

## QUALIDADE DE VIDA DE IDOSAS INSTITUCIONALIZADAS NA CIDADE DE FORTALEZA/CE

Danielle de Oliveira Lima<sup>1</sup>  
David Jonathan Nogueira Martins<sup>2</sup>  
Diego Bastos Gonzaga<sup>3</sup>  
Francisco Cid Coelho Pinto<sup>4</sup>  
Geórgia Maria Lopes da Silva Diógenes<sup>5</sup>  
Cristiano Teles de Sousa<sup>6</sup>  
Vasco Pinheiro Diógenes Bastos<sup>7</sup>

### RESUMO

A partir do aumento da expectativa de vida, a preocupação com a qualidade de vida na velhice ganhou relevância nas últimas décadas. O estudo teve como objetivo analisar a qualidade de vida do idoso institucionalizado na cidade de Fortaleza/CE. Trata-se de uma pesquisa descritiva e transversal, desenvolvida em uma instituição filantrópica, mediante a aplicação de questionário de qualidade de vida e instrumento de coleta ao Gestor. Os resultados mostram que 41% das idosas possuem 1 ano de institucionalização. Quanto à qualidade de vida, o maior escore foi no domínio físico (71,27) e o menor no meio ambiente (53,68). O gestor destacou que a instituição oferece tranquilidade, cuidados e clima de paz, entretanto vê-se a necessidade de prestar assistência pessoal aos mesmos, tais como terapia ocupacional, lazer e exercícios físicos. Conclui-se que a qualidade de vida na população estudada mostrou-se satisfatória para a manutenção de um envelhecimento adequado.

**Palavras-chave:** Envelhecimento. Saúde do idoso institucionalizado. Qualidade de vida.

### 1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é uma das mais significativas tendências do século XXI. Apresenta implicações importantes e de longo alcance para todos os domínios da sociedade. No mundo todo, a cada segundo 2 pessoas celebram seu sexagésimo aniversário – em um total anual de quase 58 milhões de aniversários de 60 anos. Uma em cada 9 pessoas no mundo tem 60 anos de idade ou mais, e estima-se um crescimento para 1 em cada 5 por volta de 2050: o envelhecimento da população é um fenômeno que já não pode mais ser ignorado (UNITED NATIONS POPULATION FUND, 2012).

<sup>1</sup> Fisioterapeuta - Centro Universitário Estácio do Ceará – FIC. E-mail: danell23@yahoo.com.br

<sup>2</sup> Discente do Curso de Fisioterapia do Centro Universitário Estácio do Ceará – FIC. E-mail: davidjonathan01@hotmail.com

<sup>3</sup> Discente do Curso de Fisioterapia do Centro Universitário Estácio do Ceará – FIC. E-mail: diegobastos9@hotmail.com

<sup>4</sup> Discente do Curso de Fisioterapia do Centro Universitário Estácio do Ceará – FIC. E-mail:

<sup>5</sup> Fisioterapeuta – Especialista e Docente do Centro Universitário Estácio do Ceará – FIC. E-mail:

<sup>6</sup> Fisioterapeuta - Doutor e Docente do Centro Universitário Estácio do Ceará – FIC. E-mail:

<sup>7</sup> Fisioterapeuta - Doutor e Docente do Centro Universitário Estácio do Ceará – FIC. E-mail:

O envelhecimento populacional no Brasil ocorre de forma acelerada. O número de idosos passou de 3 milhões, em 1960, para 7 milhões, em 1975, e 20 milhões em 2008. Um aumento de aproximadamente 700% em menos de 50 anos (VERAS, 2009).

No Brasil, a população passa por um rápido processo de envelhecimento, devido à significativa redução da taxa de fecundidade desde meados da década de 1960 e ao aumento da longevidade dos brasileiros. A taxa de fecundidade total passou de 6,28 filhos por mulher em 1960 para 1,90 filhos em 2010, uma redução de cerca de 70%. No mesmo período, a expectativa de vida ao nascer aumentou 25 anos, chegando a 73,4 anos em 2010 (IBGE, 2010). Além disso, em 2050, estima-se que o percentual de pessoas acima de 60 anos corresponderá a cerca de 30% da população do país (IBGE, 2015).

