

PERFIL DO IDOSO INSTITUCIONALIZADO NA CIDADE DE MARÍLIA: SUBSÍDIOS PARA ELABORAÇÃO DE POLÍTICAS DE ATENDIMENTO

Michele Mity SUZUKI¹
Stella Maira DEMARTINI²
Edvaldo SOARES³

RESUMO

O crescimento da população idosa nos países desenvolvidos vem sendo estudado há vários anos. Porém, no Brasil tal preocupação ainda é recente, especialmente no tocante aos idosos institucionalizados. Este estudo teve por objetivo estudar o perfil epidemiológico dos idosos internos em instituições residenciais de longa permanência para idosos (IRLPI's). A pesquisa, vinculada ao *Grupo de Neurociência Cognitiva e Envelhecimento Humano* e ao *Projeto de Extensão Memória e Envelhecimento*, se deu em duas IRLPI's, localizadas na cidade de Marília SP. Foram sujeitos da pesquisa 116 idosos. Os dados foram colhidos, a partir de entrevistas com cuidadores e das fichas individuais dos idosos. Para a coleta de dados foram elaborados formulários específicos. Dados referentes à saúde foram colhidos a partir da medicação de uso contínuo administrada aos internos. Todos os dados foram lançados em banco de dados (Access) e submetidos à análise estatística descritiva.

Palavras-chave: Envelhecimento Humano. Saúde. Idoso. Institucionalização.

Introdução

Demograficamente o número de idosos tem aumentado em todo o mundo. Tal fenômeno tem despertado interesse não só de pesquisadores de diversos campos do saber, mas também de diversas áreas da economia. Porém, conforme Veras e colaboradores (1988), nos países menos desenvolvidos a discussão relativa ao aumento da população idosa é recente. Para termos uma idéia do impacto desse aumento, no Brasil, os idosos que representavam apenas 3,2% da população geral de 1900 e 4,7% em 1960, poderão atingir 13,8% no ano de 2025. Tal crescimento decorre, segundo Silva (2003), de diversos fatores, tais como a industrialização, a urbanização, os avanços da medicina, da tecnologia e do saneamento básico, que contribuem para a redução da mortalidade, bem como da redução da taxa de natalidade.

É inegável que esse aumento da expectativa de vida é algo positivo, mas será que nós nos preparamos adequadamente para tal realidade? Sabemos que com o envelhecimento

¹ Discente do 3º ano do Curso de Terapia Ocupacional da FFC – Unesp – Campus de Marília SP. Bolsista Proex e membro do Grupo de Neurociência Cognitiva e Envelhecimento Humano.

² Discente do 3º ano do Curso de Terapia Ocupacional da FFC – Unesp – Campus de Marília SP. Membro do Grupo de Neurociência Cognitiva e Envelhecimento Humano.

³ Orientados. Docente do Departamento de Psicologia da Educação – FFC – Unesp – Campus de Marília SP.

demográfico há um aumento dos gastos previdenciários e, uma maior demanda pelos serviços de saúde. Ou seja, em decorrência desse crescimento estamos diante de dificuldades de ordem social e econômica. Surgem dúvidas sobre o que fazer com os nossos idosos que freqüentemente apresentam diversas patologias características da idade. Tais fatos afetam não só o Estado e o próprio idoso, mas também muitas famílias que, em função das mudanças dos parâmetros sociais e econômicos, hoje, não conseguem manter o idoso no ambiente familiar, pois, além de não possuir uma estrutura física adequada, estão impossibilitadas de conciliar as atividades laborais e pessoais com os cuidados demandados pelo idoso.

Nessas circunstâncias, o idoso com freqüência é visto como um entrave à autonomia familiar, o que pode tornar precária a relação ele e os seus familiares. Muitas vezes a solução encontrada, tanto pela família como pelo próprio idoso, é a institucionalização⁴. (PERLINI; LEITE; FURINI, 2007). É nesse contexto que se evidencia a necessidade e a realidade das *instituições residenciais de longa permanência para idosos (IRLPi's)*.

É nesse contexto de institucionalização que este estudo objetiva descrever a situação do idoso institucionalizado a partir de dados colhidos em duas instituições localizadas na cidade de Marília SP. Tal estudo faz parte das atividades desenvolvidas no projeto de pesquisa e extensão *Memória e Envelhecimento Humano*.

