



## ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO DO PERFIL DO IDOSO INSTITUCIONALIZADO EM INSTITUIÇÕES DO INTERIOR PAULISTA

Edvaldo Soares<sup>1</sup>  
Stella Maira Demartini<sup>1</sup>  
Michele Mity Suzuki<sup>1</sup>  
Tamara Pereira de Oliveira<sup>1</sup>  
Patrícia Sayuri Komatsu<sup>1</sup>

### RESUMO

O aumento da população idosa é um fenômeno mundial e traz conseqüências diversas, não só em termos de saúde, mas também em termos econômicos. Uma dessas conseqüências é a institucionalização. O entendimento de tal processo, bem como da realidade do idoso institucionalizado é fundamental para a elaboração de políticas de atendimento e ações voltadas ao idoso institucionalizado. **Objetivos:** apresentar o perfil epidemiológico de idosos institucionalizados residentes em instituições localizadas no interior de São Paulo e descrever a execução de projeto de extensão implantado em duas instituições residenciais de longa permanência para idosos (IRLI's). **Métodos e procedimentos:** os dados foram colhidos, a partir de três formulários, mediante os quais se verificou: a) dados Institucionais; b) dados sociais e c) dados acerca da saúde geral e mental. Os dados referentes à saúde foram colhidos a partir da medicação de uso contínuo. Todos os dados foram lançados em banco de dados (Access) e submetidos à análise estatística descritiva. Dados referentes à saúde mental foram confirmados a partir da aplicação de testes clínicos (Escala de Depressão Geriátrica - GDS e Mini Exame do Estado Mental: MEEM).

**Palavras-chave:** Envelhecimento. Institucionalização. Cognição. Depressão. Institucionalização. Estado Mental

## EPIDEMIOLOGICAL STUDY OF THE PROFILE OF INSTITUTIONALIZED ELDERLY IN INSTITUTIONS OF THE COUNTRYSIDE OF SÃO PAULO STATE

### ABSTRACT

The increase in the elderly population is a worldwide phenomenon and has different consequences not only in terms of health, but also in terms of economy. One of those consequences is the institutionalization. The understanding of this process, as well as of the reality of the institutionalized elderly is essential to develop policies of care. **Goals:** a) present the epidemiological profile of institutionalized elderly who live in institutions in the countryside of São Paulo State and describe the development of an extension project implemented in two elderly-care institutions (IRLPI's). **Methods and procedures:** data were collected in three forms, from which it was possible to verify: a) institutional data; b) social data and c) data about general and mental health. The data related to health were

<sup>1</sup> Faculdade de Filosofia e Ciências de Marília, UNESP



collected from the medication of continuous use. All data were launched into the database (Access) and subjected to the descriptive statistical analysis. Data related to mental health were confirmed from the application of clinical trials (Geriatric Depression Scale – GDS and Mini Mental State Examination: MMSE).

**Keywords:** Aging. Institutionalization. Cognition. Depression. Institutionalization. Mental State

## ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO DEL PERFIL DEL ADULTO MAYOR INSTITUCIONALIZADO EN INSTITUCIONES DEL INTERIOR DE LA PROVINCIA DE SÃO PAULO

### RESUMEN

El aumento de la población adulta mayor es un fenómeno mundial y tiene muchas consecuencias, no sólo en términos de salud, sino también en términos económicos. Una de esas consecuencias es la institucionalización. Entender ese proceso, y también la realidad de los adultos mayores institucionalizados, es fundamental para la elaboración de políticas de asistencia y el desarrollo de acciones para ellos. **Objetivos:** presentar el perfil epidemiológico de adultos mayores institucionalizados que viven en instituciones ubicadas en el interior de la provincia de São Paulo y describir la ejecución de un proyecto de extensión implantado en dos instituciones residenciales de larga permanencia para adultos mayores (IRLPI's). **Métodos y procedimientos:** los datos fueron recogidos a partir de tres formularios, en los que se verificó: a) datos institucionales; b) datos sociales y c) datos sobre salud general y mental. Los datos relativos a la salud se obtuvieron a partir de la medicación de uso continuo. Todos los datos fueron incluidos en la base de datos (Access) y sometidos al análisis estadístico descriptivo. Los datos relativos a la salud mental se han confirmado a partir de la aplicación de testes clínicos (Escala de Depresión Geriátrica - GDS y Mini Examen del Estado Mental: MEEM).

**Palabras-clave:** Envejecimiento. Institucionalización. Cognition. Depresión. Institucionalización. Estado Mental

### INTRODUÇÃO

O crescimento da população idosa nos países desenvolvidos vem sendo estudado há vários anos. Nos países do terceiro mundo só recentemente este tema tem despertado interesse ([KALACHE; VERAS; RAMOS, 1987](#); [VERAS et al., 1988](#)). No Brasil, o número de idosos passou de 3 milhões, em 1960, para 7 milhões em 1975 e 17 milhões em 2006, representando um aumento de 600% em menos de cinquenta anos ([VERAS, 2007](#)). Os idosos que representavam apenas 3,2% da população geral de 1900 e 4,7% em 1960 poderão atingir 13,8% no ano de 2025. De acordo [Giatti e Barreto \(2003\)](#), o número de pessoas acima ou igual a 60 anos aumentou de 6,1% de 1980 para 8,6% em 2000. Hoje, temos aproximadamente 11 milhões de pessoas com mais de 60 anos (idosos) e projeções indicam que seremos o sexto país do mundo em número de idosos no ano de 2020, com aproximadamente 32 milhões de idosos. Esse crescimento decorre,



segundo [Silva \(2003\)](#), da industrialização, da urbanização, dos avanços da medicina, da tecnologia e do saneamento básico. Tais fatores contribuem para a redução da fecundidade e da mortalidade e favorecem o aumento da expectativa de vida, resultando, assim, no crescimento da população idosa e, conseqüentemente no envelhecimento demográfico. De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - [IBGE \(2004\)](#), a barreira dos 70 anos de vida média foi rompida por volta do ano 2000, quando se observou uma esperança de vida ao nascimento de 70,4 anos. Conforme as projeções, o Brasil continuará aumentando anos na vida média de sua população, alcançando em 2050 o patamar de 81,3 anos. Ainda de acordo com revisão do [IBGE \(2008\)](#), o índice de envelhecimento aponta para mudanças na estrutura etária da população brasileira. Em 2008, para cada grupo de 100 crianças de 0 a 14 anos existem 24,7 idosos de 65 anos ou mais. Em 2050, o quadro muda e para cada 100 crianças de 0 a 14 anos existirão 172,7 idosos.

Se por um lado o aumento na expectativa de vida é positivo, por outro, sabemos que com o envelhecimento demográfico, conforme a perspectiva dos governantes ocorre aumento dos gastos previdenciários, maior demanda pelos serviços de saúde e, conseqüentemente aumento nos custos destes serviços. Ainda em decorrência desse crescimento, não raramente, nos deparamos com problemas de ordem social, financeira e com dúvidas sobre o que fazer com os idosos que freqüentemente apresentam diversas patologias características da idade. ([CARVALHO; WONG, 2008](#); [CARVALHO; GARCIA, 2003](#); [GARRIDO; MENEZES, 2002](#); [RAMOS; VERAS; KALACHE, 1987](#)). Neste sentido, [Chaimowicz \(1997\)](#) aponta para a existência de correlação direta entre os processos de transição demográfica e epidemiológica. Os dados por ele apresentados indicam que com o aumento da expectativa de vida e o aumento do número de idosos tornaram-se mais freqüentes as doenças crônico-degenerativas e suas seqüelas, o que implica, segundo ele, em décadas de utilização dos serviços de saúde pela população acima de 60 anos. A demanda, em diversos países, por *IRLPI's* (Instituições Residenciais de Longa Permanência para Idosos) foi analisada por [Chaimowicz e Greco \(1999\)](#) como decorrentes do aumento da população idosa. No Brasil ainda não há levantamento oficial detalhado em relação à quantidade e ao perfil do idoso institucionalizado ([TOMASINI; ALVES, 2007](#)).

É importante ressaltar que, em função das mudanças dos parâmetros sociais e econômicos, muitas famílias não conseguem manter o idoso no ambiente familiar, pois, além de não possuir estrutura adequada para suprir as necessidades do idoso, apresentam dificuldades em conciliar as atividades laborais e pessoais com os cuidados demandados pelo idoso. Soma-se a tal quadro o desejo do idoso em encontrar um local que lhe proporcione atenção, conforto e especialmente atendimento às suas necessidades básicas. Em tais condições, o idoso pode, não raras vezes, passar a ser visto como um entrave à autonomia familiar, o que torna precária a relação entre ele e os seus familiares. Muitas vezes a solução encontrada, tanto pela família como pelo próprio idoso, é a institucionalização nas chamadas *IRLPI's*. ([PERLINI; LEITE; FURINI, 2007](#)).

