

Caracterização e Prevalência de Comorbidades Relacionadas aos Idosos em Instituições de Longa Permanência do Sudoeste Goiano

Characterization and Prevalence of Comorbidities among Older Adults in Homes for the Aged in Southwestern Goiás, Brazil

Murillo Cardi Peccinelli¹
Gustavo Cardi Peccinelli²
Ana Luísa Silva Oliveira³
Beatriz Regina Fernandes Rodrigues⁴
Vanessa Resende Souza Silva⁵

RESUMO

O envelhecimento acelerado no Brasil amplia a demanda por atenção contínua, tornando as Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPs) centrais no cuidado dessa população. Compreender o perfil dos residentes e o impacto das comorbidades sobre qualidade de vida e autonomia é essencial para garantir envelhecimento digno. Este trabalho examina o perfil clínico-funcional e a prevalência de comorbidades em idosos de duas ILPs do sudoeste goiano. Trata-se de um estudo observacional retrospectivo, com análise de prontuários e avaliação multidimensional com escalas padronizadas. Observou-se hipertensão arterial sistêmica como a condição mais prevalente, com elevada multimorbidade cardiometabólica, comprometimento cognitivo frequente, polifarmácia (com destaque para psicotrópicos) e riscos funcionais relevantes. À luz desses dados, recomenda-se cuidado interdisciplinar centrado na pessoa, revisão medicamentosa com desprescrição criteriosa, programas estruturados de exercício e reabilitação e rastreios cognitivo-funcionais seriados, com uso rotineiro de escalas padronizadas para qualificar o monitoramento e prevenir desfechos adversos nas ILPs.

Palavras-chave: Envelhecimento. Instituições de Longa Permanência para Idosos. Comorbidades. Qualidade de Vida.

ABSTRACT

Rapid population aging in Brazil is increasing the demand for continuous care, placing Homes for the Aged (ILPs) at the center of support for older adults. Understanding the profile of residents and the impact of comorbidities on quality of life and autonomy is essential to ensuring dignified aging. This study characterized the clinical-functional profile and the prevalence of comorbidities among residents of two ILPs in southwestern Goiás, Brazil. This retrospective observational study reviewed medical records and applied a multidimensional assessment using standardized scales. Systemic arterial hypertension was observed as the most prevalent condition, with high cardiometabolic multimorbidity, frequent cognitive impairment, pronounced polypharmacy, particularly psychotropics, and salient functional risks. These results support person-centered, interdisciplinary care, structured medication review with judicious deprescribing, exercise and rehabilitation programs, and serial cognitive-functional screening with standardized scales to strengthen monitoring and prevent adverse outcomes in ILPs.

Keywords: Aging. Homes for the Aged. Comorbidity. Quality of Life.

¹ Acadêmico de Medicina pelo Centro Universitário de Mineiros (UNIFIMES), Mineiros-GO, Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0009-0008-1508-2148> E-mail: murillo.peccinelli@academico.unifimes.edu.br

² Acadêmico de Medicina pelo Centro Universitário de Mineiros (UNIFIMES), Mineiros-GO, Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0009-0008-2415-7455> E-mail: gcpmcp@academico.unifimes.edu.br

³ Acadêmica de Medicina pelo Centro Universitário de Mineiros (UNIFIMES), Mineiros-GO, Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0009-0003-0952-6236> E-mail: analuisasoliv@academico.unifimes.edu.br

⁴ Fisioterapeuta e Mestre em Ciências Aplicadas à Saúde pela Universidade Federal de Goiás (UFG). Docente do curso de Medicina do Centro Universitário de Mineiros (UNIFIMES), Mineiros-GO, Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-8868-4798> E-mail: beatrizregina@unifimes.edu.br

⁵ Biomédica pela Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), Mestre e Doutora em Imunologia e Parasitologia Aplicadas pela Universidade Federal de Uberlândia (UFU). Docente do curso de Medicina do Centro Universitário de Mineiros (UNIFIMES), Mineiros-GO, Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-8313-5271> E-mail: vanessa.resende@unifimes.edu.br

1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um processo global e progressivo, com impacto direto sobre os sistemas de saúde e proteção social. Projeções das Nações Unidas indicam que a proporção de pessoas com 65 anos ou mais deve passar de cerca de 10% em 2022 para aproximadamente 16% em 2050 (UNITED NATIONS, 2022). No Brasil, dados do Censo 2022 evidenciam crescimento dos grupos etários acima de 60 anos, reforçando a urgência de respostas assistenciais estruturadas (IBGE, 2023).

Com o envelhecimento, torna-se frequente a presença de condições crônicas que demandam cuidados específicos e atenção contínua. Embora a expectativa de vida tenha aumentado, tal fenômeno impõe desafios como o declínio progressivo das capacidades físicas, mentais e cognitivas, elevando a suscetibilidade a enfermidades (DINIZ et al., 2019; CHANG et al., 2019).