Institucionalização e Autonomia

Para muitos autores os asilos geralmente são vistos como um “caminho sem volta”, considerando que tanto a família como a comunidade se esquece dos idosos internados. Os idosos em tal situação perdem a autonomia, a identidade e, por que não dizer a cidadania. Isto ocorre em consequência das condutas e comportamentos regidos pelas normas das instituições, onde todos os aspectos da vida são realizados num mesmo ambiente e sob uma única autoridade; onde a rotina é praticamente igual para todos. Tudo isso colabora, como já dissemos, com a perda da autonomia e, consequentemente com a diminuição drástica da qualidade de vida do indivíduo. Nesse sentido Ramos (2003, p. 795) salienta que:

⁴ De acordo com Pavarini (1996), quando a família decide pela institucionalização do idoso, em geral ela se baseia em um ou mais dos três significados dados aos asilos: *asilo-isolamento* (resulta da concepção dada pelo senso comum como “depósito de velhos abandonados”); *asilo-saúde* (principalmente para idosos de baixa renda, que o associam com o hospital, onde possivelmente teriam melhor assistência médica); e o *asilo-refúgio* (confundido como um lugar onde o idoso pode ter um espaço próprio, resguardando seu poder de decisão).

[...] o que está em jogo na velhice é a autonomia, ou seja, a capacidade de determinar e executar seus próprios desígnios. Qualquer pessoa que chegue aos oitenta anos capaz de gerir sua própria vida e determinar quando, onde e como se darão suas atividades de lazer, convívio social e trabalho (produção em algum nível) certamente será considerada uma pessoa saudável”.

Assim, *capacidade funcional* surge como um paradigma de saúde, particularmente relevante para o idoso. De acordo com esse paradigma, o envelhecimento saudável seria resultante da interação multidimensional entre saúde física, saúde mental, independência na vida diária, integração social, suporte familiar e independência econômica. (RAMOS, 2003).

Mas, será que as *IRLPi's* estão preparadas para pelo menos promover um certo grau de independência e de integração social? Acreditamos que não. O que estudos têm demonstrado é que o compromisso das *IRLPi's* junto aos idosos é simplesmente o de suprir as necessidades básicas de moradia, alimentação, saúde. (SCHMITZ, 1997 apud GUIMARÃES; SIMAS; FARIAS, 2005; ZIMERMAN, 2000). Na maioria dessas instituições,

[...] A institucionalização para a grande maioria dos idosos é fonte de dor e tristeza, o ambiente se torna silencioso, indiferente, vazio, passando a representar os momentos finais de sua vida podendo contribuir para o maior problema psicológico do idoso: a depressão. (PARMELEE; KATZ; LAWTON, 1989 apud MARTINS, 2005, p.69).

Quando institucionalizado o idoso, que normalmente já apresenta saúde frágil, normalmente tem seu quadro de saúde mais agravado. Observa-se nessas circunstâncias diminuição da capacidade funcional, baixa interação social, motivação reduzida e diminuição da capacidade cognitiva. Para agravar a situação de tais indivíduos, Caldas (2002; 2003) tem observado que os cuidados prestados em tais instituições são muitas vezes ser inadequados, ineficientes e mesmo inexistentes, e ainda que os cuidadores são quase sempre despreparados e/ou sobrecarregados. Nesse contexto, seria ainda possível falar em autonomia?

Caracterização das instituições pesquisadas

Apesar de muitos autores considerarem as instituições asilares como locais inapropriados para os idosos, devido aos aspectos negativos ora apresentados, devemos considerar que na inexistência desses locais, muitos idosos estariam morando na rua ou sendo mal atendidos pelos próprios familiares. Este é o caso das duas *IRLPi's* onde a pesquisa foi desenvolvida. Essas duas instituições têm por objetivo atender especialmente esses idosos mais desvalidos.

