

Vulnerabilidade e resiliência em idosos institucionalizados

Vulnerability and resilience in aged people institutionalization

Denise Cuoghi de Carvalho Veríssimo Freitas

Resumo

O expressivo e rápido envelhecimento da população, acompanhado de mudanças no perfil social, de saúde, e de aspectos psicológicos, demandam estratégias e estruturas na atenção e no cuidado aos idosos. Uma demanda emergente são as Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs). Neste artigo, serão abordados os seguintes temas: modelos conceituais de cuidados aos idosos, incluindo as ILPIs, a vulnerabilidade do idoso em ILPI e de que maneira o planejamento estratégico, terapêutico e didático das organizações de atendimento aos idosos contemplam atividades que contribuem para aumentar sua resiliência. O artigo será finalizado com a apresentação de uma experiência de ILPI filantrópica de Campinas.

Palavras-chave: Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI); Vulnerabilidade; Resiliência.

Abstract

The considerable and fast aging of population, followed by changes in the social and health profile, and psychological aspects, call for strategies and structures on attention and care for the aged. An emerging demand is the Long-Term Care (LTC) Institutionalization for the aged. In this article, the following subjects will be discussed: conceptual models of care for the aged, including LTC Organizations, the vulnerability of the aged in LTC Organization and how the strategic, therapeutic and didactic planning of the aged service organizations meet activities which contribute for the increase of resilience. This article ends with the presentation of an experience of a philanthropic LTC Organization of Campinas.

Keywords: Aged people Long-Term Care (LTC) Organization; Vulnerability, Resilience.

Introdução

O envelhecimento populacional resulta de vários fatores, como a queda nas taxas de fecundidade e o aumento da expectativa de vida dos idosos. Acompanhando o crescente aumento de idosos no Brasil, observa-se que o número de pessoas passou de 3 milhões, em 1960, para 7 milhões, em 1975, e 17 milhões, em 2006, representando um aumento de 600% em menos de cinquenta anos (Veras, 2007).

O envelhecimento da população idosa acarretou mudanças do perfil social, físico e psicológico, demandando estratégias e estruturas que contemplem a atenção e o cuidado dos idosos, tais como: a preservação dos seus direitos como cidadão, a disponibilidade de recursos públicos à sua saúde e a seguridade social, o direito ao lazer, e a implantação de políticas públicas de saúde voltadas aos aspectos paliativos, preventivos e curativos (Veras, 2007).

Com o avançar da idade, as doenças crônicas e degenerativas nos idosos são prevalentes, como a doença de Alzheimer, a doença de Parkinson, as doenças reumáticas, bem como a perda da capacidade funcional como a dificuldade em realizar tarefas do cotidiano, da sua higiene pessoal, as suas atividades de vida diária (AVDs), entre outras, e fatores psicológicos podem influenciar em sua qualidade de vida como a diminuição ou perda da memória, a solidão e o abandono. Entre os fatores sociais que também podem influenciar na qualidade de vida e em seu convívio social, podemos citar aposentadoria insuficiente para o sustento, precária rede de suporte social familiar e de cuidadores formais e ou informais, negligência e maus tratos advindos por vezes da própria família e dos cuidadores (Creutzberg *et al.*, 2007).

Atualmente, observa-se uma mudança no perfil das famílias brasileiras. O número de filhos está reduzido e a mulher trabalha fora de casa para o complemento da renda familiar, não assumindo o papel de cuidadora que anteriormente era-lhe atribuído, ou ao filho mais velho; sendo assim não pode ajudar no cuidado do idoso quando ele necessita de cuidados especiais. Outro fator social importante na relação do cuidado de idosos e do cuidador diz respeito ao ônus financeiro acarretado pela necessidade que o idoso debilitado ou que mora sozinho apresenta, gastos com a compra de remédios, produtos de higiene pessoal, plano de saúde, entre outros. Deste cenário, as ILPIs, sejam elas de cunho filantrópicas ou não, emergem como uma forma alternativa de suporte social e de saúde para o idoso que necessita de cuidados

com a sua saúde, e que requer um atendimento especializado com uma equipe multiprofissional (Agostinho e Máximo, 2006).

Várias são as derivações atribuídas às instituições que prestam assistência ao idoso. Elas podem ser de cuidado: médico-social, médico ou paliativo, entre outras formas que variam de acordo com a necessidade do cuidado, da instituição e do estatuto (em se tratando de instituição filantrópica). Tais instituições avaliam a capacidade funcional do idoso e, dependendo da necessidade de cuidado a ele despendido, são definidos os recursos humanos e técnicos para seu atendimento (Vagetti, Weinheimer e Oliveira, 2007).

