

QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS EM CAMPINA GRANDE – PB

Janaina Meirelles Correia Leal ¹
Annuska Paula Batista de Almeida ²

RESUMO

O crescimento da população de idosos é um fenômeno mundial, porém, o aumento do número de anos vividos sempre vem acompanhado da importância da manutenção na qualidade de vida dessa população. Objetivo: Avaliar a qualidade de vida dos idosos institucionalizados, descrever o perfil sócio demográfico e clínico destes idosos. Método: Trata-se de um estudo Transversal, descritivo, com abordagem quantitativa e inferencial. Participou deste estudo 43 idosos das instituições São Vicente de Paula e da Casa Humanitária Irene Modesta Conserva da cidade de Campina Grande-PB, foram utilizados dois instrumentos para entrevista, um questionário produzido pelos pesquisadores que abordavam aspectos sócio demográfico e clínico, e outro questionário validado o WHOQOL-BREF, específico para avaliar a Qualidade de Vida em idosos. Resultados: A Qualidade de Vida dos idosos foram classificadas como sendo: “Nem Ruim/Nem Boa” (48,83%). Quanto aos aspectos sócio demográfico observamos uma faixa etária entre 66 à 70 anos, sendo a maioria analfabetos (37,20%), com renda menor que um salário mínimo (58,14%). Ao relacionarmos os domínios da qualidade de vida desses idosos ao perfil sócio demográfico e clínico, observamos que os domínios físicos, ambientais e o Social os mais afetados. Conclusão: É necessário melhorar os aspectos que determinaram a qualidade de vida destes idosos, para que em outro momento está seja considerada boa ou ótima. Faz-se necessário identificar o que realmente os idosos valorizam para que possam viver com respeito, apresentando uma boa Qualidade de Vida dentro das instituições de longa permanência.

Palavras-chave: Qualidade de vida, Envelhecimento, Idosos, Instituições de Longa Permanência.

INTRODUÇÃO

O crescimento da população de idosos é um fenômeno mundial, porém, o aumento do número de anos vividos nem sempre vem acompanhado da manutenção na qualidade de vida dessa população (CIGOLLE et al., 2007). Esta transformação na estrutura populacional modificou a incidência e a prevalência das doenças, dando lugar às patologias crônico-

¹ Fisioterapeuta – Especialista em Geriatria e Gerontologia da Universidade Estadual do Rio de Janeiro - RJ, janaina.mei@hotmail.com;

² Docente da UNINASSAU– Mestre em Saúde Pública da Universidade Estadual da Paraíba – PB, anpaal@hotmail.com.

degenerativas, caracterizando modificações dos padrões de morbidade, invalidez e morte (LEBRÃO; LAURENTI, 2005). No decorrer desta vivência, o idoso pode necessitar de supervisão ou mesmo de auxílio total para realização de Atividades de Vida Diária (AVDs), tais como, banho, alimentação e locomoção (NERI; CACHIONI; RESENDE, 2002).

A tendência de envelhecimento da população brasileira cristalizou-se mais uma vez na última pesquisa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Os idosos - pessoas com 60 anos ou mais - somam 23,5 milhões dos brasileiros, mais que o dobro do registrado em 1991, quando a faixa etária contabilizava 10,7 milhões de pessoas. Na comparação entre 2009 e 2011, o grupo aumentou 7,6%, ou seja, mais 1,8 milhão de pessoas (IBGE, 2011).

São muitas as alterações anatômicas e funcionais que ocorrem nessa etapa da vida e que repercutem nas condições de saúde do indivíduo, considerando não apenas aspectos biológicos, como psicológicos e sociais. Idosos são acometidos mais frequentemente por doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs), que, em potencial, podem acarretar perda na capacidade funcional, dificultando ou impedindo o desempenho de suas atividades cotidianas de forma independente e modificando sua qualidade de vida (PEREIRA et al., 2004; SAMPAIO, 2004).

