

# CONDIÇÕES DE SAÚDE DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS E SUA RELAÇÃO COM A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Anne Karelyne de Faria Furtunato<sup>1</sup>  
Ana Elza Oliveira de Mendonça<sup>2</sup>  
Mayara Priscilla Dantas Araújo<sup>3</sup>  
Thaiza Teixeira Xavier Nobre<sup>4</sup>  
Vilani Medeiros de Araújo Nunes<sup>5</sup>

## Introdução

O envelhecimento populacional é uma resposta às mudanças de alguns indicadores de saúde, especialmente a queda da fecundidade e da mortalidade e o aumento da expectativa de vida. Esse processo traz preocupações acerca do modo de viver, uma vez que a redução da disponibilidade de cuidado familiar, a inexistência de serviços de apoio social e de saúde, o alto custo do cuidado domiciliar, residências com espaço físico reduzido, estruturas com riscos para quedas e a violência contra o idoso, são considerados fatores de risco que podem levar à institucionalização desse indivíduo (CAMARGOS, 2014; GASZYNSKA; SZATKO; GODALA, 2014; JIANG; MACENTEE, 2013; OLIVEIRA et al., 2015; PILGER; MENON; MATHIAS, 2013).

- 
- 1 Enfermeira, Especialista e Mestre em Saúde da Família, anne\_furtunato@hotmail.com. Professora Adjunta do Departamento de Saúde Coletiva. Doutora em Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN, vilani.nunes@gmail.com;
  - 2 Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem. Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN, anaelzaufnr@gmail.com;
  - 3 Nutricionista, mestranda no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (PPGSCOL/UFRN). mayaraaraujonutri@gmail.com
  - 4 Doutora em Ciências da Saúde, Professora Associada da FACISA, Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN; thaizax@ufrnet.br;
  - 5 Orientadora. Professora Adjunta do Departamento de Saúde Coletiva. Doutora em Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN, vilani.nunes@gmail.com;

Desse modo, as mudanças socioeconômicas vêm repercutindo sobre as organizações familiares, de modo que os idosos acabam vivendo seus últimos anos sozinhos ou com parentes ou em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI). É importante frisar que há relações entre os fatores sociais (abandono, rejeição familiar, inexistência de familiares, baixa renda, falta de recursos humanos para a assistência, entre outros) e a inserção dos idosos nas diferentes modalidades institucionais (CAMARGOS, 2014; OLIVEIRA et al., 2015).

As ILPI são definidas como domicílios coletivos que oferecem cuidados e algum tipo de serviço de saúde como serviço odontológico. Especialmente quando o foco são instituições para assistência ao idoso de baixa renda, a ILPI é considerada como um problema na sociedade brasileira que demanda maior acompanhamento e integração por parte dos dispositivos sociais e de saúde existentes em seu território (FERREIRA; BANSI; PASCHOAL, 2014).

Considerando a atenção primária da saúde como a porta de entrada para o sistema de saúde, faz-se necessária a incorporação de mecanismos que promovam a melhoria da qualidade e aumento da resolutividade da atenção à pessoa idosa institucionalizada, com envolvimento dos profissionais da atenção primária e da estratégia de Saúde da Família (ESF), incluindo a atenção domiciliar e ambulatorial, como também os profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) com incentivo à utilização de instrumentos técnicos validados, como de avaliação funcional e psicossocial.

O aumento da expectativa de vida da população gera uma demanda crescente aos serviços de saúde e, não obstante, informações sobre os residentes em ILPI também são necessários para o planejamento dos serviços de saúde, de forma a atender as necessidades atuais e manter preservados os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) (FERREIRA; ANTUNES; DE ANDRADE, 2013; PILGER; MENON; MATHIAS, 2013). Além disso, é importante a realização sistemática de uma avaliação multidimensional abrangente junto aos idosos, abordando aspectos relacionados à história clínica, exame físico, estado funcional e mental, além dos fatores socioeconômicos e do suporte familiar.

