

## CLASSIFICAÇÃO DA COMPLEXIDADE ASSISTENCIAL DE IDOSOS EM INSTITUIÇÕES PÚBLICAS

**Resumo:** Caracterizar o perfil social, cultural, econômico e de saúde e avaliar a complexidade assistencial de idosos residentes em instituição pública da cidade de São Paulo. Estudo transversal e descritivo, com 154 idosos residentes em quatro instituições de longa permanência para idosos. A coleta de dados aconteceu no período de julho a dezembro de 2016. A caracterização da amostra foi mediante levantamento de informações nos prontuários e a complexidade assistencial foi avaliada através da aplicação da escala de Fugulin. Prevaleceu o sexo feminino, analfabetos, aposentados, sedentários e ociosos, sem limitação de movimento e com períodos de desorientação. O sistema de classificação de paciente, segundo Fugulin, 71% apresentaram cuidados mínimos, 23% cuidados intermediários e 6% alta dependência. Os idosos residentes em instituições públicas de São Paulo são do sexo feminino, com baixa escolaridade, sem dependência funcional e com complexidade assistencial de cuidados mínimos.

**Descritores:** Instituição de Longa Permanência para Idosos, Enfermagem, Gestão em Saúde.

Classification of elderly association complexity in public institutions

**Abstract:** To characterize the social, cultural, economic and health profile and to evaluate the assistance complexity of the elderly living in a public institution in the city of São Paulo. A cross-sectional and descriptive study, with 154 elderly people living in four long-term institutions for the elderly. Data collection took place from July to December 2017. The characterization of the sample was based on the collection of information in the medical records and the assistance complexity was evaluated through the application of the Fugulin scale. Results: women prevailed, illiterate, retired, sedentary and idle, with no movement limitation and periods of disorientation. The patient classification system, according to Fugulin, 71% presented minimal care, 23% intermediate care and 6% high dependence. The elderly living in public institutions in São Paulo are female, with low educational level, with no functional dependency and with minimal assistance care complexity.

**Descriptors:** Homes for the Aged, Nursing, Health Management.

Clasificación de la complejidad asistencial de idiomas en instituciones públicas

**Resumen:** Caracterizar el perfil social, cultural, económico y de salud y evaluar la complejidad asistencial de ancianos residentes en institución pública de la ciudad de São Paulo. Estudio transversal y descriptivo, con 154 ancianos residentes en cuatro instituciones de larga permanencia para ancianos. La recolección de datos ocurrió en el período de julio a diciembre de 2017. La caracterización de la muestra fue mediante el levantamiento de informaciones en los prontuarios y la complejidad asistencial fue evaluada a través de la aplicación de la escala de Fugulin. Resultados: prevaleció el sexo femenino, analfabetos, jubilados, sedentarios y ociosos, sin limitación de movimiento y con períodos de desorientación. El sistema de clasificación de pacientes, según Fugulin, el 71% presentó cuidados mínimos, el 23% de los cuidados intermedios y el 6% de la alta dependencia. Los ancianos residentes en instituciones públicas de São Paulo son del sexo femenino, con baja escolaridad, sin dependencia funcional y con complejidad asistencial de cuidados mínimos.

**Descriptorios:** Hogares para Ancianos, Enfermería, Gestión de la Salud.

**Gerson Scherrer Júnior**

Doutorando, Programa de Doutorado em Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo/UNIFESP. Escola Paulista de Enfermagem/EPE. São Paulo (SP), Brasil.

**E-mail:** gscherrer@ig.com.br

**Marjorie Simão Mosquetto**

Enfermeira, Marinha do Brasil. São Paulo (SP), Brasil.

**E-mail:** marjorieblink182@hotmail.com

**Kleyton Góes Passos**

Doutorando, Programa de Doutorado em Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo/UNIFESP. Escola Paulista de Enfermagem/EPE. São Paulo (SP), Brasil.

**E-mail:** kleyton.ufac@gmail.com

**Rita de Cássia Ernandes**

Mestre, Programa de Mestrado em Ciências do Envelhecimento, Universidade São Judas/USJT. São Paulo (SP), Brasil.

**E-mail:** ernandes\_rc@terra.com.br

**Angélica Castilho Alonzo**

Doutora, Programa de Doutorado da Universidade de São Paulo/USP. São Paulo (SP), Brasil.

