

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE  
CENTRO DE CIÊNCIAS EXATAS E DA TERRA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DEMOGRAFIA

Maria de Fátima Miranda Barbosa

**Envelhecimento populacional: um diagnóstico dos idosos institucionalizados,  
em Natal/RN**

Natal/RN  
2013

Maria de Fátima Miranda Barbosa

**Envelhecimento populacional: um diagnóstico dos idosos institucionalizados,  
em Natal/RN**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Demografia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Demografia.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dra. Maria Helena Constantino Spyrides

Coorientadora: Prof<sup>a</sup>.Dra.Lára de Melo Barbosa Andrade

Natal/RN

2013

UFRN / Biblioteca Central Zila Mamede  
Catalogação da Publicação na Fonte

Barbosa, Maria de Fátima Miranda.

Envelhecimento populacional: um diagnóstico dos idosos institucionalizados, em Natal/RN / Maria de Fátima MirandaBarbosa. – Natal, RN, 2013.

142f. : il.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Helena Constantino Spyrides.

Co-orientadora: Profa. Dra. Lára de Melo Barbosa Andrade.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Centro de Ciências Exatas e da Terra. Programa de Pós-Graduação em Demografia.

1. Demografia– Idosos - Dissertação. 2. Idosos–Qualidade de vida - Dissertação. 3. Idosos - Legislação - Dissertação. 4. Arranjo familiar – Dissertação. I. Spyrides, Maria Helena Constantino.II. Andrade, Lára de Melo Barbosa. III. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. IV. Título.

RN/UF/BCZM

CDU 316.346.32-053.9

Maria de Fátima Miranda Barbosa

**Envelhecimento populacional: um diagnóstico dos idosos institucionalizados,  
em Natal/RN**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Demografia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Demografia.

Banca examinadora

---

Prof<sup>a</sup>. Dra. Maria Helena Constantino Spyrides (Orientadora)  
Universidade Federal do Rio Grande do Norte

---

Prof<sup>a</sup>. Dra. Lára de Melo Barbosa Andrade (Co-Orientadora)  
Universidade Federal do Rio Grande do Norte

---

Prof. Dr. Paulo Sérgio Lúcio (Convidado)  
Universidade Federal do Rio Grande do Norte

---

Prof<sup>a</sup>. Dra. Eulália Maria Chaves Maia(Convidada)  
Universidade Federal do Rio Grande do Norte

---

Prof. Dr. Morvan de Mello Moreira(Convidado)  
Fundação Joaquim Nabuco

Natal/RN

2013

Dedico este estudo aos meus pais: Vicente (82 anos) e Bernadete (81 anos), que embora tenham apenas o 1º grau incompleto, sempre valorizaram os estudos dos seus 07 (sete) filhos, disponibilizando os recursos necessários para que todos alcançassem seus objetivos;

Ao meu esposo José Vanildo, meu grande amor, amigo e incentivador incondicional;

Aos meus filhos: Felipe, Vanine, Filippo e Rudá, meus amores e colaboradores;

Aos meus queridos longevos que contribuíram de forma especial, com minha formação: Izabel (avó materna, *in memoriam*), Cândida (avó paterna, *in memoriam*) e os meus tios: João Batista, Maria das Graças e Mons. Raimundo (*in memoriam*);

Aos Idosos institucionalizados, que contribuíram com a pesquisa, de forma atenciosa.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, Aquele que me fortalece.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pelo incentivo à pesquisa, assim como ao Programa de Pós-Graduação em Demografia (PPGDEM) pela acolhida.

À Prof<sup>a</sup>. Dra. Maria Helena Constantino Spyrides por aceitar o convite de ser minha orientadora. Com seu jeito meigo, ao longo desta jornada, sempre disponível e compreensiva, colaborando de forma responsável na construção deste estudo. Obrigada, pela imprescindível colaboração.

À minha coorientadora Prof<sup>a</sup>. Dra. Lára de Melo Barbosa Andrade pela dedicação, orientação e apoio prestados durante a elaboração, deste trabalho.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Demografia – PPGDEM, pelos conhecimentos repassados de forma responsável e dedicada.

Aos colegas de turma, pela reciprocidade e companheirismo.

Um especial agradecimento à Cristiane Alessandra, minha amiga e companheira durante toda a trajetória do mestrado.

Ao secretário do Programa, Mário, pela dedicação e presteza, durante esta jornada.

Às Professoras Maria Célia de Carvalho Formiga e Eulália Maria Chaves Maia pelas preciosas contribuições na qualificação deste trabalho.

Às pesquisadoras Ângela, Rejane e Sandra pela valiosa contribuição na captação dos dados.

Aos gestores das Instituições de Longa Permanência para Idosos, em Natal, pela permissão para a realização da pesquisa com os idosos.

Aos idosos institucionalizados que, gentilmente, contribuíram com este estudo.

Ao meu esposo, Vanildo, que por acreditar em mim, ofereceu-me as condições necessárias para que eu prosseguisse, nesta empreitada. Obrigada, MEU TUDO.

Aos meus filhos, pessoas generosas, com quem posso contar no meu dia-a-dia. Obrigada, MEUS AMORES.

A minha Secretária, Laura, com quem divido minhas responsabilidades domésticas. Sem ela, com certeza, tudo seria muito mais difícil. Obrigada, AMIGA.

*Eu não tinha este rosto de hoje,  
assim calmo, assim triste, assim magro,  
nem estes olhos tão vazios, nem o lábio amargo.  
Eu não tinha estas mãos sem força,  
tão paradas e frias e mortas;  
eu não tinha este coração que nem se mostra.  
Eu não dei por esta mudança,  
tão simples, tão certa, tão fácil:  
Em que espelho ficou perdida a minha face?*

Cecília Meireles

## RESUMO

O processo de envelhecimento populacional vivenciado pela população brasileira concorreu com as transformações nos arranjos familiares, provocando dificuldades quanto aos cuidados ao idoso no ambiente familiar, fato que se constitui como um dos principais motivos para a sua institucionalização. Diante deste cenário, surge a necessidade de investigar como vivem os idosos nas instituições de longa permanência (ILPI). Neste estudo, realizou-se uma análise do processo de envelhecimento populacional, contrastando o Rio Grande do Norte com o Brasil e a Região Nordeste, no período de 1980 a 2010. Diante da constatação deste processo e do crescente aumento das instituições de longa permanência para idosos, sentiu-se a necessidade de resgatar a legislação pertinente a institucionalização do idoso, no âmbito do município do Natal, que surgiram a partir da Constituição Federal de 1988, verificando quais os impactos na assistência aos idosos institucionalizados. Por último, investigaram-se os possíveis determinantes associados a essa institucionalização, em Natal-RN, considerando os aspectos da estrutura, do convívio familiar, econômicos e da saúde e bem-estar do idoso. Os resultados desta pesquisa mostram que o Rio Grande do Norte, em particular Natal, segue o cenário nacional, visto que entre 1980 e 2000 sua população passou do nível intermediário no processo de envelhecimento populacional para, em 2010, ser considerada como população idosa. Ao longo deste processo, observou-se que Natal vem adequando-se à legislação federal, por meio da criação da Política Municipal, do Conselho Municipal e demais normas pertinentes aos idosos, promovendo mudanças significativas nas ILPI. Contudo, as instituições filantrópicas carecem de melhores recursos para as suas manutenções. Na pesquisa com os idosos institucionalizados, detectou-se que embora a maioria dos idosos tenha se declarado “satisfeita com a vida”, estes apresentaram indicadores de deficiência da capacidade funcional e cognitiva, comportamento social isolado e depressão, comprometendo a qualidade de vida. Estes resultados refletem a necessidade de maiores investimentos do poder público na elaboração, implantação e acompanhamento de políticas públicas, visando promover mudanças que elevem o nível da qualidade de vida, deste segmento da população.

**Palavras-chave:** satisfação com a vida; legislação; arranjo familiar.

## ABSTRACT

The aging process lived by the Brazilian population concurred to the transformation in the family models, causing difficulties related to the elderly care on the Family environment, a fact that is one of the main reasons for their institutionalization. Facing this scenario, the need of investigating how the elderly lives on the long-term facilities (ILPI) has aroused. In this study, it has been conducted an analysis of the populational aging process, contrasting the Rio Grande do Norte to Brazil and the Northeast Region, between 1980 to 2010. Faced with the realization of this process, and the rising number of long-term facilities for the elderly (ILPI), it was needed to make a rescue of the abiding laws regarding elderly institutionalization, on the scope of Natal, which surged after the 1988 Federal Constitution, checking what were the impacts on the assistance of the institutionalized elderly. Lastly, it were investigated the possible determinants associated with the institutionalization, in Natal-RN, considering the aspects of the family structure, family relationship, economic, health and well being of the elderly. The results showed that Rio Grande do Norte, particularly Natal, follows the national scene, since between 1980 and 2000 its population passed the intermediate level in the process of population aging for, in 2010, to be considered elderly. Throughout this process, it was observed that Natal has been adapting to the federal legislation, through the creation of the municipal policy, City Council and other relevant standards for the elderly, promoting significant changes in ILPI. However, philanthropic institutions needs better resources for their maintenance. In research with the elderly, it was found that although the majority of the elderly have declared themselves satisfied with life, they had indicators of impairment of functional capacity and cognitive, isolated social behavior and depression, affecting the life quality of these elderly. These results reflect the need for greater investment of public power in the drafting, implementation and monitoring of public policies aimed at promoting changes that raise the level of life quality of this segment of the population.

**Keywords:** Life satisfaction; Legislation; Family arrangement.

## SUMÁRIO

LISTA DE ILUSTRAÇÕES .....	12
LISTA DE TABELAS .....	13
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS .....	14
1 INTRODUÇÃO .....	16
2 OBJETIVOS .....	20
2.1. OBJETIVO GERAL .....	20
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	20
3 ARTIGOS PRODUZIDOS .....	21
3.1. ARTIGO 1: RIO GRANDE DO NORTE: QUATRO DÉCADAS RUMO AO ENVELHECIMENTO. ....	21
RESUMO.....	21
ABSTRACT.....	23
3.2. ARTIGO 2: REVISÃO DA LEGISLAÇÃO MUNICIPAL E CARACTERIZAÇÃO DAS INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS .....	50
RESUMO.....	50
3.3. ARTIGO 3: ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS E A QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS, EM NATAL-RN .....	68
3.3.3 RESULTADOS .....	79
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	98
REFERÊNCIAS.....	102
APÊNDICES .....	104
ANEXOS .....	125

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Taxa média de crescimento geométrico anual (%) da população residente. Brasil e regiões, 1980 a 2010.....	35
Figura 2 - Distribuição percentual (%) da população total, urbana e rural por sexo e idade. Brasil, Nordeste e Rio Grande do Norte, 1980 a 2010. ....	37
Figura 3 – Índice de Envelhecimento. Brasil, Nordeste e Rio Grande do Norte, 1980 a 2010. ....	40
Figura 4 - Mapa do Índice de Envelhecimento, Municípios do Nordeste, 1980 a 2010. ....	41

## LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Taxa média de crescimento geométrico anual (%) da população residente. Nordeste e Estados, 1980 a 2010. ....	36
TABELA 2 – Distribuição percentual (%) da população residente segundo grandes grupos etários. Brasil, Nordeste e Rio Grande do Norte, 1980 a 2010. ....	39
TABELA 3 – Classificação do IFDM, segundo o Índice de Envelhecimento, por municípios da Região Nordeste, 2010. ....	43
TABELA 4 - Razão de sexos da população idosa do Brasil, Nordeste e RN para as décadas de 1980 a e 2010. ....	43
TABELA 5 – Razão de Dependência, Brasil, Nordeste e Rio Grande do Norte, 1980 a 2010. ....	44
TABELA 6 - Escore para o Nível de Capacidade Funcional - NCF .....	76
Tabela 7 - Pontos de corte e escore para o Nível de Integração Social Participativo – NISP .....	77
TABELA 8 - Aspectos sociodemográficos dos idosos institucionalizados em Natal, 2012. ....	81
TABELA 9 - Aspectos familiares, dos Idosos institucionalizados em Natal, 2012. ....	82
TABELA 10 - Aspectos relacionados à Institucionalização, segundo sexo dos Idosos, Natal, 2012. ....	82
TABELA 11 - Percepção da saúde física dos Idosos institucionalizados, segundo sexo em Natal, 2012. ....	85
TABELA 12 - Regressão logística, considerando a “insatisfação com a vida”. ....	86
TABELA 13- Regressão logística, considerando a variável resposta “idoso fisicamente dependente”. ....	87
TABELA 14- Regressão logística, considerando a variável resposta “isolado”. ....	88
TABELA 15 -Regressão logística, considerando a variável resposta “idoso com indicador de depressão” .....	89

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AAVD's	Atividades Avançadas da Vida Diária
ABVDs	Atividades Básicas da Vida Diária
AVD	Atividades da Vida Diária
AVD	Atividades de Contato Moderado
ACMs	Atividades de Contato Moderado
AGs	Atividades em Grupo
AI's	Atividades Individuais (AI)
AIVD's	Atividades Instrumentais da Vida Diária
BOAS	BRAZIL OLD AGE SCHEDULE
CBO	Classificação Brasileira de Ocupação Domiciliar
COD	Classificação de Ocupações para Pesquisas Domiciliares
CEP/UFR	Comitê de Ética em Pesquisa
N	
CMI	Conselho Municipal do Idoso
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DRT	Delegacia Regional do Trabalho
FIRJAN	Federação das Indústrias do Rio de Janeiro
IFDM	Índice de Desenvolvimento Municipal
IE	Índice de envelhecimento
ILPI	Instituições de Longa Permanência para Idosos
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
MEEM	Mini Exame do Estado Mental
NCF	Nível de Integração Social e Participativa
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PNI	Política Nacional do Idoso
PPGDEM	Programa de Pós-Graduação em Demografia

PI	Proporção de Idosos
RD	Razão de Dependência
RDJ	Razão de Dependência Jovem
RS	Razão de Sexos
RIPSA	Rede Interagencial de Informações para a Saúde
SMS/COV	Secretaria Municipal de Saúde/Coordenadoria de Vigilância Sanitária
ISA	
SIDRA	Sistema de Recuperação Automática do IBGE
TAC	Termo de Ajustamento de Conduta

## 1 INTRODUÇÃO

A população mundial convive com o fenômeno da transição demográfica, desde o final do século XVIII. Esse fenômeno teve início nos países da Europa, difundindo-se pelo restante do mundo no início do século XX e principalmente após a 2ª guerra mundial.

No Brasil, tal processo teve início na segunda metade da década de 60, ficando mais evidente a partir de 1980. Sabe-se que a estrutura etária da população brasileira não é homogênea. Ao analisar as pirâmides etárias das regiões brasileiras, verificou-se que na década de 70, todas as regiões brasileiras encontravam-se em processo de transição demográfica.

Este processo pode ser observado pelos dados recentemente divulgados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), relativos ao Censo Demográfico de 2010, nos quais o Brasil possuía cerca de 193 milhões de habitantes (IBGE, 2010). Desses, a Região Nordeste concentrava quase 54 milhões de pessoas, ou 27,8% do total da população nacional.

Ademais, no Nordeste, em termos relativos, a população idosa ganha expressão no total populacional. Em 1980, os idosos representavam 4,0% da população total ou 1,5 milhão de pessoas. Estima-se que em 2030 esse percentual chegue a 10%, equivalendo a 6 milhões de pessoas. Se as projeções se concretizarem, em 50 anos ocorrerá um acréscimo de 5 milhões de pessoas idosas. Nesse sentido, pode-se dizer que o Brasil e o Nordeste caminham de forma acelerada para o envelhecimento populacional (MOREIRA, 1997, 2000).

De forma semelhante, Natal, capital do estado do Rio Grande do Norte, acompanha o cenário nacional, apresentando um índice de envelhecimento populacional bastante elevado, como consequência das transformações demográficas (declínio das taxas de fecundidade e mortalidade), sociais, urbanas e industriais, aumento da escolaridade, maior inserção da mulher no mercado de trabalho, refletindo nos arranjos familiares o que comprometem o cuidado, a proteção e o acolhimento aos idosos. Essas consequências preocupam, por acarretarem mudanças no perfil das demandas por políticas

públicas, colocando desafios para o Estado, a sociedade e a família (CAMARANO, p. 2, 1999).

Considerando as mudanças mencionadas, os idosos de baixa renda, sem vínculos familiares, com ou sem dependência vivendo sozinhos, em algum momento, necessitarão de cuidados permanentes, especialmente, para atividades da vida diária. Segundo Nunes; Menezes e Alchieri (2010, p.119), “quanto mais dependente, física ou financeiramente for o idoso, maior a chance de vir a ser institucionalizado”. Diante dessa realidade e da ausência do poder público surgem as ILPI, de natureza privada com ou sem fins lucrativos, visando assistir aos idosos, minimizando os problemas relacionados às atividades da vida diária dessa população.

No município de Natal, a instituição asilar mais antiga foi fundada em 1944, pelas Filhas da Caridade e tinha como objetivo atender à mendicância, em consequência de um longo período de seca. No decorrer dos anos passou a atender idosos com carência socioeconômica e familiar, para que não se sentissem mais discriminados. De forma semelhante, outras instituições foram criadas. Contudo, não seguiam nenhuma norma padronizada de funcionamento.

A partir da Constituição Federal de 1988 (BRASIL,1998), a participação dos idosos nas lutas sociais contribuiu para a formação de uma nova imagem, ajudando a disseminar a noção de solidão, inutilidade e fragilidade dos idosos. A nova Constituição favoreceu a elaboração de importantes políticas públicas, visando atender aos direitos dos idosos, em todos os seguimentos de sociedade, iniciando pela Política Nacional do Idoso (PNI) (BRASIL,1994), pelo Estatuto do Idoso (BRASIL,2003) e demais legislações vigentes, traçando um novo perfil para as instituições de longa permanência para idosos, em todo o Brasil.

Estudando as legislações relacionadas aos idosos institucionalizados, em Natal, observa-se a participação efetiva do Conselho Municipal do Idoso, do Ministério Público do Estado do Rio Grande do Norte, Secretaria Municipal de Saúde/Coordenadoria de Vigilância Sanitária (SMS/COVISA), visando orientar, regulamentar e fiscalizar as ILPI, no âmbito do município, melhorando à assistência aos idosos institucionalizados.

Analisando a Portaria SEAS/MPAS Nº 73/2001, observou-se a ausência da modalidade “ATENDIMENTO INTEGRAL INSTITUCIONAL”, de natureza pública, em Natal. Para suprir parte dessa lacuna, a Resolução Conjunta Nº. 001/06 incluiu uma cláusula em todos os convênios efetuados ou pactuados com as ILPI sem fins lucrativos, reservando 10% de suas vagas, visando assistir aos idosos sem referência familiar ou em situação de vulnerabilidade social, não podendo haver qualquer tipo de discriminação a idosos dependentes, sob pena de incorrer no crime previsto no artigo 96 do Estatuto do Idoso. Dessa forma, o Município passou a contar com 35 vagas, nas ILPI filantrópicas do município. É óbvio que esse quantitativo não cobre a demanda por leitos havendo, portanto, demanda reprimida.

Estudos realizados após a Constituição Federal de 1988 apontam algumas características das ILPI, em Natal. Neste sentido, Davimet *al.* (2004) afirmam que as instituições que fizeram parte de seu estudo apresentavam características socioeconômicas e de saúde semelhantes às encontradas na literatura, pontuando-se baixas condições financeiras, contato familiar conflituoso, atividades de lazer limitadas ou ausentes, saúde precária, restrito atendimento médico e de enfermagem, além da ausência de planos privados de saúde.

Complementando essas informações Camarano (2007, 2008, 2010) divulgou as características das Instituições de Longa Permanência para Idosos para todas as regiões brasileiras. No caso particular da Região Nordeste, foram identificadas 302 instituições. Na época, aproximadamente 30,8% delas pertenciam ao estado de Pernambuco, seguido pela Bahia (27,2%), Ceará (9,9%) e o Rio Grande do Norte (9,6%), restando 22,5% aos demais estados nordestinos. De acordo com esse estudo, em 2007, os idosos no Rio Grande do Norte representavam 8,9% no total da população, destes apenas 0,3% residiam em ILPI.

Os resultados observados por Camarano (2008) são preocupantes, uma vez que a proporção de idosos, no total da população de Natal continua a crescer como mostraram os dados do Censo Demográfico de 2010, ou seja, os idosos representavam 10,5% do total da população. Considerando este percentual é

possível afirmar que, em 2010, o município já possuía uma população envelhecida.

Partindo deste indicador emergem vários questionamentos, como por exemplo: Qual a percepção dos idosos institucionalizados quanto aos aspectos de saúde e bem-estar? Todos os idosos que procuram uma vaga são atendidos, ou existe demanda reprimida? As esferas municipal, estadual e federal contribuem de forma equânime com todas as instituições conveniadas com o poder público?

Obviamente, este estudo não se propõe a responder todas estas indagações, mas certamente servirão para refletir sobre o tema, provocando em cada leitor uma preocupação com os atuais e futuros idosos.

Diante dessa realidade, este estudo teve como objetivo investigar os possíveis determinantes associados à institucionalização do idoso, em Natal, considerando os aspectos da estrutura familiar, socioeconômicos, da saúde e bem-estar.

Quanto ao conteúdo, este trabalho está estruturado em quatro seções, incluindo esta introdução. Na seção seguinte serão apresentados os objetivos a serem alcançados; a seção 3 refere-se aos três artigos produzidos, neste estudo: no primeiro, realizou-se uma análise sobre o envelhecimento populacional face às mudanças da estrutura etária, contrastando o Rio Grande do Norte com a realidade do Brasil e Nordeste, no período de 1980 a 2010. No segundo, realizou-se uma revisão das legislações pertinentes à institucionalização dos idosos, no âmbito do município de Natal, após a publicação da Lei 8.842, assim como uma caracterização das instituições, selecionadas, quanto aos aspectos: estrutura física, recursos humanos, serviços oferecidos, e as características demográficas dos residentes. No terceiro artigo, realizou-se um diagnóstico dos idosos institucionalizados em Natal, e na seção 4 apresentam-se as considerações finais.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1.OBJETIVO GERAL**

Investigar os possíveis determinantes associados à institucionalização do idoso em Natal, analisando os aspectos de saúde física e mental, da capacidade funcional e do nível de integração participativa, assim como analisar como estes aspectos interferem na qualidade de vida dos idosos das ILPI, considerando o envelhecimento populacional do município do Natal, e os impactos provenientes da aplicação das leis municipais vigentes relacionadas com os direitos da pessoa idosa institucionalizada e a caracterização das ILPI, em Natal.

### **2.2.OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Retratar as mudanças na estrutura etária da população brasileira que concorreram para o envelhecimento demográfico, enfocando a Região Nordeste e o estado do Rio Grande do Norte, ao longo das últimas quatro décadas (1980 a 2010), com relação aos aspectos sociodemográficos (objeto do Artigo 1);
- Revisar de forma sistemática a legislação vigente, no âmbito municipal, pertinente aos idosos institucionalizados, assim como caracterizar as ILPI, que participaram do projeto de pesquisa intitulado “Instituições de Longa Permanência para Idosos: Abandono ou uma necessidade familiar”, quanto à estrutura física, recursos humanos, serviços oferecidos e financiamento (objeto do Artigo 2);
- Detectar as possíveis associações entre os aspectos de saúde física e mental, da capacidade funcional e do nível de integração participativa e analisar como estes aspectos interferem na qualidade de vida dos idosos das instituições de longa permanência, em Natal (objeto do Artigo 3).

### 3 ARTIGOS PRODUZIDOS

#### 3.1. ARTIGO 1: Rio Grande do Norte: quatro décadas rumo ao envelhecimento. \*

***Maria de Fátima Miranda Barbosa<sup>1</sup>, Hachyally Rodrigues da Silva<sup>2</sup>, Cristiane Alessandra Domingos de Araújo<sup>3</sup>, Maria Helena Constantino Spyrides<sup>4</sup>, Lára de Melo Barbosa Andrade<sup>5</sup>***

#### RESUMO

O Brasil segue o cenário mundial quanto ao processo de envelhecimento populacional. Contudo, chama atenção a velocidade com que esse processo vem ocorrendo nas regiões e estados brasileiros. Diante desse cenário, objetivou-se analisar o envelhecimento populacional, contrastando o Rio Grande do Norte com a realidade do Brasil e do Nordeste, no período de 1980 a 2010. Utilizaram-se as bases de dados dos Censos Demográficos Brasileiros, os dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde e os indicadores de desenvolvimento municipais da Federação das Indústrias do Rio de Janeiro. Como metodologias, utilizaram-se estatísticas descritivas: Teste de Qui-quadrado de Pearson e o Teste de Mantel-Haenszel. Os resultados mostraram que o Rio Grande do Norte segue o cenário nacional, visto que entre 1980 e 2000 sua população passou do nível intermediário no processo de envelhecimento populacional para, em 2010, ser considerada como população idosa. Tais mudanças impõem aumento nos encargos assistenciais para a sociedade potiguar, cabendo aos gestores desenvolver/implementar políticas

---

\*Artigo publicado nos Anais do XVIII Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP, realizado em Águas de Lindóia/SP – Brasil, de 19 a 23 de novembro de 2012.

<sup>1</sup>Mestranda em Demografia no PPGDEM/UFRN, Bacharel em Estatística/UFRN. [mfmbarbosa@gmail.com](mailto:mfmbarbosa@gmail.com).

<sup>2</sup>Graduando em Estatística pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte. [hachyallyrodri@yahoo.com.br](mailto:hachyallyrodri@yahoo.com.br)

<sup>3</sup>Mestranda em Demografia no PPGDEM/UFRN, Bacharel em Estatística/UFRN. [cristianeales@yahoo.com.br](mailto:cristianeales@yahoo.com.br)

<sup>4</sup>Professora Adjunta do Departamento de Estatística/UFRN. Pesquisadora do Grupo de Estudos Demográficos (GED). [syrides@ccet.ufrn.br](mailto:syrides@ccet.ufrn.br)

<sup>5</sup>Coordenadora do Curso de Pós-Graduação em Demografia; Professora Adjunta do Departamento de Estatística/UFRN; Pesquisadora do Grupo de Estudos Demográficos (GED). [lara@ccet.ufrn.br](mailto:lara@ccet.ufrn.br)

públicas, visando oferecer condições para que seus idosos possam viver de forma ativa e com graus de autonomia aceitáveis.

**Palavras-chave:** Envelhecimento; idosos; razão de dependência.

## ABSTRACT

Brazil follows the world scenario regarding the populational aging process. However, it's alarming the speed with which this process has occurred in the Brazilian regions and states. Facing this scenario, the objective was to analyze the populational aging, contrasting Rio Grande do Norte to the Brazilian reality and it's Northeast, between 1980 to 2010. There were used the databases of the Brazilian Demographic Census, data from the IT Department of the Single Healthcare System and municipal development indicators of the Federation of Industries of Rio de Janeiro. Regarding methodologies, it was used descriptive statistics: Qui-square Pearson test and the Mantel-Haenszel test. The results showed that Rio Grande do Norte follows the national scenario, once that between 1980 and 2000 it's population passed the intermediate level in the process of populational aging for, in 2010, to be considered elderly. Such changes calls for raises on the care charges for the Natal's Society, requiring managers to develop/implement public policies, in order to offer conditions for their elderly be able to live actively and with acceptable levels of autonomy.

**Keywords:** Aging; Elderly; Dependency ratio.

### 3.1.1 INTRODUÇÃO

O ciclo da vida humana compreende as etapas: nascer, crescer, reproduzir-se e morrer, embora alguns não experimentem a reprodução, outros não experimentarão crescer. Esse ciclo ocorre com intensidades diferentes, dependendo de indicadores, como: taxa de fecundidade, taxa de mortalidade, migração. A transição demográfica é o nome que se dá às transformações ocorridas nos níveis das taxas de mortalidade e fecundidade e da migração (ALVES, 1994).

O fenômeno da Transição Demográfica – TD, definido originalmente por Thompson (1929, apud ALVES, 1994) e compartilhado por Notestein (1945, apud ALVES, 1994), foi caracterizado em quatro etapas, a saber:

- 1ª etapa: elevadas taxas de mortalidade e fecundidade, acarretando lento crescimento populacional;
- 2ª etapa: a taxa de mortalidade cai, no entanto, a taxa de fecundidade permanece inalterada, resultando num rápido crescimento da população;
- 3ª etapa: queda acelerada da taxa de fecundidade, resultando na redução do hiato e a redução do ritmo do crescimento populacional;
- 4ª etapa: baixas taxas de mortalidade e fecundidade, levando a um lento crescimento demográfico.

Alterações nos níveis de mortalidade e fecundidade modificaram o perfil das populações, contribuindo com o aumento ou diminuição da longevidade e, conseqüentemente, com o rejuvenescimento ou envelhecimento das populações. A longevidade está relacionada com envelhecer, ou seja, o indivíduo envelhece ao passo que a sua idade aumenta; a população envelhece à medida em que a idade média da população que a compõe aumenta (MOREIRA, 1998). Ao contrário do envelhecimento populacional, o rejuvenescimento populacional ocorre ao aumentar o peso relativo dos jovens (0 a 14 anos) no total da população.

Segundo Alves (2008, p.3):

“A redução das taxas de mortalidade é uma conquista ímpar da perfectibilidade humana que começou ainda no século XIX e deixou uma herança positiva, sem igual, no século XX. A esperança de vida média da população mundial, que estava em torno de 30 anos em 1900, ultrapassou os 60 anos no ano 2000. Isso quer dizer que o tempo médio de vida dos habitantes do planeta dobrou em um período de um século, fato que não tem equivalente no passado e, provavelmente, não terá equivalente no futuro”.

“De modo geral, a queda da fecundidade ocorreu num ambiente de liberdade de escolha, começando pelas camadas mais afluentes da sociedade. A transição de altos a baixos níveis de natalidade e fecundidade envolve disposições racionais, sendo, ao mesmo tempo, fruto e pré-condição para o efetivo sucesso da modernidade” (ALVES, 2008, p. 3).

Quanto à componente fecundidade, Alves (2008) afirma que, no geral, seu declínio ocorreu num processo de livre escolha, iniciando-se pelas camadas mais abastadas da sociedade. As transformações de altos para baixos níveis de fecundidade envolvem disposições racionais, sendo também fruto e pré-condição para o efetivo sucesso da humanidade.

A fecundidade no Brasil passou a declinar a partir dos anos 60 nas regiões mais desenvolvidas e pelos grupos populacionais mais privilegiados socioeconomicamente. Somente a partir da década de 80, esse declínio atingiu as demais regiões brasileiras, principalmente a região Nordeste. Reconhecidamente, esse comportamento teve impactos na estrutura etária da população, que se caracterizava como jovem no passado transformando-se em envelhecida e com um ritmo de crescimento baixo (RIOS-NETO, 2005; CARVALHO, WONG, 2008).

As informações apresentadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2009) mostram que a esperança de vida ao nascer entre 1900 e 1930 era de aproximadamente 34,7 anos. Neste triênio, a população brasileira teve um ganho em torno de 3 anos de sobrevivência, refletindo a elevada taxa de mortalidade que só passou a declinar a partir de 1940.

No período de 1930 a 1940, a esperança de vida ao nascer dos brasileiros chegou aos 41,5 anos, ou seja, em apenas 10 anos, os ganhos foram superiores aos observados durante as três primeiras décadas do século. A Região Nordeste, em 1940, já apresentava a menor esperança de vida ao nascer, 36,7 anos contra 49,2 anos no Sul, 47,9 anos no Centro-Oeste e 43,5 anos no Sudeste. De modo geral, estas diferenças refletiam as prioridades dos investimentos econômicos orientados para estas áreas em detrimento do Nordeste que, por isso, se transformava em área de expulsão populacional.

Conforme Rios-Neto (2005), a partir de 1940, a mortalidade no Brasil passou a declinar refletindo no ganho da esperança de vida ao nascer, passando de 43,6 anos em 1940, para 59,9 anos em 1970, expressando variação de aproximadamente 16 anos no período. Segundo Carvalho, Sawyer e Rodrigues (1994), o crescimento da esperança de vida ao nascer na década seguinte passou para 62,4 anos, chegando, em 2010, a 73,5 anos (IBGE, 2010). Simões (2002) destacou que diversos fatores, como educação, cobertura dos serviços de saúde e de saneamento básico, entre outros, influenciaram a queda da mortalidade, promovendo o aumento da esperança de vida ao nascer.

