

## Avaliação dos níveis de atividades instrumentais da vida diária e da qualidade de vida em idosos institucionalizados e não institucionalizados

The evaluations on the levels of instrumental activities in daily life and from the quality of live on institutionalized elderly people and on not institutionalized

Evaluación de los niveles de actividades instrumentales de la vida diaria y de la calidad de vida en ancianos institucionalizados y no institucionalizados.

Aline Aparecida Aragão<sup>1</sup>, Aline Pinheiro Marcató<sup>1</sup>, Thays Rodrigues de Almeida<sup>1</sup>, Vinícius Sigrist Nava<sup>2</sup>

---

### RESUMO

**Objetivo:** Avaliar os níveis de qualidade de vida e atividades instrumentais de vida diária de idosos institucionalizados e não institucionalizados. **Métodos:** Foram aplicados os questionários que avaliam os níveis de qualidade de vida (SF36), e atividades instrumentais da vida diária (Lawton). Foi realizado um estudo do tipo transversal em forma de inquérito, com 30 idosos, de ambos os sexos, com idade entre 60 e 92 anos, que foram divididos em dois grupos: institucionalizados e não institucionalizados. **Resultados:** Como resultados a pesquisa nos mostrou que idosos não institucionalizados obtiveram média maior nas atividades instrumentais de vida diária e na qualidade de vida se comparado aos idosos institucionalizados. **Conclusão:** Mostrando-nos então que idosos não institucionalizados possuem maior capacidade funcional, maior independência e maior qualidade de vida.

**Palavras-chave:** Idosos; Qualidade de vida; Institucionalizados.

---

### ABSTRACT

**Objective:** Evaluating the levels of life quality and instrumental activities from the daily institutionalized and not institutionalized elderly life. **Method:** Were applied the tests that evaluated the levels of life quality (SF36) and instrumental activities of daily life (Lawton). Was made a study of a transversal type in inquiry form. With thirty elderly from both genders, with age between sixty and ninety two years, and they were divided in two groups institutionalized and not institutionalized. **Results:** As the results of the research showed us the elderly not institutionalized had a final score on instrumental activities of daily life and on The quality of life if compared with the institutionalized elderly. **Conclusion:** Showing us that the not institutionalized elderly have the greatest functional capacity, more independence and more quality of life.

**Keywords:** Elderly; Life quality; Institutionalized.

---

### RESUMEN

**Objetivo:** Evaluar los niveles de calidad de vida y actividades instrumentales de vida diaria de ancianos institucionalizados y no institucionalizados. **Métodos:** Fueron aplicados los cuestionarios que evalúan los niveles de calidad de vida (SF36), y actividades instrumentales de la vida diaria (Lawton). Fue realizado un estudio del tipo transversal en forma de encuesta, con 30 ancianos, de ambos los sexos, con edad entre los 60 y 92 años, que fueron divididos en dos grupos: institucionalizados y no institucionalizados. **Resultados:** Como resultados, la investigación nos mostró que ancianos no institucionalizados obtuvieron media mayor en las actividades instrumentales de vida diaria y en la calidad de vida si comparado a los ancianos institucionalizados. **Conclusión:** Nos mostrando entonces que ancianos no institucionalizados poseen mayor capacidad funcional, mayor independencia y mayor calidad de vida.

**Palabras clave:** Ancianos; Calidad de vida; Institucionalizados.

---

### INTRODUÇÃO

---

<sup>1</sup> Fisioterapeuta pela Faculdade Anhanguera Educacional de Campinas-SP.

<sup>2</sup> Professor da Faculdade Anhanguera Educacional de Campinas-SP.

**DOI: 10.25248/REAS73\_2018**

---

Recebido: 8/2017

Aceito em: 10/2017

Publicado em: 3/2018

---

A população mundial está envelhecendo e trata-se de um fenômeno mundial sem precedentes na história da humanidade (GREVE, 2007). No Brasil, houve um aumento de 8,8% para 11,1% de idosos, entre os anos de 1998 e 2008. Atualmente, estima-se que existam no país 21 milhões de sujeitos com 60 anos e mais (IBGE, 2009).