Atualmente, a mídia oferece imagens de descaso na atenção aos idosos, principalmente, ao institucionalizado, da ineficiente fiscalização dos órgãos públicos, de recursos financeiros insuficientes, da carência de ILPIs para abrigarem os idosos (Acosta-Orjuela, 2002).

Outro fator encontrado nestas instituições que requer atenção dos órgãos públicos, da assistência social, e do poder judiciário, refere-se à negligência e aos maus tratos sofridos pelos idosos que experienciam recursos humanos e materiais insuficientes. Os funcionários, às vezes, são mal orientados, têm pouco preparo para atender bem os idosos e os colocam em situações de constrangimento e coação (Santos *et al.*, 2007).

Tendo em vista o que foi apresentado, este artigo tem como objetivo apresentar brevemente conceitos de cuidados aos idosos institucionalizados e as modalidades de ILPIs, de acordo com o grau de dependência ou necessidade do idoso. Outro item que será abordado refere-se à vulnerabilidade do idoso institucionalizado à maneira e como o planejamento estratégico, terapêutico e didático das organizações de atendimento às pessoas idosas contemplam atividades que contribuem para aumentar sua resiliência. Por fim, será apresentada uma experiência realizada em uma ILPI filantrópica na cidade de Campinas. Será discutido como esta instituição dispõe de recursos humanos para o atendimento do idoso e quais são as estratégias utilizadas para seu atendimento.

1. Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs)

As ILPIs são instituições que abrigam idosos. Prestam serviços especializados de caráter específico para o tipo e o grau de complexidade em que se encontram não perdendo de vista os aspectos biopsicossociais (Araujo e Ceolim, 2007).

As ILPIs são divididas em modalidades asilares e não asilares. A modalidade asilar preconiza o “*atendimento, em regime de internato, ao idoso sem vínculo familiar ou sem condições de prover a própria subsistência, de modo a satisfazer as suas necessidades de moradia, alimentação, saúde e convivência social*”, regendo a vida do mesmo por meio de normas específicas (Louzã *et al.*,1986) e o amparando civil e socialmente (Vieira, 1998).

Na literatura, as ILPIs preveem o atendimento integral institucional ao idoso e, para cada uma das modalidades, é traçado um perfil de idoso a ser atendido e quais recursos humanos são necessários, além da necessidade de cuidados, alimentação, higiene, repouso e lazer dos usuários (Araujo e Ceolim, 2007; Vagetti, Weinheimer e Oliveira, 2007).

As modalidades desse tipo de atendimento dividem-se em: a) **modalidade I:** destina-se a idosos independentes para as atividades de vida diárias (AVDs), mesmo que necessitam utilizar algum equipamento de auto-ajuda (andador, bengala, cadeira de rodas, adaptações para vestimenta, entre outros); b) **modalidade II:** destina-se a idosos dependentes e independentes que necessitam de ajuda e cuidados especializados, com acompanhamento e controle adequado de profissionais da área de saúde; c) **modalidade III:** destina-se a idosos dependentes que necessitam de assistência total em, pelo menos, uma atividade de vida diária. Tais modalidades requerem atenção de uma equipe interdisciplinar de saúde (Diogo, 2002)

O objetivo desses atendimentos é garantir serviços àqueles que se encontram em estado de vulnerabilidade, seja esta social, física ou psicológica, priorizando o bem-estar biopsicosocial e buscando resgatar vínculos afetivos e integração com a comunidade, na tentativa de fortalecer e resgatar sua resiliência (Paschoal, 2002).

As modalidades não-asilares são formas diferentes de organização dos serviços de atenção aos idosos e são assim denominadas (Diogo, 2002):

- **Centro de Convivência:** é um tipo de ambiente que promove o encontro de idosos e de seus familiares, por meio de atividades planejadas que favoreçam a melhoria do convívio com a família e a comunidade, preservando-os do isolamento social, contribuindo para a sua autonomia e o envelhecimento ativo e saudável.
- **Casa Lar:** proporciona a convivência do idoso com a comunidade, contribuindo para sua participação, interação e autonomia. É uma residência

participativa destinada a idosos que estão sós ou afastados do convívio familiar e com renda insuficiente para sua sobrevivência.

