

Diferenças no perfil de pessoas idosas institucionalizadas, em lista de espera e que não desejam institucionalização

Differences between the profiles of institutionalized elderly people and those on waiting lists and who do not want to be institutionalized

Andrea Mendes Araújo¹
Temístocles Bezerra de Sousa Neto¹
Ângelo José Gonçalves Bós²

ARTIGOS ORIGINAIS / ORIGINAL ARTICLES

Resumo

Objetivo: Identificar as características demográficas, socioambientais, econômicas, funcionais, de saúde e hábitos de vida das pessoas idosas quanto ao nível de institucionalização. **Método:** Estudo observacional transversal, realizado com residentes em instituições de longa permanência para idosos (grupo *residente*) em João Pessoa-PB, em lista de espera para institucionalização (grupo *espera*) e que não demonstraram interesse na institucionalização (grupo *não espera*). Foram entrevistados 50 componentes por grupo, pareados por sexo, idade e escolaridade. **Resultados:** O grupo *não espera* apresentou maior proporção de casados ($p < 0,0001$), número de filhos ($p = 0,0068$), residência própria ($p = 0,0060$) e menor dificuldade em sair de casa, desenvolvendo maior frequência de atividades. O grupo *espera* apresentou maior proporção de componentes residindo sozinhos ($p = 0,0089$), menor frequência e maiores dificuldades para sair de casa. Não existiu diferença significativa na capacidade funcional entre os três grupos ($p = 0,2019$). **Conclusão:** Houve diferenças entre os três grupos, com o grupo *espera* mantendo características mais aproximadas ao do grupo *residente*. As pessoas idosas em lista de espera representam um grupo social negligenciado na ótica das pesquisas, assim como na das políticas públicas.

Palavras-chave:

Envelhecimento; Idoso;
Família; Instituição de Longa
Permanência para Idosos;
Listas de Espera.

Abstract

Objective: To identify the demographic, environmental, economic, functional, and health characteristics and the lifestyle habits of elderly persons considering their degree of institutionalization. **Method:** A cross-sectional observational study was carried out of individuals in long-term care institutions for the elderly (*resident group*) in João Pessoa in the state of Paraíba, those on the waiting list (*waiting list group*) for such institutions, and those who did not demonstrate interest in being institutionalized (*non-waiting list group*). Fifty elderly persons per group were interviewed, paired by sex, age and education level. **Results:** The *non-waiting list group* had a higher proportion of married individuals ($p < 0.0001$), mean number of children ($p = 0.0068$), number of homeowners ($p = 0.0060$) and less

Key words: Aging; Elderly;
Family; Homes for the Aged;
Waiting Lists.

¹ Universidade Federal da Paraíba, Centro de Ciências da Saúde, Escola Técnica de Saúde. João Pessoa, PB, Brasil.

² Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Instituto de Geriatria e Gerontologia, Programa de Pós-graduação em Gerontologia Biomédica. Porto Alegre, RS, Brasil.

difficulty going out, with a higher frequency of activities. The *waiting list group* presented a higher proportion of individuals living alone ($p=0.0089$), and a lower frequency and more difficulty going out. There was no significant difference in the functional capacity of the three groups ($p=0.2019$). *Conclusion:* There were differences among the three groups; however, the *waiting list group* had much more similar characteristics to the *resident group* than the *non-waiting list group*. Elderly persons on waiting lists to be institutionalized represent a neglected social *group* both in terms of research and public policies.

INTRODUÇÃO

O processo de transição demográfica vem proporcionando alterações consideráveis no perfil de saúde da pessoa idosa, convivência maior com doenças crônicas e incapacidade funcional, favorecendo uma maior vulnerabilidade e dependência, aumentando os demandantes de cuidados em meio à diminuição de descendentes para cuidar. A família, que culturalmente é a provedora de cuidados, sofre transformações estruturais decorrentes da queda da natalidade (1,77 filho em média por mulher), das mudanças nos padrões de nupcialidade e do ingresso da mulher no mercado de trabalho.^{1,2}

Entre as alternativas para o cuidado não familiar da pessoa idosa, as mais antigas e conhecidas são as instituições asilares. Essa modalidade de cuidado sempre foi vista com resistência e preconceito, assemelhada a “depósitos de pessoas idosas” e à finitude da vida.³ No Brasil, os termos asilo, abrigo, casa de repouso e similares foram substituídos pelo termo Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI), expressão adotada pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG).

No processo de envelhecimento, destaca-se o aumento da demanda por ILPI, considerada uma alternativa de moradia,⁴⁻⁶ e assistência à saúde.⁷ A cobertura dessa modalidade de atendimento é baixa, talvez reflexo da imagem pejorativa que acompanha a institucionalização.⁸ Tem-se a concepção de que a pessoa idosa só reside em ILPI após ter esgotado todas as outras possibilidades de moradia e esta demanda sofrimento à pessoa idosa,⁹ realidade contestada quando se observam, no cotidiano das instituições, relatos dos residentes que apresentam satisfação na nova morada.¹⁰

Estudos sobre institucionalização das pessoas idosas deixam no anonimato dados referentes a uma parcela considerável dessa população, que aguarda vaga em lista de espera para residir em ILPI. Existem pontuais citações da sua existência,^{5,6} mas não foi encontrada, na literatura brasileira, a descrição dessa amostra.

Considerando as peculiaridades da pessoa idosa institucionalizada, a carência de estudos que abordem a parcela populacional em lista de espera e a possibilidade de se apontar características precursoras da institucionalização justificam o propósito desta pesquisa, uma vez que existe a necessidade de discutir e formular novos conceitos sobre a institucionalização da pessoa idosa no Brasil. Pretende-se apresentar à sociedade e às autoridades públicas dados provenientes de uma abordagem diferenciada dessa parcela da população idosa, com tendências a um crescimento vertiginoso.

Dentro desse panorama, o objetivo deste estudo foi identificar as características demográficas, socioambientais, econômicas, funcionais, de saúde e hábitos de vida das pessoas idosas, segundo o nível de institucionalização.

MÉTODO

Estudo observacional transversal analítico não probabilístico, realizado com pessoas idosas (idade ≥ 60 anos) na cidade de João Pessoa-PB.