**E-mail:** angelicacastilho@msn.com

Submissão: 06/02/2018

Aprovação: 07/09/2018

## Introdução

Nos últimos anos, ocorreram modificações significativas nos padrões sociais, demográficos, epidemiológicos e de saúde da população mundial que geraram um aumento expressivo na expectativa de vida dos indivíduos, resultando no crescente número de idosos encontrados atualmente<sup>1-2</sup>. Desde a década de 50, a população de idosos vem crescendo em países em desenvolvimento, como o Brasil, por exemplo, fato ainda não apreciado por muitos que ainda associam a velhice aos países desenvolvidos<sup>3</sup>.

No Brasil, a expectativa de vida ao nascer, para ambos os sexos, teve um aumento de 30 anos, de 1940 a 2015, passando de 45,5 anos para 75,5. Projeções populacionais feitas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) indicam que o brasileiro chegará a viver em média 78,64 anos em 2030<sup>4</sup>. Esse aumento na expectativa de vida reflete-se em uma transição demográfica decorrente de alguns fatores como: as taxas de crescimento que se mantêm elevadas, as taxas de fertilidade que decrescem, a queda da mortalidade em todos os grupos etários e, também, a progressiva transição epidemiológica<sup>3</sup>.

Em 1930, quase a metade das mortes ocorridas foi por causa de doenças infecciosas e parasitárias. Já em 1980, com o aumento do número de idosos, houve o surgimento de doenças de longa duração como, a tuberculose, os cânceres, além de diabetes, problemas cardiovasculares, demência senil<sup>4</sup> e transtornos psicológicos como a depressão e a ansiedade<sup>5</sup>.

Com o aumento da longevidade e as transições epidemiológicas, o organismo humano

indiscutivelmente, em condições naturais, chegará ao envelhecimento que é considerado um processo cumulativo, irreversível, universal, não patológico, onde ocorre uma deterioração através de modificações morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas<sup>6</sup>.

Nesse cenário, a família é considerada extremamente importante na vida do idoso, pois é ela que deverá auxiliá-lo em suas tarefas cotidianas quando este encontrar dificuldades para a execução das mesmas, promovendo a segurança, o conforto e o bem-estar físico e psicológico desse indivíduo. Entretanto, ocorreram profundas transformações culturais, sociais e econômicas que fragilizaram os alicerces familiares, como a industrialização e a urbanização, a inserção da mulher no mercado de trabalho<sup>3</sup>.

De um modo geral, problemas familiares, de saúde, limitações das atividades da vida diária, situação mental, ausência de suportes sociais, pobreza entre outros, levam a um aumento na procura de instituição de longa permanência para idosos (ILPI), destinada a domicílio coletivo de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar<sup>5</sup>.

Os problemas decorrentes do envelhecimento, somados à institucionalização do idoso podem resultar em declínio funcional, com conseqüente perda da independência para a realização de atividades que reflete negativamente em sua qualidade de vida, e aumenta sua necessidade de receber cuidados de enfermagem<sup>1</sup>.

Dentro de uma mesma instituição é possível encontrar moradores independentes, parcialmente dependentes, totalmente dependentes, ou seja, que apresentam diversos níveis de complexidade assistencial devido à uma situação de fragilidade e vulnerabilidade comum nesses ambientes. Os idosos que apresentam diminuição da independência são considerados mais susceptíveis, exigindo maiores cuidados do serviço de enfermagem do que aqueles que possuem independência. Essa questão traz outra problemática: a sobrecarga dos profissionais de enfermagem ao lidarem com esses clientes mais complexos, pois nessas instituições não há ferramentas gerenciais que forneçam subsídios para se realizar um dimensionamento de pessoal compatível com a demanda, o que se reflete em mau uso dos recursos humanos, materiais e físicos, empregados na assistência.

Atualmente, é usado o sistema de classificação de pacientes (SCP), em ambiente intrahospitalar, que viabiliza a classificação da complexidade assistencial dos pacientes, por meio da Escala de Fugulin. A introdução de tal conceito na prática gerencial do enfermeiro contribui para a determinação da carga de trabalho da equipe de enfermagem, uma vez que evidencia a variação do tempo médio de trabalho dedicado aos pacientes classificados nas diferentes categorias de cuidado, possibilitando, também, a adequação dos métodos até então utilizados na determinação dos custos da assistência prestada<sup>7</sup>.

