos países desenvolvidos, está envelhecendo muito rápido e não aparenta estar preparado para responder às necessidades geradas por esse envelhecimento populacional, diferentemente de muitas nações desenvolvidas que realizaram importantes avanços na adaptação das suas políticas públicas, de saúde e leis. Aponta-se, pelas estimativas, para 34 milhões de idosos em 2025, trazendo, como perspectiva, que, de 1985 a 2060, o número de idosos institucionalizados aumentará de 1,3 para 4,5 milhões, sendo que grande parte será de idosos dependentes e, ao confrontar essa realidade, o Brasil precisa não somente reorganizar os níveis de cuidado e políticas públicas para atender às necessidades, mas, também, inovar e tomar por base experiências de outros países que já vivenciaram o processo de envelhecimento.<sup>1-3</sup>

Modifica-se o perfil da morbimortalidade com a transição demográfica. Substituem-se quadros agudos por processos crônicos de desgaste e adoecimento, produzindo impactos sobre o sistema de saúde e população. Entende-se que esse processo, associado à deficiente inclusão do idoso na sociedade, políticas públicas ineficientes, baixa condição financeira e falência da capacidade familiar em oferecer os cuidados necessários, pode explicar o aumento da demanda por instituições de longa permanência para idosos (ILPIs). Demonstra-se, por tal fenômeno de envelhecimento populacional e consequente busca pela ILPI, uma nova realidade, emergindo a necessidade de ressignificação dessa forma de atenção ao idoso, gerando práticas de cuidado significativas que considerem o processo individual de envelhecimento não apenas pelos profissionais envolvidos, mas também para a família, idoso e comunidade.<sup>2,4</sup>

Tende-se o processo de institucionalização a ocorrer de duas formas distintas: a primeira quando o processo de institucionalização se dá contra a vontade do idoso, sendo resultado da ruptura no processo familiar. Dá-se tal processo pela insuficiência familiar frente às imitações evidenciadas no processo de envelhecimento, dificultando o processo do cuidado. Apresenta-se, neste sentido, a falta de tempo como um importante fator que leva as famílias a optarem pela institucionalização.<sup>1</sup> Observa-se, em contrapartida, que as modificações nos arranjos familiares, tais como famílias menores e carga horária de trabalho excessiva, reduzem a perspectiva de envelhecimento em um ambiente familiar seguro, principalmente quando este processo vem acompanhado de alto grau de dependência e as famílias, inúmeras vezes, não possuem condições financeiras de prover as

necessidades dos idosos ou não dispõem de um de seus membros para fazer o acompanhamento destes. Surgem-se, nesta perspectiva, as ILPIs como alternativa segura e de baixo custo, fora do âmbito familiar, que propicia cuidados e abrigo aos que vivem sozinhos e que não possuem apoio da rede familiar.<sup>5-7</sup>

Explica-se que as ILPIs são uma modalidade de cuidado em saúde de baixa complexidade destinada à moradia coletiva de indivíduos de 60 anos ou mais, que apresentam ou não suporte familiar. Explica-se que, no passado, essas instituições recebiam o nome de asilo, sendo destinadas apenas aos miseráveis e aos abandonados. Substituiu-se, então, o termo asilo, fortemente marcado por preconceitos, por ILPI, proposto pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Passou-se a instituição então a oferecer, além de apoio social, serviços de assistência à saúde. Apresenta-se, pelos residentes das ILPIs, grande heterogeneidade em suas condições de saúde, considerando que sua admissão pode ser determinada tanto por questões relacionadas à perda de autonomia, dependência e falta de suporte familiar, quanto por aquelas de cunho de assistência social.<sup>8-10</sup>

Detalha-se que, no Brasil, a maioria das ILPIs é de natureza filantrópica, e o avançado declínio da saúde dos residentes faz com que os serviços médicos prevaleçam sobre a oferta de atividades de lazer e sociais.<sup>11-2</sup>

Mostrou-se, por diversos autores, que, dentro das ILPIs, os idosos tendem a vivenciar uma rotina monótona e de baixa autonomia nas atividades, além de limitado convívio social, atribuindo, ao processo de envelhecimento na instituição, a falta de aprendizado e crescimento. Considera-se a ILPI, para alguns idosos, como um lar, porém, muitos a consideram apenas como um local de moradia destinado principalmente a cuidar de indivíduos doentes, revelando, desse modo, a inexistência de um sentimento de pertencimento e identificação em relação ao lugar e gerando, assim, falta de expectativa em relação à instituição e desejo de mudanças na vida pessoal; outro fator apontado é a condição imposta no dia a dia em ter que conviver com pessoas muito diferentes, com doenças incapacitantes, mentais e psiquiátricas, o que torna o ambiente desconfortável e acaba influenciando a sua autoimagem.<sup>5,7,13</sup>

Vêm-se o processo de envelhecimento e suas consequências apresentando crescente reflexão e preocupação pela população. Constitui-se, por ele, uma experiência particular de cada indivíduo: são as circunstâncias vivenciadas de formas distintas pelo idoso, na funcionalidade, nas mudanças ou não, na personalidade, na vida social e produtiva, que afetam, de algum modo, a autonomia e a independência para a vivência

diária e, conseqüentemente, a qualidade de vida. Deve-se a sociedade entender esse processo como dinâmico e progressivo, que ocorre ao longo da vida de forma diferenciada em cada indivíduo. Depende-se a positividade no aumento da longevidade de um fator fundamental: a saúde.<sup>13-4</sup>

Acrescenta-se que, dentro dessa perspectiva, a compreensão do conceito de qualidade de vida como subjetivo, multidimensional e influenciado por vários fatores relacionados à educação, economia, aspectos socioculturais e diretamente interligados ao ponto de vista do indivíduo em relação à sua própria doença, sendo o processo de saúde de primordial importância. Deve-se, além disso, sua avaliação ser contemplada sob os domínios físico, social, psicológico e espiritual, buscando captar a experiência pessoal de cada indivíduo.<sup>14</sup>

Torna-se evidente, frente ao exposto, a crescente necessidade de ressignificação da visão atribuída à ILPI, não apenas pela sociedade, mas pelos profissionais envolvidos e população atendida, a fim de mudar o estereótipo associado historicamente ao termo asilo e promover políticas que atuem na promoção da saúde e condições de saúde desses indivíduos.<sup>4</sup>

Encontrou-se um número reduzido de pesquisas voltadas para os idosos institucionalizados, embora haja um interesse crescente pela saúde e envelhecimento na literatura científica. Permite-se, pela avaliação das condições físicas, psicológicas, sociais e culturais desse grupo, ampliar a compreensão de suas necessidades de saúde.