O processo de envelhecimento ocorre de maneira acelerada, porém às vezes não acompanha os níveis de atenção às diversas classes sociais e aos níveis de atendimento à saúde, interferindo ou não diretamente na Qualidade de vida (QV) de idosos que não são institucionalizados e também em institucionalizados, população onde se percebe maior grau de dependência física (PEREIRA, 2006).

O envelhecimento consiste no fato das células do corpo morrer uma após a outra e não serem substituídas por novas células como acontece na juventude. Além de haver um declínio do número de células do organismo, ocorrerá uma diminuição das funções dos tecidos, órgãos, do próprio organismo e o aparecimento das chamadas doenças da velhice (FONSECA, 2010).

A presença de múltiplas doenças com diferentes graus de gravidade pode influenciar o desempenho das atividades instrumentais da vida diária (AIVD's) (PEDRAZZI, 2007). Com a maior concentração de idosos na população mundial observou-se aumento na incidência de doenças crônico-degenerativas, que podem ser acompanhadas de sequelas, que limitam o desempenho funcional e geram dependência (VERAS, 2009; DUARTE, 2005).

Foi enfatizada a necessidade de um foco individual na avaliação da qualidade de vida do idoso, chamando atenção para o "paradoxo da incapacidade", ou seja, pacientes com disfunções ou problemas de saúde importantes não apresentam necessariamente, baixos escores nos questionários da avaliação da QV (CARR, 2001).

O conceito de QV está relacionado à autoestima e ao bem-estar pessoal e abrange uma série de aspectos como: a capacidade funcional, o nível socioeconômico, o estado emocional, a interação social, a atividade intelectual, o autocuidado, o suporte familiar, o próprio estado de saúde, os valores culturais, éticos e a religiosidade, o estilo de vida, a satisfação com o emprego e/ou com atividades diárias e o ambiente em que se vive (BOWLING, 2003).

A promoção da boa QV na senescência ultrapassa, entretanto os limites da responsabilidade pessoal e deve ser encarada como um mecanismo de caráter sociocultural (NERI, 2007). Avaliar a qualidade de vida na velhice implica na adoção de inúmeros critérios de natureza biológica, psicológica e socioestrutural (NERI, 2007). Segundo Ramos (2008), uma das estratégias para os idosos que perderam seus vínculos familiares ou são oriundos de famílias carentes é a busca pelas Instituições de Longa Permanência (ILP). Este tipo de situação pode simbolizar uma exclusão social, de modo que o idoso se sente distante das relações sociais que fazem parte da própria história de vida. (RAMOS, 2008).

As instituições de longa permanência para idosos (ILPIs) são locais privilegiados para se observar esse modo de viver a velhice. Esse cenário, repleto de diferentes histórias de vida, é marcado por impressões negativas e positivas, sobre o significado de ser idoso (SCHARFSTEIN, 2006).

Assim sendo, acredita-se que toda essa problemática vivenciada pelo idoso, sobretudo quando institucionalizados, possa comprometer de diferentes maneiras a sua QV, tema este que tem ocupado lugar de destaque na discussão sobre envelhecimento (PIZARRO, 2004).

A QV na velhice é fortemente determinada pela manutenção da capacidade funcional – independência e autonomia. (World Health Organization 2013, MINISTÉRIO DA SAÚDE 2006).

O presente estudo tem como objetivo principal avaliar os níveis de qualidade de vida e atividades de vida diária em idosos, realizando uma comparação entre idosos institucionalizados (I) e não institucionalizados (NI), fazendo uma relação entre os possíveis aspectos que possam influenciar na melhoria da qualidade de vida.

## **METÓDOS**

Foi realizado um estudo do tipo transversal em forma de inquérito, com 30 idosos, de ambos os sexos, com idade entre 60 e 92 anos, que foram divididos em dois grupos: institucionalizados e não institucionalizados.

Os critérios de inclusão foram: ter 60 anos ou mais, sem alterações cognitivas, moradores da cidade de Vinhedo-SP institucionalizados e não institucionalizados.

Sendo os idosos não institucionalizados moradores da Cidade de Vinhedo-SP, usuários do CEO Centro de especialidades odontológico situado no município de Vinhedo-SP. Os idosos institucionalizados moradores do Lar da Caridade, situada no município de Vinhedo-SP.

