

Aspectos do Processo de Institucionalização na Saúde Mental do Idoso

(Aspects of the Institutionalization Process on Elders Mental Health)

Luã Carlos Valle Dantas¹

Luiz Augusto Knafelç Ferreira¹

Carmen Valéria dos Santos Andrade²

Sandra Maria Souza e Silva³

Edvaldo Soares⁴

RESUMO

O presente trabalho propõe a análise da situação do idoso no contexto brasileiro, enfocando os idosos institucionalizados e as nuances do processo de institucionalização na saúde mental dos mesmos. Utilizou como metodologia a análise bibliográfica e observação participativa. Na discussão, o presente trabalho demonstra que a institucionalização tem efeitos danosos para o idoso em sua saúde mental, e a partir disto propõe uma perspectiva multidisciplinar do processo.

Palavras Chave: Institucionalização. Saúde Mental. Idoso. Psicologia.

ABSTRACT

The present work proposes an analysis of the conditions of the elderly on a Brazilian context, focusing the institutionalized elders and the nuances of the institutionalization

¹ Autores: UNESP – Campus Marília – Faculdade de Filosofia e Ciências. Voluntários do Laboratório de Neurociências Cognitivas (LaNeC). psicodantas@hotmail.com e lknafelc@gmail.com

² Coorientadora: UNIMAR – Universidade de Marília. Professora Mestra da Faculdade de Ciências da Saúde coordenadora do curso de Psicologia. andradecarm@gmail.com

³ Coorientadora: UNIMAR – Universidade de Marília. Professora Mestra da Faculdade de Ciências da Saúde docente em Psicologia. sandrarhuniron@hotmail.com

⁴ Orientador: UNESP – Campus Marília – Faculdade de Filosofia e Ciências. Professor Doutor Coordenador do Departamento de Psicologia da Educação. edsoares@marilia.unesp.br

process on their mental health. Bibliographical analysis and participative observation were used as method. On the discussion, the present work demonstrates that the institutionalization have harmful effects to the elders, at their mental health and from this, proposes a multidisciplinary view of the process.

Key Words: Institutionalization. Mental Health. Elderly. Psychology.

Introdução

Este trabalho discute o processo de institucionalização e os reflexos deste na saúde física e mental do indivíduo idoso. A Organização Mundial de Saúde (OMS) estabelece como idoso todo o indivíduo de 60 anos ou mais, se este residir em países em desenvolvimento; para os países desenvolvidos, esse limite é de 65 anos (OMS, 1994). O crescimento da população idosa é um fenômeno observado mundialmente e, no caso do Brasil, tal crescimento ocorre de forma acelerada (IBGE, 2004; 2008; VERAS, 2009; CRUZ, CAETANO; LEITE, 2010). Entretanto, tal aumento não implica necessariamente uma melhoria na qualidade de vida da referida população. Em função disso, se faz necessária uma ampla discussão a respeito da situação do idoso (NERI; QUEIROZ, 2005; SOARES et al., 2010; SUZUKI; DEMARTINI; SOARES, 2009; SOARES; COELHO; CARVALHO, 2012). A importância dada à temática do envelhecimento é multifatorial. É importante destacar que o processo de envelhecimento tem sido objeto de pesquisas em diferentes áreas do conhecimento, principalmente em países em desenvolvimento (GOLDFARB, 1998; RODRIGUES; MARQUES; FABRÍCIO, 2000; TEIXEIRA, 2002; ROSA, 2003; SOARES; COELHO; CARVALHO, 2012).

A pesquisa sobre a temática do envelhecimento, a partir de diversas óticas, se mostra de suma importância, pois, o aumento da expectativa de vida acompanhado, conforme Goldfarb (1998), pela ausência da atividade laborativa e pelo surgimento de complicações em termos de saúde física e mental, colocam os idosos como indivíduos à margem da sociedade. Esse processo de marginalização do idoso se torna mais evidente quando se analisa o processo de institucionalização a partir de uma ótica social, filosófica e antropológica.

