

Perfis de integração social entre idosos institucionalizados não frágeis no município de Natal, Rio Grande do Norte, Brasil

Social integration profiles among non-frail elderly institutionalized individuals in Natal, State of Rio Grande do Norte, Brazil

Lara de Melo Barbosa (<https://orcid.org/0000-0002-8019-9480>)¹

Kenya Noronha (<https://orcid.org/0000-0002-7174-6710>)²

Mirela Castro Santos Camargos (<https://orcid.org/0000-0003-1151-3533>)³

Carla Jorge Machado (<https://orcid.org/0000-0002-6871-0709>)⁴

Abstract *The scope of this study was to profile non-frail elderly individuals in Long-Stay Care Institutions in Natal, emphasizing social integration and stratification in philanthropic and private institutions in 2012. The instrument used was the Brazil Old Age Schedule (BOAS). Descriptive analysis was carried out and sociodemographic and health profiles of the elderly were estimated using the Grade of Membership (GoM) scale to obtain social integration typologies. The results indicated that 68 elderly were eligible; 63.2% were female, and 51.5% were 80 years or older; 43% reported poor or extremely poor health. The application of the GoM method yielded three profiles. The first is characterized by the elderly with higher presence of sociable/integrated men living in philanthropic institutions (22% of the elderly); the second mainly encompasses women in philanthropic institutions, with vulnerable health conditions and depression (34.9%); the third is the profile with higher levels of integration/sociability in private institutions, but also characterized by elderly persons with functional disability (34.9%). This study is important since integration and independence must be a part of social life of the elderly irrespective of the place where they live.*

Key words *Socialization, Long-stay care institutions for the elderly, Elderly, Health vulnerability, Functional disability*

Resumo *O objetivo do estudo foi caracterizar idosos não frágeis em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) em Natal, enfatizando a integração social em instituições filantrópicas e privadas. Os dados foram de pesquisa realizada em 2012. O instrumento utilizado foi o Brazil Old Age Schedule (BOAS). Realizou-se análise descritiva e, posteriormente, foram estimados perfis sociodemográficos e de saúde dos idosos a partir do método Grade of Membership (GoM) que permitiu identificar tipologias de integração social. Os achados indicaram que dos 68 idosos elegíveis, 63,2% eram do sexo feminino e 51,5% tinham 80 anos ou mais; 43% reportaram saúde ruim ou péssima. O método GoM caracterizou 3 perfis: um com maior presença de homens sociáveis/integrados, residentes em ILPI filantrópicas (22% dos idosos); outro, de mulheres isoladas em ILPI filantrópicas com condições vulneráveis de saúde e depressão (34,9%); um terceiro, de idosos sociáveis/integrados em ILPI particulares com boas condições de saúde, mas com fragilidade funcional e mais velhos (34,9%). O tema do estudo é relevante pois a institucionalização deveria manter ou até mesmo estimular a integridade e a independência do idoso em todos os aspectos da vida social dentro e fora da instituição.*

Palavras-chave *Socialização, Instituição de Longa Permanência para Idosos, Idoso, Vulnerabilidade em saúde, Incapacidade funcional*

¹ Departamento de Ciências Atmosféricas e Climáticas, Centro de Ciências Exatas e da Terra, Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Campus Universitário Lagoa Nova, Lagoa Nova. 59078-970 Natal RN Brasil. lara@ccet.ufrn.br

² Faculdade de Ciências Econômicas, Departamento de Economia, Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Belo Horizonte MG Brasil.

³ Departamento de Enfermagem Aplicada, Escola de Enfermagem, UFMG. Belo Horizonte MG Brasil.

⁴ Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Medicina, UFMG. Belo Horizonte MG Brasil.

Introdução

No Brasil, o envelhecimento populacional, cujo processo iniciou-se na década de 1960, segue acelerado¹. Em 2010, havia no país 39 idosos com 60 anos ou mais para cada 100 pessoas de 15 a 59 anos. Em 2040, essa razão deverá aumentar para 153². Do ponto de vista do indivíduo, esse processo requer uma adaptação a um novo contexto. Em geral, a passagem à condição de idoso implica a saída do mercado de trabalho para a aposentadoria. Nesse processo há, simultaneamente, substituição e redução de atividades com finalidades diferentes daquelas realizadas durante a fase ativa. Nesse escopo, a integração social dos idosos, que podem e devem desempenhar funções na vida social sem ser uma carga para os mais jovens, é de extrema importância³. A integração social consiste no processo de criação de uma unidade, com inclusão e participação em todos os níveis da sociedade para que cada pessoa seja livre para atuar como desejar e, independentemente de seus atributos, desfrute de igualdade de oportunidades, direitos e serviços disponíveis. Quando o indivíduo se encontra em uma condição de exclusão social, os seus direitos são negligenciados⁴.

No caso dos idosos institucionalizados, os desafios em relação à inclusão e integração social podem se tornar ainda maiores, dadas as distâncias, as dificuldades de comunicação e, até mesmo, o isolamento e o abandono⁵. As Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) são estabelecimentos para atendimento integral desses indivíduos independentemente de sua capacidade funcional. Essas instituições deveriam proporcionar serviços adequados em áreas interdisciplinares, tais como, sociais, médicas, psicologia, enfermagem, fisioterapia, terapia ocupacional e odontologia^{6,7}. O processo da institucionalização pressupõe etapas que promovam e garantam a integridade, a privacidade e a independência do idoso. Deve ainda estimular a sua integração e disponibilizar redes de apoio social, contribuindo para o seu bem-estar, não só ao nível da prestação de serviços e cuidados básicos, como no que se refere às interações. A integração social cria um sentido de pertencimento ao grupo, proporcionando espaço para a criação de novos projetos e objetivos para esta etapa da vida. Esse conjunto de fatores deverá criar em cada um a oportunidade de interação e aquisição de papéis sociais ajustados aos idosos⁸.

Até o presente momento, não foram encontradas análises empíricas para o Brasil que

abordem essa temática. Os estudos existentes, em geral, se preocupam em avaliar o perfil socio-demográfico, de saúde e dependência funcional desse subgrupo populacional⁹⁻²⁴. Há algumas evidências sobre a realização de atividades físicas e de lazer sem, contudo, considerar uma medida apropriada do grau de integração social desses indivíduos^{19,20,25,26}. Esses artigos também se referem a uma localidade específica ou se restringem a uma determinada ILPI. Um estudo mais amplo no Brasil foi realizado por Camarano *et al.*⁷. A partir de um levantamento de todas as ILPI existentes no país, os autores caracterizaram as condições de infraestrutura, recursos humanos e financeiros, e instalações físicas que permitam a realização de atividades integrativas e de socialização. No entanto, apesar de sua relevância e abrangência, não foi escopo deste estudo avaliar o grau de integração dos idosos institucionalizados. O presente estudo tem como objetivo caracterizar os idosos não frágeis institucionalizados em Natal - Rio Grande do Norte, enfatizando a integração social nessas instituições, considerando as diferenças entre as ILPI públicas e privadas. Essa análise se constitui em um avanço para o melhor entendimento das condições de vida de um segmento da população que tem se tornado cada vez mais relevante na sociedade brasileira.