No período de 1940 a 2000, entre as regiões, os incrementos aconteceram com intensidades diferentes. A região Sul, ao longo do período, apresentou as maiores esperanças de vida ao nascer, enquanto que o Nordeste manteve as mais baixas esperanças de vida ao nascer do país. A melhoria na infraestrutura de saneamento, na assistência à saúde e na escolaridade, dentre outros fatores, vem reduzindo estas desigualdades regionais.

Este aumento na esperança de vida não significa viver com autonomia e independência. O aumento da esperança de vida faz com que uma porcentagem maior de pessoas viva parte de sua vida em estado de incapacidade. O importante é saber quantos anos sem incapacidade, uma pessoa terá (RIOS-NETO, 2005). Os últimos Censos Demográficos introduziram variáveis que permitem captar medidas de incapacidade, por exemplo: de enxergar, de ouvir e de locomover-se (caminhar e subir escadas), além das deficiências permanentes (física e mental) (RIOS-NETO, 2005).

Levando-se em conta a informação sobre a incapacidade, a esperança de vida ao nascer que era de 68,6 anos em 2000, destes apenas 54 (78,7%)

anos corresponderam à esperança de vida ativa ao nascer, ou seja, sem incapacidade. Entre os homens, a esperança de vida ativa ao nascer era de 52,1 anos, representando 80,4% de sua esperança de vida ao nascer, enquanto que nas mulheres este indicador era de 55,9 anos, representando 77,0% de sua esperança de vida ao nascer (BAPTISTA, 2003).

Por outro lado, o envelhecimento populacional das regiões deve ser também avaliado considerando-se a migração, visto que os fluxos migratórios, especialmente, os internos, acarretam alterações na estrutura etária levando ou não ao envelhecimento (OLIVEIRA, 2007), dependendo de sua composição frente à população emigrante.

Quanto à migração interna, Baeninger (2000) comenta que a década de 80 e o início dos anos 90 foram caracterizados pela diminuição no ritmo de crescimento da população brasileira em seu conjunto e pela manifestação de novas formas de distribuição espacial. A análise desagregada dos espaços regionais aponta também importantes alterações na dinâmica migratória, contribuindo para o declínio nas taxas de crescimento da população.

A emigração (externa) embora não tenha tido expressiva participação nas mudanças da estrutura etária não invalidam a conclusão de que a emigração de brasileiros para exterior está se tornando um fenômeno cada vez mais importante, ainda que numericamente limitado no que se refere ao peso proporcional na população brasileira total (RIOS-NETO, 2005).

Em se tratando de longevidade e envelhecimento populacional, é necessário definir uma faixa de idade para os indivíduos considerados como idosos. A ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (1982) considera idoso aquele indivíduo com idade igual ou superior a 65 anos, nos países desenvolvidos, e 60 anos ou mais, nos países em desenvolvimento, uma vez que, nessas regiões, a expectativa de vida ainda é baixa quando comparada aos países desenvolvidos. Considerando o Brasil como um país em desenvolvimento, o Estatuto do Idoso, instituído pela Lei no 10.741, de 1º de outubro de 2003, destina-se a regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 anos (BRASIL, 2003).

O aumento da longevidade, embora seja considerado como uma das maiores conquistas deste século tem gerado preocupação, uma vez que acarreta mudanças no perfil das demandas por políticas públicas colocando desafios para o Estado, à sociedade e à família (CAMARANO, 1999).

Diante do exposto, o envelhecimento populacional é um fenômeno mundialmente incontestável, ou seja, a população idosa tem apresentado um crescimento superior aos demais grupos etários (CAMARANO, 2002). No entanto, o que tem chamado à atenção, no caso brasileiro, é a velocidade que esse processo vem ocorrendo quando comparado aos países desenvolvidos que ocorreu de forma lenta e gradual (MOREIRA, 1999, 2011).

Este estudo tem como objetivo retratar as mudanças na estrutura etária da população brasileira que concorreram para o envelhecimento demográfico, enfocando o Nordeste Brasileiro e o estado do Rio Grande do Norte, ao longo dos últimos 4 decênios (1980 a 2010), com relação aos aspectos sociodemográficos. Para tanto, calcularam-se os indicadores demográficos, tais como: proporção de idosos por faixa etária e sexo, em relação à população total; índice de envelhecimento; razão de sexos. Outro aspecto abordado neste estudo visou verificar possíveis associações entre o índice de envelhecimento dos municípios do Nordeste do Brasil e a classificação do Índice FIRJAN de Desenvolvimento Municipal (IFDM) que contempla três áreas: Emprego & Renda, Educação e Saúde. Este índice é baseado nas estatísticas públicas oficiais, disponibilizadas pelos Ministérios do Trabalho, Educação e Saúde (FEDERAÇÃO DAS INDÚSTRIAS DO RIO DE JANEIRO – FIRJAN, 2011). As análises foram realizadas considerando três níveis de desagregação: Brasil, Nordeste e Rio Grande do Norte, para os Censos de 1980 a 2010.

### **3.1.2 MATERIAL E MÉTODOS**

#### Fontes de Dados

Uma das fontes de dados utilizada para o desenvolvimento desse estudo foi o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, correspondendo aos quatro últimos Censos Demográficos - 1980, 1991, 2000 e 2010. Essas informações foram obtidas no Sistema de Recuperação Automática do IBGE

(SIDRA), sistema desenvolvido pelo IBGE para a divulgação de bancos de dados agregados.

No site da SIDRA, na sessão demográfica e contagens, obtiveram-se as informações sobre as populações residentes pelas situações do domicílio (total, urbanas e rurais), filtradas por sexo, faixa-etária e situação de domicílio para Brasil, Nordeste e o estado do Rio Grande do Norte.

Há que se considerar que a data de referência dos Censos de 1980 e 1991 foi 1º de novembro. Para as décadas de 2000 e 2010, a data de referência foi 1º de agosto. Para efeito comparativo entre esses diversos anos, realizou-se um ajuste populacional para que todos passassem para uma mesma data de referência – 1º de julho. Além disso, para o ano de 1991, fez-se um ajuste populacional para o ano de 1990.

#### Índices Sociodemográficos

Alguns indicadores de envelhecimento são utilizados para facilitar a compreensão e comparação da evolução do envelhecimento populacional de determinada localidade ou área geográfica. Neste estudo, calcularam-se: o índice de envelhecimento, a razão de dependência total, jovem e idosa, a razão de sexos idosa, a proporção de idosos. Calcularam-se também as taxas de mortalidade específicas por causa de morte e por faixa etária, para entender sobre as causas de morte que mais afetam a população idosa.

Segundo Preston *et al.* (2001), uma taxa pode ser definida como a razão entre os indivíduos que experimentam um evento, em um dado período e o total do tempo vivido por todos os indivíduos da população em estudo. Naquele período os resultados mais relevantes são apresentados em gráficos e tabelas.

As definições dos indicadores demográficos, descritos a seguir, baseiam-se nas informações da Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA) BRASIL (2008).

Índice de envelhecimento (IE) é o número de pessoas de 60 anos e mais de idade, para cada 100 pessoas menores de 15 anos de idade, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado, dado por:

$$IE = \frac{{}_{\infty}P_{60}}{{}_{15}P_0} \times 100$$

em que

${}_{\infty}P_{60}$  : é o número de pessoas residentes de 60 e mais anos de idade; e  
 ${}_{15}P_0$ : é o número de pessoas residentes com menos de 15 anos de idade.

Segundo Shryocket *al.* (1976, p.133), o melhor indicador do envelhecimento populacional é o Índice de Envelhecimento. Utilizou-se, neste trabalho, a classificação desses autores que consideram: país jovem ( $IE < 15$ ); nível intermediário ( $15 \leq IE \leq 30$ ) e população idosa ( $IE > 30$ ).

Adicionalmente, esses autores sugerem considerar uma população envelhecida aquela com proporções de idosos (acima de 65 anos) entre 8 e 10%, para países desenvolvidos. Assim, neste trabalho, considerar-se-á o Brasil como um país em desenvolvimento, com um limite etário para os idosos de acima de 60 anos.

A Razão de Sexos (RS) considerada neste trabalho será a razão entre o número de homens com idades de 60 e mais para cada grupo de 100 mulheres de 60 anos e mais, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

$$RS = \frac{{}_t P_{60}^m}{{}_t P_{60}^f} \times 100$$

em que

${}_t P_{60}^m$  : é o número de residentes do sexo masculino (60 anos e mais);

e

${}_t P_{60}^f$  : é o número de residentes do sexo feminino (60 anos e mais).

A Razão de Dependência (RD) corresponde à razão entre os segmentos etários da população definidos como população dependente (menores de 15 anos e os de 60 anos e mais) e população em idade ativa (entre 15 e 59 anos de idade), na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. A razão de dependência pode ser calculada, separadamente, para

as duas faixas etárias identificadas como população dependente. A Razão de Dependência Jovem (RDJ) é calculada por:

$$RDJ = \frac{{}_{15}P_0}{{}_{45}P_{15}} \times 100$$

em que

${}_{15}P_0$ : é o número de pessoas residentes de 0 a 14 anos de idade; e

${}_{50}P_{15}$ : é o número de pessoas residentes de 15 a 59 anos de idade.

A Razão de Dependência Idosa (RDI) é dada por:

$$RDI = \frac{{}_{\infty}P_{60}}{{}_{45}P_{15}} \times 100$$

em que

${}_{\infty}P_{60}$ : Número de pessoas residentes de 60 e mais anos de idade; e

${}_{45}P_{15}$ : Número de pessoas residentes de 15 a 59 anos de idade.

A Razão de Dependência Total (RDT) é dada por:

$$RDT = \frac{{}_{15}P_0 + {}_{\infty}P_{60}}{{}_{45}P_{15}} \times 100$$

em que

${}_{15}P_0$ : é o número de pessoas residentes de 0 a 14 anos;

${}_{\infty}P_{60}$ : é o número de pessoas residentes de 60 anos e mais de idade;

${}_{45}P_{15}$ : é o número de pessoas residentes de 15 a 59 anos de idade.

Entende-se por Proporção de Idosos ( $\%P^i$ ) o percentual de pessoas com 60 anos e mais de idade na população total residente, em determinado espaço geográfico e no ano considerado.

A definição de idoso como pessoa maior de 60 anos de idade é estabelecida na legislação brasileira.

$$\%P^i = \frac{{}_{\infty}P_{60}}{P} \times 100$$

em que

${}_{\infty}P_{60}$ : é o número de pessoas residentes de 60 e mais anos de idade; e

$P$ : é a população total residente, excluída a idade ignorada\*.

\* A exclusão de pessoas de idade ignorada resulta em que o indicador se refira ao total da população com idade conhecida.

O IFDM foi criado pelo Sistema das Federações das Indústrias do Rio de Janeiro para classificar os 5.565 municípios brasileiros quanto ao desenvolvimento humano, econômico e social de uma região, considerando as diferentes realidades de sua menor divisão federativa: o município.

A metodologia do IFDM difere de outros indicadores por ter periodicidade anual, recorte municipal e abrangência nacional. Estas características possibilitam o acompanhamento do desenvolvimento humano, econômico e social de todos os municípios brasileiros. Uma das vantagens do IFDM é permitir a orientação de ações públicas e acompanhar seus impactos sobre o desenvolvimento dos municípios.

Composto por três componentes: Emprego e Renda, Educação e Saúde constituem as três esferas contempladas pelo IFDM, todas com um peso igual nos cálculos para a geração do índice de desenvolvimento dos municípios brasileiros.

#### Emprego e Renda

- Geração de emprego formal;
- Estoque de emprego formal;
- Salários médios do emprego formal.

#### Educação

- Taxa de matrícula na educação infantil;
- Taxa de abandono;
- Taxa de distorção idade e série;
- Percentual de docentes com ensino superior;
- Média de horas aula diária;

- Resultado do IDEB.

### Saúde

- Número de consultas pré-natal;
- Óbitos por causa mal definidas;
- Óbitos infantis por causas evitáveis.

A análise dos índices finais é bastante simples. Com base nesta metodologia, estipularam-se as seguintes classificações:

- IFDM entre 0,0 e 0,4 - baixo estágio de desenvolvimento;
- IFDM entre 0,4 e 0,6 - desenvolvimento regular;
- IFDM entre 0,6 e 0,8 - desenvolvimento moderado;
- IFDM entre 0,8 e 1,0 - alto estágio de desenvolvimento.

A leitura dos resultados, por áreas de desenvolvimento ou do índice final, é bastante simples, variando entre 0 e 1, sendo que, quanto mais próximo de 1, maior o nível de desenvolvimento da localidade, o que permite a comparação entre os municípios ao longo do tempo.

### Método Estatístico

No presente estudo utilizaram-se métodos estatísticos, tais como: análises descritivas, por meio da apresentação de tabelas, gráficos e mapas temáticos, com o intuito de observar a configuração de padrões aleatórios ou não, além do teste de associação de Mantel-Haenszel para dados ordinais.

Utilizou-se o Teste de Mantel-Haenszel para verificar possível associação entre a classificação do índice de envelhecimento (0 a 15%; 15 a 30% e > 30%) e o grau de desenvolvimento do município, segundo a categoria do IFDM.

Este teste é utilizado quando as variáveis dependente (Y) e independente (X) são de natureza ordinal. Avalia a tendência entre as variáveis, de modo que, à medida que X aumenta, a resposta Y pode apresentar uma tendência para valores elevados, ou menos elevados. Pode-se utilizar o coeficiente de regressão para descrever esta tendência ordinal. Baseia-se na designação de escores às categorias e mede o grau de correlação ou a tendência linear.

Define-se  $(u_{11} \leq u_{12} \leq \dots \leq u_{1r})$ , como os escores para as linhas e  $(v_{11} \leq v_{12} \leq \dots \leq v_{1c})$ , os escores para as colunas. Um teste de correlação de Pearson entre a variável X e a variável Y é desenvolvido segundo a fórmula dada por:

$$r = \frac{\sum_{i,j} u_i v_j n_{ij} - \frac{(\sum_i u_i n_{i+})(\sum_j v_j n_{+j})}{n}}{\sqrt{\left[ \sum_i v_i^2 n_{+i} - \frac{(\sum_i v_i n_{i+})^2}{n} \right] \left[ \sum_j v_j^2 n_{+j} - \frac{(\sum_j v_j n_{+j})^2}{n} \right]}}$$

Este coeficiente (r) varia entre os valores -1 e 1. O valor 0 (zero) significa que há independência, quanto mais próximo do valor 1 indica uma relação linear positiva perfeita e quanto mais próximo de -1, indica correlação negativa. A estatística de Mantel-Haenszel para testar a hipótese de independência e tendência linear é dada por:

$$M^2 = (n-1)r^2$$

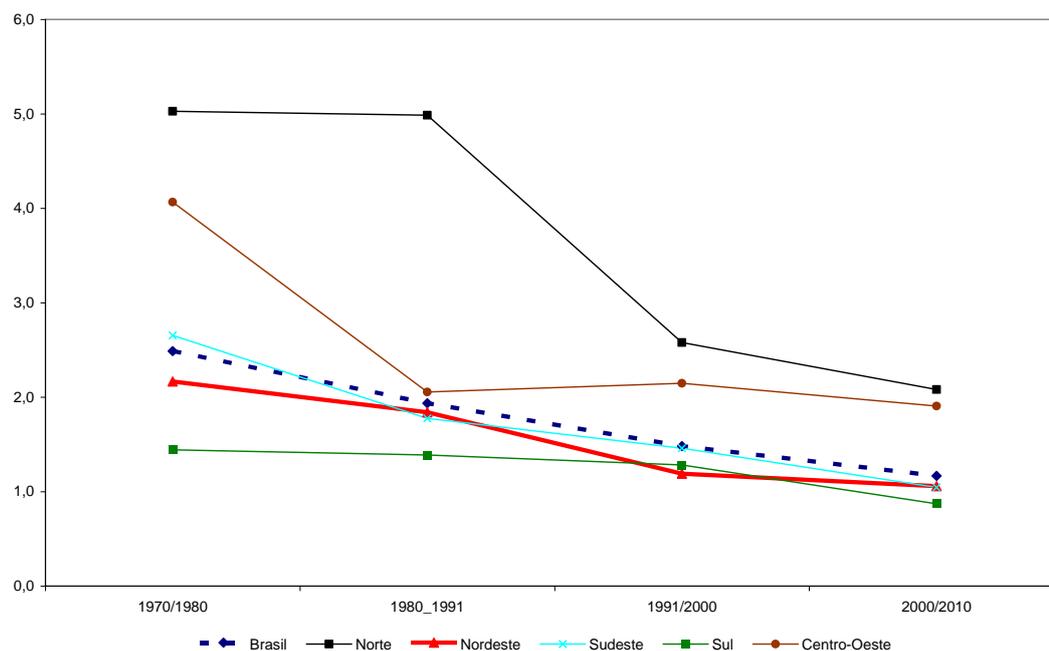
Para grandes amostras  $M^2$  tem distribuição aproximadamente qui-quadrado com um grau de liberdade (g.l.).

Utilizou-se o Excel 2007, para organização dos dados e elaboração das pirâmides. As análises estatísticas foram desenvolvidas utilizando-se o programa computacional Minitab 15 e, para a produção dos mapas, o programa computacional TerraView 3.3.1, de domínio público.

### 3.1.3 RESULTADOS

A desaceleração do crescimento demográfico iniciou-se a partir dos anos 80, como mostra a Figura 1. As décadas de 1970 e 1980 foram marcadas pelo maior crescimento demográfico de toda a história brasileira. A taxa média anual de crescimento reduziu-se de 2,5% (1970/1980) passando para 1,2% ao ano (2000/2010).

**Figura 1** - Taxa média de crescimento geométrico anual (%) da população residente. Brasil e regiões, 1980 a 2010.



Fonte dos dados básicos: Censos Demográficos 1980, 1991, 2000 e 2010.

Destaque deve ser dado à década de 1970, período em que se registrou a maior taxa de crescimento em todas as regiões do Brasil, a partir deste período iniciou-se um declínio generalizado no país (Figura 1).

A região Sul, no período compreendido entre 1970 e 1980, apresentou uma taxa média de crescimento anual de 1,4% e entre 2000 e 2010 declinou para 0,9%, sendo a região que menos cresceu nessa década. O Sudeste foi a região que apresentou as maiores taxas médias de crescimento populacional, seguido pelo Nordeste. Em 2010, a soma destas duas regiões (Sudeste e Nordeste) compreendeu 113.330.271 pessoas, correspondendo a 59,5% da população brasileira.

Entre os estados da região Nordeste, o estado do Rio Grande do Norte possui uma extensão territorial de 52.796,8 km<sup>2</sup> e, atualmente, é constituído por 167 municípios. Este Estado, no decorrer das últimas quatro décadas, apresentou um aumento expressivo no contingente populacional, passando de 1.896.872 habitantes em 1980, para mais de três milhões de habitantes em 2010, distribuídos entre 48,9% homens e 51,1% mulheres. O Estado apresentou uma taxa média de crescimento geométrica, no período de 1970/1980, de 2,1% e,

nas décadas de 2000/2010 apresentou um valor de 1,3% ao ano. Ressalta-se que a taxa de crescimento do Estado, nesta última década, superou a registrada pelo Nordeste que obteve uma taxa de 1,1% ao ano (TABELA 1).

**TABELA 1** - Taxa média de crescimento geométrico anual (%) da população residente. Nordeste e Estados, 1980 a 2010.

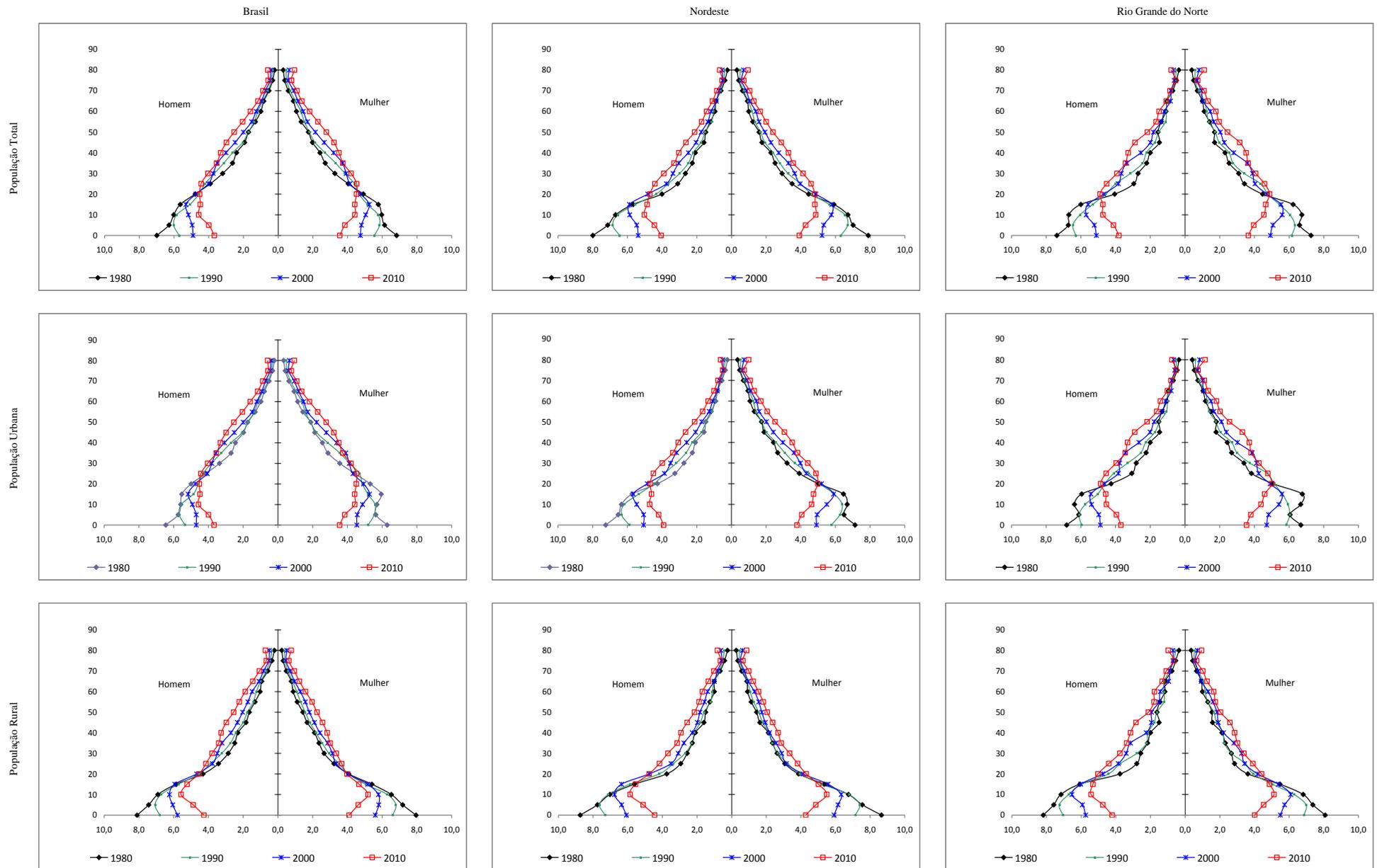
<b>Área geográfica</b>	<b>1970/1980</b>	<b>1980/1990</b>	<b>1990/2000</b>	<b>2000/2010</b>
Nordeste	2,17	1,84	1,19	1,06
Alagoas	2,25	2,19	1,19	0,99
Bahia	2,35	2,10	1,10	0,69
Ceará	1,95	1,71	1,75	1,35
Maranhão	2,92	1,94	1,40	1,51
Paraíba	1,52	1,33	1,19	0,45
Pernambuco	1,77	1,37	1,08	1,04
Piauí	2,45	1,73	0,98	0,93
Rio Grande do Norte	2,05	2,22	1,42	1,32
Sergipe	2,39	2,48	1,82	1,18

Fonte dos dados básicos: Censos Demográficos 1980, 1991, 2000 e 2010.

Comparando-se o perfil das pirâmides das áreas urbanas e rurais do Brasil, Nordeste e Rio Grande do Norte (Figura 2), observou-se uma base mais larga nas áreas rurais do que nas urbanas, refletindo altas taxas de natalidade e fecundidade, em 1980. O ritmo de declínio da proporção de crianças de 0 a 4 anos na área rural foi mais intenso que nas áreas urbanas, ambas atingindo patamares semelhantes ao final do período estudado para esta faixa etária. Em 2010, no entanto, destaque deve ser dado ao estoque de jovens entre 10 a 20 anos nas áreas rurais, reflexo das altas taxas de fecundidade experimentadas nas décadas passadas.

As pirâmides etárias do Brasil, Nordeste e estado do Rio Grande do Norte para os anos de 1980 a 2010 retratam a evolução das mudanças ocorridas na estrutura etária da população, como consequências das reduções nas taxas de mortalidade, fecundidade e dos efeitos das migrações. O estado do Rio Grande Norte acompanha o mesmo cenário Nacional. Estas alterações nas estruturas etárias da população brasileira estão bem visíveis nas comparações entre as pirâmides etárias das décadas 1980 a 2010 (Figura 2).

**Figura 2 - Distribuição percentual (%) da população total, urbana e rural por sexo e idade. Brasil, Nordeste e Rio Grande do Norte, 1980 a 2010.**



Fonte dos dados básicos: Censos Demográficos 1980, 1991, 2000 e 2010.

Em linhas gerais, apesar das diferenças socioeconômicas e culturais presentes no país, o estreitamento das bases das pirâmides teve início em 1980 quando a participação da primeira faixa etária era superior a 6%, declinando nas décadas seguintes até chegar em 2010 com menos de 4%, para ambos os sexos. Nas faixas etárias mais envelhecidas, a realidade se inverteu, ou seja, a proporção de idosos (homens e mulheres) que inicialmente estava em torno 6% passou, em 2010, para mais de 10,0%. No entanto, entre as idades de 15 a 59 anos esta proporção permaneceu crescendo durante todo o período (TABELA 2). Analisando a proporção de idosos com relação ao total da população do país, no decorrer das décadas, verificou-se um aumento, ou seja, em 1980, os idosos representavam 6,1%, enquanto que em 2010, esta participação atingiu 10,8% da população total.

Em 1980, o Nordeste apresentou uma das maiores proporções de idosos (6,4%), chegando ao final do período estudado a 10,3%. Restringindo a análise ao estado do Rio Grande do Norte, na primeira década os idosos contribuíam com 7,4% de sua população, atingindo 10,8%, em 2010, igual participação verificada para o país como um todo.

**TABELA 2** – Distribuição percentual (%) da população residente segundo grandes grupos etários. Brasil, Nordeste e Rio Grande do Norte, 1980 a 2010.

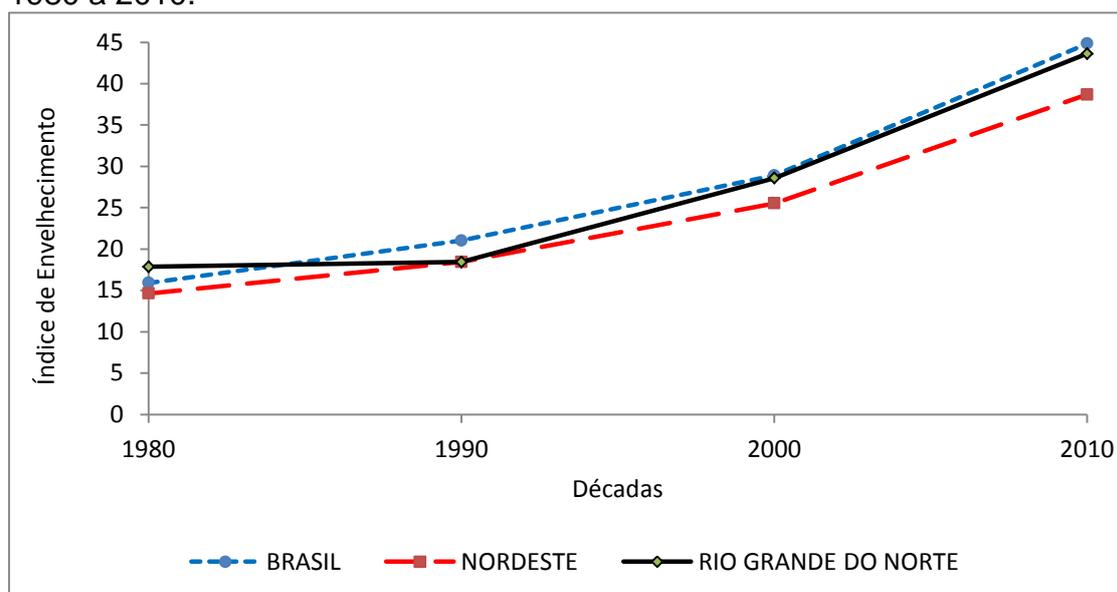
Abrangência geográfica	Grupos de Idade (anos)	Ano			
		1980	1990	2000	2010
Brasil		100,0	100,0	100,0	100,0
	0 a 14	38,2	34,7	29,6	24,1
	15 a 59	55,7	58,0	61,8	65,1
	60 +	6,1	7,3	8,6	10,8
	80 +	0,5	0,8	1,1	1,5
Nordeste		100,0	100,0	100,0	100,0
	0 a 14	43,4	39,4	33,0	26,6
	15 a 59	50,2	53,3	58,6	63,1
	60 +	6,4	7,3	8,4	10,3
	80 +	0,5	0,9	1,2	1,6
RN		100,0	100,0	100,0	100,0
	0 a 14	41,4	37,3	31,6	24,8
	15 a 59	51,2	54,4	59,4	64,4
	60 +	7,4	8,2	9,0	10,8
	80 +	0,7	1,1	1,5	1,9

Fonte dos dados básicos: Censos Demográficos 1980, 1991, 2000 e 2010.

Ao analisar o índice de envelhecimento (Figura 3), verificou-se que o processo de envelhecimento da população brasileira tornou-se mais evidente a partir de 1980, corroborando os resultados anteriormente obtidos. No Brasil, nos anos 80, havia aproximadamente 16 idosos para cada 100 jovens (0 a 14 anos), deixando de ser jovem, dando início a fase “intermediária” de envelhecimento.

Esse processo de envelhecimento foi intensificado no decorrer das décadas, chegando em 2010 com um perfil envelhecido. Nesse ano, no Brasil havia aproximadamente 45 idosos para cada 100 jovens.

