

Perfil do idoso residente em instituições filantrópicas de longa permanência em Juiz de Fora

Gleice Mendonça Rocha Vellozo*
Eliane Ferreira Carvalho Banhato**

RESUMO

O Estatuto do Idoso define a priorização do atendimento do idoso por sua própria família, em detrimento do atendimento asilar, contudo nem todos os idosos e nem todas as famílias reúnem as condições para manter o idoso em casa. As características da vida familiar em centros urbanos, junto ao aumento no índice de envelhecimento da população, levam à necessidade da existência de instituições que visam atender ou hospedar idosos. O presente trabalho identificou o perfil do idoso residente em Instituições de Longa Permanência para Idosos, Filantrópicas, na cidade de Juiz de Fora, levando em consideração três eixos: o conhecimento dos dados que identificam o idoso em seus aspectos gerais, as condições socioculturais e socioeconômicas que o caracterizam e as condições de saúde. Identificou-se, dentre outros aspectos, a predominância de residentes do sexo feminino, nas faixas etárias superiores a 70 anos, solteiros, sendo em maioria analfabetos ou tendo cursado apenas o primeiro grau, com renda média baixa. Os idosos institucionalizados que apresentam problemas de saúde, necessitando de cuidados especiais, às vezes permanentes, representou grande parte da amostra, constatando-se a predominância de doenças ósteo-articulares, depressão, diabetes, hipertensão arterial. Este estudo visou fornecer dados no intuito de criar alternativas de intervenção e propor ações políticas na área, buscando atender às demandas da população que envelhece.

Palavras-chave: Instituições de Longa Permanência (ILPI), envelhecimento, idosos, saúde.

* Professora da Universidade Federal de Juiz de Fora –UFJF, Especialista em Psicologia e Desenvolvimento Humano

** Mestre em Desenvolvimento Humano, Centro de Ensino Superior de Juiz de Fora – CESJF, Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF

ABSTRACT

Elderly Statute of prioritizes elderly family care instead of the one done by rest homes. However, not all the families of elderly have enough conditions to keep them at home. The characteristics of family life in big cities and the increasing number of elderly people point out for the necessity of institutions which aim to receive them. This study identified the profile of the elderly who live in Philanthropic Long-term care institutions in Juiz de Fora taking into account three points: the knowledge of the data which identify the elderly with their general aspects and their socio cultural, socioeconomic and health conditions. Among other aspects, a predominance of single, feminine residents in the 70 age group were identified. Most of these women were also from low class, illiterate or have just studied in elementary school. The institutionalized elderly, who present healthy problems and need special care, represent most of the sample and a predominance of osteo-articular diseases; depression, diabetes and hypertension were identified. This study aimed to provide data to create new possibilities of intervention and propose political actions in the field of aging, trying to cope with the demand of the part of the population which is getting old.

Keywords: Long-term care Institutions, Aging, Elderly, Health

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento nos países em desenvolvimento, diferente dos de primeiro mundo, ocorre de forma acelerada e em um contexto desafiador de economia frágil, precário acesso aos serviços de saúde e reduzidos recursos financeiros. (CHAIMOWICZ; GRECO, 1999). Além disso, as mudanças sociais, tais como: a desagregação da família nuclear; a inserção do maior número de integrantes da família no mercado de trabalho – especialmente a mulher –; a exiguidade dos espaços físicos de moradia e; o alto custo do cuidado familiar; todos esses fatores aumentam a complexidade da situação de atendimento ao idoso. (GOLDMAN, 2004). Dessa forma, a questão do envelhecimento merece, cada vez mais, o interesse dos órgãos públicos e privados relativos ao desenvolvimento de políticas sociais e econômicas.

É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso a convivência familiar e comunitária (BRASIL, 2003). A lei ressalta, no entanto, que cabe prioritariamente à família o cuidado ao seu idoso. Nem todas as famílias reúnem, contudo, as condições necessárias para mantê-lo em casa, principalmente quando ele apresenta alguma incapacidade ou fragilidade. Desse modo, o crescente número de idosos constitui um fator de risco para a institucionalização. (PERLINI; LEITE;

FURINI, 2007).