Todos os idosos responderam a dois questionários sendo um deles o SF-36, que avalia a qualidade de vida e é composto por 11 perguntas que avaliam aspectos como: capacidade funcional, limitação por aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental. Cada aspecto poderá variar entre 0 (zero) e 100 (cem), onde o 0 corresponde a pior classificação e 100 a melhor classificação. O outro questionário utilizado foi a Escala de Lawton que avalia o grau de desempenho nas Atividades Instrumentais de Vida Diárias (AIVD's). É composto por 8 perguntas, cada questão poderá variar entre 1(um) e 3 (três) pontos. Totalizando o máximo de 24 (vinte e quatro) pontos e o mínimo de 8 (oito) pontos.

Dessa forma as variáveis de comparação foram: idade, sexo, institucionalizado e não institucionalizados, capacidade funcional, limitações por aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de ética com o Certificado de apresentação para Apreciação Ética número CAAE: 48733215.4.0000.5493.

## **RESULTADOS**

Foram entrevistados trinta idosos, sendo quinze institucionalizados e quinze não institucionalizados, eles responderam de forma aleatória os dois questionários, Lawton e SF36.

No **gráfico 1** mostramos a variável idade entre os idosos institucionalizados (I) e não institucionalizados (NI) no questionário de Lawton nas atividades instrumentais da vida diária (AIVD's), onde quanto maior seu escore melhor seu desempenho nas AIVD's, observamos que os idosos NI obtiveram escores maiores em relação aos idosos I, exceto acima de noventa anos, onde os I obtiveram um escore maior. Gráfico 1: Variável idade entre os idosos institucionalizados (I) e não institucionalizados (NI).

Evidenciamos ainda, no **gráfico 2**, que as mulheres NI alcançaram um escore maior em relação a execução das AIVD's quando comparadas as idosas I, já os homens NI alcançaram um escore menor em relação aos I.

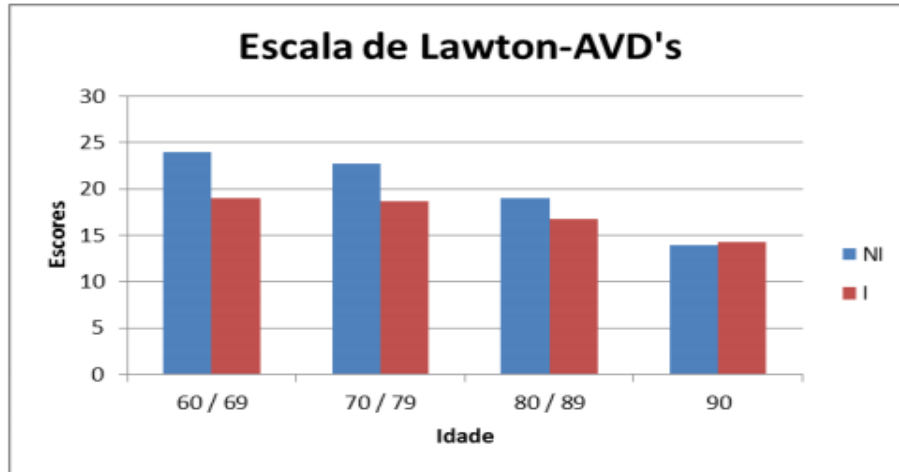
No questionário SF36 avaliamos Qualidade de vida (QV), dividido nas variáveis capacidade funcional (C.F), limitações por aspectos físicos (L.A.F), dor (D), estado geral de saúde (E.G.S), vitalidade (V), aspectos sociais (A.S), aspectos emocionais (A.E) e saúde mental (SM).

No **gráfico 3**, avaliando todos os domínios, observamos que os homens se mantiveram com valores superior aos das mulheres na maioria deles.