**Figura 3**– Índice de Envelhecimento. Brasil, Nordeste e Rio Grande do Norte, 1980 a 2010.

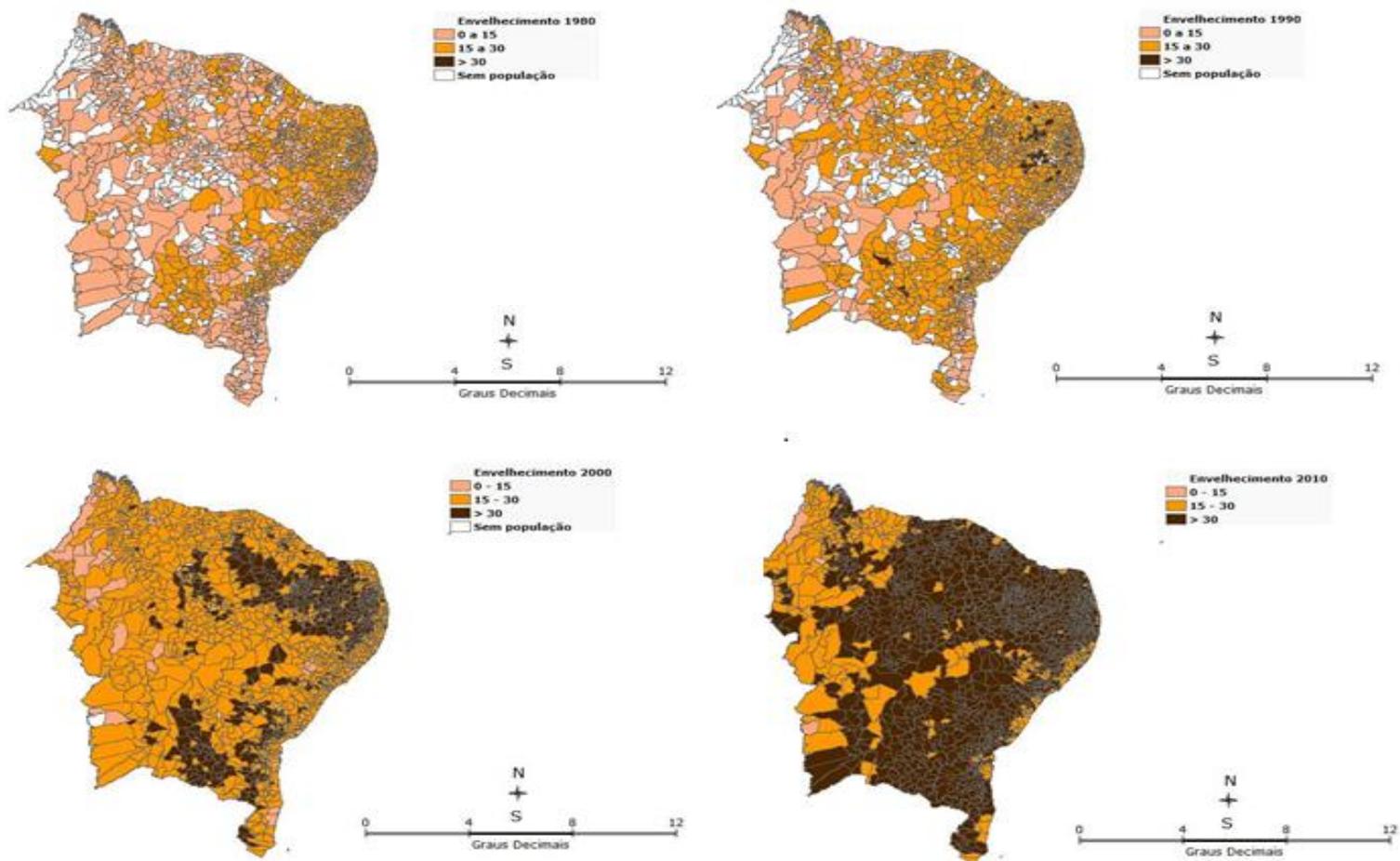


Fonte dos dados básicos: Censos Demográficos 1980, 1991, 2000 e 2010.

Detalhando índice de envelhecimento para a região Nordeste, constatou-se, em 1980, valor próximo ao obtido para a média nacional, ou seja, 17 idosos para cada 100 jovens. Em 2010, a região Nordeste contabilizou 39 idosos para cada 100 jovens, caracterizando-se como população “envelhecida”. O Rio Grande do Norte demonstrou comportamento semelhante ao observado no Brasil como um todo. Em 1980, esta Unidade da Federação registrava, aproximadamente, 16 idosos para cada 100 jovens, aumentando esta relação para 44 idosos para cada 100 jovens, em 2010. Estas relações expressam a evolução do processo de envelhecimento do Estado, passando de uma fase “intermediária”, em 1980, para “envelhecida”, em 2010.

Os mapas dos índices de envelhecimento do Nordeste (Figura 4) mostram que no ano de 1980, as populações dos municípios eram classificadas como jovens. Entretanto, neste ano, já se verificava certa predominância de Índices de Envelhecimento mais elevados no litoral Nordestino. Esta concentração de população mais envelhecida localizava-se nos municípios das capitais dos estados da Paraíba, Pernambuco e Rio Grande do Norte. Comparando-se todo o período estudado, observou-se um claro espriamento do envelhecimento por toda a região. Ressalta-se que os municípios localizados no oeste do Nordeste configuraram-se como os menos envelhecidos em relação aos demais municípios da Região no último período analisado, 2010.

Figura 4 - Mapa do Índice de Envelhecimento, Municípios do Nordeste, 1980 a 2010.



Fonte dos dados básicos: Censos Demográficos 1980, 1991, 2000 e 2010.

Em 1980, o estado do Rio Grande do Norte apresentava, em média, 18,2 idosos para cada 100 jovens. Destacam-se os municípios Francisco Dantas (IE=8,1), o município “mais jovem”, e os sete com maiores Índices de Envelhecimento: Cruzeta (25,0), Parelhas (26,7), São Rafael (27,0), São Vicente (27,2), São João do Sabugi (27,3), Ouro Branco (27,6) e Jardim do Seridó (29,6), o mais envelhecido. (**APÊNDICE A**).

Na década seguinte, o processo de envelhecimento no Rio Grande do Norte teve continuidade. Do total de municípios do estado (152) menos de 2,0% apresentava população jovem, 86,8% da população na fase intermediária e para 11,2% dos municípios já podiam ser classificados como envelhecidos. Ressalta-se que 50,0% dos municípios que se classificaram na “fase intermediária” apresentaram Índices de Envelhecimento inferiores a 22,8 idosos para cada 100 jovens. Ao final do período em estudo (2010), observou-se que apenas 4,8% dos 167 municípios eram classificados como intermediários no processo de envelhecimento, 25,7% apresentaram IE entre 30 e 40, enquanto que 69,5% dos municípios já contavam com mais de 40 idosos para cada 100 jovens. Neste estudo, verificou-se que o município de Jardim do Seridó manteve-se como o município mais envelhecido nas décadas de 1980, 1990 e 2010, perdendo esse *status* em 2000, para o município de Ouro Branco (APÊNDICE A).

No que se refere aos indicadores de desenvolvimento municipal, a TABELA3 revela que 72,1% dos municípios do Nordeste apresentaram “Médio” índice de desenvolvimento municipal e 27,2% com “Moderado a Alto” desenvolvimento municipal. Entre os municípios com índice de desenvolvimento “Médio”, 21,6% eram classificados como populações “jovens”, 43,3% em fase “intermediária” do processo de envelhecimento e 35,1% já apresentavam características de populações envelhecidas.

Os resultados do Teste *Mantel-Haenszel* mostraram associação significativa entre o índice de envelhecimento e o IFDM (valor-p < 0,001), considerando-se um nível de significância de 5%. Constatou-se uma tendência positiva entre o desenvolvimento municipal e o envelhecimento populacional, ou seja, percentual gradativamente maior de municípios envelhecidos dentre aqueles mais desenvolvidos.

**TABELA3** – Classificação do IFDM, segundo o Índice de Envelhecimento, por municípios da Região Nordeste, 2010.

Desenvolvimento Municipal	Índice de Envelhecimento								Valor-p
	0 a 15		15 a 30		30 e mais		Total		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Baixo	8	61,5	3	23,1	2	15,4	13	0,7	0,000
Médio	279	21,6	559	43,3	454	35,1	1292	72,1	
Moderado ou Alto	59	12,1	207	42,4	222	45,5	488	27,2	
Total	346	-	769	-	678	-	1793	100,0	

Fonte dos dados básicos: para o índice de envelhecimento, o Censo Demográfico 2010 e o IFDM, o FIRJAN 2009.

A razão de sexos de idosos é um indicador utilizado na análise demográfica de uma população e representa o número de homens idosos para cada 100 mulheres idosas. A relação entre homens e mulheres é relevante, não só no desenho de políticas públicas, como também nas relações sociais, especialmente no perfil epidemiológico desse segmento populacional. No Brasil, em 1980, havia quase um equilíbrio entre os sexos, para cada grupo de 99 homens idosos havia 100 mulheres idosas. Em 2010, os dados mostram que para cada 80 idosos havia 100 idosas (TABELA4), indicando uma predominância por pessoas no sexo feminino, principalmente ao final do período (2010). Neste sentido, observou-se um decréscimo na razão de sexos dos idosos, ou seja, pode-se supor uma sobremortalidade masculina no período considerado.

O Nordeste acompanha a mesma configuração sobre a predominância por pessoas idosas do sexo feminino no país. O estado do Rio Grande do Norte também apresentou elevada razão de sexos, em 1980, 99,5 homens idosos para cada 100 mulheres, e em 2010, houve um declínio expressivo, alcançando um patamar de 79,0 homens para cada 100 mulheres (TABELA4).

**TABELA4** - Razão de sexos da população idosa do Brasil, Nordeste e RN para as décadas de 1980 a e 2010.

Regiões	1980	1990	2000	2010
Brasil	89,9	85,2	81,5	80,1
Nordeste	93,7	88,4	83,1	81,0
Rio Grande do Norte	99,5	91,1	83,3	79,0

Fonte dos dados básicos: Censos Demográficos 1980, 1991, 2000 e 2010.

A Razão de Dependência Total do Brasil, da Região Nordeste e do Rio Grande dos Norte vem declinando ao longo das décadas (1980 a 2010), no entanto, o aumento da proporção de idosos no total da população tem contribuído para o

crescimento da razão de dependência idosa, elevando os encargos assistenciais, gerando desafios a serem enfrentados por toda a sociedade (TABELA5).

**TABELA5** – Razão de Dependência, Brasil, Nordeste e Rio Grande do Norte, 1980 a 2010.

Área Geográfica	Razão de Dependência		
	Jovem	Idoso	Total
1980			
Brasil	68,6	10,9	79,5
Nordeste	86,5	12,7	99,1
Rio Grande do Norte	80,8	14,4	95,3
1990			
Brasil	59,9	12,6	72,5
Nordeste	73,9	13,6	87,5
Rio Grande do Norte	68,6	15,1	83,7
2000			
Brasil	47,9	13,8	61,8
Nordeste	56,3	14,4	70,7
Rio Grande do Norte	53,2	15,2	68,5
2010			
Brasil	36,9	16,6	53,5
Nordeste	42,1	16,3	58,3
Rio Grande do Norte	38,6	16,8	55,4

Fonte dos dados básicos: Censos Demográficos 1980, 1991, 2000 e 2010.

### 3.1.4 DISCUSSÃO

O processo de transição demográfica do Brasil, regiões e estados provém dos declínios das taxas, principalmente, de fecundidade, mas também da mortalidade, bem como os efeitos das migrações, embora com menor intensidade, ocorridos ao longo das décadas, contribuindo com as transformações das estruturas etárias das populações.

Neste estudo, observou-se que este processo foi fruto da desaceleração do crescimento demográfico ocorrido a partir da segunda metade do século XX, em consequência do declínio das taxas de mortalidade, especialmente, da fecundidade. Estes resultados ratificam os achados da ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (1998) ao afirmar que o declínio das taxas de crescimento tende a acentuar-se na medida em que se esgota o elevado estoque de mulheres, em idade

reprodutiva, nascidas antes da inflexão da curva de fecundidade, que ocorreu de forma intensa e generalizada a partir da década de 1970.

As taxas de crescimento (1980 a 2010) calculadas, neste estudo, mostraram que as Regiões Norte e Centro-Oeste apresentaram as maiores taxas de crescimento. Na região Norte, além da alta fecundidade, a migração teve papel relevante na evolução de sua população. De acordo com Sacramento e Costa (2009) nestas regiões, o processo foi acompanhado de crescimento e estagnação da população, de acordo com o ciclo econômico da região. No Centro-Oeste, em ocorrência da maior fecundidade, essas componentes contribuíram para o crescimento diferenciado, observando que essas duas regiões obtiveram um crescimento maior que a do Brasil.

Carvalho, Sawyer e Rodrigues (1994) ressaltam que entre 1970 e 1975 no Brasil houve uma redução na fecundidade com a natalidade mantendo-se aproximadamente constante até o final da década. A base da pirâmide correspondente ao grupo etário de 0 a 4 anos de idade, ainda era bastante larga. Nos anos de 1975 a 1980, houve um aumento significativo do número de mulheres em idade reprodutiva, gerando uma estabilidade no nível de fecundidade, o que provocou um aumento no número de nascimento neste período, e uma população grande de 0 a 4 anos de idade em 1980 para 1990 (CARVALHO, SAWYER e RODRIGUES, 1994).

No Brasil e Regiões, o processo de urbanização iniciou-se na década 80, e vem progressivamente aumentando até os dias atuais. Dados do Censo 2010 mostram que o Rio Grande do Norte concentra 77,8% da sua população na área urbana. Este processo traz alterações tais como: aumento da força de trabalho, maior inserção da mulher no mercado de trabalho, que impactam diretamente na sociedade, especialmente, nos idosos, que de um modo geral necessitam dos seus familiares para o cuidado diário (ALVES, 2008).

As transformações das populações refletidas nas pirâmides etárias expressam o processo de envelhecimento da população do Brasil (IE= 44,83%), do Nordeste (IE= 38,68 %) e do Rio Grande do Norte (IE= 43,62 %), em 2010, classificando-as como envelhecidas. Ademais, em todos os níveis de agregações estudados, a proporção de idosos foi superior a 10,0%, indicando a consolidação do processo de envelhecimento populacional (SHRYOCK *et al.*, 1976, p.133).

Estas transformações, certamente, modificaram as relações intergeracionais (TURRA; QUEIROZ, 2005), refletindo nas Razões de Dependência, que para os três níveis de desagregação: Brasil, Nordeste e Rio Grande do Norte, considerados neste trabalho, apresentaram uma tendência de aumento da razão de dependência idosa, entre as décadas estudadas, o que corrobora com o aumento da sobrecarga dos idosos com relação à população adulta.

Uma das explicações para o declínio da razão de sexos observada, no período de 1980 a 2010, no Rio Grande do Norte, possa estar relacionada com os diferenciais de mortalidade entre os idosos. Alves e Monteiro (2000), analisando condições de saúde diferenciadas entre a população idosa, nas regiões metropolitanas do Brasil, observaram “a sobremortalidade masculina em todos os grupos de causas de óbito, menos no grupo de doenças das glândulas endócrinas, da nutrição e do metabolismo, que apresenta riscos mais elevados para as mulheres, provavelmente em consequência do diabetes mellitus”.

O aumento da razão de dependência idosa no Brasil, Nordeste e Rio Grande do Norte refletem-se também na evolução da razão de dependência total. Entre 1980 e 2010 houve uma diminuição da razão de dependência total, em grande medida ocasionada pelo declínio do número de pessoas com idade até 14 anos na população brasileira. Em outras palavras, observou-se, em todo o período, a gradual mudança na participação da população que compõe o numerador, com ampliação da participação dos idosos em detrimento das crianças/jovens.

## REFERÊNCIAS

ALVES, J. E. D. **Atransição demográfica e a janela de oportunidade**. Braudel Papers, p. 3, 2008. Disponível em: < <http://pt.braudel.org.br/pesquisas/arquivos/downloads/a-transicao-demografico-e-a-janela-de-oportunidade.pdf>>. Acesso em: 13 jun. 2012.

ALVES, J. E. D. **Transição da fecundidade e relações de gênero no Brasil**. 152f. Tese (Doutorado) - Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, UFMG, Belo Horizonte, 1994. Disponível em: [http://www.cedeplar.ufmg.br/demografia/teses/1994/Jose\\_Eustaquio\\_Diniz\\_Alves.pdf](http://www.cedeplar.ufmg.br/demografia/teses/1994/Jose_Eustaquio_Diniz_Alves.pdf)>. Acesso em: 14 jun. 2012.

ALVES, M. I. C.; MONTEIRO, M. F. G. Diferenciais na Estrutura de Mortalidade dos Idosos nas regiões Metropolitanas Brasileiras. In: Encontro Nacional de Estudos Populacionais, 12, Caxambu. **Anais...** Belo Horizonte: ABEP, 2000. Disponível em: <<http://www.abep.org.br/?q=publicacoes/anais/anais-2000-popula%C3%A7%C3%A3o-e-sa%C3%BAde>>. Acesso em: 24 jan. 2014.

BAENINGER, R. Brasileiros na América Latina. **Revista Mensal do Jornalismo Científico com Ciência**, Campinas, 2000.

BAPTISTA, D. B. D. A. **Idosos no município de São Paulo**: expectativa de vida ativa e perfis multidimensionais de incapacidade a partir da SABE. 124 p. Dissertação (Mestrado em Demografia) – CEDEPLAR, UFMG, Belo Horizonte, 2003.

BRASIL. **Lei 10.741, de 01 de outubro de 2003**. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/10/10.741.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/10/10.741.htm)>. Acesso em: 10 jun. 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. IDB 97 Brasil. **Indicadores e dados básicos para a saúde no Brasil**: conceitos e aplicações. Rede Interagencial de Informações para a Saúde /RIPSA. 2. Ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008. CAMARANO, A. A. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. IPEA. **Texto para Discussão nº 858**, Rio de Janeiro, 2002.

CAMARANO, A. A. (Org.). **Muito além dos 60**: os novos idosos brasileiros. Rio de Janeiro: IPEA; 1999.

CARVALHO, J. A. M. de. SAWYER, D. O. ; RODRIGUES, R. do N. **Introdução a alguns conceitos básicos e medidas em demografia**. Belo Horizonte: ABEP, 1994.

CARVALHO, J. A. M; WONG, L. L. R. Transição da estrutura etária brasileira. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, mar, 2008.

FEDERAÇÃO DAS INDÚSTRIAS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO (FIRJAN). **Índice FIRJAN de Desenvolvimento Municipal ( IFDM)**. Disponível em: <<http://www.firjan.org.br/data/pages/40288094212F790101213013CD7D651D.htm>>. Acesso em: jul. 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro, 2009.

\_\_\_\_\_. **Observações sobre a evolução da mortalidade no Brasil:** o passado, o presente e perspectivas. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/tabuadevida/2009/notastecnicas.pdf>>. Acesso em: 05 de abr. 2012.

\_\_\_\_\_. **Banco de dados.** Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 05 abr. 2012.

MOREIRA, M. M. **Envelhecimento da População Brasileira:** aspectos gerais. Belo Horizonte, 1999. Disponível em: <[http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/outraspub/envelhecimento/Env\\_p25a56.pdf](http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/outraspub/envelhecimento/Env_p25a56.pdf)>. Acesso em: 01 abr. 2012.

MOREIRA, M. M. Envelhecimento da população brasileira: intensidade, feminização e dependência. **Revista Brasileira de Estudos Populacionais**, Campinas, v.15, n.1 jan/jun. 1998.

OLIVEIRA, J. A.. O envelhecimento populacional na estrutura urbana: um estudo sobre Santos. **Cad. CERU**, São Paulo, n. 18, 2007. Disponível em: <[http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&](http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&)>. Acesso em: 20 jun. 2012.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS - ONU. **Assembleia Mundial das Nações Unidas sobre o Envelhecimento.** Viena, Áustria: ONU, 1982.  
ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE - OPAS/OMS. Escritório de Representação no Brasil. **A saúde no Brasil.** Brasília. 1998.

PRESTON, S. H., HEUVELINE, P. and GUILLOT, M. **Demography:** measuring and modeling population processes. Blackwell, Oxford, 2001.  
RIOS-NETO, E. L. G. Questões emergentes na análise demográfica: o caso brasileiro. **Revista Brasileira de Estudos Populacionais.** São Paulo, v. 22, n.2, p. 371-408, jul/dez. 2005.

SACRAMENTA, D. M. O. ; COSTA, B. P. A questão agrária e migrações na Amazônia Brasileira: O caso do assentamento canoas no município de Presidente Figueiredo/AM. **Anais** (Simpósio Nacional de Geografia Agrária. Simpósio Internacional de Geografia Agrária. CD-Rom), 2009.

SHRYOCK, H. S; SIEGEL, J. S. and Associates. **The Methods and Materials of Demography**. Academic Press, INC. San Diego, California, 1976.

SIMÕES, C. C. S. **Perfis de saúde e de mortalidade no Brasil**: uma análise de seus condicionantes em grupos populacionais específicos. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2002.

TURRA, C. M.; QUEIROZ, B. L. Transferências intergeracionais: uma análise internacional. **Revista Brasileira de Estudos Populacionais**, São Paulo, v.22, n.1, p. 192, jan/jun. 2005.

### 3.2. **ARTIGO 2:** Revisão da legislação municipal e caracterização das instituições de longa permanência para idosos

***Maria de Fátima Miranda Barbosa<sup>1</sup>, Maria Helena Constantino Spyrides<sup>2</sup>, Lára de Melo Barbosa Andrade<sup>3</sup>.***

#### **RESUMO**

O fenômeno do envelhecimento populacional despertou na sociedade brasileira a necessidade de alterações na Constituição Federal, visando garantir os direitos da pessoa idosa, o que desencadeou o processo de normatização da rede de assistência ao idoso, exigindo dos Estados e Municípios adequações à legislação federal, visando à melhoria da assistência ao idoso. Desta forma, este estudo, objetivou resgatar a legislação municipal pertinente à institucionalização do idoso a partir da Constituição Federal de 1988, assim como caracterizou as Instituições de Longa Permanência de Idosos (ILPI) que participaram do projeto de pesquisa: “Instituições de Longa Permanência para Idosos: Abandono ou uma necessidade familiar”, quanto à estrutura física, recursos humanos, serviços oferecidos e financiamentos. Para a caracterização, realizou-se um estudo observacional nas 11 ILPI certificadas pelo Conselho Municipal do Idoso, em Natal, em 2012. Neste estudo, utilizaram-se as metodologias: revisão da legislação municipal por meio dos Diários Oficiais do Município e do Estado, documentos publicados no site do Ministério Público do Rio Grande do Norte e análise estatística dos dados. Os resultados evidenciaram que o município de Natal vem se adequando às normas federais, melhorando a assistência aos idosos institucionalizados, embora ainda não tenha disponibilizado nenhuma ILPI de natureza pública aos seus munícipes. Especialmente, a Região Administrativa Sul contemplava 72,7% das instituições, a Leste (18,2%), a Região Oeste (9,1%). A maioria das instituições era particular

---

<sup>1</sup>Mestranda em Demografia no PPGDEM/UFRN, Bacharel em Estatística/UFRN. [mfbarbosa@gmail.com](mailto:mfbarbosa@gmail.com).

<sup>2</sup>Professora Adjunta do Departamento de Estatística/UFRN. Pesquisadora do Grupo de Estudos Demográficos (GED). [syrides@ccet.ufrn.br](mailto:syrides@ccet.ufrn.br).

<sup>3</sup>Coordenadora do Curso de Pós-Graduação em Demografia; Professora Adjunta do Departamento de Estatística/UFRN; Pesquisadora do Grupo de Estudos Demográficos (GED). [lara@ccet.ufrn.br](mailto:lara@ccet.ufrn.br).

(54,5%), acolhendo 37,2% dos residentes. O tempo de funcionamento das instituições oscilou entre 2 e 68 anos. No geral, as instituições ofereciam lazer, serviço religioso, assistência médica, oficinas lúdicas e artesanato. Nas filantrópicas, as receitas eram compostas pelas aposentadorias dos idosos (30 a 70%), convênios (federal, estadual ou municipal), reversões judiciais, doações e outros tipos de contribuições. Os valores dos convênios eram insuficientes e irregulares, contemplando 40,0% destas instituições.

**Palavras-chave:** rede de assistência ao idoso; leis; natureza.

## ABSTRACT

The populational aging phenomenon in Brazilian society sparked the need for changes in the Federal Constitution, in order to guarantee the rights of the elderly, which triggered the process of standardization of the geriatric assistance network, requiring states and municipalities adjustment to federal legislation, aiming to improve the care for the elderly. Thus, this study aimed to rescue the abiding municipal legislation regarding the institutionalization of the elderly that emerged from the 1988 Federal Constitution, as well as characterized the long-term facilities for the elderly (ILPI) which participated in the research Project: "Long-term facilities for the elderly: Abandonment or Family need", as the physical infrastructure, human resources, services offered and funding. For the characterization, it was used an observational study in 11 ILPI certified by the Municipal Council of the Elderly in Natal, in 2012. In this study, it were used the methodologies: review of municipal legislation through the Official Gazettes of the city and the state, published documents on the website of the Public Ministry of Rio Grande do Norte and statistical analysis. The results showed that the city of Natal has been adapting to federal standards, improving care for institutionalized elderly, but has not yet provided any ILPI of public nature to its residents. Spatially, the South Administrative Region represented 72.7% of the institutions, the East (18.2%), Western Region (9.1%). Most institutions were private (54.5%), receiving 37.2% of the residents. The running time of the institutions ranged between 2 and 68 years. Overall, the institutions offer leisure, religious service, medical care, recreational and craft workshops. In philanthropic institutions, its revenues were composed by the retirements of the elderly (30-70%), partnerships (federal, state or municipal) court reversals, donations and other contributions. The values of the agreements were insufficient and irregular, covering 40.0% of these institutions.

**Keywords:** Geriatric assistance network; Laws; Nature.

### 3.2.1 INTRODUÇÃO

O processo de envelhecimento da população brasileira, como consequência das transformações demográficas iniciadas na década de 60, embora seja considerado um triunfo da humanidade, gera demandas relacionadas aos cuidados aos idosos, a serem enfrentadas pela família, Estado e sociedade (KALACHE; VERAS; RAMOS, 1987).

A carência de alternativas para as famílias permanecerem com seus longevos em casa; a existência de idosos sem referência familiar; a perda da capacidade funcional e cognitiva e as alterações nas relações familiares são fatores que se associam ao processo de envelhecimento, predispondo o encaminhamento de idosos à institucionalização (CAMARANO; KANSO, 2010).

No Brasil, a atenção à velhice teve início no período colonial, mais precisamente em 1794, com a criação da Casa dos Inválidos, no Rio de Janeiro, mantida pelo Conde de Resende (V Vice-Rei) destinada aos soldados velhos, em agradecimento pelos serviços prestados à Nação (ALCÂNTARA, 2003). Em 1890, no Rio de Janeiro foi fundada a primeira instituição, o Asilo São Luiz para a Velhice Desamparada. Ao longo das décadas, centenas de instituições foram criadas, em todo território brasileiro.

Em Natal, capital do Rio Grande do Norte, as instituições de longa permanência para idosos surgiram também da iniciativa das organizações religiosas (católica, evangélica e espírita), caracterizando-se como instituições filantrópicas sem fins lucrativos. Destaque para o Instituto Juvino Barreto, instituição pioneira, fundada oficialmente em 1944, pelas Filhas da Caridade, com o objetivo de atender à mendicância, em consequência de um longo período de seca.

A partir da década de 60, com o início da Organização de Geriatria e Gerontologia surgiram as clínicas geriátricas e casas de repouso, não filantrópicas. A partir dessa década, a institucionalização deixou de ser uma prática apenas filantrópica, considerando o crescimento dessa população dependente de cuidados especiais, somadas à escassez de alternativas das famílias no cuidado de seus idosos no seio familiar, impulsionando a institucionalização dos idosos com referência familiar (BORN, 1996; 2000 apud ALCÂNTARA, 2003). Em Natal, as

primeiras instituições como empresas privadas com fins lucrativos surgiram a partir do ano 2000.

Esse novo cenário gerou muitas discussões, uma vez que o perfil do idoso institucionalizado exigia mudanças. O marco legal dessas mudanças foi a Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1998). A partir dessa Constituição, criou-se um conjunto de leis específicas, como por exemplo: a Política Nacional do Idoso (BRASIL, 1994) e o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003). Torres e Sá (2008) afirmam que esse conjunto de leis possibilita o reconhecimento do lugar social do idoso, assim como identifica o significado da sua condição de cidadania. Partindo desse conjunto de leis, iniciou-se o processo de mudanças em todas as modalidades de assistência ao idoso, visando atender as normas vigentes, pertinentes à pessoa idosa. Esse processo iniciou-se com a publicação da Portaria do Ministério da Saúde PT/MS nº 810/89 (BRASIL, 1989), aprovando as normas e os padrões para o funcionamento de casas de repouso, clínicas geriátricas e outras instituições destinadas ao atendimento de idosos, a serem observados em todo o território nacional.

De forma complementar, a Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 283/05 (BRASIL, 2005) aprovou o Regulamento Técnico, definindo normas de funcionamento para as Instituições de Longa Permanência para Idosos, de caráter residencial. Essa resolução define:

“Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) - instituições governamentais ou não governamentais, de caráter residencial, destinada a domicílio coletivo de pessoas com idades igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar, em condição de liberdade e dignidade e cidadania.”

Há registros que até pouco tempo, o Brasil não conhecia o retrato de suas ILPI. Camarano (2008) apresenta um diagnóstico das ILPI, da Região Nordeste, considerando a capacidade física e de pessoal, recursos financeiros e humanos, os serviços oferecidos, aspectos demográficos e o grau de autonomia dos residentes das instituições.

Neste estudo, identificaram-se 29 instituições de Longa Permanência para Idosos, situadas em 16 (9,0%) dos 167 municípios do Rio Grande do Norte. Destaca-se que o município de Natal, capital do Estado, concentrava 14 (48,3%) dessas instituições. As demais, encontravam-se distribuídas na região metropolitana e no

seu entorno, havendo uma maior concentração no sul do Estado (10 instituições), na divisa com a Paraíba.

Diante do exposto, este estudo tem como objetivo revisar de forma sistemática a legislação vigente, no âmbito estadual e municipal, pertinentes aos idosos institucionalizados, assim como caracterizar as ILPI, que participaram do projeto de pesquisa intitulado: “Instituições de Longa Permanência para Idosos: Abandono ou uma necessidade familiar”, quanto à estrutura física, recursos humanos, serviços oferecidos, financiamento.

### **3.2.2 MATERIAL E MÉTODOS**

Para resgatar o arcabouço jurídico no âmbito do estado do Rio Grande do Norte e do município de Natal, examinaram-se as leis, decretos, resoluções e demais normas publicadas no Diário Oficial do Município e do Estado. Analisaram-se os documentos oficiais de modo a verificar os avanços na assistência aos idosos institucionalizados, no âmbito do município de Natal, e como critério de busca, optou-se por documentos oficiais publicados a partir da implantação da Política Nacional do Idoso - Lei 8.842, de 4 de janeiro de 1994 (BRASIL, 1994), o Estatuto do Idoso - Lei 10.741, de 1º de outubro de 2003 (BRASIL, 2003), RDC/ANVISA nº 283, de 26 de setembro de 2005 (BRASIL, 2005) e demais normas federais vigentes. Esta busca aconteceu durante o mês de janeiro de 2013, utilizando-se como descritores: idoso e instituição de longa permanência para idosos.

Acrescentou-se a esta revisão um estudo observacional, visando caracterizar as ILPI, na cidade de Natal-RN, durante o ano de 2012. Inicialmente, realizou-se um levantamento, junto à Secretaria Municipal de Saúde de Natal e o Conselho Municipal do Idoso – CMI, com o intuito de identificar as instituições de longa permanência para idosos, resultando em 14 instituições.

Neste estudo, optou-se por trabalhar com as instituições certificadas pelo CMI de Natal, em 2012, o que restringiu a população a 85,7% das instituições existentes, no município. Após a anuência dos gestores das instituições em participar da pesquisa, obtiveram-se informações, totalizando 91,7% das ILPI certificadas pelo Conselho, correspondendo a 11 instituições.

A pesquisa baseou-se num censo realizado nas instituições, de acordo com o questionário estruturado (APÊNDICE B), visando à caracterização das ILPI, considerando as variáveis para cada um dos segmentos: instituição (natureza jurídica, estrutura física, número de leitos existentes e disponíveis, recursos humanos, serviços oferecidos e fontes de financiamento); idosos (sexo, faixa etária, principal motivo da institucionalização).

Este estudo é parte integrante da pesquisa “INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSO: ABANDONO OU UMA NECESSIDADE FAMILIAR”, tendo como pesquisadora a Professora Doutora Lára de Melo Barbosa Andrade. Este projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/UFRN), obtendo um parecer favorável à sua realização (ANEXO A). A captação dos dados ocorreu durante a 2ª quinzena do mês de outubro de 2012, conforme Consentimento Livre e Esclarecido dos gestores, de acordo com a Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Para análise dos dados, utilizou-se a estatística descritiva à luz das informações colhidas, observando os objetivos propostos. Para análise e organização dos dados, utilizaram-se o Excel 2007 e o programa computacional Minitab 16 (MINITAB 16, 2012).

### **3.2.3 HISTÓRICO SOBRE AS LEGISLAÇÕES**

Verificando a Legislação atinente ao tema, pode-se relacionar a especificidade da mesma no âmbito do Município de Natal/RN, e de que forma os gestores públicos têm atuado para obter sua efetividade.

A Lei Municipal nº 5.129, de 2 de setembro de 1999 (NATAL, 1999), observa que o Município de Natal/RN tratou de regulamentar a sua Política do Idoso, criando seu Conselho Municipal do Idoso, conforme determinado na Lei Federal nº 8.842, de 04 de Janeiro de 1994.