## ASPECTOS DA INSTITUCIONALIZAÇÃO



Segundo [Houaiss e Villar \(2001, p. 1627\)](#), institucionalizar significa entre outras coisas, “oficializar(se); arraigar(se)”. Podemos afirmar, sem a pretensão de discutir ou aprofundar a análise foucaultiana ou de Goffman ([FOUCAULT, 1990, 1998, 2000](#); [GOFFMAN, 1996](#)), de que as IRLPI's são, mesmo que inconscientemente, espaços de controle individual e social, onde perduram relações de poder; espaços hierárquicos, aos quais os sujeitos devem submeter-se, abrindo mão muitas vezes de sua individualidade.

De acordo com [Pavarini \(1996\)](#), quando a família decide pela institucionalização do idoso, em geral ela se baseia em um ou mais dos três significados dados aos asilos: *asilo-isolamento* (resulta da concepção dada pelo senso comum como “depósito de velhos abandonados”); *asilo-saúde* (principalmente para idosos de baixa renda, que o associam com o hospital, onde possivelmente teriam melhor assistência médica); e o *asilo-refúgio* (confundido como um lugar onde o idoso pode ter um espaço próprio, resguardando seu poder de decisão).

Para muitos autores os asilos geralmente são vistos como um “caminho sem volta”, considerando que tanto a família como a comunidade se esquece dos idosos internados. Esses idosos, por sua vez, acabam, não raras vezes, perdendo a identidade e a cidadania, o que pode traduzir-se por perda da autonomia. Isto ocorre em consequência das condutas e comportamentos regidos pelas normas das instituições asilares. ([CUPERTINO, 1996](#); [GUIMARÃES; SIMAS; FARIAS, 2005](#); [ZIMERMAN, 2000](#)).

[Zimerman \(2000\)](#) observa que, além da dificuldade que o idoso tem para se adaptar à nova realidade, outras mudanças normalmente ocorrerem, como por exemplo: mudança interna de parâmetros; convivência com indivíduos estranhos; falta de convivência com o sexo oposto e abandono por parte de amigos e familiares. A isso podemos acrescentar ainda outros fatores, tais como: diminuição ou mesmo perda da capacidade funcional, em termos de realização de atividades da vida diária, bem como perda ou diminuição das capacidades cognitivas tais como memória, aprendizagem, julgamento; baixa interação social, motivação reduzida entre outras. [Tomasini e Alves \(2007\)](#) destacam ainda, como prejuízos decorrentes da institucionalização, as perdas da identidade e de autonomia e a segregação geracional.

Para [Guimarães, Simas e Farias \(2005\)](#) as IRLPI's apresentam aspectos próprios e determinam, mediante normas institucionais vigentes e práticas decorrentes de costumes historicamente institucionalizados, condutas e comportamentos. Na maioria dessas instituições as atividades são realizadas num mesmo ambiente e sob uma única autoridade; a rotina é praticamente igual para todos. São ignoradas diferenças individuais bem como a história da vida de cada um. Nesse contexto o idoso vai perdendo sua identidade e sua autonomia; transforma-se num sujeito passivo convivendo em um ambiente estranho. Tais fatores normalmente levam os indivíduos institucionalizados a um menor ou maior grau de depressão.

A institucionalização para a grande maioria dos idosos é fonte de dor e tristeza, o ambiente se torna silencioso, indiferente, vazio, passando a representar os momentos finais de sua vida podendo contribuir para o



maior problema psicológico do idoso: a depressão. ([PARMELEE; KATZ; LAWTON, 1989. p.69](#)).

É importante salientar que a depressão está associada ao maior risco de morbidade e de mortalidade; ao aumento na utilização dos serviços de saúde; à negligência no autocuidado; à adesão reduzida aos regimes terapêuticos e a um maior risco de suicídio. ([GERSHMAN, 2008](#); [PARADELA; LOURENÇO; VERAS, 2005](#); [APA, 1994](#); [OMS, 1993](#); [VERAS; COUTINHO, 1991](#)). Os episódios depressivos, associados a outras patologias instaladas pós-institucionalização ou mesmo pré-existentes e muitas vezes agravadas pelo processo de institucionalização, podem precipitar a instalação de quadros demenciais. Segundo critérios do DSM-IV (*Diagnostic and statistical manual of mental disorders*), demência pode ser definida como síndrome caracterizada por declínio de memória associado a déficit de pelo menos uma outra função cognitiva (linguagem, gnosis, praxias ou funções executivas) com intensidade suficiente para interferir no desempenho social ou profissional do indivíduo. ([APA, 1994](#)).

Por memória entendemos o processo pelo qual experiências anteriores levam à alteração do comportamento. ([HELENE; XAVIER, 2003](#)). Portanto, o diagnóstico de demência exige a ocorrência de comprometimento da memória, embora essa função possa estar relativamente preservada nas fases iniciais de algumas formas de demência. Inicialmente observa-se um declínio da memória recente. Tal quadro pode progredir para o declínio de memória de longo prazo já consolidada, especialmente da memória autobiográfica, ou seja, da história do indivíduo; dos parâmetros pessoais construídos ao longo de sua vida. O idoso perde dramaticamente aquilo que confere identidade ao sujeito. [Squire e Kandel \(2002, p. 10\)](#) reforçam tal concepção ao afirmarem que “a perda da memória conduz à perda do sentimento de si, à perda da nossa história de vida e à perda de interações duradouras com os outros seres humanos”. [Izquierdo \(2004, p. 13\)](#) também reforça essa idéia quando afirma que: “o conjunto das memórias de cada um de nós tem é o que nos caracteriza como indivíduos”.

Em relação à prevalência de quadros demenciais e depressivos, [Reys et al.\(2006, p. 401\)](#) salientam que:

Demência e depressão são os transtornos neuropsiquiátricos mais comuns em idosos. A demência afeta cerca de 5% dos idosos aos 65 anos de idade e cerca de 20% daqueles com 80 anos ou mais. Recente estudo mostrou que, no Brasil, a incidência de demência em idosos residentes na comunidade alcança a taxa de 13,8 por 1000 habitantes/ ano, sendo que para Doença de Alzheimer (DA) o índice é de 7,79. Também a depressão tem taxas de prevalência entre 5% e 35%, variando de acordo com o nível de gravidade. A prevalência de sintomas depressivos na população acima de 65 anos de idade vivendo na comunidade varia entre 10,3% e 13,5%<sup>11</sup> e no Brasil chega a 14,3%<sup>12</sup>.

O envelhecimento deve ser entendido como um processo natural de desgaste fisiológico dos sistemas do organismo. Tal desgaste pode ocasionar diminuição das capacidades físicas, aumento relativo da incapacidade para realização de atividades cotidianas, modificações morfológicas, bioquímicas, psicológicas, perda de papéis sociais,



solidão, perdas afetivas e aumento da vulnerabilidade, diminuição da capacidade de recuperação dos efeitos de eventos que desequilibram o organismo (resiliência), menor plasticidade neural/comportamental. ([COHEN, 1995](#); [STUART-HAMILTON, 2002](#); [SOARES, 2006](#)). O ritmo desse processo e o impacto sobre a qualidade de vida dependem de fatores econômicos, genéticos, demográficos, comportamentais e sócio-culturais. A institucionalização pode ser um fator de impacto negativo na saúde do idoso e, aliada a ela, o consumo excessivo de medicamentos.

O quadro delineado até o momento apenas demonstra a complexidade para a elaboração de estratégias de atendimento ao idoso institucionalizado e aponta para a necessidade de não só conhecer os aspectos envolvidos no processo de institucionalização, mas a interação entre eles. A maioria das IRLPI's, apesar de ignorarem tais aspectos, compromete-se em suprir as necessidades básicas de moradia, alimentação, saúde e convivência social, ou seja, uma melhor qualidade de vida. Mas, mesmo tal compromisso básico nem sempre é cumprido de forma satisfatória, conforme indicam alguns estudos. ([CREUTZBERG; GONCALVES; SOBOTTKA, 2008](#); [OLIVEIRA; GOMES; OLIVEIRA, 2006](#); [YAMAMOTO; DIOGO, 2002](#); [CHAIMOWICZ; GRECO, 1999](#)). Em relação aos cuidados prestados em tais instituições, observa-se que muitas vezes esses se mostram inadequados, ineficientes e mesmo inexistentes, quando os cuidadores são despreparados ou sobrecarregados. ([CALDAS, 2002](#); [2003](#)). Porém, apesar de muitos autores considerarem as instituições asilares como locais inapropriados, se deve considerar que, na inexistência desses locais, muitos idosos estariam morando na rua ou sendo mal atendidos pelos familiares.

