

# RIASE

REVISTA IBERO-AMERICANA DE SAÚDE E ENVELHECIMENTO  
REVISTA IBERO-AMERICANA DE SALUD Y ENVEJECIMIENTO

**ASSOCIAÇÃO DE DEMANDAS DE SAÚDE DE PESSOAS IDOSAS  
DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM INSTITUIÇÕES DE LONGA  
PERMANÊNCIA PARA IDOSOS NO BRASIL:  
APLICABILIDADE DO MODELO DE ENFERMEIRO  
GESTOR DE CASOS**

**ASSOCIATION OF HEALTH DEMANDS OF OLDER ADULTS IN  
PRIMARY CARE AND LONG-TERM CARE FACILITIES IN BRAZIL:  
APPLICABILITY OF THE NURSE CASE MANAGER MODEL**

**ASOCIACIÓN DE LAS DEMANDAS DE SALUD DE LOS  
ANCIANOS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA EN INSTITUCIONES  
DE LARGA ESTANCIA PARA ANCIANOS EN BRASIL:  
APLICABILIDAD DEL MODELO DE ENFERMERA  
GESTORA DE CASOS**

Sandra Maria da Solidade Gomes Simões de Oliveira Torres<sup>1</sup>, Larissa Amorim Almeida<sup>2</sup>,  
Kalyne Patrícia de Macedo Rocha<sup>2</sup>, Mayara Priscilla Dantas Araújo<sup>2</sup>,  
Gilson de Vasconcelos Torres<sup>2</sup>, Adriana Catarina de Souza Oliveira<sup>3</sup>.

<sup>1</sup>Secretaria Municipal de Saúde, Prefeitura Municipal de Natal, Brasil.

<sup>2</sup>Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, Brasil.

<sup>3</sup>Universidade Católica de Murcia, Murcia, Espanha.

Recebido/Received: 21-11-2024 Aceite/Accepted: 21-11-2024 Publicado/Published: 21-11-2024

DOI: [http://dx.doi.org/10.60468/r.riase.2024.10\(0\).694.88-108](http://dx.doi.org/10.60468/r.riase.2024.10(0).694.88-108)

©Autor(es) (ou seu(s) empregador(es)) e RIASE 2024. Reutilização permitida de acordo com CC BY-NC. Nenhuma reutilização comercial.  
©Author(s) (or their employer(s)) and RIASE 2024. Re-use permitted under CC BY-NC. No commercial re-use.

## RESUMO

---

**Introdução:** A longevidade com capacidade funcional e qualidade de vida são desafios aos novos modelos de cuidado.

**Objetivos:** Este estudo teve como objetivo analisar a associação de demandas de saúde de idosos atendidos na Atenção Primária de Saúde em Instituições de Longa Permanência Para Idosos de dois municípios do Nordeste do Brasil e aplicabilidade do modelo de Enfermeiro Gestor de Casos.

**Método:** Estudo transversal quantitativo, com 423 pessoas idosas na Atenção Primária de Saúde e Instituições de Longa Permanência Para Idosos, no Rio Grande do Norte, Brasil. Foram utilizados os instrumentos: Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, Mini Exame do Estado Mental, Escala de Fragilidade de Edmonton, Escala de Vulnerabilidade, Escalas de Funcionalidade (Barthel e Lawton), PRISMA 7, Escala de Depressão em Geriatria, Qualidade de vida SF-36, Mini Avaliação Nutricional, Risco violência e Violência. Os dados foram analisados no SPSS 23. Projeto aprovado, parecer n.º 4267762.

**Resultados:** As principais demandas foram: funcionalidade, qualidade de vida, fragilidade, violência, quedas, nutricional, polifarmácia, sarcopenia, sintomas de depressão, declínio cognitivo e vulnerabilidade, sendo associadas aos residentes em Instituições de Longa Permanência Para Idosos.

**Conclusão:** As demandas de funcionalidade, qualidade de vida, fragilidade, violência, quedas, nutricional, polifarmácia estão associadas aos cenários do estudo, constituindo um grande desafio a ser enfrentado no modelo Enfermeiro Gestor de Casos, denotando a necessidade da sua aplicabilidade na qualidade e efetividade da atenção.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde; Pessoa Idosa; Instituição de Longa Permanência para Idosos; Enfermeiros; Gestor de Casos.

## ABSTRACT

---

**Introduction:** Longevity with functional capacity and quality of life are challenges for new models of care.

**Objectives:** This study aimed to analyze the association between the health demands of older adults cared for in Primary Health Care (PHC) and Long-Term Care Facilities (LTCF) in two municipalities in the Northeast of Brazil and the applicability of the Nurse Case Manager model.

**Method:** Quantitative cross-sectional study, with 423 older adults in PHC and LTCF in Rio Grande do Norte, Brazil. The instruments used were the Health Handbook for Older Adults, Mini-Mental State Examination, Edmonton Frailty Scale, Vulnerability Scale, Functionality

Scales (Barthel and Lawton), PRISMA 7, Geriatric Depression Scale, SF-36 Quality of Life, Mini Nutritional Assessment, Risk of Violence and Violence. The data was analyzed using SPSS 23. The project was approved under opinion no. 4267762.

**Results:** The main demands were functionality, quality of life, frailty, violence, falls, nutrition, polypharmacy, sarcopenia, symptoms of depression, cognitive decline, and vulnerability, and were associated with living in LTCF.

**Conclusion:** The demands of functionality, quality of life, frailty, violence, falls, nutrition, and polypharmacy are associated with the study scenarios, constituting a major challenge to be faced in the Nurse Case Manager model, denoting the need for its applicability in the quality and effectiveness of care.

**Keywords:** Aged; Case Managers; Homes for the Aged; Primary Health Care; Nurses.

## RESUMEN

**Introducción:** La longevidad con capacidad funcional y calidad de vida son desafíos para los nuevos modelos de atención.

**Objetivos:** El objetivo de este estudio fue analizar la asociación entre las demandas de salud de los ancianos atendidos en Atención Primaria de Salud e Instituciones de Larga Estadía para Ancianos en dos municipios del nordeste de Brasil y la aplicabilidad del modelo de Enfermera Gestora de Casos.

**Método:** Estudio cuantitativo transversal, con 423 ancianos atendidos en Atención Primaria de Salud e Instituciones de Larga Estadía para Ancianos, en Rio Grande do Norte, Brasil. Los instrumentos utilizados fueron: Manual de Salud del Anciano, Mini Examen del Estado Mental, Escala de Fragilidad de Edmonton, Escala de Vulnerabilidad, Escalas de Funcionalidad (Barthel y Lawton), PRISMA 7, Escala de Depresión Geriátrica, SF-36 Calidad de Vida, Mini Evaluación Nutricional, Riesgo de Violencia y Violencia. Los datos se analizaron con el programa SPSS 23. Proyecto aprobado, dictamen n° 4267762.

**Resultados:** Las principales demandas fueron: funcionalidad, calidad de vida, fragilidad, violencia, caídas, nutricional, polifarmacia, sarcopenia, síntomas de depresión, deterioro cognitivo y vulnerabilidad, y se asociaron a residentes de Instituciones de Larga Estancia para Ancianos.

**Conclusión:** Las demandas de funcionalidad, calidad de vida, fragilidad, violencia, caídas, nutricional, polifarmacia están asociadas a los escenarios de estudio, constituyendo un gran desafío a ser enfrentado en el modelo de Enfermera Gestora de Casos, denotando la necesidad de su aplicabilidad en la calidad y efectividad de los cuidados.