Os asilos (do grego *Asylon*; latim *asylum*), cuja etimologia se refere a refúgio, local onde a pessoa se sente amparada (NASCENTES, 1981), caracterizaram-se, historicamente, como locais que abrigavam mendigos, órfãos e velhos. Em decorrência, a sociedade desenvolveu uma visão estereotipada dessas instituições, enquanto lugar de exclusão, de isolamento ou de depósito de idosos abandonados. (KHOURY et al., 2009).

Recentemente, e sob um novo paradigma de atendimento ao idoso, a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBBG) denominou tais residências como Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs). (TOSTA, 2008). A finalidade desses locais seria não só a assistência, mas também o cuidado integral do idoso dependente ou não, sem condições familiares ou domiciliares para sua permanência na comunidade, garantindo-lhe qualidade de vida, uma velhice com dignidade e cidadania. (KHOURY et al., 2009).

A proporção de idosos que vivem em ILPIs nos países com transição demográfica avançada chega a 11% (CAMARANO, 2002). No Brasil, devido à limitada sistematização de dados estatísticos relativos ao número de idosos institucionalizados e à quantidade, tipos e características de ILPIs, essa proporção não é bem conhecida. Segundo Camarano (2002), esse percentual não alcança o patamar de 1,5%. Há de se ressaltar, no entanto, que muitas instituições funcionam na ilegalidade ou de forma irregular. (KHOURY et al., 2009).

Pelo exposto, percebe-se a necessidade de mais conhecimento sobre o perfil do idoso institucionalizado, levando em conta o aumento da longevidade dessa parcela da população e a demanda crescente por esse tipo de instituição. Segundo Vale e Miranda (2002), a apresentação de resultados obtidos por diferentes estudos permitirá a comparação entre os serviços, o melhor planejamento de intervenções terapêuticas e de procedimentos preventivos, bem como o desenvolvimento de políticas sociais gerais. Além disso, permitirá um melhor treinamento dos profissionais de saúde, dentre eles, os psicólogos, os quais apresentam importantes funções junto a esse público.

Juiz de Fora, cidade mineira de porte médio, apresenta um alto índice de idosos (14%), o que a ressalta como referência nacional em termos de envelhecimento populacional. (IBGE, 2010). Atualmente, a cidade conta com 16 ILPIs devidamente registradas no Conselho Municipal do Idoso (CMI), sendo seis de caráter filantrópico. Pouco se conhece, no entanto, sobre as características dos moradores dessas instituições.

O presente estudo investigou o perfil do idoso residente em ILPIs filantrópicas¹ de Juiz de Fora, levando em consideração três eixos: a) o conhecimento dos dados que identificam o idoso institucionalizado em seus aspectos gerais (sexo, idade, cor, estado civil e escolaridade); b) as condições socioculturais e socioeconômicas que o caracterizam (procedência, religião, motivos do asilamento, tempo de permanência na instituição, situação familiar, ocupação profissional na maior parte da vida, renda e aposentadoria); c) as condições de saúde física, cognitiva e emocional.

2 MÉTODO

Seleção da amostra

A amostra foi composta por 52 indivíduos, de ambos os sexos, obtida a partir da população de idosos residentes em instituições filantrópicas. Os critérios de inclusão adotados foram: 1) apresentar idade igual ou superior a 60 anos; 2) ser residente em ILPI filantrópica; 3) aceitar participar como voluntário do estudo a partir da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A recusa em tomar parte no estudo e o diagnóstico clínico de incapacidade intelectual foram os critérios de exclusão para a avaliação cognitiva e emocional. Desse modo, 27 participantes (51,9%) foram submetidos aos testes psicológicos.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora sob o número 345/2007. Não houve instituições financiadoras da pesquisa, sendo realizada com os recursos dos próprios autores.

Instrumentos

Entrevista semi-estruturada: questionário fechado, contendo questões relativas aos aspectos demográficos e socioculturais do idoso.

Mini-Exame do Estado Mental - MEEM: (FOLSTEIN; FOLSTEIN; McHUGH, 1975): Composto por 30 itens que avaliam a cognição global. Os escores podem variar de 0 a 30 pontos. Segundo o critério sugerido por Almeida (1998), o ponto de corte para escolarizados é de 23, e 19 para os não escolarizados.