Apesar dos aspectos negativos da institucionalização, [Cupertino \(1996\)](#) indica que modificações no ambiente físico e político dessas instituições podem trazer benefícios em relação ao processo adaptativo do idoso. Nesse sentido, é importante observar que algumas IRLPI's têm passado por modificações expressivas ([CORTELLETTI; CASARA; HEREDIA, 2004](#)). Entre tais mudanças, podemos destacar a preocupação com a melhoria do espaço físico e do sistema de gestão; a conscientização acerca da necessidade de contratação de profissionais especializados em diversas áreas, a fim de formar equipe multidisciplinar; a conscientização da necessidade de capacitação de seus funcionários e a preocupação em promover atividades que contribuam para a melhoria das condições de saúde dos idosos. Assim, vislumbrando a possibilidade de colaborar para as IRLPI's implementassem atividades em prol da melhoria das condições de vida do idoso, surgiu a proposta de implantação do projeto de pesquisa e extensão *Memória e Envelhecimento: aspectos neuropsicológicos e estratégias preventivas* em duas IRLPI's localizadas na cidade de Marília SP.

O projeto teve início em 2006, com os objetivos de estudar o perfil do idoso institucionalizado e, a partir desse estudo, elaborar e aplicar atividades preventivas às patologias de caráter demencial, visando principalmente minimizar fatores de risco associados e melhorar assim, a qualidade de vida dos internos. A implantação de tais atividades, conforme os objetivos do projeto, não poderiam acontecer sem o prévio conhecimento das instituições e dos sujeitos envolvidos na proposta. Assim, optou-se por implantar o projeto em três fases: 1) Levantamento do perfil institucional; 2) Elaboração de plano de atividades e 3) Implantação de atividades de extensão e pesquisa.



Na primeira fase, além dos contatos preliminares e da seleção dos alunos voluntários, foram levantados dados relativos às duas *IRLPI's*, tais como: esquema de visitas; relação espaço físico-número de internos (alojamento, internos por quarto, etc.); infra-estrutura (adaptação do espaço físico às limitações do idoso, equipamentos, área de lazer, etc.); atividades diversas (físicas, culturais, lazer, etc.); padrão sócio-econômico dos usuários (internos); motivo da internação; projetos de extensão e estágios em funcionamento na Instituição e saúde geral dos internos;. Os dados foram levantados a partir de três formulários: a) *Dados Institucionais*; b) *Dados Sociais dos Idosos* e c) *Saúde Geral*. Esses formulários foram preenchidos a partir de entrevista com os administradores, cuidadores e das fichas individuais dos idosos.

## O PERFIL INSTITUCIONAL

As duas *IRLPI's*, nas quais o projeto é desenvolvido, atendem especialmente a idosos mais desvalidos. A *Instituição 1* (CC), fundada em 1982, tem como filosofia de trabalho a assistência aos idosos, sem distinção de qualquer natureza. A captação de recursos, como ocorre na maioria das *IRLPI's*, se dá principalmente por meio de doações. Situa-se em um bairro da periferia, em tem cerca de 800 m<sup>2</sup> de área construída. Os idosos são distribuídos em 18 apartamentos, todos com banheiro. Em cada apartamento habitam em média 02 idosos; mas há casos em que idosos ocupam o espaço individualmente. Há um refeitório e uma cozinha, bem como um ambulatório. Existe espaço destinado à fisioterapia e uma lavanderia. Adaptações foram realizadas (instalação de corrimões, ventilação, campainhas, rampas, etc.). Em relação aos recursos humanos para o atendimento aos idosos, há, na CC: 01 enfermeira, 05 auxiliares de enfermagem, 01 cozinheira e 11 auxiliares de serviços gerais. Em termos de programas de atendimento e prevenção realizados na instituição havia até 2008, apenas a realização de estágio dos alunos do Curso de Fisioterapia da Faculdade de Filosofia e Ciências - FFC – Unesp de Marília. A partir do segundo semestre de 2008 iniciaram-se atividades de estágio em Terapia Ocupacional. Segundo relato dos próprios administradores, até o ano de 2006 havia carência de atividades na Instituição. Conforme dados referentes ao ano de 2007, eram atendidos 47 idosos na CC. Em termos de gênero, há uma pequena predominância de idosos do sexo masculino (Fig.1).

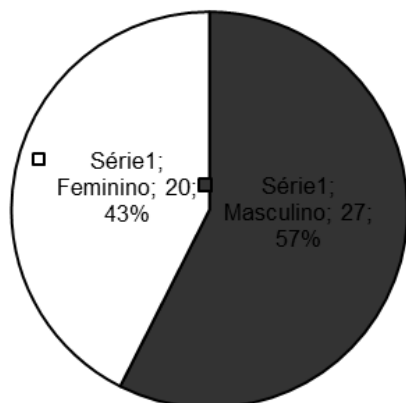


Figura 1 - Distribuição por gênero: CC

A média de idade dos idosos é de 71 anos de idade, sendo que as mulheres têm média de 68,8 anos e os homens, 72,8 anos. (Fig. 2).

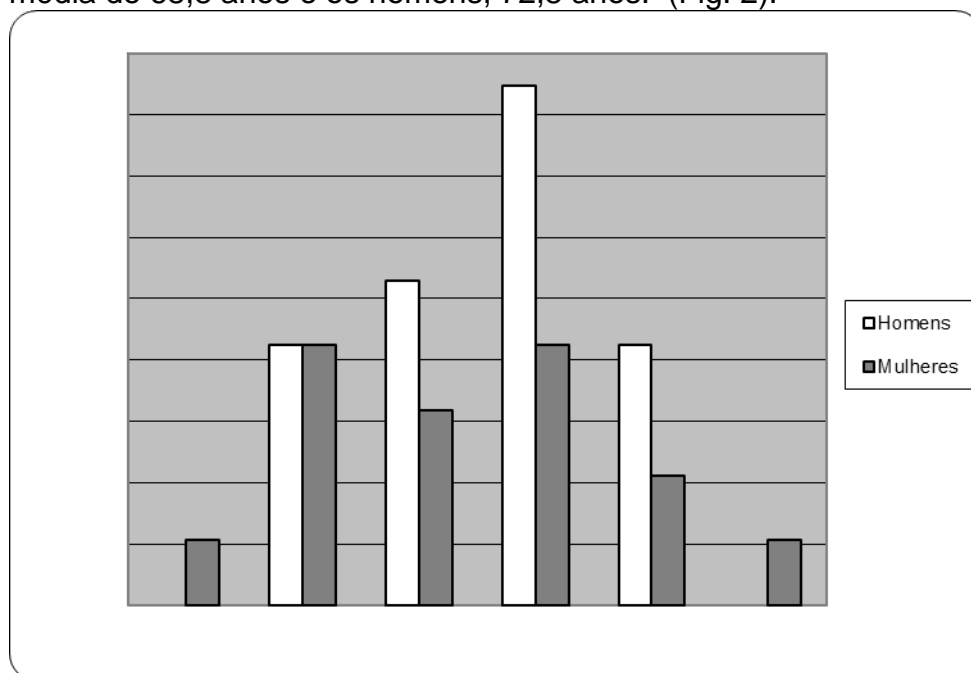


Figura 2 - Distribuição por faixa etária: CC

A *Instituição 2* (SV), fundada em 1930 e localizada em região mais central da cidade, tem como filosofia de trabalho atendimento ao idoso acima de 65 anos de origem carente. A captação de recursos ocorre por meio de doações, convênios com os governos Estadual e Federal; aluguéis, campanhas, festas beneficentes, etc. O índice de ocupação dos quartos é de 2 ou 3 idosos/quarto. Ao contrário da CC, há divisão entre os sexos; ou seja, os idosos do sexo masculino ocupam uma ala e as do sexo feminino, outra. Na ala



feminina existem 17 leitos, 16 banheiros, uma copa e um refeitório. Na ala masculina são 24 leitos, 18 banheiros e uma sala de televisão. Há uma lavanderia com: 3 salas, 2 despejos de roupas e um banheiro. Existe uma área reservada à fisioterapia que comporta: 4 salas de atendimento, um banheiro, e uma sala de espera. Adaptações foram realizadas (instalação de corrimões, campainhas, rampas, etc.). Também há uma ala reservada para atividades de Terapia Ocupacional e Fonoaudiologia. Em relação aos recursos humanos para o atendimento aos idosos, existem: 01 médico, 01 cozinheira, 18 auxiliares de serviços gerais, 01 pedreiro, 01 secretária, 01 auxiliar de secretária, 01 porteiro, 01 servente e 01 assistente social. Em termos de programas de atendimento e prevenção realizados na instituição, há somente a realização de estágio dos alunos do curso de Terapia Ocupacional da FFC – Unesp de Marília e dos Cursos de Fisioterapia e Psicologia de uma outra instituição de ensino superior da cidade de Marília. São atendidos 69 idosos. Em termos de gênero, ao contrário da CC, há predominância de indivíduos do sexo feminino na SV (Fig. 3).