## OBJETIVO

- Analisar as características do idoso institucionalizado apontando correlações.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo, analítico, tipo exploratório. Utilizou-se, para a definição do número de participantes, a amostra por conveniência, sendo aplicados os critérios de inclusão e exclusão em todos os indivíduos moradores das instituições. Informa-se que os participantes são idosos que vivem em seis ILPIs distintas no interior do Estado de São Paulo. Coletaram-se os dados no período de setembro de 2017 a fevereiro de 2018, e todas as instituições são de caráter filantrópico e recebem auxílio do governo.

Levantaram-se como critérios de inclusão: idosos com idade acima de 60 anos, que fossem capazes de se comunicar verbalmente e com capacidade cognitiva preservada. Adotaram-se como critérios de exclusão: idosos impossibilitados de se comunicar verbalmente, acamados e os que apresentaram escore do Mini Mental (MEEM)

inferior a 12, por ser sugestivo de significativo déficit cognitivo e conseqüente impossibilidade em responder aos questionários. Descreve-se que tais critérios de exclusão podem representar uma possível fragilidade do estudo por não possibilitarem a representação de todos os idosos. Orientaram-se, para participar da pesquisa, os idosos a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Entrevistaram-se os idosos individualmente, sendo todas as entrevistas aplicadas pelo mesmo entrevistador e seguindo a mesma sistematização. Utilizou-se, para isso, uma sala disponibilizada pelo responsável da instituição. Elencaram-se, para a coleta de dados relacionados à saúde (doenças e medicação em uso), informações extraídas do prontuário do idoso a fim de identificá-lo e, para caracterizar seus aspectos sociodemográficos, foi aplicado um questionário, elaborado pelos autores, que avaliou as seguintes variáveis independentes: sexo; idade; religião; estado civil; escolaridade; profissão pregressa; renda mensal; quantidade de filhos causa/tempo da institucionalização; tipo de acomodação; prática de atividades de lazer e lúdicas; grau de satisfação com a instituição (boa, regular e ruim); decisão da institucionalização (por vontade própria e intervenção de outros) e aceitação (boa ou não aceitou).

Realizou-se, em cada instituição, um inquérito com o profissional responsável, enfermeiro e/ou assistente social no qual foram colhidos dados para a caracterização da instituição, bem como a relação dos idosos abrigados e quais atendiam aos critérios para a pesquisa, sendo aplicado o questionário geral de identificação elaborado pelo autor.

Fornecem-se, pelo Mini Mental (MEEM), informações sobre diferentes parâmetros cognitivos, sendo que, ao analisar as pontuações obtidas, estas são relacionadas com o nível de escolaridade, considerando os seguintes escores medianos: para analfabetos, 20; para um a quatro anos de estudo, 25; de cinco a oito anos, 26; de nove a 11 anos, 28 e, para indivíduos com escolaridade superior a 11 anos, 29 pontos. Consideraram-se, para a análise dos resultados obtidos, os idosos com escores inferiores aos medianos como sugestivos de declínio cognitivo e os que apresentaram índices iguais ou superiores aos medianos como normais.<sup>15</sup>

Incluiu-se a utilização do MEEM como critério de inclusão/exclusão na pesquisa após vasta discussão com especialistas, pois se compreende que o instrumento foi descrito para uso de detecção de eventuais perdas cognitivas e que diferentes perfis existirão dependendo do quadro basal do sujeito, porém, por decisão do pesquisador, foi adotado, como critério de exclusão da pesquisa, o escore inferior a 12.

Avaliam-se, pelo índice de Barthel, as atividades da vida diária (AVDs) e a independência funcional. Classificam-se os entrevistados em dependentes, com pontuação menor que 60, ou independentes, com pontuação igual ou maior de 60.<sup>16</sup>

Compõe-se a avaliação autorreferida de fragilidade em idosos por questões relacionadas diretamente a cada componente do fenótipo de fragilidade. Consideraram-se para a classificação final: não frágil (nenhum componente identificado); pré-frágil (presença de um ou dois componentes) e frágil (presença de três ou mais componentes).<sup>17</sup>

Conta-se o *Family Apgar* com cinco questões que avaliam a funcionalidade familiar. Classifica-se a família, pelo valor da pontuação obtida, em três tipos: altamente funcional (sete a dez pontos), moderadamente funcional (quatro a seis pontos) e acentuada disfuncionalidade (zero a três pontos).<sup>18</sup>

Detalha-se que o PSN avalia a qualidade de vida e é composto por 38 itens com respostas no formato “sim/não”, com as respostas obtendo uma pontuação que varia de zero a 38: quanto maior a pontuação, pior a percepção de qualidade de vida.<sup>19-20</sup>

Usaram-se, para a análise estatística, o programa *Excel*, versão Windows 2010, e o programa *SPSS (Statistical Package for the Social Sciences)*, versão 19. Expressaram-se os resultados em números absolutos e proporções, para variáveis categóricas, e em medidas de tendência central (medias e medianas) e de dispersão (Desvio-

padrão - DP), para as variáveis contínuas. Avaliou-se a simetria da distribuição dos dados pelo teste de Smirnov-Kolmogorov, sendo que, para a análise dos resultados, foram utilizados os testes de Kruskal Wallis e o teste de correlação de Spearman. Consideraram-se com significância estatística os resultados com  $p \leq 0,05$ .