- **Hospital-Dia:** centro especializado, composto por equipe multiprofissional, para avaliação da saúde do idoso de uma forma global.
- **Centro-Dia:** é um programa integral de atenção às pessoas idosas que, por suas carências familiares e funcionais, não podem ser atendidas em domicílio ou por serviços comunitários. Proporciona o atendimento das necessidades básicas, mantém os idosos junto à família, reforça o aspecto de segurança e autonomia, bem-estar e a própria socialização do idoso. Os objetivos estão direcionados à prestação do atendimento nas áreas de saúde, lazer, atividades ocupacionais e de apoio sócio-familiar, assim como oferecer ao cuidador do idoso a possibilidade de exercer suas atividades laborais e de autocuidado enquanto o idoso é atendido no centro-dia.

2. Vulnerabilidade e idoso institucionalizado

A vulnerabilidade em idosos institucionalizados pode ser social, econômica e psicológica. Nestas instituições encontramos idosos moradores de rua, em condições financeiras precárias para seu sustento, a ausência de aposentadoria por idade ou de benefício de prestação continuada, alguns idosos não tendo casa própria ou impossibilitados de alugar e o abandono familiar (Goldin, 2002).

Encontramos, nestas instituições, diversas situações em que o idoso institucionalizado está sujeito à vulnerabilidade, assim como a diversidade de problemas de saúde e de condições sócio econômicas tanto do idoso quanto da instituição que o abriga, o que às vezes acentua seu grau de vulnerabilidade física, psíquica ou social devido a falta de preparo dos profissionais que ali atuam e o não resgate de sua resiliência (Goldin, 2002).

Desde tempos remotos na história, as instituições que abrigam idosos apresentam caráter discriminatório, observado em leituras a respeito (Debert, 1999). As primeiras instituições que abrigavam idosos eram filantrópicas, voltadas a abrigar idosos carentes e surgiram no Império Bizantino, no século V da era cristã. Há registros de que o primeiro asilo foi fundado pelo Papa Pelágio II (520-590) que transformou a sua casa em um hospital para velhos (Debert, 1999). A

vulnerabilidade, em termos de falta de cuidado com a saúde, estava presente naquela época.

As instituições que abrigam idosos são, geralmente, chamadas de asilos, e estão associadas aos estereótipos negativos relacionados à pobreza, ao abandono e à rejeição familiar. Uma forma utilizada para suavizar esse termo, tanto em instituições públicas como privadas, é a de substituí-lo por “Lar dos Idosos”, “Jardim”, “Casa de Repouso”, “Casa da Vovó”, entre outros. São expressões encontradas para encobrir a rotulação discriminatória presente na palavra asilo (Debert, 1999).

Outras conotações pejorativas podem ser encontradas relacionadas a imagens negativas associadas a estas instituições como “asilo de velhos”, “asilo de mendicidade” (Born & Boechat, 2002).

As ILPIs foram assim chamadas após debates iniciados em 1998 pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG) em congressos e jornadas. A adoção da expressão Instituição de Longa Permanência para Idosos cobre diversas modalidades de atendimento de regime de internato ou não conforme foram descritas acima (Vieira, 1998).

Em um país como o Brasil, marcado por desigualdades culturais, socioeconômicas, podemos destacar que as instituições para idosos revelam-se heterogêneas quanto aos padrões de atendimento, qualidade e estrutura, organização financeira e população atendida (Camarano, 2002).

A vulnerabilidade biopsicossocial está presente em idosos abrigados em ILPIs, podendo manifestar-se não só em decorrência de condições individuais, biológicas e/ou geográficas, mas também e, sobretudo, de condições sociais de vida desfavoráveis (Palma *et al.*, 2003; Paz, Santos e Eidt, 2006). Tais condições podem deixá-los mais vulnerável a situações estressantes.

A maneira com que o idoso lida com tais situações depende de fatores protetores que podem estar presentes ou não, dependendo da história de vida de cada um e das condições sociais a que estiveram expostos (Neri, 2005). Dentre os fatores protetores encontramos: capacidade de estabelecer metas; participação em um grupo de atividades oferecidos pela instituição, em especial, aquelas que aumentam sua funcionalidade e independência; religiosidade; sabedoria para lidar com perdas; crenças de autoeficácia (Rabelo, 2005); autoestima; rede de suporte social (Neri, 2005), entre outros.

É importante que seja implementado um plano global de atendimento ao idoso institucionalizado que esteja ancorado em uma visão gerontogeriatrica que privilegie a construção de uma rede de serviços que lhe dê atenção na comunidade, bem como garanta sua inserção nela (Born e Boechat, 2002).

