

## Perfil dos colaboradores de uma Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI)

*Employee Profile of an Institution for the Aged*

Claudia Lysia de Oliveira Araújo  
Cleny Maciel Lopes  
Gleiciane Rosa Santos  
Luana Pires Junqueira

**RESUMO:** Em função do envelhecimento da população brasileira, foi escolhido o tema desta pesquisa com o objetivo de avaliar as condições de atendimento ao idoso realizado pelos colaboradores em uma instituição de longa permanência. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória que evidencia o predomínio de mulheres com idade média de 33 anos, com dificuldades em definir conceitos básicos para o cuidado em suas respostas e divergências em relação à prestação de serviços aos idosos.

**Palavras-chave:** Idoso; Qualidade de vida; Envelhecimento; Instituição de Longa Permanência.

**ABSTRACT:** *By the aging of the population was chosen the theme of this research to evaluate the conditions of senior care performed by employees in long-stay institutions. This is a qualitative and quantitative, descriptive and exploratory research that show a predominance of women with average age of 33 years, struggling to define basic concepts for the care and differences in their responses regarding the provision of services to the elderly.*

**Keywords:** *Elderly; Quality of life; Aging;. Long-stay institution.*

## Introdução

O envelhecimento mundial da população é um fenômeno novo, ao qual mesmo os países desenvolvidos estão tentando se adaptar. O que era característica de alguns países passou a ser uma experiência em todo o mundo. O termo envelhecimento é utilizado para descrever as mudanças morfofuncionais que ocorrem ao longo da vida, após a maturação sexual, e que comprometem progressivamente a capacidade de resposta dos indivíduos ao estresse ambiental e à manutenção da homeostasia. Embora nem todas as funções orgânicas sofram alterações com o envelhecimento, é necessário lembrar que este processo apresenta como única característica universal a ocorrência de mudança ao longo do tempo, independentemente de terem ou não efeito danoso sobre a vitalidade e a longevidade. O envelhecimento não é uma soma de patologias, mas a ocorrência de patologias na velhice torna-se maior (Jeckel-Neto & Cunha, 2006).

De acordo com BRASIL (2006), a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) define envelhecimento como um processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio-ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte.

As convicções morais do homem ocidental delimitavam a velhice como entidade marginalizada, escondida, reprimida dentro dos lares e com comportamentos de passividade. O desenvolver do conhecimento científico e empírico permitiu desfazer tais estereótipos, apesar de ainda vigentes no século XXI (Neri, 2006).

Percebe-se na sociedade uma mudança de olhar em relação ao envelhecimento, trazendo repercussões de várias ordens à qualidade da saúde de uma pessoa idosa (Penna & Santo, 2006).

A longevidade só passará a ser um ganho quando as populações que envelhecem apresentarem melhores condições de vida, altos índices de satisfação e bem-estar, melhora dos indicadores objetivos e subjetivos envolvidos na qualidade de vida. Acredita-se na Gerontologia, que devemos acrescentar vida aos anos (Baltes & Smith, 2006).

Diante das transformações demográficas e epidemiológicas iniciadas no último século e que nos fazem notar uma população cada vez mais envelhecida, questiona-se a importância de garantir aos idosos não só uma sobrevida maior, mas também uma boa Qualidade de vida – QV (Pereira *et al.*, 2006).

As preocupações centrais sobre a qualidade de vida na velhice são a independência e a autonomia, a continuidade de papéis e relações sociais, aceitação e envolvimento social, o conforto e a segurança ambiental, presença de condições econômicas que permitam uma vida digna, a disponibilidade de serviços de saúde, o apoio formal e informal a idosos portadores de doenças e incapacidades e as políticas sociais dirigidas à assistência e ao cuidado dos idosos (Neri, 2007).

O conceito de QV deve ser entendido e influenciado por todas as dimensões de uma vida, ainda que esteja limitado à existência ou não de morbididades. A QV relacionada com a saúde refere-se não só à forma como as pessoas percebem seu estado geral de saúde, mas também a questão física, psicológica e social que está envolvida com a realização de suas atividades diárias (Toscano & Oliveira, 2009).