Consideraram-se, neste estudo, níveis de institucionalização diferenciados em três grupos: pessoa idosa residente em ILPI, identificada como *residente*; que aguarda vaga em lista de espera para residir em ILPI, referida neste trabalho como *espera*; e a pessoa idosa que não está em lista de espera

e não demonstra interesse em residir em ILPI, nomeada grupo *não espera*.

Além dos critérios de inclusão por idade, escolaridade e funções cognitivas preservadas, adotados para os três grupos, foram utilizados critérios singulares: grupo *residente* – residisse em ILPI do município de João Pessoa há pelo menos seis meses; grupo *espera* – constasse em lista de espera, aguardando por vaga para residir em ILPI, no período de janeiro de 2010 a dezembro de 2012; e grupo *não espera* – não constasse em lista de espera para residir em ILPI, como também não demonstrasse interesse (o interesse independia do responsável pela decisão, fosse familiar ou a própria pessoa idosa).

Para o alcance dos propósitos desta pesquisa, adotaram-se estratégias que pudessem expressar a realidade dos grupos em estudo e minimizar a ocorrência de vieses. Assim sendo, foram admitidos os seguintes critérios de pareamento: mesmo sexo; mesma idade ou diferença máxima de três anos; mesma escolaridade ou variação de um ano de estudo, tendo como referência o grupo *espera*.

A população idosa que aguardava vaga em ILPI foi encontrada por meio da lista de espera obtida nas ILPIs da cidade de João Pessoa-PB. Foram localizadas 690 solicitações de vaga, dessas foi realizado contato telefônico com 409 registros (70 pessoas idosas solicitaram vaga em mais de uma instituição) e 58 autorizações para visita domiciliar, sendo que oito pessoas idosas não possuíam funções cognitivas preservadas para responder ao questionário da pesquisa.

O acesso às pessoas idosas do grupo *espera* foi realizado por meio do contato telefônico, no qual se explicava o objetivo do contato e, na ocorrência de cognição preservada do pretendente a vaga, solicitava-se autorização para visita domiciliar ao responsável e/ou à própria pessoa idosa.

O recrutamento do grupo *não espera* foi concomitante ao grupo *espera*. Para cada respondente desse grupo, localizava-se, na mesma rua ou bairro, o respondente do grupo *não espera* – que deveria apresentar características semelhantes

ao *espera*, conforme critério de pareamento. A princípio, era solicitada ao respondente do grupo *espera* indicação de outra pessoa idosa na mesma rua ou bairro. Na impossibilidade de encontrar com as informações do respondente, os entrevistadores procuravam sondando as residências. Não foi solicitado apoio às igrejas, associação de bairro ou qualquer outra entidade, para evitar vies na amostra.

Quanto ao grupo *residente* em ILPI, para cada 10 entrevistas na comunidade (cinco do grupo *não espera* + cinco do grupo *espera*), realizavam-se cinco entrevistas na ILPI para a qual o respondente do grupo *espera* havia solicitado a vaga. As pessoas idosas residentes foram localizadas por meio dos registros das instituições.

Na coleta dos dados, que ocorreu entre os meses de maio de 2012 e fevereiro de 2013, utilizaram-se os instrumentos: Miniexame do Estado Mental, para avaliar a função cognitiva, considerando ponte de corte 18 para as pessoas idosas não alfabetizadas e 24 para aquelas com um ou mais anos de estudo;¹¹ Escala de Katz, na avaliação da independência para o desempenho das Atividades de Vida Diária (AVDs), sendo a amostra classificada em dependente (0-4 pontos) e independente (5-6 pontos);¹² e um questionário elaborado pelos autores do estudo, contemplando os seguintes dados: demográficos (sexo, raça, idade, escolaridade), socioambientais (estado conjugal, número de filhos, tipo de residência, reside sozinho e motivos que levaram ou levariam a residir em uma ILPI), econômicos (renda e participação econômica na renda familiar), hábitos de vida (atividades desenvolvidas, frequência que sai de casa e número de refeições diárias) e clínicos (presença de doenças crônicas-degenerativas ou comprometimentos com a saúde).

Previamente à coleta de dados, foi realizado um estudo piloto, visando ao ajuste dos instrumentos de avaliação e à operacionalização para a fase da coleta. Participaram seis pessoas idosas, sendo dois respondentes para cada grupo, representativos das populações a ser estudadas (*residente, espera e não espera*), que não foram incluídos na pesquisa.

Os dados foram organizados em um banco de dados no programa *Epi Info* versão 3.5.3, no qual foram analisados por meio da estatística descritiva e analítica, com os resultados distribuídos em tabelas.

Para a análise dos dados, inicialmente foram caracterizados os grupos de estudo pelas variáveis demográficas, socioambientais, econômicas, funcionais, de saúde e hábitos de vida. Esses foram tabulados e distribuídos por meio de frequência e percentuais, para os três grupos de pesquisa, dispostos em tabelas, exceto para as variáveis: idade, escolaridade, frequência que sai de casa e número de filhos, que tiveram suas médias calculadas e comparadas entre os grupos. As possíveis diferenças nas frequências e nas médias foram verificadas com os testes Qui-quadrado e ANOVA (análise da variância), respectivamente. Quando a variância de cada grupo não foi homogênea para o mesmo teste, utilizou-se o não paramétrico Kruskal-Wallis, para medir a possível diferença entre os grupos.

A homogeneidade das variâncias de variáveis numéricas foi observada pelo teste de Bartlett. Quando esse foi significativo ($p < 0,05$), o Kruskal-Wallis foi utilizado no lugar da ANOVA. Ao contrário da ANOVA, que testa a diferença entre as médias, o teste de Kruskal-Wallis verifica se as amostras provêm de uma mesma distribuição.

Os testes que obtiveram um $p < 0,05$ foram considerados significativos (um erro tipo alfa de 5%).