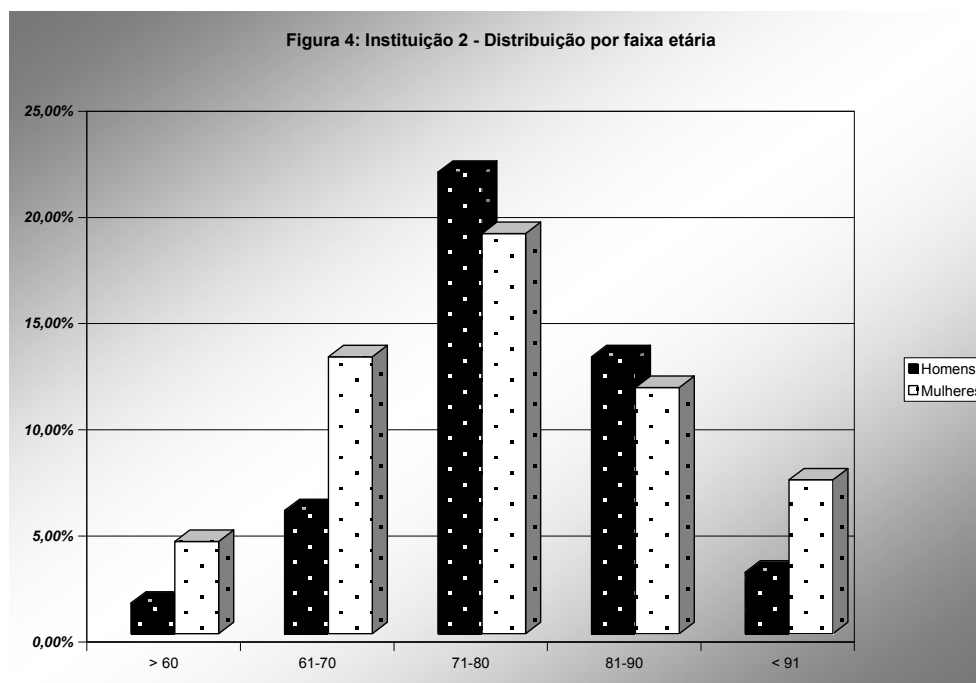
A *Instituição 1*, fundada em 1982, tem como filosofia de trabalho a assistência aos idosos, sem distinção de qualquer natureza. A captação de recursos, como ocorre na maioria das *IRLP's*, se dá principalmente por meio de doações. Os idosos são distribuídos em 18 apartamentos, todos com banheiro. Em cada apartamento habitam em média 02 idosos; mas há casos em que idosos ocupam o espaço individualmente. Adaptações foram realizadas (instalação de corrimões, ventilação, campainhas, rampas, etc.). Em relação aos recursos humanos para o atendimento aos idosos, há, na *Instituição 1*, 01 enfermeira, 05 auxiliares de enfermagem, 01 cozinheira, cerca de 11 auxiliares de serviços gerais. Em termos de programas de atendimento e prevenção realizados na instituição, havia até o segundo semestre de 2008, somente a realização de estágio dos alunos do Curso de Fisioterapia da FFC – Unesp de Marília. A partir do segundo semestre de 2008 iniciaram-se atividades de estágio em Terapia Ocupacional. Segundo relato dos próprios administradores, até o ano de 2006 havia carência de atividades na Instituição. Atualmente são atendidos 47 idosos⁵. Em termos de gênero, há uma pequena predominância de idosos do sexo masculino (57%). A média de idade dos idosos é de 71,04 anos de idade, sendo que as mulheres têm média de 68,84 anos e os homens, 72,86 anos.

A *Instituição 2*, fundada em 1930 e localizada em região mais central da cidade, tem como filosofia de trabalho atendimento ao idoso acima de 65 anos de origem carente. A captação de recursos por meio de doações, convênios com os governos Estadual e Federal; aluguéis, campanhas, festas beneficentes, etc. O índice de ocupação dos quartos é de 2 ou 3 idosos/quarto. Ao contrário da *Instituição 1*, há divisão entre os sexos; ou seja, os idosos do sexo masculino ocupam uma ala e as do sexo feminino, outra. Na ala feminina existem 17 leitos, 16 banheiros, uma copa e um refeitório. Na ala masculina são 24 leitos, 18 banheiros e uma sala de televisão. Adaptações foram realizadas (instalação de corrimões, campainhas, rampas, etc.). Em relação aos recursos humanos para o atendimento aos idosos, existem 03 médicos, 01 nutricionista⁶, 01 cozinheira, 18 auxiliares de serviços gerais, 01 pedreiro, 01 secretária, 01 auxiliar de secretária, 01 porteiro, 01 servente e 01 assistente social. Em termos de programas de atendimento e prevenção realizados na instituição, há somente a realização de estágio dos alunos do curso de Terapia Ocupacional da FFC – Unesp de Marília e dos Cursos de Fisioterapia e Psicologia de uma outra instituição de ensino superior da cidade. São atendidos 69 idosos. Em termos de gênero, ao contrário da *Instituição 1*, há

⁵ Dados referentes ao ano de 2007.