Material e Método

Base de dados

A fonte de dados provém de uma pesquisa realizada nas ILPI localizadas em Natal, Rio Grande do Norte, nas quais foram entrevistados indivíduos institucionalizados com 60 anos e mais. As entrevistas ocorreram entre outubro e novembro de 2012. Em Natal, em 2011, havia 14 ILPI cadastradas pela Secretaria Municipal de Saúde e pelo Conselho Municipal do Idoso. Dessas 14, onze concordaram em participar da pesquisa, das quais seis eram registradas como privadas com fins lucrativos e, cinco, como filantrópicas. As três ILPI que se recusaram a participar eram filantrópicas.

O total de pessoas institucionalizadas nas 11 ILPI era igual a 391, dos quais 62% estavam em instituições filantrópicas. Dentre os institucionalizados, três tinham menos de 60 anos (0,8%), seis (1,5%) não responderam de forma favorável ao Mini Exame do Estado Mental (MEEM) e 314 (80,1%) estavam impossibilitados de se submeterem a esse exame devido às condições de

fragilidade. Dessa forma, dos 391 residentes, 68 (17,3%) foram selecionados para participar da pesquisa uma vez que a análise da integração social é pertinente entre idosos livres de problemas cognitivos e aptos a responderem a entrevista. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, em 28 de setembro de 2012.

Variáveis

O instrumento utilizado foi o Brazil Old Age Schedule (BOAS) adaptado que contempla características sociodemográficas, condições de saúde e de socialização e grau de depressão²⁷. O Quadro 1 sintetiza as variáveis selecionadas para

o presente estudo. Em relação ao estado geral de saúde, o idoso entrevistado poderia avaliá-lo em 4 categorias: ótima, boa, ruim e péssima. Uma variável binária foi construída classificando-os em saudáveis (ótima ou boa) e não saudáveis (ruim ou péssima). Para avaliar o nível de capacidade funcional, foi construído um indicador com as seguintes categorias conforme proposto por Silva²⁸: dependente, frágil e independente. A classificação dos entrevistados nessas categorias obedeceu à soma das atividades básicas da vida diária (ABVD) e atividades instrumentais da vida diária (AIVD) que o idoso é capaz de realizar, atribuindo um peso maior (igual a 2) para a capacidade de realizar as ABVD²⁸. Esse indicador pode assumir valores entre zero e 19, sendo

Quadro 1. Definição das variáveis selecionadas.

Variáveis	Descrição	Categorias
Sociodemográficas		
Sexo	Binária	Mulher; Homem
Grupo de idade	Três grupos de idade do idoso.	60 a 69; 70 a 79; 80 e mais
Status conjugal	Quatro grupos referentes ao status conjugal atual do idoso	Casado; viúvo; divorciado; solteiro
Filhos	Tem pelo menos 1 filho vivo (homem ou mulher)	Sim; não
Escolaridade	Três categorias referentes ao nível de escolaridade máxima do idoso.	Nenhuma; fundamental; ensino médio ou superior
Natureza	Variável binária indicando a natureza da ILPI	Privada; Filantrópica
Tempo de institucionalização	Três categorias referentes ao tempo que o idoso está na ILPI	< 1 ano; 1 a 4 anos; 5 e mais
Socialização		
Recebeu visitas na semana anterior à entrevista	De filhos ou de outros familiares, ou de amigos, vizinhos ou outras pessoas.	Sim: se recebe visitas de amigos/vizinhos/outras pessoas ou de filhos/outros familiares Não: Não recebe visitas
Integração social e participativo	Duas categorias referentes ao nível de integração social e participativo	Isolado; sociável ou integrado
Condições de saúde		
Estado de saúde geral	Duas categorias referentes ao estado de saúde geral atual do idoso	Saudável (ótimo ou bom); não saudável (ruim ou péssimo)
Queda	Sofreu queda nos últimos 3 meses	Sim; não
Visão	Duas categorias referentes à visão do idoso (com ou sem ajuda de óculos)	Ótima ou boa; Ruim, péssima ou cego
Audição	Duas categorias referentes à audição (com ou sem ajuda de aparelhos)	Ótima ou boa; Ruim ou péssima
Saúde bucal	Duas categorias referentes ao estado de saúde dos dentes	Ótimo ou bom; Ruim ou péssimo
Incontinência	Sinais de incontinência urinária	Sim; não
Nível de Capacidade Funcional (NCF)	Três categorias referente ao nível de capacidade funcional em realizar ABVD e AIVD	Dependente; frágil; independente
Nível de Depressão	Variável com duas categorias construída com base no somatório da presença de 9 sintomas relacionados à depressão	Sem depressão ou depressão moderada; depressão severa

considerados como dependentes os idosos que receberam pontuação de zero a 8, frágeis aqueles com pontuação entre 9 e 17 e independentes os com pontuação 18 ou 19. As ABVD investigadas foram: comer, vestir-se, pentear os cabelos, caminhar em superfície plana, deitar e levantar da cama, tomar banho e ir ao banheiro em tempo. As AIVD se referem ao autocuidado, manutenção e independência do idoso, tais como, andar pela instituição, arrumar seu quarto e sua cama, tomar seus remédios, subir e descer escadas e cortar as unhas dos pés.

A depressão foi avaliada a partir de nove variáveis que indicavam presença ou ausência das seguintes condições no último mês: solidão; preocupação; dificuldade para dormir; alimentação considerada boa; irritação/se sentiu zangado/nervosismo; tristeza ou depressão; sentiu que viver não valia a pena; atualmente ter perdido interesse ou satisfação pelas coisas; felicidade de um modo geral. Um indicador foi construído a partir do somatório desses sintomas sendo os idosos classificados em duas categorias: 1) ausência de depressão (indicador igual a zero) ou depressão moderada (entre 1 e 4); e 2) depressão severa (entre 5 a 9).

A variável que mensura o nível de participação social e integrativo foi construída a partir das seguintes dimensões: individual, contato interpessoal moderado e atividades em grupo²⁸. A dimensão individual consiste no somatório da realização das seguintes atividades: ouvir rádio, assistir à TV e ler revistas ou livros. No caso da dimensão de contato moderado, considerou-se a soma das atividades: leitura de jornais, recebimento de visitas, saídas para visitas a parentes, passeios curtos e encontros sociais ou comunitários, e realização de atividades de distração tais como jogos de carta, xadrez, jardinagem, costurar, bordar ou tricotar. A dimensão de atividades em grupo compreendeu o somatório da participação de serviços religiosos, prática de esportes e saída para visitar amigos. O indicador foi, portanto, calculado a partir da soma ponderada dessas três dimensões, com peso igual a 1 para a dimensão individual, 2 para a de contato moderado e 3 para atividades em grupo²⁸. O indicador varia de zero a 35 com os idosos sendo classificados como isolados (pontuação entre zero e 12), sociáveis (pontuação entre 13 e 23) e integrados (pontuação entre 24 e 35). Devido ao pequeno número de observações, os idosos integrados foram reclassificados no grupo de sociáveis.

Método de análise

Realizou-se uma análise descritiva das informações coletadas. Para comparação de proporções os testes estatísticos utilizados foram χ^2 de Pearson ou teste exato de Fisher. O nível de significância considerado foi 10% ($p < 0,10$). Posteriormente, foram estimados perfis sociodemográficos e de saúde dos idosos a partir do método *Grade of Membership* – GoM buscando-se identificar uma tipologia da integração social dos idosos institucionalizados. Esse método é apropriado para analisar dados categóricos provenientes de amostra de tamanho reduzido frente ao número de variáveis²⁹.