Há uma tendência de aumento na proporção de usuários idosos nos serviços de saúde, decorrente do maior acesso às informações nesse grupo etário e expressivo aumento relativo e absoluto na população brasileira (GASZYNSKA; SZATKO; GODALA, 2014; JIANG; MACENTEE, 2013). Como o envelhecimento não é um processo homogêneo, necessidades

e demandas dos idosos variam, sendo preciso fortalecer o trabalho em rede para contemplar a atenção aos idosos saudáveis e atender àqueles com diferentes graus de incapacidade ou enfermidade. O adequado cuidado ao idoso demanda um sistema de saúde coordenado, com cada instância contribuindo para as ações das demais (GOMES et al., 2014; RIGON et al., 2016).

No Brasil, a Política Nacional do Idoso (PNI), o Estatuto do Idoso e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) são dispositivos que norteiam ações sociais e de saúde, garantem os direitos das pessoas idosas e obrigam o Estado à proteção dos mesmos (BRASIL, 1994, 2003, 2006). A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), descreve que a realização do cuidado em saúde da população idosa de área adscrita à ESF, se dá tanto no âmbito da unidade de saúde quanto no domicílio e nos demais espaços comunitários (BRASIL, 2017).

Portanto, a ESF deve desenvolver ações nas ILPI quando estas forem existentes em seu território. Porém, especialmente nos serviços de saúde de atenção primária, não há o reconhecimento da ILPI como pertencente à área geográfica de abrangência sob sua responsabilidade ou, quando ações são desenvolvidas pela ESF, são insuficientes para as necessidades dos idosos institucionalizados (FERREIRA; ANTUNES; DE ANDRADE, 2013; PILGER; MENON; MATHIAS, 2013; YAO; MACENTEE, 2014).

As ILPI apresentam aspectos singulares e determinam, mediante normas institucionais vigentes e práticas decorrentes de costumes historicamente institucionalizados, condutas e comportamentos próprios. A rotina é praticamente igual para todos e, diferenças individuais, bem como a história da vida de cada um, são ignoradas. Nessa perspectiva, o idoso vai perdendo sua identidade e sua autonomia, transformando-se num sujeito passivo, convivendo em um ambiente estranho (OLIVEIRA et al., 2015; OLIVEIRA; ROZENDO, 2014).

Nessa perspectiva, objetivou-se identificar as condições de saúde dos idosos institucionalizados e o conhecimento dos profissionais da ESF e do NASF quanto às informações sobre ILPI em um município do Nordeste do Brasil.

## Metodologia

Estudo descritivo, exploratório, com abordagem quantitativa dos dados. Foi desenvolvido em um município do Nordeste do Brasil que dispõe de cobertura pela ESF, organizada em 12 unidades, sendo três localizadas na zona

rural e nove na zona urbana, apoiadas por duas equipes do NASF. Ademais, no município, há apenas uma ILPI de caráter filantrópico, localizado na área de abrangência de uma das unidades da ESF.

A população do estudo foi composta por todos os idosos residentes na ILPI (n=12), e pelos profissionais que atuavam na ESF (n=10) e profissionais do NASF (n=6) da área adscrita da unidade de saúde. Dos 10 profissionais da ESF, 2 eram técnicos de enfermagem, 5 agentes comunitários de saúde, 2 enfermeiros e 1 cirurgião-dentista.

Foram incluídos no estudo os idosos com idade igual ou superior a 60 anos, residentes na ILPI. Quanto aos profissionais, foram incluídos aqueles que estavam trabalhando na ESF da área adscrita à instituição a mais de seis meses. Esse critério foi adotado, para poder assegurar que a avaliação do conhecimento das condições de saúde dos idosos não fosse prejudicada.

Foi utilizado como instrumento do estudo para o grupo de idosos um questionário contendo caracterização sociodemográfica, condições de saúde, avaliação de quedas e mobilidade, avaliação social/institucional e situação familiar; escala para avaliação funcional (Índice de Katz); questionário de avaliação cognitiva (Mini Exame do Estado Mental – MEEM). Para os profissionais da ESF foram utilizadas questões de múltipla escolha contendo informações referentes ao perfil do profissional, tempo de serviço na unidade, serviços de atenção ao idoso, conhecimento acerca da legislação destinada à pessoa idosa e ações desenvolvidas em ILPI.