Com relação às ILPIs, não se observa uma preocupação com a quantidade e qualidade de profissionais da enfermagem, e não há evidências

nas literaturas de escalas específicas nesse contexto que sejam capazes de mensurar tais variáveis.

Frente ao exposto, surge a seguinte questão norteadora: qual o perfil social, cultural, econômico e de saúde e a complexidade assistencial de idosos residentes em ILPIs pública na cidade de São Paulo?

Logo, o objetivo deste artigo é caracterizar o perfil social, cultural, econômico e de saúde e avaliar a complexidade assistencial de idosos residentes em ILPIs pública na cidade de São Paulo.

## **Material e Método**

O Projeto de Pesquisa baseou-se em uma metodologia de caráter transversal e descritivo, com idosos residentes em ILPIs na cidade de São Paulo, totalizando 154 indivíduos, com média de idade de 75,8 anos, de ambos os sexos.

Durante o mês de julho a dezembro de 2017, foram visitadas quatro ILPIs públicas, no período da manhã, localizadas nas zonas Oeste, Leste, Norte e Sul da cidade de São Paulo. Tais instituições, que estão inseridas no seio da comunidade e apresentam características residenciais com estrutura física adequada, têm o objetivo de acolher pessoas idosas com idade igual ou superior a 60 anos, com diferentes necessidades e graus de dependência, que não dispõem de condições para permanecer na família devido a vínculos fragilizados/rompidos ou encontram-se em situação de negligência familiar ou institucional, sofrendo abusos, maus tratos e outras formas de violência. De um modo geral, essas ILPIs são vistas única e exclusivamente

como uma ferramenta social. Entretanto, esse ambiente vai muito além de questões sociais, pois os idosos que ali residem necessitam também de cuidados de saúde, o que não ocorre de maneira efetiva.

A equipe multiprofissional, nas quatro ILPIs, é composta de nutricionistas, assistente social e psicólogo. Uma das instituições não tinha enfermeiro, em outra um enfermeiro para organizar medicação, e outras duas tinha dois enfermeiros que distribuíam as atividades assistenciais, organizavam medicamento e prestava assistência de enfermagem mais complexas. Os cuidados de enfermagem eram prestados por orientadores (cuidador) sem nenhum conhecimento técnico e científico, com baixo grau de escolaridade e sobrecarga de trabalho.

Foram coletadas informações nos prontuários a respeito de suas condições sociais, culturais, epidemiológicas, econômicas, demográficas e atividades físicas e lazer.

Para avaliar a complexidade assistencial dos idosos foi utilizado a Escala de Fugulin<sup>8</sup>. Seus resultados fornecem subsídios para estabelecer o tempo despendido no cuidado direto e indireto, bem como o quantitativo do pessoal, racionalização de recursos materiais e operacionalização de todo o processo, que se reflete em padrões de qualidade assistencial e administrativa. A mesma divide-se em 13 domínios, com 4 subcategorias em cada um, que traça os perfis dos pacientes com um score que varia de 1 a 4, onde 1 representa maior independência e o 4 representa maior

complexidade. Após a pontuação, os pacientes são inseridos em 5 categorias, sendo cuidados intensivo (>34), semi-intensivo (29-34), alta dependência (23-28), intermediário (18-22) e mínimo (12-17).

O projeto foi submetido à Secretaria Municipal de Assistência Social (SMADS) da cidade de São Paulo, que encaminhou para o Centro de Referência Especializado de Assistência Social - CREAS (Butantã, Campo Limpo, São Matheus, Casa Verde e Itaim Paulista), que após apreciação do projeto redigiu um parecer de aprovação para realização da Pesquisa. Assim, o projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo pelo Parecer Consubstanciado nº 1600/2016 em 31 de julho de 2016.

A coleta de dados aconteceu após autorização dos sujeitos entrevistados, por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, respeitando a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466 de 12 de dezembro de 2012.

Foram avaliados todos os moradores das quatro ILPIs. Dessa maneira não foi necessário determinar critérios de inclusão ou exclusão, pois 100% da amostra das 4 ILPIs foi examinada.

Após a coleta de dados, estes foram organizados, tabulados e dispostos em tabelas onde se realizou uma análise descritiva das médias e frequências absolutas encontradas no estudo.