O aumento da participação relativa dos idosos na população gera a necessidade de atendimento de novos tipos de demandas e, com isso, a criação de vagas em determinados serviços públicos, como, por exemplo, os de acompanhamento, abrigo e saúde de idosos (FERREIRA et al, 2012).

Para o Brasil, recomenda-se uma reorientação dos sistemas de saúde, definindo diferentes estratégias de intervenção, que considerem também as desigualdades na oferta de serviços, mais focadas na atenção básica, desde a promoção e prevenção até o treinamento e a capacitação dos profissionais de saúde (CAMACHO; COELHO, 2010).

Além de um contingente maior de pessoas alcançarem as idades mais avançadas, estes idosos estão vivendo mais anos, embora com maior incapacidade (CAMARANO et al, 2012), pois a esperança de vida está se estendendo superando as previsões de especialistas de diversas áreas e suas tendências são de contínuo aumento (KANSO, 2011).

O envelhecimento populacional é, portanto, uma das consequências da transição demográfica, isto é, do declínio das taxas de fecundidade e mortalidade (BLOOM, 2011). Essa transição inicia-se com o declínio da mortalidade, relacionado, principalmente, aos avanços na medicina e na saúde pública, às melhores condições de alimentação, ao aumento da renda, ao controle de vetores causadores de doenças infecciosas, entre outros (LEE, 2003; BLOOM, 2011).

Segundo Fleck et al (2008), a Organização Mundial da Saúde (OMS) caracteriza a qualidade de vida como sendo uma percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto cultural e de sistemas de valores nos quais vive e relacionados aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Logo prolongar a juventude, descobrir virtudes da velhice e envelhecer com boa qualidade de vida individual tem sido preocupações sistemáticas do ser humano, manifestadas em diversas áreas do conhecimento. A partir do

aumento da expectativa de vida, a preocupação com a qualidade de vida na velhice ganhou relevância nas últimas décadas.

As altas taxas de hospitalização de idosos exemplificam o impacto do envelhecimento da população brasileira no setor de saúde e representam um grande desafio para os sistemas de saúde, sob o risco de ter seus leitos bloqueados sem oferecer a assistência necessária às demandas desse grupo (GÓIS; VERAS, 2010).

Todavia, foi promulgada pela Presidência da República no Diário Oficial da União, do dia 20 de janeiro de 2010, a Lei nº 12.213 que institui a criação do Fundo Nacional do Idoso e autoriza a criação de congêneres nas esferas estaduais e municipais. De acordo com o discurso oficial, os referidos fundos se destinam a financiar os programas e as ações relativas ao idoso, tal como está disposto no artigo primeiro da lei em foco: "Fica instituído o Fundo Nacional do Idoso, destinado a financiar os programas e as ações relativas ao idoso com vistas em assegurar os seus direitos sociais e criar condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade" (BRASIL, 2010, p. 1).

Esse estudo surgiu da necessidade de se obter um olhar crítico acerca da qualidade de vida das idosas institucionalizadas, o qual o número atualmente vem crescendo no Brasil, visto que estes são abandonados em asilos e abrigos sem receber assistência adequada. Busca-se demonstrar a qualidade de vida de uma faixa da população menos frequentemente abordada.

Ante ao exposto, verificar a qualidade de vida do idoso institucionalizado reveste-se de grande importância científica e social por permitir a implementação de alternativas válidas tanto em programas de geriatria e gerontologia, quanto em políticas sociais, visando o bem-estar das idosas institucionalizados, além de promover um debate sobre as questões que envolvem a velhice e seus efeitos bio-psico-sociais nos dias atuais.

Este estudo tem como objetivo geral analisar a qualidade de vida das idosas institucionalizadas na cidade de Fortaleza/CE e como específicos: traçar o perfil epidemiológico das idosas institucionalizadas na cidade de Fortaleza/CE; verificar a qualidade de vida das idosas internadas na instituição em estudo; relacionar a idade das idosas institucionalizadas com a qualidade de vida; verificar a existência de programas na instituição de internamento de idosas que venham contribuir na qualidade de vida, bem como os profissionais envolvidos na qualidade de vida dos mesmos.