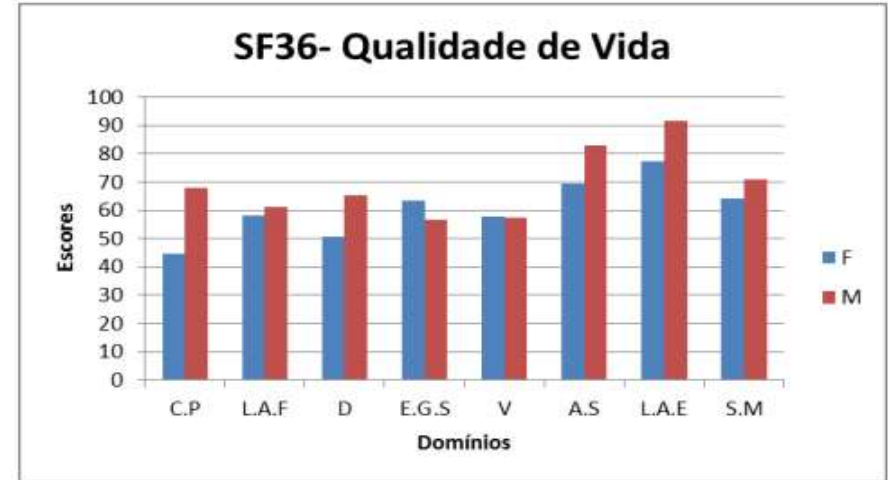
Quando comparamos os mesmo domínios distinguindo os I e os NI observamos que os idosos NI possuem escores maiores, com exceção dos domínios estado geral de saúde (E.G. S) e vitalidade (V), podendo ser visto no **gráfico 4**.

Já no **gráfico 5** fica constatado que os homens institucionalizados (I M.) tiveram melhores resultados de forma geral.

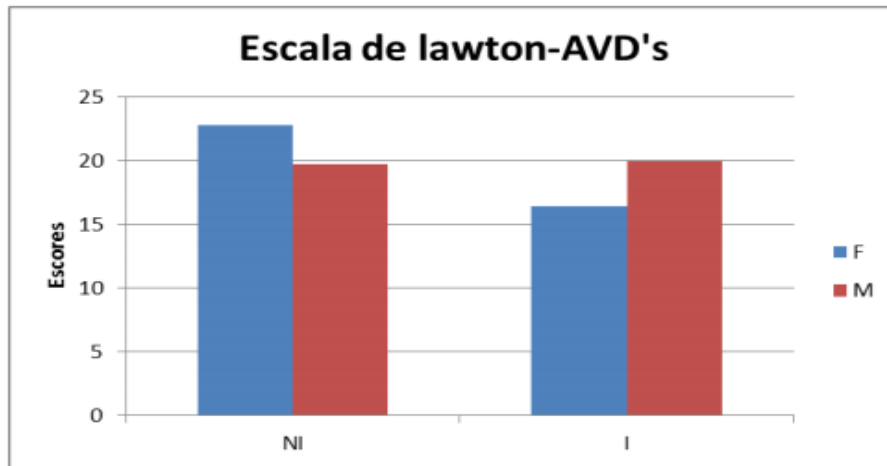
**Gráfico 1.** Variável idade entre os idosos institucionalizados (I) e não institucionalizados (NI).



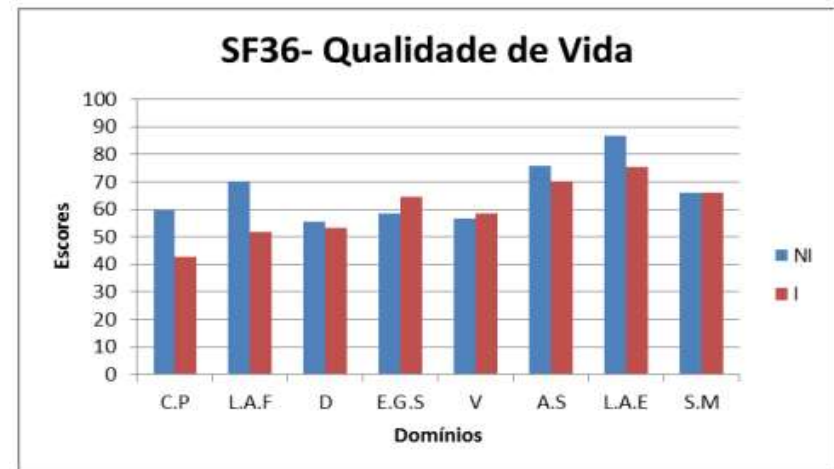
**Gráfico 3** - Variável sexo feminino (F), masculino (M), sem distinção de institucionalizados (I) ou não institucionalizados (NI).