Aprovou-se a pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Marília sob parecer substanciado de número 2.283.923.

## RESULTADOS

Revela-se que, segundo os dados fornecidos pelos responsáveis das instituições, o total de idosos era de 337; desses, 146 cumpriam os critérios de inclusão e poderiam participar da pesquisa, porém, seis não obtiveram o escore 12 no MEEM e um tinha idade inferior a 60 anos. Consideraram-se, portanto, 139 idosos elegíveis para participar do estudo e, desses, quatro recusaram-se; portanto, foram avaliados 135 idosos, perfazendo 97,12% da amostra elegível. Informa-se que todas as ILPIs estudadas são de caráter filantrópico, gerenciadas por entidades sem fins lucrativos e, para se manter, recebem 70% da aposentadoria dos idosos abrigados, doações e ajuda do governo. Organizam-se, com relação à estrutura física das instituições avaliadas, duas por casas individuais ou com dois ou três quartos, que compartilham o mesmo banheiro, sendo as outras quatro organizadas em pavilhão, com quartos e banheiros coletivos. Apresentam-se, por todas, cozinha coletiva e refeitório para a oferta das refeições (Tabela 1).

Tabela 1. Características gerais das seis instituições avaliadas. Marília (SP), Brasil, 2018.

Variável Avaliada	Características
Número total de idosos moradores da ILPI	Número total de moradores: 337
	Número médio por instituição: 56,1 ±10,1
	Número médio estudado por instituição: 22,5 ±6,3
	Número estudado total: 135
Equipe técnica	Assistente social: 1 por instituição
	Enfermeiro: 1 por instituição
	Fisioterapeuta 0,66 (± 0,66)
	Médico 0,66 (± 0,44)
	Nutricionista 0,33 (± 0,44)
	Psicólogo 0,16 (± 0,27)
	Técnico em Enfermagem 10,5 (± 2,8)
	Terapeuta ocupacional 0,16 (± 0,27)
Quantidade de pessoas por quarto nas ILPIs avaliadas.	Individual 17 (12,6 %)
	Duas pessoas 83 (61,5 %)
	Três pessoas 30 (22,2%)
Prática de atividades físicas e de lazer nas ILPI avaliadas.	Quatro pessoas 5 (4,7%)
	Atividade de lazer 42 (31,1 %)
	Atividade física 42 (31,1 %)

Legenda: ILPI: Instituição de Longa Permanência.

Registra-se que a maioria dos entrevistados era do sexo masculino, branca ou parda e viúva ou solteira, com média de idade de 76,5 anos. Relatou-se, pela maioria, ter filhos, variando de um a dez. Igualou-se, na variante prática de atividades físicas e de lazer, o número de

entrevistados, pois 42 (31,1%) responderam que praticam atividades de lazer e físicas. Observa-se que os entrevistados consideram como atividade física aquelas desenvolvidas por fisioterapeutas e as atividades de lazer são desenvolvidas por grupos voluntários (Tabela 2).



Tabela 2. Estatística descritiva da população estudada. Marília (SP), Brasil, 2018.

Variável	Mínima	Máxima	Mediana	Média	Desvio-Padrão
Idade em anos	60	101	77	76,43	9,69
Quantidade de filhos	0	10	2	1,80	1,95
Tempo de institucionalização (meses)	0,16	276	24	41,72	51,05
Frequência semanal da prática de atividade física	0	7	0	0,85	1,48
Frequência semanal de atividade de lazer/lúdica	0	7	0	0,69	1,63
Mini Mental	12	30	20	19,9	4,99
Índice de Barthel	10	100	95	82,88	23,43
Índice de fragilidade	0	6	3	2,92	2,06
Apgar	0	10	5	4,57	3,93
Nottingham (total)	0	38	13	14,80	9,14

Verifica-se, com relação às doenças, que as do coração são as mais prevalentes, 83 (61,5%), seguida pelas doenças endócrinas, que acometiam 49 (36,3%) da população estudada; as doenças mentais/emocionais apareciam em 43 (31,9%) e a incidência de doenças neurológicas, em 24 (11,9%), sendo também bastante significativas; da população estudada, apenas nove (6,7%) idosos não tinham registro de nenhuma comorbidade.

Investigou-se, quanto às medicações em uso, que 86 (63,7%) dos entrevistados faziam uso de medicações cardiovasculares, 35 (25,9 %) faziam uso de medicações neurológicas e 79 (58,5%), de medicações psiquiátricas; as medicações para o sistema digestório também eram frequentes, pois 41 (30,4%) idosos faziam uso; os antiagregantes plaquetários e estatinas também foram frequentes, com, respectivamente, 26 (19,3%) e 28 (20,7%). Acrescenta-se que, dos entrevistados, nove (6,7%) não faziam uso de nenhuma

medicação e 36 (26,7%) utilizavam, concomitantemente, cinco ou mais medicações, configurando polifarmácia.

Pôde-se descrever, de acordo com os questionários aplicados, o perfil da população de cada instituição. Percebeu-se, ao considerar o MEEM, que 96 (71,2%) apresentaram pontuação que sugere um declínio cognitivo. Notou-se, com o questionário de Barthel, que a maioria da população estudada foi classificada como independente; quanto ao resultado do questionário de fragilidade, a maioria dos entrevistados foi classificada como frágil. Apresentou-se, pela maioria da população, acentuada disfuncionalidade familiar, de acordo com o Apgar familiar, e a média de pontuação Nottingham foi de 14,8, o que equivale a uma percepção de perda de 38,9% de qualidade de vida. (Tabela 3).

Tabela 3. Resultado dos questionários aplicados. Marília (SP), Brasil, 2018.