**Descriptores:** Anciano; Atención Primaria de Salud; Enfermeros; Gestor de Casos; Hogares para Ancianos.

## INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é uma das mais significativas tendências do século XXI e, no Brasil, a transição demográfica e a melhoria dos indicadores sociais e econômicos, em comparação com décadas anteriores, trouxeram a ampliação do contingente de pessoas idosas, acompanhada de doenças crônicas não transmissíveis, fazendo com que o sistema de saúde adote estratégias e métodos para promover uma melhor qualidade de vida dessa população<sup>(1)</sup>.

No Brasil, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística<sup>(2)</sup>, a expectativa de vida dos homens está em 73,1 anos, enquanto a das mulheres é de 80,1 anos. Em 2022, o total de pessoas com 65 ou mais anos no país chegou a 10,9% da população, totalizando 22 169 101 pessoas, com aumento de 57,4% frente a 2010, quando esse contingente era de 14 081 477, ou 7,4% da população<sup>(3)</sup>.

O aumento da expectativa de vida é uma grande conquista da população brasileira, contudo, também deve fazer parte desse avanço a possibilidade de usufruírem desse maior tempo de vida com capacidade funcional, saúde e qualidade de vida, o que nos leva a pensar em novas demandas de saúde e desafios aos modelos tradicionais de cuidado.

Ao longo dos últimos anos, algumas instituições e seus pesquisadores vêm buscando a mudança do modelo de prestação de cuidados de saúde<sup>(4)</sup>. A população idosa, que tem se caracterizado por multiplicação de consultas de especialistas, informação não compartilhada, inúmeros fármacos, exames clínicos e de imagem, entre outros procedimentos que sobrecarregam o sistema, provocam forte impacto financeiro em todos os níveis, enquanto que a oferta desses serviços não gera benefícios significativos para a saúde ou a qualidade de vida das pessoas idosas<sup>(5)</sup>. A ampliação da longevidade é uma das maiores conquistas da humanidade, no entanto, um grande desafio se coloca: cuidar bem desse grupo etário e agregar qualidade aos anos adicionais de vida<sup>(4)</sup>.

A determinação das condições de saúde da população idosa deve considerar seu estado global, ou seja, levar em conta um nível satisfatório de independência funcional e não apenas a ausência de doença. Dessa forma, pensa-se como paradigma de saúde do idoso a ideia de funcionalidade, que passa a ser um dos mais importantes atributos do envelhecimento humano, pois envolve a interação entre as capacidades física, psíquica e cognitiva, para realização de atividades no cotidiano<sup>(6)</sup>.

Neste sentido, salientamos os estudos<sup>(2,4,5)</sup> que apontam que o monitoramento das condições de saúde da população idosa, assim como de seus fatores associados, com o um instrumento-chave para orientar estratégias de prevenção, as quais devem ter como objetivos interferir

favoravelmente na história natural da doença, antecipar-se ao surgimento de complicações, prevenir as exacerbações e complicações das doenças crônicas, aumentar o envolvimento do paciente no autocuidado e construir uma base de dados sobre os doentes crônicos, a maioria das pessoas idosas.

As doenças crônicas apresentam como características a longa duração/permanência, produzem incapacidade ou deficiências, são causadas por alterações patológicas irreversíveis e precisam de períodos longos de supervisão, observação ou cuidados<sup>(7)</sup>. Diante disso, parece evidente a necessidade de uma proposta de um modelo contemporâneo de saúde da pessoa idosa<sup>(7)</sup>, que precisa reunir um fluxo de ações de educação, promoção da saúde, prevenção de doenças evitáveis, retardamento de moléstias, cuidado precoce e reabilitação de agravos, ou seja, organizar o fluxo das pessoas idosas de acordo com as suas necessidades e demandas de saúde, baseada na integralidade do cuidado.

Como as pessoas idosas são acometidas por várias doenças crônicas, a melhor alternativa é estruturar modelos integrados, que deem conta de toda as necessidades dessa população. Se não for assim, o problema dificilmente será resolvido, pois as demais doenças e sua fragilidade serão mantidas<sup>(8)</sup>.

Neste sentido, o modelo que defendemos neste estudo está estruturado no atendimento que privilegia a assistência integral e a prevenção por meio de monitoramento contínuo das condições de saúde e coordenação de cuidados em todas as instâncias de atenção. Todavia, para isso, é necessário transformar a lógica do cuidado de saúde às pessoas idosas no Brasil, que é um grande desafio como também uma necessidade, em especial por esse grupo etário estar em situações de maior vulnerabilidade, em especial os que vivem em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI).

As ILPI são locais de residência coletiva, governamentais ou não, que oferecem assistência à saúde e atividades voltadas para a manutenção da condição clínico-funcional. Há uma tendência mundial de aumento desse tipo de domicílio, sendo que seu número varia de acordo com o país e a cultura local, e a população que vive em instituições corresponde a, aproximadamente, 0,5% da população idosa no Brasil, 9% nos Estados Unidos e 6% na França<sup>(9)</sup>.

O modelo de atenção à saúde a pessoa idosa que defendemos está estruturado no atendimento que privilegia a assistência integral e a prevenção por meio de monitoramento contínuo das condições de saúde e coordenação de cuidados em todas as instâncias de atenção e os profissionais envolvidos nesse modelo devem ter sua formação e atualização estimuladas permanentemente, buscando a máxima qualificação<sup>(1)</sup>.

Contudo, esse tipo de mudança e inovação precisa ser construída no cotidiano dos serviços, na formação dos profissionais de saúde, na forma como o sistema de saúde é gerido e organizado para a assistência, além da necessidade de integrar o conhecimento, a teoria, a aplicação dos instrumentos e sua rotina visando oferecer uma melhor assistência às pessoas idosas<sup>(4)</sup>.

O Brasil precisa assumir como tarefa a garantia de qualidade de vida de seus idosos, os quais têm baixa escolaridade, pouca proteção social e múltiplas patologias crônicas<sup>(10)</sup>, que requerem intervenções associadas a mudanças de estilo de vida, em um processo de cuidado contínuo, que exigem acompanhamento constante e cuidados permanentes<sup>(11)</sup>, gerando impacto econômico para a sociedade<sup>(12)</sup> em função da demanda crescente por serviços de saúde<sup>(4)</sup>.

Tendo em vista esse cenário, a gestão de doenças crônicas é cada vez mais considerada uma questão importante por gestores e pesquisadores que buscam intervenções e estratégias para combater esses agravos em todo o mundo<sup>(4)</sup>. O modelo que propomos é estruturado em instâncias leves, ou seja, de custos menores e compostas basicamente pelo cuidado dos profissionais de saúde, todos muito bem treinados, e pela utilização de instrumentos epidemiológicos de rastreamento, além do uso de tecnologias de monitoramento<sup>(13)</sup>.

Os avanços da tecnologia, da ciência e da medicina oferecem àqueles que utilizam as modernas ferramentas para a manutenção da saúde a chance de desfrutar a vida por um tempo maior. Por isso, é imperativo repensar o modelo atual<sup>(4)</sup>. Como consequência de uma população mais envelhecida, a promoção e a educação em saúde, a prevenção e o retardamento de doenças e fragilidades, a manutenção da independência e da autonomia são ações que precisam ser ampliadas<sup>(4)</sup>.