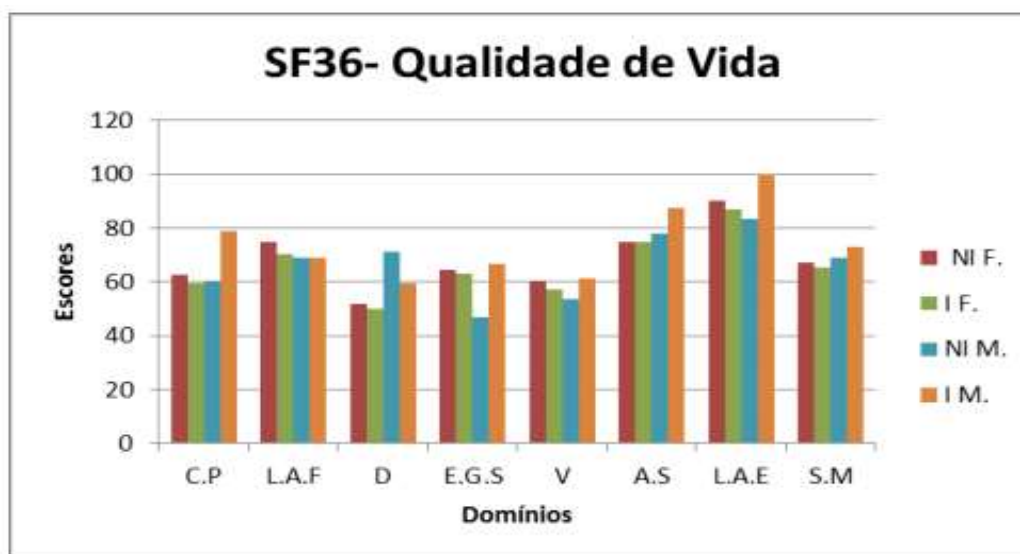
**Gráfico 2** - Variável sexo feminino (F) e masculino (M) entre os idosos institucionalizados (I) e não institucionalizados (NI).



**Gráfico 4**-Variável institucionalizados (I) e não institucionalizados (NI), conforme avaliação da qualidade de vida.



**Gráfico 5** - Variável não institucionalizados feminino (NI F.), institucionalizados feminino (I F.), não institucionalizados masculino (NI M.) e institucionalizados masculino (I M.).



## DISCUSSÃO

O envelhecimento da população está relacionado a importantes transformações sociais e econômicas, como à mudança no perfil epidemiológico e demandas dos serviços de saúde. Fazendo do envelhecimento um fenômeno que precisa de ampla discussão. (VERMELHO, 2002).

Com o aumento da expectativa de vida e do crescimento da população idosa, este fato vem sendo um fenômeno mundial. Os avanços médicos e tecnológicos vêm proporcionando um aumento considerável tanto na expectativa de vida da população, como na queda da taxa de natalidade. (FREITAS, 2004).

É notório que além do grande crescimento da população idosa, esta grande demanda também requer cuidados da sociedade de forma geral. Com o envelhecimento, principalmente acompanhado de dependência, é um desafio a ser abordado pela Saúde Pública, em que se encontram duas situações comuns. A primeira refere-se às condições básicas necessárias para a manutenção dos cuidados ao idoso na comunidade, e segundo as condições da estrutura familiar para que possa responsabilizar-se pela assistência ao idoso (CALDAS, 2003).

Devemos ressaltar ainda, que os idosos além de todas as suas limitações, requerem de certa dependência da família. Embora a Constituição Federal (Brasil, 1988), a Política Nacional do Idoso (Brasil, 1994) e a Política Nacional de Saúde do Idoso (Brasil, 1999) mostrem a família como a responsável pelo cuidado e atendimento às necessidades do idoso, até agora o déficit de um sistema de apoio às famílias e a definição das responsabilidades, cuidados formais e informais, na realidade, não aconteceram.

Podemos ter uma noção em relação essa responsabilidade familiar no que diz respeito ao cuidado e atendimento às necessidades do idoso, através do nosso estudo onde temos muitos idosos institucionalizados e com QV menor que o esperado para a idade, além de um grau de dependência nada satisfatório.