Questionário Avaliado	Classificação (%)	Pontuação Média Expressar M±DP	D.P.
Mini Mental <sup>1</sup>	Normal	39 (28,8)	
	Sugestivo de deficit cognitivo	96 (71,2)	19,9
Barthel <sup>2</sup>	Independente	108 (80)	82,9
	Dependente	27 (20,0)	23,4
Apgar Familiar <sup>3</sup>	Acentuada disfuncionalidade	53 (36,3)	
	Moderada disfuncionalidade	40 (29,6)	4,6
	Funcional	42 (31,1)	3,9
Índice de Fragilidade <sup>4</sup>	Não frágil	24 (17,8)	
	Pré-frágil	37 (27,4)	2,9
	Frágil	74 (54,8)	2,06
Nottingham <sup>5</sup>			14,8
			9,1

D.P = Desvio-Padrão. 1: Análise realizada de acordo com escores relacionados à escolaridade: analfabetos, 20; para um a quatro anos de estudo, 25; de cinco a oito anos, 26; de nove a 11 anos, 28 e para indivíduos com escolaridade superior a 11 anos, 29 pontos; igual ou acima do normal, abaixo sugestivo de deficit. 2: Dependentes, com pontuação menor que 60, ou independentes, com pontuação igual ou maior de 60. 3: Altamente funcional (sete a dez pontos), moderadamente funcional (quatro a seis pontos) e acentuada disfuncionalidade (zero a três pontos). 4: Não frágil (nenhum componente identificado); pré-frágil (presença de um ou dois componentes) e frágil (presença de três ou mais componentes). 5: 38 itens com respostas no formato "sim/não". Quanto maior a pontuação, pior a percepção de qualidade de vida.

Evidenciaram-se, pela maioria dos entrevistados, boa aceitação à institucionalização e bom grau de satisfação com a ILPI (Tabela 4).

Tabela 4. Grau de aceitação da institucionalização e satisfação com a instituição. Marília (SP), Brasil, 2018.

Variável analisada	Índice	Total: Número bruto (%)	Média±DP
Aceitação da institucionalização	Boa aceitação	86 (63,7 %)	14,3 (± 5,1)
	Não aceitou	49 (36,3 %)	8,16 (± 1,5)
Satisfação em relação à instituição	Bom	90 (66,6 %)	15 (± 5)
	Regular	39 (28,8 %)	6,5 (± 2)
	Ruim	6 (4,4 %)	1 (± 1,3)

DP: Desvio-padrão.

Constatou-se, quando se submeteram as variáveis estudadas nas diferentes instituições à estatística descritiva, que as variáveis - concernentes às atividades de lazer e lúdicas, renda mensal, tipo de quarto, quantidade de

refeições, grau de satisfação, frequência semanal de atividade de lazer/lúdica, Mini Mental e índice de Barthel - apresentavam diferenças entre as ILPIs, conforme descrito na tabela 5.

Tabela 5. Diferenças entre as variáveis estudadas em relação às instituições analisadas quanto ao nível de significância estatística (Valor de P &lt; 0,05). Marília (SP), Brasil, 2018.

Variável	P
Sexo	0,26
Cor	0,80
Estado civil	0,40
Religião	0,73
Profissão pregressa	0,42
Está ou não aposentado	0,69
Tem casa própria ou não	0,14
Tem filhos ou não	0,52
Aceitação da institucionalização	0,74
Prática de atividade física	0,40
Tem atividades de lazer e lúdicas	< 0,001*
Escolaridade	0,36
Renda mensal	< 0,001*
Tipo de quarto	< 0,001*
Quantidade de refeições	< 0,001*
Grau de satisfação	< 0,001*
Idade em anos	0,23
Tempo de institucionalização (Meses)	0,24
Frequência semanal da prática de atividade física	0,47
Frequência semanal de atividade de lazer/lúdica	< 0,001*
Mini Mental	< 0,001*
Índice de Barthel	0,02
Índice de fragilidade	0,65
Apgar	0,16
Nottingham	0,26
Índice de Barthel (classificação)	< 0,001*
Índice de fragilidade	0,41

Assinalou-se a existência de correlação positiva forte com significância estatística entre a quantidade de refeições e o grau de satisfação; existia também uma correlação positiva moderada entre o grau de satisfação e a quantidade de pessoas no quarto. Apresentou-se, em contrapartida, o grau de satisfação em relação à escolaridade correlação negativa, sendo que a relação entre o grau de satisfação e a renda

mensal seguiram a mesma tendência. Obteve-se, quando se analisou a relação do grau de satisfação e a decisão sobre a institucionalização, uma correlação positiva, já a relação entre o resultado do questionário Nottingham e o grau de satisfação foi negativa; o mesmo ocorreu com o Mini Mental, ou seja, quanto maior a pontuação nos referidos questionários, menor o grau de satisfação do idoso (Tabela 6).

Tabela 6. Análises de correlação entre as diversas variáveis. Marília (SP), Brasil, 2018.

Variáveis correlacionáveis	Coefficiente de correlação	P
Grau de satisfação com relação à escolaridade	- 0,24	0,005*
Grau de satisfação em relação à renda mensal	- 0,24	0,004*
Grau de satisfação e Índice de Apgar	- 0,004	0,96
Grau de satisfação e índice de fragilidade	0,03	0,67
Grau de satisfação e Nottingham (total)	- 0,57	0,5
Grau de satisfação e o Mini Mental	- 0,22	0,01
Grau de satisfação e o Índice de Barthel	- 0,11	0,19
Decisão sobre a internação em relação à aceitação da institucionalização	0,38	< 0,001*
Grau de satisfação em relação à decisão sobre a internação	0,007	0,93
Grau de satisfação em relação ao número de indivíduos por quarto	0,17	0,04
Grau de satisfação com relação à quantidade de refeições	0,46	<0,001*
Grau de satisfação com relação à prática de atividade física	- 0,01	0,89

## DISCUSSÃO

Permitiu-se, por este estudo, a caracterização das condições de saúde de idosos residentes em ILPIs, assim como aspectos sociodemográficos das mesmas, sendo todas as instituições com caráter filantrópico. Aponta-se, pela literatura, a importância da formação do profissional que atua no cuidado ao idoso, considerando a relevância da atuação interdisciplinar. Considerou-se, que a ação multiprofissional e interdisciplinar, com princípios na promoção da saúde e integrada ao conhecimento acerca do processo individualizado de envelhecimento, gera um cuidado mais efetivo e eficaz, favorecendo a autonomia e a independência do idoso institucionalizado.<sup>21</sup>

Apontou-se, pelos autores, ainda, a necessidade de cuidados específicos, que vão do incentivo ao convívio grupal à adequada prescrição de medicamentos e de recursos adequados às necessidades de cada um. Destaca-se, nesta pesquisa, quando se considera a equipe técnica de assistência à saúde, que todas as ILPIs contavam com equipe de Enfermagem constituída e o enfermeiro apresentava-se como responsável técnico. Percebeu-se, no entanto, que a característica multiprofissional e interdisciplinar não era realidade nas ILPIs estudadas.