Diante do exposto, faz-se necessário um processo de reorganização do trabalho da enfermagem na Atenção Primária de Saúde (APS), incluindo as ILPI, com a definição de novos protocolos, gestão de recursos materiais e humanos e comunicação entre os níveis da Atenção Primária da Saúde (APS) e Atenção Hospitalar (AH)<sup>(1)</sup>, e instituir um modelo de atenção a partir da figura do Enfermeiro Gestor de Casos (EGC).

O termo “gestão de casos” é adotado a partir das experiências de países como o Reino Unido, Estados Unidos e Canadá (case management), e vem sendo desenvolvido desde a década de 60, inicialmente na área de saúde mental<sup>(14,15)</sup>. Em 2002, foi o marco da implantação no sistema andaluz do EGC comunitário, e em 2003, o hospitalar. Já em 2006, o governo andaluz publica o Manual da Enfermeira Gestora de Casos no Hospital, na Espanha, e em 2007, o foi publicado o Manual da Enfermeira Gestora de Casos de Atenção Primária<sup>(16)</sup>.

Neste sentido, a figura do EGC foi incluída no Sistema de Saúde da Espanha e Portugal, como uma figura de referência para os doentes com patologias crônicas de elevada complexidade clínica, como o câncer da mama. A gestão de caso, definida pelo *American Nurses Credentialing Center* (ACNN), é definida como “um processo colaborativo sistemático e dinâmico de prestação e coordenação de serviços de saúde a uma determinada população. Ou seja, um processo participativo para facilitar opções e serviços que satisfaçam as necessidades dos doentes, reduzindo simultaneamente a fragmentação e duplicação de serviços, melhorando a qualidade e a relação custo-eficácia dos resultados clínicos”<sup>(17)</sup>.

Nesse modelo, as funções do EGC que trabalha em diferentes contextos de cuidados integra e coordena os cuidados sociais e de saúde recebidos pelos usuários a diferentes níveis, como centros de saúde, cuidados domiciliários, cuidados especializados, serviços sociais, e incluem: responsável pelo plano de cuidados dos pacientes; assegura a coordenação entre os profissionais de saúde a diferentes níveis; assegura a continuidade dos cuidados prestados aos pacientes; identifica os pacientes com necessidades especiais, crônicos ou dependentes, que apresentam uma maior procura de cuidados, bem como um risco elevado de sofrer complicações e participa na distribuição dos cuidados e dos recursos socio sanitários<sup>(9)</sup>.

O EGC proporciona uma contribuição única para a integração em cuidados de saúde, serviços sociais e outros serviços no setor da APS e ILPI para as pessoas com condições de saúde complexas<sup>(18)</sup>. Todavia, para isso, a formação de um EGC é essencial, pois deve ser capaz de detectar os doentes com doenças crônicas e que podem sofrer complicações, bem como de coordenar todos os recursos durante o processo de cuidados<sup>(19)</sup>.

Avaliações sobre o papel do EGC indicam que é um tipo de atuação com resolutividade e impactos positivos nos sistemas de saúde e para as pessoas portadoras de condições crônicas complexas. Configura-se como uma prática de características matriciais, com atuação transversal em relação aos níveis de atenção, mobilizando os diversos recursos de saúde de um dado território<sup>(3,15)</sup>.

O processo de implantação da figura do EGC na Espanha é tido como panorama emblemático para pensar a importância da prática da enfermagem para além do cuidado individual, já que o foco da atuação é amplo e inclui o paciente com doenças crônicas, seus cuidadores principais, profissionais e serviços<sup>(20)</sup>.

Para que se tenha um perfil desejado para o EGC, é necessário envolver, nesse processo, o desenvolvimento de competências de liderança e capacidade de articulação e mediação. Além disso, é preciso que outros profissionais da equipe e dos serviços conheçam a proposta, à qual espera-se uma adesão suficiente para que a capacidade e mobilizar recursos se efetive<sup>(20)</sup>.

A questão da existência de um conjunto mínimo de serviços a serem geridos é outro fator a se considerar, dado que, no modelo brasileiro, os arranjos organizativos locais podem ser muito diferentes, assim como seus recursos<sup>(20)</sup>. A experiência espanhola, portanto, pode servir para dar resposta à permanente necessidade de criar e recriar um sistema sanitário capaz de dar respostas resolutivas e de qualidade para as necessidades em saúde, em especial da população idosa<sup>(20)</sup>.

A intervenção do EGC, enquanto líder, em equipes multiprofissionais, melhora a comunicação em rede, com os profissionais e usuários, conduzindo a benefícios econômicos e ganhos em saúde, demonstrando ainda a satisfação dos profissionais neles implicados<sup>(21)</sup>.

Para justificar este estudo, é importante considerar o envelhecimento como processo dinâmico e ativo, a ampliação das demandas de saúde e assistência e analisar os impactos dos problemas vivenciados pela população idosa, os vínculos e suas implicações e desdobramentos marcados por conflitos de diversas vertentes entre os atores envolvidos no processo de cuidar em saúde. É importante entender quais as principais demandas de saúde associadas às condições crônicas de saúde que levam as famílias, cuidadores e profissionais de saúde a diversas dificuldades para um processo de cuidar adequado, qualificado e efetivo, ao mesmo tempo, da urgente necessidade de construirmos um debate sobre os modelos de assistência que venha a romper a fragmentação dos cuidados em saúde no âmbito da APS e ILPI.

Diante disso, este estudo tem como objetivo analisar a associação de demandas de saúde de pessoas idosas atendidas na APS e ILPI de dois municípios do nordeste do Brasil e demonstrar a aplicabilidade do modelo de enfermeiro gestor de casos.

## MÉTODO

---

Trata-se de um estudo transversal com abordagem quantitativa, recorte do projeto longitudinal e multicêntrico da Rede internacional de pesquisa sobre vulnerabilidade, saúde, segurança e qualidade de vida do idoso: Brasil, Portugal, Espanha e França.

A população do estudo foi composta por pessoas idosas atendidas pela Atenção Primária à Saúde (APS) residentes nos municípios de Santa Cruz e residentes em Instituições de Longa Permanência de Idosos (ILPI) em Natal, no Rio Grande do Norte, Nordeste, Brasil.

Para o cálculo amostral probabilístico, utilizou-se a fórmula para populações finitas estimadas de pessoas idosas de 125.630 pessoas, que resultou numa amostra de 384 + 10% adicional de pessoas idosas, para possíveis perdas, que resultou na amostra final de 423 pessoas idosas, sendo 223 em Natal/RN e 200 em Santa Cruz/RN.



Como critérios de inclusão foram adotados: ter a idade igual ou superior a 60 anos e estar cadastrado, ou ser usuário de uma unidade de saúde de atenção primária ou estar residindo em Instituições de Longa Permanência. Foram excluídas as pessoas idosas que apresentavam características clínicas que impediam a sua participação no estudo, conforme avaliado pelo pesquisador ou por meio de informações dos profissionais da APS ou ILPI.

Os instrumentos utilizados neste estudo foram: Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa (dados sociodemográficos e de saúde), Mini Exame do Estado Mental (MEEM), Escala de Fragilidade de Edmonton (EFE), Escala de Vulnerabilidade (VES-13), Escalas de Funcionalidade (Barthel e Lawton), PRISMA 7, Escala de Depressão em Geriatria (GDS-15), Qualidade de vida (SF-36), Mini Avaliação Nutricional (MAN), Risco para a violência (HS-EAST) e Violência (CTS).