Nesse contexto, as instituições de longa permanência (ILPs) desempenham papel essencial na oferta de cuidados e suporte, sobretudo para idosos com restrições de autonomia e necessidade de atenção contínua (FURTADO et al., 2023). Segundo o Censo 2022, 837 mil pessoas residiam em domicílios coletivos e, entre estas, 161 mil em ILPs, evidenciando a relevância sanitária e social dessas instituições (IBGE, 2024).

A multimorbidade, ou seja, a coexistência de duas ou mais condições crônicas em um mesmo indivíduo, é altamente prevalente entre idosos e associa-se a maior uso de serviços de saúde, pior funcionalidade e pior qualidade de vida. Evidências recentes em populações brasileiras documentam prevalências elevadas, heterogeneidade por faixa etária e padrões de multimorbidade vinculados a declínio nas atividades de vida diária (AGUIAR et al., 2024).

Nesse cenário, é imprescindível compreender as especificidades dos idosos acolhidos em ILPs e como a multimorbidade repercute sobre autonomia e qualidade de vida, dado que fatores clínicos e psicológicos entre institucionalizados se associam a piores desfechos funcionais e de bem-estar. Além disso, a análise sistemática das comorbidades nessa população subsidia o desenho de políticas e modelos de cuidado de longa duração mais efetivos (CANO et al., 2024).

Portanto, este trabalho teve como objetivo identificar e estimar a prevalência de comorbidades e seus potenciais impactos na qualidade de vida da população idosa institucionalizada do sudoeste goiano, subsidiando estratégias de cuidado.

2. MATERIAIS E MÉTODOS

2.1 Considerações Éticas

O projeto de pesquisa seguiu todas as diretrizes éticas estabelecidas, com parecer no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) aprovado (número: 7.190.175). Foi garantido o consentimento informado das instituições colaboradoras e dos participantes, respeitando a autonomia e privacidade dos envolvidos.

2.2 Procedimentos

A princípio, o trabalho foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e aprovado. Foi feita a identificação de duas instituições de longa permanência filantrópicas instaladas no sudoeste goiano e consecutivo contato com seus diretores para apresentação da pesquisa. Após autorização formal, mediante assinatura do termo de consentimento institucional, iniciou-se a coleta de dados, realizada no período de fevereiro de 2025 a agosto de 2025.

A amostragem foi estratificada por instituição, com alocação proporcional ao tamanho de cada estrato, visando garantir a representatividade local (BOLFARINE et al., 2005). Os prontuários foram selecionados por método aleatório simples entre aqueles disponíveis nas instituições durante o período de coleta, não sendo estabelecidos critérios clínicos específicos de inclusão e exclusão, uma vez que o objetivo foi obter uma amostra representativa do perfil geral da população assistida.

Para o estudo, adotou-se uma abordagem mista: quantitativa, para análise de dados de prontuários, e qualitativa, para apreender impactos na qualidade de vida e no bem-estar. As análises, realizadas nas ILPs, permitiram estimar prevalências e delinear o perfil de comorbidades, em estrita conformidade com os princípios éticos e legais vigentes, preservando o anonimato de participantes e instituições.

2.3 Instrumentos de Coleta de Dados

Procedeu-se à análise dos prontuários de idosos institucionalizados nas ILPs participantes, fundamentada em levantamento bibliográfico sobre as principais condições clínicas e sindrômicas na população idosa. A elaboração do roteiro de extração de dados e sua organização seguiram as diretrizes metodológicas de Malhotra (2012) e posteriormente foram sistematizados nos resultados.

2.4 Escalas Multidimensionais do Idoso

Adicionalmente, procedeu-se à análise das escalas multidimensionais aplicadas aos residentes, cujos desfechos foram detalhados nos resultados. A inclusão dessas escalas teve como finalidade ampliar a compreensão do perfil clínico-funcional da população estudada, permitindo uma avaliação sistemática e padronizada de diferentes domínios da saúde do idoso. Cada instrumento contribuiu para uma leitura mais precisa das necessidades assistenciais, complementando as informações obtidas por meio dos prontuários e caracterizando de forma abrangente os aspectos físicos, cognitivos e psicossociais dos residentes.

As escalas analisadas contemplaram dimensões centrais ao cuidado geriátrico. A Escala de Katz permitiu mensurar a independência nas atividades básicas de vida diária, enquanto a Escala de Depressão Geriátrica (GDS) auxiliou na triagem de sintomas depressivos. O Mini Exame do Estado Mental (MEEM) possibilitou a identificação do grau de comprometimento cognitivo, subsidiando o planejamento de intervenções direcionadas. As escalas Braden e Morse avaliaram, respectivamente, o risco de lesões por pressão e o risco de quedas, ambos essenciais para estratégias preventivas. Por fim, a Escala de Edmonton viabilizou a estimativa do nível de fragilidade.

2.5 Análise de Dados

A análise dos dados foi conduzida por meio do software JASP (versão 0.95.2). Foram realizadas estatísticas descritivas, incluindo frequências absolutas e relativas, medidas de tendência central (média) e de dispersão (desvio padrão), além da identificação dos valores mínimo e máximo observados.