DAVIM, 2004, evidencia que os problemas de saúde mais citados pelos idosos são referentes à dor nas articulações, dificuldades visuais e doenças do coração, implicando, dessa forma, a necessidade quanto à ajuda para alimentarem-se e caminharem sozinhos.

Assim como evidenciamos em nossa pesquisa, que parte dos idosos entrevistados também possuem dependência nas AIVD's.

Mesmo que existam leis brasileiras que assegurem direito ao idoso na sua família e comunidade, muitos

dependerão de cuidados em instituição de longa permanência para idosos (ILPI), devido a alguns fatores culturais, fragilidade no arranjo familiar e a disponibilidade de serviços alternativos (VITORINO, 2012).

Segundo KHOURY, 2014, no que diz respeito às percepções de controle e de qualidade de vida, foram encontradas diferenças significativas comparando-se idosos que viviam nas ILPI's (Instituições de longa permanência para idosos) e na comunidade. O que podemos constatar com o resultado demonstrado no gráfico 4, que traz a comparação entre todos os domínios da escala SF36, na qual os idosos NI apresentam na maioria dos domínios um desempenho melhor que os idosos I.

Podemos verificar também com os dados obtidos por TRINDADE, 2013, na qual concluiu que idosos institucionalizados apresentam menor desempenho cognitivo que leva ao comprometimento das habilidades funcionais e aumento da depressão em relação a idosos que vivem na sociedade e participam de alguma atividade física.

O que evidenciamos com os dados obtidos no **gráfico 1**, onde os idosos NI apresentam uma melhor performance na AIVD's, mesmo fazendo correlação com a variável idade, os idosos NI apresentam sempre melhor desempenho, com exceção do grupo de 90 anos ou mais.

Segundo FREITAS, 2010, a qualidade de vida em idosos institucionalizados tende a ser ruim principalmente em instituições que não oferecem alternativas como recreações e/ou fisioterapia. O que vai contra nossos resultados do gráfico 5, onde os homens institucionalizados obtiveram melhor score em relação aos homens não institucionalizados e as mulheres tanto institucionalizadas como não institucionalizadas.

SANTOS, 2013, concluiu que a qualidade de vida do idoso institucionalizado ou não, está dependente de várias determinantes que estão associadas, entre outros, a fatores do meio familiar, social, psicológico, econômico e pessoal.

A instituição de longa permanência não é um "depósito" para se guardar o idoso, é um lugar para se viver, e não é a instituição que irá responder pelos abandonos que existem, de modo generalizado. (FREITAS, 2010).

Ao nível da população idosa e tendo por base a amostra constituída por idosos institucionalizados e não institucionalizados no qual FRADE, 2015 em seu estudo confirmou a maior prevalência de sintomas de depressão naqueles que se encontram institucionalizados.

Que confirma-se através do questionário SF36, onde os institucionalizados se consideravam de forma geral menos felizes e mais deprimidos.

Como apresentado por (MARTINS, 2011), os idosos institucionalizados apresentaram pior qualidade de vida quando comparados a idosos não-institucionalizados, principalmente no que diz respeito aos domínios relação social e independência/autonomia.

O que não foi observado nos resultados da pesquisa, como podemos verificar no gráfico 5, no quesito A.S, no qual apresenta a variável entre os sexos F e M, porém quem obteve melhor desempenho foram os idosos do sexo M sendo eles I e NI.

Por meio de um estudo, SILVA, 2013 pôde perceber que os fatores que levam um idoso a se transferir de seu ambiente familiar para uma instituição de longa permanência são variados, desde por escolha própria até por imposição da família.

Segundo COSTA, 2006, com relação ao desenvolvimento de atividades instrumentais de vida diária a maioria era dependente parcial ou totalmente, precisando de ajuda, principalmente para: o manuseio de dinheiro, a utilização de meios de transporte, realizar compras, realizar trabalho doméstico e lavar roupa. Eram totalmente dependentes para: lavar roupas, usar telefone, preparar refeições e realizar compras.

Comparando com os dados observados no **gráfico 2**, verificamos que o melhor desempenho na realização das AIVD's foi dos idosos NI, mesmo quando se distingui o sexo feminino do masculino, os idosos I apresentaram um resultado pior em relação aos NI.