Escala de Depressão Geriátrica (GDS): (YESAVAGE, et al. 1983):

¹ Toda entidade sem fins econômicos com o intento de promover a pessoa, de conformidade com as disposições contidas na lei nº 8.742/93, para fins de direito, é uma entidade beneficente de assistência social. As entidades filantrópicas, de acordo com o Art.14 do Código Tributário Nacional, devem aplicar a totalidade de seus recursos nas próprias finalidades institucionais. (BRASIL, 1993).

Versão reduzida da escala, composta por 15 itens. Valores acima de cinco pontos são suspeitos de presença de sintomas depressivos.

Procedimento

Uma das autoras (GMRV), membro do Conselho Municipal do Idoso (CMI) de Juiz de Fora (MG), identificou no Livro de Registro dessa entidade, o número de ILPIs de natureza filantrópica na cidade (seis no total), bem como a população dos residentes em cada uma delas. (aproximadamente 270 idosos).

As ILPIs foram contatadas e todas deram permissão por escrito para a realização do estudo. O cálculo do tamanho da amostra para obtenção de representatividade apontou para um total de 50 participantes. Os idosos foram selecionados por sorteio de 20% do total de residentes em cada ILPI, independente das condições físicas, cognitivas e/ou funcionais que apresentavam.

Após a identificação dos idosos sorteados, que totalizaram 52 indivíduos, investigaram-se os dados relativos às suas condições sociais, cognitivas e funcionais junto aos registros de admissão do indivíduo à instituição. Ressaltam-se aqui que os registros admissionais e prontuários são preenchidos por profissionais especializados, sendo plenamente confiáveis. Da amostra inicial, apenas 27 idosos (52%) puderam ser submetidos à avaliação cognitiva e emocional por apresentarem capacidade intelectual adequada. É importante lembrar que os idosos não incluídos no rastreio cognitivo e emocional (n=25; 48%) já apresentavam diagnóstico clínico de incapacidade dessas funções.

A aplicação dos testes foi realizada por doze acadêmicos devidamente treinados do curso de Psicologia do Centro de Ensino Superior de Juiz de Fora (CES) e ocorreu no período de novembro a dezembro de 2007. Todos que aceitavam participar assinavam o TCLE e a entrevista era feita imediatamente, tendo duração média de 40 minutos.

Importante ressaltar que, quando os idosos não tinham escolarização formal e aceitavam participar da pesquisa, a assinatura de consentimento era feita pelo responsável da instituição na figura do seu diretor ou assistente social. Os itens contidos no TCLE eram lidos e explicados pausadamente a cada um dos participantes.

3 RESULTADOS

a) Perfil sociodemográfico:

Foi expressivo o número de mulheres no estudo, perfazendo 65,4%

(n=34) da amostra. A maioria dos participantes era de idosos médios, ou seja, com idade entre 70-79 anos, (51,9%; n=27). Quinze participantes (28,8%) possuíam 80 ou mais anos (idosos idosos). Também foram observados idosos jovens (60-69 anos), os quais totalizaram 15,4% (n=8) dos amostrados. Dois idosos (3,9%) não possuíam registro de idade.

Quanto à raça, a maioria se autodeclarou de cor branca, 63,5% (n=33). Dentre os restantes, 17,3% (n=9) eram pardos e 19,2% (n=10) eram negros.

Com relação à situação civil, 50% (n=26) relataram ser solteiros. Dos que apresentavam vínculo conjugal, 32,7% (n=17) eram viúvos. Seis idosos eram divorciados/ separados (11,5%) e dois eram casados (3,8%). Apenas um idoso (n=2,0%) não possuía registro relativo a esse item.

A principal fonte de sustento para 46 indivíduos abrigados (88,5%) foi a aposentadoria e/ou pensão (benefício pago pelo INSS aos dependentes de um empregado ou ex-empregado falecido). Dois indivíduos (3,8%) relataram ser mantidos pela instituição, enquanto quatro (7,7%) não apresentaram sua condição financeira registrada pela ILPI. Trinta e quatro idosos (65,4%) recebiam mensalmente um salário mínimo como fonte de recursos financeiros. Cinco participantes (9,6%) recebiam entre um a três salários mínimos, enquanto 7,7% (n=4) apresentaram renda maior que três salários mínimos. Ausência de renda de qualquer natureza foi detectada em dois idosos (3,8%), enquanto sete participantes (13,5%) não possuíam registros sobre a renda.