## 2 MÉTODO

A metodologia do trabalho trata-se de um estudo descritivo, exploratório e transversal, com abordagem quantitativa dos resultados, bem como de caráter qualitativo na interpretação dos dados apresentados.

O presente estudo foi desenvolvido em uma Instituição Filantrópica de atendimento a idosas na cidade de Fortaleza/CE, o Dispensário dos Pobres do Sagrado Coração de Jesus, situado na Avenida da Universidade, 3106, Bairro Benfica. A coleta de dados ocorreu nos meses de março a maio de 2009, após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em pesquisa da Faculdade Integrada do Ceará (Protocolo nº 189/08).

A população do estudo foi formada por todas idosas que residem na instituição filantrópica supracitada, tendo capacidade para cerca de 30 idosas e o gestor da mesma. A amostra foi por idosas acima de 60 anos, institucionalizadas, de qualquer religião, raça e naturalidade. Sendo excluídas as idosas que não tinham condições psicológicas e cognitivas para responder ao instrumento de coleta de dados. Foram abordadas variáveis sobre a idade, o tempo de institucionalização, o construto da qualidade de vida e o envolvimento dos profissionais na qualidade de vida destas idosas.

Após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em pesquisa da Faculdade Integrada do Ceará, foi realizada uma visita à instituição onde foram expostos ao gestor os objetivos da pesquisa. Na sequência, as idosas foram esclarecidas sobre o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e da importância da autorização como participantes da pesquisa, bem como da assinatura do Termo em duas vias.

Após a assinatura, foi iniciada a coleta de dados mediante ao preenchimento do questionário semi-estruturado sócio-demográfico, de forma individual, e após este, foi aplicada a escala abreviada de avaliação da qualidade de vida WHOQOL-BREF, um instrumento genérico de qualidade de vida composto por 26 questões sobre quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambientes. A determinação dos escores dos domínios do WHOQOL-BREF é realizada pela soma de todos os itens incluídos dentro de um domínio. Depois se divide pela média e, posteriormente, multiplica-se por quatro; na segunda fase, diminui-se de cada domínio o valor de quatro e multiplica-se por 6,25 (ou 100/16). Deste modo o resultado final de cada domínio vai variar de 0 a 100. O tempo médio da aplicação do questionário de qualidade de vida foi de 30 minutos.

Foi realizada uma análise estatística através do programa Microsoft Office Excel versão 2010, sendo os resultados colhidos apresentados em forma de gráficos e tabelas, cujas variáveis quantitativas são apresentadas com média e desvio padrão da média.

O estudo seguiu os aspectos éticos, de acordo com a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que envolvem a pesquisa com seres humanos com a garantia da confidencialidade, do anonimato e da não utilização das informações em prejuízo dos indivíduos e do emprego das informações somente para os fins previstos na pesquisa. A pesquisa poderia ser suspensa ou encerrada a qualquer momento pelo voluntário sem causar dano ao mesmo.

### **3 RESULTADOS**

Os dados foram analisados e discutidos em dois blocos, um contendo os resultados das respostas das idosas que residem no Dispensário dos Pobres do Sagrado Coração de Jesus, e o outro contemplando os dados das respostas do gestor da instituição em questão.

#### **3.1 RESULTADOS DO QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO RESPONDIDO PELAS IDOSAS DO DISPENSÁRIO DOS POBRES DO SAGRADO CORAÇÃO DE JESUS**

A amostra estudada foi composta por 17 participantes, que preencheram os critérios de inclusão, sendo todos do sexo feminino, com idade média de 76,5 ( $\pm 6,55$ ) anos. Com relação ao grau de instrução foi evidenciado que 41% (n=7) possuem o 1º grau incompleto, 29% (n=5) o 1º grau completo, 23% (n=4) 2º grau completo, 6% (n=1) o 3º grau completo.

Quanto ao estado civil dos entrevistados, observou-se que 47% (n=8) são solteiros, 47% (n=8) são viúvos e 6% (n=1) são divorciados. Também foi evidenciado que 71% (n=12) não têm filhos e 29% (n=5) têm filhos.

Quando questionados em relação à renda salarial, vimos que 47% (n=8) possuem renda de até um salário mínimo, 35% (n=6) até dois salários mínimos, 12% (n=2) até três salários mínimos e 6% (n=1) mais de três salários.