3. RESULTADOS

3.1 Caracterização da amostra das instituições

A amostra da ILP1 foi composta por 24 residentes, com idades variando entre 41 e 98 anos ($M = 73,46$; $DP = 12,54$). Sobre o tempo de institucionalização, o menor valor observado foi de seis meses e o maior valor foi de 25 anos ($M = 5,25$; $DP = 5,66$). Em relação à ILP2, a amostra foi composta por 23 residentes, cujas idades variaram entre 53 e 98 anos ($M = 76,61$; $DP = 11,79$). O tempo de institucionalização apresentou variação de

um a 19 anos (M = 6,04; DP = 5,73). A distribuição da idade dos residentes é apresentada na Figura 1.

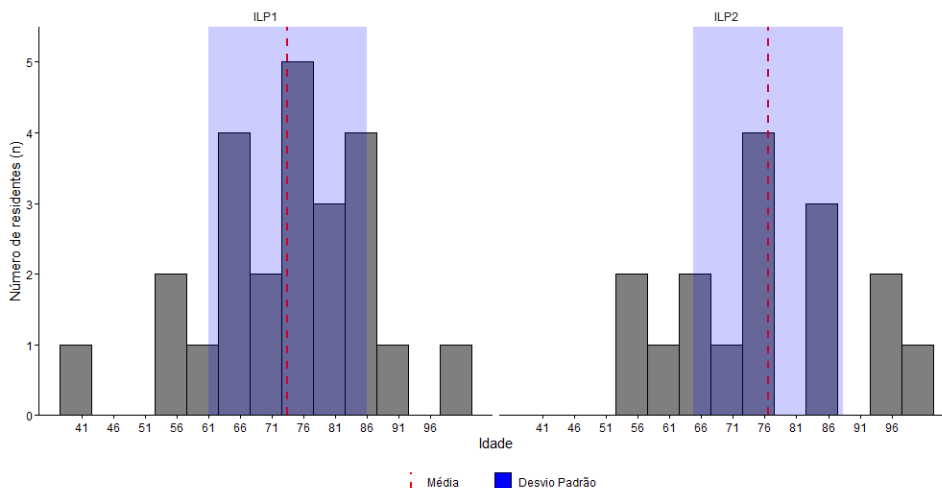


Figura 1. Distribuição da idade dos residentes por Instituição de Longa Permanência (ILP)

Apresentaram maior proporção de indivíduos solteiros (54,2%-95,7), baixa escolaridade, ausência de plano de saúde (100%) e baixa adesão para atividade física. A Tabela 1 apresenta a distribuição das características gerais dos residentes das ILPs.

Tabela 1. Distribuição das características gerais dos residentes por Instituição de Longa Permanência (ILP).

Característica	Categoria	Instituição			
		ILP1		ILP2	
		Número de Residentes (n)	Proporção (%)	Número de Residentes (n)	Proporção (%)
Gênero	Masculino	11	45,8	12	52,2
	Feminino	13	54,2	11	47,8
Estado civil	Solteiro	13	54,2	22	95,7
	Casado	1	4,2	-	-
	Divorciado	5	20,8	1	4,3
	Viúvo	5	20,8	-	-
Nível educacional	Sem escolaridade	19	79,2	22	95,7
	Fundamental completo	5	20,8	1	4,3
Plano de saúde	Não	24	100,0	23	100,0
	Sim	1	4,2	-	-
Atividade física	Não	23	95,8	19	82,6
	Sim	-	-	4	17,4
	Não informado	-	-	-	-
Fisioterapia	Sim	5	20,8	4	17,4
	Não	19	79,2	19	82,6

Fonte: Elaborado pelo próprio autor (2025).

3.2 Comorbidades

A distribuição de frequências das comorbidades entre os residentes da ILP1 evidenciou maior prevalência de hipertensão arterial (62,5%), seguida por alterações

cognitivas (50%), dislipidemia (25%), diabetes mellitus (20,8%) e hipotireoidismo/hipertireoidismo (20,8%). Algumas comorbidades apresentaram baixa ocorrência, com valores variando entre 4,2% e 12,5%, incluindo alcoolismo, cardiopatia, acidente vascular cerebral, transtorno depressivo maior, epilepsia, ansiedade, tabagismo, insuficiência respiratória e infecção sexualmente transmissível. Para anemia, osteoartrite, osteoporose e alterações do sono não foram observadas ocorrências.

Nos residentes da ILP2, também se observou maior prevalência de hipertensão arterial (73,9%), seguida por alterações cognitivas (56,5%), osteoartrite (39,1%), dislipidemia (34,8%), diabetes mellitus (30,4%), acidente vascular cerebral prévio (21,7%) e tabagismo (21,7%). Comorbidades de menor frequência incluíram cardiopatia (17,4%), ansiedade (17,4%), alteração do sono (17,4%), transtorno depressivo maior (13%) e alcoolismo (13%). Outras condições, como anemia, hipotireoidismo/hipertireoidismo, epilepsia, insuficiência respiratória e osteoporose apresentaram prevalências variando entre 4,3% e 8,7%. Para infecções sexualmente transmissíveis não foram observadas ocorrências.