A QV tem sido constante preocupação do ser humano, desde o início da sua existência e atualmente constitui um compromisso pessoal em busca de uma vida saudável que, para os idosos, pode ter um significado diferenciado (Vecchia, Ruiz, Bocchi & Corrente, 2005), relacionado com a autoestima e o bem-estar pessoal, a capacidade funcional, o nível socioeconômico, o psicossocial, o estado emocional, a interação social, o autocuidado, o suporte familiar e seu próprio estado de saúde, meio cultural, religião e sua satisfação de estilo de vida (Penna & Santo, 2006).

Diante dessa população cada vez mais envelhecida, faz-se necessário garantir aos idosos a humanização no atendimento, tema que vem sendo discutido pelos profissionais de saúde, e tem como instrumento a comunicação, que contribui para a melhoria da qualidade da assistência (Pontes, Leitão & Ramos, 2008), fato que depende de nossa capacidade de falar e ouvir, do diálogo enfim. Faz-se necessário olhar para si e para o outro, na tentativa de que o autoconhecimento colabore positivamente no cuidado de cada ser. Por isso, a importância de conhecermos a nós mesmos, identificar o que é bom e o que não é, respeitar a individualidade, saber reconhecer-se na situação do outro (Carvalho, Pinho, Matsuda & Scochi, 2005; Mota; Martins & Veras, 2006).

Humanização deve ir além de um atendimento digno, acolhedor e solidário pela equipe multidisciplinar junto a seu paciente; deve-se adotar uma postura ética que permeie todas as atividades profissionais (Backes, Lunardi Filho & Lunardi, 2005).

Segundo Oliveira, Collet & Viera (2006), humanizar a assistência em saúde implica em dar lugar tanto à palavra do paciente, quanto à palavra dos profissionais de saúde, de forma que ambos possam fazer parte de uma rede de diálogo que pense e promova as ações,

as campanhas, os programas e as políticas assistenciais a partir da dignidade ética da palavra, do respeito, do reconhecimento mútuo e da solidariedade.

Humanização não é uma técnica ou artifício, mas um propósito de oferecer e realizar o melhor tratamento e cuidado ao ser humano, compreensão e valorização da pessoa, considerando acima de tudo que haja sensibilização por parte da equipe, sendo necessário preparo técnico e humanizado para o cuidado integral ao idoso (Backes, Lunardi Filho & Lunardi, 2005).

A qualidade do atendimento, imprescindível na humanização, gestos demonstrando respeito e atenção, de forma igualitária, fazem a diferença no atendimento. Resgatar a humanização talvez seja refletir mais conscientemente sobre o que é o ser humano, respeitando suas necessidades, seus valores, suas crenças, tendo sua privacidade preservada sempre que possível, proporcionando condições e ambientes favoráveis, com tratamento digno, solidário e acolhedor ao seu restabelecimento, e em última instância, a morte digna (Caetano, Andrade, Soares & Ponte, 2007; Boff, 2004; Backes, Lunardi & Lunardi Filho, 2006).

Alguns idosos aprovam a condição de institucionalizados, por falta de recursos financeiros próprios ou de familiares. Outros veem sua condição como abandono e rejeição, prostrando-se à espera da morte, sem ter expectativas e desafios (Born & Boechat, 2006).

As Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI's) são consideradas um lar especializado, com a função de oferecer assistência gerontogerátrica, conforme o grau de dependência dos seus residentes, e ao mesmo tempo aconchego de um ambiente doméstico, no qual são preservadas a intimidade e identidade dos seus residentes (Born & Boechat, 2006).