O GoM foi desenvolvido com base nas teorias dos conjuntos nebulosos. De acordo com essa teoria, os indivíduos não se organizam em conjuntos bem definidos, mas podem pertencer parcialmente a múltiplos conjuntos ou perfis com diferentes graus de pertinência. Com base na distribuição das características individuais, o método define perfis extremos e estima o grau de pertencimento de cada indivíduo a cada perfil usando o método de máxima verossimilhança³⁰. Para cada indivíduo i , J variáveis categóricas são observadas, na qual a j -ésima variável tem L_j níveis de resposta. Considere K como o número de perfis extremos. A probabilidade de que a l -ésima categoria de resposta da j -ésima variável esteja associada ao k -ésimo perfil extremo é representada por λ_{kjl} . O grau de pertinência g_{ik} é estimado para cada indivíduo a um k -ésimo perfil, podendo variar entre 0 e 1, com $\sum_{k=1}^K g_{ik} = 1$ para cada i . Os valores extremos indicam que o indivíduo não pertence ou pertence integralmente ao perfil k , respectivamente, enquanto valores intermediários indicam adesão parcial^{29,30}. Indivíduos que pertencem integralmente a um determinado perfil ($g_{ik} = 1$) são chamados tipos puros. As características que definem os perfis são obtidas a partir da comparação entre as estimativas de λ_{kjl} e as frequências marginais dos resultados de uma categoria de resposta l a uma variável j . Para caracterizar os perfis, considerou-se como regra decisória se a estimativa de λ_{kjl} fosse 1,2 vezes maior do que a respectiva frequência marginal.

Foram definidos três perfis extremos e os resultados relativos ao grau de pertinência de cada idoso permitiram identificar o número de idosos que em alguma medida compõe cada um desses perfis. Foi considerado que o idoso pertence predominantemente ao perfil k se g_{ik} era maior ou igual a 0,75. Idosos com g_{ik} entre 0,50 e 0,74 foram definidos com híbridos, mas com

características predominantes do perfil k. Foram classificados como “amorfos” idosos cujo grau de pertinência era inferior a 0,50.

Como a amostra é reduzida, a presença de “não resposta” (*missing*) em algumas variáveis para a construção da tipologia inviabilizaria a análise. Dessa forma, considerou-se na estimativa dos perfis um indicador binário igual a 1 para essas observações nas seguintes variáveis com 3 ou mais *missings*: nível de integração social (3 observações), tempo de institucionalização (3 observações), depressão (7 observações) e nível de capacidade funcional (7 observações).

Resultados

A Tabela 1 apresenta as características sociodemográficas e de saúde dos idosos, por natureza da ILPI. Considerando todas as 11 ILPI, a maior parte dos entrevistados era do sexo feminino (63,2%), alguma vez casada (50,8% viúvos e 22,4% divorciados) e reportou ter tido pelo menos um filho vivo (62,7%). A metade declarou apresentar idade mais avançada (51,5% com 80 anos e mais) e baixa escolaridade, com 75,8% tendo no máximo ensino fundamental completo. Avaliando o estado de saúde, 43% reportaram ter saúde ruim ou péssima e 28% sofreram queda nos últimos três meses. A saúde bucal e a qualidade da visão também indicaram uma condição desfavorável, com 61,2% e 45,6% dos idosos avaliando essas dimensões como ruim ou péssima, respectivamente. Apenas 32,8% foram classificados como independentes em relação ao nível de capacidade funcional. Outro indicador preocupante se refere à depressão, com 37,7% sofrendo dessa condição.

Houve diferenças significativas entre as ILPI filantrópicas e privadas quanto ao nível de instrução e ao tempo de institucionalização ($p < 0,05$). Mais de 90% dos idosos nas ILPI filantrópicas tinham até o ensino fundamental e apenas 2,7%, ensino superior. Nas privadas, esses percentuais eram iguais a 55% e 20,7% respectivamente. Quanto ao tempo de institucionalização, nas filantrópicas quase 40% dos idosos eram institucionalizados há mais de 5 anos, em contraste com 3,6% verificado nas privadas. Chama a atenção as diferenças por status conjugal ($p < 0,10$), com uma parcela superior de idosos viúvos sendo observada nas ILPI privadas, comparada às filantrópicas (67,9% e 38,5%, respectivamente). Em relação ao estado de saúde, a principal diferença refere-se à saúde bucal. Enquanto qua-

se 45% dos idosos residentes em ILPI filantrópicas tinham saúde bucal péssima, nenhum idoso em ILPI privada apresentava essa condição ($p < 0,05$). A qualidade da visão ($p < 0,10$) variou entre as ILPI, sendo que, nas filantrópicas, menos de 45% tinham visão boa ou ótima, contra quase 70% nas privadas.

Apenas 33,9% dos idosos foram classificados como integrados ou socializados. Esse percentual foi 46,4% entre os idosos em ILPI privadas contra 24,3% nas filantrópicas, sendo essa diferença significativa a 10% (resultados não mostrados). A Tabela 2 apresenta a proporção de idosos que reportou realizar cada uma das atividades que compõem o indicador de integração social, segundo grau de socialização e natureza da ILPI. Como esperado, os idosos sociáveis e integrados apresentaram percentuais mais elevados e estatisticamente significativos do que os isolados em quase todas as atividades analisadas, exceto nas questões relacionadas a ouvir rádio e assistir à televisão. A diferença mais marcante foi verificada para a atividade “sair para encontros sociais ou comunitários”, cujo percentual foi igual a 68,2% entre os sociáveis ou integrados contra 2,3% entre os isolados. Também chama atenção as diferenças observadas para as atividades que envolvem saídas da instituição, realização de atividades de distração e práticas de esportes. Para essas últimas atividades, contudo, ressalta-se que a proporção que consegue realizar é muito baixa independentemente do grau de integração social. Não houve diferenças segundo a natureza da ILPI exceto para as atividades que envolvem leitura e saídas para visitas a parentes. Para essas atividades, a proporção foi mais elevada entre aqueles que residiam em ILPI particulares.

A Tabela 3 apresenta os resultados dos perfis de idosos institucionalizados estimados pelo GoM. O primeiro perfil é caracterizado pela maior presença de *homens sociáveis ou integrados e residentes em ILPI filantrópicas*. Apesar de apresentarem saúde bucal ruim ou péssima, esses indivíduos possuem melhores condições de saúde conforme autoavaliação do estado de saúde geral e da audição, e ausência de incontinência urinária e depressão. Outra característica importante desse perfil é a presença de idosos com independência funcional. Além disso, os idosos que compõem esse perfil têm idades entre 60 e 79 anos, com pelo menos um filho vivo e estão institucionalizados há mais tempo (Tabela 3). Em torno de 22% dos idosos compõem esse grupo, dos quais 7 possuem características predominantes desse perfil (Tabela 4).

Tabela 1. Características sociodemográficas e de saúde dos idosos institucionalizados no município de Natal, segundo natureza da ILPI, 2012.