Entretanto esta etapa de vida, apresenta algumas debilidades físicas, dependência funcional, perda de papéis sociais, os estereótipos e preconceitos são mais prevalentes, enfim, as inevitáveis perdas decorrentes do processo de envelhecimento, podem levar à alteração da qualidade de vida dos idosos. Surge então, a preocupação em transformar a sobrevida aumentada do ser humano numa etapa significativa de vida (PASCHOAL, 2000).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) (1994) definiu qualidade de vida como a percepção que o indivíduo tem de sua posição na vida dentro do contexto de sua cultura e do sistema de valores de onde vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. À medida que um indivíduo envelhece, sua qualidade de vida é fortemente determinada por sua habilidade de manter autonomia e independência (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005).

A família tem uma importância central na vida e na manutenção do bem-estar do idoso, pois pode ser considerada uma fonte de suporte àqueles que necessitam de cuidados. Entretanto, o convívio entre gerações pode gerar conflitos e problemas de relacionamento, que podem se agravar quando os membros da família não são capazes de compreender o comportamento de seus idosos ou quando não conseguem desempenhar a função de cuidadores. A inserção do idoso na Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) também ocorre quando a família não possui estrutura (financeira, emocional, espaço físico, cuidadores), nem conta com o suporte do Estado e de organizações comunitárias para cuidar do familiar idoso no domicílio (NÉRI et al., 2012; BORN, 2008).

A ideia, largamente difundida em nosso país, de que as instituições são “depósitos de idosos” foi construída a partir da concepção de que nesses locais há pessoas solitárias e privadas de laços familiares, que ali vivem devido à solidão, ao desprezo e ao abandono. Entretanto, essa percepção vem sendo modificada aos poucos, pois tem sido possível encontrar idosos que se mudam para uma ILPI a partir de uma escolha voluntária, alegando motivos como viuvez, não

ter filhos ou não desejar onerar os filhos, preferir ser independente, entre outros motivos (FREITAS; NORONHA, 2010).

Com vistas a toda essa problemática, alguns autores afirmaram que as instituições de longa permanência para idosos (ILPI) não deveriam ser configuradas apenas como instituições que acolhem idosos rejeitados ou abandonados pela família, mas também devem ser lembradas, compreendidas e respeitadas como uma escolha dentro do contexto de vida de cada indivíduo (PAVAN, 2008). O estudo da qualidade de vida em idosos é recente, mas devido ao crescimento do processo de envelhecimento populacional a temática vem assumindo evidência, especialmente porque há um fortalecimento da ideia de que velhice patológica, no sentido amplo da palavra, demanda altos custos para o indivíduo e sociedade (NERI, 2004).

Neste contexto o presente estudo propõe avaliar a qualidade de vida dos idosos que vivem em ILPIs, assim como descrever o perfil sócio demográfico e clínico, identificar os aspectos da qualidade de vida mais afetados, relacionar o perfil sócio demográfico e clínico com os domínios mais afetados.

METODOLOGIA

Esse artigo é parte de um estudo realizado em ILPIs tratou-se de um estudo nas seguintes instituições: Instituto São Vicente de Paula e Centro de Assistência e Humanitária a Casa Irene Modesto Conserva, ambas localizadas na cidade de Campina Grande-PB. Foram utilizadas as metodologias transversal, descritiva, quantitativa e inferencial. No presente trabalho foram utilizados instrumentos de avaliação de Qualidade de Vida do Idosos, o sócio demográfico e perfil clínico assim como avaliar os Domínios: Físico, Psicológico, Social e Ambientais.

Foram incluídos 43 idosos com idade de 60 anos ou mais, de ambos os gêneros, que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE. Foram excluídos da pesquisa os idosos com alterações cognitivas.

A coleta de dados ocorreu entre Setembro e Outubro de 2017, nas instituições São Vicente de Paula e Casa Humanitária Irene Modesta Conserva citadas em Campina Grande-PB. Todos os aspectos éticos e legais desde a carta de autorização das instituições á análise, que se deu em 30 de Agosto 2017 o parecer favorável pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba (Campina Grande-PB), em 04 de Setembro de 2017.