A coleta de dados ocorreu entre julho e dezembro de 2023 por uma equipe multiprofissional previamente treinada, composta por pesquisadores, colaboradores e de alunos de pós-graduação e de graduação.

Para aplicabilidade do Modelo de Enfermeiro Gestor de Casos foi proposto a partir das demandas de saúde identificadas nos cenários da APS e ILPI e utilizamos a proposta de iniciativa Programa de Gestão de Caso para Doentes Crônicos com Multimorbidade do Ministério da Saúde de Portugal<sup>(22)</sup>, como um excelente exemplo, que visa promover a acessibilidade e reduzir a morbidade, criando um ponto de contacto entre o doente e os cuidados de saúde, que se materializa no seu acompanhamento domiciliário, através de um Gestor de Caso (GC) – um enfermeiro dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) ou do Hospital, que trabalha integrado numa equipe multidisciplinar.

O projeto multicêntrico foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Onofre Lopes /UFRN com parecer n.º 4267762 e CAAE: 36278120.0.1001.5292. Os participantes que atenderam aos critérios de inclusão e aceitaram participar do estudo foram esclarecidos sobre a pesquisa e convidados a assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os dados foram tabulados e analisados no *software* estatístico *Statistical Package for the Social Science* (SPSS) versão 23.0. As análises descritivas das variáveis de estudo foram feitas mediante a distribuição de frequência absoluta e relativa para as variáveis categóricas. Foi utilizado o Teste e coeficiente de Razão de Chance (RC + IC 95%) para medir as associações e estimativa de risco das variáveis sociodemográficas e variáveis oriundas dos instrumentais supracitados, que foram categorizados de forma dicotômica (presença ou ausência) das demandas e condições de saúde nos pesquisados e os resultados apresentados em tabelas e figura. Foi considerado nível de significância de 5% para todas as análises.

## RESULTADOS

Neste estudo, foram incluídas 423 pessoas idosas, das quais, 223 residiam em ILPI em Natal/RN e 200 do município de Santa Cruz atendidas pela APS. Foi observada uma predominância de mulheres (70,0%), com idade igual ou superior a 80 anos (52,2%), de raça/cor não branca (58,2%) e alfabetizados (63,8%) (Tabela 1<sup>ª</sup>).

Ao analisar as características por cenário de estudo, observou-se que elas se assemelham quanto ao sexo e raça/cor, porém as pessoas que residem em ILPI são idosos mais velhos quando comparado às pessoas que residem na comunidade ( $p < 0,001$ ), enquanto as pessoas que residem na comunidade apresentam maior escolaridade ( $p < 0,001$ ), como pode ser visto na Tabela 1<sup>ª</sup>.

As pessoas idosas que residem na comunidade apresentam quase três vezes mais chances de serem mais jovens (RC = 2,8, IC 95% 2,2-3,5) e quase duas vezes mais chances de serem alfabetizados (RC = 1,7, IC 95% 1,3-2,2) quando comparadas às pessoas idosas institucionalizadas (Tabela 1<sup>ª</sup>).

Ao avaliar as demandas de saúde das pessoas idosas, é possível observar que é ao nível da funcionalidade que são identificadas as principais alterações. Foi avaliada a funcionalidade na execução de AIVD, ABVD e declínio funcional. A maioria das pessoas idosas avaliadas apresentaram dependência na execução de AIVD (86,3%) e de ABVD (67,4%) e apresentaram risco de declínio funcional (70,7%).

Todas essas demandas foram mais frequentes nas ILPI ( $p < 0,001$ ), enquanto pessoas idosas atendidas na APS têm menos chances de apresentar essas demandas de saúde. Isso demonstra que pessoas idosas que residem em ILPI apresentam pior funcionalidade que aquelas que residem na comunidade (Tabela 2<sup>ª</sup>).

As pessoas idosas institucionalizadas apresentaram, mais frequentemente, risco de violência (45,2%) quando comparado às pessoas residentes na comunidade ( $p < 0,001$ ). Além disso, apresentaram, na quase totalidade, maior frequência quanto a presença das demandas de saúde. Entre as demandas mais frequentes entre pessoas idosas residentes na comunidade, tem-se a polifarmácia (40,0%;  $p < 0,001$ ) que, apesar disso, apenas 9,0% das pessoas referiram apresentar comorbidades, mas também que foi mais frequente nesse cenário ( $p < 0,001$ ) (Tabela 2<sup>ª</sup>).

Diante das demandas de saúde de pessoas idosas identificadas nos dois cenários do estudo, buscaremos a seguir demonstrar a aplicabilidade do Modelo EGC como forma de exemplificar o processo de cuidados das pessoas idosas na APS e ILPI.

Foi possível identificar que as demandas de saúde das pessoas idosas atendidas na APS são semelhantes às das que residem em ILPI, contudo, apresentam variações quanto à ordem de ocorrência. Observa-se que a fragilidade, funcionalidade e qualidade de vida são as principais demandas nos dois cenários. Porém, destaca-se a polifarmácia como a principal na APS e o declínio cognitivo em ILPI (Figura 1<sup>a</sup>).

Ao compararmos as tipologias das demandas de saúde identificadas pode-se perceber que as pessoas idosas que residem em ILPI apresentam uma situação de maior complexidade de cuidados que aquelas que residem na comunidade (APS).

No modelo proposto o EGC, a partir da inclusão da pessoa idosa no processo de cuidar, tem como atribuições, realizar a primeira visita domiciliar pela equipe de gestão de caso, acompanhada de outros profissionais da equipe, fazer o diagnóstico do contexto social do idoso. Após isso elaborar um Plano Individual de Cuidados (PIC), previamente pensado e adequação do mesmo à realidade diária do idoso, o qual é partilhado entre todos os elementos envolvidos (equipe, família e cuidados). Nesse processo, tem-se a identificação das prioridades de intervenção específicas para o idoso e deve ser orientado o idoso, família e cuidador. O acompanhamento do processo deve ser contínuo por meio de visitas domiciliares que sucedem a primeira, podendo ocorrer por necessidade ou serem programadas, sendo realizadas pela equipe local. A recolha de dados e monitorização do idoso deve ser feita ao longo da sua permanência no programa de gestão de caso.

Neste sentido, a aplicabilidade do EGC nas demandas de saúde nos dois cenários do estudo (APS e ILPI), tem que ser levado em consideração além das demandas, as condições inerentes ao processo de cuidar, o que denota a importância do papel do EGC, tanto a nível de APS quanto na ILPI, como mediador nesse processo de cuidados junto as equipes de saúde, pessoa idosa e família, onde no modelo proposto, a atuação desse profissional atuando na expectativa da continuidade e melhora desse cuidar, como também, na redução dos problemas identificados.

## DISCUSSÃO

---

Neste estudo os pesquisados apresentaram como características sociodemográficas predominantes serem do sexo feminino, 80 anos ou mais, raça/cor não branca e alfabetizadas. As associações entre as tipologias das demandas de saúde demonstram que as alterações da funcionalidade (AIVD, ABVD e Risco de declínio funcional), qualidade de vida, fragilidade, risco de violência, risco de quedas, nutricional alterada, sarcopenia, sintomas de depressão, risco de quedas, declínio cognitivo e vulnerabilidade foram mais frequentes nas pessoas idosas residentes em ILPI ( $p < 0,001$ ), exceto a polifarmácia e comorbidades mais frequentes na APS ( $p < 0,001$ ).