Consideram-se, no Brasil, as ILPIs de caráter residencial, atendendo à população idosa que possui ou não condições de viver no meio familiar e, neste contexto, a ação interdisciplinar, o cuidado integral à saúde e a manutenção da autonomia do idoso são previstos na legislação; em contrapartida, a maioria das instituições apenas fornece a demanda da assistência à saúde em função do grau de dependência e características de saúde/doença distintos dos idosos residentes.<sup>4,9-10</sup>

Compôs-se a maioria da população estudada por idosos viúvos ou solteiros, com filhos e renda de um salário mínimo, sem casa própria, apresentando até quatro anos de estudo, e o tempo médio de vivência na ILPI era de quatro

anos. Apontou-se, por um estudo, que 76% dos idosos entrevistados tiveram a decisão de mudança para a instituição por intervenção de outras pessoas e sem vontade própria. Mostrou-se que a decisão própria de mudança para a ILPI e a possibilidade de escolha da instituição apresentavam-se como fator de proteção para o deficit cognitivo, já que os idosos residentes em ILPI são mais susceptíveis ao sedentarismo e à perda da capacidade funcional e cognitiva.<sup>22</sup>

Soma-se o aumento do número de idosos na população agregado a uma crescente dependência, mudanças socioeconômicas e culturais na sociedade moderna, à baixa renda, além das alterações na constituição familiar. Apresentam-se alguns fatores na literatura como predisponentes ao processo de institucionalização do idoso, como a ausência de filhos, de um companheiro, comprometimento cognitivo e dependência para as atividades de vida diária.<sup>23-4</sup> Pontua-se, nesta pesquisa, que a ausência de filhos como fator determinante para a institucionalização não é evidente, já que 61,5% dos entrevistados relataram ter filhos. Demonstrou-se, porém, nesta pesquisa, a ausência de um companheiro como um fator predisponente, uma vez que 95% dos entrevistados relatam ser viúvos/separados ou solteiros.

Complementa-se que os 135 idosos que participaram deste estudo corresponderam a 40% dos idosos que vivem nessas instituições. Pode-se apontar, considerando que se utilizaram, como critérios de exclusão, a impossibilidade de comunicação verbal, acamados, presença de incapacidade cognitiva grave e recusa a participar, que, em sua maioria, os idosos que vivem nessas ILPIs apresentavam grave declínio cognitivo e acentuado grau de dependência. Evidenciou-se, pela maioria, ainda entre os idosos participantes, quando se analisou o resultado do questionário, relacionando-o com a faixa de escolaridade, resultado do Mini Mental sugestivo de deficit cognitivo. Corrobora-se a literatura por tal característica apresentada, que aponta, como importante fator predisponente para a perda

cognitiva, a perda de autonomia e do convívio social, fatores presentes em grande parte das ILPIs, e tais fatores acabam acarretando consequências diretas sobre a qualidade de vida dos idosos, podendo levar ao declínio funcional e à diminuição da percepção de qualidade de vida.<sup>22,25</sup> Salienta-se que o comprometimento cognitivo e da capacidade funcional é fator de grande incidência na população institucionalizada, além de se apresentar como fator que leva ao processo de institucionalização, já que o agravamento das condições de saúde se revela como um significativo motivo para a institucionalização.<sup>23,26</sup>

Destaca-se, quanto à funcionalidade, que a maioria dos entrevistados apresenta independência, porém, com alto grau de fragilidade. Mostra-se a fragilidade no idoso por um declínio das reservas fisiológicas e funcionais, proporcionando menor tolerância fisiológica e psicológica aos estressores e consequente risco de eventos adversos à saúde. Apontou-se, que a prevalência da síndrome de fragilidade entre os idosos que vivem em instituição constitui um grande problema de saúde e está relacionada com a perda cognitiva.<sup>27</sup>

Discorreu-se, em um estudo realizado na Espanha sobre a importância da assistência na ILPI, que, cada vez mais, se apresenta como um elemento essencial no cuidado de idosos frágeis e com incapacidade cognitiva, que, assim como presenciado nesta pesquisa, idosos frágeis e com declínio cognitivo constituem a maioria da população que vive na instituição, o que gera um grande desafio quanto ao adequado plano de cuidados em saúde e abordagem medicamentosa.<sup>28</sup>

Declarou-se, pela maior parte dos idosos deste estudo, estar satisfeita com a instituição onde vive, apresentando boa aceitação do processo de institucionalização; em contrapartida, quando aplicados os questionários para a verificação da dinâmica familiar, a maioria dos entrevistados evidenciou acentuada disfunção familiar e média percepção de qualidade de vida, de acordo com o questionário de Nottingham, que apresentou pontuação média de 14,8, ou seja, a percepção de perda da qualidade de vida da população estudada é de 38,9%. Concluiu-se, aplicando o mesmo questionário em idosos atendidos na rede primária de saúde, que aquela população apresentou 25,4% de perda na sensação de qualidade de vida, com uma pontuação média de 9,16.<sup>20</sup> Ratifica-se a literatura por esses dados no que tange ao processo adaptativo da institucionalização, que gera resistência e tristeza, ao mesmo tempo que o sentimento de aceitação é acompanhado de melancolia, perspectiva de perda da autonomia, isolamento e sentimento de inutilidade.<sup>24,29</sup>