O questionário sócio demográfico e clínico foi produzido pelos pesquisadores e abordou as seguintes variáveis: gênero, idade, naturalidade, escolaridade, renda familiar, relato de doenças crônicas não transmissíveis e uso de medicamentos, para avaliar a QV foi utilizado o Whoqol- Bref instrumento validado, o mesmo contém 26 itens e está organizado em quatro domínios: Físico, Psicológico, Relações Sociais e Ambientais incluindo ainda uma faceta sobre QV geral.

As informações coletadas foram codificadas, digitadas e processadas. Os resultados que aqui serão apresentados foram obtidos por meio da utilização do Software estatístico R e auxílio do Excel. A estatística realizada foi descritiva e inferencial. O nível de significância utilizado

foi de 5%, ou seja, valor-p é definido como a probabilidade de se observar um valor da estatística de teste maior ou igual ao encontrado. Tradicionalmente, o valor de corte para rejeitar a hipótese nula é de 0,05, o que significa que, quando não há nenhuma diferença, um valor tão extremo para a estatística de teste é esperado em menos de 5% das vezes.

Foi utilizado o teste de Normalidade que deve indicar se rejeita ou deixa de rejeitar a hipótese nula de que os dados são provenientes de uma população distribuída normalmente, assim como utilizado Shapiro Wilk, o teste avalia se a amostra tem distribuição normal, sendo utilizada para amostra de qualquer tamanho, teste T para os domínios que não se rejeitou a hipótese da normalidade que testa as médias populacionais, Wilcoxon para teste que rejeita a normalidade. O Qui Quadrado, e o teste exato de Fisher, o Qui Quadrado a fim de melhorar a distribuição da assintótica da estatística de teste, em que apresentou tabelas maiores que 2 por 2 e/ou os valores esperados foram menores que 5, utilizou o teste de Fisher exato.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram desse estudo 43 idosos, residentes em duas ILPIs, Instituto São Vicente de Paula e no Centro de Assistência e Humanitária A Casa Irene Modesto Conserva, situada na cidade de Campina Grande-PB.

A tabela 1, abaixo, mostra a QV dos idosos institucionalizados. Percebeu-se que a maior parte dos idosos institucionalizados, 48,33%, considerou que possuíam qualidade de vida “Nem Ruim/Nem Boa” de acordo com a escala de avaliação do Whoqol Bref. Apenas 2,33% classificou a QV como “Muito Ruim” e 13,95% responderam “Ruim”. Entretanto o somatório da QV “Muito boa” e “Boa” perfaz 34,89%.

Tabela 1 - Representação gráfica da qualidade de vida dos idosos institucionalizados, Campina Grande -PB.

Classificação	Frequência Absoluta	%
Muito Ruim	1	2,33
Ruim	6	13,95
Nem Ruim/ Nem Boa	21	48,83
Boa	10	23,26
Muito Boa	5	11,63
Total	43	100

Fonte: Dados da pesquisa atual, 2017.

Pode-se acrescentar que 48,83% dos idosos entrevistados relataram a sua QV como sendo Nem Ruim/Nem Boa. Martins e Soares (2012) mostraram em sua pesquisa que a QV dos

idosos também foram classificados como Nem Ruim/ Nem Boa corroborando com a pesquisa atual.

Segundo Freitas e Scheicher (2010), a maioria dos estudos que envolvem QV de idosos institucionalizados classificam suas QV como sendo “Nem Ruim/ Nem Boa” isso ocorre devido as ILPI,s serem inapropriadas às necessidades dos idosos não lhes oferecendo assistência social, cuidados básicos como, higiene e alimentação, privados do seu convívio familiar, entre outros trazendo consequências negativas à sua QV.

O perfil sócio- demográfico dos idosos estudados. Os dados estão apresentados em porcentagem, frequência, média, mediana, desvio padrão e coeficiente de variação. Observou-se que a porcentagem dos idosos estava em uma faixa etária de 66 a 75 anos, a

Estudos realizados por Lima et al. (2013), mostrou que a faixa etária prevalente foi entre 80 a 94 anos (51,9%). Além disso, Ferreira e Cochito (2014), também mostrou uma faixa etária maior que o estudo atual. Segundo Guths et al. (2017), a idade é uma variável bastante oscilante em ILPIs brasileiras.