⁶ Ambos, médicos e nutricionistas são voluntários. A partir de 2008, havia somente um médico e não há mais nutricionista. Em 2009, houve o ingresso de um residente em Geriatria.

predominância de indivíduos do sexo feminino (55%). Em termos de faixa etária os idosos da *Instituição 2* estão assim distribuídos:

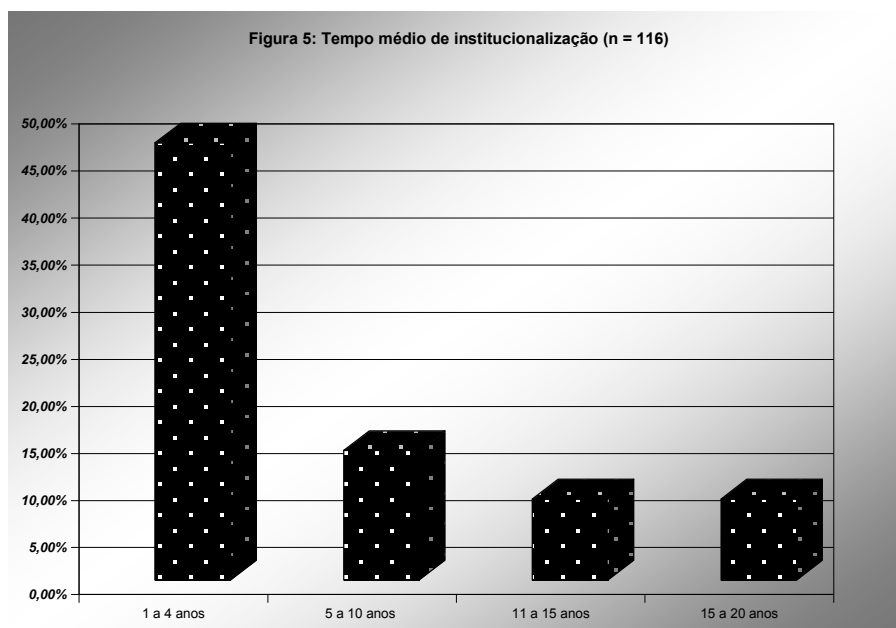


Em termos gerais, dos 116 idosos pesquisados, em questão de gênero, tivemos exatamente 50% homens e 50% mulheres. Desses 116 idosos, 56,20% tem mais de 70 anos de idade.

Os Indivíduos⁷

O levantamento das características gerais dos idosos teve por objetivo conhecer a realidade dos mesmos, pois sem o conhecimento de tal realidade seria improvável elaborarmos um plano de atividades que atendessem às expectativas tanto das *IRLPi's* envolvidas como dos próprios idosos. Em relação ao tempo de institucionalização, considerados os 116 idosos internos nas *Instituições 1* e *2*, observamos que há uma variação. Porém, a distribuição mostra que 46,44% deles estão internos há menos de 5 anos.

⁷ A fim de evitar comparações entre as Instituições, passaremos a apresentar os dados considerando a totalidade dos idosos (N = 116).



A pesquisa demonstrou também haver baixo índice de rotatividade entre os idosos. Os motivos de desligamento referem-se principalmente à ocorrência de óbitos, internações em instituições para tratamento psiquiátrico e, raramente, para retornarem ao seio familiar.

Em relação ao estado civil prevalece os idosos se declaram solteiros ou de viúvos. Não houve declarações acerca de separações/divórcios e, não há registros nas instituições, apesar de haver relato dos cuidadores. Do total, somente 21,5% declaram ter filho(s). No que se refere ao recebimento de visitas (parentes e amigos), um dado nos chama a atenção: 60,20% do total dos idosos não recebem qualquer tipo de visitas, segundo dados levantados junto aos cuidadores. No tocante à escolaridade, há a predominância de analfabetos (72%). Já em relação à etnia há predominância de indivíduos brancos⁸.