Foi alto o índice de analfabetos, totalizando 25 idosos (48,1%). Dos participantes, 26,9% (n=14) haviam cursado o primário, sendo que apenas um idoso (1,9%) conseguiu terminar o ensino médio. Chamou a atenção o fato de 9,6% da amostra (n=5) ter curso superior completo. Aqueles que não apresentaram registros de escolaridade perfizeram um total de 13,5% (n=7) dos participantes.

b) Condições socioculturais e socioeconômicas:

Quanto à procedência, 40,4% (n=21) dos idosos eram naturais de Juiz de Fora. Por outro lado, 36,5% (n=19) vieram de diversas cidades mineiras, enquanto um total de 15,4% (n=8) era oriundo de outros estados tais como Espírito Santo (ES) e Rio de Janeiro (RJ). Houve um percentual de 7,7% (n=4) de idosos sem o registro de sua procedência.

Identificou-se que a crença religiosa de 69,2% dos idosos (n=36) era a católica. Também se encontraram 9,6% (n=5) de Evangélicos, enquanto 5,8% (n=3) seguiam o Espiritismo Kardecista. O autorrelato de não possuir

qualquer tipo de religião esteve presente em 5,8% dos idosos (n=3). Cinco idosos (9,6%) não apresentavam registro quanto à escolha religiosa.

O principal motivo de institucionalização foi não terem mais onde morar, situação comum a 36,5% dos participantes (n=19). Dentre as outras opções, a mais frequente foi referente às más condições de saúde, apontada por 21,2% dos participantes (n=11). Para oito idosos (15,4%) a procura pela instituição foi devido ao sentimento de solidão. A incompatibilidade com os familiares foi a causa apontada por oito idosos (15,4%). Sem registros apareceram 11,5% (n=6) dos casos.

Elevado percentual de entrevistados (50%; n=26) residiam na instituição por período compreendido entre um a cinco anos. A permanência por 6 a 10 anos em uma instituição filantrópica foi identificada em sete idosos (13,5%; n=7), proporção idêntica à dos que ainda não haviam completado o seu primeiro ano de moradia na instituição. Dez participantes (2%) eram residentes há 11 anos ou mais nas ILPIs. Aqueles que não apresentavam registro sobre o tempo de moradia perfaziam o total de dois indivíduos (3,8%).

Em relação à estrutura familiar, 50% dos idosos (n=26) relataram possuir irmãos e 42,3% (n=22) tinham filhos vivos. Houve referência a outros vínculos familiares, como noras, netos e amigos por parte de quatro (7,7%) participantes. Dos idosos amostrados, oito não apresentavam registro quanto à composição familiar. A percepção sobre a presença de apoio familiar foi demonstrada por 26 idosos (50%), os quais recebiam visitas periódicas, enquanto 26,9% (n=14) perderam o contato com seus familiares. Em 9,6% (n=5) dos idosos selecionados, a instituição tinha necessidade, quando necessário, de convocar a presença dos familiares. Sete dos participantes não apresentaram registros sobre a presença de familiares, representando 13,5% da amostra.

As tarefas domésticas foram as que mais se destacaram com proporção de 26,9% (n=14). As atividades rurais estiveram presentes como exercício profissional entre sete idosos (13,5%). Outras profissões encontradas, mas com baixa frequência foram: costureira (n=3), professor (n=3), operário de fábrica (n=3), tecelões (n=2), serviços gerais (n=2), comerciário (n=2), gari (n=2), bombeiro (n=1), auxiliar de cozinha (n=1), servente de pedreiro (n=1), esportista (n=1), trabalho na construção civil (n=1), trabalho em setores administrativos (n=1). A presença de ex-funcionários do serviço público equivaliu a 3,8% (n=2). Aqueles que não apresentaram, ao longo da vida, inserção em ocupação remunerada somaram 3,8% dos idosos (n=2). Já os que não apresentavam registro de ocupação representaram 7,7%, ou

seja, quatro idosos da amostra.

c) Morbidade referida e uso de medicamentos:

A patologia mais prevalente foi a hipertensão arterial, estando presente em 42% dos indivíduos. Também foram observados 30% de casos de demências e 25% de dificuldade visual. Os resultados referentes à presença de morbidade estão descritos na Tabela 1.