Uma marcante característica da população que envelhece no Brasil é a pobreza. Aposentadorias e pensões são a sua principal fonte de rendimentos, mas seus baixos valores são insuficientes como recurso para as necessidades do idoso, principalmente quando acometido por doenças crônicas que comprometam a sua independência. O investimento público em programas de suporte aos idosos também é insuficiente. A soma desses fatores torna a institucionalização uma alternativa quase que inevitável para os idosos menos favorecidos economicamente que enfrentam um processo de adoecimento ou dependência, bem como para aqueles que residem sozinhos ou com familiares que não têm condições de oferecer a eles cuidados ou sustentos adequados (Veras, 2007).

Em um país como o Brasil, em que existem grandes diversidades culturais e socioeconômicas, as ILPI's se revelam heterogêneas quanto a padrões de atendimento, qualidade de estrutura, organização financeira e população atendida. Estudos em relação à institucionalização de idosos sugerem que, embora grande proporção de idosos institucionalizados seja independente no autocuidado, de um modo geral a miséria e o abandono são os principais motivos da internação (Born & Boechat, 2006).

Percebemos a carência de atenção sob o olhar de qualidade de vida e humanização voltada ao idoso, quando atuamos nos campos de estágio fornecidos pela faculdade, em ILPI's, hospitais e outros atendimentos; essa “deficiência” que é relacionada ao atendimento ao idoso nos fez buscar a realidade dos atendimentos em nossa região, verificando fatores específicos de cada instituição e de seus colaboradores.

O objetivo deste estudo foi delinear um perfil dos colaboradores que trabalham em ILPI's em quatro municípios do Vale do Paraíba.

## **Método**

Trata-se de uma pesquisa quali-quantitativa, descritiva e exploratória. Os dados foram colhidos com 32 colaboradores (enfermeiros, técnicos em enfermagem, auxiliares de enfermagem e cuidadores) que trabalhavam com idosos em quatro ILPI's do Vale do Paraíba.

Os colaboradores que aceitaram participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e todos os aspectos éticos da Resolução n.º 196/96 foram respeitados. O projeto foi aprovado pelo CEP-FATEA sob n.º 87/2010.

A coleta de dados foi realizada pelas autoras no período de janeiro a março de 2011; foi realizada uma entrevista individual envolvendo idade, sexo, religião, tempo de profissão, formação profissional, quantos anos de estudo, porque trabalhar na ILPI e o que é cuidar.

Os critérios de inclusão foram: funcionários registrados na folha de pagamento das ILPI's (enfermeiros, técnicos em enfermagem, auxiliar de enfermagem e cuidadores) que aceitaram participar do estudo. Os dados foram tabulados e quantificados em números absolutos e percentuais e serão apresentados a seguir.

## Resultados e discussões

A população estudada foi composta por 32 colaboradores que cuidam da assistência ao idoso, quando foi observado o predomínio do sexo feminino (90,6%). Seguem abaixo os dados socioeconômicos que atestam, dentre outros aspectos, essa prevalência.

**Tabela 1.** Distribuição dos colaboradores entrevistados (N=32), segundo sexo, formação, religião e escolaridade. Vale do Paraíba (SP), Brasil-2011

Variáveis	N	%
<b>SEXO</b>		
FEMININO	29	90,6
MASCULINO	3	9,4
<b>FORMAÇÃO</b>		
TÉCNICO EM ENFERMAGEM	13	40,6
CUIDADOR	12	37,5
ENFERMEIRO	4	12,5
AUXILIAR DE ENFERMAGEM	3	9,4
<b>RELIGIÃO</b>		
CATÓLICO	21	65,6
EVANGÉLICO	8	25,0
PROTESTANTE	2	6,3
RELIGIOSA	1	3,1
<b>ESCOLARIDADE</b>		
ENSINO FUNDAMENTAL	7	21,9
ENSINO MÉDIO	8	25,0
ENSINO TÉCNICO	13	40,6
ENSINO SUPERIOR	3	9,4
ENSINO SUPERIOR COM PÓS-GRADUAÇÃO	1	3,1

Papastavrou *et al.* (2007) tributam à cultura o fato de a mulher ter sempre sido alçada ao papel de cuidadora, não se levando em conta absolutamente sua escolha pessoal. Assim é que, na sociedade brasileira, a mulher ainda é culturalmente vista como a principal agente social dos cuidados pessoais necessários às atividades de vida diária dos idosos (Fernandes & Garcia, 2009; Silveira, Caldas & Carneiro, 2006).