A coleta de dados se deu em duas etapas: a partir da aplicação de instrumentos para avaliar as condições de saúde dos idosos residentes nas ILPI na própria instituição. A 2ª etapa foi realizada com os profissionais na unidade de saúde em que atuam no território adscrito a instituição. Foi aplicado questionário de múltipla escolha com informações relacionadas às ações desenvolvidas pela equipe na ILPI.

Os dados coletados foram agrupados por categorias de sujeitos (idosos e profissionais) e analisados separadamente. O armazenamento e análise dos dados foram feitos no programa Microsoft Excel, sendo confrontados e corrigidos, os dados que apresentaram erros e inconsistências.

Os participantes foram esclarecidos quanto aos objetivos do estudo e convidados a participar, com consentimento assinado. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Onofre Lopes sob parecer nº 1.144.525.

## Resultados e discussão

### Perfil dos idosos residentes na ILPI

Os dados foram coletados com todos os idosos residentes na ILPI (n = 12) selecionada para o estudo. Destes, sete conseguiram responder o instrumento de coleta de dados sozinhos; três responderam com o auxílio de um cuidador e dois idosos não conseguiram responder, sendo colhidas a partir de informações fornecidas pelos cuidadores.

Dentre os idosos avaliados, 33,3% eram mulheres e 66,6% eram homens, com a média de idade de 79,83 anos (DP±13,63). Quanto ao estado civil, 50% eram solteiros e 41,6% viúvos. A agricultura foi a atividade econômica predominante durante a maior parte da vida entre os idosos participantes, sendo que atualmente todos eram aposentados. Quanto à escolaridade a maioria dos idosos é de baixa escolaridade, sendo 41,6% analfabetos, 41,6% com ensino fundamental e 8,3% com ensino médio. Apenas um idoso não recebia aposentadoria e 50% dos idosos relatou não possuir filhos.

A distribuição de idosos quanto ao sexo neste estudo contradiz os dados expostos em estudos sobre a temática. O predomínio feminino observado em muitas pesquisas é em geral explicado pelo fato de as mulheres serem em maior número e viverem mais que os homens, logo têm maior possibilidade de vivenciar doenças e incapacidades (ALENCAR et al., 2012).

Em relação a capacidade cognitiva, 33,3% dos idosos não conseguiram responder, desses, 75% por déficit cognitivo severo e 25% por ser deficiente visual. Entre os idosos que foi possível aplicar esse teste, 50% foram considerados analfabetos, 8,3% com 4 a 7 anos de escolaridade e 16,6% com baixa escolaridade. Portanto os resultados mostram um elevado número de idosos com declínio cognitivo. O declínio cognitivo está relacionado à deficiência funcional e maiores riscos de desenvolvimento de demências, além de ser importante preditor do desempenho físico e social. Quando os déficits cognitivos coexistem com as alterações funcionais, o diagnóstico precoce possibilita uma vantagem no desenvolvimento de estratégias para auxiliar nas atividades cotidianas e na manutenção da independência (TRINDADE et al., 2013).

Esse diagnóstico possibilita intervenção terapêutica, diminui os níveis de estresse para os familiares, reduz o risco de acidentes, prolonga a autonomia e, em alguns casos, retarda o início do processo demencial. Ademais, a institucionalização muitas vezes impõe um caráter de dependência aos idosos por

meio da rotina imutável e assim, há perda de autonomia e identidade contribuindo para esse declínio.

Com relação à percepção de saúde, os resultados vão de encontro à avaliação cognitiva, uma vez que 50% dos idosos avaliou sua saúde como boa, 25% consideraram regular e 25% consideraram ruim. Atualmente, a percepção de saúde ou a auto avaliação da saúde, é um dos indicadores mais utilizados em pesquisas gerontológicas. Seu uso é justificado porque a pior percepção de saúde é um preditor robusto e consistente de mortalidade (ALENCAR et al., 2012).