O Decreto Municipal nº 7.470, de 27 de julho de 2004 (NATAL, 2004) regulamentou o Fundo Municipal de Apoio à Política do Idoso, na intenção de custear

e subsidiar programas de trabalho que visem à promoção, à inserção e ao desenvolvimento do idoso, nos termos da Política Municipal do Idoso.

Os Decretos Municipais 8.204, de 13 de julho de 2007 (NATAL, 2007) e 8.553, de 2 de outubro de 2008 (NATAL, 2008) regulamentaram as Instituições de Longa Permanência para Idosos no Município de Natal, através de Norma Técnica Especial, em obediência ao artigo nº 234 da Lei nº 5.132, de 29 de setembro de 1999.

Destaca-se a contribuição do Ministério Público, atuando nos casos de descumprimento ao ordenamento jurídico. Neste estudo, observaram-se:

- Recomendação nº 001, de 30 de abril de 2004 (RIO GRANDE DO NORTE, 2004) – [...] que a expedição do alvará de autorização sanitária seja concedida apenas para as instituições asilares que estavam regularmente constituídas e que ofereçam instalações físicas em condições adequadas de habitabilidade, higiene, salubridade e segurança, conforme preceitua o artigo 48, parágrafo único, do Estatuto do Idoso.
- Recomendação nº 001/2007, de 26 de dezembro de 2007 (RIO GRANDE DO NORTE, 2007) – A criação de um núcleo permanente de acompanhamento das atividades das ILPI, bem como sejam empreendidos estudos no sentido de se adotar um documento criando e disciplinando a política municipal para abrigos no Município de Natal [...];
- TERMO DE AJUSTAMENTO DE CONDUTA, de 10 de junho de 2009 (RIO GRANDE DO NORTE, 2009) - Fixa diretrizes e metas a serem cumpridas pelos abrigos, pela elaboração do plano de trabalho das ILPI, pelo monitoramento de vagas, pelo cadastramento eletrônico de idosos abrigados, pelo cadastramento dos convênios com as ILPI, pela fiscalização das verbas ofertadas pelo Município e pela execução dos planos de trabalho, pela elaboração de projeto de capacitação e planejamento na área gerencial para os gestores das entidades asilares e seus funcionários e outros que se fizerem necessários.

### **3.2.4 INSTITUIÇÕES EM NATAL-RN**

Em 2012, Natal, capital do Rio Grande do Norte, contava com 14 instituições de natureza jurídica privada com e sem fins lucrativos. No entanto, os resultados apresentados restringem-se a 11 ILPI, contemplando assim as instituições que tinham certificado de inscrição emitido pelo Conselho Municipal do Idoso.

No tocante à distribuição espacial das instituições, 08 (72,7%) concentravam-se na Região Administrativa Sul, 02 (18,2%) na Região Leste e 01 (9,1%) na Região Oeste. É importante enfatizar que embora haja instituição na Região Administrativa “Norte”, esta não demonstrou interesse em participar da pesquisa. Verificou-se que a maioria (06 instituições) era de natureza jurídica privada com fins lucrativos. Destaca-se que a Região Administrativa Sul contemplava 100,0% das ILPI particulares e 40,0%, das filantrópicas. As instituições filantrópicas, mesmo não representando a maioria, acolhiam 246 (62,8%) dos idosos institucionalizados.

O tempo de funcionamento das instituições oscilou entre 2 e 68 anos, no entanto, ao analisar as instituições segundo a natureza jurídica da instituição, constatou-se que entre as filantrópicas, o tempo médio de funcionamento é de aproximadamente 33 anos, enquanto que entre as particulares, essa média cai para 5,7 anos.

Para a assistência aos idosos as instituições contavam com equipes multiprofissionais, compostas por 304 profissionais distribuídos nas especialidades: cuidador (39,5%), técnico de enfermagem (34,5%), enfermeiro (4,3%), assistente social (3,9%), nutricionista (3,6%), fisioterapeuta (3,6%), terapeuta ocupacional (3,3%), clínico geral (3,0%), geriatra (1,3%), psiquiatra (1,0%), farmacêutico (0,7%), psicólogo (0,7%), endocrinologista (0,3%) e arte educador (0,3%). Apenas as instituições particulares disponibilizavam o profissional geriatra.

Entre os critérios para contratação dos cuidadores, os gestores classificaram como mais importante o seguinte aspecto: o candidato ter experiência como cuidador de idosos (45,5%), com maior concentração nas instituições particulares (80,0%). Em seguida, outros dois critérios foram citados: o perfil do candidato e o fato de ser capacitado como cuidador ou apresentar formação na área da saúde, ambos com 27,3%. Neste caso, destacaram-se as filantrópicas com 66,7%, para esses dois aspectos.

No geral, as instituições disponibilizavam os seguintes serviços: alimentação, limpeza, moradia e lavanderia. Ofereciam também lazer, serviço religioso, assistência médica, oficinas lúdicas e artesanato. Destaca-se que 18,2% das instituições disponibilizavam “alfabetização”, ação observada em 40,0% das instituições filantrópicas.

No tocante às fontes de financiamento, observou-se que as instituições particulares mencionaram a mensalidade (em média 4,5 salários mínimos) como fonte exclusiva de financiamento. Nas filantrópicas as receitas eram compostas pelas aposentadorias dos idosos (30 a 70%), convênios públicos (federal, estadual ou municipal), reversões judiciais, doações e outros tipos de contribuições (parcerias com associações comerciais, contribuições da Igreja Evangélica Assembleia de Deus e da campanha de incentivo à emissão de documentos fiscais, denominada “Cidadão Nota 10”, integrante do Programa de Educação Fiscal do Estado do Rio Grande do Norte, instituída pela Lei nº 8.486, de 26 de fevereiro de 2004 (RIO GRANDE DO NORTE, 2004)). Ressalta-se que os repasses provenientes de convênios com entes públicos não eram disponíveis a todas as instituições filantrópicas, ou seja, 40,0% das ILPI recebiam essa contribuição.

Segundo os gestores, a falta de tempo ou dificuldade para assistir o idoso, representou 64,7% dos motivos da institucionalização dos idosos. Destes, 54,5% verificaram-se nas ILPI de natureza particular. Seguido pela ausência de laços familiares ou solidão (23,5%), com maior participação entre as instituições filantrópicas, e em 3º lugar, com 11,8% a violência contra os idosos, totalmente declaradas pelas filantrópicas. Esses também eram os motivos observados entre os idosos institucionalizados com idades inferiores a 60 anos.

## **DISCUSSÃO**

Para dar início às discussões sobre as ILPI, no município de Natal é importante ressaltar a valiosa contribuição do Conselho Municipal do Idoso de Natal. Neste sentido, resalta-se que o município de Natal baseado na Lei Nº 5.129/99 criou o Conselho Municipal do Idoso (CMI) órgão permanente, paritário, deliberativo e consultivo, com o objetivo específico de coordenar a implantação da Política Municipal do Idoso em Natal, capital do Estado do Rio Grande do Norte.

Uma vez criado, o CMI (TARGINO, 2012) elaborou um instrumento de fiscalização que vem sendo aprimorado ao longo dos anos. Esse Instrumento foi baseado na Resolução Nº 001/2005 que trata do cadastramento no Conselho de todas as instituições governamentais ou não-governamentais que atuem sob a modalidade asilar (de longa permanência) e não-asilar, tais como: centro de convivência, centro de cuidados diurnos, casa-lar e oficina abrigada de trabalho, bem como, todas as entidades não-governamentais que recebam, a qualquer título, verbas públicas destinadas à assistência à pessoa idosa.

Segundo Targino (2012), a partir desse instrumento iniciou-se o processo de fiscalização nas Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI). Ao iniciar as fiscalizações percebeu-se que as instituições não possuíam acessibilidade, não tinham prontuário individual, não tinham luz de vigia, o piso não era antiderrapante, no geral, só ofereciam três refeições: café, almoço e jantar, ou seja, funcionavam ao seu “bel-prazer”.

Inicialmente, as Instituições ofereceram uma resistência muito grande, chegando até pensar em criar uma associação para fazer frente ao Conselho. No entanto, o conselho reconhece que chegou duro, mas com o passar do tempo foi se tornado mais flexível, esclarecendo que a postura do Conselho não era de punir, mas sim de orientar. Contudo, aquelas que oferecessem resistência, não seguindo as orientações do Conselho, seriam punidas e encaminhadas ao Ministério Público. O Conselho, atualmente, mantém uma boa relação com todas as Instituições (TARGINO, 2012).

A partir das visitas às instituições, o CMI passou a estabelecer prazos para que os abrigos se ajustassem às normas vigentes. Nesse momento, o Ministério Público – MP baixou uma Normativa na qual as Instituições só podiam conveniar com o poder público caso apresentassem o Alvará do Conselho. Segundo Targino (2012), essa foi a forma encontrada para fortalecer o Conselho. O Ministério Público subsidiado pelo CMI firmou um Termo de Ajustamento de Conduta (TAC) com os órgãos competentes: Corpo de Bombeiros, Delegacia Regional do Trabalho (DRT), Conselho Regional de Enfermagem (COREN), Coordenadoria de Vigilância à Saúde (COVISA), Conselho Regional de Serviço Social (CREAS), objetivando realizar visitas conjuntas, viabilizando assim a expedição do Alvará do CMI. Essa ação

conjunta contribuiu para a melhoria da assistência prestada aos idosos institucionalizados.

Quando o Ministério Público firmou o TAC, de 10 de junho de 2009, com os órgãos, as ILPI passaram a procurar o CMI. Nesse momento, havia 06 instituições privadas sem fins lucrativos (Filantrópicas) que dependiam do Alvará do CMI para renovar o convênio com o poder público e 06 instituições privadas com fins lucrativos (Particulares) que não dependiam, portanto não se sentiam obrigados a se enquadrarem nas normas do Conselho. Mais uma vez, o Ministério Público foi solicitado no sentido de fazer com que todos os abrigos, independente da natureza, se enquadrassem nos critérios do Conselho. Caso as recomendações não fossem cumpridas, o Conselho encaminhava o problema ao MP, podendo a instituição ser interditada ou fechada (TARGINO, 2012).

A princípio, o Conselho percebeu que as instituições precisavam de prazos para se adequar às normas. Com o intuito de viabilizar o processo, o Conselho passou a atribuir prazos, ou seja: pequenas adequações – 30 dias; adequações médias – 90 dias e no caso de construção – 180 dias (TARGINO, 2012), fornecendo Alvarás provisórios, com ressalvas, no sentido de não prejudicá-los.

Outra contribuição do Conselho diz respeito ao financiamento das ILPI. Segundo a Presidente do Conselho, em 2009, no início da administração municipal passada, o CMI realizou um estudo, visando saber o custo médio mensal com cada pessoa idosa abrigada, considerando desde os gastos com água, luz, telefone, alimentação até o desgaste dos móveis e equipamentos, com o objetivo de saber, por exemplo: quando uma lâmpada queima existe um fundo de previsão? O levantamento foi composto por aproximadamente 400 itens, obtendo uma estimativa de aproximadamente 3,9 salários mínimos/idoso abrigado/mês. Valor este, que de acordo com as propostas do estudo, deveria ser composto pelos repasses de recursos das três esferas do Governo: Federal (10,0%), Estadual (20,0%) e Municipal (30,0%), cabendo aos 40% restantes aos recursos dos idosos (até 70% da aposentadoria) e a própria manutenção dos abrigos (TARGINO, 2012).

Esse estudo foi apresentado em Brasília, na 2ª Conferência Nacional do Idoso, 2009, gerando uma divergência entre o Conselho Nacional do Idoso - CNI e a Secretaria Nacional dos Direitos Humanos, devido ao embate jurídico entre duas Leis Federais, a saber:

- A lei Orgânica da Assistência Social (BRASIL, 1993) diz que o serviço é universal e gratuito, portanto não pode ser cobrado (Lei mais antiga);
- O Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003) diz que se pode cobrar do idoso até 70% de seus rendimentos (Lei mais recente).

Com o intuito de esclarecer o estudo supracitado, o CMI do Natal apresentou nessa Conferência dois estudos: um considerando a LOAS e outro o Estatuto do Idoso, concluindo que existe um déficit financeiro dentro da política do envelhecimento que deve ser reparado urgentemente (TARGINO, 2102).

Em Natal, as instituições passam por um processo de adequação às normas em relação ao que estabelece a Política Nacional do Idoso (Lei 8.842, de 4 de janeiro de 1994), o Estatuto do Idoso (Lei 10.741, de 1º de outubro de 2003) e demais normas voltadas aos direitos da pessoa idosa. No geral, as instituições que sofreram maiores alterações foram as filantrópicas, coincidindo com a informação de serem as mais “antigas”, criadas antes da implantação da legislação que normatizou as ILPI.

Com relação à localização das ILPI, os resultados mostram uma proporção de instituições filantrópicas nos bairros com maior concentração de pessoas de baixa renda, idosos mais vulneráveis ao abandono e à violência. No geral, estas unidades foram criadas por organizações religiosas (católica, evangélica ou espírita), voltadas a assistir os idosos de baixa renda, sem referência familiar, ou em situações de vulnerabilidades sociais muito graves, corroborando com Goldim (2002 apud FREITAS, 2011) ao afirmar que esse grupo populacional é mais suscetível à institucionalização.

No caso das instituições particulares, o tempo de funcionamento verificado mostra que 100% surgiram após o ano 2000. São instituições com estruturas compatíveis com as necessidades dos idosos, mesmo assim precisaram de adequações perante a legislação vigente. Ressalta-se que estas ILPI encontram-se em bairros com populações mais abastadas, permitindo assim a prática do comércio, ou seja, a “prestação de serviços privados”.

O aumento destas instituições coincide com o processo de envelhecimento populacional do município. Estes resultados corroboram com Camarano (2004) ao

referir que as transformações socioeconômicas e demográficas, apontam para uma nova maneira das famílias cuidarem dos seus longevos.

Os principais motivos das institucionalizações observados neste estudo reafirmam a análise feita por Christophe (2009), ou seja, entre os idosos residentes nas ILPI particulares, o poder aquisitivo dos idosos e/ou familiares é indiscutivelmente diferenciado daqueles das filantrópicas, justificando a procura por serviços privados, visando o bem-estar dos seus idosos, uma vez que não dispõem de tempo e muitas vezes de pessoal qualificado (cuidador) para assisti-los no seio familiar, situação “ideal”. Em contrapartida, os menos abastados, expostos a violência e/ou maus tratos, felizmente são acolhidos pelas instituições filantrópicas, trazidos por familiares, vizinhos, amigos, pelo Ministério Público ou pelo “SOS para atender idosos” (Serviço oferecido pela Secretaria Municipal de Trabalho e Assistência Social – SEMTAS onde a população pode fazer denúncias de negligência, maus tratos, abandono, violação de direitos, manifestação de desrespeitos e preconceitos, e também obter informações, esclarecimentos e orientações, sobre assuntos relacionados à condição do idoso), em resposta às denúncias.

Quanto ao financiamento das instituições, observou-se que as fontes dos recursos são escassas. Restringindo ao caso das instituições filantrópicas, é possível afirmar que 60,0% destas são contempladas com convênio firmado com o Governo do Estado, 100,0% possuem convênios com o Governo Municipal e Federal. Ressalta-se que esses recursos são irrisórios, ou seja, nenhum dos convênios atinge os valores per capita propostos pelo CMI. Os repasses, por vezes não ocorrem de forma sistemática, ou seja, não seguem um cronograma mensal, interferindo na administração da instituição.

Outra fonte de receita importante para as ILPI são os recursos repassados por meio da campanha “Cidadão Nota 10”. Segundo afirmou um dos gestores das instituições filantrópicas, os recursos obtidos dessa fonte foram de grande relevância, no período da construção da sua sede atual. No entanto, refere que embora envie mensalmente as informações para o órgão competente, o retorno financeiro, não ocorre sistematicamente, interferindo negativamente, na prestação dos serviços ofertados aos idosos.

Para a efetiva adequação da legislação federal pertinente ao idoso, no município de Natal, torna-se necessário que os gestores públicos desenvolvam políticas públicas que contemplem a qualificação dos profissionais, um financiamento mais justo para as instituições filantrópicas, assim como a fiscalização das ações desenvolvidas pelas ILPI pelo órgão público competente, elevando a qualidade da assistência prestada aos idosos. Os autores Piexaket *al.* (2012) afirmam que “...os profissionais de saúde que trabalham com idosos deverão perceber a necessidade de qualificação, para que oportunizem um cuidado específico e adequado.

## REFERÊNCIAS

ALCÂNTARA, A. O. **Velhos institucionalizados: entre abafos e desabafos**. 2003. 171 f. Dissertação (Mestrado em Educação) - Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Estadual de Campinas/UNICAMP, São Paulo. 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. **Portaria 810, de 27 de setembro de 1989**. Dispõe sobre o funcionamento de casas destinadas ao atendimento de idosos. Brasília. 1989.

\_\_\_\_\_. **Lei Orgânica da Assistência Social, Lei nº 8.742, de 07 de dezembro de 1993**. Disponível em: < [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8742.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8742.htm)>. Acesso em: 05 jan. 2013.

\_\_\_\_\_. **Lei 8.842, de 04 de janeiro de 1994**. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Disponível em: < <http://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/bibliotecavirtual/dh/volume%20i/idoso/lei%208842.htm>>. Acesso em: 10 jun. 2012.

\_\_\_\_\_. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, Senado, 1998.

\_\_\_\_\_. **Lei 10.741, de 01 de outubro de 2003**. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Disponível em: < [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/l10.741.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm)>. Acesso em: 10 de jun. 2012.

\_\_\_\_\_. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. **Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 283, de 26 de setembro de 2005**. Aprova o Regulamento Técnico que define normas de funcionamento para as Instituições de Longa Permanência para Idosos. Diário Oficial da União [do Brasil]; Poder Executivo, Seção 1, p. 58-60, 27 set. 2005.

CAMARANO, A. A. (Org.). **Os Novos Idosos Brasileiros: muito além dos 60?** Rio de Janeiro: IPEA, 2004.

\_\_\_\_\_. **Características das instituições de longa permanência para idosos: Região Nordeste**. Brasília: IPEA; Presidência da República, 2008.

CAMARANO, A. A.; KANSO, S. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. **Revista bras. Est. Pop.**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 233-235, jan./jun. 2010.

CHRISTOPHE, M. **Instituições de longa permanência para idosos no Brasil: uma opção de cuidados de longa duração?**. 2009. Dissertação (Mestrado em Estudos Populacionais e Pesquisas Sociais)– ENCE, Rio de Janeiro. 2009.

FREITAS, E. V.; P. Y, L. (Ed.). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 3.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. Disponível em: <<http://www.grupogen.com.br/ch/prod/10514/5023/3438/e-book---tratado-de-geriatria-e-gerontologia.aspx>>. Acesso em: 03 jun. 2013.

KALACHE, A; VERAS, R. P.; RAMOS, L. R. O envelhecimento da população mundial: um desafio novo. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 200-10, 1987.

MINITAB Inc. (2007). Minitab Statistical Software, Release 16 for Windows, State College, Pennsylvania. Minitab® is a registered trademark of Minitab Inc.:<[www.minitab.com](http://www.minitab.com)>. Acesso em: dez. 2012.

NATAL. **Lei nº 5.129, de 02 de setembro de 1999**. Dispõe sobre a Política Municipal do Idoso, cria o Conselho Municipal do Idoso e dá outras providências. Disponível em: < [http://www.natal.rn.gov.br/\\_anexos/publicacao/dom/dom\\_20130119\\_extra.pdf](http://www.natal.rn.gov.br/_anexos/publicacao/dom/dom_20130119_extra.pdf)>. Acesso em: 10 jan. 2013.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 5.132, de 29 de setembro de 1999**. Código Sanitário do Município de Natal. Natal.

NATAL. **Decreto nº. 7.470, de 27 de julho de 2004**. Regulamenta o Fundo Municipal de Apoio a Política do Idoso, e dá outras providências. Diário Oficial do Município [do Natal]. Natal, RN, Ano 4, n. 544, 28 jul. 2004.

\_\_\_\_\_. **Decreto nº. 8.204, de 13 de julho de 2007**. Aprova Norma Técnica Especial que regulamenta o funcionamento de instituições de longa permanência destinadas a idosos no Município do Natal. Diário Oficial do Município [do Natal]. Natal, RN, Ano 7, n. 1182, 17 jul. 2007.

\_\_\_\_\_. **Decreto nº. 8.553, de 2 de outubro de 2008**. Aprova Norma Técnica Especial que regulamenta o funcionamento de instituições de longa permanência destinadas a idosos no Município do Natal. Diário Oficial do Município [do Natal]. Natal, RN, Ano 8, n. 1442, 08 out. 2008.

RIO GRANDE DO NORTE. Ministério Público do Rio Grande do Norte. **Recomendação nº 001, de 30 de abril de 2004**. Disponível em: <[http://www.mp.go.gov.br/portalweb/hp/24/docs/recomendacao\\_abrigos\\_fora\\_da\\_conformidade\\_vig\\_sanitaria\\_de\\_natal\\_-\\_natal\\_-\\_rn.pdf](http://www.mp.go.gov.br/portalweb/hp/24/docs/recomendacao_abrigos_fora_da_conformidade_vig_sanitaria_de_natal_-_natal_-_rn.pdf)>. Acesso em: 09 jan. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério Público do Rio Grande do Norte. **Recomendação nº 001, de 26 de dezembro de 2007**. Disponível em: <[http://www.mp.go.gov.br/portalweb/hp/24/docs/recomendacao\\_politica\\_de\\_abrigos\\_no\\_mun\\_de\\_natal\\_-\\_natal\\_-\\_rn.pdf](http://www.mp.go.gov.br/portalweb/hp/24/docs/recomendacao_politica_de_abrigos_no_mun_de_natal_-_natal_-_rn.pdf)>. Acesso em: 05 ago. 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério Público do Rio Grande do Norte. **Termo de Ajustamento de Conduta - TAC, de 10 de junho de 2009**. Disponível em: <[http://www.ampid.org.br/ampid/Modelos/TAC\\_05.pdf](http://www.ampid.org.br/ampid/Modelos/TAC_05.pdf)>. Acesso em: 05 jan. 2013.

RIO GRANDE DO NORTE. **Lei Nº 8.486, de 26 de fevereiro de 2004**. Institui a campanha de incentivo à emissão de documentos fiscais denominada “Cidadão Nota 10”, integrante do Programa de Educação Fiscal do Estado do Rio Grande do Norte, e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.set.rn.gov.br/contentProducao/aplicacao/set\\_v2/legislacao/enviados/normas\\_recentes\\_detalhe.asp?sTipoNoticia=&nCodigoNoticia=1512](http://www.set.rn.gov.br/contentProducao/aplicacao/set_v2/legislacao/enviados/normas_recentes_detalhe.asp?sTipoNoticia=&nCodigoNoticia=1512)>. Acesso em: 09 jan. 2013.

TARGINO; T. I. C. **Atuação do Conselho Municipal do Idoso**. Entrevistador: BARBOSA, M. F. M. Natal, 2012.

PIEXAK, D. R.; FREITAS, P. H.; BACKES, D. S.; MORESCHI, C.; FERREIRA, C. L.L.; SOUZA, M. H. T. Percepção de profissionais de saúde em relação ao cuidado a pessoas idosas institucionalizadas. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v.15, n. 2, p. 201-208, 2012.

### 3.3. **ARTIGO 3:** Aspectos sociodemográficos e a qualidade de vida dos idosos institucionalizados, em Natal-RN

***Maria de Fátima Miranda Barbosa<sup>4</sup>, Maria Helena Constantino Spyrides<sup>5</sup>, Lára de Melo Barbosa Andrade<sup>6</sup>.***

#### **RESUMO**

O crescente aumento da participação dos idosos, na população brasileira, requer que o Estado e as empresas privadas compartilhem com as famílias a responsabilidade no cuidado ao idoso. Desta forma, as instituições de longa permanência constituem-se como uma das alternativas. Diante desta realidade, objetivou-se analisar os aspectos sociodemográficos e a qualidade de vida dos idosos institucionalizados. Realizou-se um estudo observacional com 67 idosos, residentes em 11 ILPI, certificadas pelo Conselho Municipal do Idoso, Natal-RN, 2012. Utilizou-se o Questionário BOAS-ADAPTADO e se realizaram análises descritivas, testes de associações e análise de regressão logística. Os resultados apontaram que 62,7% dos idosos pesquisados eram do sexo feminino, variando entre 60 e 94 anos. A faixa etária de “80 anos e mais” apresentou maior concentração (52,2%). Os arranjos familiares dos idosos revelaram que 23,9% dos idosos moravam sozinhos, 50,7% residiam com o cônjuge, filho ou filha, outros parentes, amigos ou empregados. Dos idosos entrevistados, 40,3% referiram à saúde e a ausência de arranjo familiar como os motivos mais relevantes de suas institucionalizações. Embora, a maioria dos idosos declarasse satisfação com a vida, a depressão está associada com: a insatisfação com a vida (valor-p=0,028), percepção de saúde (valor-p=0,019) e deficiência cognitiva (valor-p=0,032). Neste sentido, os resultados deste estudo mostraram que a qualidade de vida dos idosos institucionalizados, em Natal, apresenta um déficit importante, que demanda ações que mitiguem os problemas decorrentes desta idade.

**Palavras-chave:** depressão; qualidade de vida; insatisfação.

---

<sup>44</sup>Mestranda em Demografia no PPGDEM/UFRN, Bacharel em Estatística/UFRN. [mfbarbosa@gmail.com](mailto:mfbarbosa@gmail.com).

<sup>5</sup>Professora Adjunta do Departamento de Estatística/UFRN. Pesquisadora do Grupo de Estudos Demográficos (GED). [syrides@ccet.ufrn.br](mailto:syrides@ccet.ufrn.br).

<sup>6</sup>Coordenadora do Curso de Pós-Graduação em Demografia; Professora Adjunta do Departamento de Estatística/UFRN; Pesquisadora do Grupo de Estudos Demográficos (GED). [lara@ccet.ufrn.br](mailto:lara@ccet.ufrn.br).

## ABSTRACT

The increasing participation of older people in the population requires that the state and private companies share with families the responsibility to care for the elderly. Thus, the long-term facilities constitute themselves as an alternative. Given this reality, the study was aimed to examine the sociodemographic aspects and life quality of the institutionalized elderly. It was conducted an observational study of 67 elderly residents in 11 ILPI, certified by the City Council of the Elderly, Natal-RN, 2012. We used the questionnaire BOAS-ADAPTED and conducted descriptive analysis, associations and logistic regression analysis. The results showed that 62.7% of the elderly surveyed were female, ranging between 60 and 94 years. The age range of "80 and over" had the highest concentration (52.2%). The family arrangements of elderly people revealed that 23.9% of the elderly lived alone, 50.7% lived with a spouse, son or daughter, other relatives, friends or employees. Among the elderly interviewees, 40.3% reported health and the absence of family arrangement as the most important reasons for their institutionalization. Although most seniors declare satisfaction with life, depression is associated with: dissatisfaction with life ( $p$ -value = 0.028), health perception ( $p$ -value = 0.019) and cognitive impairment ( $p$ -value = 0.032) In this sense, the results of this study showed that the quality of life of institutionalized elderly, in Natal, presents a significant deficit, requiring actions to mitigate the problems arising from this age.

**Keywords:** Depression; Life quality; Dissatisfaction.

### 3.3.1 INTRODUÇÃO

O crescente aumento da participação dos idosos, pessoas com 60 anos ou mais, na população brasileira, embora seja considerado um ganho da humanidade tem gerado preocupações, devido à incerteza das condições de cuidados disponibilizados a esse segmento da população (CAMARANO, 1999).

*O ganho de anos vividos é uma conquista, mas para indivíduos em situação de vulnerabilidade social, pode ser para muitos um fardo, um castigo. As fragilidades da família e do poder público refletem-se na deficiência para se garantir aos idosos mais jovens, independentes ou com dependências leves, sua manutenção no domicílio, e também nas poucas ou precárias opções aos idosos mais velhos e dependentes, principalmente em condições de pobreza (POLLO; ASSIS, 2008).*

Embora, a Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1998) estabeleça como competência da família cuidar dos seus membros dependentes, esses cuidados têm se tornado cada dia mais escassos, devido à redução da fecundidade, às mudanças na nupcialidade e à crescente participação da mulher no mercado de trabalho (HERÉDIA *et al.*, 2004; CAMARANO, 1999). O novo cenário demográfico requer que o Estado e o mercado privado compartilhem com as famílias as responsabilidades no cuidado aos idosos. Neste sentido, as instituições de longa permanência para idosos (ILPI) constituem-se como uma das modalidades alternativas de cuidados aos idosos, sejam elas de naturezas públicas ou privadas (CAMARANO; KANSO, 2010).

De modo geral, no Brasil, até a década de 1980, a maioria das instituições era de natureza filantrópica, fundadas por organizações religiosas, destinadas à caridade, oferecendo alimentação e abrigo. Nessas instituições, as estruturas físicas, os recursos humanos e seus financiamentos não seguiam normas padronizadas. Os idosos institucionalizados eram pobres, doentes ou pessoas sem referência familiar (BORN; BOECHAT, 2006).

Com o fenômeno do envelhecimento populacional, essas características foram alteradas, visando a atender os idosos com condições socioeconômicas diferenciadas, porém sem dispor do apoio dos familiares nas atividades diárias, o que contribuiu para o surgimento das empresas privadas destinadas à assistência aos idosos. A partir desse momento, as instituições passaram por grandes mudanças, adequando-se às normas de funcionamentos e de fiscalizações,

estabelecidas por leis federais, estaduais e municipais, visando a contemplar os direitos dos idosos estabelecidos pela Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1998).

As ILPI devem suprir as necessidades básicas dos idosos, proporcionando-lhes uma melhor qualidade de vida. Contudo, nem sempre são oferecidas atividades aos idosos, pela deficiência de mão-de-obra especializada, pela escassez de recursos financeiros ou até mesmo pela restrição de espaço físico. A falta de atividades ofertadas aos idosos concorre para a ociosidade, o que pode levar ao isolamento social, a depressão, entre outras doenças (GUIMARÃES; SIMAS; FARIAS, 2005).

Ressalta-se que alguns idosos institucionalizados possuem limitações para a realização das atividades da vida diária, o que os tornam dependentes. A RDC/ANVISA nº 283, de 26 de setembro de 2005 classificou o grau de dependência de acordo com o número de atividades da vida diária que o idoso não é capaz de desempenhar.

Considerando o grau de dependência dos idosos institucionalizados verificado por Camarano (2008), é possível afirmar que o Rio Grande do Norte não conseguiu avançar na implantação da PT/MS nº 73, de 10 de maio de 2001. Esta Portaria prevê a criação de Grupo e Centro de Convivência (idosos independentes e familiares); Centro-Dia (idosos com limitações para realizar AVDs); República (residência para idosos independentes, co-financiada com seus recursos); Família Natural (idosos independentes que são cuidados por sua própria família) para fazer frentes a essas demandas. Os autores (POLLO; ASSIS, 2008) mencionam que a implantação desses serviços depende do financiamento disponibilizado pelas três esferas do governo, do envolvimento e participação dos idosos, entidades e profissionais, visando garantir essas ações.

A deficiência e/ou ausência dessas modalidades de assistências no Rio Grande do Norte, especialmente, em Natal, contribuem para o aumento da demanda reprimida nas ILPI, uma vez que essas instituições não seguem os critérios de admissão previstos, na Portaria. Nesse sentido, todos os idosos são prejudicados.

Os resultados das características das instituições de longa permanência para idosos apresentados por Camarano (2008) levam a refletir sobre a qualidade de vida do idoso institucionalizado. Segundo De Freitas; Scheicher (2010), o idoso

ao ser institucionalizado passa por situações estressantes e desencadeadoras de depressão, gerando várias transformações. O isolamento social o leva à perda de identidade, de liberdade, de autoestima, ao estado de solidão e muitas vezes de recusa da própria vida, o que justifica a alta prevalência de doenças mentais nas instituições (PIZARRO, 2004).

Analisando os aspectos da institucionalização, imagina-se que toda a problemática experimentada pelo idoso na instituição possa comprometer em vários aspectos sua qualidade de vida. Ressalta-se que a qualidade de vida dos idosos é um tema relevante, diante do envelhecimento humano e populacional.