## **Resultados**

Foram entrevistados 154 residentes nas quatro ILPIs, sendo que a maioria é do sexo feminino, solteira, de cor branca e católica, com

idade média de 75,8 anos. A maior parte é analfabeta ou possui o primeiro grau incompleto; e é aposentada. A média de filhos é de 0,9 por família. O tempo médio de moradia dos

entrevistados foi de 39,3 meses e a maioria dos residentes não tem liberdade para sair da instituição e não recebe visita. Esses dados podem ser observados na Tabela 1.

**Tabela 1.** Características sociais e culturais de idosos residentes em instituições de longa permanência públicas na cidade de São Paulo. Brasil, 2016.

<b>Características</b>	<b>n = 154</b>
<b>Sexo</b>	
Masculino	66 (42,5%)
Feminino	89 (57,5%)
<b>Idade*</b>	
	75,8 (61 a 99)
61 a 69	41 (26,6%)
70 a 79	68 (44,3%)
80 a 89	32 (20,7%)
90 a 99	13 (8,4%)
<b>Estado Civil</b>	
Casado	12 (7,8%)
Solteiro	87 (56,5%)
Viúvo	30 (19,5%)
Divorciado	21 (13,6%)
Não encontrado	4 (2,6%)
<b>Cor</b>	
Branco	79 (51,3%)
Negra	34 (22,1%)
Pardo	41 (26,6%)
<b>Religião</b>	
Evangélica	18 (11,6%)
Católica	94 (61,1%)
Outras	42 (27,3%)
<b>Filhos*</b>	
	0,9 (0 a 7)
<b>Tempo de Moradia*†</b>	
	39,3 (1 a 168)
<b>Liberdade para sair ILPI</b>	
Sim	6 (3,9%)
Não	148 (96,1%)
<b>Recebe Visita</b>	
Sim	56 (36,4%)
Não	98 (63,6%)
<b>Profissão</b>	
Caminhoneiro	5 (3,2%)
Cozinheiro	6 (3,9%)
Diarista	27 (17,5%)
Do lar	6 (3,9%)
Não encontrado	44 (28,7%)
Pedreiro	7 (4,5%)
Serviços Gerais	9 (5,8%)
Vendedor	6 (3,9%)

Outros	44 (28,6%)
<b>Ocupação</b>	
Aposentado	79 (51,3%)
Bolsista	54 (35,1%)
Pensionista	2 (1,3%)
Sem renda	19 (12,3%)
<b>Instrução</b>	
Analfabeto / primário incompleto	59 (38,4%)
1° grau completo / incompleto	46 (29,8%)
2° grau completo/ incompleto	12 (7,8%)
Colegial completo / incompleto	2 (1,3%)
Superior completo/ incompleto	8 (5,2%)
Não encontrado	27 (17,5%)

Valores expressos em \*média (variação); frequência absoluta e porcentagem; † meses.

A Tabela 2 demonstra que a média de doenças encontradas foi de 2,5. A maioria não fuma, nem pratica qualquer atividade física ou de lazer, não manifesta nenhuma queixa de dor, não apresenta nenhuma limitação de movimento ou algum déficit visual e/ou auditivo, além de nunca terem apresentado episódio de queda.

**Tabela 2.** Características epidemiológica, demográficas, e de estilo de vida de idosos residentes em instituições de longa permanência públicas na cidade de São Paulo. Brasil, 2016.

Características	n = 154
<b>Número de doenças*</b>	2,5 (0 a 7)
0 a 1	37 (24,1%)
2 a 3	86 (55,8%)
4 a 5	28 (18,2%)
6 a 7	3 (1,9%)
<b>Fuma</b>	
Sim	28 (18,2%)
Não	126 (81,8%)
<b>Atividade Física</b>	
Sim	18 (11,7%)
Não	136 (88,3%)
<b>Atividade de Lazer</b>	
Sim	50 (32,5%)
Não	104 (67,5%)
<b>Dor</b>	
Sim	61 (39,6%)
Não	93 (60,4%)
<b>Limitação Movimento</b>	
Sim	73 (47,4%)
Não	81 (52,6%)
<b>Défict visual</b>	
Sim	68 (44,2%)
Não	86 (55,8%)

<b>Défict auditivo</b>	
Sim	45 (29,2%)
Não	109 (70,8%)
<b>Queda</b>	
Sim	41 (26,6%)
Não	113 (73,4%)
<b>Naturalidade</b>	
Norte	4 (2,6%)
Nordeste	46 (29,9%)
Sudeste	86 (55,9%)
Sul	5 (3,2%)
Outros	13 (8,4%)
<b>Nacionalidade</b>	
Brasileiro	151 (98,1%)
Estrangeiro	3 (1,9%)

Valores expressos em \*média (variação) e frequência absoluta e porcentagem

Os dados apresentados na Tabela 3 referem-se ao nível de complexidade assistencial, segundo a escala de Fugulin, enfatizam que a maioria dos residentes das instituições supracitadas exige cuidados mínimos.