No estudo comparativo de idosos de Brasil e Portugal<sup>(23)</sup>, verificou-se associação entre perfil socioeconômico e QV na presença de sintomas depressivos, que ocorreram principalmente entre mulheres, participantes com baixa escolaridade e baixa renda, com aspectos de QV relacionados à saúde mental, física e social e autopercepção de saúde.

A Organização Pan-americana de Saúde, em 2020, por meio do documento Década do Envelhecimento Saudável 2020-2030, enfatiza que mundialmente, existe pouca evidência científica que comprove uma boa saúde ou um envelhecimento mais saudável das gerações futuras em detrimento as gerações passadas<sup>(24)</sup>.

Em outro estudo com pessoas idosas de Brasil e Portugal<sup>(25)</sup>, foi verificada associação entre melhores avaliações dos aspectos físicos e funcionais da QV e menores níveis de depressão, na qual podemos destacar os aspectos relacionados com a saúde física e a funcionalidade.

Quanto a qualidade de vida, um estudo<sup>(26)</sup> evidenciou menores escores de QV no Brasil, que se associaram ao risco de declínio funcional para os domínios funcionamento físico, percepções gerais de saúde, dimensões da saúde mental e saúde física. A QV esteve associada a incapacidade funcional e nutricional e à sintomatologia depressiva.

A vulnerabilidade social é compreendida como uma circunstância de vida identificada pela produção de iniquidades sociais e de saúde que trazem consigo maiores demandas de cuidado e desenvolvimento da produção e implementação de políticas públicas de promoção à saúde da pessoas idosas<sup>(27)</sup>.

As ILPI têm importante papel no acolhimento de pessoas idosas que apresentam alguma vulnerabilidade social. Os estudos demonstram que a vulnerabilidade de idosos assistidos pelas instituições de longa permanência são: abandono, falta de moradia, condição de saúde, analfabetismo, risco de ficar sozinho, acolhimento, sobrevivência e dificuldade para convivência social<sup>(27-29)</sup>.

A mudança da rotina provocada pela inserção da pessoa idosa em ILPI pode gerar consequências negativas frente à qualidade do cuidado prestado e pelo novo ambiente de vivência e convivência, o qual aumenta a vulnerabilidade e evidencia a ocorrência de quadros depressivos e outros sentimentos e afetos negativos<sup>(28)</sup>.

Os fatores de vulnerabilidade social são multifacetados, complexos, os quais podem ser superados através da educação continuada em atenção a políticas da pessoa idosa, com execução de uma assistência pautada em uma equipe multidisciplinar que tenha ênfase no processo de cuidado interdisciplinar, intersetorial, na prevenção, promoção e manutenção da saúde do idoso institucionalizado nos aspectos biopsicossocial e espiritual<sup>(28)</sup>.

A ocorrência de quedas em pessoas idosas acarreta graves problemas. Por isso, ressalta-se a importância de conhecer os fatores de risco para este evento, principalmente os fatores extrínsecos, e que são, em sua maioria, modificáveis e passíveis de serem revertidos/minimizados. Além disso, recomenda-se adoção de estratégias para contenção de quedas, desenvolvimento de protocolos com desenhos de práticas seguras, acompanhamento da sua ocorrência por meio de indicadores e ações de educação permanente interdisciplinares e multiprofissionais, no âmbito da formação e implementação de medidas protetivas e de prevenção<sup>(30)</sup>.

No estudo sobre as alterações observadas após a administração das intervenções multidimensionais<sup>(31)</sup>, foi observada redução dos sintomas depressivos, bem como, uma melhoria nos domínios da saúde mental, das percepções gerais de saúde e da QV do funcionamento do papel físico nos participantes da intervenção.

A avaliação funcional define, então, a estratificação e a alocação corretas do paciente idoso em sua linha de cuidado, além de ser capaz de antecipar seu comportamento assistencial. A autonomia funcional é um importante preditor da saúde da pessoa idosa. Há uma série de instrumentos de avaliação para rastreamento de risco e organização da porta de entrada do sistema de saúde validados e traduzidos para o português<sup>(4)</sup>. O Prisma-7 tem sido utilizado sistematicamente na porta de entrada do sistema de saúde do Canadá e pela *British Geriatrics Society* e pelo *Royal College of General Practitioners*, na Inglaterra, como instrumento de rastreio para perda funcional e fragilidade<sup>(32)</sup>. A avaliação das atividades de vida diária, das atividades instrumentais e da mobilidade pode contribuir para gerar informações importantes para a tomada de decisões, mapeando fatores de proteção e risco individuais<sup>(33)</sup>.

Como consequência dos idosos serem considerados portadores de doença crônica, e devido ao elevado número de medicamentos associados a esta faixa etária, aliado a todas as vulnerabilidades e fragilidades que o envelhecimento acarreta, a pessoa idosa apresenta cada vez mais dificuldade em cumprir o regime terapêutico proposto<sup>(34)</sup>.

A figura do EGC, tendo por base o modelo de gestão integrada da doença, pressupõe a capacitação dos doentes de forma a promover o autocontrole, reduzir as complicações, promover o trabalho da equipe multidisciplinar, promover o uso correto dos medicamentos e servir de elo de ligação com os restantes elementos da equipa de saúde. Deve ser dada especial atenção aos idosos mais vulneráveis, ou seja, com idade mais avançada, com desnutrição, com risco de quedas, com alterações sensoriais, com incontinência e também aos idosos polimedicados<sup>(34)</sup>.

Neste sentido, o EGC tem um papel preponderante na redução e prevenção de situações de risco com o objetivo de aumentar a qualidade de vida dos idosos, devido às suas competências e proximidade com as pessoas idosas, nomeadamente em contexto domiciliário. Isto implica

uma responsabilização neste grupo de forma a acompanhar todo o processo educativo de uma forma mais personalizada e numa relação de proximidade, preferencialmente no domicílio, entre EGC, idoso e família ou cuidador<sup>(34)</sup>.

O modelo do EGC pode constituir uma resposta no sentido de contribuir para um processo de autogestão, informação e capacitação da população, nomeadamente nos grupos mais vulneráveis, como é o caso das pessoas idosas<sup>(34)</sup>.

No tocante as funções do EGC que trabalha em diferentes contextos de cuidados integram e coordenam os cuidados sociais e de saúde recebidos pelos pacientes a diferentes níveis, como centros de saúde, cuidados domiciliários, cuidados especializados, serviços sociais<sup>(35)</sup>. Neste sentido, a formação de um EGC é essencial, pois ele deve ser capaz de detectar os doentes com doenças crônicas e que podem sofrer complicações, bem como de coordenar todos os recursos durante o processo de cuidados<sup>(35)</sup>.

O sucesso ou o fracasso de uma experiência como a do EGC pode ser também, em parte, atribuído a uma maior ou menor capacidade de negociação e de estabelecer relações de confiança. Isto aponta para um perfil profissional no qual competências clínicas e gerenciais precisam estar, necessariamente, articuladas a competências relacionais e de mediação de conflitos<sup>(20)</sup>. A emergência de uma função profissional, como a do EGC aponta para uma opção exitosa, pelo que se pretende implementar uma proposta como essa no Brasil, num sistema ou subsistema local, com recursos e treinamento minimamente adequados<sup>(20)</sup>.

## CONCLUSÃO

---

Tendo em vista as principais demandas de saúde identificadas nas pessoas idosas pesquisadas, destacamos as relacionadas à funcionalidade (AIVD, ABVD e risco de declínio), qualidade de vida, fragilidade, violência, quedas, nutricional alterada, polifarmácia, sarcopenia, sintomas de depressão, declínio cognitivo, vulnerabilidade e comorbidades.