Dentre as alterações cognitivas (50% - 56,5%), destacou-se a presença de Alzheimer (20,8% - 30,4%), Sequela de AVE (12,5% - 8,7%), Parkinson (8,3% - 4,3%) e Esquizofrenia (4,2% - 4,3%).

A Figura 2 apresenta a distribuição das comorbidades dos residentes por ILP.

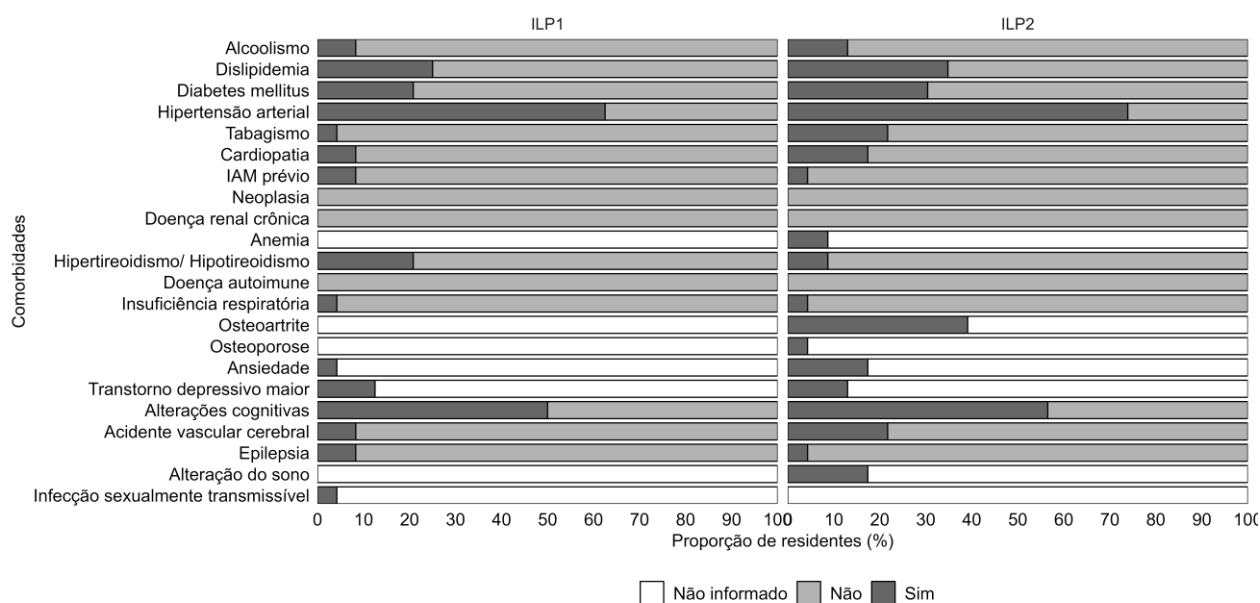


Figura 2. Distribuição das comorbidades dos residentes por Instituição de Longa Permanência (ILP)

3.3 Medicamentos de uso contínuo

Na ILP1, a distribuição de frequência sobre o uso contínuo de medicamentos mostrou que a maioria dos participantes faz uso de terapia medicamentosa (95,8%). Entre os que utilizam, observou-se maior prevalência do uso de psicotrópicos (83,3%). Além disso, verificou-se uma frequência de uso para anti-hipertensivos (58,3%) e anticonvulsivante (33,3%). Para as demais classes de medicamentos, as ocorrências foram inferiores a 30% entre os residentes, conforme apresenta a Figura 3.

Na ILP2 também se verificou que a maioria dos participantes (95,7%) faz uso contínuo de algum tipo de medicamento. Entre os mais utilizados, destacam-se os psicotrópicos (73,9%), anti-hipertensivos (69,6%), hipolipemiantes (52,2%) e antiagregantes plaquetários (39,6%). Para as demais classes de medicamentos, as ocorrências foram inferiores a 30% entre os residentes, conforme apresenta a Figura 3.