Variáveis	Filantrópico	Privada	Total		Teste Chi ²
	%	%	n	%	P-valor
Homens	38,5	34,5	25	36,8	
Mulheres	61,5	65,5	43	63,2	0,736
60 a 69 anos de idade	25,6	10,3	13	19,1	
70 a 79 anos de idade	33,3	24,1	20	29,4	
80 e mais anos de idade	41,0	65,5	35	51,5	0,108
Casado	12,8	14,3	9	13,4	
Viúvo	38,5	67,9	34	50,8	
Divorciado	28,2	14,3	15	22,4	
Solteiro	20,5	3,6	9	13,4	0,053
Não tem filhos	42,1	31,0	25	37,3	
Tem pelo menos 1 filho vivo	57,9	69,0	42	62,7	0,353
Sem Escolaridade	27,0	3,5	11	16,7	
Ensino Fundamental	64,9	51,7	39	59,1	
Ensino Médio	5,4	24,1	9	13,6	
Pelo menos um ano de Ensino Superior	2,7	20,7	7	10,6	0,002
<1 ano institucionalizado	13,9	28,6	13	20,3	
Entre 1 e 4 anos	47,2	67,9	36	56,3	
5 anos e mais institucionalizado	38,9	3,6	15	23,4	0,004
Estado de saúde geral ótimo e bom	50,0	65,5	38	56,7	
Estado de saúde geral ruim e péssimo	50,0	34,5	29	43,3	0,204
Não sofreu queda	69,2	75,9	49	72,1	
Sofreu queda	30,8	24,1	19	27,9	0,547
Visão ótima	2,6	10,3	4	5,9	
Visão boa	41,0	58,6	33	48,5	
Visão ruim	41,0	27,6	24	35,3	
Visão péssima/cego	15,4	3,5	7	10,3	0,051
Audição ótima	5,1	6,9	4	5,9	
Audição boa	71,8	72,4	49	72,1	
Audição ruim	18,0	17,2	12	17,7	
Audição péssima	5,1	3,5	3	4,4	0,978
Saúde bucal ótima	0,0	3,6	1	1,5	
Saúde bucal boa	15,4	67,9	25	37,3	
Saúde bucal ruim	41,0	28,6	24	35,8	
Saúde bucal péssima	43,6	0,0	17	25,4	<0,001
Não sofre incontinência urinária	51,3	41,4	32	47,1	
Sofre incontinência urinária	48,7	58,6	36	52,9	0,418
Dependente funcional	17,1	19,2	11	18,0	
Fragilidade funcional	42,9	57,7	30	49,2	
Independente funcional	40,0	23,1	20	32,8	0,367
Não tem depressão	61,8	63,0	38	62,3	
Tem depressão	38,2	37,0	23	37,7	0,924

Fonte: Pesquisa Cuidadores Formais de Idosos Institucionalizados no Município de Natal/RN, 2012 – UFRN.

Nota: Teste Chi² - Teste do Quiquadrado para n > 4; teste de Fisher para n < 5.

O perfil 2 é caracterizado por *mulheres isoladas e residentes em ILPI filantrópicas*. Apresentam condições vulneráveis de saúde além de sofrerem de depressão e terem saúde bucal ruim ou péssi-

ma. São dependentes funcionais e estão há mais tempo institucionalizadas. Possuem entre 60 e 69 anos de idade, não têm filhos vivos, são divorciadas ou solteiras e com baixa escolaridade (Tabela

Tabela 2. Proporção de idosos que realizam atividades de integração social segundo nível de socialização e natureza da ILPI.

Atividades de integração social	Isolado	Sociável/ Integrado	Teste Chi ²	Filantrópica	Particular	Teste Chi ²	Total
	n=43	n=22	P-value	n=39	n=29	P-valor	n=68
Dimensão Individual							
Ouve rádio	48,8	68,2	0,138	64,1	44,8	0,113	55,9
Assiste TV	74,4	90,9	0,116	74,4	89,7	0,113	80,9
Lê revistas ou livros	30,2	63,6	0,010	33,3	53,6	0,098	41,8
Dimensão de Contato Moderado							
Lê jornal	23,3	63,6	0,001	27,0	48,3	0,075	36,4
Recebe visitas	81,4	100,0	0,044	87,2	89,7	1,000	88,2
Sai para visitar parentes	16,3	77,3	0,000	25,6	51,7	0,027	36,8
Sai para passeios curtos	32,6	86,4	0,000	51,3	51,7	0,971	51,5
Sai para encontros sociais ou comunitários	2,3	68,2	0,000	20,5	27,6	0,496	23,5
Realiza atividades de distração	27,9	81,8	0,000	48,7	48,3	0,971	48,5
Dimensão Atividades em Grupos							
Participa de atividades religiosas	48,8	90,9	0,001	64,1	65,5	0,904	64,7
Pratica algum esporte	7,0	27,3	0,052	12,8	13,8	0,907	13,2
Sai para visitar amigos	20,9	77,3	0,000	38,5	41,4	0,808	39,7

Fonte: Pesquisa Cuidadores Formais de Idosos Institucionalizados no Município de Natal/RN, 2012 – UFRN.

Nota: A variável que indica o nível de socialização dos idosos apresenta 3 idosos sem resposta (*missing*). Teste Chi² - Teste do Quiquadrado para $n > 4$; teste de Fisher para $n < 5$.

3). Esse grupo é composto por 34,9% dos idosos entrevistados sendo que 13 apresentam características predominantes desse perfil (Tabela 4).

O perfil 3 é caracterizado por *idosos sociáveis ou integrados que residem em ILPI particulares*, estando institucionalizados há menos tempo. Apresentam boas condições de saúde, incluindo saúde bucal e ausência de depressão, e possuem maior nível de escolaridade. No entanto, apresentam fragilidade funcional, estão em idades mais avançadas, são viúvos e declararam não ter recebido visitas nos três meses que antecederam à entrevista (Tabela 3). Esse grupo é composto por 34,9% dos idosos dos quais 15 têm características predominantes desse perfil (Tabela 4).

Discussão

Este artigo buscou caracterizar o perfil dos idosos institucionalizados em Natal considerando aspectos da integração e socialização. Foram entrevistados 68 idosos em 11 ILPI representando 17,3% do total de residentes nessas instituições. A amostra, portanto, restringe-se a um subgrupo populacional específico: idosos institucionalizados, livres de problemas cognitivos e aptos

a participarem da entrevista. Essa restrição foi necessária, pois a socialização depende da habilidade do idoso realizar atividades que medem o seu nível de integração. Problemas cognitivos severos comprometem a qualidade da entrevista devido à dificuldade de verbalização e impactam a autonomia e capacidade de envolvimento do idoso no ambiente em que está inserido³¹. Dessa forma, a perda desses idosos não compromete o objeto de análise deste artigo. Jerez-Roig et al.¹⁰, analisando 10 ILPI de Natal em 2013, também encontraram um perfil de saúde mais debilitado dos idosos. De acordo com os autores, do total de idosos institucionalizados e que aceitaram participar da pesquisa, 57% não foram capazes de responder ao questionário por problemas graves de saúde. Dentre os participantes (144 idosos), 27 e 64 apresentavam problemas cognitivos severos e moderados, respectivamente¹⁰.