Em relação à variável tempo de institucionalização, evidenciou-se que 41% (n=7) possuem 1 ano de institucionalização, 29% (n=5) mais de 3 anos, 24% (n=4) 2 anos e 6% (n=1) menos de 1 ano (Tabela 1).

Tabela 1: Distribuição dos dados em relação ao tempo que as idosas residem na instituição. Fortaleza/CE, 2009.

<b>Tempo de Institucionalização</b>	<b>Fa</b>	<b>F%</b>
Menos de 1 ano	1	6%
1 ano	7	41%
1 a 2 anos	4	24%
Mais de 3 anos	5	29%

Fonte: Dados da pesquisa (2015)

Quando questionados se recebem visitas dos familiares, 82% (n=14) afirmaram receber visitas e 18% (n=3) negaram. Dos que recebem visitas, 47% (n=7) recebem visitas mensalmente, 29% (n=4) afirmaram receber visitas diariamente e 24% (n=3) semanalmente.

Quanto à variável atendimento médico, 76% (n=13) recebem atendimento e 24% (n=5) não recebem. E em relação ao atendimento fisioterápico, 53% (n=9) relatam não receber atendimento e 47% (n=8) recebem.

### 3.2 RESULTADOS DO QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA APLICADO ÀS IDOSAS

A totalidade da amostra (100%, n=17) preencheu a escala abreviada de avaliação da qualidade de vida WHOQOL-BREF, pela qual foi possível verificar que o maior escore dentre os domínios foi alcançado pelo domínio físico com média de 71,27 ( $\pm 1,77$ ). Já o domínio meio ambiente obteve o menor escore com média de 53,68 ( $\pm 12,14$ ).

Quando relacionado a qualidade de vida com a idade das idosas em questão, o presente estudo mostrou um declínio da mesma com o avanço da idade. A maior média obtida pelos domínios físico 76,85 ( $\pm 7,19$ ), psicológico 76,31 ( $\pm 7,32$ ), relações sociais 82,12 $\pm 9,93$ , e meio ambiente 59,66 ( $\pm 7,99$ ) ocorreu na faixa etária de idosas até 70 anos. Já o menor valor médio observado ocorreu nos domínios físico 67,94 ( $\pm 11,77$ ), psicológico 59,64 ( $\pm 9,29$ ), relações sociais 57,12 ( $\pm 11,48$ ), meio ambiente 50,74 ( $\pm 9,65$ ) daqueles indivíduos com idade que varia de 76 a 80 anos (Tabela 2).

Tabela 2: Distribuição dos dados da qualidade de vida em relação à idade. Fortaleza/CE, 2009.

WHOQOL-Bref	Média	Até 70 anos	71 a 75 anos	76 a 80 anos	Mais de 80 anos
Domínio Físico (D1)	71,27 ±11,77	76,85 ±7,19	71,51 ±11,63	67,94 ±11,77	68,78 ±13,56
Domínio Psicológico (D2)	64,98 ±14,05	76,31 ±7,32	62,31 ±14,82	59,64 ±9,29	61,66 ±16,12
Domínio Relações Sociais (D3)	68,52 ±16,29	82,12 ±9,93	70,51 ±14,55	57,12 ±11,48	64,33 ±16,95
Domínio Meio Ambiente (D4)	53,68 ±12,14	59,66 ±7,99	51,79 ±14,66	50,74 ±9,65	52,53 ±13,16

Fonte: Dados da pesquisa (2015)

### 3.3 RESULTADOS DA ENTREVISTA RESPONDIDA PELO GESTOR DA INSTITUIÇÃO

Ao avaliar as respostas fornecidas pelo gestor o qual dirige a instituição por quatro anos, foi realizada uma análise qualitativa com transcrição de suas informações.