Ao compararmos as diferenças de demandas de saúde associadas aos cenários do estudo, podemos verificar que é possível observar que a funcionalidade, qualidade de vida, fragilidade, violência, quedas, nutricional alterada, polifarmácia, dentre outras, são as principais necessidades identificadas no geral, estando associada, mais frequentemente, às pessoas idosas que residem em ILPI, demonstrando que elas estão em uma situação de maior complexidade de demandas que aquelas que residem na comunidade (APS).

Ao demonstrarmos a aplicabilidade do EGC a partir das demandas de saúde identificadas nos dois cenários do estudo (APS e ILPI), podemos denotar a sua importância, tanto a nível de APS quanto na ILPI, como mediador nesse processo de cuidados junto às equipes de saúde, pessoa idosa e família, onde no modelo proposto, a atuação desse profissional atuando na expectativa da continuidade e melhora desse cuidar.

Os resultados desse estudo, nos alertam para necessidade de propor um modelo de cuidados mais efetivo e que permita aos profissionais envolvidos, em especial ao EGC, o conhecimento mais amplo das demandas de saúde da pessoa idosa, assim como, comprometimento e empenho em suas ações de cuidado, promoção e recuperação das demandas de saúde supracitadas, qualificando os cuidados em saúde, como também, o aprimoramento de modelos de assistência que venham trazer melhores resultados voltados à população idosa no nosso país.

## REFERÊNCIAS

1. Veras R. A contemporary and innovative care model for older adults. *Rev bras geriatr gerontol* [Internet]. 2020;23(1):e200061. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-22562020023.200061>
2. CENSO: número de idosos no Brasil cresceu 57,4% em 12 anos. 2023. Disponível em: Censo: número de idosos no Brasil cresceu 57,4% em 12 anos. Secretaria de Comunicação Social [www.gov.br](http://www.gov.br)
3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Em 2019, expectativa de vida era de 76,6 anos. Agência de Notícias IBGE. Estatísticas Sociais, 26 nov. 2020. [accedida em 21 abril 2024]. Disponível em: [https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia\\_de-noticias/releases/29502-em-2019-expectativa-de-vida-era-de-76-6-anos](https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia_de-noticias/releases/29502-em-2019-expectativa-de-vida-era-de-76-6-anos)
4. Veras RP. Modelo assistencial contemporâneo para os idosos: a premência necessária. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2024;27:e240038. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-22562024027.230038.pt>
5. Veras RP, Oliveira MR. Linha de cuidado para o idoso: detalhando o modelo. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2016;19(6):887-905.
6. Moraes EM, Moraes Fl. Avaliação multidimensional do idoso. Belo Horizonte: Folium; 2014.
7. Veras RP, Oliveira M. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. *Ciênc Saúde Colet*. 2018;23(6):1929-36.
8. Veras R. Caring Senior: A Brazilian health model with emphasis at light care levels. *Rev bras geriatr gerontol*. 2018;21(3):360-6. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-22562018021.180100>
9. Vieira BL de C, Martins AC, Ferreira RC, Vargas AMD. Construção e validação de conteúdo de instrumento de autoavaliação da qualidade do cuidado em instituição de longa permanência para pessoas idosas. *Rev bras geriatr gerontol*. 2024;27:e230173. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-22562024027.230173.pt>
10. Veras RP, Estevam AA. Modelo de atenção à saúde do idoso: a ênfase sobre o primeiro nível de atenção. Conhecimento técnico-científico para qualificação da saúde suplementar. Brasília, DF: OPAS (2015):73-84.
11. Moraes EN, Reis AMM, Moraes FL de. Manual de Terapêutica Segura no Idoso. Belo Horizonte: Folium, 2019. 646p.
12. Szwarcwald CL, Damacena GN, Souza Júnior PRB et al. Percepção da população brasileira sobre a assistência prestada pelo médico. *Ciênc. Saúde Colet*. Fev 2016;21(2):339-50. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015212.19332015>
13. Porter ME, Teisberg EO. Repensando a saúde: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos. Porto Alegre: Artmed, 2009.
14. Batres JP, Álvarez M, Gallardo P. De la precisión de cuidados a los cuidados imprescindibles. Las enfermeras gestoras de casos en Andalucía: la enfermera comunitaria de enlace. *Rev Adm Sanit* 2009;(7):313-322.



15. Morales JM. Gestión de casos y cronicidad compleja: conceptos, modelos, evidencias e incertidumbres. *Enferm Clin* 2014;24(1):23-34.
16. España. Servicio Andaluz de Salud. Manual de la gestión de casos en Andalucía: enfermeras gestoras de casos en atención primaria Consejería de Salud. [Internet] 2007. [accedida em 25 de fevereiro 2019]. Disponível em: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0245.pdf>
17. Garrido AM. La gestión de casos en enfermería, una gran desconocida. Consejo general de enfermería. 2014. Disponível em: [https://www.consejogeneralenfermeria.org/sala-de\\_prensa/noticias/item/1939-la-gesti%C3%B3n-de-casos-en-enfermer%C3%ADa-una-gran-desconocida](https://www.consejogeneralenfermeria.org/sala-de_prensa/noticias/item/1939-la-gesti%C3%B3n-de-casos-en-enfermer%C3%ADa-una-gran-desconocida)
18. Lukersmith S, Millington M, Salvador-Carulla L. What is case management? A scoping and mapping review. *Int J Integr Care*. 2016;16(4):1-13.
19. Sánchez-Martín CI. Cronicidad y complejidad: nuevos roles en Enfermería. *Enferm Clin* [Internet] 2014. [accedida em 20 de fevereiro 2019];24(1):79-89 Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862113001964>
20. David HMSL et al. A enfermeira gestora de casos na Espanha: enfrentando o desafio da cronicidade por meio de uma prática integral. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, n. 1. [accedida em 16 Abril 2024], pp. 315-324. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.29272019>
21. Carmona APR, Quaresma MGS, Lucas PRMB. Prevenção da violência doméstica: Importância da intervenção do enfermeiro gestor de caso. *Revista Brasileira Em Promoção Da Saúde*, 2021;34:8. Disponível em: <https://doi.org/10.5020/18061230.2021.13426>
22. Portugal. Ministério da Saúde. Serviço Nacional de Saúde. Centro Nacional de TeleSaúde. Ficha Técnica. Programa Gestão de Caso. 2020. Disponível em: <https://www.cnts.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/07/Ficha-Tecnica-Gestao-de-Caso.pdf>
23. Torres LSS, Oliveira ACdS, Araújo MPD, de Carvalho MDS, Barbosa LBdSF, et al. (2023) Determinants of socioeconomic factors for quality of life and depressive symptoms in community-dwelling older people: A cross-sectional study in Brazil and Portugal. *PLOS ONE* 18(6):e0287163. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0287163>
24. de Oliveira FLB, de Sena RCF, Andrade MAG, Sousa JG da S, Fixina EB, Torres G de V, de Carvalho JBL, da Silva HTA, de Menezes RMP, de Miranda FAN. Vulnerabilidade social entre idosos institucionalizados no Brasil: uma revisão integrativa. *CLCS*. 2023 Oct. 26;16(10):23356-78. Disponível em: <https://ojs.revistacontribuciones.com/ojs/index.php/clcs/article/view/2781>
25. Carolyna Vieira Cavalcante A, Catarina de Souza Oliveira A, Gabriele Araújo de Oliveira Torres A, et al. Quality of life in the face of depression among older people: A cross-sectional study in Brazil and Portugal. *Psychiatry Clin Psychopharmacol*. 2023;33(1):20-27. Disponível em: <https://doi.org/10.5152/pcp.2023.22377>
26. de Miranda JMA, Viana DMO, dos Santos AAL, Costa ÁFA, Dantas BAS, de Miranda FAN, Mendes FRP, Torres GV. Quality of Life in Community-Dwelling Older People with Functional and Nutritional Impairment and Depressive Symptoms: A Comparative Cross-Sectional Study in Brazil and Portugal. *Geriatrics*. 2022;7(5):96. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/geriatrics7050096>