Tabela 1- Percentual de morbidades em ILPIs

Morbidade	n	%
Hipertensão Arterial	20	42
Demência	15	30
Deficiência Visual	13	25
Deficiência Auditiva	8	15
Osteoartrite	8	15
Osteoporose	7	13
Diabetes Mellitus	6	11
Depressão	5	9
AVC	4	7
Constipação Intestinal	4	7
Incontinência Urinaria	4	7
Diarréia	2	4
Parkinsonismo	2	4

Fonte: Dados obtidos dos prontuários dos sujeitos de pesquisa

O uso de 1 a 3 tipos de medicamentos diários foi identificado por 36,5% (n=19) dos participantes, enquanto 21,2% (n= 11) utilizavam quatro a cinco medicamentos distintos simultaneamente. Sete dos participantes (13,5%) usavam entre seis a oito medicamentos, enquanto 5,8% (n=3) utilizavam nove ou mais medicamentos. Doze dos abrigados (23%) não utilizavam qualquer medicação.

d) Avaliação cognitiva:

Os resultados aqui apresentados são, como já descrito anteriormente, referentes ao desempenho de 27 idosos (52%) que mantinham capacidade intelectual adequada para a realização dessa tarefa. Desses, 44,4% (n= 12) apresentaram pontuação igual ou superior a 25, ou seja, sem comprometimento cognitivo.

Por outro lado, 55,6% (n=15) obtiveram escores inferiores ao ponto de corte, demonstrando perda intelectual, ainda que ela não estivesse associada a qualquer patologia. O número de idosos com prejuízo cognitivo prévio (n= 25), associado aos que tiveram desempenho abaixo do esperado no MEEM (n= 15), indica que 77% da amostra total apresentaram prejuízo na capacidade cognitiva global em algum nível.

e) **Estado emocional:** Dos 27 idosos que responderam a Escala de Depressão Geriátrica (GDS), sete (13,5%) apresentaram pontuação elevada, ou seja, presença de sintomas depressivos. Dezenove idosos (36,5%) mantinham-se emocionalmente preservados.

4 CONCLUSÃO

O perfil do idoso institucionalizado em instituições filantrópicas de Juiz de Fora é expresso, em sua maioria, por mulheres solteiras, de cor branca e com idade acima de 70 anos. De modo geral, atuaram em trabalho não-especializado, semi-especializado, ou não desenvolveram atividades remuneradas, ficando fora da população economicamente ativa (PEA).

O predomínio feminino corroborou a literatura especializada quanto ao fenômeno de feminização da população idosa brasileira, o que pode ser consequência do maior cuidado delas com a saúde global (FREITAS, 2004; CHAIMOWICZ; GRECO, 1999). Já o predomínio de idosos mais velhos (>70 anos) concorda com a descrição literária de que, quanto mais idade, maior a prevalência de institucionalização. (KATZ, 1996).

A maior presença de solteiros pode indicar que a falta de um companheiro na velhice pode ser um fator de risco para a institucionalização. (CALDAS, 2003). Esse achado é reforçado tanto pela observação de significativo percentual de viúvos abrigados (33%), quanto pelos principais motivos do asilamento encontrados, ou seja, "sem lugar para morar", "doentes" ou "sozinhos". É importante lembrar que a solidão advém não só da condição da pessoa estar afastada fisicamente da família ou de pessoas próximas, mas, principalmente, por estar privada das suas relações de afeto, fazendo sentir-se isolada tanto emocional quanto socialmente.

A renda média do idoso é baixa, representada por um salário mínimo, proveniente principalmente da aposentadoria e/ou de pensão. Os dados da população brasileira também apontam nessa direção, pois segundo o IBGE, em 2003, aproximadamente 45% dos idosos tinham rendimento inferior a 1 salário mínimo.

O alto índice de analfabetos e de escolarizados de grau elementar (até a 4ª série) é consistente com os dados censitários. Em relação aos idosos institucionalizados, a média nacional dos que apresentavam menos de quatro anos de escolaridade em 2003 era de 57,9% (IBGE, 2003) enquanto nossos achados apontaram um valor de 75%. Esse fato confirma a necessidade de se priorizar as políticas sociais nacionais, estaduais e municipais que garantam o acesso da população à educação.