## CONCLUSÃO

A literatura nos mostra que com o grande aumento da expectativa de vida é evidente o crescente desenvolvimento da população idosa, o que acarreta em números importantes de idosos que estão sendo transferidos para uma instituição de longa permanência, que conseqüentemente pode levar a um decréscimo na qualidade de vida dos idosos, além de predispor a comprometimentos psicológicos, os idosos institucionalizados podem ter resultados inferiores devido a incapacidades, limitações ou patologias já existentes antes da institucionalização que influenciam e refletem diretamente na qualidade de vida e atividades instrumentais de vida diária. Portanto idosos não institucionalizados possuem maior capacidade funcional, maior independência e maior qualidade de vida.

## REFERÊNCIAS

1. BARRETO SM. Envelhecimento: Prevenção e Promoção da Saúde. *Cad. Saúde Pública* vol.22 n.9 Rio de Janeiro Sep. 2006.
2. BEM EM, SHMOTKIN D. Predictors of mortality in the old-old in Israel: the Crosssectional and LongidinalAging Study. *J AmGeriatrSoc*; 2006.
3. BOWLING A, GABRIEL Z, DAKES J,DOWDING, L M,et al. Let's ask them: a national survey of definitions of quality of life and its enhancement among people aged 65 and over. *Int J AgingHumDev* 2003.
4. BRASIL, Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal,1988.
5. BRASIL. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Brasília: vol. 132, n. 3, pp. 77-79, Seção 1, pt. 1 Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Lei no 8.842, de 4 de janeiro de 1994.
6. BRASIL, Política Nacional de Saúde do Idoso, Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, no 237-E, pp. 20-24, 13 dez. Seção 1. Aprovada pela Portaria no 1.395, de 9 de dezembro de 1999.
7. BRASIL, Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: Ministério da Saúde; Portaria No. 2528 de 19 de outubro de 2006.
8. CALDAS CP. Envelhecimento com dependência: responsabilidade e demandas da família; 19(3):773-81. *CadSaúdePúblicaRepPublic Health*. 2003.
9. CARR JA,HIGGINSON IJ. Measuring quality of life: are quality of life measures patient centred; 322:1357-1360. *BrMed J* 2001.
10. COSTA E C,NAKATANI,A,BACHION M. Capacidade de idosos da comunidade para desenvolver Atividades de Vida Diária e Atividades Instrumentais de Vida Diária, v.19, página 43-35. *Acta Paulista de Enfermagem*, 2006.
11. DAVIM R , Características socioeconômicas e de saúde, *Rev. Latino-Am. Enfermagem*.vol.12 no.3 Ribeirão Preto May/June 2004.
12. DUARTE E, BARRETO S. Transição demográfica e epidemiológica. *Epidemiologia*. Nº04.Brasília. 2012.
13. DUARTE Y, LEBRÃO M, LIMA F. Contribuição dos arranjos domiciliares para o suprimento de demandas assistenciais dos idosos com comprometimento funcional, em São Paulo, Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2005.
14. FONSECA M, FIRMO J, FILHO A et al. Papel da autonomia na autoavaliação da saúde do idoso. *Rev. Saúde Pública* vol.44 no.1 São Paulo Feb. 2010.
15. FRADE J, BARBOSA P,CARDOSO S ,et al. Depressão no idoso: sintomas em indivíduos institucionalizados e não institucionalizados, *Revista de Enfermagem,Referência - IV - n.º 4 .2015*.
16. FREITAS E.Demografia e epidemiologia do envelhecimento. Em: L. Py, J. L.Pacheco& S. N Goldman. Tempo de envelhecer: percursos e dimensões psicossociais. pp. 19-38. Rio de Janeiro: Nova Editora, 2004.
17. FREITAS M, SCHEICHER M.Qualidade de vida de idosos institucionalizados. *Rev. bras. geriatr. gerontol*. vol.13 no.3 Rio de Janeiro, 2010.
18. FREITAS A, NORONHA C. Idosos em instituição de longa permanência: falando de cuidado. *Interface Botucatu* vol.14 no.33 Botucatu, 2010.