É importante destacar que a internação do sujeito idoso em instituições de longa permanência para idosos (ILPI's) não é um fenômeno raro, como aponta a pesquisa de

Dias (2007), segundo a qual, de 5 a 10% da população idosa brasileira encontra-se institucionalizada. Dias (2007) atribui tal fenômeno às mudanças sociais ocorridas nas últimas décadas. Tais mudanças envolvem especialmente a estrutura familiar, fazendo com que, não raras vezes os membros da família, em função do aumento de atividades (trabalho, estudo, etc) não têm tempo para cuidar dos indivíduos mais idosos do núcleo familiar. Acrescenta-se a isso o aumento da ocorrência de patologias e, conseqüentemente uma maior demanda de cuidados específicos.

De acordo com Goffman (1961), o processo de institucionalização por si só é danoso. Para ele, as instituições podem ser compreendidas como locais onde atividades delimitadas são executadas. Nesse contexto, a instituição asilar se enquadraria na classe, de “Instituição Total”, conforme definição do autor. Esse tipo de instituição pode ser caracterizada, conforme Goffman (1961) por se apropriar do tempo e controlar os interesses do indivíduo a ela submetidos, bem como pela tendência de “fechamento” social. Nesse sentido, o “caráter total” da instituição é simbolizado pela barreira à relação social com o mundo externo. Tal “barreira à relação social” pode ser exemplificada pela imposição de normas ou mesmo proibição em relação à liberdade de ir e vir dos sujeitos institucionalizados e pelas barreiras arquitetônicas (GOFFMAN, 1961).

Em função do controle sobre os sujeitos, Goffman (1961) alerta para a “perda do eu”, ocasionada pela institucionalização. Em relação à organização de tais instituições, Goffman (1961) destaca a existência de uma divisão entre a grande massa controlada (grupo dos internados) e uma pequena equipe supervisora. Nesse sentido, Vieira (1997, p. 79) destaca o relato de uma senhora chamada Cecília:

Aqui parece uma clínica, mas não é clínica. É assim [...] pode-se dizer que ao mesmo tempo em que eles atendem, eles prendem [...] porque tem uns aí que já tão assim. [...] aí tem de prender, né? É uma clínica em forma de prisão (risos).

Tal controle, simbolizado pela fala de Cecília pela idéia de “prisão” furta dos sujeitos institucionalizados a autonomia e, a perda da autonomia está intimamente relacionada ao que Goffman (1961) denomina ‘perda do eu’. Conforme a concepção de Goffman (1961) o conceito de ‘furto’ se aplica às diversas dimensões da vida do indivíduo. Nesse sentido, Vieira (1997) destaca que, nas instituições, o tempo não é

mais próprio; ele se reduz à tirania cronológica referenciada pela equipe dirigente, a qual controla o tempo: tempo de acordar, tempo de comer, tempo de dormir, etc. O tempo, nesse contexto, é arbitrariamente controlado pela cadência e pelo ritmo das atividades diárias da instituição. É justamente esse controle temporal que contribui para a sensação de perda e expropriação (VIEIRA, 1997).

De acordo com Goldfarb (1998), o processo de institucionalização é multifatorial. Contudo tal processo está sempre associado a algo negativo, como por exemplo, às perdas e carências. É sabido que, com o processo de institucionalização o sujeito não raras vezes se torna isolado ou se isola. A privação do núcleo familiar, voluntária ou não é praticamente regra geral. O ambiente institucional é por si só empobrecido em termos de estímulos. Os estímulos habituais do indivíduo (sociais, de afeto, rotinas e ambiente familiar) são suprimidos em troca de horários fixos, rotinas e perda da individualidade (SOARES et al., 2010).

Tal situação gera o que Skinner (1970, p. 473) definiu como depressão:

[...] o resultado de um debilitamento do comportamento devido à interrupção de seqüências estabelecidas do mesmo que haviam sido reforçadas positivamente pelo ambiente social.