Em relação ao nível de escolaridade, a maioria se mostrou como analfabetos. Estudo realizado por Lima e Costa (2013) apontou um índice maior de idosos, (25%) analfabetos. Ferreira e Cochito (2012), mostrou um índice maior em idosos com Ensino Fundamental Incompleto (36%), seguido de idosos analfabetos (30%), e Jacob et al. (2017), apresentou o grau de escolaridade, Ensino Fundamental Incompleto (35,0%).

A pesquisa de Guths et al. (2017), mostrou que a baixa escolaridade prevaleceu devido as dificuldades de acesso escolar no passado, sendo o analfabetismo em idoso um fator de realidade por viverem a infância em uma época em que o ensino não era prioridade.

Quanto à renda dos idosos institucionalizados, a maioria relatou receber menos de um salário mínimo. Estudos de Lima, Costa et al. (2013), informou que a maioria dos idosos possuíam renda de um a três salários mínimos (71,6%). Porém Silva (2014), demonstrou que os idosos institucionalizados em Recife- PE, vivem com até 1 salário mínimo (74,8%).

Os estudos mostraram uma variação entre um a três salários mínimos, Queiroz (2010) justifica que a baixa renda acontece pelo baixo nível de escolaridade.

A Tabela 3 retrata o perfil clínico relacionado às Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs). Observou-se que as cor-mobidades mais frequentes foram Hipertensão, Reumáticas e Diabetes.

Tabela 3 - Representação gráfica da Presença de Doenças Crônicas Não Transmissíveis, auto relatada de idosos institucionalizados, Campina Grande- PB.

Patologias	(n)	%
Hipertensão	25	58,14

Reumática	15	34,88
Diabetes	13	30,23
Vasculares	9	20,93
Neurológica	7	16,28
Cardiovasculares	4	9,3
Outros	3	6,98

Fonte: Dados da pesquisa atual 2017.

As patologias mais prevalentes dos idosos institucionalizados, neste estudo, foi a hipertensão arterial, seguida de doenças reumáticas, corroborando com a literatura. LIMA e COSTA et al. (2013), identificaram a hipertensão arterial sistêmica (60,5%) em maior porcentagem, seguido de doenças osteoarticulares (24%). Estudo de Oliveira et al. (2011), a prevalência também foi a hipertensão arterial (52,9%), no entanto seguido de Diabetes (22,9%).

Na tabela 4 estão descritas as variáveis dos domínios dos instrumentos de avaliação da QV são eles: físico, psicológico, social e ambiente. Neste teste a classificação para cada domínio pode ser convertido em escores onde: necessita melhorar (quando for 1 até 2,9); regular (3 até 3,9); boa (4 até 4,9) e muito boa (5).

Tabela 4 - Domínios

Domínio Físico				
Classe	Média	Mediana	Desvio Padrão	CV
Geral	3,23	3,00	0,75	0,23
Masculino	3,11	3,29	0,69	0,21
Feminino	3,13	3,00	0,80	0,22
Domínio Psicológico				
Classe	Média	Mediana	Desvio Padrão	CV
Geral	3,56	3,50	0,59	0,16
Masculino	3,55	3,50	0,59	0,16
Feminino	3,58	3,50	0,60	0,16
Domínio Social				
Classe	Média	Mediana	Desvio Padrão	CV
Geral	3,67	3,67	0,76	0,21
Masculino	3,52	3,67	0,88	0,25
Feminino	3,85	4,00	0,57	0,22
Domínio Ambiente				
Classe	Média	Mediana	Desvio Padrão	CV

Geral	3,22	3,38	0,74	0,23
Masculino	3,20	3,38	0,74	0,25
Feminino	3,24	3,38	0,76	0,22

Fonte: Dados da pesquisa atual 2017.

Observa-se os 4 domínios se encaixam no nível regular, isto é, as condições de todos os domínios dos idosos institucionalizados parece ser regular. Mais especificamente, apesar de todos serem classificados como regulares, os domínios físico e ambiente são um pouco mais afetados que os demais. O domínio que apresentou ter um melhor desempenho é o social. Em relação ao gênero, não há associação entre os quatro domínios e o gênero pois não há diferença significativa.