**Tabela 3.** Classificação da complexidade assistencial de idosos residentes em instituições de longa permanência públicas na cidade de São Paulo, de acordo com a escala de Fugulin. Brasil, 2016.

<b>Classificação</b>	<b>n=154</b>
Cuidados mínimos	109 (71%)
Cuidados intermediários	36 (23%)
Alta dependência	9 (6%)
Cuidados semi-intensivos	0
Cuidados intensivos	0

Valores expressos em frequência absoluta e relativa

## Discussão

Com relação às características sociais e culturais dos idosos, o estudo demonstrou a predominância do sexo feminino nas instituições, achado muito frequente nas literaturas. Um estudo realizado em Belo Horizonte também demonstrou tal predominância<sup>9</sup>. O fato da população feminina ser superior à masculina, pode ser explicado, devido a uma maior proteção cardiovascular resultante dos hormônios femininos, menor adesão ao consumo de álcool e

tabaco e maior frequência em consultas médicas<sup>10</sup>.

A média de idade encontrada foi de 75,8 anos, muito próxima da encontrada em um estudo realizado em duas ILPIs no sul do estado de Minas Gerais, que foi de 76,6 anos<sup>11</sup> e de uma análise feita em quatro instituições localizadas em João Pessoa, que foi de 75,4 anos<sup>12</sup>. Esse aumento na média de idade está diretamente ligado ao aumento da expectativa de vida que, segundo o

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), atingiu 74,8 anos em 2013<sup>4</sup>.

A maioria dos idosos residentes nas ILPIs é solteira, não possui filhos e apresenta grau de escolaridade baixo ou é analfabeta. Estudos realizados em ILPIs no Distrito Federal e no Ceará<sup>13,14</sup>, também apresentam predominância nessas variáveis que muitas vezes são descritas como fatores de risco para institucionalização. Na cor/raça e religião, houve predomínio da cor branca e da religião católica que foi reforçado pelo achado nas ILPIs em Natal que constatou que a maioria dos residentes era branca e católica<sup>10</sup>. Uma das profissões mais citadas foi a de diarista, reforçada pelo achado no interior de Minas Gerais<sup>15</sup>. Antigamente, as mulheres viam-se obrigadas a se submeterem às leis masculinas restringindo-se aos trabalhos domésticos.

A média de tempo de residência na ILPI ficou em média de 39,3 meses, que sugere um longo tempo de institucionalização, e o principal motivo desta foi devido a vulnerabilidade social, ou seja, pessoas em condições precárias de moradia e saneamento, sem meios de subsistência, ausência de um ambiente familiar, sem representatividade social e vivendo em situação de rua. Uma pesquisa realizada em uma ILPI no interior do estado de São Paulo demonstra que a maioria dos residentes vive na instituição entre 1 a 5 anos, tendo como principais causas da institucionalização a falta de respaldo familiar e as dificuldades financeiras<sup>16</sup>. De um modo geral, problemas socioeconômicos são as principais causas de institucionalização de idosos em ILPIs públicas.

No quesito receber visitas, os resultados demonstram que 63,6% não recebem o que é conflitante com as literaturas existentes, pois um estudo realizado em uma ILPI em Belo Horizonte demonstra que 80,9% recebem visitas<sup>10</sup>. Essa diferença se dá pela própria ausência de família dos idosos do presente estudo.

Com relação à liberdade para sair do residencial, não foram encontrados achados significativos nas literaturas. O estudo aponta que 96,1% não possui tal autonomia. Nas instituições da Zona Sul, Norte e Leste, essa restrição se dá devido ao déficit cognitivo e limitação de movimentos manifestados pela maioria da amostra. Já na ILPI da Zona Oeste, o motivo da restrição não ficou claro por parte do serviço social da instituição, porém, acredita-se que seja em decorrência dos distúrbios comportamentais apresentados por aqueles que teriam tal liberdade e pelo próprio déficit cognitivo e motor.