Ou seja, o indivíduo não mais é reforçado nas contingências que antes eram reforçadoras. Assim sendo, ele passa por um processo de extinção dos comportamentos previamente emitidos, instaurando o que se chama de quadro depressivo. Portanto, a internação do idoso em uma ILPI é, conforme Soares, Coelho e Carvalho (2012), por si só um evento que contribui para o desenvolvimento de sintomatologia para depressão.

Em relação às instituições para idosos, é importante destacar que, no Brasil, as ILPI's são regidas por Legislação Federal (BRASIL 1989; 1990; 2001; 2003). Tal legislação define, de forma geral e específica, normas para o funcionamento das ILPI's e os princípios de atenção à população idosa institucionalizada. Embora as referidas normas abranjam um grande espectro da atenção ao idoso, sua aplicação ainda se mostra deficiente e, mesmo sendo aplicadas, não eliminariam por si a caracterização de ILPI como 'Instituição Total', o que implica em uma situação danosa à qualidade de vida e à saúde do idoso institucionalizado.

Em relação à concepção/definição de saúde, é importante destacar que a *Organização Mundial da Saúde* - OMS a define como um completo bem estar físico, mental e social (OMS, 2011). Entretanto, tal definição se demonstra insuficiente para a análise deste estudo, pois, conquanto que haja alguma das esferas relacionadas acima, não se define saúde pelas suas idiossincrasias, saúde se definirá por um amálgama da *Lei Orgânica da Saúde*, que propõe a alternativa:

Art. 3º A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.

Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde às ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social (BRASIL, 1990).

Na mesma perspectiva da OMS, a *Lei Orgânica da Saúde* destaca também o bem estar físico, psíquico e social. Entretanto, destaca também como fatores essenciais a alimentação, a educação e o lazer. Dessa forma, se a definição de saúde engloba muitas variáveis, igualmente é complexa a definição de doença.

De acordo com Foucault (1994), a doença não é mais vista segundo o modelo dualista-cartesiano.

Quer suas designações primeiras sejam psicológicas ou orgânicas, as doenças concerniriam de qualquer modo à situação global do indivíduo no mundo; em vez de ser uma essência fisiológica *ou* psicológica, é uma psicológica *e* fisiológica. Em todas estas formas recentes de análise médica, pode-se, então, ler uma significação única: quanto mais se encara como um todo a unidade do ser humano, mais se dissipa a realidade de uma doença que seria unidade específica; e também mais se impõe, para substituir a análise das formas naturais da doença, a descrição do indivíduo reagindo à sua situação de modo patológico (FOUCAULT, 1994, p. 11).

É importante salientar que a depressão está associada ao maior risco de morbidade e de mortalidade, ao aumento na utilização dos serviços de saúde, à

Formatado

Formatado

negligência no autocuidado, à adesão reduzida aos regimes terapêuticos e maior risco de suicídio. (PARADELA; LOURENÇO; VERAS, 2005).

Rodrigues, Marques e Fabrício (2000) alertam sobre a vulnerabilidade da população residente em ILPI's em relação às psicopatologias (depressão e ansiedade), apontando-as como fator de risco ao aparecimento ou agravamento do estado de saúde geral do idoso. Ou seja, o processo de institucionalização afeta o organismo como um todo. Dessa forma, o processo terapêutico voltado à populações idosas institucionalizadas também deve considerar o indivíduo como um todo cujas dimensões são indissociáveis (social, biológica, psicológica, etc).

Por outro lado, considerando as conseqüências nefastas do processo de institucionalização, sabemos que as ILPI's se constituem em um mal necessário. Apesar de sua organização se caracterizar como "instituição total", sem elas, muitos idosos desvalidos estariam completamente desamparados, ou seja, sem acesso às condições mínimas de sobrevivência, as quais incluem, por exemplo, alimentação, abrigo, higiene e cuidados médicos básicos.

Desta forma, no contexto atual da organização das ILPII's e as conseqüências do processo de institucionalização, só é possível a adoção de medidas profiláticas com o objetivo de minimizar os danos causados aos idosos submetidos à institucionalização. Entre tais medidas destacamos as que objetivam a modificação/variação dos estímulos aos quais os idosos institucionalizados estão submetidos. Como exemplo podemos citar o desenvolvimento e a aplicação de atividades práticas junto à população idosa institucionalizada que funcionam como enriquecimento ambiental e, conseqüentemente servem à estimulação cognitiva (SOARES et al., 2010; SUZUKI; DEMARTINI; SOARES, 2009; SOARES; COELHO; CARVALHO, 2012).