19. GONÇALVES L,SILVA A,MAZO G,et al. O idoso institucionalizado: avaliação da capacidade funcional e aptidão física. *Cad. Saúde Pública*. Set 2010.
20. GREVE J. *Tratado de medicina de reabilitação*. São Paulo: Roca; 2007.
21. JURADO E, FIGUEROA C. Methods for quality of life assessment. *SaludPúblicaMéx*.nº 04.Cuernavaca, 2002.
22. KHOURY H, SÁ A. Institucionalizados e não institucionalizados, *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, Rio de Janeiro, 2014.
23. KHOURY H, SÁ A. Percepção de controle e qualidade de vida: comparação entre idosos institucionalizados e não institucionalizados. *Rev. bras. geriatr. gerontol*. vol.17 no.3 Rio de Janeiro, 2014.
24. MARTINS A, SOARES A, BARBOZA M, et al. Qualidade de vida em idosos institucionalizados: revisão sistemática. *Convibra*.2011.
25. MEIRELES A, PEREIRA L, OLIVEIRA T et al. Alterações neurológicas fisiológicas ao envelhecimento afetam o sistema mantenedor do equilíbrio. *RevNeurocienc* .18, Goiânia,2010.
26. NERI A .Qualidade de vida e idade madura. 7ª Edição Campinas, SP: Papyrus.2007.
27. PAZ A, SANTOS B. Vulnerabilidade e envelhecimento no contexto da saúde. *Acta paul. enferm*. vol.19 no.3 São Paulo July/Sept. 2006.
28. PEDRAZZI E, RODRIGUES R, SCHIAVETO F. Morbidade referida e capacidade funcional de idosos. *CiencCuid Saúde*. Ribeirão Preto. 2007.
29. PEREIRA R, COTTA R, FRANCESCHINNI S,et al. Contribuição dos Domínios Físicos, Social, Psicológico e Ambiental para a Qualidade de Vida Global de Idosos. *Rev Psiquiatr*. Porto Alegre. 2006.
30. PIMENTA F, SIMIL F, TÓRRES H, etal.Avaliação da qualidade de vida de aposentados com a utilização do questionário SF-36. *RevassocMed Bras*. Belo Horizonte.nº4.2008.
31. PIZARRO R. A importância da atuação do profissional enfermeiro na qualidade de vida dos idosos institucionalizados: uma avaliação qualitativa nas casas de repouso da cidade de São Paulo. Florianópolis.2004.
32. RAMOS L. Avaliação do estado nutricional, de seis domínios da qualidade de vida e da capacidade de tomar decisão de idosos institucionalizados e não institucionalizados. Porto Alegre: Pontifca Universidade Católica do Rio Grande do Sul(PUC-RS). 2008.
33. SANTOS R, SANTOS P, SANTOS V, DUARTE E ,et al. A Qualidade de vida do idoso: O caso da cova da beira. *Revista de Enfermagem Referência*. n.º 11.Coimbra. 2013.
34. SILVA J, COMIN F, SANTOS M. Idosos em instituições de longa permanência: desenvolvimento, condições de vida e saúde, *Psicologia: Reflexão e Crítica*. Nº4.Porto Alegre. 2013.
35. SCHARFSTEIN E. Instituições de longa permanência: uma alternativa de moradia para os idosos brasileiros na vida contemporânea. Universidade Federal do Rio de Janeiro(UFRJ) Rio de Janeiro. 2006.
36. TAVARES D, DIAS F. Capacidade funcional, morbidades e qualidade de vida em idosos. *Texto contexto Enfermagem*.Nº01.Florianópolis. 2012.
37. TRINDADE A, BARBOZA M, OLIVEIRA F,et al. Repercussão do declínio cognitivo na capacidade funcional em idosos institucionalizados e não institucionalizados. *Fisioter. mov*.nº2 Curitiba, 2013.
38. VERAS R.Envelhecimento populacional contemporâneo:demandas, desafios e inovações. *RevSaúdePública*, Rio de Janeiro. 2009.
39. VIANNA L. Qualidade de vida de idosos em instituição de longa permanência, *Rev. Latino-Am. Enfermagem*.nº06. RibeirãoPreto. 2012.
40. VITORINO L, PASKUNLIN L.World Health Organization. Functional decline and dependence in ageing populations. In: 66th World Health Assembly - Promoting Health through the life-course; Geneva. 2012.