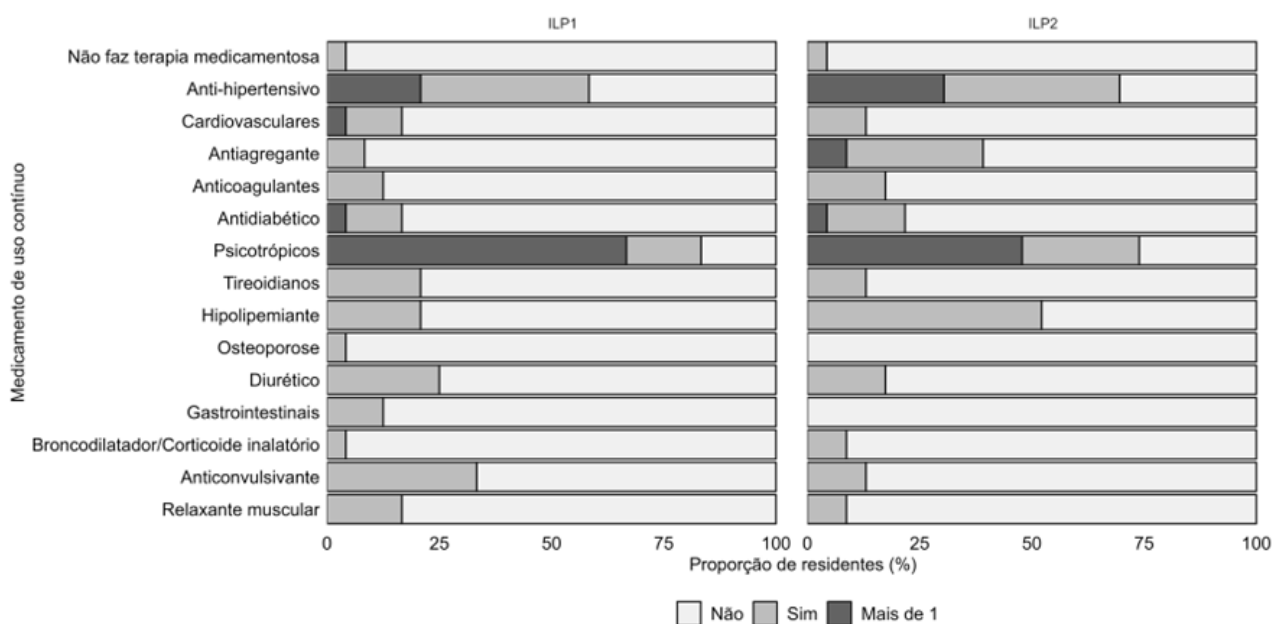


Figura 3. Distribuição dos medicamentos de uso contínuo dos residentes por Instituição de Longa Permanência (ILP)

3.4 Sistematização da assistência em enfermagem

Em relação à sistematização da assistência em enfermagem, Tabela 2, a avaliação primária da ILP1, observou-se que 50,0% dos participantes apresentaram alterações neurológicas. Na avaliação atual, esse percentual aumentou para 58,3%. No que se refere à avaliação urinária, a etapa primária não indicava alterações, enquanto a avaliação atual registrou uma pequena alteração (8,3%).

Enquanto na ILP2, observou-se (Tabela 2), na avaliação primária, maior frequência de alterações na dimensão neurológica (60,9%), seguidas pelas avaliações cardiovascular (21,7%), urinária (17,4%), e respiratória (8,7%). Na avaliação atual, verificou-se aumento nas alterações neurológicas (78,3%), cardiovasculares (26,1%) e urinárias (43,5%).

Tabela 2. Distribuição da sistematização da assistência em enfermagem dos residentes por Instituição de Longa Permanência (ILP).

Avaliação	Momento	Categoria	Instituição			
			ILP1		ILP2	
			Número de Residentes (n)	Proporção (%)	Número de Residentes (n)	Proporção (%)
Neurológica	Primaria	Normal	4	16,7	9	39,1
		Alterada	12	50,0	14	60,9
		Não informada	8	33,3	-	-
	Atual	Normal	2	8,3	5	21,7
		Alterada	14	58,3	18	78,3
		Não informada	8	33,3	-	-
Cardiovascular	Primaria	Normal	-	-	18	78,3
		Alterada	-	-	5	21,7
		Não informada	24	100,0	-	-
	Atual	Normal	-	-	17	73,9
		Alterada	-	-	6	26,1
		Não informada	24	100,0	-	-
Respiratória	Primaria	Normal	-	-	21	91,3
		Alterada	-	-	2	8,7
		Não informada	24	100,0	-	-
	Atual	Normal	-	-	21	91,3
		Alterada	-	-	2	8,7
		Não informada	24	100,0	-	-
Gastrointestinal	Primaria	Normal	-	-	23	100,0
		Alterada	-	-	-	-
		Não informada	24	100,0	-	-
	Atual	Normal	-	-	13	56,5
		Alterada	-	-	-	-
		Não informada	24	100,0	-	-
Urinária	Primaria	Normal	-	-	19	82,6
		Alterada	-	-	4	17,4
		Não informada	24	100,0	-	-
	Atual	Normal	-	-	13	56,5
		Alterada	2	8,3	10	43,5
		Não informada	22	91,7	-	-

Fonte: Elaborado pelo próprio autor (2025).

3.5 Escalas Multidimensionais de Avaliação do Idoso

A análise comparativa entre a ILP1 e ILP2 revelou diferenças relevantes em alguns aspectos dos residentes. Na escala KATZ, observou-se maior proporção de dependência total entre os residentes da ILP1 (45,8%) e de dependência parcial entre os residentes da ILP2 (52,2%). Em relação à Escala de Depressão Geriátrica (GDS), os residentes apresentaram maior prevalência de sintomas leves (29,2% vs. 56,5%).

As escalas Edmonton, Braden e Morse foram aplicadas somente na ILP2. Entre os residentes da ILP2, na escala Edmonton identificaram-se predominantemente níveis de fragilidade leve e moderada. Na escala Braden, prevaleceram classificações de ausência de risco ou risco baixo, enquanto na escala Morse observou-se maior frequência de risco moderado a alto risco.