Considerando as perspectivas teóricas do estruturalismo foucaultiano e da sociologia interpretativa de Goffman (1961), este artigo se propõe, a partir de estudo de caso, a analisar a pertinência de tais teorias em relação aos efeitos da institucionalização do idoso e assim contribuir para a busca de alternativas para se repensar o processo de institucionalização e as práticas utilizadas pelas instituições de longa permanência para idosos (ILPI).

Métodos e Procedimentos

Esta pesquisa se constitui em um estudo de caso realizado em duas ILPI's localizadas na cidade de Marília-SP. Os dados foram obtidos a partir de observações e vivências mediante o acompanhamento e participação, por um período de 02 anos, em atividades de pesquisa e extensão promovidas pelo Laboratório de Neurociência Cognitiva - LaNeC mediante o desenvolvimento do projeto *Memória e Envelhecimento Humano: Reabilitação Cognitiva*. As observações relacionadas às instituições e aos idosos foram anotadas e, posteriormente confrontadas com os dados do LaNeC e com as impressões dos idosos participantes das atividades desenvolvidas durante a realização do projeto. Os dados foram analisados a partir da literatura sobre o tema, buscando verificar se os aspectos apontados pela literatura sociológica (GOFFMAN, 1961) em relação ao processo de institucionalização se confirmam em relação às ILPI's e se a adoção de medidas profiláticas, como as aplicadas pelo LaNeC minimizam os danos causados pelo processo de institucionalização.

Resultados e Discussão

Mediante a vivência nas atividades promovidas pelo LaNeC em duas ILPI's, contatamos que o processo de institucionalização promove uma mudança radical no estilo de vida do idoso. Entre tais mudanças destacamos a ambiental, ou seja, o idoso, acostumado a viver em ambiente diverso ao da ILPI, é agora submetido, de forma abrupta, a um ambiente estranho e até ameaçador. Tal ambiente é caracterizado, principalmente por organização diversa daquela a qual o sujeito está acostumado, ou seja, um ambiente com arquitetura, normas e pessoas diferentes àquelas com as quais está habituado. Em relação ao ambiente é importante frisar que, apesar das ILPI's analisadas estarem comprometidas em suprir as necessidades básicas de moradia, alimentação, saúde e convivência social, elas ainda ignoram a complexidade e o entrelaçamento dos fatores envolvidos no processo de institucionalização. Mesmo assim, essas instituições têm promovido modificações no ambiente físico e organizacional que podem favorecer o processo adaptativo do idoso.

Constatou-se ainda que, o processo de habituação à nova realidade pode variar de indivíduo para indivíduo, e depende de vários fatores como, por exemplo, a maneira pela qual transcorreu o processo da internação. Por exemplo, se o idoso foi internado contra sua vontade e consentimento, o processo de adaptação normalmente é

acompanhado de extremo sofrimento e, conseqüentemente o processo de habituação se torna mais lento ou, em muitos casos, é inexistente.

Durante o processo de habituação, foi interessante observar que os idosos, em sua grande maioria, passam por três fases, as quais se mostram variáveis em termos de duração. A primeira é caracterizada pela negação, na qual o idoso “nega estar institucionalizado”, ou seja, normalmente afirma que sua estada naquele local é temporária. Em função disso, inclusive, sua interação social é extremamente baixa. A segunda fase é caracterizada por um sentimento de revolta, na qual o idoso se mostra extremamente crítico diante das pessoas (cuidadores e companheiros) e em relação à organização da instituição. Há nessa fase um aumento da interação social, porém ainda extremamente limitada. Na terceira fase, o idoso se mostra conformado. Entretanto tal conformismo pode ser traduzido como indiferença, perda de perspectivas e falta de motivação. Ocorre nessa fase uma nova diminuição da interação social. Tais observações corroboram os dados de Soares e colaboradores (2010).