Saúde Geral

Antes de apresentarmos os dados é importante salientar que o envelhecimento deve ser entendido como um processo natural de desgaste fisiológico dos sistemas do organismo. Tal desgaste pode ocasionar diminuição das capacidades físicas, aumento relativo da incapacidade para realização de atividades cotidianas, modificações morfológicas, bioquímicas, psicológicas, perda de

⁸ Os dados foram coletados junto aos prontuários dos idosos. Procuramos não adentrar em detalhes técnicos para a definição de etnia.

papéis sociais, solidão, perdas afetivas e aumento da vulnerabilidade, diminuição da capacidade de recuperação dos efeitos de eventos que desequilibram o organismo (resiliência), menor plasticidade neural/comportamental. (COHEN, 1995; STUART-HAMILTON, 2002; SOARES, 2006). Porém, os declínios cerebral e cognitivo não devem ser os eventos que definitivamente caracterizam o envelhecimento humano. (LAMBERT; KINSLEY, 2006).

O ritmo do processo de envelhecimento e o impacto sobre a qualidade de vida dependem de fatores econômicos, genéticos, demográficos, comportamentais e sócio-culturais. Embora a maioria dos idosos seja portador de, pelo menos, uma doença crônica, sabemos que nem todos ficam limitados por elas, levando uma vida relativamente normal. No entanto, a institucionalização pode contribuir para o aparecimento de diversos tipos de patologia.

Os dados apresentados na tabela 1 foram aferidos a partir das seguintes fontes: prontuários dos idosos existentes nas *IRLPI's*; entrevistas com os cuidadores responsáveis pelo serviço de saúde e entrevista com alguns dos idosos.

Tabela 1 - Quadro geral de saúde: patologias e queixas mais comuns

<i>Patologias e queixas mais comuns</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Diabetes	10	8,69
% F	0	14,03
% M	2	3,44
Hipertensão	74	64,34
% F	41	71,92
% M	33	56,89
Patologias Cardíacas	22	19,13
% F	10	17,54
% M	12	20,68
Tireóide	9	7,82
% F	8	14,03
% M	1	1,72
AVE	10	8,69
% F	3	5,26
% M	7	12,06
Úlcera Gástrica	24	20,86
% F	12	21,05
% M	12	20,68
Neoplasias	14	12,17
% F	1	1,75
% M	13	22,41
Problemas respiratórios	10	8,69
% F	2	3,50

% M	8	13,79
Contusões, Traumas, Reumatismo e Osteoporose	14	12,17
% F	10	17,50
% M	4	6,89
Disfunções Renais	3	2,60
% F	1	1,75
% M	2	3,44
Anemia	2	1,73
% F	0	0,00
% M	2	3,44
Dor crônica	14	12,17
% F	12	21,05
% M	2	3,44
<i>N = 115 (57 feminino; 58 masculino)</i>		

Em relação à saúde mental dos idosos pesquisado, a situação não é diferente. Porém, antes de apresentar os dados, é importante salientar que, de forma geral, o declínio da capacidade cognitiva (DCC) decorre dos processos fisiológicos naturais. Porém, estudos têm demonstrado que idosos com declínio da capacidade cognitiva apresentam maiores risco de desenvolver Doença de Alzheimer (DA). Entretanto, o que mais se observa na população idosa é um comprometimento cognitivo leve. Um importante critério de avaliação e possível prevenção de estados demenciais é a percepção subjetiva dos próprios idosos, bem como de seus familiares. Em termos de prevenção, acredita-se que o estímulo para um bom funcionamento mental, físico e social configura-se como princípio para a promoção de saúde de idosos e, conseqüentemente, de prevenção às demências, graves ou leves. Por isso, a identificação de indivíduos com potencial de risco torna-se fundamental, tanto em termos de prevenção como de posterior terapia (CHARCHAT-FICHMAN, H.; CARAMELLI, P.; SAMEISHIMA, K. et al, 2005).