Figura 3 - Distribuição por gênero: SV

Em termos de faixa etária os idosos da SV estão assim distribuídos, (Fig.4):

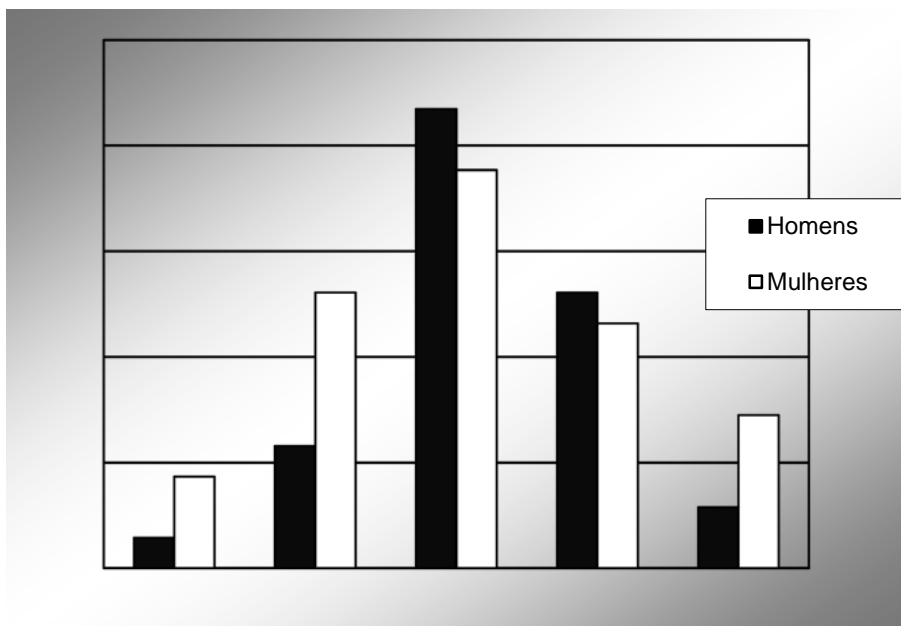


Figura 4 - Distribuição por faixa etária: SV

Em termos gerais, dos 116 idosos pesquisados, em termos de gênero, tivemos exatamente 50% homens e 50% mulheres. Desses 116 idosos, 56,2% tem mais de 70 anos de idade.

## OS SUJEITOS: ASPECTOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS

O levantamento das características gerais dos idosos teve por objetivo conhecer a realidade dos mesmos, pois sem tal conhecimento seria improvável elaborarmos um plano de atividades que atendesse às expectativas das IRLPI's envolvidas como dos próprios idosos. Em relação ao tempo de institucionalização, considerados os 116 idosos internos nas *Instituições 1 e 2*, observamos que há uma variação (Fig. 5). Porém, a distribuição mostra que 46,4% deles estão internos há menos de 5 anos. Com o objetivo de evitar comparações entre as Instituições, passaremos a apresentar os dados considerando a totalidade dos idosos (N = 116).

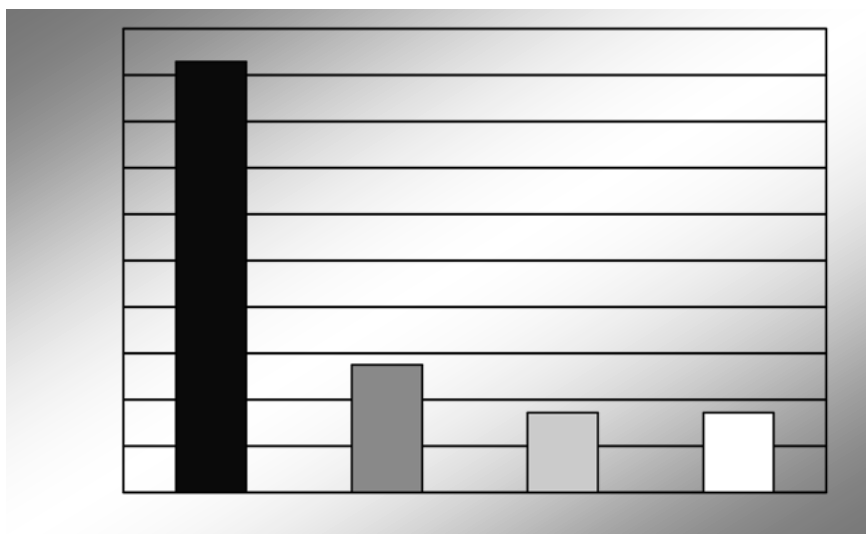


Figura 5 - Tempo médio de institucionalização

A pesquisa demonstrou que 50% dos idosos apresentavam pouco tempo de institucionalização (Fig. 5). A outra metade apresentava entre cinco e vinte anos de institucionalização. Também ficou evidenciado um baixo índice de rotatividade entre os idosos. Os motivos de desligamento referem-se principalmente à ocorrência de óbitos, internações, principalmente em instituições para tratamento psiquiátrico e, raramente, para retornarem ao seio familiar (Fig. 6).

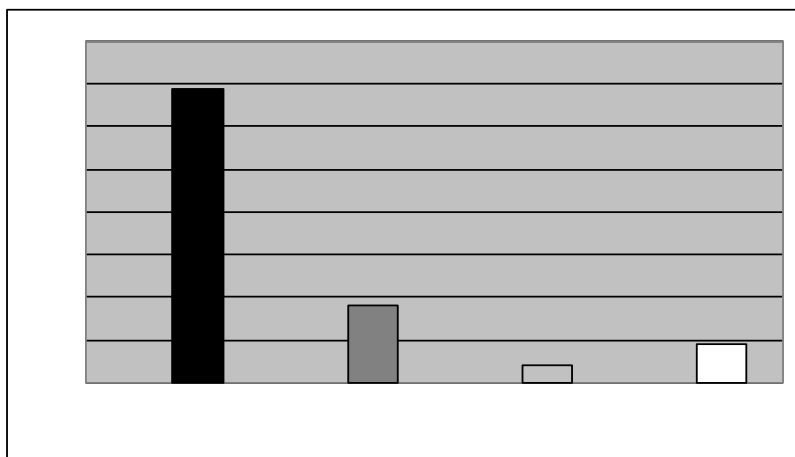


Figura 6 - Causas de desligamento institucional

A origem dos idosos pesquisados, em termos regionais é variável, mas, a maioria é oriunda da região sudeste (61,6%). Porém, há significativo número de idosos oriundos da região nordeste do Brasil (Fig. 7).

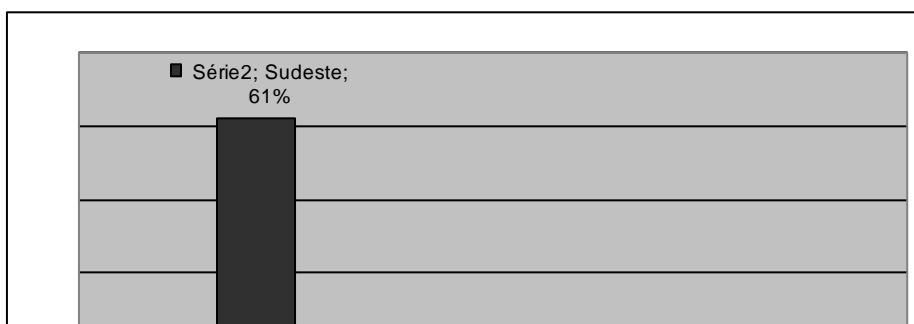




Figura 7 - Região de origem

Em relação ao estado civil prevalecem os idosos que se declararam solteiros ou viúvos. Não houve declarações acerca de separações/divórcios e, não há registros nas instituições, apesar de haver relato dos cuidadores. Por isso, consideraremos apenas o relato dos próprios idosos, mesmo sabendo que tais números são inexatos (Fig. 8).