O presente artigo se constitui em um avanço na medida em que os estudos existentes abordam o tema de socialização enfocando apenas nas atividades de lazer ou medindo o nível de sedentarismo^{19,20,25,26}. Estudo recente na Espanha também identificou a escassez de trabalhos que investigam o impacto de múltiplas atividades na qualidade de vida de idosos institucionalizados³².

Tabela 3. Frequências absolutas, relativas e estimativas de λ_{kjl} , segundo perfis extremos e categorias das variáveis para idosos institucionalizados em ILPI no município de Natal, 2012.

Variáveis	Frequência		Lambdas			P/F*		
	N	%	λ_{1j1}	λ_{2j1}	λ_{3j1}	1	2	3
Homens	25	36,8	0,606	0,212	0,353	1,6	0,6	1,0
Mulheres	43	63,2	0,395	0,784	0,646	0,6	1,2	1,0
60 a 69 anos de idade	13	19,1	0,248	0,276	0,134	1,3	1,4	0,7
70 a 79 anos de idade	20	29,4	0,471	0,252	0,302	1,6	0,9	1,0
80 anos e mais	35	51,5	0,342	0,504	0,608	0,7	1,0	1,2
Casado	9	13,4	0,212	0,112	0,128	1,6	0,8	1,0
Viúvo	34	50,8	0,304	0,431	0,735	0,6	0,8	1,4
Divorciado	15	22,4	0,379	0,268	0,165	1,7	1,2	0,7
Solteiro	9	13,4	0,205	0,255	0,077	1,5	1,9	0,6
Não tem filhos	25	37,3	0,272	0,527	0,320	0,7	1,4	0,9
Tem pelo menos 1 filho	42	62,7	0,727	0,476	0,677	1,2	0,8	1,1
Sem Escolaridade	11	16,7	0,455	0,093	0,085	2,7	0,6	0,5
Ensino Fundamental	39	59,1	0,444	0,861	0,396	0,8	1,5	0,7
Ensino Médio ou Superior	16	24,2	0,149	0,090	0,569	0,6	0,4	2,3
Reside em ILPI Filantrópica	39	57,4	0,913	0,811	0,066	1,6	1,4	0,1
Reside em ILPI Particular	29	42,7	0,087	0,190	0,933	0,2	0,4	2,2
<1 ano na ILPI	13	19,1	0,149	0,172	0,317	0,8	0,9	1,7
Entre 1 e 4 anos na ILPI	36	52,9	0,376	0,512	0,644	0,7	1,0	1,2
5 anos e mais na ILPI	15	22,1	0,384	0,322	0,070	1,7	1,5	0,3
Missing (tempo ILPI)	4	5,9	0,173	0,080	0,071	2,9	1,4	1,2
Não recebe vistas (amigo/filho/outro parente/outros)	19	27,9	0,275	0,256	0,369	1,0	0,9	1,3
Recebe vistas (amigo/filho/outro parente/outros)	49	72,1	0,724	0,743	0,632	1,0	1,0	0,9
Nível de Integração Social: Isolado	43	63,2	0,580	0,804	0,438	0,9	1,3	0,7
Nível de Integração Social: Sociável/Integrado	22	32,4	0,412	0,132	0,561	1,3	0,4	1,7
Nível de Integração Social: Missing	3	4,4	0,069	0,101	0,050	1,6	2,3	1,1
Estado de Saúde geral ótimo e bom	38	56,7	0,855	0,059	0,874	1,5	0,1	1,5
Estado de Saúde geral ruim e péssimo	29	43,3	0,146	0,939	0,129	0,3	2,2	0,3
Não sofreu queda	49	72,1	0,793	0,514	0,797	1,1	0,7	1,1
Sofreu queda	19	27,9	0,211	0,487	0,204	0,8	1,7	0,7
Visão ótima/ boa	37	54,4	0,567	0,126	0,936	1,0	0,2	1,7
Visão ruim/ péssima/ cego	31	45,6	0,433	0,878	0,066	0,9	1,9	0,1
Audição ótima/ boa	53	77,9	0,908	0,515	0,905	1,2	0,7	1,2
Audição ruim/ péssima	15	22,1	0,093	0,482	0,098	0,4	2,2	0,4
Saúde bucal ótima/ boa	26	38,8	0,140	0,132	0,918	0,4	0,3	2,4
Saúde bucal ruim/ péssima	41	61,2	0,856	0,866	0,081	1,4	1,4	0,1
Não sofre incontinência urinária	32	47,1	0,860	0,073	0,559	1,8	0,2	1,2
Sofre incontinência urinária	36	52,9	0,137	0,927	0,444	0,3	1,8	0,8
NCF: Dependente	11	16,2	0,112	0,369	0,082	0,7	2,3	0,5
NCF: Frágil	30	44,1	0,266	0,450	0,623	0,6	1,0	1,4
NCF: Independente	20	29,4	0,643	0,132	0,257	2,2	0,4	0,9
NCF: Missing	7	10,3	0,110	0,117	0,123	1,1	1,1	1,2
Não tem depressão	38	55,9	0,845	0,155	0,636	1,5	0,3	1,1
Tem depressão	23	33,8	0,119	0,657	0,309	0,4	1,9	0,9
Missing (Depressão)	7	10,3	0,115	0,227	0,088	1,1	2,2	0,9

Nota: * P/F é a razão entre cada uma das probabilidades e as frequências marginais. A significância de λ_{kjl} está indicada por célula sombreada.

Fonte: Pesquisa Cuidadores Formais de Idosos Institucionalizados no Município de Natal/RN, 2012 – UFRN.

Tabela 4. Distribuição dos idosos institucionalizados em ILPI no município de Natal segundo perfis predominantes estimados pelo GoM, 2012.

Predominância do Perfil	Frequência	%
Perfil 1: Homens integrados saudáveis em ILPI filantrópica		
Predominante 1	7	11,1
Misto com 2	3	4,8
Misto com 3	4	6,3
Total P 1	14	22,2
Perfil 2: Mulheres isoladas não saudáveis em ILPI filantrópica		
Predominante 2	13	20,6
Misto com 1	6	9,5
Misto com 3	3	4,8
Total P 2	22	34,9
Perfil 3: Idosos em idades avançadas sociáveis saudáveis em ILPI privada		
Predominante 3	15	23,8
Misto com 1	4	6,3
Misto com 2	3	4,8
Total P 3	22	34,9
Amorfos	5	7,9
Total	63	100,0

Fonte: Pesquisa Cuidadores Formais de Idosos Institucionalizados no Município de Natal/RN, 2012 – UFRN.

Quanto ao lazer, especificamente, Davim et al.²⁵, com base em uma amostra de 76 idosos residentes em três ILPI filantrópicas em Natal, verificaram que essas atividades eram limitadas ou inexistentes. Em duas das três instituições avaliadas, 69% dos idosos reportaram participar dessas atividades enquanto na terceira instituição, todos os entrevistados eram sedentários. Apesar de 67% acharem importante as atividades de lazer, 49% reportaram não ter interesse em realizá-las²⁵.