Dentre as atividades propostas pelas ILPIs que objetivam o aumento da resiliência entre os idosos, é de extrema importância que a equipe multiprofissional apresente propostas de atividades lúdicas, terapêuticas e sociais no resgate da resiliência do idoso. A relação de atividades propostas pelos profissionais que trabalham em ILPIs vai desde jogos recreativos, visando a socialização e a integração entre os idosos da comunidade com os institucionalizados e entre eles mesmos; passeios em cidades históricas resgatando fatos e histórias de época, objetivando o emergir de lembranças passadas, suscitando o resgate em sua memória e a socialização entre os idosos e a comunidade. Como processo terapêutico, as oficinas de trabalhos manuais e as atividades físicas têm como objetivo melhorar sua qualidade de vida.

No intuito de aumentar a resiliência e diminuir a vulnerabilidade dos idosos institucionalizados, as atividades terapêuticas e sociais tornam-se imprescindíveis, nos dias atuais, tendo em vista o objetivo maior da assistência ao idoso, contribuindo com a manutenção de sua qualidade de vida.

3. Resiliência e o idoso institucionalizado

Sabemos que com o envelhecimento aumenta a probabilidade de ocorrência de incapacidade física, dependência, isolamento social e perdas cognitivas. Estes fatores podem contribuir para a institucionalização do idoso (Alcântara, 2004; Chaimowicz e Greco, 2004).

Abordaremos, a seguir, a experiência do Lar dos Velhinhos de Campinas (LVC), uma instituição filantrópica que comemorou 104 anos, em 2008. O objetivo da entidade é proporcionar melhora da qualidade de vida aos idosos institucionalizados. A sua infra-estrutura e os recursos humanos existentes dispõem de um plano global e de estratégias de atendimento e gerenciamento institucional (Yamamoto e Diogo, 2002; Vagetti *et al.*, 2007).

No LVC, residiam em dezembro de 2008 102 idosos de ambos os sexos (54 homens e 48 mulheres). Suas acomodações eram divididas por pavilhões de acordo

com o sexo dos residentes e nível de dependência para as atividades de vida diária (AVDs) e atividades instrumentais de vida diária (AIVDs).

No plano global de atendimento ao idoso, o LVC dispõe de uma equipe multiprofissional composta por médico, enfermeiro, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, psicólogo, nutricionista, assistente social, recreacionista, coordenador da área técnica e diretor clínico.

A equipe dos técnicos está concentrada no Centro Geriátrico “Dr. Roberto Cecarelli”, inaugurado em 1987 que fica na dependência interna do LVC. No Centro Geriátrico, há uma sala para atendimentos de fisioterapia, psicologia, assistência social, terapia ocupacional e recreação, além de uma sala para o atendimento médico e para a coordenação da equipe técnica.

Neste centro geriátrico, ocorrem atividades grupais e atendimentos individuais com os idosos, reuniões com a equipe técnica para planejamento e avaliação das atividades desenvolvidas.

O planejamento de atividades inclui ambos os sexos, sendo todos convidados a participar. Uma das atividades grupais é voltada para diabéticos e hipertensos, sendo realizadas orientações nutricionais, atividade física e orientações médicas quanto ao uso de medicamentos e cuidados da enfermagem.

Além disso, há a oficina de memória com treino cognitivo para idosos com déficits cognitivos e de memória que foram avaliados pelo médico e pela psicóloga para a realização do rastreio de demência e de depressão. Nela são trabalhadas técnicas como memorização de listas de compras, músicas, palavras-cruzadas, histórias, leitura e interpretação de texto.

A equipe multiprofissional elabora seu plano de atendimento tendo em vista resgatar a autoestima do idoso, as suas crenças de autoeficácia quanto ao cuidado pessoal, as relações com outros idosos e as orientações quanto ao cuidado com a sua saúde. Além disso, buscam otimizar e resgatar o otimismo, os mecanismos de enfrentamento do estresse, o poder e a força pessoal dos idosos e o aumento da sua rede de suporte social.

Para que ocorra o aumento da rede de suporte social e o contato com a comunidade, são realizadas atividades externas na companhia do recreacionista, da terapeuta ocupacional e da assistente social. Nessas situações, os idosos do LVC participam de oficinas, shows no SESC Campinas; atividades intergeracionais em escolas primárias e de ensino médio. Dessa maneira, é proporcionada troca de

informações e oportunidades de interação social, objetivando resgatar o bem-estar do idoso e sua inserção na comunidade.