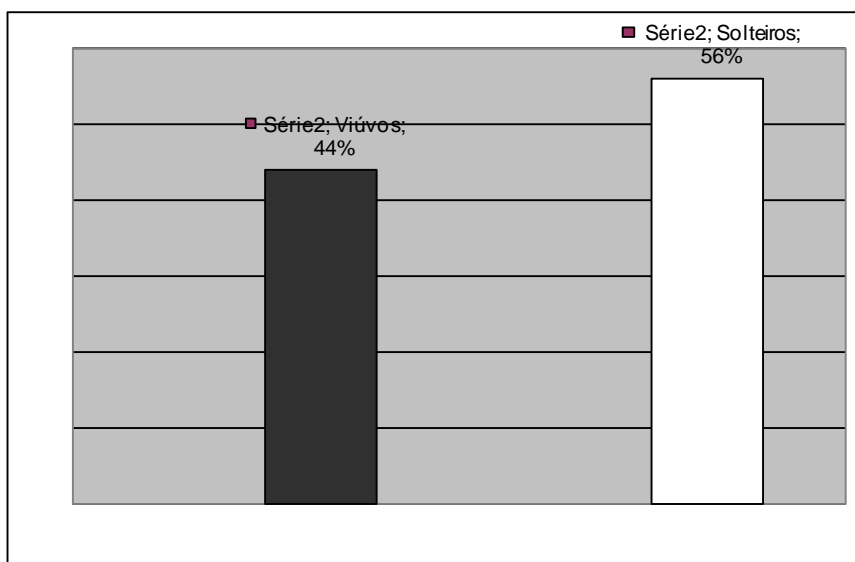


Figura 8 - Estado civil declarado

Do total, somente 21,5% declaram ter filho(s). No que se refere ao recebimento de visitas (parentes e amigos), um dado nos chamou a atenção: 60,2% do total dos idosos não recebem qualquer tipo de visita (Fig. 9).

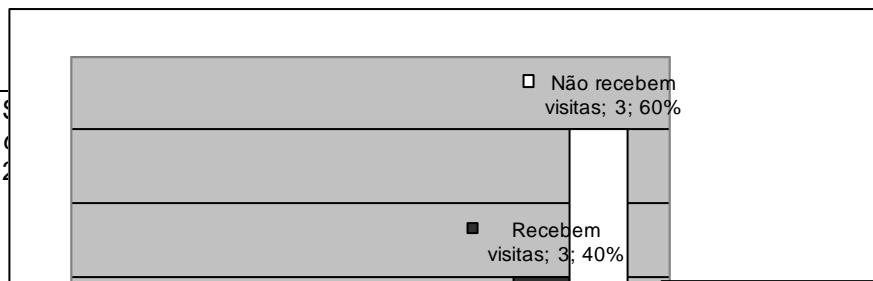




Figura 9 - Esquema de recebimento de visitas

No tocante à escolaridade, há a predominância de analfabetos (Fig. 10). Já em relação à etnia há predominância de indivíduos brancos (Fig. 11).

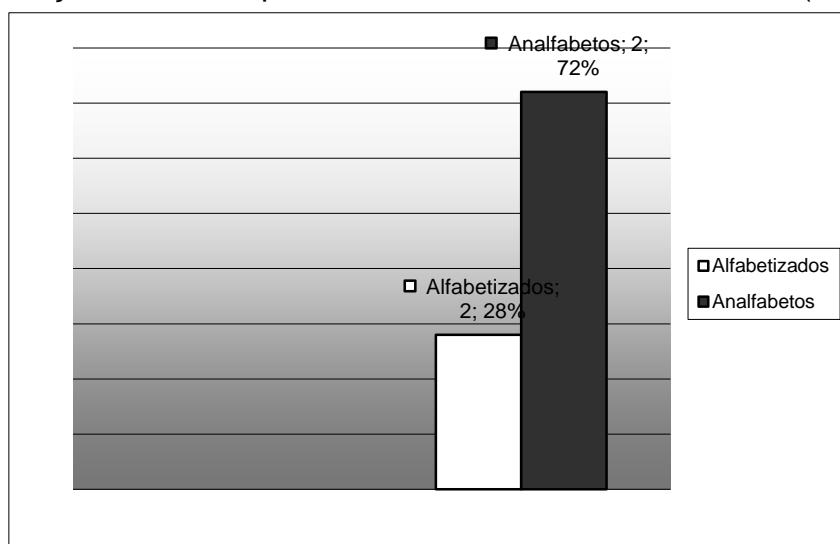


Figura 10 - Escolarização



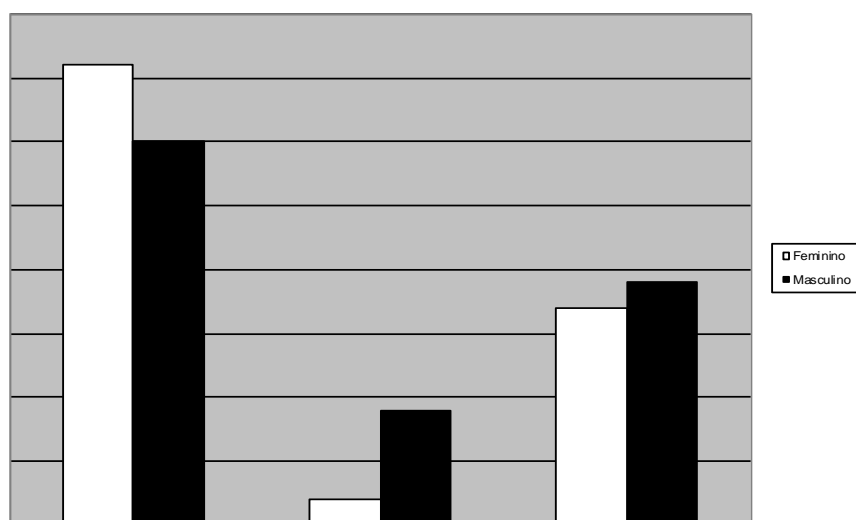


Figura 11 - Etnia

## OS SUJEITOS: SAÚDE

Em termos de saúde geral dos idosos pesquisados nas duas IRLPI's, foi possível destacar dois fatores de grande impacto no declínio da qualidade de vida do idoso: a poli patologia e a poli medicação, conforme podemos observar nas tabelas 1, 2 e 3. Os dados apresentados foram aferidos a partir das seguintes fontes: prontuários dos idosos existentes nas IRLPI's pesquisadas; entrevistas com os cuidadores responsáveis pelo serviço de saúde e entrevista com alguns dos idosos. Foram sujeitos da pesquisa 115 idosos, dos quais 57 eram do gênero feminino e 58 do gênero masculino.

Tabela 1 - Quadro geral de saúde: patologias e queixas mais comuns

Patologias e queixas mais comuns	N	%
<b>Diabetes</b>		
Feminino	8	
Masculino	2	
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>8,6</b>
<b>Hipertensão</b>		
Feminino	41	
Masculino	33	

<b>Total</b>	<b>74</b>	<b>64,3</b>
<b>Patologias e queixas mais comuns</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Patologias Cardíacas</b>		
Feminino	10	
Masculino	12	
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>19,1</b>
<b>Tireóide</b>		
Feminino	8	
Masculino	1	
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>7,8</b>
<b>Acidente Vascular Encefálico - AVE</b>		
Feminino	3	
Masculino	7	
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>8,6</b>
<b>Úlcera Gástrica</b>		
Feminino	12	
Masculino	12	
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>20,8</b>
<b>Neoplasias</b>		
Feminino	1	
Masculino	13	
<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>12,1</b>
<b>Problemas respiratórios</b>		
Feminino	2	
Masculino	8	
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>8,6</b>
<b>Contusões, Traumas, Reumatismo e Osteoporose</b>		
Feminino	10	
Masculino	4	
<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>12,1</b>
<b>Disfunções Renais</b>		
Feminino	1	
Masculino	2	
<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>2,6</b>
<b>Anemia</b>		
Feminino	0	
Masculino	2	
<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>1,7</b>
<b>Dor crônica</b>		
Feminino	12	
Masculino	2	
<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>12,1</b>



Em relação à dependência foi verificado, a partir da aplicação de protocolos que avaliam o grau de dependência para as atividades da vida diária - AVD's ([LAWTON; BRODY, 1969](#)) e para as atividades instrumentais da vida diária - AIVD ([KATZ et al., 1970](#)), que 35,3% dos idosos internos nas duas IRLPI's apresentavam grau moderado de dependência, enquanto 12,8% eram completamente dependentes.