É alta a dependência entre os institucionalizados, os quais necessitam

de cuidados especiais, às vezes permanentes, como no caso dos portadores de doenças crônicas ou demências senis. Como a saúde tende a declinar com o passar dos anos, é provável que sua falta possa ser geradora ou agravante da institucionalização. (KATZ, 1996). A presença de polifarmácia, apesar de ser uma condição muito comum na velhice, deve ser mais bem investigada de modo a identificar a real indicação de medicações, uma vez que o uso excessivo e combinado de medicamentos podem interferir nas atividades de vida diária e prejudicar a qualidade de vida dos indivíduos.

O diagnóstico clínico prévio de depressão (9%), associado ao índice de sintomas depressivos encontrados no estudo (13,5%), demonstra que a institucionalização pode estar associada a sentimentos de isolamento, inutilidade e carência afetiva, impossibilitando uma rotina de vida satisfatória e, em consequência, aumentando o risco de morbidades e cronicidades. (TEIXEIRA; OLIVEIRA; DIAS, 2006; TIER, LUNARDI, SANTOS, 2008). Desse modo, a presença de suportes sociais pode fazer com que as pessoas idosas se sintam mais amadas, seguras e tenham, em consequência, auto-estima elevada.

O alto percentual de prejuízo cognitivo previamente diagnosticado entre os idosos institucionalizados (48%), acrescido pelo detectado no rastreio (29%), pode ter sofrido influência de covariáveis tais como a idade avançada e a baixa escolaridade apresentada pela maioria dos idosos amostrados. (CHARCHAT-FICHMAN, 2005). Estudos futuros devem considerar tais fatores retirando o seu efeito no desempenho cognitivo dos idosos.

Importante ressaltar que, além de cursarem com demências, as perdas cognitivas também são esperadas no envelhecimento normal e no estado de transição denominado comprometimento cognitivo leve. (CHARCHAT-FICHMAN, 2005). Assim, apesar da alta prevalência de demência diagnosticada, não se pode afirmar que o prejuízo cognitivo encontrado seja exclusivamente patológico. É importante, no entanto, o acompanhamento desses idosos no sentido de diferenciar, o mais precocemente possível, os casos normais dos patológicos. Outro fator que pode ter colaborado com esse achado é a falta ou insuficiência de tarefas que estimulem a cognição. Atividades educativas e de recreação são importantes na prevenção da saúde, pois possibilitam a aprendizagem e o desenvolvimento de novas estratégias para melhorar a qualidade de vida de idosos. (ÁVILA, 2003).

Concluindo, há muito a ser conhecido e realizado no âmbito das ILPIs. Ainda predominam as modalidades de ênfase asilar (tradicionais) em oposição a outras de natureza reabilitatória (adaptativas) e a de promoção de saúde (proativas). É importante a criação de alternativas de intervenção e de

ações políticas, tanto na área da saúde quanto na da assistência social, que atendam às demandas da população que envelhece como forma de garantir a autonomia e independência do idoso.

O psicólogo pode contribuir com essa tarefa por meio da implementação de medidas que auxiliem no restabelecimento de vínculos perdidos, na aceitação de mudanças e de limitações próprias do envelhecimento, promovendo a interação entre os idosos e entre estes e a instituição. Além disso, pode atuar na avaliação e reabilitação cognitiva, assim como na psicoterapia desses idosos. Pelo exposto, é de fundamental importância a presença de psicólogos competentes nas ILPIs, o que, infelizmente, ainda não é realidade na prática.

Algumas limitações desse estudo devem ser destacadas tais como: o pequeno número de participantes aptos a realizarem a investigação cognitiva e emocional, a lacuna na informação sobre alguns dados pessoais dos internos, a falta de contato com familiares dos idosos, o que aprimoraria a coleta dos dados. Considera-se, no entanto, que este estudo possa ter contribuído no sentido de despertar o interesse na busca por mais conhecimento sobre as questões relativas às instituições e aos idosos que ali residem.

Artigo recebido em: 23/09/2009
Aceito para publicação: 08/11/2010

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, O. P. Mini Exame do Estado Mental e o diagnóstico de demência no Brasil. **Arquivos de neuro-psiquiatria**, São Paulo, v. 56, n.3B, p. 605-612, set.1998.