A média de doenças crônicas foi de 2,5, em uma pesquisa em Belo Horizonte, demonstrou que a maioria dos idosos manifestava pelo menos uma doença crônica<sup>10</sup>. À medida que aumenta a idade, as pessoas tornam-se menos ativas, suas capacidades físicas diminuem, há alterações psicológicas, o que, conseqüentemente, facilita o aparecimento de doenças, além do que, a história pregressa da família e práticas inadequadas de saúde também contribuem para o surgimento destas<sup>17</sup>.

Com relação à prática de atividade física e de lazer, a maioria não a pratica. A atividade física é um recurso importante para minimizar a degeneração provocada pelo envelhecimento<sup>18</sup>.

Grande parte dos residentes não fuma, divergente a um estudo realizado 13 ILPIs no Distrito Federal que apontou que havia prevalência de fumantes do sexo masculino<sup>19</sup>. A alta porcentagem não fumante encontrada na pesquisa, sugere que o tabagismo é um hábito predominantemente masculino e, sendo a população feminina superior nas quatro ILPIs, há somente uma pequena parcela com tal hábito.

Com relação à dor, 60,4% dos idosos referiram não a sentir, o que vai de encontro aos achados nas literaturas atuais. Na Bahia, foi verificada elevada prevalência (73,3%) de dor crônica e, ainda, foi verificado que essa dor interferia de maneira negativa na capacidade funcional deles<sup>20</sup>.

Na questão da limitação de movimento, uma parcela da amostra apresentou, essas limitações que podem ocorrer devido ao próprio processo de envelhecimento. A grande maioria dos participantes da pesquisa não apresenta déficit visual e/ou auditivo, o que contraria a literatura existente que reforça que essa diminuição é normal em decorrência do desgaste do organismo<sup>21</sup>.

A maioria dos idosos nunca teve nenhum episódio de queda. Apesar de baixa, a queda é um problema potencial a ser considerado, uma vez que traz complicações sérias ao idoso. A literatura tem demonstrado que a incidência dos eventos aumenta com o avançar da idade<sup>22</sup>.

A pesquisa demonstrou que o nível de complexidade assistencial dos idosos, segundo a escala de Fugulin, foi de cuidados mínimos. Um estudo realizado em uma unidade de internação

de um hospital localizado no Paraná demonstrou que a maioria dos pacientes eram idosos e exigiam cuidados de alta dependência<sup>23</sup>. Outra pesquisa realizada no interior do estado de São Paulo, em uma unidade de internação, demonstrou que a maioria dos pacientes exigiam cuidados de alta dependência<sup>24</sup>.

Na revisão de literatura realizado não encontramos a aplicação da escala de Fugulin em ILPIs, isto limitou as comparações e comprovação da eficiência da escala como ferramenta de gestão de enfermeiros em ILPIs.

Entretanto, a referida escala, por ter sido elaborada para ambiente hospitalar, não fornece subsídios fidedignos que respaldem os achados no presente estudo, pois seus domínios não estão totalmente adequados à realidade das ILPIs, uma vez que nesse contexto o uso de oxigenioterapia e de medicação endovenosa, por exemplo, é praticamente nulo.

## **Conclusão**

Os residentes em instituições de longa permanência pública da cidade de São Paulo, que viviam em situação de vulnerabilidade social, apresentam um perfil social, cultural econômico baixo, são sedentários e ociosos. A maioria dos idosos exige cuidados mínimos, entretanto, tal achado não se mostrou fidedigno. Verifica-se que aspectos relevantes da assistência a idosos institucionalizados deixam de ser abordados, pela escala de Fugulin, o que torna evidente a importância da elaboração de critérios que possibilitem avaliar essas peculiaridades.