A análise da socialização dos idosos é pertinente considerando sobretudo o contexto de envelhecimento da população brasileira. As ILPI, na medida em que se constituem em uma alternativa de cuidado ao idoso cada vez mais presente na sociedade, deveriam manter ou até mesmo estimular a integridade e a independência do idoso em todos os aspectos da vida social dentro e fora da instituição. Mohamadimia et al.³³, em estudo realizado em uma cidade do Irã, identificaram um ‘senso de rejeição’ generalizado entre idosos institucionalizados, sendo necessário fomentar o envolvimento da família e a opinião dos idosos na organização das normas das instituições que os abrigam.

Os principais resultados encontrados no presente estudo mostraram uma proporção mais elevada de mulheres (63,2%) e em idades mais avançadas (51,5%) entre os entrevistados, principalmente quando comparado com a popula-

ção idosa não institucionalizada. De acordo com o IBGE³⁴, as mulheres representavam 56,3% do total de idosos não institucionalizados em Natal e apenas 11,1% tinham idade acima de 79 anos. Outra característica dos entrevistados refere-se à escolaridade, com 75,8% possuindo no máximo ensino fundamental completo e apenas 10,6% com pelo menos um ano de ensino superior. Essa proporção reflete o menor nível educacional desse segmento populacional no município, que segundo o IBGE³⁴, era igual a 69,9% e 11,2% respectivamente.

Analisando a condição de saúde, os entrevistados apresentaram um perfil mais debilitado. Em torno de 43% e 61% reportaram ter saúde geral e bucal ruim ou péssima, respectivamente. Esses percentuais são superiores ao observado para os não institucionalizados, sendo iguais a 12% e 13%³⁴. Estudos prévios indicam que a saúde oral dos idosos tende a ser precária e piora com a institucionalização^{35,36}. Outro indicador preocupante se refere à depressão, com cerca de 38% dos entrevistados sofrendo dessa condição. Entre os não institucionalizados, esse percentual não ultrapassava 11%³⁴. Além disso, 28% dos entrevistados declararam ter sofrido queda nos últimos três meses. De acordo com o IBGE³⁴, a proporção de queda entre idosos não institucionalizados nos 12 meses que antecederam a pesquisa foi de apenas 9,3%. Segundo Bayen et al.³⁷,

nos Estados Unidos a queda é a causa principal de lesões fatais e não fatais entre idosos com mais de 65 anos, ficando explícita, assim, a importância de medidas que visem sua prevenção.

A análise, segundo a natureza da ILPI, evidencia um perfil diferenciado no que se refere às condições sociodemográficas e de saúde. As instituições filantrópicas tendem a apresentar um perfil menos envelhecido, mas com menor nível de instrução e condições mais debilitadas de saúde principalmente no que se refere à saúde bucal e qualidade da visão. Esse resultado corrobora estudo de Pinheiro *et al.*¹¹, também em Natal. Os poucos estudos encontrados no Brasil indicam a necessidade de mais trabalhos que tenham por enfoque os diferenciais entre os dois tipos de instituições.

Os resultados relacionados ao nível de integração mostraram que apenas 34% dos idosos entrevistados foram considerados como integrados ou socializados. Esse percentual, apesar de mais elevado nas ILPI privadas, ainda se encontra em patamares reduzidos considerando que os idosos investigados foram aqueles que estavam livres de problemas cognitivos severos e, supostamente, capazes de realizar atividades socializantes. Dentre as atividades investigadas, ouvir rádio e assistir à TV não foram estatisticamente diferentes entre os isolados e os integrados/socializados. Para as demais, a proporção de indivíduos realizando cada uma das atividades foram mais elevadas entre os integrados. As que apresentaram maiores diferenças foram aquelas que envolvem saídas da instituição, práticas de esportes e atividades de distração. As duas últimas, além da capacidade física do indivíduo, envolvem a infraestrutura e os recursos humanos disponíveis que possibilitem e estimulem a sua realização.

As diferenças entre ILPI filantrópicas e privadas foram verificadas apenas para atividades de leitura e saídas para visitas a parentes, sendo essa proporção mais elevada nas particulares. Estudo realizado para a Suécia³⁸ não encontrou distinções claras entre instituições financiadas e não financiadas pelo Estado no que se refere à qualidade do cuidado, sugerindo que eventuais diferenças são determinadas por especificidades dos idosos de cada país, e não pelos cuidados prestados em si. No caso do presente estudo, em parte, essas diferenças refletem a composição sociodemográfica de cada uma dessas instituições. Nas privadas, residem idosos com maior nível de escolaridade o que pode tornar mais frequente as atividades de leitura. As visitas a parentes e amigos refletem, em algum grau, o vínculo ainda

presente entre os idosos e os indivíduos antes de sua institucionalização. A proporção de idosos com mais de 5 anos de institucionalização era mais elevada nas ILPI filantrópicas podendo resultar em um vínculo mais tênue com seus familiares e amigos.

Os resultados sugerem possível efeito de composição sociodemográfica e de saúde na realização das atividades de socialização. O pequeno número de observações da amostra inviabiliza uma análise descritiva desagregada por atributos individuais. Essa limitação, no entanto, é contornada a partir da estimação dos perfis de idosos institucionalizados utilizando-se o GoM^{29,30}. Foram identificadas três perfis distintos em termos do nível de integração, atributos sociodemográficos e de saúde, e natureza da ILPI. Os dois primeiros compreendem idosos em ILPI filantrópicas. O que diferencia esses perfis é o nível de integração, condições de saúde e capacidade funcional. O perfil de socializados e integrados (perfil 1) é composto por idosos com melhores condições de saúde, independência funcional e ausência de depressão. Esse perfil também agrega homens com idades entre 60 e 79 anos, e com mais tempo de institucionalização. Em contraposição, o perfil de isolados (perfil 2) é caracterizado por idosos com saúde mais debilitada apresentando dependência funcional e depressão. Os resultados indicam que o estado de saúde precário é um empecilho para a integração social nas ILPI filantrópicas. Essas instituições, de alguma forma, conseguem integrar idosos com características favoráveis, mas não aqueles que apresentam um processo de perda de sua capacidade funcional e saúde mental. Para reverter esse quadro, é fundamental não apenas reestabelecer as condições clínicas desses indivíduos, como também promover atividades de integração específicas para idosos que experimentam limitações funcionais e depressão. O desenvolvimento dessas atividades é primordial uma vez que esses idosos do perfil 2 estão em idades relativamente mais jovens. Para Leite *et al.*³⁹, a prevenção da depressão entre os idosos deve compreender atividades que promovam um envelhecimento mais ativo e participativo. Essas ações incluiriam a promoção da saúde, a continuidade de exercícios físicos adequados e adaptados às necessidades, a diminuição das barreiras físicas permitindo maior mobilidade, a solidariedade informal entre pessoas próximas e residentes do local, a atividade mental, bem como a socialização do idoso.

O terceiro perfil congrega idosos sociáveis ou integrados residentes em ILPI privadas. Esses

idosos apresentam condições mais favoráveis de saúde e socioeconômicas (escolaridade) e ausência de depressão. Compreende idosos mais longevos, o que é uma característica das ILPI privadas, e que já experimentavam alguma fragilidade funcional. Portanto, diferente do observado em ILPI filantrópicas, sofrer de alguma incapacidade parece não se constituir em um obstáculo para a integração dos idosos em instituições privadas. Esses resultados podem refletir tanto as características das ILPI, mas também as condições de saúde e socioeconômicas dos residentes nessas instituições.