Quanto ao que significa o termo Qualidade de Vida, o gestor destaca que:

**“É vida vivida com dignidade, liberdade e autonomia.”**

Quando perguntado se a instituição oferece subsídios para que as idosas tenham qualidade de vida, o mesmo considera que:

**“A instituição oferece tranquilidade, cuidados e clima de paz.”**

No que tange as ações que o gestor deveria propor para que as idosas tenham qualidade de vida na instituição, o mesmo destaca que:

**“Necessitam de maior assistência pessoal, tais como: terapia ocupacional, lazer, exercícios físicos, etc.”**

#### 4 DISCUSSÕES

Deve-se ressaltar que, no presente estudo foi constatado que 76% das idosas que residem no Dispensário dos Pobres do Sagrado Coração de Jesus recebem atendimento médico que vai ao encontro o que preconiza Camarano e Kanso (2010), onde salientam que a premência de se abordar a tríade Família-Instituições-Estado no sentido de prover serviços de cuidados para a população dependente.

No presente estudo foram obtidas uma das maiores médias em domínios físicos que de acordo com Garbin et al (2010), a saúde mental interfere na saúde geral do idoso, visto que, mesmo apresentando todas as condições de ter uma vida saudável e segura, ele não tem ânimo para desfrutar de nada se não encontrar em seu ambiente carinho, diversão, emoção e alegria. As situações crônicas de tristeza, solidão e abandono impedem que os idosos tenham ânimo para aproveitar a vida.

Todavia, Falcão e Bucher-Maluschke (2010), destacam que a resiliência e a auto eficácia percebida atuam como formas do idoso ter uma melhor qualidade de vida e uma saúde mental favorável à superação de adversidades, capaz de responder de diferentes formas diante de um fracasso.

O domínio físico foi um dos fatores mais satisfatório durante o estudo haja vista que, Thober; Creutzberg; Viegas (2005) destacam que de acordo com os conceitos gerontológicos o idoso que mantém a sua autodeterminação, sem necessitar de nenhum tipo de ajuda ou supervisão para realizar seus afazeres diários, é considerado um idoso saudável, ainda que possua uma ou mais doenças crônicas.

Já um dos menores valores médios obtido ocorreu nos domínios físicos em idosas com a faixa etária de 76 a 80 anos obtendo um resultado não muito satisfatório, contudo Molzahn et al (2010) concluíram que a falta de habilidades para a vida diária, a falta de energia e a presença de dor são aspectos do domínio físico que parecem ser importantes para a qualidade de vida, conforme destacam.

Em relação à variável tempo de institucionalização, evidenciou-se que a maior porcentagem são de 1 ano de institucionalização. Para Salgueiro (2007), a institucionalização do idoso pode contribuir para uma condição potencializadora da depressão, levando em consideração esse novo ambiente, isolado do seu convívio social, vivendo distante da família, precisando se adequar a todas estas mudanças. Ainda, Neri et al (2012) propõem uma desconstrução do conceito de família como uma instituição idealizada e com um único perfil,



o que pode contribuir para que a assistência ao idoso não busque por uma família "ideal", mas pela "concreta" e "possível".

No domínio meio ambiente, Neri (2004) confirma os dados da pesquisa ao observar em seu estudo que a qualidade de vida na velhice apresenta relação direta com a existência de condições ambientais que permitam aos idosos desempenhar comportamentos biológicos, sociais e psicológicos adaptativos. As condições ambientais relacionam-se com a qualidade de vida percebida. Porém, nesse estudo foi constatado que o domínio meio ambiente obteve o menor escore com média de 53,68, assim, podendo-se concluir que isso afeta diretamente na qualidade de vida dessas idosas.

Visto que a população brasileira tende a apresentar um número cada vez maior de idosos, Camaro e Mello (2010) destacam-se a necessidade de rever as políticas nacionais referentes a esse grupo. Além disso, a perspectiva de gênero deve ser discutida com mais afinco, haja vista o predomínio de mulheres nessa faixa etária, o que, por si só, eleva a necessidade de políticas específicas de saúde e de desenvolvimento. Contudo, foi notado que apenas 47% das idosas que residem na instituição recebem um salário mínimo comprovando o destacado anteriormente que é de substancial importância uma reformulação das políticas nacionais para que haja uma participação do estado na manutenção e na prestação de serviços para esses idosos. Entretanto, Covinsky (1999) destaca que qualidade de vida é um conceito subjetivo e completamente pessoal que somente pode ser definido pelo paciente.