## Referências

1. Marinho LM, Vieira MA, Costa MDM, Andrade JMO. Grau e dependência de idosos residentes em instituições de longa permanência. Rev Gaúcha Enferm. 2013; 34(1):104-110.
2. Alencar MA, Bruck NNS, Pereira BC, Câmara TMM, Almeida RDS. Perfil dos idosos residentes em uma instituição de longa permanência. Rev Bras Geriatr Gerontol. 2012; 15 (4):785-796.
3. Kalache A, Veras RP, Ramos LR. O envelhecimento da população mundial. Um desafio novo. Rev Saúde Publ. 1987; 21:200-10.
4. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de Indicadores Sociais (SIS): uma análise das condições de vida da população brasileira 2016. Rio de Janeiro. Disponível em: <<https://www.biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv98965.pdf>>. Acesso em: 1 jan 2018.
5. Gaggioli A, Scaratti C, Morganti L, Strambadiale M, Agostoni M, Spatola CAM, et al. Effectiveness of group reminiscence for improving wellbeing of institutionalized elderly adults: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. 2014; 15:408.
6. Marchon RM, Cordeiro RC, Nakano MM. Capacidade Funcional: estudo prospectivo em idosos residentes em uma instituição de longa permanência. Rev Bras Geriatr Gerontol. 2010; 13(2):203-214.
7. Fugulin FMT, Gaidzinski RR, Kurcgant P. Sistema de classificação de pacientes: identificação do perfil assistencial dos pacientes das unidades de internação do HU-USP. Rev Latino Am Enferm. 2005; 13(1):72-8.
8. Fugulin FMT, Silva SH, Shimizu HE, Campos FPF. Implantação do sistema de classificação de pacientes na unidade de clínica médica do hospital universitário da Universidade de São Paulo. Rev Med Hosp Univ. 1994; 4(1):63-8.
9. Alencar MA, Bruck NNS, Pereira BC, Câmara TMM, Almeida RDS. Perfil dos idosos residentes em uma instituição de longa permanência. Rev Bras Geriatr Gerontol. 2012; 15(4):785-796.
10. Pinheiro NCG, Holanda VCD, Melo LA, Medeiros AKB, Lima KC. Desigualdade no perfil dos idosos institucionalizados na cidade de Natal, Brasil. Ciênc Saúde Colet. 2016; 21(11):3399-3405.
11. Vitorino LM, Paskulin LMG, Vianna LAC. Qualidade de vida de idosos em instituição de longa permanência. Rev Latino Am Enferm. 2012; 20(6):09 telas.
12. Lima DL, Lima MAVD, Ribeiro CG. Envelhecimento e qualidade de vida de idosos institucionalizados. RBCEH. 2010; 7(3):346-356.
13. Castellar JI, Karnikowski MGO, Viana LG, Nóbrega OT. Estudo da farmacoterapia prescrita a idosos em instituição de longa permanência. Acta Med Port. 2007; 20:97-105.
14. Gaião LR, Almeida MEL, Heukelbach J. Perfil epidemiológico da cárie dentária, doença periodontal, uso e necessidade de prótese em idosos residentes em uma instituição na cidade de Fortaleza, Ceará. Rev Bras Epidemiol. 2005; 8(3):316-323.
15. Silva ME, Cristianismo RS, Dutra LR, Dutra IR. Perfil epidemiológico, sócio demográfico e clínico de idosos institucionalizados. Rev Enferm Cent Oeste Min. 2013; 3(1):569-576.
16. Filho PCPT, Filho JFP. Causas da inserção de idosos em uma instituição asilar. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2002; 6(1):119-133.
17. Kanwar A, Singh M, Lennon R, Ghanta K, McNallan SM, et al. Frailty and Health-Related Quality of Life among Residents of Long-Term Care Facilities. *J Aging Health*. 2013; 25(5):792-802.
18. Oliveira DV, Brito RL, Antunes MD, Nascimento Júnior JRA, Moreira CR, et al. Prática de atividade física por idosos frequentadores de unidades básicas de saúde. Geriatr Gerontol Aging. 2017; 11(3):116-23.
19. Carvalho AA, Gomes L, Loureiro AML. Tabagismo em idosos internados em instituições de longa permanência. J Bras Pneumol. 2010; 36(3):339-346.
20. Reis LA, Torres GV. Influência da dor crônica na capacidade funcional de idosos institucionalizados. Rev Bras Enferm. 2011; 64(2): 274-280.
21. Yannick S, Sutin AR, Bosselut G, Terracciano Antonio. Sensory functioning and personality development among older adults. *Psychol Aging*. 2017; 32(2):139-147.
22. Siqueira FV, Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, et al. Prevalência de quedas em idosos e

fatores associados. Rev Saúde Pública. 2007; 41(5):749-56.

23. Gvozd R, Oliveira WT, Jenal S, Vannuchi MTO, Haddad MCL, et al. Grau de dependência de cuidado: pacientes internados em hospital de alta

complexidade. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2012; 16 (4):775-780.

24. Brito AP, Guirardello EB. Nível de complexidade assistencial dos pacientes em uma unidade de internação. Rev Bras Enferm. 2012; 65(1): 92-6.