Conforme o estudo relativo à formação dos profissionais, 40,6% é de técnicos em enfermagem, 37,5%, de cuidadores de idosos, 12,5%, de enfermeiros, 9,4%, de auxiliar de enfermagem.

A formação dos profissionais das instituições vem sendo ultimamente muito discutida, dado que o cuidado dispensado ao idoso não pode ser visto senão em sua implicação com conhecimentos, valores, crenças e experiências vividas (Brum, Tocantins & Silva, 2005).

Neste estudo, relativamente à religião, 65,6% declararam ser católicos; 25,0%, evangélicos, 6,3%, protestantes; e 3,1%, sem religião. De acordo com Aquino e Zago (2007), a religião em processos de saúde-doença carrega o entendimento de que o mundo tem uma ordem no campo do sagrado-profano ao assumir a submissão a Deus e a aceitação das situações caóticas da vida.

A esse respeito, Usarski (2006, pp.11-31) afirma que “onde há seres humanos, a religião está por perto”, esta que é, segundo ele, característica intrínseca dos seres humanos, pois aqueles “cientistas que investigam o ser humano, seja como indivíduo, seja como ser social, deparam-se também, mais cedo ou mais tarde, com o objeto religião”.

Para Dalgalarondo (2008), religião diz respeito a um determinado entre sociedade e natureza humana. O medo da morte, a dor da vida, leva os seres humanos a Deus e a fé a Ele, sejam quais forem suas manifestações, como condição de que as pessoas continuem vivendo. Fé que independe de nível econômico ou cultural.

Neste estudo, quanto à variável escolaridade, ficou demonstrado que 40,6% dos profissionais apresentavam ensino técnico; 21,9%, ensino fundamental; 25,0%, ensino médio; 9,4%, ensino superior; e 3,1%, enfermagem com pós-graduação.

Segundo Bini *et al.* (2006), o grau de instrução interfere de forma significativa no processo de cuidar de idosos. A escolaridade é apontada por Queroz e Neri (2005) como um fator de proteção ao bem-estar psicológico, na seguinte relação: quanto mais anos de estudo do indivíduo, maiores as competências e habilidades deste para o alcance de satisfação com a vida e de equilíbrio dos afetos e das emoções.

A instrução escolar é uma via necessária ao processo de educação em saúde, no qual o diálogo, a indagação e a reflexão devem estar presentes na prática voltada às necessidades e às características da população idosa (Souza *et al.*, 2006).

Entre os colaboradores entrevistados neste estudo, a idade estava entre 18 a 56 anos com média de 33 anos ( $\pm 10,98$ ). Estes dados aproximam-se daqueles da investigação de Mello (2001), que verificou 36 anos como média entre profissionais nas instituições avaliadas. Idade é variável importante ao se considerar a atividade de cuidadores de idosos, pois restringe o acesso dos mais velhos a esse mercado de trabalho, limitando o tempo de

atuação destes profissionais na função, em decorrência do desgaste físico produzido pela mesma (Brum, Tocantins & Silva, 2005).

Quanto ao tempo de profissão da população estudada na presente pesquisa, a média foi de 6,68 anos (DP  $\pm$  6,30). Não foram encontrados estudos atualizados que tivessem abordado o fator tempo de profissão dos cuidadores de idosos, o que dificultou a comparação dos resultados encontrados nesta pesquisa.

Quando questionados sobre “**Por que trabalhar em ILPI**”, os respondentes afirmaram: “Por que gosto de idosos”, “Por opção”, “Gosto de cuidar de idosos”, o que nos leva a entender que essa opção de cuidar de idosos advém de os profissionais que se sentem, de fato, muito satisfeitos com esse seu trabalho.