27. Bernardes, TAA et al. Caracterização clínica e epidemiológica de idosos de uma instituição de longa permanência. *Enfermagem em Foco*, Brasília, v. 12, n. 3, p.288-293, 2021. [acedida em 05 de fevereiro 2023]. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/4397>
28. Silva LM da, Silva JPM da, Santos MIF. Atuação do enfermeiro em instituições de longa permanência para idosos. *Revista JRG [Internet]*. 2.º de janeiro de 2024 [citado em 25 de abril de 2024]; 7(14):e14650. Disponível em: <https://doi.org/10.5281/zenodo.8156654>
29. Costa FN, Silveira LVA, Jacinto AF. Use of medications is strongly associated with worse self-perceived health in institutionalized and community-dwelling elderly. *Geriatr Gerontol Aging*. 2018;12:45-49. Disponível em: <https://doi.org/10.5327/Z2447-211520181700074>
30. Araújo MPD, Nunes VM de A, Rosendo CWF, Lima FAS de, Soares RNF, Ferreira Neto PD, Okuno MFP, Mendes FRP, Torres G de V. Factors associated with falls in elderly inpatients: an integrative review. *RSD*. 2022 Jul. 7;11(9):e20711931719. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i9.31719>
31. Dantas BADS, de Miranda JMA, Cavalcante ACV, et al. Impact of multidimensional interventions on quality of life and depression among older adults in a primary care setting in Brazil: a quasi-experimental study. *Braz J Psychiatry*. 2020;42(2):201-208. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2019-0577>
32. Costa-de Lima K, Peixoto-Veras R, Pereira-Caldas C, Motta LB, Bonfada D, Marques-Dos Santos M, Bezerra-de Souza DL, Jerez-Roig J. Effectiveness of intervention programs in primary care for the robust elderly. *Salud Publica Mex*. 2015 May-Jun;57(3):265-74. Disponível em: <https://doi.org/10.21149/spm.v57i3.7566>
33. Ramos LR, Tavares NUL, Bertoldi AD, Farias MR, Oliveira MA, Luiza VL, et al. Polypharmacy and Polymorbidity in Older Adults in Brazil: a public health challenge. *Rev Saúde Pública* 2016;50:9s. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050006145>
34. Palma, Cristina Maria Alves. O enfermeiro como gestor do regime medicamentoso do idoso. Beja, 2012. Instituto Politécnico de Beja. Escola Superior de Saúde de Beja. Dissertação (I Curso de Mestrado em Enfermagem em Saúde Comunitária, Projeto de Intervenção em Saúde Comunitária), 2012. [acedida em 23 de abril 2024]. Disponível em: <https://comun.rcaap.pt/bitstream/10400.26/3985/1/Relatorio%20projecto%20Cristina%20Palma%20-%20abril%20final.pdf>
35. Vieira BL de C, Martins AC, Ferreira RC, Vargas AMD. Construção e validação de conteúdo de instrumento de autoavaliação da qualidade do cuidado em instituição de longa permanência para pessoas idosas. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2024;27:e230173. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-22562024027.230173.pt>

#### Autores

**Sandra Maria Solidade Gomes Simões Oliveira Torres**

<https://orcid.org/0000-0003-3843-4632>

**Larissa Amorim Almeida**

<https://orcid.org/0000-0002-5650-7156>

**Kalyne Patricia de Macedo Roch**

<https://orcid.org/0000-0002-8557-1616>

**Mayara Priscilla Dantas Araújo**

<https://orcid.org/0000-0002-0611-2949>

**Gilson de Vasconcelos Torres**

<https://orcid.org/0000-0003-2265-5078>

**Adriana Catarina de Souza Oliveira**

<https://orcid.org/0000-0001-8600-4413>

#### Autora Correspondente/Corresponding Author

Sandra Maria Solidade Gomes Simões Oliveira Torres

- Prefeitura Municipal de Natal, Natal, Brasil.

sandrasolidade@hotmail.com

#### Contributos dos autores/Authors' contributions

ST: Conceitualização, análise de dados, redação do manuscrito original.

LR: Conceitualização, metodologia, redação - revisão e edição.

KR: Supervisão, redação -revisão e edição.

MA: Supervisão, redação - revisão e edição.

GT: Conceitualização, análise de dados, supervisão, redação - revisão e edição.

AO: Supervisão, redação - revisão e edição.

Todos os autores leram e concordaram com a versão publicada do manuscrito.

#### Responsabilidades Éticas

Conflitos de Interesse: Os autores declararam não possuir conflitos de interesse.

Suporte Financeiro: O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

Proveniência e Revisão por Pares: Não comissionado; revisão externa por pares.

#### Ethical Disclosures

Conflicts of Interest: The authors have no conflicts of interest to declare.

Financial Support: The present work was carried out with the support of the Coordination for the Improvement of Higher Education Personnel - Brazil (CAPES) - Financing Code 001.

Provenance and Peer Review: Not commissioned; externally peer reviewed.

©Autor(es) (ou seu(s) empregador(es)) e RIASE 2024.

Reutilização permitida de acordo com CC BY-NC.

Nenhuma reutilização comercial.

©Author(s) (or their employer(s)) and RIASE 2024.

Re-use permitted under CC BY-NC. No commercial re-use.

Tabela 1 – Distribuição das características sociodemográficas segundo cenários do estudo.  
Rio Grande do Norte, Nordeste, Brasil, 2024.<sup>KKK</sup>

Caracterização sociodemográfica		Cenários de estudo		Total n (%)	p-valor RC (IC 95%)
		ILPI n (%)	APS n (%)		
Sexo	Feminino	160 (37,8)	136 (32,2)	296 (70,0)	0,401
	Masculino	63 (14,9)	64 (15,1)	127 (30,0)	
Faixa etária	60 a 79 anos	59 (13,9)	143 (33,8)	202 (47,8)	< 0,001 2,8 (2,2-3,5) *
	80 anos ou mais	164 (38,8)	57 (13,5)	221 (52,2)	
Raça	Branca	99 (23,4)	78 (18,4)	177 (41,8)	0,261
	Não branca	124 (29,3)	122 (28,8)	246 (58,2)	
Escolaridade	Alfabetizado	120 (28,4)	150 (35,5)	270 (63,8)	<0,001 1,7 (1,3-2,2) *
	Não alfabetizado	103 (24,3)	50 (11,8)	153 (36,2)	

Nota: \* OR (IC 95%) para o corte de APS.