Para Martins e Massarollo (2008) respeitar os idosos, é atendê-los em sua integralidade, proporcionar-lhes atividades culturais, de lazer e educativas, poderem ser transportados de um lugar a outro com segurança e conforto, para que exerçam seu direito à liberdade. Dentro de uma instituição de longa permanência, o promotor desses direitos, é em grande parte a equipe multiprofissional, que permanece junto ao idoso mais tempo do que este passa com sua própria família.

Os mesmos autores destacam ainda, que a capacitação da equipe é oportuna e necessária, visto que atender ao idoso em suas particularidades é diferente de atender qualquer outro grupo etário, em especial se o idoso estiver institucionalizado, pois além de prestar os cuidados como membro da equipe multiprofissional, também é a pessoa mais próxima do idoso, que fará papel de cuidador, familiar e amigo.

## 5 CONCLUSÃO

Com os resultados obtidos, conclui-se que o perfil das idosas institucionalizadas no Dispensário dos Pobres do Sagrado Coração de Jesus é do sexo feminino, com idades entre 66 e 87 anos, com grau de instrução entre o 1º grau incompleto e o 3º grau completo, com renda salarial entre 1 e 3 salários mínimos. Observou-se também, que a maioria das idosas reside há apenas 1 ano na instituição, demonstrando assim, uma grande rotatividade e procura por este serviço.

Constatou-se que na escala de qualidade de vida WHOQOL-BREF, o domínio físico, surpreendentemente, teve a melhor avaliação, demonstrando que o grupo estudado possui boa percepção de sua qualidade de vida com relação à condição física, sendo capazes de realizar suas atividades da vida diária sem grandes impedimentos. Já o domínio meio ambiente obteve o menor escore, este item tem grande importância na percepção da qualidade de vida, visto que os resultados positivos nesse domínio confirmam uma qualidade de vida adequada.

Os dados coletados permitiram perceber que a instituição em estudo, oferece uma qualidade de vida satisfatória às idosas, entretanto, de acordo com o gestor da mesma, faz-se necessária a implementação de programas que venham a contribuir para um adequado estado bio-psico-social dos mesmos.

Assim, a qualidade de vida na população estudada mostrou-se satisfatória para a manutenção de um envelhecimento adequado. O conhecimento de parâmetros de qualidade de vida nesta faixa da população, que vem crescendo rapidamente, é de extrema importância, quando se visa ações que objetivam cada vez mais um envelhecimento bem-sucedido.

## QUALITY OF LIFE IN ELDERLY INSTITUTIONALIZED FORTRESS CITY/EC

### ABSTRACT

From the increase in life expectancy, concern about old age on quality of life gained relevance in recent decades. The study aimed to analyze the quality of life of the elderly institutionalized in the city of Fortaleza / CE. The study was descriptive and cross, developed into a philanthropic institution, through a questionnaire of quality of life and Manager collection instrument. The results show that 41% of seniors have one year of institutionalization. As the quality of life score was the highest in the physical domain (71.27) and the lowest in the environment (53.68). The manager pointed out that the institution offers tranquility, care and climate of peace, however one sees the need to provide personal assistance to them, such as occupational therapy, recreation and exercise. We conclude that the quality of life in the population studied was satisfactory for maintaining a proper aging.

**Keywords:** Aging. Health of Institutionalized Elderly. Quality of life.

### REFERÊNCIAS

BLOOM, D. Billion and counting. *Science*, v. 333, p. 562-569, 2011.

BRASIL. Lei nº 12.213 de 20 de janeiro de 2010. Institui o Fundo Nacional do Idoso e autoriza deduzir do imposto de renda devido pelas pessoas físicas e jurídicas as doações efetuadas aos Fundos Municipais, Estaduais e Nacional do Idoso; e altera a Lei nº 9.250, de 26 de dezembro de 1995. *Diário Oficial da União*, Brasília, 21 jan. 2010.

CAMACHO A. C. L. F., COELHO, M. J. Políticas públicas de saúde do idoso: revisão sistemática. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 63, n. 2, p. 279-284, 2010.

CAMARANO, A. A., KANSO, S. Como as famílias brasileiras estão lidando com os idosos que demandam cuidados e quais as perspectivas futuras? A visão mostrada pelas PNADs. In: Camarano A. A. (Org.). **Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?** Rio de Janeiro, RJ: Fundação Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2010. p. 93-122.