Conforme os dados colhidos nas duas *IRLPI's*, do total de idosos, 15,48% apresentam diagnóstico fechado de Parkinson e 4,34% de Alzheimer. Porém, acreditamos que tal número seja sensivelmente mais alto. Observou-se ainda que 36,98% dos idosos pesquisados apresentam algum grau de depressão ou algum tipo de quadro psicótico (especialmente ansiedade e quadros de esquizofrenia). Ou seja, o estado de saúde mental dos idosos internos é preocupante, conforme podemos observar no quadro abaixo:

Tabela 2 - Quadro Geral de Saúde Mental

	N	%
Depressão	43	37,39
% F	25	43,85
% M	18	31,03
Ansiedade/Psicoses	37	32,17
% F	24	42,10
% M	13	22,41
Quadros demenciais	13	11,30
% F	8	14,03
% M	5	8,62
Parkinson	10	8,69
% F	7	12,28
% M	3	5,17
Queixas de falhas em relação à memória	29	25,21
% F	20	35,08
% M	9	15,51

N = 115 (57 feminino; 58 masculino)

Polimedicação

Outro fator que nos chamou a atenção foi a polimedicação. Tal fator merece atenção especial, considerando que a sensibilidade dos idosos aos medicamentos é maior que nos adultos. Além disso, o uso abusivo de medicamentos pode levar também à perda de autonomia física e à diminuição da capacidade cognitiva. (LOPES, 2000). No caso das duas IRLPI's pesquisadas temos observado casos de idosos que, em função do estado de saúde e da impossibilidade econômica de adquirir medicamentos de última geração, chegam a tomar 08 (oito) medicamentos diferentes diariamente, conforme podemos observar nas tabelas abaixo:

Tabela 3 - Medicação de uso contínuo

	Quantidade de medicamentos de uso contínuo administrados/dia				
	≤ 1	2 a 3	4 a 5	6 a 7	≥ 8
N de idosos	19	43	32	15	6
%	16,52	37,39	27,82	13,04	5,21
Feminino	7	23	16	8	3
%	12,28	40,35	28,07	14,03	5,26
Masculino	12	20	16	7	3
%	20,68	34,48	27,58	12,06	5,17

N = 115 (57 feminino; 58 masculino)

Tabela 4 - Tipo de medicação de uso contínuo administrada

<i>Variáveis</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Idosos que tomam medicamentos	104	90,43
% Masculino	50	86,20
% Feminino	54	94,73
Idosos que não tomam medicamentos	11	9,56
% Masculino	8	13,79
% Feminino	3	5,26
Idosos que tomam medicação de uso psiquiátrico	72	62,60
% Feminino	41	71,92
% Masculino	31	53,44
Idosos que não tomam medicação de uso psiquiátrico	32	27,82
% Masculino	19	32,75
% Feminino	13	22,80
Idosos que só tomam medicação psiquiátrica	7	6,08
% Feminino	5	8,77
% Masculino	2	3,44
Idosos que só tomam medicação de uso geral	32	27,82
% Feminino	12	21,05
% Masculino	20	34,48
Idosos que tomam medicação de uso geral + psiquiátrico	65	56,52
% Feminino	36	63,15
% Masculino	29	50
<i>N = 115 (57 feminino; 58 masculino)</i>		

É importante salientar que, para 100% dos casos de depressão, a medicação administrada tem sido de inibidores seletivos de recaptção de serotonina (Fluoxetina, Citalopran, Amitriptilina), normalmente utilizados para tratamento de depressão mental maior. Para o tratamento dos quadros psicóticos são utilizados tanto antipsicóticos de primeira geração (77,9%) (Clorpromazina e Haloperidol), como dos de segunda geração ou atípicos, como a Risperidona (22,10%).

Conclusão

Os dados apresentados nesse estudo oferecem uma amostra da situação geral do idoso institucionalizado, confirmando em grande parte os dados levantados na literatura especializada, especialmente no que tange à saúde geral e mental dos idosos, especialmente dos idosos institucionalizados. Porém tais dados são ainda abstratos. Mas, apesar de serem abstratos, são úteis àqueles que são responsáveis não só pelas instituições de longa permanência para idosos, mas também aos responsáveis pela elaboração de políticas públicas de atendimento e, principalmente aos governantes que, paradoxalmente, por um lado comemoram o aumento da expectativa de vida da população e por outro encaram o envelhecimento como um problema de cunho econômico. Devemos considerar ainda que tais dados referem-se a pessoas; seres humanos com as quais procuramos conviver. O início dessa convivência não foi fácil. Passamos ambos, executores, instituições e idosos, por uma fase de adaptação de conhecimento que, de certa forma ainda perdura.