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS/UFPB, nº do parecer 17.123, de 02/05/2012. Todos os participantes do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

Fizeram parte deste estudo 150 pessoas idosas, igualmente distribuídas segundo nível de institucionalização em três grupos: *residente* (50), *espera* (50) e *não espera* (50). A tabela 1 descreve os critérios de pareamento: 100% dos respondentes do grupo *residente* e 92% dos grupos *espera* e *não espera* ($p = 0,1209$) foram localizados na cidade de João Pessoa-PB; 76% ($p = 1,0000$) eram do sexo feminino nos três grupos; com média de idade entre os grupos variando no máximo em 2,5 anos ($p = 0,2166$) e os anos de estudo variando entre 6,3 no *residente* e 7,2 no *não residente* ($p = 0,7002$). Não houve diferença estatística entre os grupos para essas variáveis, haja vista que foram utilizados critérios de pareamento na seleção da amostra.

Tabela 1. Distribuição das pessoas idosas quanto aos critérios de pareamento. João Pessoa, PB, 2012-2013.

Variáveis	Grupos			p
	Residente (n=50)	Espera (n=50)	Não espera (n=50)	
Cidade				
João Pessoa	50(100,0%)	46(92,0%)	46(92,0%)	0,1209
Sexo				
Feminino	38(76,0%)	38(76,0%)	38(76,0%)	1,0000
Masculino	12(33,3%)	12(33,3%)	12(33,3%)	
Idade*	78,5(±7,51)	76,4(±8,49)	76,0(±7,19)	0,2166
Anos de estudo*	6,3(±4,77)	6,8(±5,64)	7,2(±4,91)	0,7002

*Média e desvio-padrão.

A tabela 2 descreve a distribuição das pessoas idosas quanto às características demográficas e econômicas, de acordo com o grupo. No grupo *residente*, 52% eram da cor branca, 60% e 56% da cor parda para os grupos *espera* e *não espera*, respectivamente. Quanto à renda mensal, houve um indicativo de significância na distribuição dos níveis de renda entre os três grupos ($p=0,0882$). A maioria do grupo *residente* possuía renda de até

um salário mínimo, e o grupo *espera* foi o que apresentou a maior proporção de pessoas idosas com renda mensal de três salários mínimos ou mais. Quanto à participação econômica na renda familiar, 56% do grupo *espera* e 70% do grupo *não espera* apresentaram-se como maior ou único responsável pelo provimento do recurso. O grupo *residente* não foi questionado quanto à participação na renda familiar.

Tabela 2. Distribuição das pessoas idosas quanto às características demográficas e econômicas de acordo com o grupo. João Pessoa, PB, 2012-2013.

Características	Grupos			Todos	<i>p</i>	
	Residente (n=50)	Espera (n=50)	Não espera (n=50)		Espera/ Residente	Espera/ Não espera
Cor da pele						
Amarela	0(0,0%)	2(4,0%)	2(4,0%)	0,3138	0,1357	0,9338
Branca	26(52,0%)	17(34,0%)	18(36,0%)			
Parda	24(48,0%)	30(60,0%)	28(56,0%)			
Preta	0(0,0%)	1(2,0%)	2(4,0%)			
Renda idoso						
Até 1 SM	31(62,0%)	22(44,0%)	22(44,0%)	0,0882*	0,0986	0,4902
>1 a 2 SM	14(28,0%)	13(26,0%)	18(36,0%)			
3 SM ou mais	5(10,0%)	15(30,0%)	10(20,0%)			
Participação econômica na renda familiar						
Sem participação ou divide responsabilidade	–	22(44,0%)	15(30,0%)	–	–	0,1470
Maior responsável ou único responsável	–	28(56,0%)	35(70,0%)			

*Teste Kruskal-Wallis; SM= salário mínimo.

A tabela 3 apresenta a distribuição das pessoas idosas quanto às características socioambientais, de acordo com o grupo. Na descrição do estado civil, observou-se uma maior frequência de solteiros e viúvos nos grupos *residente* e *espera*, e para o grupo *não espera* a maior parte foi representada pelos viúvos e casados ($p<0,0001$).

Quanto ao número de filhos, a maioria dos respondentes do grupo *residente* não tinha filhos.

A maior parte do grupo *espera* tinha de um a três filhos, e do grupo *não espera*, uma frequência maior foi observada para quatro ou mais filhos ($p<0,0001$). Ao selecionar os grupos *espera* e *não espera*, foram encontradas diferenças significativas referentes às variáveis *estado civil* ($p=0,0003$) e *número de filhos* ($p=0,0068$).

O fato de residir em casa própria foi representado pela maioria dos respondentes,

72% do grupo *espera* e *não espera*. Quanto ao grupo *residente*, todos residiam em ILPI, portanto, não própria ($p < 0,0001$). Quanto a morar sozinho, a maioria do grupo *espera* e a grande maioria do grupo *residente* referiu não morar sozinho. Essa alternativa também foi citada por todos do grupo *residente* ($p < 0,0001$).

Os motivos apresentados para residir numa ILPI, apontados pelos grupos *residente* e *espera*, e os prováveis motivos elencados pelo *não espera*, que levariam a solicitar vaga para residir em uma ILPI, citados com maior frequência foram: falta de cuidador ($p = 0,0003$) e solicitação da família

($p = 0,0158$). O motivo opção própria e falta de cuidador foi escolhido na maioria das vezes pelos grupos *residente* e *espera*, não havendo diferença estatística entre esses dois grupos. Quanto a ficar sozinho por muito tempo, foi citado em sua maioria pelo grupo *residente*. Foi observada diferença significativa entre os três grupos ($p < 0,0001$).

Ao selecionar os grupos *residente* e *espera*, notou-se diferença significativa para o motivo ficar sozinho por muito tempo ($p = 0,0003$). E na seleção dos grupos *espera* e *não espera*, essa diferença foi encontrada em todos os motivos, exceto em morar sozinho (tabela 3).

Tabela 3. Distribuição das pessoas idosas quanto às características socioambientais de acordo com o grupo. João Pessoa, PB, 2012-2013.