Foi observado ainda, que, mesmo entre os indivíduos que se institucionalizaram por vontade própria, a sensação de abandono é uma característica comum. Tais observações são coerentes com alguns estudos relacionados ao processo de institucionalização (GOFFMAN, 1961; SOARES et al., 2010; SUZUKI; DEMARTINI; SOARES, 2009; SOARES; COELHO; CARVALHO, 2012).

Interessante observar que a perda da autonomia do idoso institucionalizado não está apenas relacionada à organização das ILPI's. Mediante as observações, vivências e os dados do LaNeC que avaliaram a capacidade para realização de atividades da vida diária (AVD's) foi possível constar que, mais da metade dos idosos institucionalizados (47,4%) apresentam incapacidade de realizar sem supervisão as atividades da vida diária, tais como o banho, troca de roupa, higiene da boca, ingestão de medicamentos de forma correta dentre outras tarefas. Do total de sujeitos, o nível de dependência total foi de 12,1% (SOARES; COELHO; CARVALHO, 2012).

Constatou-se também, conforme identificado por estudos do LaNeC (SOARES et al., 2010; SUZUKI; DEMARTINI; SOARES, 2009) que o processo de institucionalização contribui para o surgimento de sintomatologia para depressão (Tabela 1) e para o desenvolvimento de quadros relacionados à declínio cognitivo.

Tabela 1 – Indicativos de sintomatologia para depressão – Dados do Laboratório de Neurociência Cognitiva – LaNeC 2009 – 2012.

Sujeitos com sintomatologia para Depressão	Sexo	%
(n = 116 sujeitos)	Feminino	21
	Masculino	29
Total		50

Em relação ao declínio cognitivo, os dados do LaNeC indicam que 25% dos sujeitos atendidos pelo projeto “Memória e Envelhecimento Humano: Reabilitação Cognitiva” apresentaram declínio cognitivo (Tabela 2) (SOARES et al., 2010; SUZUKI; DEMARTINI; SOARES, 2009).

Tabela 2 – Indicativo de declínio cognitivo – Dados do Laboratório de Neurociência Cognitiva – LaNeC 2009 – 2012.

Sujeitos com indicativo de Declínio Cognitivo	Sexo	%
(n = 116 sujeitos)	Feminino	12,5%
	Masculino	12,5%
Total		25%

Os dados do LaNeC, resultantes de pesquisa com 48 sujeitos realizada no ano de 2011, ainda indicam que idosos institucionalizados apresentaram maior declínio cognitivo que idosos não institucionalizados (Tabela 3).

Tabela 3 – Resumo dos dados de 48 idosos institucionalizados e não-institucionalizados, apresentados por meio de número de indivíduos, mediana (quartil inferior – quartil superior), segundo a idade, indicativo de declínio cognitivo e prevalência de sintomatologia para depressão – LaNeC 2011.

Variáveis	Mediana		valor p Teste Mann-Whitney
	Idosos Institucionalizados (n=24)	Idosos não Institucionalizados (n=24)	
Indicativo de declínio	20,5	29,5	< 0,001

Procurando quebrar tal ciclo, o Laboratório de Neurociência Cognitiva – LaNeC – Departamento de Psicologia da Educação – DPE da Faculdade de Filosofia e Ciências – FFC – Unesp de Marília-SP desenvolve e aplica, desde 2006, atividades voltadas à reabilitação cognitiva e à prevenção de transtornos de humor (Figura 1). As referidas atividades são realizadas por equipe multidisciplinar que, mediante atendimento individual e em grupo, objetivam principalmente promover estimulação cognitiva e social, bem como proporcionar uma melhora da auto-estima do idoso, minimizando assim os sintomas de declínio cognitivo e transtornos de humor na referida população (SOARES et al., 2010; SUZUKI; DEMARTINI; SOARES, 2009; SOARES; COELHO; CARVALHO, 2012).