O LVC oferece, mensalmente, à comunidade a oportunidade de participação de um baile realizado na instituição. Esta é uma ocasião para ampliar a rede de suporte social, pois os idosos fazem novas amizades, conhecem pessoas diferentes, participam de um momento de descontração e resgate de sua identidade frente à comunidade de Campinas e região. Outra atividade mensal realizada com os idosos são jogos de bingo e de bocha promovidos pelo setor de recreação e a festa dos aniversariantes do mês, buscando a integração entre os idosos.

São realizados passeios em *shoppings* e supermercados nos quais os idosos fazem compras. Essa atividade proporciona ao idoso resgatar seu senso de autoeficácia ao escolher mercadorias, pagar com e gerenciar seu dinheiro, além de ser uma oportunidade de ampliação do contato com a comunidade. Outras atividades que ocorrem com este objetivo são os passeios mensais em cidades vizinhas como Serra Negra, Piracicaba, Paulínia e Itu.

As estratégias de atendimento e trabalho propostas ao idoso do LVC pela equipe multiprofissional são pautadas no desenvolvimento das crenças de autoeficácia, no resgate do otimismo e no desenvolvimento da capacidade de autogerenciamento de atividades como forma de aumentar sua capacidade de recuperação da normalidade após eventos ou situações estressantes, ou seja, sua resiliência (Lopes, 2005).

O enfoque em mecanismos autorreguladores do self (como crenças de eficácia, otimismo e autonomia) desempenha papel regulatório central na saúde do idoso, principalmente do institucionalizado, atuando na prevenção de doenças e no desenvolvimento do comportamento resiliente, ajudando-o a lidar com a vulnerabilidade a que está exposto (Staudinger, Marsiske e Baltes, 1995).

A manutenção do comportamento resiliente no idoso institucionalizado requer um planejamento bem elaborado dos profissionais, planejamento este que preveja estratégias didáticas que contemplem atividades para os idosos sem desconsiderar seus aspectos funcionais e cognitivos, no qual o idoso seja visto como um todo, independente de suas condições pregressas de saúde física, psicológica e social.

A experiência do LVC, que atende uma população heterogênea de idosos com escolaridade baixa e déficit cognitivo de moderado a grave, propõe atividades conforme a capacidade de atenção e de abstração do conteúdo, a ser realizado de

forma que ocorra um aproveitamento em sua participação. Desta forma, ocorre interação social entre os idosos nas atividades lúdicas propostas enfocando o comportamento resiliente; nestas atividades toda a equipe multiprofissional atua no atendimento ao idoso residente de forma a contemplar o objetivo que é o bem-estar e a sua melhora na qualidade de vida.

Conclusão

O planejamento global de atendimento de uma ILPI deve proporcionar ao idoso a oportunidade de mudanças adaptativas que promovam equilíbrio entre ganhos e perdas inerentes ao envelhecimento. O conjunto de atividades educativas e terapêuticas deve buscar a maximização de recursos pessoais para enfrentamento de estresse e enfatizar o desenvolvimento de uma rede de suporte social e a capacidade de gerenciar as próprias atividades. Principalmente, deve proporcionar a oportunidade de inserção do idoso, como cidadão, na comunidade.

Referências

- ACOSTA-ORJUELA, G.M. (2002). Os idosos e a mídia: usos, representações e efeitos. In: FREITAS, E. V. *et al.* (orgs). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara, p. 981-89.
- AGOSTINHO, C.S. e MÁXIMO, G. C. (2006). Idosos num Brasil que envelhece: uma análise multidimensional da pobreza. *XV Encontro Nacional de Estudos Populacionais*, Caxambú, 18 a 22 de setembro de 2006.
- ALCÂNTARA, A. O. (2004) *Velhos Institucionalizados e Família: entre abafos e desabafos*. Campinas: Alínea.
- ARAÚJO, M. O. P. H. e CEOLIM, M. F. (2007) Avaliação do grau de independência de idosos residentes em instituição de longa permanência. *Rev. Esc. Enferm.* Vol. 41, n.º 3), p. 378-85.
- BORN, T. e BOECHAT, N. S. (2002) A qualidade dos cuidados ao idoso institucionalizado. In: FREITAS, E. V. *et al.* (orgs.) *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara, p. 768-77.
- CAMARANO, A. A. (2002) Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. In: FREITAS, E. V. *et al.* (orgs.) *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara, p. 58-70.
- CHAIMOWICZ, F. e GRECO, D. B (2004) Dinâmica da institucionalização de idosos em Belo Horizonte, Brasil. *Rev. Saúde Pública*, v. 33, n.º 5, p. 454-60.
- CREUTZBERG, M. *et al.* (2007) A Instituição de Longa Permanência para idosos e o sistema de saúde. *Rev. Latino-Am Enfermagem*, novembro-dezembro 15(6).