No MEEM, os residentes da ILP1 apresentaram maior comprometimento cognitivo grave (45,8% vs. 21,7%). Observou-se ainda melhor preservação auditiva (AUDIÇÃO) entre os residentes da ILP2 (60,9% vs. 37,5%).

Tabela 3. Distribuição das escalas multidimensionais de avaliação dos residentes por Instituição de Longa Permanência (ILP).

Dimensão avaliada	Escala	Categoria	Instituição			
			ILP1		ILP2	
			Número de Residentes (n)	Proporção (%)	Número de Residentes (n)	Proporção (%)
Independência em atividades de vida diária	KATZ	Independente	5	20,8	5	21,7
		Dependente Parcial	6	25,0	12	52,2
		Dependente Total	11	45,8	6	26,1
		Não avaliado	2	8,3	-	-
Depressão geriátrica	GDS	Ausente	4	16,7	1	4,3
		Leve	7	29,2	13	56,5
		Severa	1	4,2	2	8,7
		Afásico	-	-	1	4,3
		Não avaliado	12	50,0	6	26,1
Fragilidade de Edmonton	EDMONTON	Não frágil	-	-	1	4,3
		Fragilidade Leve	-	-	7	30,4
		Moderado	-	-	8	34,8
		Aparentemente vulnerável	-	-	2	8,7
		Fragilidade Severa/ Vulnerável	-	-	4	17,4
		Não avaliado	24	100,0	1	4,3
Risco para Lesão por Pressão	BRADEN	Sem risco	-	-	13	56,5
		Baixo risco	-	-	7	30,4
		Risco moderado	-	-	2	8,7
		Alto risco	-	-	1	4,3
		Não avaliado	24	100,0	-	-
Risco de Quedas	MORSE	Baixo risco	-	-	5	21,7
		Risco moderado	-	-	9	39,1
		Alto risco	-	-	9	39,1
		Não avaliado	24	100,0	-	-
Função Auditiva	AUDIÇÃO	Preservada	9	37,5	14	60,9
		Moderada	6	25,0	2	8,7
		Prejudicado	7	29,2	6	26,1
		Afásico	-	-	1	4,3
		Não avaliado	2	8,3	-	-
Mini Exames do Estado Mental	MEEM	Normal	3	12,5	1	4,3
		Leve	3	12,5	4	17,4
		Moderado	6	25,0	7	30,4
		Prejudicado	-	-	5	21,7
		Grave	11	45,8	5	21,7
		Não avaliado	1	4,2	1	4,3

Fonte: Elaborado pelo próprio autor (2025).

4. DISCUSSÃO

Os achados deste estudo delineiam o perfil típico de idosos institucionalizados em ILPs do interior brasileiro, conforme sugere Gontijo et al. (2022). Apresentam prevalência elevada de multimorbidade cardiometabólica e forte registro de polifarmácia, características clínico-terapêuticas observadas na Figura 2 e 3.

Na amostra obtida, a prevalência de patologias metabólicas (Figura 3), alinha-se à revisão de Nicholson et al. (2024), que relata superioridade destas condições entre os idosos institucionalizados; E aos achados latino-americanos de Pirkle et al. (2023), que reporta a incidência de hipertensão arterial superior a 70% e controle pressórico limitado.

Em estudo comparativo, Scheidt et al. (2020) observaram níveis de atividade física inferiores entre residentes de ILPs versus grupos comunitários, atribuindo o padrão a condicionantes do ambiente, como o padrão etário e a ausência de equipe para supervisionar tais atividades. Desta forma, a baixa exposição à atividade física nas ILPs (Tabela 1) é compatível com as barreiras organizacionais do cotidiano institucional.

A baixa prevalência de tabagismo nas ILPs (Figura 2) é condizente com a redução do hábito em contextos institucionais. Em um programa de controle em ILPs, Carvalho et al. (2013) observaram queda significativa do tabagismo entre os moradores previamente fumantes e relataram que, após 12 meses, parte dos aderentes manteve cessação, sem que isso implique efeito protetor causal dos ambientes.

As alterações cognitivas (Figura 2) acompanham a literatura que indica maior ocorrência de demências em ILPs, como relatado por Bethell et al. (2021). Tais condições estão entre as principais barreiras à conexão social, majoritariamente por piora da comunicação. Além disso, em coorte canadense, Hakimjavadi et al. (2025) observaram declínio pós-admissão, com 20,0% perdendo capacidade decisória e 32,8% desenvolvendo incontinência, em consonância com a piora neurológica e o aumento de alterações urinárias observados na amostra coletada (Tabela 2).

Já a discrepância em osteoartrite (0% na ILP1 em comparação com 39,1% na ILP2) e a baixa detecção de osteoporose dificilmente refletem ausência real; São mais compatíveis com subregistro em prontuários e subavaliação da dor. Hawker (2022) descreve que a osteoartrite acomete cerca de um terço dos idosos e compromete funcionalidade e dor, enquanto International Osteoporosis Foundation (2024) aponta subdiagnóstico e subtratamento da osteoporose no Brasil, com aproximadamente 60% dos

pacientes de alto risco sem terapia, o que impacta mobilidade, risco de quedas e o planejamento de fisioterapia e analgesia.