ÁVILA, R. Resultados da reabilitação neuropsicológica em paciente com Demência de Alzheimer Leve. **Revista de psiquiatria clínica**, São Paulo, v.30, n.4, p.139-146, jul./ago. 2003.

BRASIL. **Estatuto do Idoso**. [2003]. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 70 p.

BRASIL. **Lei Orgânica da Assistência Social**. [1993]. Brasília: Ministério da Previdência Social. Disponível em: < <http://www.fia.rj.gov.br/legislacao/leiorganica.pdf>> Acesso em: 10 dez. 2010. 10p.

CAMARANO, A. A. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. In: FREITAS, E. V. et al. (Orgs.). **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p.58-71.

CALDAS, C. P. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. **Caderno de saúde pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.3, p.773-781, jun. 2003.

CHAIMOWICZ, F.; GRECO, D. B. Dinâmica da Institucionalização de idosos em Belo Horizonte, Brasil. **Revista de saúde pública**, São Paulo, v.33, n.5, p. 454-460, out.1999.

CHARCHAT-FICHMAN, H. et al. Declínio da capacidade cognitiva durante o envelhecimento. **Revista brasileira de psiquiatria**, São Paulo, v.27, n.1, p.79-82, mar. 2005.

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. **Journal of psychiatry research**, Oxford, v.12, n.3, p.189-198, Nov. 1975.

FREITAS, E. V. Demografia e epidemiologia do envelhecimento. In: PY, L.; et al. **Tempo de Envelhecer**: percursos e dimensões psicossociais. Rio de

Perfil do idoso residente em instituições filantrópicas de longa permanência em Juiz de Fora

Janeiro: Nau Editora, 2004. p.19-38.

GOLDMAN, S.N As dimensões sociopolíticas do envelhecimento. In: PY, L.; et al. **Tempo de Envelhecer**: percursos e dimensões psicossociais. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2004. p. 61-76.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico 2010** <<http://www.ibge.gov.br/home/estatística/populacao/censo2000/default.shtm>> Acessado em 10 dez. 2010.

_____. **Censo demográfico 2000** < <http://www.ibge.gov.br/home/estatística/populacao/censo2000/default.shtm>>. Acesso em 19 ago. 2009.

KATZ, S. **Disciplining old age**: the formation of the gerontological knowledge. Charlottesville: University Press of Virginia, 1996.

KOURY, H. T. T. et al. Bem-estar subjetivo de idosos residentes em instituições de longa permanência. In: FALCÃO, D. V. S.; ARAÚJO, L. F. (Org.). **Psicologia do Envelhecimento**: relações sociais, bem-estar subjetivo e atuação profissional em contextos diferenciados. Campinas: Alínea, 2009. p.103-118.

NASCENTES, A. **Dicionário de sinônimos**, 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1981. 494 p.

PERLINI, N. M. O.; IEITE, M. T.; FURINI, A. C. Em busca de uma instituição para a pessoa idosa morar: motivos apontados por familiares. **Revista da escola de enfermagem USP**. São Paulo, v. 41 n.2, p.229-236, jun. 2007.

TEIXEIRA, D. C.; OLIVEIRA, I. L.; DIAS, R. C. Perfil demográfico, clínico e funcional de idosos institucionalizados com história de quedas. **Fisioterapia em movimento**, Curitiba, v. 19, n.2, p. 101-108, abr./jun. 2006.

TIER, C. G.; LUNARDI, V. L.; SANTOS, S. S. C. Cuidado ao idoso deprimido e institucionalizado à luz da Complexidade. **Revista eletrônica de enfermagem**, Goiânia, v. 10, n.2, p. 530-536, abr./mai/jun. 2008.

TOSTA, A.C. **Instituições de Longa Permanência para Idosos**: o que é, e

como funciona. [2008]. Disponível em: <<http://www.saudegeriatrica.com.br/medicina/saude/geriatria/gerontologia/idoso/social05.html>> Acesso em: 5 jan. 2011.

VALE, F. A .C.; MIRANDA S. J. C. Clinical and demographic features of patients with dementia attended in a tertiary outpatient clinic". **Arquivos de neuro-psiquiatria**, São Paulo, v. 60, n.3A, p. 548-552, set. 2002.

Yesavage, J.A. et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. **Journal psychiatry research**, Grã-Bretanha, v. 17, n. 1, p. 37-49, Jan. 1983.