CAMARANO, A. A.; KANSO, S.; FERNANDES, D. C. **Saída do mercado de trabalho: qual é a idade?** Boletim Mercado de Trabalho - Conjuntura e Análise, v. 51, maio 2012.

CAMARANO, A. A., MELLO, J.L. Cuidados de longa duração no Brasil: O arcabouço legal e as ações governamentais. In: CAMARANO, A. A. (Org.). **Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?** Rio de Janeiro, RJ: Fundação Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2010. p. 67-92.

COVINSKY, K. E. et al Health status versus quality of life in older patients: does the distinction matter? *The American Journal of Medicine*, v. 106, p. 435-440, abr.1999.

FALCÃO, D. V. S., BUCHER-MALUSCHKE, J. S. N. F. Resiliência e saúde mental dos idosos. In: FALCÃO, D. V. S.; ARAÚJO, L. F. (Org.). **Idosos e saúde mental**. São Paulo: Papirus, 2010, p. 33-52.

FERREIRA, F. P. M. et al. População e políticas: tendências e cenários para Minas Gerais. *Cadernos BDMG*, n. 21, outubro 2012.

*Rev. Saúde Públ. Santa Cat., Florianópolis*, v. 8, n. 3, p. 55-66, set./dez. 2015.

FLECK, M. P. A.; TRENTINI, C. M.; CHACHAMOVICH, E. Qualidade de vida em idosos. In: FLECK, M. P.A. et al (Org.). **Avaliação da qualidade de vida: guia para profissionais da saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

GÓIS A. L. B., VERAS R. P. Informações sobre a morbidade hospitalar em idosos nas internações do Sistema Único de Saúde do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**; v.15, n.6, p.2859-2869, 2010.

GARBIN, C. A. S. et al. O envelhecimento na perspectiva do cuidador de idosos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 6, p. 2941-2948, 2010.

IBGE. Um Panorama da Saúde no Brasil - Acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde, Rio de Janeiro, 2010.

\_\_\_\_\_. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil, 2000. Disponível em: <[www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br)>. Acesso em: 16 out. 2015.

KANSO S. **Causas de morte evitáveis para a população idosa**. 2011. 125f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2011.

LEE, R. The Demographic Transition: Three centuries of fundamental change. **Journal of Economic Perspectives**, v. 17, n. 4, p. 167–190, 2003.

MOLZAHN A. et al. The importance of facets of quality of life to older adults: an international investigation. **Revista Quality of Life Research**; v.19, p. 293-98, 2010.

MARTINS, M. S.; MASSAROLLO, M. C. K. B. Mudanças na assistência ao idoso após promulgação do Estatuto do Idoso segundo profissionais de hospital geriátrico. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 26-33, mar. 2008.

NÉRI, A. L. et al. Relationships between gender, age, family conditions, physical and mental health, and social isolation of elderly caregi-vers. **International Psychogeriatrics**, v. 24, n. 3, p. 472-483, 2012.

NERI, A. L. Qualidade de vida na velhice. In: REBELLATO, J. R.; MORELLI, J. G. S. **Fisioterapia Geriátrica: a prática da assistência ao idoso**. São Paulo: Ed. Manole, 2004, p.01-36.

SALGUEIRO, H. D. **Determinantes psicossociais da depressão no idoso** [2007]. Disponível em: <[www.forumenfermagem.org/index.php?option=comcontent&view=article&id=2939:determinantes-psico-sociais-da-depressao-no-idoso&catid=159](http://www.forumenfermagem.org/index.php?option=comcontent&view=article&id=2939:determinantes-psico-sociais-da-depressao-no-idoso&catid=159)>. Acesso em: 28 out. 2015.

THOBER, E.; CREUTZBERG, M.; VIEGAS, K. Nível de dependência de idosos e cuidados no âmbito domiciliar. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 58, n. 4, p. 438-443, jul./ago. 2005.

VERAS R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Revista de Saúde Pública**, v. 43 n. 3 p. 548-54, 2009.

Submetido em: 30/10/2015  
Aceito para publicação em: 14/12/2015