Características	Grupos			Todos	<i>p</i>	
	Residente (n=50)	Espera (n=50)	Não espera (n=50)		Espera/ Residente	Espera/ Não espera
Estado civil						
Casado	2(4,0%)	3(6,0%)	21(42,0%)			
Divorciado	8(16,0%)	12(24,0%)	2(4,0%)	<0,0001	0,6232	0,0003
Solteiro	25(50,0%)	17(33,3%)	9(18,0%)			
Viúvo	15(30,0%)	18(36,0%)	18(36,0%)			
Número de filhos						
Nenhum	26(52,0%)	16(32,0%)	11(22,0%)			
1-3	18(36,0%)	24(48,0%)	14(28,0%)	0,0001	0,1201	0,0068
4 ou mais	6(12,0%)	10(20,0%)	25(50,0%)			
Tipo de residência						
Não própria	50(100,0%)	32(64,0%)	14(28,0%)	<0,0001	<0,0001	0,0060
Própria	0(0,0%)	18(36,0%)	36(72,0%)			
Reside sozinho						
Não	50(100,0%)	33(66,0%)	44(88,0%)	<0,0001	<0,0001	0,0089
Sim	0(0,0%)	17(34,0%)	6(12,0%)			
Motivos p/ residir em uma ILPI						
Falta de cuidador	20(40,0%)	24(48,0%)	6(12,0%)	0,0003	0,4203	<0,0001
Nenhum motivo	0(0,0%)	0(0,0%)	38(76,0%)	<0,0001	--	<0,0001
Opção própria	29(58,0%)	26(52,0%)	1(1,8%)	<0,0001	0,5464	<0,0001
Solicitação da família	12(24,0%)	17(34,0%)	5(10,0%)	0,0158	0,2705	0,0037
Sozinho	26(52,0%)	9(18,0%)	3(6,0%)	<0,0001	0,0003	0,0648

$p < 0,05$ = significativo.

Na tabela 4 encontra-se a distribuição das pessoas idosas quanto aos aspectos de saúde e hábitos de vida, de acordo com o grupo. As doenças mais relatadas pelos respondentes dos três grupos foram: artrose ($p=0,9704$), depressão ($p=0,4642$) e osteoporose ($p=0,4386$), problemas intestinais ($p=0,0282$), e em sua maioria a hipertensão arterial ($p=0,3397$), também citada pelos três grupos. Quanto a problemas nos olhos ($p=0,0287$), foi uma das opções da maioria dos entrevistados do grupo *espera*.

Na seleção dos grupos *espera* e *residente*, a diferença estatisticamente significativa foi observada em problemas intestinais ($p=0,0252$) e problemas nos olhos ($p=0,0163$), enquanto na seleção dos grupos *espera* e *não espera*, essa diferença foi identificada em problemas nos olhos ($p=0,0275$).

No grupo *residente*, quase todos os respondentes referiram fazer quatro refeições ou mais por dia, assim como a grande maioria do grupo *não espera* e a maioria do *espera* ($p=0,0184$). A diferença estatística manteve-se na seleção dos grupos *espera* e *residente* ($p=0,0029$).

A tabela 4 descreve a frequência com que a pessoa idosa sai de casa em quantidade de vezes por semana, apresentando médias e desvio-padrão de: $1,9(\pm 8,40)$ para o grupo *residente*; $5,6(\pm 11,16)$

para o grupo *espera* e $17,7(\pm 16,14)$ para o grupo *não espera* ($p<0,0001$). Diferença estatisticamente significativa também foi observada para essa variável entre os grupos *espera* e *não espera* ($p=0,0009$). Dentre as dificuldades apresentadas para sair de casa, as que apresentaram significância estatística para os três grupos foram: dificuldade de locomoção ($p=0,0029$), falta de companhia ($p<0,0001$) e dificuldade com transporte público ($p=0,0175$).

Foram encontradas diferenças estatísticas nas atividades desenvolvidas atualmente pelos respondentes dos três grupos: atividade religiosa ($p=0,0140$), atividade de lazer ($p<0,0001$) e atividade doméstica ($p=0,0003$) mostraram-se significantes; assim como na seleção dos grupos, exceto a atividade doméstica para os grupos *espera* e *residente* ($p=0,8399$), conforme tabela 4.

A tabela 5 mostra a distribuição das pessoas idosas quanto às características funcionais e ao grupo pesquisado. A funcionalidade da pessoa idosa foi avaliada por meio da Escala de Katz, na qual a independência para desenvolver as AVDs representou a grande maioria das pessoas idosas do grupo *residente* e em quase todos os participantes dos grupos *espera* e *não espera*, não existindo diferença estatisticamente significativa entre os grupos ($p=0,2019$).

Tabela 4. Distribuição das pessoas idosas quanto aos aspectos de saúde e hábitos de vida de acordo com o grupo. João Pessoa, PB, 2012-2013.

Características	Grupos			Todos	<i>p</i>	
	Residente (n=50)	Espera (n=50)	Não espera (n=50)		Espera/ Residente	Espera/ Não espera
Número de refeições diárias						
Menos de quatro	4(8,0%)	15(30,0%)	9(18,0%)	0,0184	0,0029	0,3310
Quatro ou mais	46(92,0%)	35(70,0%)	41(82,0%)			
Atividades desenvolvidas						
Atividade religiosa	23(46,0%)	13(26,0%)	27(54,0%)	0,0140	0,0372	0,0042
Atividade de lazer	36(72,0%)	9(18,0%)	32(64,0%)	<0,0001	<0,0001	<0,0001
Atividade doméstica	22(44,0%)	21(42,0%)	39(78,0%)	0,0003	0,8399	0,0002
Frequência que sai de casa*	1,9(±8,40)	5,6(±11,16)	17,7(±16,14)	<0,0001	0,1370	0,0009
Dificuldades para sair de casa						
Dificuldade de locomoção	23(46,0%)	33(66,0%)	16(32,0%)	0,0029	0,0439	0,0006
Falta de companhia	29(58,0%)	17(34,0%)	4(8,0%)	<0,0001	0,0160	0,0014
Dificuldade com transporte público	6(12,0%)	10(20,0%)	1(2,0%)	0,0175	0,2752	0,0040
Não observa dificuldade	8(16,0%)	10(20,0%)	21(42,0%)	0,0061	0,6026	0,0173
Doenças						
Artrose	17(34,0%)	16(32,0%)	17(34,0%)	0,9704	0,8315	0,8315
Depressão	14(28,0%)	13(26,0%)	9(18,0%)	0,4642	0,8217	0,3342
Diabetes	8(16,0%)	6(12,0%)	5(10,0%)	0,6558	0,5643	0,7492
Hipertensão	36(72,0%)	32(64,0%)	29(58,0%)	0,3397	0,3911	0,5385
Osteoporose	14(28,0%)	20(40,0%)	18(36,0%)	0,4386	0,2052	0,6803
Problemas intestinais	2(4,0%)	9(18,0%)	11(22,0%)	0,0282	0,0252	0,6170
Problemas nos olhos	20(40,0%)	32(64,0%)	21(42,0%)	0,0287	0,0163	0,0275

p<0,05= significativo; *média e desvio-padrão.