Figura 1 - Atividades de Reabilitação Cognitiva - LaNeC

É importante destacar que, o desenvolvimento e a aplicação das atividades práticas pelo LaNeC seguem alguns princípios fundamentais: 1) não “infantilização” do idoso; 2) respeito às suas vontades; 3) ver no idoso uma pessoa, com uma história, com anseios, desejos, limitações e potencialidades e não como um “paciente” e/ou como um “objeto de pesquisa”; 4) compromisso social e acadêmico; 5) ética com relação às informações.

A partir desses princípios e das reais necessidades identificadas, as atividades práticas foram desenvolvidas levando-se em consideração os seguintes critérios: a) atividades que promovessem a interação social entre os idosos de ambos os sexos; b) atividades que os estimulassem cognitivamente; c) atividades que promovessem a integração entre os idosos e os participantes do projeto.

Conclusão

Embora a questão do idoso ainda tenha que ser amplamente debatida, o número de pesquisas ligadas ao tema tem crescido. Muitos avanços, em termos legais, foram obtidos em relação à defesa dos direitos do idoso. Entretanto, em relação ao idoso institucionalizado, há a necessidade de mais avanços, especialmente em relação à pesquisas, envolvendo diversas áreas do conhecimento, voltadas à promoção de melhor qualidade de vida da referida população.

A pesquisa realizada e a convivência com a instituição e com os idosos durante a execução do projeto evidenciou, conforme indicado na literatura especializada, uma tendência à perda da autonomia, gerada em grande parte pela própria organização física e administrativa das ILPI's. Tal organização física e administrativa, de certa forma se configura em espaço onde predominam, mesmo que de forma inconsciente, relações de poder.

Baseando se no quadro geral dos asilos, a ILPI ideal deveria oferecer ao idoso alguns itens que consideramos que proporcionariam ao idoso melhores condições de vida. E é claro ser mais participante no meio atual – sociedade -, divulgando inclusive o trabalho institucional, realizando a tentativa de trazer a sociedade para “dentro” do asilo, para que esta conheça tanto os malefícios quanto os benefícios da situação do idoso asilado. Em suma, as condições adversas são imensas, contudo é urgente repensar o processo de institucionalização a fim de promover um maior bem estar do idoso concebido em toda sua complexidade e sua individualidade, pois como a sociologia interpretativa afirma, seu eu será furtado, seu tempo, sua idiosincrasia (GOFFMAN, 1961), havendo a correlação entre a literatura e a realidade vivida pelo indivíduo, sendo que as alterações de humor e funcionalidade são intrínsecas (FOUCAULT, 1994) e dependentes entre si.

Por fim, é importante destacar que, após a implantação das atividades desenvolvidas pelo LaNeC foram observadas mudanças significativas no comportamento, entre as quais maior interação social, melhoria na capacidade cognitiva e motora, melhoria na fluência verbal em alguns idosos que participaram ativamente das atividades propostas. Entretanto ainda não podemos afirmar que tais mudanças ocorreram exclusivamente em função das atividades aplicadas junto aos idosos, considerando que tais modificações poderiam ter ocorrido em função de outras variáveis, como por exemplo, efeito de medicação e o desenvolvimento de outros projetos.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 810 de 22 de setembro de 1989*. Dispõe sobre Normas Para O Funcionamento De Casas De Repouso, Clínicas Geriátricas E Outras Instituições Destinadas Ao Atendimento Do Idoso. Brasília: Imprensa Oficial: 1989.

_____. Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as Condições Para a Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde, a Organização e o Funcionamento dos Serviços Correspondentes e dá Outras Providências. Brasília: Imprensa Oficial: 1990.

_____. Secretaria de Assistência Social. Portaria nº 73 de 10 de maio de 2001. Estabelece Normas de Funcionamento de Serviços de Atenção ao Idoso no Brasil. Brasília: Imprensa Oficial: 2001.

_____. Lei nº 11.741 de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências.

CALDAS, C.P. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 19, n. 3, p. 773-781, 2003.