Os resultados oferecem, em certa medida, indícios das atividades passíveis de serem realizadas em cada ILPI. Uma investigação mais detalhada dos recursos humanos e físicos disponíveis para fomentar a integração dos idosos seria necessária para melhor entender a qualidade e a quantidade da estrutura existente em cada instituição. Camarano et al.⁷ realizaram um estudo censitário inédito no Brasil sobre as ILPI avaliando a disponibilidade de recursos físicos, humanos e financeiros. O estudo mostrou a menor importância das atividades associadas ao lazer e integração social comparado com os serviços médicos. Em torno de 66,1% das instituições reportaram oferecer serviços médicos enquanto apenas 45,4%, atividades de lazer. Em relação aos espaços de convivência, 90% das instituições possuíam refeitório, jardim/pátio/quintal e sala de TV/vídeo e cerca de 50% apresentavam espaços para a realização de atividades religiosas. Por outro lado, verificaram a escassez de instituições com bibliotecas ou salas de leitura (15%) e piscinas (menos de 10%). A presença desses espaços se reflete nos resultados encontrados no presente estudo. Assistir à TV e participar de atividades religiosas, juntamente com o recebimento de visitas, destacam-se como as principais formas de integração social nas 11 ILPI investigadas em Natal. Em contraposição, hábitos de leitura e práticas de esporte estão entre as menos prevalentes, especialmente nas filantrópicas.

Outra característica que pode afetar atividades de integração social é a qualidade e quantidade de cuidados prestados por profissionais responsáveis pelos idosos. Barbosa et al.⁴⁰ mostraram diferenças entre as ILPI filantrópicas e privadas em Natal no que se refere à escolaridade e capacitação dos cuidadores. Enquanto nas privadas o nível educacional do cuidador era mais elevado, nas filantrópicas, observou-se uma parcela maior daqueles que realizaram cursos de capacitação como forma de compensar a baixa

escolaridade desses profissionais. Avaliando as condições de trabalho, o estudo mostrou uma sobrecarga dos cuidadores que exerciam suas atividades principalmente nas ILPI filantrópicas com jornadas de trabalho mais exaustivas além de serem responsáveis por um número maior de idosos. As condições de sobrecarga física e emocional dos cuidadores são de extrema importância, pois precisam lidar com sintomas de depressão e isolamento, que acometem grande parte dos idosos⁴¹, o que pode comprometer o tempo disponível para estimular as atividades integrativas.

Estar institucionalizado não deveria ser sinônimo de isolamento e exclusão social. Assim, uma das atribuições da ILPI seria criar ambientes profícuos para a interação dos idosos de acordo com sua nova realidade. A interação social é fundamental e tem impactos importantes sobre a saúde física e mental dos idosos^{12,42}. No contexto da ILPI, essas questões são especialmente relevantes, pois a institucionalização, em um primeiro momento, pode vir acompanhada de uma ruptura com as redes sociais que envolvem amigos, vizinhos e familiares⁴³. Mesmo entre os autônomos, o estímulo à interação social é fundamental para a manutenção de sua capacidade física e mental. Entre os idosos que já experimentam alguma perda funcional e depressão, o desenvolvimento dessas atividades podem inclusive auxiliar na sua recuperação.

Conclusão

A contribuição deste artigo foi mensurar o grau de integração dos idosos não frágeis nas instituições e criar perfis de forma a caracterizar a sua socialização segundo aspectos sociodemográficos e natureza da ILPI. Essa temática é relevante pois a institucionalização deveria manter ou até mesmo estimular a integridade e a independência do idoso em todos os aspectos da vida social dentro e fora da instituição. Os resultados sugerem deficiências na estrutura e nos serviços providos pelas ILPI em Natal, privadas e filantrópicas, em criar ambientes mais favoráveis de convivência e de socialização que busquem manter ou recuperar a autonomia desses idosos.

A principal limitação deste estudo, além do número reduzido de observações, é o fato de se restringir a um município brasileiro que pode refletir uma realidade específica do país. Diante do envelhecimento populacional vivenciado no Brasil, o desenvolvimento desses estudos tem se tornado relevante para subsidiar ações e políticas

que visem atender às demandas desse subgrupo populacional. Com a queda nas taxas de fecundidade e a maior participação das mulheres no mercado de trabalho, a disponibilidade de cuidadores informais ficará mais restrita tornando as ILPI uma alternativa cada vez mais aceita ou até mesmo a única opção de cuidado para as próximas gerações de idosos.

Colaboradores

LM Barbosa: trabalhou na elaboração da pesquisa de campo e levantamento dos dados, na concepção do estudo, no levantamento da literatura, escrita do artigo, definição da metodologia, estimação e análise de resultados, discussão e revisão e formatação do artigo. K Noronha: trabalhou na concepção do estudo, no levantamento da literatura, escrita do artigo, definição da metodologia, estimação e análise de resultados, discussão e revisão e formatação do artigo. MCS Camargos: trabalhou no levantamento da literatura, contribuiu na concepção do estudo e escrita do artigo, discussão e revisão final do artigo. CJ Machado: trabalhou no levantamento da literatura, contribuiu na escrita do artigo e do resumo, discussão metodológica, e revisão final do artigo.