Tabela 5. Distribuição das pessoas idosas quanto às características funcionais por meio da avaliação das atividades de vida diária (AVDs) de acordo com os grupos. João Pessoa, PB, 2012-2013.

AVD	Grupos			<i>p</i>
	Residente (n=50)	Espera (n=50)	Não espera (n=50)	
Dependência	7(14,0%)	4(8,0%)	2(4,0%)	0,2019
Independência	43(86,0%)	46(92,0%)	48(96,0%)	

DISCUSSÃO

O estudo contemplou grupos de pessoas idosas inseridas em diferentes contextos sociais. As mulheres foram predominantes, corroborando os achados de outros estudos que descreveram aspectos demográficos da população idosa institucionalizada e não institucionalizada.^{6,8,13-17} A proporção de mulheres em lista de *espera* antes dos critérios de exclusão adotados por essa pesquisa foi de 64%, maior do que a proporção na população idosa feminina brasileira, que é de 55,8%,¹⁷ refletindo aspectos culturais e de arranjos familiares. Culturalmente, as mulheres estão mais envolvidas com o cuidado, são as que mais frequentam Unidades de Saúde da Família¹⁸ e também as que menos constituem uma segunda família após o divórcio/separação ou viuvez. Por se tratar de um estudo inédito na abordagem do perfil das pessoas idosas em lista de espera para ILPI, não se dispõe de dados de outras pesquisas para possíveis comparações.

Observou-se, entre os critérios de exclusão adotados por esta pesquisa, uma proporção maior de homens que recusaram a participar deste estudo, levando-se a supor que a necessidade de vaga em ILPI pelos homens surge predominantemente quando se esgotam as possibilidades de residência extrainstituição, situação não notada tanto nas mulheres. Essas demonstraram, durante as entrevistas, maior preocupação com os cuidados futuros, pela predisposição à viuvez e/ou não casamento ou por estarem solteiras, divergindo dos homens, que têm mais facilidade para casamento e recasamento.

Outro fator importante e destacado nas entrevistas realizadas foi a preocupação expressada pelas mulheres em não sobrecarregar os filhos, ser um obstáculo para a ascensão familiar e profissional dos mesmos. A viuvez e o não querer dar trabalho aos familiares estão entre os motivos para a institucionalização da pessoa idosa.¹⁹ Herédia et al.²⁰ relatam o desejo da pessoa idosa em não ocupar os filhos.

A média de idade não apresentou diferença significativa entre os três grupos. A maior média foi observada no grupo das pessoas idosas

institucionalizadas, legitimando pesquisas.^{13,14,21-23} Embora houvesse um pareamento, existiu dificuldade na identificação de participantes com idades próximas ao grupo *espera*, principalmente entre os *residentes*. Esse contexto mostra que a busca pela ILPI ocorre de forma precoce. Em algumas entrevistas, observou-se a preocupação em garantir uma vaga antes das evidências de incapacidades, demonstrando receios com o provimento de cuidados futuros.

A escolaridade correspondeu ao terceiro e último critério adotado para o pareamento da amostra, e foi observada uma média de anos de estudo do *residente* em ILPI inferior ao da pessoa idosa na comunidade (*espera e não espera*), não representando significância estatística ($p=0,7002$). Oliveira & Novaes,²¹ em pesquisa realizada com pessoas idosas residentes em ILPI de Brasília, descreveram uma média de sete anos de estudos. Outros achados mostraram médias inferiores a essa, correspondendo à maioria das pesquisas.^{6,13,14,16} Segundo Mincato & Freitas,⁶ esse fato talvez seja reflexo de períodos de menor oferta de programas educacionais e maior exclusão no acesso à educação básica, principalmente entre as mulheres.

O Ministério da Educação, desde 2003, por meio do programa “Brasil Alfabetizado”, objetiva promover a superação do analfabetismo e contribuir para a universalização do ensino fundamental no Brasil, e as pessoas idosas também são beneficiárias dele.²³ No entanto, não se tem conhecimento das ações desse programa beneficiando residentes de ILPI. Acredita-se que o motivo esteja na imagem negativa que se tem desses serviços, como *habitat* de pessoas idosas incapacitadas física e psicologicamente.

Em relação às outras variáveis que descreveram os grupos estudados, tem-se a renda mensal de até um salário mínimo declarada pela amostra nos três grupos, sendo correspondente à realidade da maioria das pessoas idosas, de acordo com estatística brasileira.²⁴ Outros estudos que descreveram pessoas idosas institucionalizadas também citaram a baixa renda encontrada na maioria dos residentes.^{16,25,26}

Merece destaque o significativo número de pessoas idosas do grupo *espera* que recebia três

salários mínimos ou mais. Comparando-se com o grupo *residente*, verificou-se um aumento de pessoas em melhores condições financeiras optando pela residência em ILPI.

Segundo Camarano & Mello,²⁷ essa população vivencia momentos de profundas transformações no contexto familiar: aumento da violência, principalmente contra a pessoa idosa, pela fragilidade inerente ao processo de envelhecimento e pela falta de organização de serviços adequados para atender às demandas da longevidade na própria comunidade. Isso leva as pessoas, mesmo as que poderiam pagar cuidador formal em domicílio, a procurar uma ILPI, por ofertar cuidados formais, tranquilidade (longe dos conflitos familiares) e segurança.

No que se refere à participação econômica na renda familiar, a maioria das pessoas idosas do grupo *não espera* tinha assumido papel de maior ou único provedor das despesas domésticas. Conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2009, a pessoa idosa ocupava posição econômica de referência em 64,1% dos domicílios do país.¹⁷ Também foi encontrado no referido grupo o maior número de pessoas idosas residindo em casa própria, com diferença significativa.