Estudo realizado por Oliveira et al. (2011), apontou que, nos municípios de Serra e Vitória, o domínio social apresentou maiores valores, enquanto o domínio do meio ambiente teve os menores valores, corroborando com a atual pesquisa. Em contraponto, Queiroz (2010), mostrou o domínio com maior média, o Psicológico (72,92), seguido por Relações Sociais (72,50).

Segundo Oliveira e Gomes (2011), o domínio meio ambiente apresentou baixa pontuação para idosos institucionalizados, esse domínio engloba várias facetas como recreação, lazer, ambiente físico, cuidados em saúde etc. Sendo um item relevante para a QV dos idosos. Afirmaram Prado et al. (2007) que as condições ambientais se relacionam com a QV, ou seja, o ambiente em que vivem só irá apresentar altas pontuações quando indicar uma boa QV. Diante do exposto por Oliveira e Gomes (2011), o domínio social tem relação com o suporte social em que eles recebem.

A Tabela 5 mostra os *p-valores* para os testes qui-quadrado e Fisher exato de associação.

Tabela 5 - Representação gráfica de associação entre sócio demográficas e perfil clínico com os domínios mais afetados dos idosos institucionalizados de Campina Grande- PB

Variável	Gênero	Faixa Etária	Renda	Escolaridade	H.A.	Reum.	Diab.
DF	0.5245 (0.5692)	0.01796 (0.01288)	0.0869 (0.1399)	0.3306 (0.1905)	0.4358 (0.4837)	0.02871 (0.02312)	0.09147 (0.09795)
DP	0.6167 (0.6524)	0.2841 (0.2678)	0.2155 (0.2503)	0.06027 (0.01239)	0.1138 (0.1116)	0.5295 (0.6244)	0.2772 (0.4618)
DA	0.9209 (1,000)	0.5924 (0.6335)	0.4081 (0.4023)	0.007284 (0.004711)	0.8929 (1,000)	0.8433 (0.8999)	0.4798 (0.4655)

DS	0.2115 (0.1926)	0.515 (0.5655)	0.3984 (0.4449)	0.7052 (0.8596)	0.9728 (1,000)	0.7507 (0.7487)	0.4665 (0.4613)
-----------	--------------------	-------------------	------------------------	--------------------	-------------------	--------------------	--------------------

Fonte: Dados da pesquisa atual 2017.

Na análise exposta observou-se associação entre as variáveis (DF e Faixa Etária, DF com Reumáticas, DP e Escolaridade, e DA e Escolaridade). Porém é relevante exibir o que está causando essa associação (ver tabela 6). Para isto, utilizou-se um teste de hipótese para as proporções, ou seja, fixando uma classe de uma variável, testando as proporções segundo os valores da tabela 5.

Tabela 6 - Representação gráfica P-Valores dos testes de proporção para cada classe de Faixa Etária com Domínio Físico.

Faixa etária com DF	P-valor
60 a 69	0,4847
70 a 79	0,0117
80 ou mais	0,0202

Fonte: Dados da pesquisa atual 2017.

Percebeu-se que as duas últimas classes de Faixa Etária foram o que causou a associação, com isso, identificou-se quais são exatamente as proporções distintas através dos testes 2 a 2.

Contudo a faixa etária é associada com o DF devido as classes de idade 70 a 79 e 80 anos ou mais ser é um idoso muito idoso, e quanto maior a idade mais o equilíbrio vai sendo afetado. Segundo LIMA E BITTAR (2012), esse domínio tem uma importante relevância na qualidade de vida dos idosos, pois está associado á capacidade funcional e é um fator que, também, causa impacto na autonomia e na independência dos mesmos. Sendo importante considerar o ambiente em que o idoso está inserido, pois o domínio ambiental também influencia na qualidade de vida destes idosos. As diversas atividades que o grupo de idosos realiza, dentre elas a de cunho social, proporcionam possíveis benefícios sobre os fatores sociais e psicológicos, os quais refletem numa melhor qualidade de vida.