A institucionalização do idoso, porém, é muitas vezes sentida por ele próprio como uma ameaça à sua segurança, dado que antevê sua saída de casa, um lugar costumeiro e acolhedor entre parentes e amigos, para o desconhecido, o impessoal (Fernandes, 2000).

Quando questionados sobre “**O que é cuidar?**”, os cuidadores responderam: “Cuidar é fazer pelo outro aquilo que ele está limitado a fazer ou mesmo impossibilitado”; “Estar preparada sempre para dar o melhor aos idosos”; “Ajudar o próximo”; “Respeitar e amar o próximo”; “Doar amor e responsabilidades”.

Nesse sentido, Sommerhalder & Neri (2001), em uma investigação com 15 mulheres cuidadoras principais de idosos de alta dependência, identificaram que os benefícios relatados por estas estavam relacionados a crescimento pessoal, senso de autorrealização, senso de significados positivos e senso de reciprocidade. No aspecto social, os ganhos relacionaram-se à valorização social, à satisfação pelo cumprimento de normas sociais e a benefícios às relações familiares.

Mendes (1995) reforça a ideia de que os cuidadores entendem a atividade de cuidar como um dever moral decorrente das relações pessoais e familiares inscritas na esfera doméstica, visto que muitos cuidadores não se veem como tais e, a partir do momento que necessitam desempenhar tal papel, o assumem como uma exigência decorrente do viver com idosos.

O cuidar se apresenta como uma mostra de afeto, tal como é dito no aforismo popular, “Quem ama, cuida”. A concepção popular de amar remete a uma forma de compromisso com o outro ser humano. Na língua portuguesa, cuidar denota “aplicar a atenção, o pensamento; ter cuidado com os outros e consigo mesmo; tratar de assistir”, dentre outros sentidos (Ferreira, 1999).



## Conclusão

Concluimos que há uma parcela relevante de colaboradores com muitas dificuldades em definir conceitos básicos e pertinentes ao cuidado, em suas respostas.

Observamos grandes divergências quanto à prestação de serviços a idosos nas ILPI's, devidas à precariedade de formação técnica. Muitos funcionários dessas instituições, no decorrer do tempo, passam a atuar também como cuidadores de idosos e até mesmo como profissionais de enfermagem, sem receber - o que é preocupante - o treinamento específico para dar conta satisfatoriamente de tais atividades.

Há uma falta de clareza e de diferenciação entre as atribuições que podem ser exercidas pelo cuidador, pelo corpo de enfermagem e pelos demais colaboradores em uma ILPI, no que compete a cada especialidade.

O problema, em muitos locais analisados, verificou-se ser justamente a falta de condições técnicas, seja por falta de capacitação de seus profissionais, quanto a conhecimentos ou mesmo quanto a materiais, caracterizando uma má qualidade da assistência, o que resulta em atendimento de baixa resolubilidade, comprometedor à qualidade de vida dos idosos institucionalizados. Essa falta de condições técnicas e materiais também podem induzir à desumanização, na medida em que colaboradores e usuários se relacionam de forma impessoal, piorando uma situação que já é precária.

Diante dessas conclusões, recomendamos aos cursos de cuidadores e formação de profissionais de saúde que se preocupem realmente em formar pessoas capacitadas e conscientes da responsabilidade do seu papel; que procurem desenvolver seus programas de capacitação, exigindo um pré-requisito mínimo de escolaridade; que não deixem de abordar e insistir sobre questões essenciais que envolvem o cuidado, a humanização e a qualidade de vida. Da mesma forma, que as instituições para idosos contratem profissionais qualificados em seus conhecimentos e habilidades, além de assumirem atitudes embasadas por valores éticos; que promovam o aperfeiçoamento de seus funcionários; que identifiquem as atribuições que competem a cada especialidade, isto é, qual seu verdadeiro papel junto aos idosos, para não exigir além do que cada profissional pode/deve executar, e mesmo para além do que não lhe compete legalmente.