Diferenças estatísticas foram verificadas também no estado civil dos grupos, pessoas idosas divorciadas/separadas, solteiras e viúvas. Essas diferenças foram predominantes nos grupos *residente* e *espera*, achados ratificados por estudos com pessoas idosas institucionalizadas.^{6,8,13}

Na comparação dos grupos *espera* e *não espera*, verificou-se o maior número de participantes casados no grupo *não espera*, que sai de casa com mais frequência e um maior quantitativo de filhos (quatro ou mais). Supõe-se que o fato de ser casado e ter mais descendentes para cuidar gera, na pessoa idosa, o conforto de ter suas necessidades de cuidados futuros assistidos na própria família e essas atividades serem divididas entre os membros. Além disso, conforme referem Duca et al.,¹³ a presença do cônjuge para as atividades diárias e de relações sociais contribui para melhorias na autoestima e autonomia da pessoa idosa.

A presença de casados entre os *residentes*, embora em pequeno número, se deve ao fato de ambos os cônjuges estarem vivendo na instituição, mas em quartos e alas separadas, pois as instituições apresentam alas femininas e masculinas, mostrando não estarem preparadas para essa situação. O mesmo fenômeno foi observado no grupo *espera*, onde existiam casais em lista de espera cientes e em conformidade com as regras institucionais.

Os achados referentes à quantidade de filhos do grupo *espera* diferem do perfil dos *residentes*, uma vez que não ter filhos é mais frequente na população idosa institucionalizada. Existe uma preocupação da pessoa idosa em não sobrecarregar os familiares, não ser um “estorvo” diante das exigências da vida moderna. Para ratificar esse fato, a solicitação da vaga na ILPI, por opção própria, foi feita pela maioria dos respondentes entre o grupo *espera*. Também mostra a preocupação da pessoa idosa com os cuidados futuros e a busca de melhorias na situação em que se encontra. Rodrigues,¹⁹ na dissertação intitulada: *A satisfação com a vida de idosos institucionalizados*, faz referência à preocupação da pessoa idosa em não sobrecarregar os familiares.

O motivo *falta de cuidador* foi um dos mais citados entre os respondentes do grupo *residente*, conforme encontrado em outras pesquisas.^{20,28} Também esse motivo faria os respondentes do grupo *não espera* solicitar vaga em ILPI, assim como representou a maior parte dos motivos citados pelos respondentes do grupo *espera*. A oferta de capacitação para cuidadores de idosos faz parte da agenda do Ministério da Saúde, a que prioriza o cuidado domiciliar, sugerindo que este seja ofertado por familiares, amigos próximos ou vizinhos.²⁷

Além da capacitação, a complexidade dos cuidados e a sobrecarga psíquica do cuidador requerem diferentes estratégias, como: acompanhamento, apoio das Unidades de Saúde da Família, Núcleos de Apoio à Saúde da Família, escalas de folgas, entre outros incentivos que possam favorecer o cuidado domiciliar.

Sobre as Estratégias de Saúde da Família (ESF), segundo Camarano & Mello,²⁷ embora sejam consideradas uma das primeiras políticas

públicas de suporte à família vulnerável, não se tem conhecimento de diretrizes específicas para o atendimento à pessoa idosa e muito menos para o atendimento institucional.

De acordo com o Estatuto do Idoso (art. 18), as instituições de saúde devem atender aos critérios mínimos para o atendimento às necessidades das pessoas idosas, promovendo o treinamento e a capacitação dos profissionais, assim como orientação a cuidadores familiares e grupos de autoajuda.²⁹ As equipes de saúde são consideradas importante estratégia na promoção da saúde e prevenção de doenças, assim como na orientação dos cuidados domiciliares, suas ações devem ir além da promoção de envelhecimento ativo e saudável.

No grupo *espera*, a maioria dos respondentes não residia sozinho, porém, é necessário pontuar o número significativo desse grupo que residia sozinho, praticamente o triplo das pessoas idosas do grupo *não espera* que se encontravam na mesma condição. Estudos apontam o fato de morar sozinho como um dos motivos para a institucionalização.^{13,15,20,25}

Em relação às atividades realizadas pela pessoa idosa, atentou-se para uma semelhança no perfil dos grupos *residente* e *não espera*, com maior número de pessoas idosas realizando atividades religiosas, de lazer e domésticas, o que difere significativamente do grupo *espera*. Segundo Duca et al.,³⁰ a inatividade contribui para comprometimentos físicos e psíquicos e, conseqüentemente, acelera a necessidade de cuidados de longa duração. Dias et al.³¹ enfatizam a necessidade de se associar atividades ao desejo e à capacidade de cada pessoa, para que possam ser mais prazerosas e saudáveis.

À medida que a pessoa envelhece, muitas das tarefas consideradas de fácil execução vão, gradativamente, apresentando níveis de dificuldades para sua realização,³⁰ e as condições ambientais dificilmente estão apropriadas ao desempenho de atividades seguras, para essa fase da vida. O simples fato de sair de casa pode proporcionar na pessoa idosa sofrimento promovido pelo grau de dificuldade que essa atividade pode apresentar. Os obstáculos mais citados pelos respondentes do

grupo *espera* para sair de casa foram: dificuldade de locomoção, falta de segurança e falta de companhia. Já uma grande parte do grupo *não espera* não relatou dificuldades. A justificativa pode estar na rede de apoio que tem esse grupo.

Uma prática alimentar considerada mais saudável, com quatro ou mais refeições diárias, foi uma característica comum aos grupos *residente* e *não espera*, sendo estatisticamente significativa a diferença nos três grupos e na comparação das frequências entre os grupos *espera* e *residente*, para a referida variável. Provavelmente, estejam relacionadas aos cuidados oferecidos às pessoas idosas do grupo *residente* pela ILPI e às do *não espera* pela família, que se mostrou mais estruturada. Segundo Camarano & Kanso,¹ o cuidado familiar é fundamental para o bem-estar da pessoa idosa.

O envelhecimento está associado ao aparecimento de doenças crônicas, as chances são maiores com o aumento da idade. Em pessoas com 75 anos ou mais, a probabilidade de apresentar doenças é de 54%, segundo dados do IBGE.¹⁷ Para Veras,³² as doenças crônicas não transmissíveis constituem um sério problema de saúde pública e seu aumento está relacionado à maior expectativa de vida, a mudanças dos hábitos alimentares e ao aumento do sedentarismo e do estresse.