Os dados colhidos a partir dessa convivência demonstram que grande parte dos idosos apresenta limitações em termos sociais e de saúde que dificultam ou mesmo impedem sua participação em atividades diversas. Tais dificuldades não podem ser encaradas por parte dos responsáveis pelas instituições, pelos cuidadores, pelos profissionais e, mesmo pelo Estado como limitações, mas como desafios para a elaboração de programas adequados de atendimento aos idosos institucionalizados. Para serem adequados, tais programas devem levar em consideração o princípio de que o estímulo para um bom funcionamento mental, físico e social configura-se como elemento fundamental para a promoção de saúde de idosos e, conseqüentemente, de prevenção às demências, graves ou leves. Porém, a elaboração de programas de atendimento e de estratégias preventivas deve estar acompanhada do sentido de humanização, ou seja, da visão de que o idoso é um indivíduo, um ser histórico que tem anseios, desejos, medos, alegrias e tristezas como qualquer um de nós.

Referências

CALDAS, C. P. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. *Caderno de Saúde Publica*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 773-781, maio-jun, 2003.

CHARCHAT-FICHMAN, H.; CARAMELLI, P., SAMESHIMA, K. et al. Decline of cognitive capacity during aging. *Rev. Brasileira Psiquiatria*, mar., v.27, n.1, p.79-82, 2005.

COHEN, G.D. *O cérebro no envelhecimento humano*. São Paulo: Andrei, 1995.

GUIMARÃES, A. C. A.; SIMAS, J. P. N.; FARIAS, S. F. O ambiente asilar e a qualidade de vida nos idosos. *A Terceira Idade*, São Paulo, v. 16, n. 33, p. 54-71, jun. 2005.

LAMBERT, K.; KINSLEY, C.H. *Neurociência clínica: as bases neurológicas da saúde mental*. Porto Alegre: Artmed, 2006.

LOPES, R.G.C. *Saúde na velhice: as interpretações sociais e is reflexos no uso de medicamento*. São Paulo: Educ, 2000.

PAMERLEE, P.A.; KATZ, I.R.; LAWTON, M.P. Depression among institutionalized aged: assessment and prevalence estimation. *Journal of Gerontology*, v. 44, p. 22-29, 1989.

PAVARINI, S. C. I. *Dependência Comportamental na velhice: uma análise do cuidado prestado ao idoso institucionalizado*. Tese (Doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1996.

PERLINI, N. M. O. G.; LEITE, M. T.; FURINI, A. C. Em busca de uma instituição para a pessoa idosa morar: motivos apontados por familiares. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 41, n. 2, p. 229-236, jun. 2007.

RAMOS, L. R. Determinant factors for healthy aging among senior citizens in a large city: the Epidoso Project in São Paulo. *Cad. Saúde Pública*, v.19, n.3, p.793-797, june, 2003.

RIBEIRO, M. A. Terceira Idade, família e relacionamento de gerações. *A Terceira Idade*, São Paulo, ano 10, n. 16, p. 47-52, maio 1999.

SILVA, J.C. Velhos ou idosos? *A Terceira Idade*, São Paulo, v. 14, n. 26, p. 94-111, jan. 2003.

SOARES, E.. Memória e envelhecimento: aspectos neuropsicológicos e estratégias preventivas. *Psicologia Portugal*, v. 1, p. 1-8, 2006.

SOARES, E. *Metodologia científica: lógica, epistemologia e normas*. São Paulo: Ática, 2003.

STUART-HAMILTON, I. *A psicologia do envelhecimento: uma introdução*. Porto Alegre: Artmed, 2002.

VERAS, R. P., SOUZA, C. A.M., CARDOSO, R. F. et al. Research into elderly populations-The importance of the instrument and the training of the team: a methodological contribution. *Rev. Saúde Pública*, v.22, n.6, p.513-518, dec. 1988.

ZIMERMAN, G.I. *Velhice*: aspectos biopsicossociais. Porto Alegre: Artmed, 2000.

Apoio: FUNDUNESP – PROEX – Fundo de Pesquisa

Recebido em: 30/04/2009

Aprovado em: 05/10/2009