Os dados do estudo mostram que a maioria dos idosos (72,7%) referiu ter dificuldade para dormir. Dentre os principais fatores que contribuem para o sono fragmentado e para os distúrbios do sono encontram-se os despertares noturnos frequentes, que podem produzir sonolência diurna excessiva. Isso pode ser gerado por fatores extrínsecos, como a entrada de funcionários no quarto e a agitação dos residentes com quem o quarto é compartilhado. Observam-se também fatores intrínsecos como as condições clínicas e psiquiátricas, prevalentes nas ILPI (MANSANO-SCHLOSSER et al., 2014).

A maior parte dos idosos (66,6%) referiu ter sofrido quedas no último ano, com etiologias variadas: acidental, tropeço ou vertigem. Geralmente, a realidade do idoso institucionalizado é marcada pelo sedentarismo, incapacidade funcional e ausência familiar, que influenciam o processo de adoecimento (CAMARGOS, 2014; OLIVEIRA et al., 2015). A queda pode ser considerada um problema de saúde pública devido ao elevado índice do evento e por estar associada a fatores múltiplos, decorrentes da condição de saúde, falta de qualificação dos profissionais de saúde e de infraestrutura inadequada (PILGER; MENON; MATHIAS, 2013).

Uma pesquisa realizada na cidade de João Pessoa/PB com 15 idosos institucionalizados teve como temática a ocorrência de quedas e seus resultados corroboram com os resultados aqui apresentados. Foi possível constatar que o maior número de idosos caiu três vezes ou mais com relatos de consequências como ferimentos graves e fraturas. Dentre as causas, destacaram-se a fraqueza/distúrbios de equilíbrio e marcha, seguida por causas associadas ao meio ambiente e fraqueza/distúrbios de equilíbrio e marcha concomitantes, redução da visão e síncope/tontura/vertigem (ALVES et al., 2016).

Quanto ao uso de medicamentos, os grupos de fármacos mais usados foram os psicotrópicos (81,82%), hipoglicemiantes (72,3%) e anti-hipertensivos (63,64%). O uso de psicotrópicos por idosos pode provocar reações

adversas com desfechos clínicos críticos como quedas, fraturas de quadril, prejuízo na memória, confusão e isolamento social (ABI-ACKEL et al., 2017). Sendo assim, é necessária a revisão dos medicamentos usados pelos idosos da ILPI.

Com relação ao grau de capacidade funcional, 33,3% com classificação A (independente para todas as atividades); 16,6% independentes para todas as atividades avaliadas, exceto uma (categoria B), 25% foram enquadrados na categoria C, 16,6% idosos são totalmente dependentes (categoria G) e 8,3% foi classificado na categoria outro.

Entre os idosos que apresentaram dependência foi perceptível uma dependência maior para o banho. Uma das formas de propiciar maior autonomia e estimular maior independência em idosos institucionalizados é capacitando os funcionários que trabalham com esta população. Para isso é necessário entender que a dependência é um processo dinâmico, resultante de um conjunto de fatores e passível de modificações. O fato de se tornar dependente faz com que o idoso se sinta desvalorizado, o que pode resultar no desenvolvimento de problemas psicológicos e baixa qualidade de vida (CAMARGOS, 2014; OLIVEIRA et al., 2015; TRINDADE et al., 2013).

### **Perfil e conhecimento dos profissionais da ESF e do NASF quanto às informações sobre ILPI.**

Todos os profissionais da ESF (n = 10) e NASF (n = 6) responderam ao instrumento de coleta de dados. Houve predomínio do sexo feminino (93,3%), sendo bem diversificadas as funções e formações dentro da equipe (Profissional do NASF, Técnico de enfermagem, Agente Comunitário de Saúde, Enfermeiro e Dentista). Todos os profissionais referiram não ter formação complementar na temática do envelhecimento humano, o que revela a necessidade de capacitações que abordem o tema. Assim, tais profissionais não se consideram preparados para lidar com as especificidades do envelhecimento humano e para o trabalho com ênfase na prevenção. Esta realidade pode comprometer a qualidade do atendimento aos idosos e sua qualidade de vida.