Referências

- Vasconcelos AMN, Gomes MMF. Transição demográfica: a experiência brasileira. *Epidemiol Serv Saúde* 2012; 21(4):539-548
- Miranda GMD, Mendes ACG, Silva ALA. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2016; 19(3):507-519
- Faria CG, Carmo, MP. Transição e (In) Adaptação ao Lar de Idosos: Um Estudo Qualitativo. *Psicologia: Teoria e Pesquisa* 2015; 31(4):435-442.
- Deiter AM. *International Obstacles To Social Integration* [theses]. Laramie: University of Wyoming; 2016.
- Berleze DJ, Tolfo JC, Costa VRP, Marques CLS. Idosos institucionalizados em Santa Maria (RS): o lazer como uma possibilidade de inclusão social. *Rev Kairós* 2014; 17(4):189-210.
- Rosa JG, Moschetto MAC, Uwasa MY, Gasparino RF. Lazer e recreação dos idosos em Instituições de Longa Permanência. *Saúde em foco* 2014; 149-161
- Camarano AA, Carvalho DF, Kanso S, Mello JL. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. In: Camarano AA, organizadora. *Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?* Rio de Janeiro: IPEA; 2010. p. 187-212.
- Rodrigues SI. *A Satisfação com a Vida de Idosos Institucionalizados* [dissertação]. Coimbra: Instituto Superior Miguel Torga; 2011.
- Alves-Silva JD, Scorsolini-Comin F, Santos MA. Idosos em instituições de longa permanência: desenvolvimento, condições de vida e saúde. *Psicol Reflexão Crit* 2013; 26(4):820-830.
- Jerez-Roig J, Souza DLB, Andrade FLJP, Lima Filho BF, Medeiros RJ, Oliveira NPD, Cabral Neto SM, Lima KC. (2016). Self-perceived health in institutionalized elderly. *Cien Saude Colet* 2016; 21(11):3367-3375
- Pinheiro NCG, Duarte Holanda VC, Almeida de Melo L, Bezerra de Medeiros AK, Costa de Lima K. Desigualdade no perfil dos idosos institucionalizados na cidade de Natal, Brasil *Cien Saude Colet* 2016; 21(11):3399-3405.
- Dias DDSG, Silva Carvalho C, Araújo CV. Comparação da percepção subjetiva de qualidade de vida e bem-estar de idosos que vivem sozinhos, com a família e institucionalizados. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2013; 16(1):127-138.
- Oliveira PB, Santos Tavares DM. Condições de saúde de idosos residentes em Instituição de Longa Permanência segundo necessidades humanas básicas. *Rev bras enferm* 2014; 67(2):242-246.
- Del Duca GF, Silva MC, Silva SG, Nahas MV, Hallal PC. Incapacidade funcional em idosos institucionalizados. *Rev. bras. ativ. fis. saude* 2011; 16(2):120-124.
- Ferreira LL, Cochito TC, Caires F, Marcondes LP, Saad PC. Perfil sociodemográfico e funcional de idosos institucionalizados. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento* 2012; 17(2):374-386.
- Lima CLJ, Costa MML, Ferreira JDL, Silva MA, Souza Ribeiro JK, Soares MJGO. Perfil sociodemográfico e clínico de idosos institucionalizados. *Revista de enfermagem UFPE on line* 2013; 7(10):6027-6034.
- Lisboa CR, Chianca TCM. Perfil epidemiológico, clínico e de independência funcional de uma população idosa institucionalizada. *Rev bras enferm* 2012; 65(3):482-488.
- Oliveira PHD, Mattos IE. Prevalência e fatores associados à incapacidade funcional em idosos institucionalizados no Município de Cuiabá, Estado de Mato Grosso, Brasil, 2009-2010. *Epidemiol Serv Saude* 2012; 21(3):395-406.
- Oliveira MPF, Novaes G, Carvalho MR. Perfil socioeconômico, epidemiológico e farmacoterapêutico de idosos institucionalizados de Brasília, Brasil. *Cien Saude Colet* 2013; 18(4):1069-1078.
- Segalla R, Spinelli RB, Zanardo VPS, Zemolin GP. Perfil antropométrico e qualidade de vida de idosos independentes institucionalizados e não institucionalizados, no município de Erechim, RS. *Revista Perspectiva* 2013; 37(137):81-92.
- Agner VFC, Gomes ARS, Paz LP, Correa CL. Identificação do perfil físico-funcional de idosos de uma instituição de longa permanência. *Revista Pesquisa em Fisioterapia* 2013; 3(2):152-167.
- 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):785-796.
- Borges CL, Silva MJ, Bezerra Clares JW, Peixoto Besa ME, Freitas MC. Avaliação da fragilidade de idosos institucionalizados. *Acta paul enferm* 2013; 26(4):318-322.
- Borges CL, Silva MJ, Clares JWB, Menezes Nogueira J, Freitas MC. Características sociodemográficas e clínicas de idosos institucionalizados: contribuições para o cuidado de enfermagem. *Revista Enfermagem UERJ* 2015; 23(3):381-387.
- Davim RMB, Vasconcelos Torres G, Dantas SMM, Lima VM. Estudo com idosos de instituições asilares no município de Natal/RN: características socioeconômicas e de saúde. *Rev Latinoam Enfermagem* 2004; 12(3):518-524.
- Vitorino LM, Paskulin LMG, Vianna LAC. Qualidade de vida de idosos da comunidade e de instituições de longa permanência: estudo comparativo. *Rev Latinoam Enfermagem* 2013; 21(n. spe):3-11.
- Veras RP, Dutra S. *Perfil do idoso brasileiro: questionário BOAS (Brazil Old Age Schedule)*. Rio de Janeiro: UERJ, UnATI; 2008. [acessado 2014 Oct 28] Disponível em: http://www.crde-unati.uerj.br/liv_pdf/perfil.pdf
- Silva AC. *Atividade física habitual e saúde multidimensional de idosos na cidade de Goiania – GO* [dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2005
- Sawyer DO, Leite IC, Alexandrino R. Perfis de utilização de serviços de saúde no Brasil. *Cien Saude Colet* 2002; 7(4):757-776.
- Guedes GR, Siviero PC, Machado CJ, Pinto J, Roldarte MMS. *Grade of Membership: conceitos básicos e aplicação empírica usando o programa GoM para Windows, Linux, Stata e R*. Belo Horizonte: Editora UFMG; 2016.

31. Leite MT, Hildebrandt LM, Kirchner RM, Winck MT, Silva LAA, Franco GP. Estado cognitivo e condições de saúde de idosos que participam de grupos de convivência. *Rev Gaúcha Enferm* 2012; 33(4):64-71.
32. Arrieta H, Rezola-Pardo C, Echeverria I, Iturburu M, Gil SM, Yanguas JJ, Irazusta J, Rodriguez-Larrad A. Physical activity and fitness are associated with verbal memory, quality of life and depression among nursing home residents: preliminary data of a randomized controlled trial. *BMC Geriatrics* 2018; 18(1):80.
33. Mohammadinia N, Rezaei MA, Atashzadeh-Shoorideh F. Elderly peoples' experiences of nursing homes in Bam city: A qualitative study. *Electronic Physician* 2017; 9(8):5015-5023.
34. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Pesquisa Nacional de Saúde: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas não transmissíveis*. Rio de Janeiro: IBGE; 2014.
35. Lamster IB. Oral health care services for older adults: a looming crisis. *Am J Public Health* 2004; 94(5):699-702.
36. Aghili H, Ahadian H, Baghiani M. Dental health and treatment needs of elderly home residents and nonresidents in Yazd city. *J Health Res* 2010; 6(1):116-122.
37. Bayen E, Jacquemot J, Netscher G, Agrawal P, Tabb Noyce L, Bayen A. Reduction in Fall Rate in Dementia Managed Care Through Video Incident Review: Pilot Study. *J Med Internet Res* 2017; 19(10):e339.
38. Winblad U, Blomqvist P, Karlsson A. Do public nursing home care providers deliver higher quality than private providers? Evidence from Sweden. *BMC Health Services Research* 2017; 17(1):487.
39. Leite V, Carvalho EM, Barreto K, Falcão I. Depressão e envelhecimento: Estudo nos participantes do Programa Universidade Aberta à Terceira Idade. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil* 2006; 6(1):31-38.
40. Barbosa LM, Noronha K, Spyrides MHC, Araújo CAD. Qualidade de vida relacionada à saúde dos cuidadores formais de idosos institucionalizados em Natal, Rio Grande do Norte. *Rev bras estud popul* 2017; 34(2):391-414.
41. Alvarez ICC, Ong MB, Aboejo FT. Learning Needs and Quality Care Among Family Caregivers and Elderly Patients of Guadalupe, Cebu City, Central Philippines. *European Scientific Journal* 2017; 13(24):356-376.
42. Teixeira, LM, Santos, YMM, Oliveira, MVM. Perfil cognitivo de idosos institucionalizados em Francisco Sá/MG e São Romão/MG. *Revista Bionorte* 2015; 4(1):70-75
43. Bentes ACO, Pedroso JS, Maciel CAB. O idoso nas instituições de longa permanência: uma revisão bibliográfica. *Aletheia* 2012; (38-39):196-205.

Artigo apresentado em 03/04/2018

Aprovado em 10/09/2018

Versão final apresentada em 12/09/2018