**Tabela 2 - Frequência de idosos segundo quantidade de medicamentos administrados ao dia**

<i>Quantidade de medicamentos de uso contínuo administrados diariamente</i>	≤ 1	2 a 3	4 a 5	6 a 7	≥ 8
<b>Total de Idosos %</b>	16,5%	37,3%	27,8%	13,0%	5,2%

O levantamento da medicação apontou para o fato de que, as mulheres apresentam maior consumo de medicamentos em comparação com os indivíduos do gênero masculino (Tabela 2,1).

**Tabela 2,1 - Distribuição da quantidade de medicação por gênero**

<b>Quantidade de medicação de uso contínuo administrada diariamente</b>	≤ 1	2 a 3	4 a 5	6 a 7	≥ 8
<b>Feminino</b>	12,2%	40,3%	28,0%	14,0%	5,2%
<b>Masculino</b>	20,6%	34,4%	27,5%	12,0%	5,1%

**Tabela 3 - Categorias de medicação de uso contínuo administradas**

	N	%
<b>Idosos que tomam medicação de uso contínuo</b>		
Feminino	54	
Masculino	57	
<b>Total</b>	<b>111</b>	<b>96,5</b>
<b>Idosos que tomam medicação de uso psiquiátrico associada a medicamentos de outra(s) categoria(s).</b>		
Feminino	41	
Masculino	31	
<b>Total</b>	<b>72</b>	<b>62,6</b>
<b>Idosos que só tomam medicação psiquiátrica</b>		
Feminino	5	
Masculino	2	
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>6,0</b>
<b>Idosos que só tomam medicação de uso geral</b>		
Feminino	12	
Masculino	20	
<b>Total</b>	<b>32</b>	<b>27,8</b>

Em relação à saúde mental dos idosos pesquisados, é importante salientar que, de forma geral, o declínio da capacidade cognitiva (DCC) também decorre dos processos fisiológicos naturais. Na população idosa em geral, o que mais se observa é um comprometimento cognitivo leve e, a identificação de indivíduos com potencial de risco se torna fundamental, tanto em termos de prevenção como de posterior terapia ([CHARCHAT-FICHMAN, H.; et al., 2005](#)). Foi nesse sentido que realizamos, nas IRLPI's pesquisadas, levantamento da saúde mental dos idosos atendidos, mediante o qual observamos que um número significativo de idosos apresentava alguma alteração em termos de saúde mental, conforme podemos observar na tabela 4. Salientamos que não houve possibilidade de acesso aos prontuários médicos dos idosos em função dos mesmos serem atendidos em diversas unidades de saúde. As informações acerca das patologias foram colhidas a partir das fichas individuais dos idosos, nas quais constam algumas informações relativas à saúde dos mesmos, bem como a indicação da medicação de uso contínuo administrada. e, a partir de entrevistas com os funcionários das duas instituições atendidas.

**Tabela 4 - Saúde Mental**

<b>Prevalência de Transtornos Mentais</b>		
	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Depressão</b>		
Feminino	25	
Masculino	18	
<b>Total</b>	<b>43</b>	<b>37,3</b>
<b>Ansiedade/Psicoses</b>		
Feminino	24	
Masculino	13	
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>32,1</b>
<b>Quadros demenciais</b>		
Feminino	8	
Masculino	5	
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>11,3</b>
<b>Parkinson</b>		
Feminino	7	
Masculino	3	
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>8,6</b>
<b>Queixas de falhas em relação à memória</b>		
Feminino	20	
Masculino	9	
<b>Total</b>	<b>29</b>	<b>25,2</b>



## AS ATIVIDADES DE EXTENSÃO

Na segunda fase os dados obtidos na fase anterior foram analisados e discutidos pelo grupo. Com base nesses dados foi elaborado um Plano de Atividades e Cronograma de trabalhos nas *IRLPI's*, bem como definição da(s) equipe(s) de trabalho. Tal plano levou em consideração as características institucionais e as características individuais dos idosos levantados durante a primeira fase do projeto. Em relação às características institucionais foram observados os seguintes aspectos: cultura institucional, horários vigentes nas instituições; espaço físico disponível; recursos humanos e recursos materiais. No tocante às características individuais dos idosos foram observados aspectos sócio-demográficos e de saúde, os quais, de forma sintética, apontavam para a seguinte situação: paridade entre gêneros (Fig. 1 e 3); faixa etária elevada (Fig. 2 e 4); tempo médio de institucionalização relativamente baixo (Fig. 5), sendo que o principal motivo de desligamento foi a ocorrência de óbitos (Fig. 6); maioria de idosos oriundos da região sudeste (Fig. 7); equilíbrio relativo em termos de estado civil (Fig. 8); baixo índice em termos de recebimento de visitas (Fig. 9); baixa escolaridade (Fig. 10); saúde geral precária e alto índice de terapia medicamentosa, com características de polimedicação (tabelas 1, 2, 2.1 e 3); saúde mental precária (tabela 4), com indicação de prevalência de quadros depressivos e de ansiedade.

As atividades desenvolvidas durante a execução do projeto foram elaboradas a partir da metodologia utilizada nas chamadas "Oficinas de Memória" e, fundamentadas teoricamente na concepção de [Rosenzweig \(1984\)](#) e [Rosenzweig e Bennett \(1996\)](#) de que a promoção de ambientes enriquecidos promove tanto mudanças estruturais no cérebro, como mudanças comportamentais, melhorando assim, o desempenho cognitivo. É importante destacar que, na elaboração das referidas atividades, o grupo procurou levar em consideração as características individuais dos sujeitos envolvidos, ou seja, além de sua condição física e mental atual, sua história de vida, seus interesses e habilidades, suas preferências e aversões. Enfim, buscou-se, conforme proposta de [Goldstein \(2000\)](#), levar em consideração o indivíduo como um todo, seu passado e seu presente; suas limitações e potencialidades.

Na terceira fase, com base nos princípios teóricos norteadores do projeto, nas informações colhidas nas duas fases anteriores, as quais possibilitaram identificar com mais clareza as principais demandas; as expectativas tanto por parte das *IRLPI's* como dos próprios idosos e, ainda, considerando a individualidade de cada idoso, foram iniciadas as atividades práticas programadas.

Tais atividades, com duração média de quatro horas, foram aplicadas individualmente ou em grupo. As atividades realizadas em grupo incluíam jogos (memória, dominó, quebra-cabeças, tangran, etc); atividades manuais (pintura, desenho, colagem, etc.). Durante a execução dessas atividades, os idosos foram estimulados pelos aplicadores a resgatar a memória imediata, relacionada diretamente à atividade em



execução, bem como a resgatar suas memórias autobiográficas (memórias episódicas de longa duração) (Fig. 12 e 13). Além disso, os idosos receberam atendimento individual. Tal atendimento, em função de se adotar um procedimento informal, foi denominado simplesmente de “bate-papo”. Durante o referido atendimento, os idosos foram estimulados a interagir socialmente e a resgatar suas memórias autobiográficas, ou em outros termos, sua história de vida. É importante destacar que, os integrantes do grupo, ao realizarem tal atividade foram orientados a não assumir uma “postura terapêutica”. Ou seja, eram orientados a não conceberem os idosos como “sujeitos a serem tratados”, mas, “como o vizinho mais velho com quem converso sem maiores pretensões”.



Figura 12 - Atividades práticas

Durante a aplicação das atividades práticas alguns princípios eram fundamentais: 1) não “infantilização” do idoso; 2) respeito às suas vontades; 3) ver no idoso uma pessoa, com uma história, com anseios, desejos, limitações e potencialidades e não como um “paciente” e/ou como um “objeto de pesquisa”; 4) compromisso social e acadêmico; 5) ética com relação às informações. A partir desses princípios e das reais necessidades identificadas, as atividades práticas foram desenvolvidas levando-se em consideração os seguintes critérios: a) atividades que promovessem a interação social entre os idosos de ambos os sexos; b) atividades que os estimulassem cognitivamente; c) atividades que promovessem a integração entre os idosos e os participantes do projeto.



Figura 13 - Atividades práticas

Desde o início do projeto, em 2006, foram realizadas 112 sessões de atividades (49 sessões na Instituição 1 e 63 sessões na Instituição 2). Cada sessão tinha duração média de quatro horas, totalizando em torno de 448 horas de atividades, as quais envolveram: aplicação de atividades práticas, entre as quais, desenhos livres e direcionados, jogos, filmes, pintura e, principalmente, muita conversa; e de pesquisa (aplicação de testes, entrevistas). Também foi realizado um trabalho específico com cuidadores, o qual se constituiu em apresentação de resultados de pesquisa e atividades formativas visando uma melhor capacitação para o cuidado. Participaram das atividades práticas, direcionadas à memória, cerca de 50 idosos do total de internos. Tal número foi variável no decorrer do programa, considerando que alguns idosos participam de forma esporádica, outros faleceram e outros foram integrados. Passaram pelo projeto como voluntários, 34 alunos. Só no ano de 2008, participaram 20 alunos dos cursos de Fisioterapia (08 alunos); Terapia Ocupacional (08 alunos) e Psicologia (04 alunos).