Representa-se, por um bom apoio familiar, um mecanismo de proteção e tutela contra situações estressantes, cumprindo uma função social e

apresentando efeitos benéficos na idade adulta e na terceira idade, pois possibilita o gerenciamento de situações estressantes e atua como elemento protetor. Assinalou-se, em um estudo realizado em centros residenciais institucionais para idosos em três cidades da Espanha, que indivíduos com deficiência intelectual com maior grau de autonomia pessoal, associados ao apoio familiar e institucional recebido e percebido, relatam uma saúde, bem-estar e percepção de qualidade de vida significativamente mais altos do que indivíduos mais dependentes e com menos apoio.<sup>30</sup>

Leva-se, por melhores condições de vida, a uma melhor qualidade de vida, ou seja, quanto maior a satisfação pessoal, maior a qualidade de vida.<sup>30</sup> Apresentam-se o vivenciar a solidão, a institucionalização e o processo adaptativo, atrelados aos eventos como o luto, a dificuldade de se estabelecer relações interpessoais e a falta de apoio social e familiar, como os principais fatores de risco para a depressão.<sup>21,24,31</sup>

Registra-se que, na população estudada, 31,9% dos idosos tinham diagnóstico de doenças emocionais/mentais, porém, nessa mesma população, 58,5% faziam uso de medicação psiquiátrica. Demonstra-se a prevalência significativa de transtornos afetivos e psiquiátricos no idoso na literatura, podendo ser observada, como comprovação disso, uma elevada prescrição de psicofármacos.<sup>32</sup> Pôde-se perceber, por este estudo, que existe uma diferença entre o diagnóstico e a prescrição medicamentosa. Pode-se refletir, por tal fato, um desconhecimento sobre a própria saúde por parte do idoso ou até mesmo despreparo dos profissionais que lidam com eles em saber reconhecer os sinais da depressão e os aspectos medicamentosos. Ressalta-se que, para a coleta dos dados referentes à medicação e à morbidade, foi realizada uma revisão dos prontuários, fato que também dificulta a apresentação desses dados, já que as instituições, em sua maioria, não apresentaram organização e registros atualizados.

Infere-se, quando se comparam algumas variáveis, que são inversamente proporcionais o grau de satisfação com a escolaridade, renda mensal e questionário Nottingham e Mini Mental; em outras palavras, quanto maior a renda e a escolaridade entre os idosos entrevistados, menor o grau de satisfação com a institucionalização, assim como maiores pontuações no Mini Mental, sugerindo que a capacidade cognitiva preservada acarreta menor satisfação com o processo de institucionalização. Ocorre-se o mesmo com o questionário Nottingham, que evidencia que, quanto maior a pontuação, o que significa menor percepção de qualidade de vida, menor a satisfação. Corrobora-se, por esses dados, a literatura, considerando que se observa que o impacto da institucionalização contribui para a



prevalência de sentimentos de ansiedade, angústia e aflição. Influencia-se o idoso pelas modificações de sua rotina diária, ausência da família e dificuldade na criação de vínculos, rotina repetitiva, perda da autonomia, perda da privacidade, convivência diária com indivíduos doentes, presença de regras, obediência a funcionários e atividades obrigatórias, o que traz repercussões ao idoso, tanto emocionais quanto físicas.<sup>24,29</sup>

Encontrou-se, em sua pesquisa envolvendo 699 idosos moradores de ILPIs na Espanha, importante associação entre maior mortalidade e morar um lar de idosos, apontando que as características da casa e os fatores contextuais são importantes para os moradores.<sup>33</sup>

Verificou-se, quando comparadas as variáveis referentes à quantidade de alimentação e decisão sobre a internação, que esses fatores apresentaram correlação positiva quanto ao grau de satisfação com a instituição, sendo que os idosos também demonstraram maior satisfação ao dividir o quarto com um companheiro.

## CONCLUSÃO

Observou-se, nesta pesquisa, que as ILPIs estudadas tendem a se apresentar despreparadas para atender a essa demanda em crescente aumento. Pontua-se que o grau de autonomia, a relevante taxa de deficit cognitivo, o processo involuntário da institucionalização e o isolamento social acabam afetando diretamente a qualidade de vida dessa população, gerando declínio cognitivo e funcional. Nota-se que a preservação da cognição e o maior grau de instrução favorecem um menor grau de satisfação com a vida na instituição e, conseqüentemente, menor percepção de qualidade de vida.

Apresenta-se, pelas ILPIs estudadas, em sua maioria, uma população com importante deficit cognitivo e alto índice de dependência e tal fato gera uma maior necessidade de cuidados específicos de saúde e contribui para uma menor oferta de atividades que promovam a qualidade de vida. Associa-se esse fato à convivência com pessoas que apresentam necessidades de saúde distintas que podem favorecer um menor grau de satisfação, quando correlacionado à preservação da cognição.

Acredita-se que se está longe de atingir uma adequada assistência à população idosa e institucionalizada, e tal realidade demanda urgência na proposta de soluções para promover qualidade de vida e satisfação, fatores predisponentes para um envelhecimento saudável.

Ressalta-se que estudos que apresentam a caracterização dos moradores das ILPIs, traçando perfis e relacionando-os com a qualidade de vida e a satisfação dos idosos, nesse processo, são de

grande relevância, já que se está diante de uma população em significativo crescimento, e a avaliação das condições físicas, psicológicas, sociais e culturais desses idosos torna-se importante, pois permite ampliar a compreensão de suas necessidades de saúde. Percebe-se, no entanto, que estudos dessa natureza são escassos na literatura. Apresentaram-se, nesta pesquisa, alguns desses aspectos, não apenas trazendo fatores relacionados às condições sociodemográficas, mas também os relacionando a fatores que trazem a satisfação e qualidade de vida a esses idosos.