Tabela 7 - P-Valores dos testes de proporção para cada classe de Escolaridade com os domínios psicólogo e ambiente.

Escolaridade	Domínio Psicólogo	Domínio Ambiente
Analfabeto	0,2322	0,0533
Fundamental Completo	0,4825	0,3406
Fundamental Incompleto	0,1748	0,3132
Médio Completo	0,3574	0,3132
Médio Incompleto	0,7462	0,4875
Superior Completo	0,7602	0,6917
Superior Incompleto	0,0015	0,0001

Fonte: Dados da pesquisa atual 2017.

Com a intenção de verificar qual(s) nível(s) ocorreu essa aceitação, foi aplicado o teste de proporção para saber qual par é diferente entre classe (Superior incompleto) nos respectivos domínios (Psicológico e Ambiente).

Portanto, considerou a seguinte informação geral: a escolaridade é associada com o domínio psicológico devido ao nível “Regular” e domínio ambiente é associado devido a classe superior incompleto.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo verificou-se que os participantes classificaram a Qualidade de Vida como “Nem Ruim/Nem Boa”. Em relação ao perfil Sócio Demográfico os idosos apresentaram uma baixa escolaridade e baixa renda. No que se refere às co-morbidades as mais relatadas foram a Hipertensão Arterial, Doenças Reumáticas e Diabetes. Quanto aos Domínios os mais afetados foram os domínios Físicos e Ambientais, o Domínio Social foi o mais significativo.

Evidências demonstram que a maioria das ILPIs não tem profissionais qualificados e uma equipe multidisciplinar para atender as necessidades dos idosos. Tornando-se importante, ações voltadas à saúde do idoso, como preventivas, assistenciais e de reabilitação, que permitam um envelhecimento saudável, proporcionando qualidade de vida na terceira idade. Do mesmo modo, ações que objetivem melhorar a QV do idoso institucionalizado devem ser repensadas e/ou reestruturadas considerando as diferenças no modo de vida, além de identificar o que realmente os idosos valorizam para que possam continuar a viver com respeito e tenham uma ótima QV dentro das ILPIs.

REFERÊNCIAS

BORN, T. Cuidado ao idoso em instituição. In M. Papaléo Netto (Ed.), **Gerontologia: A velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo, SP: Atheneu, p. 403-414, 2002.

BORN, T. O cuidador familiar da pessoa idosa. In T. Born (Ed.), **Cuidar melhor e evitar a violência: Manual do cuidador da pessoa idosa**. Brasília, DF: Secretaria Especial dos

(83) 3322.3222

contato@cieh.com.br

www.cieh.com.br

Direitos Humanos, Subsecretaria de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos, p. 59-63, 2008.

CIGOLLE, C. T.; LANGA, K. M.; KABETO, M. U., TIAN, Z. & BLAUM, C. S. Geriatric conditions and disability: the Health and Retirement Study. **Annals of Internal Medicine**, v. 147, n. 3, p. 147-164, 2007.

FERREIRA, L. L.; COCHITO, T. C.; CAIRES, F.; MARCONDES, L. P.; SAAD, P. C. B. Perfil sócio demográfico de idosos institucionalizados com e sem doença de Alzheimer. **Journal of Health Sciences Institute**, v. 32, n. 3, p. 290-293, 2014.

FREITAS, A. V. S.; NORONHA, C. V. Idosos em instituições de longa permanência: Falando de cuidado. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, v. 14, n. 33, p. 359-369, 2010.

FREITAS, M. A. V.; SCHEICHER, M. E. Qualidade de vida de idosos institucionalizados. **Revista Brasileira de Gerontologia**. Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 395- 401, 2010.

GUTHS, J. F. S.; JACOB, M. H. V. M.; SANTOS, A. M. P. V.; AROSSI, G. A.; BÉRIA, J. U. Perfil Sociodemográfico, aspectos familiares, percepção de saúde, capacidade funcional e depressão em idosos institucionalizados no Litoral Norte do Rio Grande do Sul, Brasil. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 175-185, 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (**IBGE**), 2011.

LEBRÃO, M. L.; LAURENTI, R. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE do município de São Paulo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 8, n. 2, p. 127-41, 2005.