Nessa fase, além das sessões com os idosos e do trabalho com os cuidadores, foram realizadas pesquisas sobre a saúde geral e mental, bem como foram elaborados prontuários dos internos, os quais são atualizados bimestralmente pelos integrantes do projeto. Também com o objetivo de aferir os dados referentes à saúde mental, foram aplicados o *Mini Exame do Estado Mental* - MEEM ([FOLSTEIN et al., 1975](#)) e a *Escala de Depressão em Geriatria* - GDS ([YESAVAGE et al., 1983](#)). Foi utilizada uma amostra de 24 idosos de ambos os gêneros, com idade entre 59 e 90 anos. Os sujeitos foram selecionados de acordo com o critério de elegibilidade estabelecido, o qual considerou apenas os idosos que apresentaram boa capacidade auditiva e de compreensão lingüística e capacidade cognitiva suficiente para compreender e responder as questões e testes a serem aplicados no decorrer da pesquisa. A partir da aplicação dos testes, pudemos observar que, em relação à depressão, 50% dos idosos que participaram da pesquisa apresentam indicativos de depressão média. Destacamos que metade dos idosos fez de 11 a 20 pontos no score da GDS e os demais, 50% tiveram score de 0 a 10 pontos. Dos idosos que apresentaram indicativo de depressão, considerando a variável gênero (Tabela 4), 21% são mulheres e 29% são homens. Em relação à



prevalência de quadros demenciais, observou-se que 25% dos sujeitos da pesquisa apresentaram indicativos de demência Não houve, em relação ao gênero, diferença estatisticamente significativa quanto à possíveis quadros demenciais (Tabela 5).

**Tabela 5 – Indicativos gerais para depressão**

Indicativo de Depressão	Gênero	A partir do GDS	A partir da medicação psiquiátrica
	Feminino		<b>21%</b>
Masculino		<b>29%</b>	<b>15,6%</b>
Total		50%	37,3%

**Tabela 6 – Indicativo de demência**

Indicativo de Demência	Gênero	A partir do MEEM	A partir da medicação psiquiátrica
	Feminino		<b>12,5%</b>
Masculino		<b>12,5%</b>	<b>4,3%</b>
Total		25%	11,3%

Estatisticamente os resultados obtidos mediante a aplicação dos testes (GDS e MEEM) confirmam os resultados obtidos a partir da análise realizada na primeira fase do projeto, ou seja, uma alta prevalência de quadros depressivos e baixos, porém significativos indicativos de demência entre os idosos residentes nas duas IRLPI's. Entretanto, foi constatado, a partir da análise da medicação administrada aos idosos residentes nas duas IRLPI's que: a) nem todos os idosos que tomam medicação para depressão e/ou para demência apresentaram indicativos para tais patologias nos testes e b) nem todos os idosos que apresentam indicativo de depressão e/ou demência tomam medicação para as mesmas e c) não foi constatado, mediante a análise de prontuários, diagnóstico para as referidas patologias. Tais dados reforçam, por exemplo, a observação de [Oliveira, Gomes, e Oliveira \(2006\)](#) de que a depressão frequentemente não é diagnosticada e, conseqüentemente, não tratada adequadamente. Tal observação pode ser aplicada aos quadros demenciais.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS



Os dados coletados oferecem uma amostra da situação geral do idoso institucionalizado, confirmando em grande parte os dados levantados na literatura especializada ([CARVALHO; WONG, 2008](#); [CARVALHO; GARCIA, 2003](#); [GARRIDO; MENEZES, 2002](#); [CHAIMOWICZ, 1997](#); [RAMOS; VERAS, 1987](#)). É inegável o aspecto positivo do aumento da expectativa de vida. Porém, também é inegável, que com tal aumento ocorrem problemas relacionados à saúde, bem como problemas sociais e econômicos. O agravamento de tais fatores não raramente levam à institucionalização em IRLPI's. ([PERLINI; LEITE; FURINI, 2007](#); [CHAIMOWICZ; GRECO, 1999](#)). Sabe-se que, no Brasil, há um número significativo de idosos institucionalizados, bem como uma projeção de aumento da demanda pela institucionalização, em decorrência dos fatores apontados. Entretanto, ainda não temos levantamento oficial detalhado em relação à quantidade e ao perfil do idoso institucionalizado ([TOMASINI; ALVES, 2007](#)), o que é fundamental para a elaboração de políticas públicas eficientes. Foi no sentido de colaborar para o saneamento de tal lacuna que esta pesquisa foi realizada.

A pesquisa realizada e a convivência com a instituição e com os idosos durante a execução do projeto evidenciou, conforme indicado na literatura especializada, uma tendência à perda da autonomia, gerada em grande parte pela própria organização física e administrativa das IRLPI's. ([CUPERTINO, 1996](#); [GUIMARÃES; SIMAS; FARIAS, 2005](#); [ZIMERMAN, 2000](#)). Tal organização física e administrativa, de certa forma se configura em espaço onde predominam, mesmo que de forma inconsciente, relações de poder, as quais poderiam, por exemplo, ser analisadas com maior rigor teórico, a partir das perspectivas de [Foucault \(1990, 1998 e 2000\)](#) e de [Goffman \(1996\)](#).

É interessante observar o processo de institucionalização se mostra extremamente doloroso para a maioria dos idosos. Nesse processo ele enfrenta dificuldades para se adaptar em função principalmente da mudança interna de parâmetros, convivência com pessoas estranhas, segregação sexual e de gerações, sentimento de abandono entre outros ([TOMASINI; ALVES, 2007](#); [ZIMERMAN, 2000](#)). Outra dificuldade observada nos idosos pesquisados foi a dificuldade de adaptação às normas institucionais vigentes, as quais ignoram as características individuais dos internos ([GUIMARÃES; SIMAS; FARIAS, 2005](#)). Neste processo, foi interessante observar que os idosos, em sua grande maioria, passam por três fases, as quais se mostram variáveis em termos de duração. A primeira é caracterizada pela negação, na qual o idoso "nega estar institucionalizado", ou seja, normalmente afirma que sua estada naquele local é temporária. Em função disso, inclusive, sua interação social é extremamente baixa. A segunda fase é caracterizada por um sentimento de revolta, na qual o idoso se mostra extremamente crítico diante das pessoas (cuidadores e companheiros) e em relação à organização da instituição. Há nessa fase um aumento da interação social, porém ainda extremamente limitada. Na terceira fase, o idoso se mostra conformado. Entretanto tal conformismo pode ser traduzido como indiferença, perda de perspectivas e falta de motivação. Ocorre nessa fase uma nova diminuição da interação social. A observação da ocorrência de tais fases corrobora a afirmação de [Parmelee, Katz e Lawton \(1989, p. 69\)](#), de que a institucionalização para a grande maioria dos idosos é fonte de dor e tristeza, podendo contribuir para o desenvolvimento de episódios depressivos, o qual é considerado



importante fator de risco para o agravamento ou instalação de outras patologias ou síndromes, entre as quais os quadros demenciais.

Os dados desta pesquisa, que demonstram um significativo número de sujeitos com indicativo de depressão e demência corroboram os dados da literatura que demonstram maior incidência de tais quadros em idosos institucionalizados, se comparados com idosos não institucionalizados. ([GERSHMAN, 2008](#); [OLIVEIRA, 2006](#); [REYS et al., 2006](#); [APA, 1994](#); [OMS, 1993](#)).

Apesar das IRLPI's nas quais o projeto foi desenvolvido estarem comprometidas em suprir as necessidades básicas de moradia, alimentação, saúde e convivência social, elas ainda ignoram a complexidade e o entrelaçamento dos fatores envolvidos no processo de institucionalização. Mesmo assim, essas instituições têm promovido modificações no ambiente físico e organizacional que podem favorecer o processo adaptativo do idoso. ([CORTELLETTI; CASARA; HEREDIA, 2004](#)). Foi no sentido de compreender tais fatores e a partir de tal compreensão elaborar atividades que atendessem a demanda das instituições envolvidas e dos seus sujeitos que foi implantado o projeto *Memória e envelhecimento humano: aspectos neuropsicológicos e estratégias preventivas*. Entretanto, após a implantação do projeto e da divulgação destes resultados, uma pergunta essencial ainda deve ser respondida: o projeto tem melhorado a qualidade de vida dos idosos?