O registro extenso de polifarmácia e uso exacerbado de psicotrópicos (Figura 3), coaduna-se com Moreira et al. (2020), que apontam 54,6% de medicamentos potencialmente inapropriados em ILPs, sobretudo antipsicóticos e benzodiazepínicos em contextos de polifarmácia e demência. Além disso, o descompasso entre menor confirmação de transtornos ansioso-depressivos e o alto consumo de psicotrópicos sugere subdiagnóstico e justifica avaliação geriátrico-psiquiátrica estruturada e desprescrição criteriosa, conforme sugere os estudos de Moth et al., (2021). E, na ILP2, 78,2% de risco moderado ou alto pela Morse (Tabela 3) reforçam, segundo as observações de Strini et al (2021) a necessidade de abordagem multifatorial e revisão medicamentosa, sendo a escala amplamente empregada para estratificação de quedas em institucionalizados.

No eixo funcional (Tabela 3), a ILP1 concentrou maior dependência total (Katz) e comprometimento cognitivo grave (MEEM), sugerindo perfil de maior complexidade, assim como nos estudos de Fagundes et al (2021), que se observaram prevalências de demência de 62,3% e de dependência funcional de 78,9%, além de queda do MEEM com o aumento do tempo de institucionalização. Já a ILP2 apresentou maior dependência parcial (Katz), risco de quedas mais elevado (Morse) e fragilidade distribuída entre leve, moderada e severa (Edmonton), padrão compatível com diretrizes e revisões que associam fragilidade/declínio funcional a maior risco de quedas e recomendam intervenções multifatoriais, conforme sugere Strini et al (2021).

Quanto ao risco de lesão por pressão (Tabela 3), a predominância de categorias “sem/baixo risco” pela Braden na ILP2 requer cautela, pois, segundo Huang et al (2021), a acurácia é moderada e depende de protocolos efetivos de prevenção (mudança de decúbito, superfícies de suporte) para traduzir-se em desfechos. Em paralelo, a maior prevalência de sintomas depressivos (GDS) leves na ILP2 (Tabela 3) e o comprometimento cognitivo grave predominante na ILP1 (Tabela 3) condizem com a literatura e com as recomendações do ICOPE para intervenções psicossociais, exercício e engajamento social (World Health Organization, 2017).

Em síntese, os contrastes entre as ILPs sugerem focos assistenciais complementares. Na ILP1, ênfase em complicações da imobilidade, prevenção de lesões por pressão e manejo de demência avançada. Na ILP2, prioridade à prevenção de quedas, otimização

farmacoterapêutica e manejo da fragilidade, conforme as recomendações do ICOPE e da ANVISA (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2024; AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2021).

Cabe destacar, como limitações do estudo, o tamanho da amostra, que pode restringir a generalização dos achados e reduzir o poder estatístico, bem como a natureza retrospectiva da coleta de dados em prontuários, associada à dependência da qualidade dos registros, ao viés de informação e à ausência de controle sobre a mensuração das variáveis.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A investigação caracterizou multimorbidade cardiometabólica com predomínio de hipertensão, uso amplo de medicamentos contínuos (especialmente psicotrópicos) e alterações cognitivas frequentes. Observou-se maior dependência funcional e comprometimento cognitivo na ILP1, enquanto a ILP2 concentrou dependência parcial e maior risco de quedas.

Como implicações, recomenda-se cuidado interdisciplinar centrado na pessoa, com prioridade para prevenção de quedas, reabilitação/atividade física, rastreios seriados cognitivo-funcionais e revisão medicamentosa com desprescrição criteriosa. A adoção rotineira de escalas (Katz, GDS, MEEM, Braden, Morse, Edmonton) pode qualificar o monitoramento. Reconhecem-se limitações de sub-registro e do desenho retrospectivo. Ainda assim, os achados orientam ajustes de recursos nas ILPs e ações na rede de saúde para reduzir eventos adversos e promover envelhecimento mais seguro.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Resolução RDC nº 502, de 27 de maio de 2021**. Brasília: ANVISA, 2021.

AGUIAR, R. G. et al. **Multimorbidade e uso de serviços de saúde entre os brasileiros**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 29, n. 9, 2024, e15002022. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/csc/2024.v29n9/e15002022/>>. Acesso em: 3 out. 2025.

BETHELL, J. et al. **Social connection in long-term care homes: a scoping review**. *Journal of the American Medical Directors Association*, v. 22, n. 1, 2021, p. 212–222.

BOLFARINE, H.; BUSSAB, W. O. **Elementos de amostragem**. São Paulo: Edgard Blücher, 2005.