Limitou-se este estudo pelo fato de ele ter sido regional, realizado em um número restrito de ILPIs, o que poderia comprometer a validade externa do achado e pela exclusão dos idosos acamados e com significativo deficit cognitivo, por não possibilitar a representação de todos os idosos. Considera-se primordial, portanto, a necessidade de mais estudos em outras regiões, abordando o idoso institucionalizado.

## REFERÊNCIAS

1. Tier CG, Fontana RT, Soares NV. Reflecting on the institutionalized elderly. *Rev Bras Enferm.* 2004 May/June;57(3):332-5. DOI: [10.1590/S0034-71672004000300015](https://doi.org/10.1590/S0034-71672004000300015)
2. Miranda GMD, Mendes ACG, Silva ALA. Population aging in Brazil: current and future social challenges and consequences. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2016 May/June;19(3):507-19. DOI: [10.1590/1809-98232016019.150140](https://doi.org/10.1590/1809-98232016019.150140)
3. Camarano AA, Envelhecimento da população brasileira. In: Freitas E, Py L, Caçado F, Doll J, Gorzoni M, organizadores. *Tratado de Geriatria e Gerontologia.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan 2006. p. 88-105.
4. Barcelos BJ, Horta NC, Ferreira QN, Souza MCMR, Mattioli CDP, Marcelino KGS. Dimensions assigned to Long Term Care Facilities by managers and health professionals: interfaces and contradictions. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2018 Jan/Feb;21(1):16-23. DOI: [10.1590/1981-22562018021.170082](https://doi.org/10.1590/1981-22562018021.170082)
5. Araujo GS, Gatti MAN, Conti MHS, Vitta A, Marta SN, Simeão SFAP. Quality of life of elderly residents in Vila Vicentina in Bauru/SP. *Salusvita [Internet].* 2014 Nov [cited 2018 Aug 10];33(1):57-75. Available from: [https://www.researchgate.net/publication/305115950\\_QUALIDADE\\_DE\\_VIDA\\_DE\\_IDOSOS\\_RESIDENTES\\_NA\\_VILA\\_VICENTINA\\_DE\\_BAURUSP\\_Quality\\_of\\_life\\_of\\_elderly\\_residents\\_in\\_Vila\\_Vicentina\\_in\\_Bauru\\_SP](https://www.researchgate.net/publication/305115950_QUALIDADE_DE_VIDA_DE_IDOSOS_RESIDENTES_NA_VILA_VICENTINA_DE_BAURUSP_Quality_of_life_of_elderly_residents_in_Vila_Vicentina_in_Bauru_SP)
6. 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: [10.1590/1982-0194201500061](https://doi.org/10.1590/1982-0194201500061)

7. Carmo HO, Rangel JRA, Ribeiro NAP, Araujo CLO. Idoso institucionalizado: o que sente, percebe e deseja? RBCEH [Internet]. 2012 Sept/Dec [cited 2019 June 15];9(3):330-40. Available from: <http://seer.upf.br/index.php/rbceh/article/view/1274/pdf>

8. Santiago LM, Mattos IE. Prevalence and factors associated to frailty in institutionalized elderly of Southeastern and MiddleWestern Brazil. RBGG. 2014;17(2):327-37. DOI: [10.1590/S1809-98232014000200010](https://doi.org/10.1590/S1809-98232014000200010)

9. Pinto SPLC, Simson ORMV. Long-term care facilities for elderly in Brazil: summary of legislation. Rev Bras Geriatr Gerontol. 2012;15(1):169-74. DOI: [10.1590/S1809-98232012000100018](https://doi.org/10.1590/S1809-98232012000100018)

10. Salcher EBG, Portella MR, Scortegagna HM. Scenery of long-term care institutions: portraits of the routine of a multiprofessional team. Rev Bras Geriatr Gerontol. 2015 Apr/June;18(2):259-72. DOI: [10.1590/1809-9823.2015.14073](https://doi.org/10.1590/1809-9823.2015.14073)

11. Jerez-Roig J, Souza DLB, Andrade FLJP, Lima Filho BF, Medeiros RJ, Oliveira NPD, et al. Self-perceived health in institutionalized elderly. Ciênc Saúde Colet. 2016 Nov;21(11):3367-75. DOI: [10.1590/1413-812320152111.15562015](https://doi.org/10.1590/1413-812320152111.15562015)

12. Ferreti F, Soccol BF, Albrecht DC, Ferraz L. Viver a velhice em ambiente institucionalizado. Estud Interdiscip Envelhec [Internet]. 2014 [cited 2018 Aug 10];19(2):423-37. Available from: <https://seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/view/42378/32755>

13. Silva JDA, Comin FS, Santos MA. Elderly in long-term institutions: development, living conditions and health. Psicol Reflex Crit. 2013 Oct/Dec;26(4):820-30. DOI: [10.1590/S0102-79722013000400023](https://doi.org/10.1590/S0102-79722013000400023)

14. Lima DL, Lima MAVD, Ribeiro CG. Envelhecimento e qualidade de vida de idosos institucionalizados. RBCEH [Internet]. 2010 Sept/Dec [cited 2018 Aug 10];7(3):346-56. Available from: <http://seer.upf.br/index.php/rbceh/article/view/782>

15. Brucki S, Nitrini R, Caramelli P, Bertolucci PHF, Okamoto IH. Suggestions for utilization of the mini-mental state examination in Brazil. Arq Neuro-Psiquiatr. 2003 Sept;61(3-B). DOI: [10.1590/S0004-282X2003000500014](https://doi.org/10.1590/S0004-282X2003000500014)

16. Minosso JSM, Amendola F, Alvarenga MRM, Oliveira MAC. Validation of the Barthel Index in elderly patients attended in outpatient clinics, in Brazil. Acta Paul Enferm. 2010;23(2):218-23. DOI: [10.1590/S0103-21002010000200011](https://doi.org/10.1590/S0103-21002010000200011)