A Educação Permanente em Saúde (EPS), voltada para a problematização baseando-se na realidade do processo de trabalho e no contexto local é fundamental para o desenvolvimento das equipes e melhor integração dos serviços em redes (GOMES et al., 2014; PILGER; MENON; MATHIAS, 2013).

Com relação ao conhecimento dos profissionais quanto às informações sobre ILPI, esses reconheceram os idosos institucionalizados como integrantes da área de abrangência (86,6%) e que é de responsabilidade da ESF a assistência a tal população (100%), porém não consideravam necessário que essa assistência seja diferenciada (68,7%). Além do que, a frequência das atividades realizadas por esses profissionais é aquém do necessário, já que a maioria destes referem que a frequência é mensal (73,3%) e que os serviços de atenção ao idoso não trabalham de forma integrada (75%).

Os serviços de atenção disponibilizados à pessoa idoso município que foram elencados pelos profissionais foram: igreja, a própria ILPI, o Centro de Referência de Assistência Social (CRASS) e a ESF. É perceptível como o número de serviços que esses idosos contam é escasso, além de que, serviços como a ESF tem periodicidade das ações muito longa, caracterizando sua assistência em ações pontuais, sem resultados efetivos. Assim preciso que os profissionais estudem e analisem a possibilidade de maior presença na ILPI, com uma maior integração entre suas ações como também com outros serviços.

Quando questionados ao que seria necessário para que a assistência ao idoso institucionalizado seja mais efetiva e equânime, todos os profissionais reconheceram a necessidade de capacitação acerca dessa problemática (100%), as ações devem ser desenvolvidas com melhor organização (81,25%), bem como melhor integração dos serviços disponíveis ao idoso institucionalizado no município (75%). Apesar de reconhecerem os problemas, a frágil apropriação de conhecimentos de geriatria e sobre as peculiaridades do idoso institucionalizado não expressavam formas de solução ou minimização desses problemas dentro das especificidades do entendimento acerca do envelhecimento.

Tanto a infraestrutura e quanto os recursos humanos são limitados nas ILPI problema este que é frequentemente pontuado na agenda político-científica na área da geriatria e da gerontologia. A redução do número de profissionais provoca uma sobrecarga de atividades e compromete diretamente a assistência ao idoso e à própria saúde do trabalhador (RODRIGUES et al., 2018).

## Considerações finais

O envelhecimento populacional e os idosos ainda não recebem a devida atenção do sistema de saúde, reiterando a desvalorização social da velhice. É um grande desafio para as políticas públicas destacar a importância social do

envelhecimento, o que provavelmente facilitaria a inclusão de conteúdos de interesse na formação dos profissionais de saúde. Tal situação se agrava nas instituições de longa permanência para idosos, espaços em que seus residentes não são reconhecidos como integrantes da comunidade.

A ESF deve ser responsável pelo cuidado a todos os idosos residentes na sua área de abrangência, inclusive os institucionalizados. Os profissionais reconhecem a importância do desenvolvimento de ações com os idosos institucionalizados, mas alegam que não tem capacitação necessária e que as ações realizadas são escassas e insuficientes para suprir as necessidades da demanda, além da desarticulação dos equipamentos sociais disponíveis no município em que o estudo foi realizado.

Este estudo evidencia que a formação dos profissionais de saúde na ESF é insuficiente para a atenção à saúde da pessoa idosa. Apesar de identificarem componentes do problema, os profissionais não dimensionaram corretamente suas consequências dentro das especificidades acerca do envelhecimento. Portanto, se faz necessário investir no desenvolvimento de competências para lidar com o desafio do envelhecimento, abrangendo a prevenção, a reabilitação e a melhor compreensão dos determinantes socioambientais do processo saúde/doença.

## Referências

ABI-ACKEL, M. M. et al. Psychotropic drug use among older adults: prevalence and associated factors. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 20, n. 1, p. 57–69, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201700010005>

ALENCAR, M. A. et al. Perfil dos idosos residentes em uma instituição de longa permanência. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 785–796, dez. 2012. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1809-98232012000400017>

ALVES, A. H. C. et al. Occurrence of falls among elderly institutionalized: prevalence, causes and consequences. **Journal of Research Fundamental Care Online**, v. 8, n. 2, p. 4376–4386, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v8.4438>

BRASIL. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 4 jan. 1994. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8842.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8842.htm). Acesso em: 21 junho. 2020.