Neste sentido, torna-se necessário investigar os aspectos de saúde física e mental, bem-estar social e econômico, satisfação com a vida, educação, moradia, lazer e crescimento individual mencionados pelos autores (SPIRDUSO, 2005; CAMPOS, 2007; OLIVEIRA, 2006; VECCHIA *et al.*, 2005), sob a ótica do idoso, visando avaliar a sua qualidade de vida. Desta forma, este estudo tem como objetivo verificar as possíveis associações entre os aspectos de saúde física e mental, da capacidade funcional e do nível de integração participativa e analisar como estes aspectos interferem na qualidade de vida dos idosos das instituições de longa permanência, em Natal. Espero assim, poder sinalizar medidas que possam contribuir com a melhoria da assistência a esse segmento da população, neste município.

### **3.3.2 MATERIAL E MÉTODOS**

Realizou-se um estudo observacional, visando investigar possíveis determinantes associados à institucionalização do idoso, considerando os aspectos da estrutura e convívio familiar, econômicos, de saúde e de bem-estar, nas instituições de longa permanência para idosos – ILPI, na cidade de Natal-RN, durante o ano de 2012.

#### **População alvo**

Neste estudo optou-se por trabalhar apenas com as instituições que tinham certificado de inscrição emitido pelo Conselho Municipal do Idoso – CMI de Natal (CONSELHO MUNICIPAL DO IDOSO, 2012), em 2012. Das 14 ILPI existentes,

14,3% não atenderem a este critério. Após a anuência dos gestores das instituições em participar da pesquisa, a população alvo constituiu-se por 392 idosos residentes em 91,7% das 12 instituições certificadas pelo CMI.

Dos 392 residentes das instituições, 71,4% eram mulheres. Observou-se também que a maioria dos residentes estava em instituições de natureza privada sem fins lucrativos, ou seja, filantrópicas (62,8%). As idades dos idosos institucionalizados variavam de 58 a 106 anos.

Após a apresentação da Carta de Anuência (APÊNDICE C) e da Autorização (ANEXO A) dos gestores das instituições este estudo foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UFRN (ANEXO B), obtendo um parecer favorável à sua realização. A captação dos dados ocorreu entre 30/10/2012 e 06/12/2012, conforme Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE D), dos participantes, de acordo com a Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Para a amostra, inicialmente, excluíram-se 04 (1,0%) residentes que apresentaram idades inferiores a 60 anos. Em seguida, foram excluídos 06 (1,5%) idosos que não responderam de forma favorável ao Mini Exame do Estado Mental (MEEM) (ANEXO C) e, finalmente, 315 (80,4%) idosos impossibilitados de se submeter ao MEEM. Desta forma, a amostra foi constituída por 67 idosos, correspondendo a 17,1% dos residentes das ILPI selecionadas.

O teste Mini Exame do Estado Mental (FOLSTEIN, M; FOLSTEIN, S; MCHUGH, 1975) serviu para avaliar de forma rápida a capacidade cognitiva dos idosos institucionalizados, com idade iguais ou superiores a 60 anos. Trata-se de um teste fácil e requer pouco tempo de aplicação (em torno de dez minutos), abordando vários domínios (orientação espacial, temporal, memória imediata e de evocação, cálculo, linguagem-nomeação, repetição, compreensão, escrita e cópia de desenho). É um dos poucos testes validados e adaptados para a população brasileira. Neste estudo, considerou-se com defeito cognitivo: Analfabetos  $\leq$  13 pontos; de 1 a 11 anos de escolaridade  $\leq$  20 pontos; com escolaridade superior a 11 anos  $\leq$  25. Nesta pontuação foram retirados dois pontos referentes aos itens 10 (escrever uma frase completa) e 11 (copiar o desenho).

Os idosos submetidos ao MEEM que apresentaram condições cognitivas favoráveis responderam ao Questionário BRAZIL OLD AGE SCHEDULE (BOAS) Adaptado (ANEXO D). Segundo Veras e Silva (2008), o Questionário BOAS é um instrumento já validado, que contempla várias áreas da vida do idoso, passando pelos aspectos físicos e mentais, atividades do dia-a-dia e situação social e econômica. Segundo Veras (1994), excetuando-se as características demográficas, as demais são geralmente contempladas por uma avaliação multiprofissional.

### **Variáveis estudadas:**

Demográficas: Observaram-se sexo, data de nascimento, naturalidade, tempo de residência na instituição (número de anos e meses), Alfabetizado (sim, não), escolaridade (nenhuma, ensino fundamental, ensino médio, superior, pós-graduação), estado conjugal (casado/unido, viúvo, nunca se casou/uniu, divorciado/separado), teve filhos (0, 1, 2,...), arranjo familiar, antes da institucionalização (esposo, pais, filhos, filhas, irmãos/irmãs, netos, outros parentes, amigo, empregado).

Saúde física: Contemplou-se a opinião do idoso quanto ao seu estado geral de saúde (ótima, boa, ruim, péssima), como ele se compara com os outros membros de sua faixa etária (melhor, mesma coisa, pior), seus principais problemas de saúde, e como esses problemas podem afetar seus padrões habituais de atividades.

Situação econômica: Considerou-se a principal ocupação durante a vida, a situação de aposentadoria/pensão do idoso, a idade na qual o idoso se aposentou ou tornou-se pensionista, as fontes dos recursos recebidos, rendimento médio mensal, a situação econômica atual comparada à época em que tinha 50 anos, a opinião quanto à situação econômica geral, do idoso, em relação às necessidades básicas. Considerou-se o salário mínimo de referência para o ano de 2012. Para a variável “principal ocupação durante a vida”, utilizou-se a Classificação de Ocupações para Pesquisas Domiciliares (COD) (IBGE, 2010).

Bem-estar social: Contemplaram-se a satisfação do relacionamento com os outros idosos institucionalizados, tipos de ajuda ou assistência recebida ou oferecida aos familiares, padrões gerais de interação familiar.

Atividades da Vida Diária (AVD): Abordaram questões relacionadas com as atividades básicas da vida diária, atividades instrumentais da vida diária e atividades avançadas da vida diária.

As Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD) são autocuidados como: comer sua refeição, vestir-se, pentear os cabelos, caminhar em superfície plana, deitar e levantar da cama, tomar banho e ir ao banheiro em tempo.

As Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD) são autocuidados, manutenção e independência como: andar pela instituição, arrumar seu quarto e sua cama, tomar seus remédios, subir e descer escadas e cortar as unhas dos pés.

Partindo das ABVD e AIVD, é possível estabelecer o nível de capacidade funcional do idoso. Segundo Spirduso (2005), o funcionamento físico do idoso pode ser superficialmente categorizado em cinco níveis:

- **Nível I: Fisicamente Dependente**: são pessoas que não podem realizar algumas ou todas as ABVD dependendo da ajuda de outras pessoas para realização das atividades básicas da vida;
- **Nível II: Fisicamente Frágil**: são pessoas que podem realizar as ABVD, mas têm uma condição ou doença debilitante que os desafia fisicamente em termos diários;
- **Nível III: Fisicamente Independente**: são pessoas que podem realizar com êxito a maioria ou todas as AIVD e todas as ABVD, mas são vulneráveis ao estresse e ao desafio físico inesperado;
- **Nível IV: Fisicamente Condicionado**: São pessoas que se exercitam duas ou três vezes por semana, ou diariamente, movidos pelos aspectos de saúde, diversão ou bem-estar. Realizam atividades de intensidade moderada no trabalho, nos deslocamentos, no lar, no esporte, recreação e lazer;
- **Nível V: Elite Física**: Grupo de pessoas raras em nossa sociedade. Treinam fisicamente em base diária e participam de competições, em sua categoria.

Utilizando-se os cinco níveis acima, classificou-se o Nível de Capacidade Funcional (NCF): Dependente, Frágil e Independente, adaptando os pontos de cortes e escores propostos por Silva (2005).

Para os pontos de cortes, pontuou-se o número de questões marcadas com “sim”, atribuindo os pesos: 2 - ABVD; 1 - AIVD, obtendo-se os escores:

**TABELA 6 - Escore para o Nível de Capacidade Funcional - NCF**

Classificação	AVD		Escore*
	ABVDs	AIVDs	
Dependente	0 a 4	0	0 a 8
Frágil	4 a 7	1 a 3	9 a 17
Independente	7	4 a 5	18 a 19

\* Pontos de corte e escore.

Atividades Avançadas da Vida Diária (AAVD): atividades necessárias para se viver sozinho, como por exemplo: atividades ocupacionais, recreativas e comunitárias. Estas questões permitem verificar a participação social, nas atividades domésticas e comunitárias.

Adaptando, para este estudo, a classificação das Atividades Avançadas da Vida Diária utilizada por Silva (2005), tem-se:

- Atividades Individuais (AI): ouve rádio, assiste à televisão, lê livros e revistas);
- Atividades de Contato Moderado (ACM): lê jornal, recebe visitas, sai para visitar parentes, sai para passeios curtos (excursão), sai para encontro social ou comunitário, faz alguma atividade para se distrair (jogo de cartas, xadrez, jardinagem, etc);
- Atividades em Grupo (AG): participa de serviço religioso; pratica algum esporte, sai para visitar amigos.

A partir desta classificação, utilizou-se o critério para o Nível de Integração Social e Participativa (NISP), proposta por Silva (2005), obtendo-se os seguintes níveis:

- **Nível I** –Socialmente Isolado: Indivíduos que realizam nenhuma ou até 3 atividades individuais, nenhuma ou até três das atividades de contato moderado e nenhuma ou até uma das atividades em grupo;
- **Nível II** – Comportamento Sociável: Indivíduos que realizam de três a quatro atividades individuais, duas a cinco das atividades de contato moderado e duas a três das atividades em grupo;

- **Nível III – Socialmente Integrado:** Indivíduos que realizam todas as atividades individuais, quatro ou todas as atividades de contato moderado e todas as atividades em grupo.

Os pontos de cortes e escores também seguiram os critérios propostos por Silva (2005), porém com adaptações. Pontuou-se o número de questões marcadas com “sim”, atribuindo-se os pesos: 1 – AI; 2- ACM e 3 – AG, obtiveram-se os escores:

**Tabela 7 - Pontos de corte e escore para o Nível de Integração Social Participativo – NISP**

Classificação	NISP			Escore*
	Ais	ACMs	Ags	
Isolado	0 a 3	0 a 3	0 a 1	0 a 12
Sociável	3 a 4	2 a 5	2 a 3	13 a 23
Integrado	4	4 a 6	3	24 a 35

\*Pontos de corte e escore.

Na seção sobre as atividades da vida diária, contemplaram-se também perguntas visando checar o grau de satisfação do entrevistado quanto às atividades que desempenha no tempo livre.

Saúde mental: Segundo Veras (1994), o Questionário BOAS contempla, na seção de saúde mental, um rastreamento, incluindo perguntas planejadas para avaliar os principais distúrbios mentais da velhice: demência e depressão. Utilizam-se os pontos de cortes com o objetivo de identificar a presença de uma suspeita “caso”.

Veras e Silva (2008) estabeleceram escores para Escala de Deficiência Cognitiva. Como neste estudo, o Questionário BOAS foi adaptado, as perguntas relacionadas à deficiência cognitiva estão contempladas nos itens 039 a 047 do ANEXO D.

Número de pontos: cada quesito era atribuído 1 ponto, totalizando um escore máximo de 9 pontos.

Segundo o Critério de classificação para deficiência cognitiva proposto por Veras (1994), tem-se:

- menos de 3 pontos - sem deficiência cognitiva;
- de 3 a 5 pontos - deficiência cognitiva leve;
- 6 pontos ou mais - alto nível de deficiência cognitiva.

Para a Escala de Depressão, utilizaram-se também os escores propostos por Veras e Silva (2008), contemplando as questões de números 048 a 60 do Questionário BOAS Adaptado (ANEXO D).

Número de pontos: (17 x 1 ponto)+(1 – 4 pontos)+(1 – 2 pontos)+(1 – 2 pontos)+(1 ponto)+(1 ponto)+(1 ponto). Escore máximo = 28 pontos.

Depois de estabelecidos os escores, utilizou-se o critério de classificação de depressão proposto por Veras (1994):

- menos de 8 pontos - sem indicador de depressão;
- de 8 a 12 pontos - depressão leve;
- 13 pontos ou mais - depressão grave.

Necessidades e problemas que afetam o entrevistado: Segundo os autores (VERAS; SILVA, 2008), essa seção fornece uma indicação mais específica sobre os tipos de necessidades que o idoso experimenta em sua vida diária, a extensão em que essas necessidades se verificam, e os problemas que ele considera mais importantes. Contemplando também informações sobre a relação entre as atitudes do idoso e as condições objetivas em que ele vive.

### **Modelagem estatística**

Inicialmente, realizou-se uma análise descritiva para verificar o comportamento das variáveis. Segundo Hosmer e Lemeshow (1989), desenvolveram-se análises univariadas das potenciais variáveis candidatas aos modelos, considerando-se um valor-p < 0,20.

Procederam-se análises para a verificação de associações entre as variáveis explicativas e cada variável resposta: insatisfação com a vida, fisicamente dependente, nível de integração participativa isolado, deficiência cognitiva e depressão. Nessa etapa, utilizou-se o teste Qui-Quadrado ( $\chi^2$ ), ao nível de significância de 5%. Os testes de associações fornecem uma indicação da presença ou não de uma associação entre as variáveis, mas por si só não acrescentam nenhuma informação a respeito de questões de grande interesse prático como, por exemplo, avaliar a magnitude da associação. Para tanto, calcularam-se as razões de chances e respectivos intervalos de confiança com 95%.

Com o objetivo de ajustar um modelo parcimonioso e significativo de maneira que descrevesse o conjunto dos dados em estudo, fez-se uso do Modelo Linear Generalizado (MLG). Como todas as variáveis dependentes eram categorizadas com distribuição binomial, o modelo indicado foi a regressão logística (HOSMER; LEMESHOW, 1989).

A função de regressão logística é dada pelo seguinte modelo:

$$\ln\left(\frac{\pi_i}{1-\pi_i}\right) = \alpha + \beta X$$

sendo que:  $\ln\left(\frac{\pi_i}{1-\pi_i}\right)$  corresponde a função de ligação logit;  $\pi_i$  a probabilidade de um desfecho em cada nível do fator de exposição.

Neste estudo desenvolveram-se quatro análises de regressão logística, considerando como desfecho no idoso: na primeira a insatisfação com a vida; na segunda, a dependência física; naterceira a integração social participativa isolada, e, por fim a depressão.

A interpretação dos parâmetros estimados pelo modelo de regressão logística é a razão de chances “odds ratio” que descreve o grau de associação. A razão de chances é dada por:

$$\Theta = \frac{\Omega_2}{\Omega_1} = \frac{\left(\frac{\pi_2}{1-\pi_2}\right)}{\left(\frac{\pi_1}{1-\pi_1}\right)},$$

que corresponde à chance de ocorrência de um desfecho em um nível do fator de exposição em relação à outro de referência (“baseline”).

Para as análises estatísticas e organização dos dados utilizaram-se os programas computacionais Minitab 16 e o Excel 2007.

### 3.3.3 RESULTADOS

### **Aspectos sociodemográficos**

Analisando os resultados, observou-se que 62,7% dos idosos pesquisados eram do sexo feminino, com participações semelhantes entre as ILPI filantrópicas e particulares (valor-p=0,675). A idade média dos idosos entrevistados era de 79 anos, variando entre 60 e 94 anos. A faixa etária de 80 anos e mais apresentou maior concentração (52,2%). Destaca-se que 64,2% dos idosos eram naturais do Rio Grande do Norte (TABELA 8).

No tocante ao estado conjugal, 13,6% dos idosos declararam-se casados, a grande maioria (86,4%) eram viúvos, divorciados/separados, nunca se casaram ou se uniram. Entre os que afirmaram estar casados ou unidos, o tempo de relacionamento variou entre 25 e 58 anos, com tempo médio de 35 anos. Ressalta-se que não foram detectadas diferenças significativas quanto ao sexo (valor-p=0,675), faixa etária (valor-p=0,135), naturalidade (valor-p=0,753) e estado conjugal (valor-p=1,000) com relação à natureza jurídica das ILPI (TABELA 8).

Quanto à alfabetização (valor-p=0,003) e à escolaridade (valor-p=0,001) detectaram-se diferenças significativas entre as instituições filantrópicas e particulares. Estas últimas apresentando 96,6% de idosos alfabetizados, enquanto que nas filantrópicas 71,1%. As instituições particulares apresentaram 44,8% de idosos com nível médio ou superior de ensino, enquanto que nas filantrópicas apenas 8,3% (TABELA 8).

**TABELA 8** - Aspectos sociodemográficos dos idosos institucionalizados em Natal, 2012.

Variável	Particular		Filantrópica		Total		p-valor
	n	% <sup>a</sup>	n	% <sup>a</sup>	n	% <sup>a</sup>	
<b>Sexo</b>							
Masculino	10	34,5	15	39,5	25	37,3	0,675
Feminino	19	65,5	23	60,5	42	62,7	
<b>Faixa etária</b>							
60-69 anos	3	10,3	9	23,7	12	17,9	0,135
70-79 anos	7	24,1	13	34,2	20	29,9	
80 anos e mais	19	65,5	16	42,1	35	52,2	
<b>Naturalidade</b>							
RN	18	62,1	25	65,8	43	64,2	0,753
Demais UFs	11	37,9	13	34,2	24	35,8	
<b>Alfabetizado</b>							
Sim	28	96,6	27	71,1	55	82,1	0,003
Não	1	3,5	11	29,0	12	17,9	
<b>Escolaridade</b>							
Nenhuma	1	3,5	9	25,0	10	15,4	0,001 <sup>b</sup>
Ensino Fundamental	15	51,7	24	66,7	39	60,0	
Ensino Médio e Superior	13	44,8	3	8,3	16	24,6	
<b>Estado conjugal</b>							
Casado (a)	4	14,3	5	13,2	9	13,6	1,000
Não casado (a)	24	85,7	33	86,8	57	86,4	

<sup>a</sup> Percentuais calculados excluindo-se as respostas "não sabe" ou "não respondeu".

<sup>b</sup> Teste exato de Fisher.

### Aspectos familiares

Quanto aos aspectos familiares, verificou-se que o número de filhos tidos pelos idosos variou de 0 a 11, com média de 2 filhos por idoso institucionalizado. Quanto aos sexos, o número de filhas variou de 0 a 5, com média de 0,8 filhas por idoso, enquanto que o de filhos oscilaram entre 0 e 6, com média de 1,2 filhos por idoso. Quanto à distribuição do número de filhos, verificou-se a presença de filhos, em 76,0% dos homens e 57,1% das mulheres. Comparando o número de filhas tidas pelos idosos, verificou-se que 64,0% dos homens e 45,2% das mulheres tiveram uma ou mais filhas (TABELA9). Destaca-se que não foram detectadas diferenças significativas quanto aos filhos tidos (valor-p=0,114), número de filhos (valor-p=0,074) e número de filhas (valor-p=0,135) com relação aos sexos dos idosos.

Os arranjos familiares dos idosos, antes da institucionalização, eram constituídos por no máximo 3 componentes. Ressalta-se que 23,9% dos idosos moravam sozinhos, 50,7% residiam com o cônjuge, filho ou filha, outros parentes, amigos ou empregados. Neste arranjo, destaca-se a participação dos filhos, em 20,6% dos idosos. Salienta-se que não houve diferença significativa no número de

pessoas com quem conviviam nos arranjos familiares entre os sexos (valor-P=0,411) (TABELA9).

**TABELA9** - Aspectos familiares, dos Idosos institucionalizados em Natal, 2012.

Variável	Masculino		Feminino		Total		p-valor
	n	%*	n	%*	n	%*	
<b>Filhos tidos</b>							
Sim	19	76,0	24	57,1	43	64,2	0,114
Não	6	24,0	18	42,9	24	35,8	
<b>Filhos</b>							
Nenhum	7	28,0	21	50,0	28	41,8	0,074
Um ou mais	18	72,0	21	50,0	39	58,2	
<b>Filhas</b>							
Nenhuma	9	36,0	23	54,8	32	47,8	0,135
Uma ou mais	16	64,0	19	45,2	35	52,2	
<b>Arranjo familiar<sup>c</sup></b>							
0	6	24,0	10	23,8	16	23,9	0,411 <sup>b</sup>
1	15	60,0	19	45,2	34	50,7	
2	4	16,0	9	21,4	13	19,4	
3	0	0,0	4	9,5	4	6,0	

<sup>a</sup> Percentuais calculados excluindo-se as respostas "não sabe" ou "não respondeu".

<sup>b</sup> Teste exato de Fisher.

<sup>c</sup> Pergunta permite mais de uma resposta.

### Motivos da institucionalização

No geral, 40,3% dos entrevistados referiram-se à saúde e à ausência de arranjo familiar como os motivos mais relevantes de suas institucionalizações. O motivo "saúde" foi observado por 64,0% dos homens e 26,2% das mulheres, enquanto que o motivo "morar sozinho ou ficar só" foi observado mais nas mulheres (54,8%) que entre os homens (16,0%) (TABELA10).

**TABELA10** - Aspectos relacionados à Institucionalização, segundo sexo dos Idosos, Natal, 2012.

Variável	Masculino		Feminino		Total	
	n	% <sup>a</sup>	n	% <sup>a</sup>	n	% <sup>a</sup>
<b>Motivos da institucionalização<sup>b</sup></b>						
Problemas de saúde	16	64,0	11	26,2	27	40,3
Morava ou ficava sozinho	4	16,0	23	54,8	27	40,3
Conflitos nos relacionamentos pessoais	6	24,0	4	9,5	10	14,9
Problemas de moradia	3	12,0	6	14,3	9	13,4
Outro problema <sup>c</sup>	3	12	1	2,38	4	5,97
Problemas econômicos	2	8,0	1	2,4	3	4,5

<sup>a</sup> Percentuais calculados excluindo-se as respostas "não sabe" ou "não respondeu".

<sup>b</sup> Variável admite mais de uma resposta

<sup>c</sup> Falta de atividade observada por um idoso foi considerada como outros problemas.

O tempo de institucionalização informado pelos idosos variou de 0 a 28 anos. Ao comparar o tempo de institucionalização com a natureza das ILPI, observou-se

que a maioria dos idosos (76,2%) residia a menos de 5 anos. Destes, 81,8% eram residentes das instituições particulares. Os que residiam há mais de 10 anos corresponderam a 15,9%, com maior proporção entre os residentes das instituições filantrópicas (19,5 %).

### **Aspectos Socioeconômicos**

Analisando o aspecto relacionamento, 96,9% dos idosos demonstraram estar satisfeitos com os outros idosos institucionalizados. No que se refere às visitas, 34,3% dos idosos afirmaram receber visitas dos filhos ou de outros familiares, 20,9% dos vizinhos e 11,9% das pessoas que visitavam a ILPI ().

Ao comparar os sexos, percebeu-se que proporções semelhantes de homens (32,0%) e mulheres (35,7%) são visitados pelos filhos, enquanto que as mulheres demonstraram ser mais visitadas por outros familiares (40,5%) e pelos visitantes da ILPI (16,7%) (APÊNDICE E).

Com relação à ajuda ou assistência ofertada pelos familiares, verificou-se que 38,8% dos idosos eram levados ao médico e para passear, recebiam visitas, carinho, vestuário e cuidados relacionados com higiene pessoal. Vinte e cinco vírgula oito por cento dos idosos afirmaram receber ajuda financeira dos familiares, enquanto que 26,9% ajudavam, financeiramente, os familiares. 10,5% dos idosos prestavam assistência espiritual, carinho e atenção aos familiares (APÊNDICE E).

Considerando a Classificação Brasileira de Ocupação Domiciliar (CBO), 31,8% dos idosos afirmaram que ao longo de suas vidas ativas, atuaram como trabalhadores dos serviços, vendedores do comércio em lojas e mercados. Nestas ocupações, observou-se maior participação das mulheres (48,8%) e apenas 4,0% dos homens; 18,2% atuaram como trabalhadores da produção de bens e serviços industriais; 15,2% como profissionais das ciências e das artes; 10,6% como trabalhadores agropecuários, florestais, caça e pesca; 7,6% como membros superiores do poder público, dirigentes de organizações de interesse público e de empresas e 13,6% em outras ocupações. Ressalta-se a maior participação dos homens nestas ocupações, do que das mulheres. Entre os idosos que afirmaram ter trabalhado (98,5%), apenas 3,0% nunca trabalhou. Percentual percebido em 4,9% das mulheres (APÊNDICE F).

Entre as fontes de sustento informadas, as mais relevantes foram: a aposentadoria, em 83,6% dos idosos, as pensões ou ajudas dos cônjuges (16,7%) (APÊNDICE G). Destes, 32,1% eram residentes das instituições particulares, enquanto que 5,3% residiam nas filantrópicas (APÊNDICE H). 13,4% dos idosos afirmaram contar com aluguéis ou investimentos e 11,9% deles recebiam ajuda de parentes e amigos (APÊNDICE G).

Setenta e dois vírgula zero por cento dos idosos declararam receber, em média até dois salários mínimos (SM). Destes, 94,7% residiam em instituições filantrópicas, enquanto que os que declararam rendimentos superiores a dois salários mínimos (SM), 100,0% residiam em instituições particulares (APÊNDICE H). Destaca-se diferença significativa entre os rendimentos dos idosos e a natureza das instituições (valor- $p < 0,001$ ). Dos idosos com renda até 2 SM, as mulheres (84,6%) superaram os homens (58,3%), enquanto que entre os que apresentaram renda média superior a dois SM, os homens (41,7%) superaram as mulheres (15,4%) (APÊNDICE G).

Cinquenta e sete vírgula quatro por cento dos idosos alegaram que seus rendimentos são suficientes para suas necessidades, 23,0% afirmaram que seus rendimentos estavam um pouco ou muito aquém das suas necessidades, enquanto 19,7% afirmaram que seus rendimentos superam suas necessidades (APÊNDICE G).

Em comparação quando tinham 50 anos de idade, os idosos mencionaram que suas situações econômicas atuais pioraram (46,0%), com maior proporção entre os homens. Perceberam melhora 22,2% dos idosos, com maior proporção entre as mulheres (28,2%) (APÊNDICE G).

### **Saúde Física**

A maioria dos idosos institucionalizados (56,7%) percebe sua saúde como boa ou ótima, não havendo diferença significativa entre os sexos. Em relação ao último ano, 30,3% dos idosos avaliaram sua saúde como pior. Quando solicitados a comparar sua saúde com a de outras pessoas de sua idade, 91,5% dos idosos referiram que sua saúde era igual ou melhor (TABELA11).

A acuidade visual foi percebida por 44,8% dos idosos como ruim ou péssima. Elevado percentual de idosos afirmou ter boa ou ótima acuidade auditiva e para a

saúde bucal, 60,6% dos idosos declararam problemas com os dentes. Dos idosos com problemas com os dentes, 79,1% referiram não ter a maioria dos dentes e 64,2% deles faziam uso de prótese dentária. Estes problemas com a dentição atrapalham a mastigação de 19,4% dos idosos (TABELA11).

**TABELA11** - Percepção da saúde física dos Idosos institucionalizados, segundo sexo em Natal, 2012.

Variável	Masculino		Feminino		Total		p-valor
	n	%**	n	%**	n	%**	
<b>Percepção da Saúde</b>							
Boa ou Ótima	16	64,0	22	52,4	38	56,7	0,351
Ruim ou Péssima	9	36,0	20	47,6	29	43,3	
<b>Percepção da acuidade visual</b>							
Boa ou Ótima	15	60,0	22	52,4	37	55,2	0,543
Ruim ou Péssima	10	40,0	20	47,6	30	44,8	
<b>Percepção da acuidade auditiva</b>							
Boa ou Ótima	21	84,0	32	76,2	53	79,1	0,440
Ruim ou Péssima	4	16,0	10	23,8	14	20,9	
<b>Percepção da saúde bucal</b>							
Boa ou Ótima	10	41,7	16	38,1	26	39,4	0,775
Ruim ou Péssima	14	58,3	26	61,9	40	60,6	
<b>Ausência de dentes</b>							
Não está faltando dentes	1	4,0	1	2,4	2	3,0	1,000*
Poucos dentes estão faltando	4	16,0	8	19,1	12	17,9	
A maioria dos dentes estão faltando	20	80,0	33	78,6	53	79,1	
<b>Usa Prótese</b>							
Sim	14	56,0	29	69,1	43	64,2	0,281
Não	11	44,0	13	31,0	24	35,8	
<b>Problemas de dente que atrapalha a mastigação</b>							
Sim	5	20,0	8	19,1	13	19,4	1,000*
Não	20	80,0	34	81,0	54	80,6	
<b>Continência urinária</b>							
Sim	9	36,0	27	64,3	36	53,7	0,024
Não	16	64,0	15	35,7	31	46,3	
<b>Percepção da saúde atual comparada com o último ano</b>							
Mesma coisa	11	44,0	20	48,8	31	47,0	0,727
Melhor	7	28,0	8	19,5	15	22,7	
Pior	7	28,0	13	31,7	20	30,3	
<b>Percepção da saúde comparada com outras pessoas da mesma idade</b>							
Igual ou melhor	21	95,5	33	89,2	54	91,5	0,642*
Pior	1	4,5	4	10,8	5	8,5	
<b>Problemas de saúde</b>							
Sim	23	92,0	36	85,7	59	88,1	0,700*
Não	2	8,0	6	14,3	8	11,9	

<sup>a</sup> Percentuais calculados excluindo-se as respostas "não sabe" ou "não respondeu".

No momento da pesquisa, 88,1% dos idosos declararam ter problemas de saúde. Destaca-se que não houve diferença significativa quanto ao sexo (valor-p= 0,700) (TABELA11). Entre os problemas de saúde referidos pelos idosos, destacaram-se as doenças do aparelho circulatório (27,1%) (APÊNDICE I). Quanto ao sexo, estas doenças foram observadas em 30,4% dos homens e 25,0% das mulheres. Na sequência constataram-se as doenças endócrinas, nutricionais e

metabólicas em 16,9% dos idosos. Em 3º lugar, ficaram as doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (15,3%), referidas por 26,1% dos homens e apenas em 8,3% das mulheres (APÊNDICE I). Em média, os idosos apresentavam estas queixas há, aproximadamente, 5 anos.

### Satisfação com a vida

Os resultados mostraram que 34,3% dos idosos estavam insatisfeitos com a vida. Os resultados mostraram que 34,3% dos idosos estavam insatisfeitos com a vida. Dentre as mulheres constatou-se um percentual maior (38,1%) de insatisfação em relação aos homens (28,0) (APÊNDICE J). A análise de regressão logística detectou associação da insatisfação do idoso com o NISP (valor-p=0,023) e com percepção da saúde (valor-p=0,016) (TABELA12).

A chance dos idosos estarem insatisfeitos com a vida é 4,1 vezes maior entre os idosos que perceberam a saúde como ruim ou péssima quando comparados aos que perceberam a saúde como boa ou ótima e 6,5 vezes maior entre os idosos com comportamentos isolados quando comparados aos que apresentaram comportamentos sociáveis ou integrados (TABELA12).

**TABELA12** - Regressão logística, considerando a “insatisfação com a vida”.

Preditor	Coeficiente	S.E	p-valor	RC	IC 95%	
Constante	-2,789	0,807	0,001			
<b>NISP</b>						
Isolado	1,876	0,825	0,023	6,5	1,3	32,9
sociável ou integrado	-	-	-	-	-	-
<b>Percepção da saúde</b>						
Ruim ou péssima	1,421	0,591	0,016	4,1	1,3	13,2
Boa ou ótima	-	-	-	-	-	-

RC – Razão de chances; IC – Intervalo de confiança.

Avaliou-se a qualidade de ajuste do modelo pelo método de Hosmer&Lemeshow (valor-p=0,983), portanto, ao nível de significância de 5%, concluiu-se que o modelo foi bem ajustado.

### Atividades da Vida Diária

Analisando os resultados quanto às atividades da vida diária, observou-se que 58,2% dos idosos pesquisados das ILPI eram capazes de realizar todas as Atividades Básicas da Vida Diária – ABVD (APÊNDICE K), mas realizavam apenas algumas ou nenhuma das Atividades Instrumentais da Vida Diária – AIVD, não apresentando diferença significativa (valor-p=0,777) entre os sexos.