LIMA, C. L. J.; COSTA, M. M. L.; FERREIRA, J. D. L.; SILVA, M. A.; RIBEIRO, J. K. S.; SOARES, M. J. G. O. Perfil Sociodemográfico e Clínico de Idosos Institucionalizados. **Revista de Enfermagem- UFPE on line**, Recife, v. 7, n. 10, p. 6027- 34, out., 2013.

LIMA, L. C. V.; BITTAR, C. M. L. A percepção da Qualidade de Vida em Idosos: um estudo exploratório. **Revista Brasileira de Qualidade de Vida**, Ponta Grossa, v.4, n. 2, p. 1-11, jul./dez., 2012.

MARTINS, A. B. T.; SOARES, A. P.; BARBOZA, M. C. C.; SALES, R. M.; FROTA, M. A.; SANTOS, Z. M. S. A. Qualidade de vida em idosos institucionalizados: revisão sistemática. **Convibra Saúde**. 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). **Redes estaduais de atenção a saúde do idoso**. Guia operacional e portarias relacionadas. Brasília (DF). [Acesso em: 2009 abr 9] Disponível em: [http:// bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ redes_estaduais.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_estaduais.pdf).

NERI, A. L.; YASSUDA, M. S.; FORTES-BURGOS, A. C.; MANTOVANI, E. P.; ARBEX, F. S.; TORRES, S. V. S.; GUARIENTO, M. E. Relationships between gender, age, family conditions, physical and mental health, and social isolation of elderly caregivers. **International Psychogeriatrics**, v. 24, n. 3, p. 472-483, 2012.

NERI, A. L.; CACHIONI, M.; RESENDE, M. C. Atitudes em relação à velhice. *In*: FREITAS, E. V.; PY, L.; NÉRI, A. L.; CANÇADO, F. A. X.; GORZONI, M. L.; ROCHA, S. M. (Orgs.). **Tratado de geriatria e gerontologia**, p. 972-980. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan, 2002.

NERI, A. L. Qualidade de vida na velhice. In: REBALATTO, J. R. et al. **Fisioterapia Geriátrica: a prática da assistência ao idoso**. Barueri: Manole, pp. 1-36, 2004.

OLIVEIRA, E. R. A.; GOMES, M. J.; PAIVA, K. M. Institucionalização e qualidade de vida de idosos da região metropolitana de Vitória- ES. **Escola Anna Nery** (impr), v. 15, n. 3, p. 518-523, Jul./set., 2011.

PASCHOAL, S. M. P. **Qualidade de Vida do Idoso: Elaboração de um Instrumento que Privilegia sua Opinião**. 2000. 263 f. Dissertação (Mestrado em Medicina) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

PAVAN, F. J.; MENEGHEL, S. N.; JUNGES, J. Mulheres idosas enfrentando a institucionalização. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 9, p. 2187-2190, set., 2008.

PEREIRA, A.; FREITAS, C.; MENDONÇA, C.; MARÇALA, F.; SOUZA, J.; NORONHA, J.P. Envelhecimento, estresse e sociedade: uma visão psiconeuroendocrinológica. **Ciências & Cognição**, v. 1, p. 34-53, 2004.

PRADO, A. R. A. P.; PERRACINI, M. R. A. **Construção de ambientes favoráveis aos idosos**. In: NERI, A. L. Qualidade de vida na velhice: enfoque multidisciplinar. Campinas: Alínea; p. 221-229. 2007.

QUEIROZ, G. A. **Qualidade de vida em instituições de longa permanência para idosos: considerações a partir de um modelo alternativo de assistência**. Dissertação de Mestrado. São João del- Rei: Universidade Federal de São João delRei, 2010.

SAMPAIO, L. R. Avaliação nutricional e envelhecimento. **Revista Nutrição**, v.17, n. 4, pp.507-514, 2004.

SILVA, J. L. **Idosos Institucionalizados: Um estudo sobre o risco Nutricional e seus fatores associados**. 2014. 75 f. Dissertação (Mestrado em Nutrição) - Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde** / World Health Organization; tradução Suzana Gontijo. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.