## Referências

- Aquino, V.V. & Zago M.M.F. (2007). The meaning of religious beliefs for a group of cancer patients during rehabilitation. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 15, 42-47.
- Backes, D.S., Lunardi, V.L. & Lunardi Filho, W.D. (2006). A humanização hospitalar como expressão da ética. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 14, 132-135.
- Backes, D.S., Lunardi Filho, W.D. & Lunardi, V.L. (2005). A construção de um processo interdisciplinar de humanização à luz de Freire. *Texto Contexto Enfermagem*, 14, 427-434.
- Baltes, P.B. & Smith, J. (2006). Novas fronteiras para o futuro do envelhecimento: a velhice bem-sucedida do idoso jovem aos dilemas da Quarta Idade. São Paulo (SP): *A terceira idade*, 17, 7-31.
- Bini, R., Rosa, P.V., Berlezi, E.M., Rosa, L.H.T. & Souza, V.B.A. (2006). A intervenção fisioterapêutica aos cuidadores de pacientes portadores da doença de Alzheimer. VI EPCC. CESUMAR – Centro Universitário de Maringá (PR).
- Born, T. & Boechat, N.S. (2006). A qualidade dos cuidados ao idoso Institucionalizado: *Tratado de Geriatria e Gerontologia*, 768-777. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan.
- Boff, L. (2004). Saber Cuidar: ética do humano – compaixão pela terra. In: Boff, L. *Cuidado: o ethos do humano*, 33-39. Rio de Janeiro (RJ): Vozes.
- BRASIL. (2006). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e Saúde da pessoa idosa. *Cadernos de Atenção Básica*. Brasília (DF): Ministério da Saúde.
- Brum, A.K., Tocantins, F.R. & Silva, T.J.E.S. (2005). O enfermeiro como instrumento de ação no cuidar do idoso. *Rev Latino-Am Enfermagem*, 13, 1019-1026.
- Caetano, J., Andrade, L., Soares, E. & Ponte, R. (2007). Cuidado humanizado em terapia intensiva: um estudo reflexivo. *Esc Anna Nery Revista de Enfermagem*, 11, 325-330.
- Carvalho, A.R.S., Pinho, M.C.V., Matsuda, L.M. & Scochi, M.J. (2005). Cuidado e humanização na enfermagem: reflexão necessária. In: *Anais da UNIOESTE. Paraná. 2º Seminário Nacional Estado e Políticas Sociais no Brasil*.
- Dalgalarrodo, P. (2008). *Religião, psicopatologia e saúde mental*. Porto Alegre (RS): Artmed.
- Fernandes, P. (2000). *A depressão no idoso*. Coimbra/Lisboa (Portugal): Quarteto Editora.
- Fernandes, M.G.M. & Garcia, T.R. (2009). Determinantes da tensão do cuidador familiar de idosos dependentes. *Rev Bras Enferm*, 62, 393-399.
- Ferreira, A.B.H. (1999). *Novo Aurélio Século XXI: o dicionário da língua portuguesa*. (3ª ed.). Rio de Janeiro (RJ): Nova Fronteira.
- Jeckel-Neto, E.A. & Cunha, G.L. (2006). Teorias Biológicas do Envelhecimento. In: Freitas, E.V., Py, L., Cançado, F.A.X., Doll, J. & Gorzoni, M.L. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*, 13-22. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan.
- Mendes, P.M.T. (1995). Cuidadores: heróis anônimos do cotidiano. Dissertação de mestrado. São Paulo (SP): Pós-Graduação em Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