A nossa resposta é: “ainda não sabemos”, apesar de observarmos mudanças significativas no comportamento, entre as quais maior interação social, melhoria na capacidade cognitiva e motora, melhoria na fluência verbal em alguns idosos que participaram ativamente das atividades propostas; ainda não podemos afirmar que tais mudanças ocorreram em função do projeto, considerando que essas poderiam ter ocorrido em função de outras variáveis. Enfim, a resposta a tal pergunta depende de mais pesquisas, com características transversais e longitudinais, o que nem sempre é possível, dado as características da população e o número de variáveis a serem consideradas.

## REFERÊNCIAS

[APA - American Psychiatric Association](#). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (DSM-IV). 4. ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994.

[CALDAS, C.P.](#) O idoso em processo demencial: o impacto na família. In: MINAYO, M. C. S.; COIMBRA, J. R. C. (Org.). *Antropologia, saúde e envelhecimento*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p. 51-71.

\_\_\_\_\_. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 773-781, 2003.

[CARVALHO, J.A.M.](#); [GARCIA, R.A.](#) O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 725-733, 2003.





[CARVALHO, J.A.M.; WONG, L.I.R.](#) A transição da estrutura etária da população brasileira na primeira metade do século XXI. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 597-605, 2008.

[CHAIMOWICZ, F.](#) A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 184-200, 1997.

[CHAIMOWICZ, F. A.; GRECO, D.B.](#) Dinâmica da institucionalização de idosos em Belo Horizonte, Brasil. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 33, n. 5, p. 454-460, 1999.

[CHARCHAT-FICHMAN, H.; CARAMELLI, P.; SAMESHIMA, K. et al.](#) Decline of cognitive capacity during aging. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, v. 27, n. 1, p. 79-82, 2005.

[COHEN, G.D.](#) *O cérebro no envelhecimento humano*. São Paulo: Andrei, 1995.

[CORTELLETTI, I.; CASARA, M.; HEREDIA, V.](#) *Idoso asilado: um estudo gerontológico*. Caxias do Sul: EducS, 2004.

[CREUTZBERG, M.; GONCALVES, L.H.T.; SOBOTKA, E.A.](#) Instituição de longa permanência para idosos: a imagem que permanece. *Texto Contexto – Enferm.*, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 273-279, 2008.

[CUPERTINO, A.P.](#) *Avaliação pós-ocupacional de instituições para idosos no Distrito Federal. 1996*. Dissertação (Mestrado) - Universidade de Brasília, Brasília, 1996.

[FOLSTEIN, M.F.; FOLSTEIN, S.E.; MCHUGH, P.R.](#) Mini-mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J. Psychiatric Res.*, n. 12, p. 189-198, 1975.

[FOUCAULT, M.](#) *Microfísica do poder*. 9. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1990.

\_\_\_\_\_. *O nascimento da clínica*. 5. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1998.

\_\_\_\_\_. *Vigiar e punir: história da violência nas prisões*. 23. ed. Petrópolis: Vozes, 2000.

[GARRIDO, R.; MENEZES, P.R.O.](#) Brasil está envelhecendo: boas e más notícias por uma perspectiva epidemiológica. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, São Paulo, n. 24, supl. I, p. 3-6, 2002.

[GERSHMAN, K.](#) *The little black book series: geriatria*. São Paulo: Tecmedd, 2008.

[GIATTI, L.; BARRETO, S.M.](#) Saúde, trabalho e envelhecimento no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 3, n. 19, p. 759-771, 2003.



- [GOFFMAN, E.](#) *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva, 1996.
- [GOLDSTEIN, K.](#) *The organism: a holistic approach to biology derived from pathological data in man*. New York: Zone Books, 2000.
- [GUIMARÃES, A.C.A.; SIMAS, J.P.N.; FARIAS, S.F.](#) O ambiente asilar e a qualidade de vida nos idosos. *A Terceira Idade*, São Paulo, v. 16, n. 33, p. 54-71, 2005.
- [HELENE, A.F.; XAVIER, G.F.](#) A construção da atenção a partir da memória. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, São Paulo, n. 25, supl. II, p. 12-20, 2003.
- [HOUAISS, A.; VILLAR, M. de S.](#) *Dicionário Houaiss da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.
- [IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.](#) *Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período 1980-2050: revisão 2004*. Rio de Janeiro, 2004.
- \_\_\_\_\_. Population projection of Brazil. *Social Communication*, Rio de Janeiro, n. 27, 2008
- [IZQUIERDO, I.](#) *Questões sobre a memória*. São Leopoldo: Unisinos, 2004.
- [KALACHE, A.; VERAS, R.P.; RAMOS, L.R.](#) O envelhecimento da população mundial - um desafio novo. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 200-210, 1987.
- [KATZ, S. et al.](#) Progress in the development of the index of ADL. *Gerontologist*, v. 10, p. 20-30, 1970.
- [LAWTON, M. P.; BRODY, E. M.](#) Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontology*, v. 9, p. 179-186, 1969.
- [OLIVEIRA, D.A.A.P.; GOMES, L.; OLIVEIRA, R.F.](#) Prevalência de depressão em idosos que freqüentam centros de convivência. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 735, 2006.
- [Organização Mundial de Saúde\(OMS\).](#) *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- [PAMERLEE, P.A.; KATZ, I.R.; LAWTON, M.P.](#) Depression among institutionalized aged: assessment and prevalence estimation. *Journal of Gerontology*, v. 44, p. 22-29, 1989..
- [PARADELA, E.M.P.; LOURENÇO, R.A.; VERAS, R.P.](#) Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 39, n. 6, p. 918-923, 2005.



[PAVARINI, S.C.I.](#) *Dependência comportamental na velhice: uma análise do cuidado prestado ao idoso institucionalizado.* Tese (Doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1996.

[PERLINI, N.M.O.G.; LEITE, M.T.; FURINI, A.C.](#) Em busca de uma instituição para a pessoa idosa morar: motivos apontados por familiares. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 41, n. 2, p. 229-236, 2007.

[RAMOS, L.R.; VERAS, R.; KALACHE, A.](#) A populational aging: a brazilian reality. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 211-240, 1987.

[REYS, B. N. et al .](#) Diagnóstico de demência, depressão e psicose em idosos por avaliação cognitiva breve. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v. 52, p. 401, 2006.

[ROSENZWEIG, M.R.](#) Experience, memory and the brain. *American Psychol.*, n. 39, p. 365-376, 1984.

[ROSENZWEIG, M.R.; BENNETT, E.](#) Psychobiology of plasticity: effects of training and experience on brain and behavior. *Behavioural Brain Research*, n. 78, p. 57-65, 1996.

[SILVA, J.C.](#) Velhos ou idosos? *A Terceira Idade*, v. 14, n. 26, p. 94-111, 2003.

[SQUIRE, L.R.; KANDEL, E.R.](#) *Memória: da mente às moléculas.* Porto: Porto Editora, 2002.

[SOARES, E.](#) Memória e envelhecimento: aspectos neuropsicológicos e estratégias preventivas. *Psicologia Portugal*, v. 1, p. 1-8, 2006.

[STUART-HAMILTON, I.](#) *A psicologia do envelhecimento: uma introdução.* Porto Alegre: Artmed, 2002.

[TOMASINI, S.L.V; ALVES, S.](#) Envelhecimento bem sucedido e o ambiente das instituições de longa permanência. *RBCEH*, v. 4, n. 1, p. 88-102, 2007.

[VERAS, R.](#) Fórum envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos. Introdução. *Cad. Saúde Pública*, v. 23, n. 10, p. 2463 - 2466, 2007.

[VERAS, R.P.; SOUZA, C.A.M.; CARDOSO, R.F. et al.](#) Research into elderly populations- The importance of the instrument and the training of the team: a methodological contribution. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 22, n. 6, p. 513-518, 1988..



[VERAS R.P.; COUTINHO, E.S.F.](#) Estudo de prevalência de depressão e síndrome cerebral orgânica na população de idosos, Brasil. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 209-217, 1991.

[YAMAMOTO, A.; DIOGO, M.J.D.](#) Os idosos e as instituições asilares do município de Campinas. *Rev. Latino Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 10, n. 5, p. 660-666, 2002.

[YESAVAGE J.A.; et al.](#) Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J. Psychiat. Res.*, n. 17, v. 1, p. 37-49, 1983.

[ZIMERMAN, G.I.](#) *Velhice*: aspectos biopsicossociais. Porto Alegre: Artmed, 2000.