Entre as principais doenças crônicas que acometem a pessoa idosa brasileira, a hipertensão é a mais prevalente, atingindo 58,9% dos homens e 66,6% das mulheres; outras citadas pelo IBGE foram: artrite ou reumatismo, problemas na coluna, diabetes e doenças cardíacas.¹⁷ Esses dados nacionais corroboram parte dos achados comuns aos três grupos pesquisados, que referiram: hipertensão, osteoporose, artrose e diabetes. A depressão foi mais citada pelos grupos *residente* e *espera*, sendo considerada um dos transtornos mais comuns na pessoa idosa.²² Para Hoffman et al.,³³ a incapacidade funcional está fortemente associada à ocorrência dessa doença, podendo afetar significativamente sua qualidade de vida.

Quanto à capacidade funcional entre os grupos, a grande maioria dos respondentes nos três grupos apresentou independência para as atividades cotidianas básicas, avaliadas por meio da Escala

de Katz. Não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos.

Contudo, faz-se mister citar que, entre os respondentes com incapacidade funcional, o grupo *residente* apresentou maior percentagem, corroborando estudos que apresentam a pessoa idosa institucionalizada com comprometimento da capacidade funcional, sendo geralmente atribuída à inatividade física, idade mais avançada³⁰ e tempo de institucionalização.³⁴

Entre as dificuldades para a realização das AVDs, as mais referidas foram: tomar banho, vestir-se e incontinência, pelos respondentes dos grupos *espera* e *residente*. Estudos citam o banho e vestir-se como as atividades que mais apresentam dificuldades de serem desempenhadas entre as pessoas idosas institucionalizadas.³⁴

As pessoas entrevistadas no grupo *residente* talvez não tenham sido representativas de todos os residentes das instituições pesquisadas. O pareamento utilizado fez com que fossem escolhidos residentes mais jovens e com menor comprometimento cognitivo, conseqüentemente menos dependentes do que o observado durante as visitas às instituições.

Oliveira & Novaes,²¹ em pesquisa realizada com 154 pessoas idosas institucionalizadas no Distrito Federal, por meio da seleção de dois grupos com e sem discernimento, identificaram que 83,2% dos respondentes com discernimento apresentaram independência para realizar as atividades básicas diárias. No presente estudo, o grupo *residente* apresentou uma percentagem da capacidade funcional um pouco maior (86,0%).

O número de pessoas idosas em lista de espera na cidade de João Pessoa-PB é maior do que o apresentado nesta pesquisa, visto que a maioria das ILPIs não mantinha registro fidedigno ao quantitativo. Diariamente, recebiam muitas solicitações e não tinham como dar retorno a essas pessoas que procuravam ajuda. Dos 50 respondentes da lista de espera, apenas três conseguiram uma vaga na instituição até outubro de 2013. Em contato posterior com essas três

pessoas, pôde-se identificar uma mudança evidente no grau de felicidade por elas manifestado.

Como limitação do estudo, identificou-se viés de seleção que impossibilitou a análise de possíveis diferenças na capacidade funcional entre os três grupos. A capacidade funcional não foi um fator de exclusão adotado no estudo, mas foi necessário que os participantes tivessem condições cognitivas de responder os questionários propostos. Esse critério fez com que houvesse um importante viés de seleção quanto à capacidade funcional na amostra dos participantes do grupo *espera* e, por conseguinte, do grupo *residente*.

Foram observadas também dificuldades para o acesso à pessoa idosa do grupo *espera*, tais como: registro de solicitação de vaga em ILPI desatualizado (justificativa – não dar falsas esperanças, pois a lista já era extensa); telefones desligados ou inexistentes; números desconhecidos; familiares que recusaram falar do assunto; pessoas idosas e/ou familiares que recusaram receber visita; familiares que negaram a solicitação da vaga e óbito.

CONCLUSÃO

Os três grupos apresentaram diferenças significativas em muitas das características comparadas. O grupo *espera* manteve valores mais aproximados ao do grupo *residente*. No entanto, o grupo *espera*, em comparação com o grupo *residente*, apresentou maior dificuldade de locomoção, falta de companhia para sair de casa e menor frequência de atividades de lazer. Não se pode determinar, com o desenho proposto, se a institucionalização pode ou não modificar as diferenças nessas características. Observa-se, também, no grupo *não espera* uma maior proporção de casados, número de filhos, proporção de residência própria e menor proporção de residentes sozinhos.

As pessoas que aguardavam vaga para residir em uma instituição de longa permanência para pessoas idosas representaram um grupo social negligenciado na ótica das pesquisas, assim como na das políticas públicas. A Política Nacional do

Idoso (Lei nº 8.842/1994) instituiu serviços que até poderiam atenuar esse sofrimento, a exemplo de residência em casa-lar, residência em república, atendimento em centro-dia e atendimento em centro de convivência.³⁵ No entanto, existe a necessidade de esses serviços serem efetuados no cotidiano da população idosa. Além de uma política estruturada para esses programas, não

só em termos de fiscalização, como também de suporte técnico e de financiamento apropriado, há a necessidade da integração de diferentes setores da sociedade para consolidar essas ações. Um exemplo da deficiência na implementação desses serviços é a existência de apenas dois centros de convivência para atender uma população superior a 74 mil pessoas idosas.¹⁷