BRASIL. Lei nº 10.741 de 1o de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 3 out. 2003. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/l10.741.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm). Acesso em: 21 junho. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2017. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html). Acesso em: 21 junho. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e determina outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 19 out. 2006. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528\\_19\\_10\\_2006.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html). Acesso em: 21 junho. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento**. Brasília, 2010. 44 p. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_saude\\_pessoa\\_idosa\\_envelhecimento\\_v12.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_pessoa_idosa_envelhecimento_v12.pdf). Acesso em: 21 junho. 2020.

BRASIL. Ministério de Saúde. Portaria nº 1395, de 10 de dezembro de 1999. Aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1999. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528\\_19\\_10\\_2006.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html). Acesso em: 21 junho. 2020.

CAMARGOS, M. C. S. Instituições de longa permanência para idosos: um estudo sobre a necessidade de vagas. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 31, n. 1, p. 211–217, jun. 2014.

FERREIRA, C. O.; ANTUNES, J. L. F.; DE ANDRADE, F. B. Fatores associados à utilização dos serviços odontológicos por idosos brasileiros. **Revista de Saúde Pública**, v. 47, n. Supl 3, p. 90–97, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047004721>

FERREIRA, F. P. C.; BANSI, L. O.; PASCHOAL, S. M. P. Serviços de atenção ao idoso e estratégias de cuidado domiciliares e institucionais. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 911–926, Dec. 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/1809-9823.2014.13053>.

GASZYNSKA, E.; SZATKO, F.; GODALA, M.; GASZYNSKI, T. Oral health status, dental treatment needs, and barriers to dental care of elderly care home residents in Lodz, Poland. **Clinical Interventions in Aging**, v. 2014, n. 9, p. 1637–1644, 2014. DOI: <https://doi.org/10.2147/CIA.S69790>

GOMES, I. E. M. et al. Desafios na gestão do trabalho em saúde: a educação na interface com atenção. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 4, n. 2, p. 1100–1111, 2014. DOI: <https://doi.org/10.19175/recom.v0i0.638>

JIANG, C. Y. W.; MACENTEE, M. I. Opinions of administrators and health authority inspectors on implementing and monitoring the oral health

regulation in long-term care facilities in British Columbia. **Canadian Journal of Dental Hygiene**, v. 47, n. 4, p. 182-188, 2013.

MANSANO-SCHLOSSER, T. C. et al. Idosos institucionalizados: organização cronológica das rotinas diárias e qualidade do sono. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 4, p. 610-616, 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2014670417>

OLIVEIRA, D. A. et al. Estudo comparativo da qualidade de vida de idosos institucionalizados e idosos em cuidado domiciliar. **Revista Faculdade Montes Belos**, v. 8, n. 3, p. 142-179, 2015.

OLIVEIRA, J. M.; ROZENDO, C. A. Instituição de longa permanência para idosos: um lugar de cuidado para quem não tem opção?. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília , v. 67, n. 5, p. 773-779, out. 2014 . DOI:: <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2014670515>

PILGER, C.; MENON, M. U.; MATHIAS, T. A. F.. Utilização de serviços de saúde por idosos vivendo na comunidade. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 47, n. 1, p. 213-220, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342013000100027>

RIGON, E. et al. Experiências dos idosos e profissionais da saúde relacionadas ao cuidado pela estratégia saúde da família. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 24, n. 5, e17030, out. 2016. DOI: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2016.17030>.

TRINDADE, A. P. N. T. et al . Repercussão do declínio cognitivo na capacidade funcional em idosos institucionalizados e não institucionalizados. **Fisioterapia em Movimento**, Curitiba , v. 26, n. 2, p. 281-289, jun. 2013. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-51502013000200005>.

YAO, C. S.; MACENTEE, M. I. Inequity in oral health care for elderly Canadians: part 2. Causes and ethical considerations. **Journal of the Canadian Dental Association**, v. 80, 2014.