Observou-se associação entre a variável “idoso fisicamente dependente” com a variável NISP (valor-p=0,031). A variável “percepção de saúde” apresentou valor-p=0,076 mesmo assim, optou-se por incluí-la no modelo (TABELA13). A chance dos idosos serem fisicamente dependentes é 2,6 vezes maior entre os que perceberam sua saúde como “ruim ou péssima” quando comparados aos mais otimistas e 4,1 vezes maior entre aqueles com comportamentos socialmente isolados em relação aos que demonstraram comportamentos sociáveis ou integrados (TABELA13).

**TABELA13-** Regressão logística, considerando a variável resposta “idoso fisicamente dependente”.

<b>Preditor</b>	<b>Coeficiente</b>	<b>S.E</b>	<b>p-valor</b>	<b>RC</b>	<b>IC 95%</b>	
Constante	1,778	0,591	0,003			
<b>Percepção de Saúde</b>						
Ruim ou péssima	0,970	0,547	0,076	2,6	0,9	7,7
Boa ou ótima	-	-	-	-	-	-
<b>NiSP</b>						
Isolado	1,400	0,648	0,031	4,1	1,1	14,5
Integrado ou sociável	-	-	-	-	-	-

RC - Razão de chance; IC – Intervalo de confiança.

Avaliou-se a qualidade de ajuste do modelo pelo método de Hosmer&Lemeshow (valor-p=0,601), portanto, ao nível de significância de 5%, concluiu-se que o modelo foi bem ajustado.

No tocante ao Nível de Integração Social Participativa - NISP, 32,8% dos idosos classificaram-se como “Socialmente Integrado”, ou seja, estes idosos participavam da maioria ou de todas as Atividades Individuais (AI): ouvir rádio, assistir à TV; ler revistas e livros, realizar trabalhos manuais; Atividades de Contato Moderado (ACM): receber visitas, visitar parentes, ler jornais, fazer alguma atividade para se distrair (jogos de cartas, xadrez, jardinagem, etc.) e Atividades em Grupo (AG): sair para passeios curtos, sair para encontros sociais ou comunitários, participar de serviço religioso, praticar algum esporte, sair para visitar amigos (APÊNDICE L).

A análise de regressão detectou associações entre o nível de integração social participativo isolado e a satisfação da vida (valor-p=0,007) e o nível de capacidade funcional (valor-p=0,010) (TABELA14).

A chance dos idosos com nível de integração social participativa “isolado” é 9,4 vezes maior entre os idosos insatisfeitos com a vida quando comparados aos

satisfeitos, enquanto que a chance dos idosos sociáveis ou integrados é 5 vezes maior entre os fisicamente frágeis em relação aos fisicamente dependentes (TABELA14).

**TABELA14-** Regressão logística, considerando a variável resposta “isolado”.

<b>Preditor</b>	<b>Coefficiente</b>	<b>S.E</b>	<b>p-valor</b>	<b>RC</b>	<b>IC 95%</b>	
Constante	1,285	0,565	0,023			
<b>Satisfação com a vida</b>						
Insatisfeito	2,236	0,828	0,007	9,4	1,9	47,4
Satisfeito	-	-	-	-	-	-
<b>NCF</b>						
Frágil	-1,708	0,667	0,010	0,2	0,1	0,7
Dependente	-	-	-	-	-	-

RC - Razão de chance; IC – Intervalo de confiança

Avaliou-se a qualidade de ajuste do modelo pelo método de Hosmer&Lemeshow (valor-p=0,801), portanto, ao nível de significância de 5%, concluiu-se que o modelo foi bem ajustado.

### **Saúde Mental**

Dos idosos que apresentaram indicador de deficiência cognitiva, a maioria (56,7%) era residente das instituições filantrópicas, concentrando 34,2% dos idosos com alto nível de deficiência cognitiva. Observou-se diferença significativa quanto ao sexo e a deficiência cognitiva (valor-p=0,021), apresentando maior prevalência entre as idosas (62,7%). Destacam-se que 42,9% destas apresentaram deficiência cognitiva leve, 60,0% dos homens não apresentaram deficiência cognitiva. A faixa etária, “80 anos e mais”, concentrou a maioria dos idosos com deficiência cognitiva 52,2% (APÊNDICE L).

Verificou-se que 56,7% dos idosos residentes das ILPI filantrópicas apresentaram algum nível de depressão. Destes, 28,9% apresentaram “grau leve de depressão”, não havendo diferença significativa entre a natureza jurídica da instituição e o grau de depressão (valor-p=0,108). Dos 43,3% dos idosos que perceberam sua saúde como “Ruim ou Péssima”, 44,8% classificaram-se no “nível grave” de depressão, verificando-se diferença significativa entre a percepção da saúde e os níveis de depressão (valor-p<0,000).

Na análise de regressão, detectou-se associação entre os “idosos com indicador de depressão” e a satisfação com a vida (valor-p=0,028), percepção de saúde (valor-p=0,019) e deficiência cognitiva (valor-p=0,032) (TABELA 15).

A chance dos idosos apresentarem indicador de depressão é 4,0 vezes maior entre os insatisfeitos com a vida comparados aos “satisfeitos”, 4,2 vezes mais chances nos que percebiam a saúde como “ruim ou péssima” quando comparados aos que consideraram a saúde como “boa ou ótima” e 3,8 vezes mais entre os idosos com indicador de deficiência cognitiva comparados aos sem indicador de deficiência (TABELA 15).

**TABELA 15**-Regressão logística, considerando a variável resposta “idoso com indicador de depressão”.

<b>Preditor</b>	<b>Coeficiente</b>	<b>S.E</b>	<b>p-valor</b>	<b>RC</b>	<b>IC 95%</b>	
Constante	-2,124	0,580	0,000			
<b>Satisfação com a vida</b>						
Insatisfeito	1,396	0,634	0,028	4,0	1,2	14,0
Satisfeito	-	-	-	-	-	-
<b>Percepção da saúde</b>						
Ruim ou péssima	1,425	0,610	0,019	4,2	1,3	13,8
Boa ou ótima	-	-	-	-	-	-
<b>Deficiência cognitiva</b>						
Sem indicador	1,328	0,619	0,032	3,8	1,1	12,7
Com indicador	-	-	-	-	-	-

RC – Razão de chances; IC – Intervalo de confiança

Avaliou-se a qualidade de ajuste do modelo pelo método de Hosmer&Lemeshow (valor-p=0,775), portanto, ao nível de significância de 5%, concluiu-se que o modelo foi bem ajustado.

Ao cruzar os indicadores de deficiência cognitiva e de depressão, observou-se que 11,1% dos idosos apresentavam suspeitas de demência.

### **Necessidades e problemas que afetam o idoso**

As necessidades que afetavam 58,5% dos idosos referiram-se à falta de companhia e contato pessoal, 57,6% aos problemas de saúde, 35,8% a necessidade de lazer, 32,8% aos problemas econômicos e iguais percentuais (18,2%) relacionados à segurança e carência de alimentação(APÊNDICE O).

Para 22,9% dos idosos institucionalizados, os problemas que mais afetam o seu dia-a-dia eram: solidão ou medo da violência. Observou-se em 14,6% dos idosos que tanto os problemas econômicos como os problemas familiares ou preocupação com filhos ou netos interferiam nas rotinas diárias, destes idosos. Ressalta-se que 12,5% dos idosos não concordavam com as normas da instituição e desejavam sair da ILPI.

### 3.3.4 DISCUSSÃO

O município de Natal – RN acompanha o cenário nacional no que se refere ao crescimento do contingente de idosos. Este crescimento associa-se à redução dos arranjos familiares, com famílias com baixa integração de gerações, provocando forte pressão nas áreas relacionadas aos cuidados aos idosos (CHAIMOWICZ, 1997; VERAS, 2009). Como alternativa de contornar essa situação, as instituições de longa permanência para idosos passam a ser alvo de atenção e de mecanismos que viabilizam a assistência a essa população.

Diante desta realidade, fazer um diagnóstico da qualidade de vida (QV) dos idosos institucionalizados é de suma importância para a elaboração e efetivação de uma política. Este estudo observou os aspectos subjetivos relacionados à saúde física, capacidade funcional, integração social e participativa, saúde mental e necessidades e problemas que afetam o idoso, servindo como instrumento para traçar um diagnóstico da QV.

Os resultados mostram que 62,7% dos idosos institucionalizados eram do sexo feminino, reforçando o fenômeno da feminização, observado por Camarano (1999), Chaimowicz e Greco (1999). Segundo os autores, os motivos que contribuem para este fenômeno estão associados à mortalidade diferencial por sexo, à queda da mortalidade materna, ao consumo diferente de tabaco e álcool, à postura diferente em referência à saúde/doença e à relação diferente com os serviços de saúde.

Dentre as mulheres, 57,2% eram viúvas, corroborando com Camarano (1999) ao mencionar a viuvez como um dos motivos que levam as mulheres a serem institucionalizadas. Em sua maioria, os idosos declararam-se viúvos, divorciados/separados, que nunca se casaram ou se uniram.

O cenário nacional reflete o aumento proporcional de idosos com idades acima de 80 anos (CAMARANO, 1999), este fato corrobora com uma maior institucionalização deste segmento.

Há 6 décadas ou mais (BRASIL, 2002), o Brasil tinha uma população essencialmente rural, com 1/3 de sua população vivendo em áreas urbanas, com escassas oportunidades a educação formal. Os elevados percentuais de idosos com baixo grau de escolaridade verificados, neste estudo, refletem a realidade do país,

Estados e Municípios quanto ao acesso à educação formal disponível a esta coorte de idosos institucionalizados.

Observou-se que antes da institucionalização, a maioria dos idosos eram trabalhadores da produção de bens e serviços industriais, agropecuários, florestais, caça e pesca, dos serviços, vendedores do comércio em lojas e mercados, justificando as baixas rendas dos idosos, o que predispõem os idosos à institucionalização (FERREIRA, 2009).

Camarano (1999) explica que o cuidado familiar está ficando cada vez mais escasso, em quase todo mundo, como reflexo das transformações socioeconômica e demográficas, requerendo uma nova divisão de trabalho entre a família, o Estado e a sociedade, conforme Art. 230 da Constituição Federal de 1988. Os resultados do presente estudo mostram que, embora a maioria dos idosos declarasse ter tido filhos, a presença desses não garantiu aos idosos a assistência familiar.

A declaração de que a maioria dos idosos tiveram filhos (64,2%) remete à reflexão sobre os arranjos familiares dos idosos, antes da institucionalização. Embora tenham tido filhos, a maioria dos idosos moravam sozinhos ou com no máximo um acompanhante. Estes resultados corroboram com os autores Camargos; Rodrigues e Machado, (2011, p. 227) ao destacarem: “[...] a Política Nacional do Idoso, desenhada para garantir os direitos sociais desta população específica, deve acompanhar as mudanças em seu perfil de habitação e considerar que, ao longo dos anos mais e mais idosos deverão viver sozinhos”.

No geral, os idosos recebiam poucas visitas dos filhos e demais familiares. Durante a pesquisa, observou-se a carência dos idosos, quanto à presença desses entes. Muitas vezes, a pesquisa se estendia além do tempo necessário, devido à necessidade dos idosos de conversar. Alguns desabafavam suas angústias e dores pela ausência dos filhos e parentes. Em Natal, os motivos mais relevantes que contribuíram para a institucionalização dos idosos foram: saúde e solidão.

A literatura aponta que a baixa renda dos idosos, os problemas de saúde, a falta de cuidadores familiares e a dependência funcional são alguns dos motivos que conduzem os idosos às instituições de longa permanência (ALMEIDA e RODRIGUES, 2008).

Considerando os arranjos familiares e os motivos que levaram a institucionalização dos idosos, neste estudo, é possível entender a fragilidade da assistência familiar destes idosos. Ressalta-se que os idosos das coortes de 1920 a 1940, embora com famílias constituídas por filhos, atualmente, enfrentam dificuldades de serem assistidos pelos familiares, devido ao volume de atribuições que estes desenvolvem no dia-a-dia. Neste sentido, Herédia *et al.* (2004) comentam que o fato de constituir família não garante o apoio familiar na velhice.

Embora a expectativa de vida da população tenha aumentado nas últimas décadas, graças aos avanços tecnológicos, ao acesso aos serviços de saúde, a população idosa ainda apresenta patologias que são preveníveis. Veras (2009) afirmou que no Brasil, a cada ano, 650 mil novos idosos são incorporados à população brasileira, a maior parte com doenças crônicas e alguns com limitações funcionais. Nesta pesquisa as principais queixas de saúde referiam-se às doenças do aparelho circulatório (CID-10, capítulo IX), com destaque para a hipertensão e a diabetes mellitus, patologia relacionada na CID-10, capítulo IV- Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas.

Um dos aspectos que incomodaram grande parte dos idosos institucionalizados desta pesquisa foi a saúde bucal. Pilger *et al.* (2011) sugerem que ainda hoje não há políticas de saúde suficientes, no âmbito da saúde dentária, acessíveis, especialmente, a essa faixa etária.

A percepção de saúde física, da acuidade visual e da auditiva da maioria dos idosos foi boa ou ótima. A percepção da própria saúde dos idosos, segundo Pilger *et al.* (2011), deve ser reconhecida pelos profissionais para auxiliar na implementação de ações individuais ou coletivas que promovam melhoria do seu estado de saúde física e mental.

Hartmann (2008) observou que os idosos que percebiam sua saúde como “má ou péssima” apresentaram 8,45 vezes mais chances de terem depressão. Esse estudo compreendeu uma amostra de 1.078 idosos (idade  $\geq 60$  anos), com o objetivo de descrever a autopercepção de saúde e verificar os fatores relacionados à saúde nos idosos de Porto Alegre. Embora, os estudos apresentem critérios de inclusão e exclusão semelhantes, a razão de chances observada por Hartmann (2008) foi duas vezes maior que a verificada, neste estudo (RC=4,2).

Estes resultados corroboram com Hartmann (2008) ao afirmar que a saúde subjetiva do idoso é produto de uma gama de variáveis determinantes, como: a idade, o sexo, o suporte familiar, o estado conjugal, as oportunidades de educação e emprego, a renda, a capacidade funcional, as condições crônicas de saúde, o estilo de vida, dentre outras.

Em relação às atividades da vida diária, os resultados mostraram que os idosos fisicamente dependentes são mais pessimistas com relação à saúde subjetiva e mais isolados. Os sintomas de isolamento foram mais presentes entre os idosos mais insatisfeitos com a vida, assim como entre os mais dependentes.

Hartmann (2008) mostrou que a capacidade funcional é um forte indicador do modo como as pessoas avaliam o seu estado geral de saúde, apontando significativa associação entre essas duas variáveis. Chaimowicz (1997) acrescentou que os aspectos relacionados com a capacidade funcional e autonomia superam a própria questão da morbidade, uma vez que estão diretamente relacionados à qualidade de vida.

Nesta pesquisa, os resultados revelaram associação significativa entre o nível de integração social participativo e a satisfação com a vida, com a saúde física, com a saúde bucal, com as atividades da vida diária e com a depressão. Segundo Ramos (2002), a relação entre saúde, doença, envelhecimento e relações sociais é uma relação recíproca. A deterioração da saúde pode ser causada não somente pelo “processo natural”, como também por uma falta ou qualidade de relações sociais e vice-versa.

Veras (2009) afirma que os idosos brasileiros convivem com o medo de violências, escassez de lazer, carência de assistência médica, além da problemática dos baixos valores das aposentadorias e pensões. Herédia (2004) comentou que as necessidades básicas de alimentação, repouso, higiene e atenção à saúde devem ser supridas pelos serviços prestados nas instituições.

Os autores mencionados nesta discussão (HARTMANN, 2008; RAMOS, 2002; CHAIMOWICZ, 1997) mostraram como os aspectos que compõem a qualidade de vida estão relacionados entre si. Complementando, Spirduso (2005) afirmou: para que os indivíduos sintam que estão vivendo uma vida de “alta qualidade de vida” é preciso que eles tenham sensações de bem-estar, o que inclui satisfação pessoal.

Este diagnóstico torna-se ainda mais grave ao considerar que a grande maioria dos idosos institucionalizados em Natal nem sequer apresentaram condições cognitivas favoráveis à participação da pesquisa. Ainda assim, destaca-se que a maioria dos idosos entrevistados, embora estivessem satisfeitos com a vida, apresentaram outros fatores como: deficiência da capacidade funcional e cognitiva, isolamento social e depressão, concluindo-se assim que a qualidade de vida dos idosos institucionalizados, em Natal, apresenta um déficit importante, que demanda ações que mitiguem os problemas decorrentes segmento populacional.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A. J. P. S.; RODRIGUES, V. M. C. P. A qualidade de vida da pessoa idosa institucionalizada em lares. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 6, dez. 2008.

BORN, T.; BOECHAT, N. S. A qualidade dos cuidados ao idoso institucionalizado. In: FREITAS, E. V.; P. Y. (Ed.). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p.1131-1141.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, Senado, 1998.

\_\_\_\_\_. **Diagnóstico sobre o processo de envelhecimento populacional e a situação do idoso**. Ministério da Saúde, 2002.

CAMARANO, A. A. Como vive o idoso brasileiro? In: CAMARANO, A. A. (Org.). **Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros**. Rio de Janeiro: IPEA; 1999.

\_\_\_\_\_. **Características das instituições de longa permanência para idosos: Região Nordeste**. Brasília: IPEA; Presidência da República, 2008.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. **Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 283, de 26 de setembro de 2005**. Aprova o Regulamento Técnico que define normas de funcionamento para as Instituições de Longa Permanência para Idosos. Diário Oficial da União [do Brasil]; Poder Executivo, Seção 1, p. 58-60, 27 set. 2005.

CAMARANO, A. A.; KANSO, S. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. **Revista bras. Est. Pop.**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 233-235 jan./jun. 2010.

CAMARGOS, M. C. S. **Enfim só**: um olhar sobre o universo de pessoas idosas que moram sozinhas no município de Belo Horizonte (MG), 2007. 123 f. Tese (Doutorado em Demografia) – Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional da Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal de Minas Gerais – CEDEPLAR/UFMG, Belo Horizonte, MG, 2008. Disponível em: <[http://web.cedeplar.ufmg.br/cedeplar/site/demografia/teses/2008/Mirela\\_Castro\\_Santos\\_Camargos.pdf](http://web.cedeplar.ufmg.br/cedeplar/site/demografia/teses/2008/Mirela_Castro_Santos_Camargos.pdf)>. Acesso em 30 dez. 2012.

CAMARGOS, M. C. S.; RODRIGUES, R. N.; MACHADO, C. J. **Texto para discussão N° 377**. Percepção da solidão entre idosos residentes em domicílios unipessoais no município de Belo Horizonte. dez. 2009.

CAMARGOS, M. C. S., RODRIGUES, R. N.; MACHADO, C. J. Idoso, família e domicílio: uma revisão narrativa sobre a decisão de morar sozinho. *Revista Brasileira de Estudos Populacionais*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 1. jan./jun. 2011.

CAMPOS, PAOLA. **Como está a qualidade de vida dos idosos institucionalizados?** Escola de Artes Ciências e Humanidades. São Paulo: USP, 2007.

CHAIMOWICZ, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n.2, p. 184-200, 1997.

CHAIMOWICZ, F. GRECO, D. B. Dinâmica da institucionalização de idosos em Belo Horizonte, Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 33, n.5, p. 454-460, 1999.

DE FREITAS; M. A. V.; SCHEICHER, M.E. Qualidade de vida de idosos institucionalizados. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, 2010.

FERREIRA, R. C.; MAGALHÃES, C. S.; ROCHA, E. S.; SCHWAMBACH, C. W.; MOREIRA, A. N. Saúde bucal de idosos residentes em instituições de longa permanência de Belo Horizonte. Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 11, p. 2375-2385, nov. 2009.

FOLSTEIN, M. F.; FOLSTEIN, S. E.; MCHUGH, P. R. **'Mini Mental state'**. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, v.12, p.189-98, 1975.

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

HARTMANN, A. C. V. C. **Fatores associados a percepção de saúde em idosos de Porto Alegre**. 2008, 73f. Tese (Doutorado em Gerontologia Biomédica). Instituto de Geriatria e Gerontologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. RS, 2008. Disponível em: < [http://tede.pucrs.br/tde\\_arquivos/14/TDE-2008-06-20T114933Z-1394/Publico/402112.pdf](http://tede.pucrs.br/tde_arquivos/14/TDE-2008-06-20T114933Z-1394/Publico/402112.pdf)>. Acesso em: 30 de abr. de 2013.

HERÉDIA, V. B. M.; BONHO, C. M.; ASSUNTA, C. I.; RAMALHO, M. H.; SASSI, ; BORGES, M. N. **A Realidade do Idoso Institucionalizado**. Textos Envelhecimento, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, 2004.

HERÉDIA, V. B. M.; CASARA, M. B.; CORTELLETTI, I. A.; RAMALHO, M. H.; SASSI, A. **A Realidade do Idoso Institucionalizado**. Textos Envelhecimento. Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, 2004.

HOSMER, D. W, LEMESHOW, S. Applied Logistic Regression. New York: Wiley. 1989. 307p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Classificação de Ocupações para Pesquisas Domiciliares (COD)**. Principais diferenças entre a COD e a CBO Domiciliar. 8º Fórum SIPD. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/indicadores/sipd/oitavo\\_forum/COD.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/indicadores/sipd/oitavo_forum/COD.pdf)>. Acesso em: 21 dez. 2012.

MINITAB Inc. (2007). Minitab Statistical Software, Release 16 for Windows, State College, Pennsylvania. Minitab® is a registered trademark of Minitab Inc.: <[www.minitab.com](http://www.minitab.com)>. Acesso em: dez. 2012.

OLIVEIRA, C. C. Otimizando a qualidade de vida das pessoas idosas institucionalizadas. **Revista Virtual Textos & Contexto**, Florianópolis, n. 6, p. 1-20, dez. 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – décima revisão**. São Paulo: Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português; 1997.

PILGER, C.; MENON, M. H.; MATHIAS, T. A. F. Características sociodemográficas e de saúde de idosos: contribuições para os serviços de saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 5, out. 2011.

PIZARRO, R. A. D. S. **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, 2004. 198 f. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2004.

POLLO, S. H. L.; ASSIS, M. Instituições de longa permanência para idosos - ILPIs: desafios e alternativas no município do Rio de Janeiro. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, 2008 .

RAMOS, M. P. Apoio social e saúde entre idosos. **Sociologias**. Porto Alegre, ano 4, nº 7, jan/jun 2002, p. 156-175. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/soc/n7/a07n7.pdf>>. Acesso em: 30 de abr. 2013.

SILVA, A. C. **Atividade física habitual e saúde multidimensional de idosos na cidade de Goiania – GO**. 2005. 171 f. Dissertação (Mestrado em Educação Física) - Centro de Desportos, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

SPIRDUSO, W. W. **Dimensões Físicas do Envelhecimento**. [Tradução Paula Bernardi, revisão científica Cássio Mascarenhas Robert Pires]. - Barueri, SP: Manole, 2005.

VECCHIA, R. D.; RUIZII, T.; BOCCHI, S. C. M.; CORRENTE, J. E. Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 8, n. 3, p. 246-252, set. 2005.

VERAS, R. P. **País jovem com cabelos brancos**: a saúde do idoso no Brasil Rio de Janeiro. RelumeDumará, 1994.

VERAS, R. P.; SILVA, S. D. Perfil do Idoso Brasileiro - Questionário BOAS. 1. ed. Rio de Janeiro: Eduerj, 2008. v. 01. 93 p.

VERAS, R. P. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 3, mai./jun. 2009.

#### 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo permitiu uma reflexão sobre as transformações demográficas que contribuíram para o processo de envelhecimento populacional do Brasil, da região Nordeste, e em especial, do Rio Grande do Norte, nas últimas quatro décadas. Em quatro décadas tanto o Brasil, como a região Nordeste e o RN apresentaram índices de envelhecimento superiores a 30 idosos para cada 100 pessoas menores de 15 anos de idade. Em 2010, este indicador classificou estas populações como envelhecidas.

Verificou-se que o arcabouço jurídico, no âmbito nacional, é suficiente para salvaguardar os idosos institucionalizados, porém devido às diferenças regionais presentes em todo o território brasileiro adequações são necessárias, visando atender a realidade local. Neste sentido, o município de Natal com base na Política Nacional do Idoso instituiu a Política Municipal do Idoso - Lei nº 5.129, de 02 de setembro de 1999. Esta Lei criou o Conselho Municipal do Idoso – CMI e o Fundo Municipal do Idoso.

Neste município, as instituições de natureza filantrópicas surgiram a partir de 1944, enquanto que as de natureza privada surgiram a partir do ano 2000, ou seja, diante da certeza da demanda que surgia com o processo de envelhecimento da população. Das 11 ILPI pesquisadas, 54,5% eram particulares e 45,5% filantrópicas, totalizando 388 leitos. Destes, 60,7% estão nas instituições filantrópicas. Nestas instituições, observou-se 392 residentes com idades que variavam de 56 a 106 anos, com maior participação do sexo feminino.

A inexistência de instituições de longa permanência para idosos, de natureza pública é um fato preocupante, uma vez que a demanda por institucionalização do idoso em Natal cresce a cada dia. Mesmo com o crescimento das instituições particulares não resolveria esta situação, pois a maioria dos idosos institucionalizados apresentaram renda média mensal abaixo de 2 SM, inviabilizando a institucionalização em estabelecimentos de natureza privada.

O poder público municipal é consciente desta realidade, inclusive foi recomendado pelo Ministério Público para disponibilizar pelo menos uma ILPI aos seus munícipes, uma vez que havia uma demanda reprimida nas instituições

filantrópicas, do município, mesmo assim não foi tomada nenhuma providência, neste sentido.

Quanto ao financiamento, as instituições filantrópicas enfrentam sérios problemas financeiros, uma vez que suas receitas provêm de doações, parcerias e convênios. Os convênios firmados com o poder público (federal, estadual e municipal) são desiguais entre as instituições, insuficientes e seus repasses ocorrem de forma irregular, comprometendo à assistência aos idosos.

Atualmente, as instituições apresentam um diagnóstico muito melhor quando comparado ao início da atuação, do CMI. Mesmo assim, declarou a presidente do Conselho, Thelma Indira, que a melhoria da assistência aos idosos institucionalizados depende de um financiamento mais justo, de contratações e capacitações dos profissionais, de melhorias das instalações físicas, entre outros aspectos, e que as fiscalizações devem ocorrer de forma sistemática.

Em síntese, Natal tem avançado na melhoria da assistência aos idosos institucionalizados, destacando-se as participações do Conselho Municipal do Idoso – CMI, do Ministério Público do Estado do Rio Grande do Norte, da Coordenadoria de Vigilância Sanitária do município de Natal e de outros órgãos municipais em defesa dos direitos dos idosos definidos por lei.

Na análise dos resultados sobre os idosos institucionalizados, em Natal/RN, observou-se que dos 392 residentes das ILPI, 80,4% não apresentavam condições de serem investigados por apresentarem elevados graus de deficiência cognitiva, 2,5% não atenderam aos critérios de inclusão, restando à amostra 17,1% dos residentes. As características sociodemográficas e os motivos que contribuíram para a institucionalização destes idosos se assemelharam às observadas em outras localidades do Brasil.

No tocante à saúde física, a maioria dos idosos investigados foi otimista quanto à percepção de saúde, a acuidade visual e auditiva, mas quanto à saúde bucal e a continência urinária a maioria demonstrou apresentar problema. Quanto às atividades da vida diária, detectou-se que 58,2% dos idosos eram frágeis e 67,2% apresentaram comportamento social isolado. No tocante a saúde mental, 61,2% dos idosos apresentaram níveis leve ou alto deficiência cognitiva e 40,3% graus leve ou

grave de depressão. Acrescenta-se a estas dimensões que 65,7% dos idosos institucionalizados estavam satisfeitos com a vida.

Em síntese, o fenômeno do envelhecimento populacional do Brasil, da Região Nordeste, em especial, de Natal/RN levou os poderes públicos: Federal, Estadual e Municipal a estabelecerem normas e padrões de funcionamento e fiscalização para as ILPI. Neste estudo, o diagnóstico dos idosos institucionalizados poderá contribuir para a elaboração de políticas públicas que viabilizem a qualificação dos profissionais que compõem a equipe das instituições, especialmente dos cuidadores, possibilitando a eles uma compreensão adequada das condições de saúde dos idosos. É necessário que o poder público encontre formas de disponibilizar um financiamento às instituições filantrópicas que corresponda às suas reais necessidades. Ressalta-se a importância da criação de instituições de longa permanência, de natureza pública, assim como outras modalidades de assistência, atendendo aos idosos que não tenham a necessidade de uma institucionalização permanente, contribuindo assim com a sua qualidade de vida.

Este estudo sugere aos gestores das instituições que passem a realizar, na admissão do idoso, uma avaliação multidimensional, possibilitando o acompanhamento e análises comparativas sobre estado geral do idoso, após sua institucionalização.

Estudos que visem estimar a população de idosos a curto e médio prazo são de grande valia para dimensionar a necessidade de leitos e instituições, identificando áreas geográficas de maior demanda. Desta forma, estes estudos além de traçar um diagnóstico da situação atual dos idosos possibilitarão ações que visem atender às futuras demandas.

A implantação de serviços ou programas públicos ou em parcerias com empresas privadas ou cooperativas de serviços, que favoreçam o envelhecimento ativo é fundamental diante do atual processo de envelhecimento populacional.

Considerando que 23,4% dos idosos entrevistados moravam só, antes da institucionalização, e que este tipo de arranjo familiar do idoso tende a crescer, recomenda-se à Prefeitura Municipal de Natal/Secretaria Municipal de Saúde a incorporação do profissional “cuidador de idosos”, nas Equipes de Saúde da Família,

visando auxiliar os idosos nas atividades da vida diária, como: dar banho, cortar cabelo, cortar unhas das mãos e pés, entre outras atividades diárias.

Adequar à realidade local as experiências bem sucedidas, a exemplo dos serviços implantados na Espanha (SANCHO, 2012): serviços domiciliares que visam oferecer serviços domésticos (limpeza) e de cuidados pessoais às pessoas em situação de dependência; serviços de teleassistência que tem como objetivo oferecer gratuitamente a todas as pessoas idosas que vivem sozinhas, ou que passam grande parte do dia sem companhia, segurança e tranquilidade, diante de situações de riscos. Estas iniciativas evitam ou retardam a institucionalização, caso seja disponibilizada uma rede diversificada no ambiente, em torno do idoso.

Finalmente, uma restrição deste estudo foi o elevado percentual de idosos excluídos do estudo (80,4%) devido à incapacidade cognitiva, percebida pelos gestores das instituições, impossibilitando-os a submissão aos questionários. Esta exclusão pode ter levado a resultados, neste estudo, deixando de considerar aqueles mais comprometidos cognitivamente, que são justamente aqueles que têm uma qualidade de vida, provavelmente, mais deficiente. Com efeito, os resultados obtidos apontam um déficit na qualidade de vida dos idosos institucionalizados que merecem ser avaliados e considerados pelas instituições, famílias, gestores públicos e pela sociedade, visando promover mudanças que elevem as condições de saúde e bem-estar social, deste segmento da população.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, Senado, 1998.

\_\_\_\_\_. **Lei 8.842, de 04 de janeiro de 1994**. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Disponível em: < [http://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos /bibliotecavirtual/dh/volume%20i/idoso lei 8842.htm](http://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/bibliotecavirtual/dh/volume%20i/idoso/lei_8842.htm)>. Acesso em: 10 jun. 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 73, de 10 de maio de 2001**. Normas de funcionamento de serviços de atenção ao idoso no Brasil. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), Seção 1, p.174-184, 14 mai. 2001.

\_\_\_\_\_. Lei 10.741, de 01 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Disponível em: < [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/10.741.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/10.741.htm)>. Acesso em: 10 de jun. 2012.

CAMARANO, A. A. (Coord.). **Características das instituições de longa permanência para idosos**: Região Norte. Brasília: IPEA; Presidência da República, 2007.

\_\_\_\_\_. **Características das instituições de longa permanência para idosos**: Região Sul. Brasília: IPEA; Presidência da República, 2008.

\_\_\_\_\_. **Características das instituições de longa permanência para idosos**: Região Centro-Oeste. Brasília: IPEA; Presidência da República, 2008.

\_\_\_\_\_. **Características das instituições de longa permanência para idosos**: Região Nordeste. Brasília: IPEA; Presidência da República, 2008.