Tabela 2 – Caracterização clínica/de saúde de pessoas idosas atendidas na APS segundo o estado cognitivo. Santa Cruz, Brasil, 2024.<sup>κκ</sup>

Demandas de Saúde		Cenários de estudo		Total n (%)	p-valor RC (IC 95%)
		ILPI n (%)	APS n (%)		
Funcionalidade alterada (AIVD)	Presente	215 (50,8)	150 (35,5)	365 (86,3)	< 0,001
	Ausente	8 (1,9)	50 (11,8)	58 (13,7)	2,1 (1,8-2,5)*
Qualidade de vida alterada	Presente	204 (48,2)	152 (35,9)	356 (84,2)	< 0,001
	Ausente	19 (4,5)	48 (11,3)	67 (15,8)	1,7 (1,4-2,0)
Fragilidade	Presente	217 (51,3)	100 (23,6)	317 (74,9)	< 0,001
	Ausente	6 (1,4)	100 (23,6)	106 (25,1)	3,0 (2,5-3,5)*
Funcionalidade (Risco de declínio funcional)	Presente	208 (49,2)	91 (21,5)	299 (70,7)	< 0,001
	Ausente	15 (3,5)	109 (25,8)	124 (29,3)	2,9 (2,4-3,5)*
Funcionalidade alterada (ABVD)	Presente	202 (47,8)	83 (19,6)	285 (67,4)	< 0,001
	Ausente	21 (5,0)	117 (27,7)	138 (32,6)	2,9 (2,4-3,5)*
Risco de violência	Presente	191 (45,2)	77 (18,2)	268 (63,4)	< 0,001
	Ausente	32 (7,6)	123 (29,1)	155 (36,6)	2,8 (2,3-3,4)*
Risco de quedas	Presente	188 (44,4)	71 (16,8)	259 (61,2)	< 0,001
	Ausente	35 (8,3)	129 (30,5)	164 (38,8)	2,9 (2,3-3,6)*
Nutricional alterada	Presente	167 (39,5)	74 (17,5)	241 (57,0)	< 0,001
	Ausente	56 (13,2)	126 (29,8)	182 (43,0)	2,3 (1,8-2,8)*
Polifarmácia	Presente	70 (16,5)	169 (40,0)	239 (56,5)	< 0,001
	Ausente	153 (36,2)	31 (7,3)	184 (43,5)	2,8 (2,3-3,5)**
Sarcopenia	Presente	159 (37,6)	70 (16,5)	229 (54,1)	< 0,001
	Ausente	64 (15,1)	130 (30,7)	194 (45,9)	2,2 (1,8-2,7)*
Sintomas de Depressão	Presente	150 (35,5)	50 (11,8)	200 (47,3)	< 0,001
	Ausente	73 (17,3)	150 (35,5)	223 (52,7)	2,7 (2,1-3,5)*
Risco de Quedas	Presente	113 (26,7)	73 (17,3)	186 (44,0)	0,003
	Ausente	110 (26,0)	127 (30,0)	237 (56,0)	1,4 (1,1-1,7)*
Declínio cognitivo	Presente	161 (38,1)	23 (5,4)	184 (43,5)	< 0,001
	Ausente	62 (14,7)	177 (41,8)	239 (56,5)	5,9 (4,0-8,6)*
Vulnerabilidade	Presente	120 (28,4)	51 (12,1)	171 (40,2)	< 0,001
	Ausente	103 (24,3)	149 (35,2)	252 (59,6)	2,0 (1,5-2,6)*
Comorbidades autorreferidas	Presente	4 (0,9)	38 (9,0)	42 (9,9)	< 0,001
	Ausente	219 (51,8)	162 (38,2)	381 (90,1)	6,0 (2,4-15,4)**

Nota: Estimativa de RC (IC 95%) para o corte de APS\* e ILPI\*\*.

Identificação das demandas de saúde da pessoa idosa na Atenção Primária à Saúde (APS)

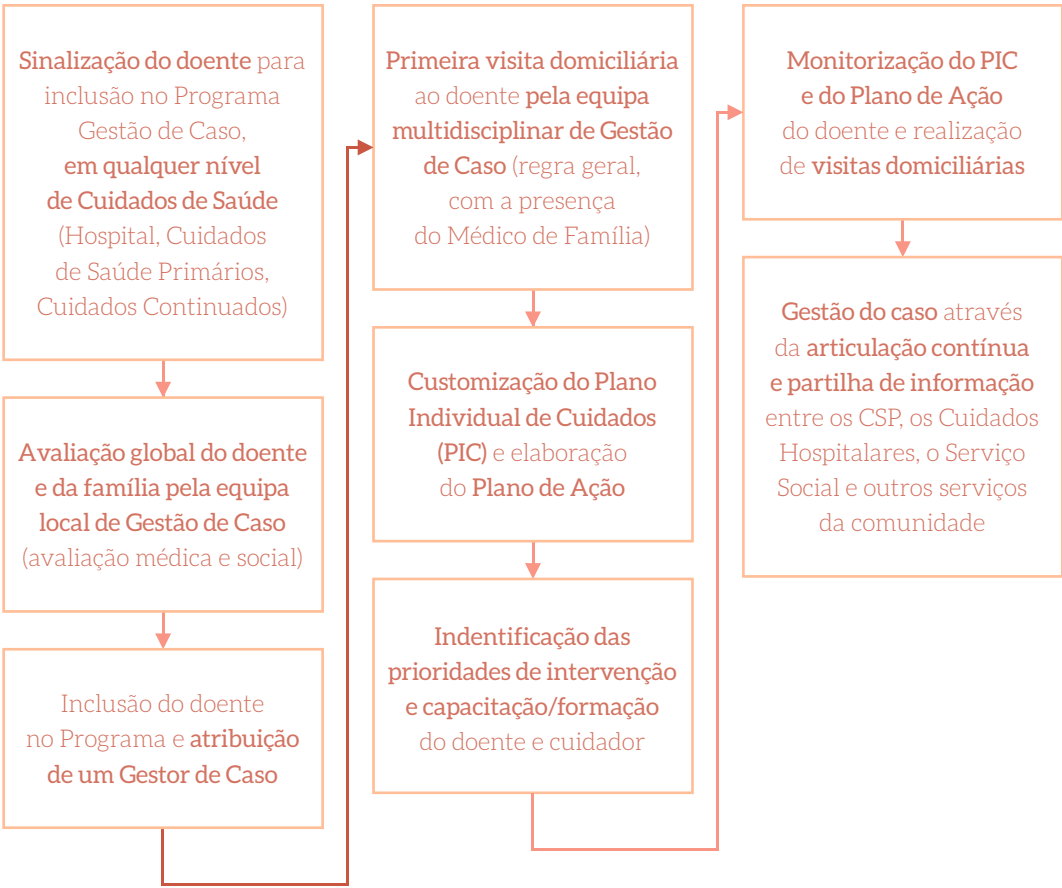
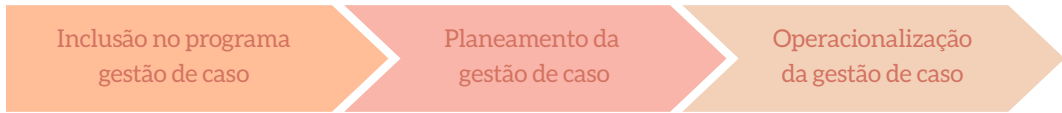


Figura 1 - Demandas de saúde de pessoas idosas atendidas pela APS e ILPI e aplicabilidade do Modelo do Enfermeiro Gestor de Casos. Rio Grande do Norte, Nordeste, Brasil, 2024.<sup>5</sup>  
 Fonte: Adaptado do Programa de Gestão de Casos de Portugal<sup>[22]</sup>.