DEBERT, G. G. (1999) *A reinvenção da velhice: socialização e processos de privatização do envelhecimento*. São Paulo: Edusp.

DIOGO, M. J. D. (2002) Modalidade da assistência ao idoso e à família: impacto sobre a qualidade de vida. *In: FREITAS, E. V. et al. (orgs.) Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara, p. 1065-68.

GOLDIM, J.R. (2002) Bioética e envelhecimento. *In: FREITAS, E. V. et al. (orgs.) Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara, p. 85-90.

LOPES, W. S. L. (2005) Resiliência. *Palavras-chave em Gerontologia*. 2ª ed. Campinas: Alínea, p. 178-81.

LOUZÃ NETO, M. R. *et al.* (1986) O idoso, as instituições totais e a institucionalização. *Rev. Paul. de Hospitais*, julho/agosto/setembro; 34 (7/8/9): 135-43.

NERI, A. L. (2005) Redes de Suporte Social. *Palavras-chave em Gerontologia*. 2ª ed., Campinas: Alínea, p. 172-5.

PALMA, A. *et al.* (2003) Reflexões acerca da adesão aos exercícios físicos: comportamento de risco ou vulnerabilidade? *Movimento Porto Alegre*, v. 9, n.º 3, set./dez., p. 83-100.

PASCHOAL, S. M. P. (2002). “Qualidade de vida na velhice”. *In: FREITAS, E. V. et al. (orgs.) Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara, p. 79-84.

PAZ, A. A.; SANTOS, B. R. L. e EIDT, O. R. (2006). Vulnerabilidade e envelhecimento no contexto da saúde. *Actual Paul Enferm.* 19 (3): 338-42.

RABELO, D. F. (2005) Auto-eficácia. *Palavras-chave em Gerontologia*. 2ª ed. Campinas: Alínea, p. 19-23.

SANTOS, A. C. P. O *et al.* (2007) A construção da violência contra idosos. *Rev. Bras. Gerontol.* v. 10, n.º 1.

STAUDINGER, U. M.; MARSISKE, M. e BALTES, P. B. (1995) Resiliência e níveis de capacidade de reserva na velhice: perspectivas da teoria do curso de vida. Tradução de Anita Liberalesso Neri e Lucila L. Goldstein de Staudinger. *In: NERI, A. L. (org.) Psicologia do envelhecimento*. Campinas: Papirus, p. 195-228.

VAGETTI, G. C.; WEINHEIMER, M. S. e OLIVEIRA, V. (2007) Atendimento integral à saúde do idoso residente em Instituição de Longa Permanência: uma experiência interdisciplinar. *Estud. Interdisciplinar Envelhec.*, v. 11, p. 53-62.

VERAS, R. (2007) Fórum envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos. Introdução. *Cad. Saúde Pública*, n.º 23, v. 10, out., p. 2463-6.

VIEIRA, E. B. (1998) Qualidade de vida na instituição. *In: Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia - seção São Paulo. Consensos de Gerontologia. 1º Congresso Paulista de Geriatria e Gerontologia; junho 24-27; São Paulo: SBGG; p. 62-5.*

YAMAMOTO, A. e DIOGO, M. J. D. (2002) Os idosos e as instituições asilares do município de Campinas. *Rev. Latino-Am Enfermagem*, setembro-outubro; 10 (5): 660-6.

Agradecimento

Dr. Edison Rossi – diretor do Centro geriátrico “Dr. Roberto Cecarelli”, do Lar dos Velhinhos de Campinas.

Denise Cuoghi de Carvalho Veríssimo Freitas - Fisioterapeuta. Mestre em Gerontologia pela Faculdade de Educação da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). Doutoranda em Ciências da Saúde pela Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp – Departamento de Enfermagem. Membro do Grupo TEMPO e do GER Unicamp. Trabalhou no Lar dos Velhinhos de Campinas entre 2006 e 2009.

Contato: dcuoghicarvalho@hotmail.com

Recebido em 18/05/2010

Aceite final em 20/06/2010