\_\_\_\_\_. **Características das instituições de longa permanência para idosos**: Região Sudeste. Brasília: IPEA; Presidência da República, 2010.

\_\_\_\_\_. **Muito Além dos 60**. Os novos idosos brasileiros. IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Rio de Janeiro, 1999.

DAVIM, R. M. B.; TORRES, G. V.; DANTAS, S. M. M.; LIMA, V. M. Estudo com idosos de instituições asilares no município de Natal/RN: características socioeconômicas e de saúde. **Rev. Latino-americana de Enfermagem**, v. 12, n. 3, p. 518-24, mai.-jun. 2004.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTIA – IBGE. **Indicadores sociais municipais**: uma análise dos resultados do universo do censo demográfico 2010. Rio de Janeiro, 2011.

MOREIRA, M. M. Determinantes demográficos do envelhecimento populacional brasileiro. In: ABEP. ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 12, Caxambu. **Anais...** Belo Horizonte, ABEP, v. 1, p. 1-18, 2000.

MOREIRA, M. M. **Envelhecimento da população brasileira**. Belo Horizonte: CEDEPLAR-UFMG, 1997. Tese (Doutorado em Demografia) – Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional da Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal de Minas Gerais – CEDEPLAR/UFMG, Belo Horizonte, 1997. 149 f.

NATAL. **Resolução Conjunta Nº 001/06, de 18 de dezembro de 2006**. Regulamenta política de abrigos no município de Natal. Diário Oficial do Município [do Natal]. Natal, RN, Ano 6, n. 1062, 20 dez. 2006.

NUNES, V. M. A.; MENEZES, R. M. P.; ALCHIERI, J. C. Avaliação da Qualidade de Vida em idosos institucionalizados no município de Natal, Estado do Rio Grande do Norte. **Acta Scientiarum. Health Sciences**. Maringá, v. 32, n. 2, p. 119-126, 2010.

SANCHO, M. Políticas de atenção às pessoas idosas na Espanha - a Lei de Dependência. In: BERZINS, M. V.; BORGES, M. C. (Orgs.). **Políticas Públicas para um país que envelhece**. São Paulo: Martinari, 2012. p. 253-270.

## APÊNDICES

**APÊNDICE A:** Evolução do Índice de Envelhecimento dos municípios do RN, 1980 a 2010  
(continua)

MUNICÍPIO	ÍNDICE DE ENVELHECIMENTO			
	1980	1990	2000	2010
Francisco Dantas	8,1	18,9	33,6	61,8
Rodolfo Fernandes	9,7	21,9	33,9	49,4
Viçosa	11,4	20,9	24,1	46,5
Galinhos	11,8	17,7	9,1	29,8
Tenente Ananias	11,9	22,9	37,1	55,3
Taboleiro Grande	11,9	16,6	41,4	40,5
Encanto	11,9	23,0	36,4	53,4
Messias Targino	12,1	21,0	30,4	43,0
Severiano Melo	12,1	16,7	21,6	58,7
Parazinho	12,4	16,0	23,5	35,9
João Dias	12,5	26,7	33,4	49,4
São Francisco do Oeste	12,7	25,0	29,6	53,0
Japi	12,7	18,1	22,7	40,1
Doutor Severiano	12,8	17,4	28,2	49,3
Coronel João Pessoa	13,4	19,4	30,0	43,2
Antônio Martins	13,5	21,8	37,0	55,6
Arês	13,5	19,1	24,6	35,1
Apodi	13,7	20,3	30,9	50,4
Mossoró	14,0	18,2	25,9	39,8
Água Nova	14,0	17,6	24,5	44,6
Baía Formosa	14,1	14,2	20,7	31,9
Goianinha	14,2	16,2	21,8	30,1
Lucrecia	14,3	22,8	32,5	53,2
Almino Afonso	14,5	22,8	33,8	54,9
Frutuoso Gomes	14,7	19,9	34,1	62,0
Maxaranguape	14,7	17,0	20,6	29,5
São Miguel	14,8	21,6	33,3	47,3
Guamaré	14,8	18,8	21,8	27,0
Paraná	14,8	17,3	28,1	55,2
Riacho de Santana	14,8	22,5	35,5	62,0
São Gonçalo do Amarante	14,9	16,5	18,2	29,1
Luís Gomes	15,1	19,8	30,6	47,5
Riacho da Cruz	15,1	22,5	38,2	50,6
Umarizal	15,2	25,1	35,1	56,8
Monte das Gameleiras	15,3	19,4	28,0	44,0
Lagoa Salgada	15,5	20,1	27,3	39,4
Pedra Preta	15,5	22,1	24,3	44,4
Vila Flor	15,5	15,8	16,5	28,0
Lagoa d'Anta	15,5	18,4	23,1	37,8
Parnamirim	15,6	14,0	17,1	30,3
Patu	15,8	25,7	38,1	53,4
Jandaíra	15,9	19,3	25,3	36,8

**APÊNDICE A:** Evolução do Índice de Envelhecimento dos municípios do RN, 1980 a 2010  
(continuação)

MUNICÍPIO	ÍNDICE DE ENVELHECIMENTO			
	1980	1990	2000	2010
Sítio Novo	15,9	21,8	28,1	49,2
Rafael Godeiro	16,0	30,0	46,2	61,1
Alexandria	16,0	25,7	41,0	64,0
Ruy Barbosa	16,0	23,5	30,7	50,1
Santana do Seridó	16,0	23,3	40,5	60,2
Pedra Grande	16,1	20,0	22,2	33,9
Rafael Fernandes	16,2	24,5	34,2	56,4
Serra de São Bento	16,2	21,0	30,3	50,8
Olho-d'Água do Borges	16,2	31,1	45,5	72,8
Ipanguaçu	16,2	18,9	25,0	33,7
Marcelino Vieira	16,4	22,7	34,2	54,1
Lagoa de Pedras	16,4	23,7	27,0	40,2
Lagoa de Velhos	16,7	25,4	28,8	47,1
José da Penha	16,7	25,3	40,6	69,9
Martins	16,9	30,0	45,3	64,6
Riachuelo	17,0	21,5	26,1	39,0
Natal	17,0	20,3	27,9	48,0
Upanema	17,0	22,8	28,0	42,0
Itaú	17,2	22,5	33,3	55,8
Senador Elói de Souza	17,2	25,6	28,5	42,3
Serrinha	17,3	21,8	28,8	43,2
Canguaretama	17,4	18,3	20,4	28,3
Caraúbas	17,5	26,5	38,1	56,5
Extremoz	17,6	18,4	21,2	32,4
Janduís	17,6	21,5	36,9	55,5
Touros	17,8	18,6	20,6	32,5
São Pedro	17,8	26,5	33,7	51,4
Passa e Fica	17,8	25,1	32,8	52,1
Felipe Guerra	17,9	27,1	40,4	64,3
Ceará-Mirim	17,9	19,6	23,9	35,2
São Bento do Trairí	17,9	24,5	24,9	40,2
Grossos	18,0	22,7	29,4	46,9
Macau	18,1	26,5	35,8	46,5
Barcelona	18,1	31,8	37,8	61,6
Tibau do Sul	18,1	21,2	27,0	30,4
João Câmara	18,1	21,5	25,7	37,7
Pedro Avelino	18,2	20,2	31,3	51,1
Vera Cruz	18,3	26,2	30,7	39,6
Tangará	18,4	23,5	29,3	39,3
Areia Branca	18,4	25,6	35,4	47,5
Monte Alegre	18,7	25,6	26,7	40,0
Senador Georgino Avelino	18,7	20,8	22,5	30,5

**APÊNDICE A:** Evolução do Índice de Envelhecimento dos municípios do RN, 1980 a 2010  
(continuação)

MUNICÍPIO	ÍNDICE DE ENVELHECIMENTO			
	1980	1990	2000	2010
Santo Antônio	18,7	25,7	33,1	47,3
Lagoa Nova	18,8	20,2	27,5	39,4
Açu	18,8	21,5	27,2	39,9
Pureza	18,8	20,2	26,3	35,6
Governador Dix-Sept Rosado	18,9	24,5	31,1	49,3
Bento Fernandes	18,9	22,4	23,8	39,1
Ielmo Marinho	19,0	22,4	26,8	36,9
Carnaubais	19,0	27,1	30,0	40,4
Serra Negra do Norte	19,1	30,0	41,1	54,4
Taipu	19,1	22,6	24,4	37,6
São José do Campestre	19,1	25,3	32,8	47,7
Januário Cicco	19,2	26,7	31,1	43,2
Augusto Severo	19,2	23,6	34,3	51,1
Equador	19,2	25,9	35,1	46,5
Espírito Santo	19,3	21,7	28,0	42,9
Poço Branco	19,4	21,5	25,0	36,0
Coronel Ezequiel	19,5	27,4	35,4	53,7
Currais Novos	19,5	25,7	38,1	59,6
Paraú	19,6	26,7	37,7	56,7
Caiçara do Rio do Vento	19,7	25,8	23,0	50,9
Afonso Bezerra	19,7	23,2	36,2	45,4
Macaíba	19,8	22,5	26,0	35,4
Cerro Corá	19,8	24,4	32,7	50,5
Portalegre	19,8	28,5	37,4	56,7
Presidente Juscelino	19,9	25,3	26,6	34,3
Pau dos Ferros	19,9	23,9	32,8	50,7
São Paulo do Potengi	19,9	28,8	35,4	49,8
Nova Cruz	20,0	24,9	30,3	45,1
São Bento do Norte	20,1	22,2	24,2	41,5
Jucurutu	20,5	28,1	39,6	61,5
Brejinho	20,6	25,8	31,5	42,9
Nísia Floresta	20,8	21,1	22,3	32,2
Santana do Matos	20,8	28,4	40,6	65,5
Santa Cruz	21,0	22,6	28,9	44,1
São José de Mipibu	21,2	21,9	24,5	36,2
Montanhas	21,3	25,8	31,3	43,7
Jardim de Piranhas	21,3	27,2	32,1	47,7
Lajes	21,3	31,2	37,8	56,0
Carnaúba dos Dantas	21,4	32,0	37,1	52,3
Acari	21,6	32,0	43,1	67,9
São Fernando	21,9	27,7	38,5	64,5
São Tomé	21,9	33,3	40,0	62,2

**APÊNDICE A:** Evolução do Índice de Envelhecimento dos municípios do RN, 1980 a 2010  
(conclusão)

MUNICÍPIO	ÍNDICE DE ENVELHECIMENTO			
	1980	1990	2000	2010
Bom Jesus	22,0	23,7	32,3	45,8
Alto do Rodrigues	22,3	24,4	29,2	37,0
Campo Redondo	22,3	29,9	42,5	57,9
Várzea	22,7	27,2	37,2	59,0
Jardim de Angicos	22,7	26,4	30,9	52,1
Lajes Pintadas	22,7	27,1	36,5	55,8
São José do Seridó	22,9	26,0	34,2	56,8
Pilões	23,1	26,5	38,4	58,4
Caicó	23,4	28,6	37,4	56,2
Pedro Velho	23,4	25,6	31,4	42,9
Florânia	23,5	28,9	42,4	64,5
Angicos	23,5	27,1	36,6	55,3
Ipueira	23,6	30,9	46,6	67,2
Pendências	24,3	31,4	37,2	45,5
Timbaúba dos Batistas	24,7	31,1	48,3	76,1
Jaçanã	24,9	31,0	38,9	57,6
Passagem	24,9	33,5	37,5	51,1
Cruzeta	25,0	29,9	37,7	65,7
Parelhas	26,7	30,5	36,9	54,1
São Rafael	27,0	34,2	47,0	71,7
São Vicente	27,2	34,6	43,7	64,0
São João do Sabugi	27,3	30,4	40,5	79,7
Ouro Branco	27,6	36,2	53,6	73,9
Jardim do Seridó	29,6	38,1	50,7	88,9
Baraúna	-	15,7	19,9	27,6
Rio do Fogo	-	-	22,5	27,9
Porto do Mangue	-	-	22,4	30,9
Tenente Laurentino Cruz	-	-	23,3	32,1
Venha-Ver	-	-	17,2	32,5
Itajá	-	-	21,1	32,7
Serra do Mel	-	13,7	24,6	32,8
São Miguel do Gostoso	-	-	18,8	33,3
Caiçara do Norte	-	-	25,9	34,9
Tibau	-	-	25,2	38,7
Triunfo Potiguar	-	-	29,4	39,5
Santa Maria	-	-	29,2	40,0
Bodó	-	-	24,4	40,2
Jundiá	-	-	-	48,9
Major Sales	-	-	40,2	52,8
Fernando Pedroza	-	-	36,8	60,1
Serrinha dos Pintos	-	-	44,1	67,7

## APÊNDICE B - Caracterização da Instituição

### CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

Número do questionário:	_____	[ ]
Nome do entrevistador:	_____	[ ]
Código do idoso:	_____	[ ]
Código do cuidador:	_____	[ ]
Data de aplicação do questionário:	___/___/____ - (dd/mm/aaaa)	
Local de aplicação:	_____	[ ]

### Questões

001	Nome da instituição:	_____				[ ]
002	Tipo de vínculo do idoso na instituição.	1. Particular	2. Filantrópico	3. Outros: _____		[ ]
003	Cargo que ocupa o respondente na instituição.	1. Gerente	2. Proprietário (a)	3. Médico (a)/ Enfermeiro (a)	4. Outros: _____	[ ]
004	Quantos idosos estão atualmente internos na instituição?					[ ]
005	Destes idosos, quantos são totalmente dependentes dos cuidadores?					[ ]
006	Em sua opinião, qual o principal motivo para os idosos serem institucionalizados?					[ ]
007	Quantos cuidadores fixos existem na instituição?					[ ]
008	Qual a principal qualificação que o cuidador deve ter para ser contratado pela instituição?					[ ]
009	Quantos leitos existem disponíveis, incluindo os ocupados, na instituição?					[ ]
010	Quantos profissionais da área da saúde (médicos, técnicos de enfermagem, etc.) existem na instituição?					[ ]
011	Quais os serviços e/ou atividades a instituição oferece para os idosos? _____					[ ]
012	Você acredita que passando o impacto inicial, a maioria dos idosos se adaptam de forma espontânea ou resignada?	1. Resignada	2. Espontânea	3. Não se adaptam.	4. Outros: _____	[ ]
013	Comentários: _____					[ ]

**APÊNDICE C - Carta de Anuência**

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE  
CENTRO DE CIÊNCIAS EXATAS E DA TERRA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DEMOGRAFIA



Ofício Circular nº

Natal, x de xxx de 2012

De: Prof<sup>a</sup>. Lara de Melo Barbosa

Professora adjunta do Departamento de Estatística

Coordenadora do Programa de Pós-Graduação de Demografia

Para:

Prezado (a),

Solicito a V.Sa. a autorização para realizar, nesta Instituição de Longa Permanência para Idosos, a pesquisa “Instituições de longa permanência para idosos: abandono ou uma necessidade familiar? ”, que visa investigar os possíveis determinantes associados à institucionalização do idoso dependente, pela visão do idoso, do cuidador e do familiar responsável pelo idoso, considerando os aspectos da estrutura e convívio familiar, da saúde e bem-estar.

As informações serão levantadas por meio de questionários específicos, os quais serão aplicados aos cuidadores e familiares responsáveis pelos idosos institucionalizados e, aos idosos, serão aplicados testes que possam aferir sua autonomia funcional e sanidade mental, quando possível.

Sendo somente o que se apresenta no momento, colocamo-nos ao dispor para quaisquer esclarecimentos e aproveitamos o ensejo para expressar nossos votos de consideração e apreço.

Atenciosamente,

Profa. Lara de Melo Barbosa

Coordenadora do Projeto de Pesquisa aprovado pelo nº 482684/2011-9- CNPq

Coordenadora do Programa de Pós-Graduação de Demografia

## APÊNDICE D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE  
CENTRO DE CIÊNCIAS EXATAS E DA TERRA  
DEPARTAMENTO DE ESTATÍSTICA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DEMOGRAFIA - PPGDEM

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

#### Esclarecimentos

Este é um convite para você participar da pesquisa "**Instituições de longa permanência para idosos: abandono ou uma necessidade familiar.**" coordenada pela Profa. Dra. Lára de Melo Barbosa. Sua participação é voluntária, o que significa que você poderá desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento, sem que isso lhe traga nenhum prejuízo ou penalidade.

Essa pesquisa objetiva investigar os possíveis determinantes associados à institucionalização do idoso, pela visão do idoso e de seu cuidador formal, considerando os aspectos da estrutura familiar, socioeconômicos, da saúde e bem-estar. Caso decida aceitar o convite, você será submetido (a) à entrevista, utilizando-se um questionário que permita captar informações que subsidiem a pesquisa.

Essa pesquisa por ser um estudo observacional poderá acarretar riscos mínimos aos participantes, seja físico ou psicológico. Caso se apresente, encaminharemos para serviços de assistência à saúde e ou psicológica públicos.

Os resultados deste projeto poderão beneficiar as instituições de longa permanência de idosos e serão de grande valia à população como um todo, mas, principalmente, poderão servir de subsídios para fins de elaboração de políticas públicas voltadas para melhorias nas instituições de longa permanência para idosos.

Todas as informações obtidas serão sigilosas e seu nome não será identificado em nenhum momento. Os dados serão guardados em local seguro e a divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar os voluntários.

Se você tiver algum gasto que seja devido à sua participação na pesquisa, você será ressarcido, caso solicite.

Em qualquer momento, se você sofrer algum dano comprovadamente decorrente desta pesquisa, você terá direito a indenização.

Você ficará com uma cópia deste Termo e toda a dúvida que você tiver a respeito desta pesquisa, poderá perguntar diretamente para Profa. Dra. Lára de Melo Barbosa, no endereço UFRN Campus Universitário s/nº, Lagoa Nova, Natal-RN ou pelo telefone 3342-2520/3215-3785 ou email lara@ccet.ufrn.br.

Dúvidas a respeito da ética dessa pesquisa poderão ser questionadas ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFRN no endereço: Praça do Campus Universitário, Lagoa Nova. CEP 59072-970 ou pelo telefone (84)3215-3135.



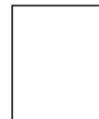
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE  
CENTRO DE CIÊNCIAS EXATAS E DA TERRA  
DEPARTAMENTO DE ESTATÍSTICA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DEMOGRAFIA - PPGDEM

Consentimento Livre e Esclarecido

Declaro que compreendi os objetivos desta pesquisa, como ela será realizada, os riscos e benefícios envolvidos e concordo em participar voluntariamente da pesquisa "**Instituições de longa permanência para idosos: abandono ou uma necessidade familiar?**".

Participante da pesquisa: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_



Pesquisador responsável: **Lára de Melo Barbosa**

Assinatura: \_\_\_\_\_ 

**Universidade Federal do Rio Grande do Norte**

**Centro de Ciências Exatas e da Terra**

**Departamento de Estatística**

Fone: (84) 3342-2520/ 3215-3785

**Programa de Pós-Graduação em Demografia**

**Comitê de ética e Pesquisa**

Praça do Campus Universitário, Lagoa Nova. CEP 59072-970  
ou pelo telefone (84) 3215-3135.

**APÊNDICE E- Aspectos sociais dos idosos institucionalizados em Natal, 2012.**

Variável	Masculino		Feminino		Total	
	n	% <sup>a</sup>	n	% <sup>a</sup>	n	% <sup>a</sup>
<b>Relacionamento com outros idosos da ILPI</b>						
Insatisfeito	2	8,3	0	0,0	2	3,1
Satisfeito	22	91,7	41	100,0	63	96,9
<b>Recebe ajuda ou assistência da família</b>						
Ajuda financeira	6	24,0	11	26,8	17	25,8
Outro tipo de cuidado ou assistência	9	36,0	17	40,5	26	38,8
<b>Oferece ajuda ou assistência à família</b>						
Ajuda financeira	8	32,0	10	23,8	18	26,9
Outro tipo de cuidado ou assistência	2	8,0	5	11,9	7	10,5
<b>Recebeu visita (última semana)<sup>b</sup></b>						
Filhos	8	32,0	15	35,7	23	34,3
Outros familiares	6	24,0	17	40,5	23	34,3
Vizinhos	5	20,0	9	21,4	14	20,9
Visitantes da ILPI	1	4,3	7	16,7	8	11,9
<b>Outro tipo de cuidado ou assistência recebidos da família<sup>b</sup></b>						
Atenção, visitas e passeios.	6	66,7	12	70,6	18	69,2
Higiene, alimentação e vestuário	1	11,1	2	11,8	3	11,5
Saúde	2	22,2	3	17,6	5	19,2
<b>Outro tipo de cuidado ou assistência ofertada à família<sup>b</sup></b>						
Ajuda espiritual	0	0,0	2	40,0	2	28,6
Atenção/Carinho	2	100,0	3	60,0	5	71,4

a Percentuais calculados excluindo-se as respostas "não se aplica", "não sabe" ou "não respondeu".

b Pergunta permite mais de uma resposta.

**APÊNDICE F - TABELA 17- Principal ocupação dos idosos, antes da institucionalização, Natal, 2012.**

Variável	Masculino		Feminino		Total	
	n	% <sup>a</sup>	n	% <sup>a</sup>	n	% <sup>a</sup>
<b>CBO-Domiciliar</b>						
Trabalhadores dos serviços, vendedores do comércio em lojas e mercados	1	4,0	20	48,8	21	31,8
Trabalhadores da produção de bens e serviços industriais	6	24,0	6	14,6	12	18,2
Profissionais das ciências e das artes	5	20,0	5	12,2	10	15,2
Trabalhadores agropecuários, florestais, caça e pesca	4	16,0	3	7,3	7	10,6
Membros sup. do poder público, dirigentes de organizações de interesse público e de empresas, gerentes	4	16,0	1	2,4	5	7,6
Outros	5	20,0	4	9,8	9	13,6
Nunca trabalhou	0	0,0	2	4,9	2	3,0

<sup>a</sup> Percentuais calculados excluindo-se as respostas “não se aplica”, “não sabe” ou “não respondeu”.

**APÊNDICE G - TABELA 18 - Aspectos econômicos dos idosos institucionalizados, segundo sexo, Natal, 2012.**

Variável	Masculino		Feminino		Total		p-valor
	n	%**	n	%**	n	%**	
<b>Fonte de renda***</b>							
Aposentadoria	23	92,0	33	78,6	56	83,6	
Pensão/ajuda do cônjuge	1	4,0	10	24,4	11	16,7	
Aluguel, investimentos	5	20,0	4	9,5	9	13,4	
Ajuda de parentes e amigos	3	12,0	5	11,9	8	11,9	
Outras fontes	0	0,0	2	4,8	2	3,0	
<b>Renda média</b>							
Até 2 SM	7	58,3	11	84,6	18	72,0	0,202*
de 2 SM	5	41,7	2	15,4	7	28,0	
<b>Rendimentos quanto as necessidades básicas</b>							
Dá e sobra	4	18,2	8	20,5	12	19,7	0,660*
Dá na conta certa	14	63,6	21	53,9	35	57,4	
sempre falta um pouco	1	4,6	6	15,4	7	11,5	
sempre falta muito	3	13,6	4	10,3	7	11,5	
<b>Situação econômica atual comparada a quando tinha 50 anos</b>							
Melhor	3	12,5	11	28,2	14	22,2	0,211
A mesma	7	29,2	13	33,3	20	31,8	
Pior	14	58,3	15	38,5	29	46,0	

\*Percentuais calculados excluindo-se as respostas "não se aplica", "não sabe" ou "não respondeu".

<sup>b</sup> Teste exato de Fisher.

<sup>c</sup> Pergunta permite mais de uma resposta.

**APÊNDICE H** - Recursos econômicos dos idosos institucionalizados , segundo natureza jurídica da ILPI's, em Natal, 2012.

Variável	Particular		Filantrópica		Total		p-valor
	n	%**	n	%**	n	%**	
<b>Fonte de renda***</b>							
Aposentadoria	24	82,8	32	84,2	56	83,6	
Pensão/ajuda do cônjuge	9	32,1	2	5,3	11	16,7	
Aluguel, investimentos	5	17,2	4	10,5	9	13,4	
Ajuda de parentes e amigos	4	13,8	4	10,5	8	11,9	
Outras fontes	0	0,0	2	5,3	2	3,0	
<b>Renda média</b>							
Até 2 SM	0	0,0	18	94,7	18	72,0	0,000*
de 2 SM	6	100,0	1	5,3	7	28,0	

**APÊNDICE I - TABELA 19 - Queixa principal dos idosos institucionalizados, segundo sexo, Natal, 2012.**

Variável	Masculino		Feminino		Total	
	n	% <sup>a</sup>	n	% <sup>a</sup>	n	% <sup>a</sup>
<b>CAPÍTULO DA CID-10</b>						
Doenças do aparelho circulatório	7	30,4	9	25,0	16	27,1
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	4	17,4	6	16,7	10	16,9
Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	6	26,1	3	8,3	9	15,3
Demais Capítulos da CID10	3	13,0	10	27,8	13	22,0
Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, ...	3	13,0	8	22,2	11	18,6

<sup>a</sup> Percentuais calculados excluindo-se as respostas "não se aplica", "não sabe" ou "não respondeu".

**APÊNDICE J - TABELA 20 - Idosos institucionalizados, segundo satisfação com a vida, Natal, 2012.**

Variável	Satisfeito		Insatisfeito		Total		p-valor
	n	% <sup>a</sup>	n	% <sup>a</sup>	n	% <sup>a</sup>	
<b>Aspectos Sociodemográficos</b>							
<i>Natureza</i>							
Particular	22	75,9	7	24,1	29	43,3	0,121
Filantrópica	22	57,9	16	42,1	38	56,7	
<i>Sexo</i>							
Masculino	18	72,0	7	28,0	25	37,3	0,396
Feminino	26	61,9	16	38,1	42	62,7	
<i>Faixa etária</i>							
60-69 anos	8	66,7	4	33,3	12	17,9	0,886 <sup>b</sup>
70-79 anos	12	60,0	8	40,0	20	29,9	
80 anos e mais	24	68,6	11	31,4	35	52,2	
<i>Escolaridade</i>							
Nenhuma	8	80,0	2	20,0	10	15,4	0,269 <sup>b</sup>
Ensino Fundamental	22	56,4	17	43,6	39	60,0	
Ensino Médio e Superior	12	75,0	4	25,0	16	24,6	
<i>Estado conjugal</i>							
Casado	9	100,0	0	0,0	9	13,6	0,024 <sup>b</sup>
Não casado	35	61,4	22	38,6	57	86,4	
<i>Teve filhos</i>							
Sim	15	62,5	9	37,5	24	35,8	0,683
Não	29	67,4	14	32,6	43	64,2	
<i>Arranjo familiar</i>							
Morava só	11	68,8	5	31,3	16	23,9	0,765
Não morava só	33	64,7	18	35,3	51	76,1	
<i>Rendimento mensal</i>							
Até 2 SM	10	55,6	8	44,4	18	27,0	0,514 <sup>b</sup>
Acima de 2 SM	5	71,4	2	28,6	7	10,0	
<b>Percepção da Saúde Física</b>							
<i>Saúde</i>							
Boa ou Ótima	31	81,6	7	18,4	38	56,7	0,002
Ruim ou Péssima	13	44,8	16	55,2	29	43,3	
<i>Acuidade visual</i>							
Boa ou Ótima	28	75,7	9	24,3	37	55,2	0,055
Ruim ou Péssima	16	53,3	14	46,7	30	44,8	
<i>Acuidade auditiva</i>							
Boa ou ótima	36	67,9	17	32,1	53	79,1	0,532 <sup>b</sup>
Ruim ou Péssima	8	57,1	6	42,9	14	20,9	
<i>Saúde bucal</i>							
Boa ou Ótima	20	76,9	6	23,1	26	39,4	0,100
Ruim ou Péssima	23	57,5	17	42,5	40	60,6	
<b>Atividades de Vida Diária</b>							
<i>NCF</i>							
Fisicamente dependente	17	60,7	11	39,3	28	41,8	0,469
Fisicamente frágil	27	69,2	12	30,8	39	58,2	
<i>NISP</i>							
Sociável e integrado	20	90,9	2	9,1	22	32,8	0,001
Isolado	24	53,3	21	46,7	45	67,2	
<b>Saúde Mental</b>							
<i>Deficiência cognitiva</i>							
Sem defic. cognitiva	18	69,2	8	30,8	26	38,8	0,572
Defic. cognitiva leve	16	69,6	7	30,4	23	34,3	
Alto nível de defic. cognitiva	10	55,6	8	44,4	18	26,9	
<i>Depressão</i>							
Sem indicador de depressão	32	80,0	8	20,0	40	59,7	0,001 <sup>b</sup>
Depressão leve	9	64,3	5	35,7	14	20,9	
Depressão grave	3	23,1	10	76,9	13	19,4	

<sup>a</sup> Percentuais calculados excluindo-se as respostas "não se aplica", "não sabe" ou "não respondeu".

<sup>b</sup> Teste exato de Fisher.

**APÊNDICE K - TABELA 21 - Idosos institucionalizados, segundo nível de capacidade funcional - NCF, Natal, 2012.**

Variável	Dependente		Frágil		Total		p-valor
	n	% <sup>a</sup>	n	% <sup>a</sup>	n	% <sup>a</sup>	
<b>Aspectos Sociodemográficos</b>							
<i>Natureza</i>							
Particular	13	44,8	16	55,2	29	43,3	0,660
Filantrópica	15	39,5	23	60,5	38	56,7	
<i>Sexo</i>							
Masculino	11	44,0	14	56,0	25	37,3	0,777
Feminino	17	40,5	25	59,5	42	62,7	
<i>Faixa etária</i>							
60-69 anos	4	33,3	8	66,7	12	17,9	0,239
70-79 anos	6	30,0	14	70,0	20	29,9	
80 anos e mais	18	51,4	17	48,6	35	52,2	
<i>Escolaridade</i>							
Nenhuma	3	11,5	7	18,0	10	15,4	0,514 <sup>b</sup>
Ensino Fundamental	18	69,2	21	53,9	39	60,0	
Ensino Médio e Superior	5	19,2	11	28,2	16	24,6	
<i>Estado conjugal</i>							
Casado	4	14,8	5	12,8	9	13,6	1,000 <sup>b</sup>
Não casado	23	85,2	34	87,2	57	86,4	
<i>Arranjo familiar</i>							
Morava só	6	21,4	10	25,6	16	23,9	0,689
Não morava só	22	78,6	29	74,4	51	76,1	
<i>Rendimento mensal</i>							
Até 2 SM	7	77,8	11	68,8	18	72,0	1,000 <sup>b</sup>
Acima de 2 SM	2	22,2	5	31,3	7	28,0	
<b>Satisfação com a vida</b>							
Satisfeito	17	38,6	27	61,4	44	65,7	0,469
Insatisfeito	11	47,8	12	52,2	23	34,3	
<b>Percepção da Saúde Física</b>							
<i>Saúde</i>							
Boa ou Ótima	11	29,0	27	71,1	38	56,7	0,014
Ruim ou Péssima	17	58,6	12	41,4	29	43,3	
<i>Acuidade visual</i>							
Boa ou Ótima	11	29,7	26	70,3	37	55,2	0,026
Ruim ou Péssima	17	56,7	13	43,3	30	44,8	
<i>Acuidade auditiva</i>							
Boa ou Ótima	18	34,0	35	66,0	53	79,1	0,011
Ruim ou Péssima	10	71,4	4	28,6	14	20,9	
<i>Saúde bucal</i>							
Boa ou Ótima	9	34,6	17	65,4	26	39,4	0,400
Ruim ou Péssima	18	45,0	22	55,0	40	60,6	
<b>Atividades de Vida Diária</b>							
<i>NISP</i>							
Sociável e integrado	4	14,3	18	46,2	22	32,8	0,005
Isolado	24	85,7	21	53,9	45	67,2	
<b>Saúde Mental</b>							
<i>Deficiência cognitiva</i>							
Sem defic. cognitiva	9	34,6	17	65,4	26	38,8	0,621
Defic. cognitiva leve	11	47,8	12	52,2	23	34,3	
Alto nível de defic. cognitiva	8	44,4	10	55,6	18	26,9	
<i>Depressão</i>							
Sem indicador de depressão	13	32,5	27	67,5	40	59,7	0,066
Depressão leve	6	42,9	8	57,1	14	20,9	
Depressão grave	9	69,2	4	30,8	13	19,4	

<sup>a</sup> Percentuais calculados excluindo-se as respostas "não se aplica", "não sabe" ou "não respondeu".