CARVALHO, J.A.M; WONG, L.I.R. A transição da estrutura etária da população brasileira na primeira metade do século XXI. *Cad Saúde Publica*, v. 24, n. 3, p. 597-605, . 2008:24(3):597-605.

[N1] Comentário: Página: 10
Usar mesmo tipo de fonte e tamanho.
Seguir as normas para referência.

CRUZ, D.T., CAETANO, V.C.; LEITE, I.C.G. Envelhecimento populacional e bases legais da atenção à saúde do idoso. *Cadernos de Saúde Coletiva*, v. 18, n. 4, p. 500-508, 2010.

DIAS, I.G. *A institucionalização asilar na percepção do idoso e de sua família: o estudo do “Lar dos Velhinhos”*. [Dissertação Mestrado]. Viçosa: Universidade Federal de Viçosa; 2007.

FOULCAULT, M. *Doença mental e psicologia*. 5ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro; 1994.

GARRIDO, R.; MENEZES, P.R.O Brasil está envelhecendo: boas e más notícias por uma perspectiva epidemiológica. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, n. 24, Supl I, p. 3-6. 2002.

GOFFMAN, E. *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva; 1961.

GOLDFARB, D.C. *Corpo, tempo e envelhecimento*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1998.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Projeção da população brasileira*. Rio de Janeiro: IBGE, 2004. Recuperado em 18 fevereiro, 2007, de: www.ibge.gov.br.

IBGE. Projeção da população do Brasil por sexo e idade - 1980–2050. Revisão 2008. Rio de Janeiro: IBGE – DEPIS, 2008. Recuperado em 23 abril, 2010, de: www.ibge.gov.br.

NERI, A.L.; QUEIROZ, N.C. Bem-estar psicológico e inteligência emocional entre homens e mulheres na meia-idade e na velhice. Campinas. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v. 18, n.2, p. 185-189, 2005.

OMS. Organização Mundial da Saúde. *WHO definition of health*. [Internet] [citado 2013 mar 15], 2001. Disponível em: <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>.

OMS. *Planificación y organización de los servicios geriátricos: Informe Técnico, 843*. Genebra (Suíça), 1994.

Formatado

PARADELA, E.M.P.; LOURENÇO, R.A.; VERAS, R.P. Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. *Ver. Saúde Pública*, v. 39, n. 6, p. 918-923, 2005.

RODRIGUES, R.A.P.; MARQUES, S. FABRÍCIO, S.C.C. Envelhecimento, saúde e doença. *Arquivos de Geriatria e Gerontologia*, n. 4, p. 15 –20, 2000.

ROSA, T.E.C. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Cadernos de Saúde Pública*, n. 37, p. 40-48, 2003.

SKINNER, B.F. *Ciência e comportamento humano*. Brasília: Ed. UnB/FUNBEC; 1970.

SOARES, E.; COELHO, M.O.; CARVALHO, S.M.R. Capacidade funcional, declínio cognitivo e depressão em idosos institucionalizados: possibilidade de relações e correlações. *Revista Kairós Gerontologia*, v. 15, n. 5, p. 117-139, 2012.

SOARES, E., OLIVEIRA, T., KOMATSU, P., DEMARTINI, S., SUZUKI, M., RODRIGUES, M., REIS, E.G. HORIMOTO, A. Projeto Memória e Envelhecimento: capacitando profissionais e aprimorando aspectos cognitivos em idosos institucionalizados. *RBCEH*, v. 7, n. 1, p. 62-73, jan./abr. 2010.

SUZUKI, M. M.; DEMARTINI, S.M.; SOARES, E. Perfil do idoso institucionalizado na cidade de Marília: subsídios para elaboração de políticas de atendimento. *Revista de Iniciação Científica da FFC*, v. 9, p. 256-268, 2009.

TEIXEIRA, M.B. *Empoderamento de idosos em grupos direcionados à promoção da Saúde*. [Dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ; 2002.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Revista de Saúde Pública*, v. 43, n. 3, p. 548-554, 2009.

VIEIRA, R.F. *Identidade arquivada: análise da identidade e da mortificação do eu dos velhos, pelas práticas asilares*. [Dissertação]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 1997.