17. Nunes DP, Duarte YAO, Santos JLF, Lebrão ML. Screening for frailty in older adults using a self-

reported instrument. Rev Saúde Pública. 2015 Feb;49(2):1-9. DOI: [10.1590/S0034-8910.2015049005516](https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2015049005516)

18. Vera I, Lucchese R, Munari DB, Nakatani AYK. Using the family APGAR score to evaluate family relationships in the elderly: an integrative review. Rev eletrônica enferm. 2014 Jan/Mar;16(1):199-210. DOI: [10.5216/ree.v16i1.22514](https://doi.org/10.5216/ree.v16i1.22514)

19. Salmela LFT, Magalhães LC, Souza AC, Lima MC, Lima RCM, Goulart F. Adaptation of the Nottingham Health Profile: a simple measure to assess quality of life. Cad Saúde Pública. 2004 July/Aug;20(4):905-14. DOI: [10.1590/S0102-311X2004000400004](https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000400004)

20. Casado JM, González N, Moraleta S, Orueta J, Carmona J, Gómez-Calcerada RM. Health-related quality of life of elderly patients in primary care. Rev Cubana Hig Epidemiol. 2001 Apr;28(3):167-73. DOI: [10.1016/S0212-6567\(01\)78926-3](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(01)78926-3)

21. Silva RS, Fedossi E, Pascotini FS, Riehs EB. Health conditions of institutionalized elderly: contributions to interdisciplinary action and health promoter. Cad Bras Ter Ocup. 2019 Apr/June;27(2):345-56. DOI: [10.4322/2526-8910.ctoao1590](https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoao1590)

22. Andrade FLJP, Lima JMR, Fidelis KNM, Jerez-Roig Jr, Lima KC. Incapacidade cognitiva e fatores associados em idosos institucionalizados em Natal, RN, Brasil. Rev Bras Geriatr Gerontol. 2017 Mar/Apr; 20(2):186-96. DOI: [10.1590/1981-22562017020.160151](https://doi.org/10.1590/1981-22562017020.160151)

23. Lini EV, Portella MR, Doring M. Factors associated with the institutionalization of the elderly: a case-control study. Rev Bras Geriatr Gerontol. 2016 Nov/Dec;19(6):1004-14. DOI: [10.1590/1981-22562016019.160043](https://doi.org/10.1590/1981-22562016019.160043)

24. Bessa MEP, Silva MJ. Motivations for elderly entrance in long term institutions and adaptation processes: a case study. Texto contexto-enferm. 2008 Apr/June;17(2):258-65. DOI: [10.1590/S0104-07072008000200006](https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000200006)

25. Simeão SFAP, Martins GAL, Gatti MAN, Conti MHS, Vitta A, Marta SN. Comparative study of quality of life of elderly nursing home residents and those attending a day Center. Ciênc Saúde Colet. 2018 Nov;23(11):3923-34. DOI: [10.1590/1413-812320182311.21742016](https://doi.org/10.1590/1413-812320182311.21742016)

26. Camarano AA, Kanso S. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. Rev Bras Estud Popul. 2010 Jan/June; 27(1):232-5. DOI: [10.1590/S0102-30982010000100014](https://doi.org/10.1590/S0102-30982010000100014)

27. Melo EMA, Marques APO, Leal MCC, Melo HMA. Frailty syndrome and associated factors in elderly residents in long-term institutions. Saúde debate. 2018 Apr/June;42(117):468-80. DOI: [10.1590/0103-1104201811710](https://doi.org/10.1590/0103-1104201811710)

28. Mouriz R, Caamaño Ponte J, García Tuñas L, Dosil C, Facal D. Dementia and challenging behaviors in gerontological centers: a case report.

Geriatrics (Basel). 2019 Jan 22;4(1):15. DOI: [10.3390/geriatrics4010015](https://doi.org/10.3390/geriatrics4010015)

29. Oliveira PB, Tavares DMS. Health conditions of elderly residents in Long-stay Institution second basic human needs. Rev Bras Enferm. 2014 Mar/Apr;67(2):241-6. DOI: [10.5935/0034-7167.20140032](https://doi.org/10.5935/0034-7167.20140032)

30. Alonso-Sardón M, Iglesias-de-Sena H, Fernández-Martín LC, Mirón-Canelo JA. Do health and social support and personal autonomy have an influence on the health-related quality of life of individuals with intellectual disability?. BMC Health Serv Res. 2019 Jan;19(63). DOI: [10.1186/s12913-018-3856-5](https://doi.org/10.1186/s12913-018-3856-5)

31. Nóbrega IRAP, Leal MCC, Marques APO, Vieira JCM. Factors associated with depression in institutionalized elders: integrative review. Saúde debate. 2015 Apr/June;39(105):536-50. DOI: [10.1590/0103-110420151050002020](https://doi.org/10.1590/0103-110420151050002020)

32. Oliveira MPF, Novaes MRCG. The socio-economic, epidemiological and pharmacotherapeutic profile of institutionalized elderly individuals in Brasilia, Brazil. Ciênc Saúde Colet [Internet]. 2013 Apr [cited 2018 Aug 10];18(4):1069-78. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232013000400020](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000400020)

33. Rodríguez-García MP, Ayala A, Rodríguez-Blázquez C, Martínez-Martín P, Forjaz MJ, Damián J. Features and impact of missing values in the association of self-rated health with mortality in care homes: a longitudinal study. Health Qual Life Outcomes. 2019 June;17(111). DOI: [10.1186/s12955-019-1184-z](https://doi.org/10.1186/s12955-019-1184-z)


### Correspondência

Patricia Coelho Mendes de Britto Haddad  
E-mail: [patricia.coelho.haddad@hotmail.com](mailto:patricia.coelho.haddad@hotmail.com)

Submissão: 20/11/2019

Aceito: 20/12/2019

Copyright© 2019 Revista de Enfermagem UFPE on line/REUOL.

 Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob a Atribuição CC BY 4.0 [Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/), a qual permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.