CANO, F.; ALVES, E.; GUEDES DE PINHO, L.; FONSECA, C. **Functional capacity of institutionalized older people and their quality of life, depressive symptoms and feelings of loneliness: a cross-sectional study.** Nursing Reports, v. 14, n. 4, 2024, p. 3150–3164. Disponível em: <<https://doi.org/10.3390/nursrep14040229>>. Acesso em: 3 out. 2025.

CARVALHO, A. A. de; FONSECA, M. F.; MACHADO, J. M. H. **Controle do tabagismo em instituição de longa permanência para idosos: relato de experiência.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 18, n. 1, 2013, p. 259–264.

CHANG, A. Y. et al. **Measuring population ageing: an analysis of the Global Burden of Disease Study 2017.** The Lancet Public Health, v. 4, n. 3, mar. 2019, p. 159–167.

DINIZ, L. R. et al. **Geriatrics.** 1. ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2019.

FAGUNDES, D. F. et al. **Dementia among older adults living in long-term care facilities: an epidemiological study.** Dementia & Neuropsychologia, v. 15, n. 4, 2021, p. 464–469.

FURTADO, I. Q. C. G. et al. **Cuidado de pessoas idosas com incapacidades em Instituição de Longa Permanência para Idosos.** Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 76, supl. 2, 2023, e20220767.

GONTIJO, A. P. S. et al. **Declínio cognitivo e uso de medicamentos na população de idosos institucionalizados de uma cidade do interior de Minas Gerais, Brasil.** Cadernos Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, abr.–jun. 2022, p. 163–172.

HAKIMJAVADI, R. et al. **Cognitive and functional decline after admission to long-term care.** JAMA Network Open, v. 8, n. 6, 2025, e241234.

HAWKER, G. A. **The burden of osteoarthritis in older adults.** Current Opinion in Rheumatology, 2022.

HUANG, C. et al. **Predictive validity of the Braden Scale for pressure injury.** International Journal of Nursing Studies, v. 115, 2021, p. 103848.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo 2022: número de pessoas com 65 anos ou mais de idade cresceu 57,4% em 12 anos.** Agência IBGE Notícias, 27 out. 2023. Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/2023/38186-censo-2022-numero-de-pessoas-com-65-anos-ou-mais-de-idade-cresceu-57-4-em-12-anos>>. Acesso em: 3 out. 2025.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo 2022: 837 mil pessoas residiam em domicílios coletivos no Brasil.** Agência IBGE Notícias, 6 set. 2024 (atual. 2 dez. 2024). Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/2024/41214-censo-2022-837-mil-pessoas-residiam-em-domicilios-coletivos-no-brasil>>. Acesso em: 3 out. 2025.

INTERNATIONAL OSTEOPOROSIS FOUNDATION. **Solutions for Fracture Prevention in Brazil**. Nyon: IOF, 2024. Disponível em:

<https://www.osteoporosis.foundation/sites/iofbonehealth/files/2024-10/2024_country_profile_brazil.pdf>. Acesso em: 4 out. 2025.

MALHOTRA, N. K. **Pesquisa de marketing: uma orientação aplicada**. 6. ed. Porto Alegre: Bookman, 2012.

MOREIRA, F. S. M. et al. **Uso de medicamentos potencialmente inapropriados em ILPIs**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, n. 6, 2020, p. 2073–2082.

MOTH, A. E. et al. **What makes deprescription of psychotropic drugs in nursing home residents so challenging?** *Drugs & Aging*, v. 38, 2021, p. 789–803.

NICHOLSON, K. et al. **Prevalence of multimorbidity and polypharmacy**. *The Lancet Healthy Longevity*, v. 5, n. 7, 2024, p. e456–e472.

PIRKLE, C. M. et al. **Socioecological factors and hypertension in LAC**. *Global Heart*, v. 18, n. 1, 2023, p. 57.

SCHEIDT, I. V. et al. **Níveis de atividade física em idosos de diferentes contextos: ILPI vs. comunidade**. *Kairós-Gerontologia*, v. 23, n. 2, 2020, p. 33–54.

STRINI, V. et al. **Fall risk assessment scales: systematic review**. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, v. 18, n. 23, 2021, p. 12686.

UNITED NATIONS. Department of Economic and Social Affairs, Population Division. **World Population Prospects 2022: Summary of Results**. New York: UN, 2022.

Disponível em:

<https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/wp2022_summary_of_results.pdf>. Acesso em: 3 nov. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Integrated care for older people (ICOPE): guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity**. Geneva: World Health Organization, 2017. 54 p. ISBN 978-92-4-155010-9.

Disponível em: <<https://www.who.int/publications/i/item/9789241550109>>. Acesso em: 5 nov. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Integrated care for older people (ICOPE): guidance for person-centred assessment and pathways in primary care**. 2nd ed. Geneva: World Health Organization, 2024. 154 p. ISBN 978-92-4-010372-6. Disponível em: <<https://www.who.int/publications/i/item/9789240103726>>. Acesso em: 5 nov. 2025.

XU, H. et al. **The impact of residential status on cognitive decline among older adults in China: results from a longitudinal study**. *BMC Geriatrics*, v. 17, 2017, art. 107.