- Mota, R.A., Martins, C.G.M. & Veras, R.M. (2006). Papel dos profissionais de saúde na política de humanização hospitalar. *Revista Psicologia em Estudo*, 11, 323-330.
- Neri, A.L. (2006) Atitudes em relação à velhice: questões científicas e políticas. In: Freitas, E.V. (Org.). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*, 1316-1323. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan.
- Neri, A.L. (2007) Qualidade de vida na velhice. In: Rebelatto, J.R. & Morelli, J.G.S. *Fisioterapia geriátrica: A prática da assistência ao idoso*, 1-36. Barueri: Manole.
- Oliveira, B.R.G., Collet, N. & Vieira C.S. (2006). A humanização na assistência à saúde. Ribeirão Preto (SP): *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14, 277-284.
- Papastavrou, E., Kalokerinou A., Papacostas, S.S., Tsangari, H. & Sourtzi, P. (2007, june). Caring for a relative with dementia: family caregiver burden. Oxford: *Journal of Advanced Nursing*, 58(Issue 5), 446-457.
- Penna, F.B. & Santo, F.H.D.O.E. (2006). O movimento das emoções na vida dos idosos: um estudo com um grupo da terceira idade. *Rev. Eletric. Enf.*, 8, 17-24.
- Pereira, R.J., Cotta, R.M.M., Franceschini, S.C.C., Ribeiro, R.C.L., Sampaio, R.F., Priore, S.E. & Cecon, P.R. (2006). Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 28, 27-38.
- Pontes, A.C., Leitão, I.M.T.A. & Ramos, I.C. (2008). Comunicação terapêutica em Enfermagem: instrumento essencial do cuidado. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 61, 312-318.
- Queroz, N.C. & Neri, A.L. (2005). Bem-estar psicológico e inteligência emocional entre homens e mulheres na meia-idade e na velhice. Porto Alegre (RS): *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18, 292-299.
- Silveira, T.M., Caldas, C.P. & Carneiro, T.F. (2006). Cuidando de idosos altamente dependentes na comunidade: um estudo sobre cuidadores familiares principais. *Cad Saúde Pública*, 22, 1629-1638.
- Sommerhalder, C. & Neri, A.L. (2002). Avaliação subjetiva da tarefa de cuidar: ônus e benefícios percebidos por cuidadoras familiares de idosos de alta dependência. In: Neri, A.L. (Org). *Cuidar de idosos no contexto da família: questões psicológicas e sociais*. Campinas (SP): Átomo/Alínea.
- Souza, W.G.A., Pacheco, W.N.S., Martins, J.J., Barra, D.C.C. & Nascimento, E.R.P. (2006). Educação em Saúde para leigos no cuidado idoso no contexto familiar. *Arq Catarinense Med.*, 56-63 (mimeo).
- Toscano, J.J.D.E.O. & Oliveira, A.C.C. (2009). Qualidade de vida em idosos com distintos níveis de atividade física. Niteroi (RJ): *Rev. Bras. Med. Esporte*, 15, 169-173.
- Usarski, F. (2006). Conflitos religiosos no âmbito do budismo internacional e suas repercussões no campo budista brasileiro. *Religião e Sociedade*, 26, 11-31.
- Vecchia, R.D., Ruiz, T., Bocchi, S.C.M. & Corrente, J.E. (2005). Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 8, 246-252.
- Veras, R. (2007). Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev Saúde Pública*, 43, 548-554.

Recebido em 02/02/2014

Aceito em 30/03/2014

---

**Claudia Lysia de Oliveira Araújo** - Professor Doutora. Titular das Faculdades Integradas Teresa D'Ávila. Lorena (SP), Brasil.

E-mail: claudia-lysia@ig.com.br

**Cleny Maciel Lopes** - Graduanda de Enfermagem. Faculdades Integradas Teresa D'Ávila. Lorena (SP), Brasil.

E-mail: clenylopes@gamil.com

**Gleiciane Rosa Santos** - Graduanda de Enfermagem., Faculdades Integradas Teresa D'Ávila. Lorena (SP), Brasil.

E-mail: gleiciane\_rosa@hotmail.com

**Luana Pires Junqueira** - Graduanda de Enfermagem. Faculdades Integradas Teresa D'Ávila. Lorena (SP), Brasil.

E-mail: luanajunqueira@ig.com.br