REFERÊNCIAS

1. Camarano AA, Kanso S. Como as famílias brasileiras estão lidando com idosos que demandam cuidados e quais as perspectivas futuras?: a visão mostrada pelas PNADS. In: Camarano AA. Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido? Rio de Janeiro: IPEA; 2010. p. 93-122.
2. Carvalho JAM, Garcia RA. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. *Cad Saúde Pública* 2003;19(3):725-33.
3. Camarano AA, Scharfstein EA. Instituição de longa permanência para idosos: abrigo ou retiro? In: Camarano, AA, organizador. Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido? Rio de Janeiro: IPEA; 2010. p. 163-86.
4. Pollo SHL, Assis M. Instituições de longa permanência para idosos – ILPIs: desafios e alternativas no município do Rio de Janeiro. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2008;11(1):29-43.
5. Polaro SHI, Fideralino JCT, Nunes PAO, Feitosa ES, Gonçalves LHT. Idosos residentes em instituições de longa permanência para idosos da região metropolitana de Belém-PA. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2012;15(4):777-84.
6. Mincato PC, Freitas CLR. Qualidade de vida dos idosos residentes em instituições asilares da cidade de Caxias do Sul-RS. *Rev Bras Ciênc Envelh Hum* 2007;4(1):127-38.
7. Oliveira ERA, Gomes MJ, Paiva KM. Institucionalização e qualidade de vida de idosos da região metropolitana de Vitória-ES. *Esc Anna Nery Enferm* 2011;15(3):518-23.
8. Alencar MA, Bruck NNS, Pereira BC, Câmara TMM, Almeida RDS. Perfil dos idosos residentes em uma instituição de longa permanência. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2012;15(4):785-96.
9. Rissardo LK, Furlan MCR, Grandizolli G, Marcon SS, Carreira L. Sentimentos de residir em uma instituição de longa permanência: percepção de idosos asilados. *Rev Enferm UERJ* 2012; 20(3):380-5.
10. Carli L, Kolankiewicz ACB, Loro MM, Piovesan CLSR. Sentimentos e percepções de idosos residentes em uma instituição asilar. *Rev Pesqui Cuid Fundam* [Internet] 2012 [acesso em 4 mar. 2014];4(2):2868-77. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1726/pdf_509
11. Lourenço RA, Veras RP. Mini-exame do estado mental: características psicométricas em idosos ambulatoriais. *Rev Saúde Pública* 2006;40(4):712-9.
12. Barrantes-Monge M, Garcia-Mayo EJ, Gutierrez-Robledo LM, Miguel JA. Dependencia funcional y enfermedades crônicas em ancianos mexicanos. *Salud Publica Méx* 2007;49(Supl 4):459-66.
13. Duca GFD, Silva SG, Thumé E, Santos IS, Hallal PC. Indicadores da institucionalização de idosos: estudos de casos e controles. *Rev Saúde Pública* 2012;46(1):147-53.
14. Grundy E, Jitlal M. Socio-demographic variations in moves to institutional care 1991-2001: a record linkage study from England and Wales. *Age Ageing* 2007;36(4):424-30.
15. Terra LT, Bós AJG, Bonardi G, Dickel CCM, Mohr CC, Mallmann L, et al. Diferenças biopsicossociais entre idosos de instituição asilar particular e filantrópica da cidade de Porto Alegre. *Sci Med* 2009;19(1):3-10.
16. Ângelo BHB, Silva DIB, Lima MAS. Avaliação das instituições de longa permanência para idosos no município de Olinda-PE. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2011;14(40):663-73.
17. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE, 1995- . Dados do censo IBGE 2010. 2010; [acesso em 19 jul. 2011]; [aproximadamente 2 telas]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/>
18. Nunes VMA, Meneses RMP, Alchieri JC. Avaliação da qualidade de vida em idosos institucionalizados no município de Natal, Estado do Rio Grande do Norte. *Acta Sci Health Sci* 2010;32(2):119-26.

19. Rodrigues SI. A satisfação com a vida de idosos institucionalizados [dissertação]. Coimbra: Instituto Superior Miguel Torga; 2011.
20. Herédia VBM, Cortelleti IA, Casara MB. Institucionalização do idoso: identidade e realidade. In: Cortelleti IA, Casara MB, Herédia VBM. Idoso asilado: um estudo gerontológico. 2. ed. Porto Alegre: Edipucrs; 2010. p. 15-62.
21. Oliveira MPF, Novaes MRCG. Perfil socioeconômico, epidemiológico e farmacoterapêutico de idosos institucionalizados de Brasília, Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva* 2013;18(4):1069-78.
22. Danilow MZ, Moreira ACS, Villela CG, Barra BB, Novaes MRCG, Oliveira MPF. Perfil epidemiológico e psicossocial de idosos institucionalizados do Distrito Federal. *Comun Ciênc Saúde* 2007;18(1):9-16.
23. Brasil. Ministério da Educação. Programa Brasil Alfabetizado [Internet]. Brasília, DF: MEC; 2013 [acesso em 19 set. 2013]. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/>
24. Batista ASB, Jaccoud LB, Aquino L, El-Moor PD. Envelhecimento e dependência: desafios para a organização da proteção social. Brasília, DF: MPS; 2008. p. 106-37.
25. Born T, Boechat NS. A qualidade dos cuidados ao idoso institucionalizado. In: Freitas Ev, Py L, editores. *Tratado de geriatria e gerontologia*. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011.
26. Michel T. A vivência em uma instituição de longa permanência: significados atribuídos pelos idosos [dissertação]. Curitiba: Universidade Federal do Paraná; 2010.
27. Camarano AA, Mello JL. Cuidados de longa duração no Brasil: arcabouço legal e as ações governamentais. In: Camarano AA. *Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?* Rio de Janeiro: IPEA; 2010. p. 67-91.
28. Perlini NMOG, Leite MT, Furini AC. Em busca de uma instituição para a pessoa idosa morar: motivos apontados por familiares. *Rev Esc Enferm USP* 2007;41(2):229-36.
29. Brasil. Ministério da Saúde. *Estatuto do idoso*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2003.
30. Duca GFD, Silva MC, Silva SG, Nahas MV, Hallal PC. Incapacidade funcional em idosos institucionalizados. *Rev Bras Ativ Fis Saúde* 2011;16(2):120-4.
31. Dias DSG, Carvalho CS, Araújo CV. Comparação da percepção subjetiva de qualidade e bem-estar de idosos que vivem sozinhos, com a família e institucionalizados. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2013;16(1):127-38.
32. Veras RP. Estratégias para o enfrentamento das doenças crônicas: um modelo em que todos ganham. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2011;14(4):779-86.
33. Hoffman EJ, Ribeiro F, Farnese JM, Lima EWB. Sintomas depressivos e fatores associados entre idosos residentes em uma comunidade no norte de Minas Gerais, Brasil. *J Bras Psiquiatr* 2010;59(3):190-97
34. Mazuim CHR. Idoso institucionalizado: suporte, abrigo ou segregação? Canoas: Ulbra; 2005.
35. Brasil. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa* [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2006 [acesso em 20 maio 2011]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/>

Recebido: 16/9/2014

Revisado: 26/4/2015

Aprovado: 23/6/2015