<sup>b</sup> Teste exato de Fisher.

**APÊNDICE L- Idosos institucionalizados, segundo nível de integração social participativa- NISP, Natal, 2012.**

Variável	Sociável/Integrado		Isolado		Total		p-valor
	n	% <sup>a</sup>	n	% <sup>a</sup>	n	% <sup>a</sup>	
<b>Aspectos Sociodemográficos</b>							
<i>Natureza</i>							
Particular	13	44,8	16	55,2	29	43,3	0,068
Filantrópica	9	23,7	29	76,3	38	56,7	
<i>Sexo</i>							
Masculino	11	44,0	14	56,0	25	37,3	0,133
Feminino	11	26,2	31	73,8	42	62,7	
<i>Faixa etária</i>							
60-69 anos	5	41,7	7	58,3	12	17,9	0,830 <sup>b</sup>
70-79 anos	6	30,0	14	70,0	20	29,9	
80 anos e mais	11	31,4	24	68,6	35	52,2	
<i>Escolaridade</i>							
Nenhuma	3	30,0	7	70,0	10	15,4	0,618 <sup>b</sup>
Ensino Fundamental	12	30,8	27	69,2	39	60,0	
Ensino Médio e Superior	7	43,8	9	56,3	16	24,6	
<i>Estado conjugal</i>							
Casado	5	55,6	4	44,4	9	13,6	0,147 <sup>b</sup>
Não casado	17	29,8	40	70,2	57	86,4	
<i>Teve filhos</i>							
Sim	10	41,7	14	58,3	24	35,8	0,250
Não	12	27,9	31	72,1	43	64,2	
<i>Arranjo familiar</i>							
Morava só	3	18,8	13	81,3	16	23,9	0,154
Não morava só	19	37,3	32	62,7	51	76,1	
<i>Rendimento mensal</i>							
Até 2 SM	5	27,8	13	72,2	18	72,0	0,640 <sup>b</sup>
Acima de 2 SM	3	42,9	4	57,1	7	28,0	
<b>Satisfação da Vida</b>							
Satisfeito	20	45,5	24	54,5	44	65,7	0,001
Insatisfeito	2	8,7	21	91,3	23	34,3	
<b>Percepção da Saúde Física</b>							
<i>Saúde</i>							
Boa ou Ótima	17	44,7	21	55,3	38	56,7	0,015
Ruim ou Péssima	5	17,2	24	82,8	29	43,3	
<i>Acuidade visual</i>							
Boa ou Ótima	15	40,5	22	59,5	37	55,2	0,132
Ruim ou Péssima	7	23,3	23	76,7	30	44,8	
<i>Acuidade auditiva</i>							
Boa ou ótima	18	34,0	35	66,0	53	79,1	1,000 <sup>b</sup>
Ruim ou péssima	4	28,6	10	71,4	14	20,9	
<i>Saúde bucal</i>							
Boa ou ótima	14	53,8	12	46,2	26	39,4	0,002
Ruim ou péssima	7	17,5	33	82,5	40	60,6	
<b>Atividades de Vida Diária</b>							
<i>NCF</i>							
Fisicamente dependente	4	14,3	24	85,7	28	41,8	0,005
Fisicamente frágil	18	46,2	21	53,8	39	58,2	
<b>Saúde Mental</b>							
<i>Deficiência cognitiva</i>							
Sem defic. cognitiva	11	42,3	15	57,7	26	38,8	0,419
Defic. cognitiva leve	6	26,1	17	73,9	23	34,3	
Alto nível de defic. cognitiva	5	27,8	13	72,2	18	26,9	
<i>Depressão</i>							
Sem indicador	18	45,0	22	55,0	40	59,7	0,022 <sup>b</sup>
Depressão leve	1	7,1	13	92,9	14	20,9	
Depressão grave	3	23,1	10	22,2	13	19,4	

<sup>a</sup> Percentuais calculados excluindo-se as respostas "não se aplica", "não sabe" ou "não respondeu".

<sup>b</sup> Teste exato de Fischer.

**APÊNDICE M -TABELA 23 - Idosos institucionalizados, segundo indicadores de deficiência cognitiva, Natal, 2012.**

Variável	Deficiência cognitiva						p-valor		
	Sem		Leve		Alto			Total	
	n	% <sup>a</sup>	n	% <sup>a</sup>	n	% <sup>a</sup>		n	% <sup>a</sup>
<b>Aspectos Sociodemográficos</b>									
<i>Natureza</i>									
Particular	11	37,9	13	44,8	5	17,2	29	43,3	0,175
Filantrópica	15	39,5	10	26,3	13	34,2	38	56,7	
<i>Sexo</i>									
Masculino	15	60,0	5	20,0	5	20,0	25	37,3	0,021
Feminino	11	26,2	18	42,9	13	31,0	42	62,7	
<i>Faixa etária</i>									
60-69 anos	8	66,7	4	33,3	0	0,0	12	17,9	0,074 <sup>b</sup>
70-79 anos	8	40,0	7	35,0	5	25,0	20	29,9	
80 anos e mais	10	28,6	12	34,3	13	37,1	35	52,2	
<i>Estado conjugal</i>									
Casado	2	22,2	2	22,2	5	55,6	9	13,6	0,118 <sup>b</sup>
Não casado	24	42,1	21	36,8	12	21,1	57	86,4	
<i>Rendimento mensal</i>									
Até 2 SM	8	44,4	4	22,2	6	33,3	18	72,0	0,726 <sup>b</sup>
Acima de 2 SM	4	57,1	2	28,6	1	14,3	7	28,0	
<b>Satisfação da Vida</b>									
Satisfeito	18	40,9	16	36,4	10	22,7	44	65,7	0,572
Insatisfeito	8	34,8	7	30,4	8	34,8	23	34,3	
<b>Percepção da Saúde Física</b>									
<i>Acuidade visual</i>									
Boa ou ótima	20	54,1	11	29,7	6	16,2	37	55,2	0,010
Ruim ou péssima	6	20,0	12	40,0	12	40,0	30	44,8	
<i>Acuidade auditiva</i>									
Boa ou ótima	21	39,6	16	30,2	16	30,2	53	79,1	0,383 <sup>b</sup>
Ruim ou péssima	5	35,7	7	50,0	2	14,3	14	20,9	
<i>Saúde bucal</i>									
Boa ou ótima	12	46,2	10	38,5	4	15,4	26	39,4	0,199
Ruim ou péssima	14	35,0	12	30,0	14	35,0	40	60,6	
<b>Atividades de Vida Diária</b>									
<i>NCF</i>									
Fisicamente dependente	9	32,1	11	39,3	8	28,6	28	41,8	0,621
Fisicamente frágil	17	43,6	12	30,8	10	25,6	39	58,2	
<i>NISP</i>									
Sociável e integrado	11	50,0	6	27,3	5	22,7	22	32,8	0,419
Isolado	15	33,3	17	37,8	13	28,9	45	67,2	
<b>Saúde Mental</b>									
<i>Depressão</i>									
Sem indicador	12	30,0	16	40,0	12	30,0	40	59,7	0,194
Com depressão	14	51,9	7	25,9	6	22,2	27	40,3	

<sup>a</sup> Percentuais calculados excluindo-se as respostas "não se aplica", "não sabe" ou "não respondeu".

<sup>b</sup> Teste exato de Fisher.

**APÊNDICE N** - Idosos institucionalizados, segundo indicadores de depressão, Natal, 2012.

Variável	Depressão								p-valor	
	Sem		Leve		Grave		Total			
	n	% <sup>a</sup>	n	% <sup>a</sup>	n	% <sup>a</sup>	n	% <sup>a</sup>		
<b>Aspectos Sociodemográficos</b>										
<i>Natureza</i>										
Particular	21	72,4	3	10,3	5	17,2	29	43,3	0,108	
Filantrópica	19	50,0	11	28,9	8	21,1	38	56,7		
<i>Sexo</i>										
Masculino	15	60,0	6	24,0	4	16,0	25	37,3	0,831 <sup>b</sup>	
Feminino	25	59,5	8	19,0	9	21,4	42	62,7		
<i>Faixa etária</i>										
60-69 anos	6	50,0	4	33,3	2	16,7	12	17,9	0,727 <sup>b</sup>	
70-79 anos	11	55,0	4	20,0	5	25,0	20	29,9		
80 anos e mais	23	65,7	6	17,1	6	17,1	35	52,2		
<i>Estado conjugal</i>										
Casado	6	66,7	3	33,3	0	0,0	9	13,6	0,286 <sup>b</sup>	
Não casado	33	57,9	11	19,3	13	22,8	57	86,4		
<i>Teve filhos</i>										
Sim	24	55,8	12	27,9	7	16,3	43	64,2	0,142 <sup>b</sup>	
Não	16	66,7	2	8,3	6	25,0	24	35,8		
<i>Arranjo familiar</i>										
Morava só	12	75,0	3	18,8	1	6,3	16	23,88	0,296 <sup>b</sup>	
Não morava só	28	54,9	11	21,6	12	23,5	51	76,12		
<i>Rendimento mensal</i>										
Até 2 SM	10	55,6	4	22,2	4	22,2	18	72,0	1,000 <sup>b</sup>	
Acima de 2 SM	4	57,1	1	14,3	2	28,6	7	28,0		
<b>Satisfação com a vida</b>										
Satisfeito	32	72,7	9	20,5	3	6,8	44	65,7	0,001 <sup>b</sup>	
Insatisfeito	8	34,8	5	21,7	10	43,5	23	34,3		
<b>Percepção da Saúde Física</b>										
<i>Saúde</i>										
Boa ou ótima	29	76,3	9	23,7	0	0,0	38	56,7	0,000	
Ruim ou péssima	11	37,9	5	17,2	13	44,8	29	43,3		
<i>Acuidade Visual</i>										
Boa ou ótima	25	67,6	8	21,6	4	10,8	37	55,2	0,132	
Ruim ou péssima	15	50,0	6	20,0	9	30,0	30	44,8		
<i>Acuidade auditiva</i>										
Boa ou ótima	34	64,2	12	22,6	7	13,2	53	79,1	0,063	
Ruim ou péssima	6	42,9	2	14,3	6	42,9	14	20,9		
<i>Saúde bucal</i>										
Boa ou ótima	19	73,1	3	11,5	4	15,4	26	39,4	0,145	
Ruim ou péssima	20	50,0	11	27,5	9	22,5	40	60,6		
<b>Atividades de Vida Diária</b>										
<i>NCF</i>										
Fisicamente dependente	13	46,4	6	21,4	9	32,1	28	41,8	0,066	
Fisicamente frágil	27	69,2	8	20,5	4	10,3	39	58,2		
<i>NISP</i>										
Sociável e integrado	18	81,8	1	4,5	3	13,6	22	32,8	0,022 <sup>b</sup>	
Isolado	22	48,9	13	28,9	10	22,2	45	67,2		
<b>Saúde Mental</b>										
<i>Deficiência cognitiva</i>										
Sem deficiência cognitiva	12	46,2	7	26,9	7	26,9	26	38,81	0,194	
Com deficiência cognitiva	28	68,3	7	17,1	6	14,6	41	61,19		

<sup>a</sup> Percentuais calculados excluindo-se as respostas "não se aplica", "não sabe" ou "não respondeu".

<sup>b</sup> Teste exato de Fisher.



**APÊNDICE O** -Necessidades e problemas que afetam o idosos institucionalizados, segundo sexo, Natal, 2012.

Variável	Masculino		Feminino		Total	
	n	%**	n	%**	n	%**
<b>Necessidade/Carência</b>						
Econômica	10	40,0	12	28,6	22	32,8
Lazer	12	48,0	12	28,6	24	35,8
Segurança	3	12,5	9	21,4	12	18,2
Saúde	15	60,0	23	56,1	38	57,6
Alimentação	8	32,0	4	9,8	12	18,2
Companhia e contato pessoal	15	62,5	23	56,1	38	58,5
<b>Problema mais importante no dia-a-dia</b>						
Não relata problemas importantes	9	47,4	8	27,6	17	35,4
Solidão/Medo da violência	1	5,3	10	34,5	11	22,9
Problema econômico	3	15,8	4	13,8	7	14,6
Problemas familiares/Preocupação com filhos/netos	3	15,8	4	13,8	7	14,6
Outros problemas	3	15,8	3	10,3	6	12,5

\* Variável admite mais de uma resposta

\*\* Percentuais calculados excluindo as respostas: Não se Aplica (NA), Não Sabe/Não Respondeu (NS/NR).

**ANEXOS**

**ANEXO A-** Declaração de anuência de participação na pesquisa das instituições de longa permanência para idosos, Natal/RN.



CENTRO INTEGRADO DE ASSISTÊNCIA  
SOCIAL DA IGREJA EVANGÉLICA  
ASSEMBLÉIA DE DEUS NO RN  
CNPJ/MF 08.712.127/0001-45  
E-mail: ciade-ieadern@hotmail.com

**AUTORIZAÇÃO**

Declaro que estou ciente e autorizo a Prof<sup>ª</sup> Dra. Lára de Melo Barbosa a realizar seu estudo intitulado '**INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS: ABANDONO OU UMA NECESSIDADE FAMILIAR?**', nesta instituição.

Natal, 06 de Março de 2012

*Jakeline Guimarães da Silva*  
Nome do responsável pelo estabelecimento

*Assistente Social e Responsável Técnica*  
Cargo

*Jakeline Guimarães da Silva*  
Assistente Social  
CRESS/RN-1603



CNPJ 70.035.126/0001-87

Av. Alexandrino de Alencar, 908 Alecrim CEP 59.030.350 Tel.: (84) 3223-3677/Fax (84) 3220-1302  
De Utilidade Pública, Lei Federal 19/00 03.05.2000 - Lei Estadual nº 6.482 de 24/09/93 - Lei Municipal nº 4.489 de 29/09/93

## AUTORIZAÇÃO

Declaro que estou ciente e autorizo a Prof<sup>ª</sup> Dra. Lára de Melo Barbosa a realizar seu estudo intitulado "**INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS: ABANDONO OU UMA NECESSIDADE FAMILIAR?**", nesta instituição.

Natal, 19 de Julho de 2012.

*Maria Célia da Silva Costa*

Nome do responsável pelo estabelecimento

Maria Célia da Silva Costa  
Assistente Social  
CRESS 2447

*Responsável Técnica 1271*

Cargo



Rua Joaquim Araújo Filho, 1413 - Lagoa Nova  
 CEP 59.063-120 - Natal - Rio Grande do Norte  
 Fone: (84) 3231.4729  
 www.solarresidencialgeriatrico.com.br

## AUTORIZAÇÃO

Declaro que estou ciente e autorizo a Prof<sup>ª</sup> Dra. Lára de Melo Barbosa a realizar seu estudo intitulado “**INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS: ABANDONO OU UMA NECESSIDADE FAMILIAR?**”, nesta instituição.

Natal, 19 de Julho de 2012.

*S. S. S. S.*

Nome do responsável pelo estabelecimento

*Representante legal*

Cargo

03.924.402/0001-70

SOLAR RESIDENCIAL GERIATRICO LTDA

Rua Sergio Severo, 1306

Lagoa Nova CEP 59 063 380

NATAL/RN



**PAÇO DAS PALMEIRAS RESIDENCE HOTEL LTDA ME**  
CNPJ.: 09.462.949/0001-88  
Rua Assad Salha, 811- L. Nova- Fone: (84) 3234-1593 – Natal/RN

## **AUTORIZAÇÃO**

Declaro que estou ciente e autorizo a Prof<sup>ª</sup> Dra. Lára de Melo Barbosa a realizar seu estudo intitulado “**INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS: ABANDONO OU UMA NECESSIDADE FAMILIAR?**”, nesta instituição.

Natal, 19 de Julho de 2012.

Bênia Simone Fernandes de Azevedo  
Nome do responsável pelo estabelecimento

Responsável Técnica-Médica  
Cargo

**09.462.949/0001-88**  
PAÇO DAS PALMEIRAS RESIDENCE HOTEL LTDA  
Rua Assad Salha Nº 811 Lagoa Nova  
NATAL / RN – CEP 59 062-610



ASSOCIAÇÃO ESPÍRITA ENVIADOS DE JESUS  
 Fundado em 25/12/1952 – CNPJ 08.430.951/0001-02  
**LAR ESPÍRITA DA VOVOZINHA**  
 Fundado em 25/12/1981  
 Avenida Antônio Basílio, nº. 1264, Dix-Sept Rosado - Natal/RN.  
 Tel. 3223-1907 - CEP 59.054-380 - e-mail: [larдавovozinha@gmail.com](mailto:larдавovozinha@gmail.com)

*MSSÃO*

*Ser uma alternativa para acolher idosos excluídos do meio familiar agindo como agentes intermediários na administração e busca de recursos necessários a sua manutenção e resgate de sua cidadania e sua afetividade junto aos seus familiares. Fortalecer os laços dos funcionários com a Instituição e colaborar com o desenvolvimento do país*

**AUTORIZAÇÃO**

Declaro que estou ciente e autorizo a Prof<sup>a</sup>. Dra. Lára de Melo Barbosa a realizar seu estudo intitulado “**INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS: ABANDONO OU UMA NECESSIDADE FAMILIAR?**”, nesta instituição.

Natal, 19 de Julho de 2012.

  
 \_\_\_\_\_  
 Nome do responsável pelo estabelecimento

**Tomé Sergio Martins da Silva**  
**Presidente**

\_\_\_\_\_  
 Cargo



MORRO BRANCO HOSPEDAGEM GERIÁTRICA  
CNPJ: 11149303/0001-97  
AVENIDA XAVIER DA SILVEIRA, 369 – TIROL  
TEL: 3082-3406/ 8837-7126

### AUTORIZAÇÃO

Declaro que estou ciente e autorizo a Prof<sup>ª</sup> Dra. Lára de Melo Barbosa a realizar seu estudo intitulado “**INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS: ABANDONO OU UMA NECESSIDADE FAMILIAR?**”, nesta instituição.

Natal, 19 de Julho de 2012.

  
Nome do responsável pelo estabelecimento

NC CARVALHO DE OLIVEIRA

Nédia Cristina Carvalho de Oliveira  
Diretora Administrativa

\_\_\_\_\_  
Cargo

AUTORIZAÇÃO

Declaro que estou ciente e autorizo a Profª Dra. Lára de Melo Barbosa a realizar seu estudo intitulado **INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS: ABANDONO OU UMA NECESSIDADE FAMILIAR?**, nesta instituição.

Natal, 05 de Março de 2012

*Ewerton Paulino de Oliveira Filho*

Nome do responsável pelo estabelecimento

*Diretor geral*

Cargo

OLIVEIRAS RESIDENCIAL LTDA  
CNPJ: 09.308.244/0001-00

*Ewerton Paulino de O. Filho*  
CPF 064.780.964-57 RG. 1.856.186 SSP/RN

---

## ANEXO B- Parecer consubstanciado do CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
RIO GRANDE DO NORTE /  
UFRN CAMPUS CENTRAL



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS: ABANDONO OU UMA NECESSIDADE FAMILIAR.

**Pesquisador:** LARA DE MELO BARBOSA ANDRADE

**Área Temática:** Área 9. A critério do CEP.

**Versão:** 2

**CAAE:** 04765612.0.0000.5537

**Instituição Proponente:** Departamento de Estatística

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 125.756

**Data da Relatoria:** 28/09/2012

**Apresentação do Projeto:**

Projeto do Departamento de Estatística da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, envolvendo vários pesquisadores e, entre estes, alguns vinculados a outros programas e ou instituições. A pesquisa é classificada como estudo epidemiológico observacional descritivo analítico, com abordagem quantitativa, a ser realizado em Instituições de Longa Permanência para Idosos - ILPIs, na cidade de Natal-RN. O número amostral é de aproximadamente 400 participantes idosos\* de ambos os sexos.

**Objetivo da Pesquisa:**

Investigar possíveis determinantes associados à institucionalização do idoso dependente, pela visão do idoso, do cuidador e de seus familiares, considerando os aspectos da estrutura, do convívio familiar, econômicos e da saúde e bem-estar.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

São apontados benefícios para a área de políticas de atenção a pessoa idosa. Considerações entre riscos e benefícios foram devidamente relatadas.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa pode gerar contribuições científicas importantes nos contextos demográfico, epidemiológico, socioeconômico, institucional e gerencial.

**Endereço:** Av. Senador Salgado Filho, 3000

**Bairro:** Lagoa Nova

**CEP:** 59.078-970

**UF:** RN

**Município:** NATAL

**Telefone:** (84)3215-3135

**Fax:** (84)3215-3135

**E-mail:** cepufm@reitoria.ufrn.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
RIO GRANDE DO NORTE /  
UFRN CAMPUS CENTRAL



**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos os termos necessários a análise metodológico-ética foram apresentados, encontrando-se devidamente instruídos.

**Recomendações:**

Nenhuma recomendação especial.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Os pesquisadores atenderam adequadamente as pendências requeridas em parecer anterior.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Em conformidade com a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) através do Manual Operacional para Comitês de Ética em pesquisa (Brasília, 2002) e Res. 196/96 - CNS o pesquisador deve:

1. entregar ao sujeito da pesquisa uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), na íntegra, por ele assinada (Res. 196/96 CNS - Item IV.2d). Atenção: conforme circular 017/11 - CONEP sobre o TCLE, torna-se obrigatória a rubrica do pesquisador e do participante em todas as páginas assim como a assinatura de ambos na última página;
2. desenvolver a pesquisa conforme foi delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após a análise das razões da descontinuidade pelo CEP/UFRN (Res. 196/96 - CNS Item III.3z);
3. apresentar ao CEP/UFRN eventuais emendas ou extensões ao protocolo original, com justificativa (Manual Operacional para Comitês de Ética em Pesquisa - CONEP - Brasília - 2002 - p. 41);
4. apresentar ao CEP/UFRN relatório final após conclusão da pesquisa (Manual Operacional para Comitês de ética em Pesquisa - CONEP - Brasília - 2002 - p.65).

Os formulários para os Relatórios Parciais e Final estão disponíveis na página do CEP/UFRN ([www.etica.ufrn.br](http://www.etica.ufrn.br)).

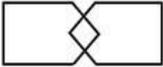
NATAL, 18 de Outubro de 2012

---

Assinador por:  
Dulce Almeida  
(Coordenador)

Endereço: Av. Senador Salgado Filho, 3000  
Bairro: Lagoa Nova CEP: 59.078-970  
UF: RN Município: NATAL  
Telefone: (84)3215-3135 Fax: (84)3215-3135 E-mail: [cepufn@reitoria.ufrn.br](mailto:cepufn@reitoria.ufrn.br)

## ANEXO C - Mini Exame do Estado Mental – MEEM

MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL - MEEM						
Número do questionário:	_____	[ ]				
Nome do entrevistador:	_____	[ ]				
Código do idoso:	_____	[ ]				
Idade do idoso:	_____ anos	[ ]				
Código do cuidador:	_____	[ ]				
Data de aplicação do questionário:	___/___/____ - (dd/mm/aaaa)					
Local de aplicação:	_____	[ ]				
Atividade - Pontuação						
		1	2	3	4	5
001	Orientação temporal (0-5): <b>ANO – ESTAÇÃO - MÊS – DIA - DIA DA SEMANA</b>	( )	( )	( )	( )	( )
002	Orientação espacial (0-5): <b>ESTADO - CIDADE - RUA - BAIRRO - LOCAL</b>	( )	( )	( )	( )	( )
003	Registro (0-3): Nomear: <b>PENTE - RUA – CANETA</b>	( )	( )	( )	( )	( )
004	Cálculo- tirar 7 (0-5): <b>100 - 93 - 86 - 79 - 72</b>	( )	( )	( )	( )	( )
005	Evocação (0-3): Três palavras anteriores: <b>PENTE – RUA – CANETA</b>	( )	( )	( )	( )	( )
006	Linguagem 1 (0-2): Nomear um <b>RELÓGIO</b> e uma <b>CANETA</b>	( )	( )	( )	( )	( )
007	Linguagem 2 (0-1): Repetir: <b>NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ</b>	( )	( )	( )	( )	( )
008	Linguagem 3 (0-3): Siga o comando: <b>Pegue o papel com a mão direita, dobre-o ao meio, coloque-o em cima da mesa.</b>	( )	( )	( )	( )	( )
009	Linguagem 4 (0-1): Ler e obedecer: <b>FECHE OS OLHOS</b>	( )	( )	( )	( )	( )
010	Linguagem 5 (0-1): <b>Escreva uma frase completa</b>	( )	( )	( )	( )	( )
011	Linguagem 6 (0-1): Copiar o <b>desenho</b> 	( )	( )	( )	( )	( )
<b>TOTAL</b>						

## ANEXO D - Questionário BOAS (Adaptado)

**QUESTIONÁRIO BOAS (BRAZIL OLD AGE SCHEDULE) ADAPTADO PARA ESTUDOS NA POPULAÇÃO IDOSA INSTITUCIONALIZADA.**

**As informações contidas neste questionário permanecerão confidenciais.**

Número do questionário:	_____	[ ]
Nome do entrevistador:	_____	[ ]
Código da instituição:	_____	[ ]
Código do idoso:	_____	[ ]
Código do cuidador:	_____	[ ]
Data de aplicação do questionário:	___/___/____ - (dd/mm/aaaa)	

**I. INFORMAÇÕES GERAIS**

001	Sexo.	1. Masculino	2. Feminino	[ ]																									
002	Em que dia, mês e ano você nasceu?	___/___/____ - (dd/mm/aaaa)		[ ]																									
003	Em que país nasceu?	1. Brasil	2. Outros país: _____	98. NS/NR [ ]																									
<b>Entrevistador: Se 1 (Brasil) vá para Q.3a, se 2(outro país) vá para Q.4 e marque NA na Q.3a</b>																													
3a	Em que estado do Brasil o(a) Sr. (a) nasceu?	1. AC	2. AL	3. AM	4. AP	5. BA	6. CE	7. DF	8. ES	9. GO	10. MA	11. MG	12. MS	13. MT	14. PA	15. PB	16. PE	17. PI	18. PR	19. RJ	20. RN	21. RO	22. RR	23. RS	24. SC	25. SE	26. SP	27. TO	[ ]
004	Há quanto tempo (anos) o (a) Sr. (a) mora nesta instituição? (número de anos e meses)?	_____			[ ]																								
005	O (A) Sr.(a) sabe ler e escrever?	1. Sim.	2. Não.	98. NS/NR	[ ]																								
5a	Qual sua escolaridade máxima completa?	1. Nenhuma	2. Ensino fundamental	3. Ensino médio	4. Superior	98. NS/NR	[ ]																						
006	Atualmente, qual é o seu estado conjugal?	1. Casado (a)/Unido (a)	2. Viúvo (a)	3. Nunca casou/uniu	4. Divorciado (a)/Separado (a)	[ ]																							
<b>Entrevistador: Se 2 (Viúvo (a)) vá para Q.7 e marque NA nas Q.6a e 6b. Se 4 (Divorciado (a)/Separado (a)) vá para Q.7 e marque NA na Q.6a e 6b. Se 3 (Nunca casou/uniu) vá para Q.7 e marque NA nas Q.6a e 6b.</b>																													
6a	Há quanto tempo (anos) o (a) Sr. (a) está casado/morando junto? (nº. de anos do casamento atual ou último casamento): _____ anos	95. N.A.	98. NS/NR	[ ]																									
6b	Em que dia, mês e ano nasceu sua (seu) esposa (a)?	___/___/____ - (dd/mm/aaaa)		95. N.A. 98. NS/NR [ ]																									
007	O (a) Sr.(a) teve filhos?	1. Sim. Total de filhos: _____ - Quantos filhos? _____ - Quantos filhas? _____	2. Não	97. Nenhum 98. NS/NR	[ ]																								
<b>Antes de vir morar nesta instituição, o (a) Sr. (a) morava com quem?</b>																													
<b>Entrevistador: Para cada categoria de pessoas indicada pelo entrevistado marque a resposta SIM.</b>																													
008	1. Esposo (a)/ Companheiro (a)?	1. Sim	2. Não	95. Não se aplica	98. NS/NR [ ]																								
	2. País?	1. Sim	2. Não	95. Não se aplica	98. NS/NR [ ]																								
	3. Filhos?	1. Sim	2. Não	95. Não se aplica	98. NS/NR [ ]																								
	4. Filhas?	1. Sim	2. Não	95. Não se aplica	98. NS/NR [ ]																								
	5. Irmãos/Irmãs?	1. Sim	2. Não	95. Não se aplica	98. NS/NR [ ]																								
	6. Netos (as)?	1. Sim	2. Não	95. Não se aplica	98. NS/NR [ ]																								
	7. Outros parentes?	1. Sim	2. Não	95. Não se aplica	98. NS/NR [ ]																								
	8. Amigos (as)?	1. Sim	2. Não	95. Não se aplica	98. NS/NR [ ]																								
	9. Empregados (as)?	1. Sim	2. Não	95. Não se aplica	98. NS/NR [ ]																								
009	<b>Entrevistador: Leia para o entrevistado as alternativas listadas.</b>				[ ]																								
	Como o (a) Sr. (a) se sente em relação à sua vida em geral?	1. Satisfeito(a)	2. Insatisfeito (e)	98. NS/NR	[ ]																								
<b>Entrevistador: Se 1 Satisfeito vá para a Q.10 e marque NA na Q.9a</b>																													
Quais os principais motivos de sua institucionalização?																													
<b>Entrevistador: Não leia para o entrevistado as alternativas listada.</b>																													
9a	1) Problema econômico?	1. Sim	2. Não	95. Não se aplica	98. NS/NR [ ]																								
	2) Problema de saúde?	1. Sim	2. Não	95. Não se aplica	98. NS/NR [ ]																								
	3) Problema de moradia?	1. Sim	2. Não	95. Não se aplica	98. NS/NR [ ]																								
	4) Conflitos nos relacionamentos pessoais?	1. Sim	2. Não	95. Não se aplica	98. NS/NR [ ]																								
	5 Falta de atividades?	1. Sim	2. Não	95. Não se aplica	98. NS/NR [ ]																								
	6) Outro problema? _____	1. Sim	2. Não	95. Não se aplica	98. NS/NR [ ]																								
010	<b>Observação do Entrevistador: O entrevistado informou sua idade na Q.2. Você acha esta informação:</b>				[ ]																								
	1. Idade plausível/consistente/correta	2. O entrevistado informou idade que não corresponde à impressão do observador; ou é obviamente errada ou não sabe ou forneceu resposta incompleta.		[ ]																									

## II.SAÚDE FÍSICA

Agora, eu gostaria de lhe fazer algumas perguntas sobre sua saúde.							
<b>Entrevistador: Leia para o entrevistado as alternativas de 1 a 4. Marque apenas uma opção.</b>							
011	Em geral, o (a) Sr. (a) diria que sua saúde está.....	1. Ótima	2. Boa	3. Ruim	4. Péssima	98. NS/NR	[ ]
<b>Entrevistador: Leia para o entrevistado as alternativas de 1 a 3. Marque apenas uma opção.</b>							
012	Em comparação com o último ano, o (a) Sr. (a) diria que sua saúde hoje é:	1. Melhor	2. Mesma coisa	3. Pior		98. NS/NR	[ ]
<b>Entrevistador: Leia para o entrevistado as alternativas de 1 a 3. Marque apenas uma opção.</b>							
013	Em comparação com as outras pessoas de sua idade o (a) Sr. (a) diria que sua saúde está .....	1. Melhor	2. Igual	3. Pior		98. NS/NR	[ ]
014	Atualmente, o (a) Sr. (a) tem algum problema de saúde?	1. Sim.	2. Não.			98. NS/NR	[ ]
<b>Entrevistador: Se 2 (Não) vá para Q.15 e marque NA na Q.14a, 14b e 14c.</b>							
Quais os principais problemas de saúde que o (a) sr. (a) está enfrentando?							
<b>Entrevistador: Especifique os problemas.</b>							
14a	1) _____?			95. Não se aplica		98. NS/NR	[ ]
	2) _____?			95. Não se aplica		98. NS/NR	[ ]
	3) _____?			95. Não se aplica		98. NS/NR	[ ]
Há quanto tempo?							
<b>Entrevistador: Anote em meses o período de duração dos problemas.</b>							
14b	1) _____?	96 meses ou mais		95. Não se aplica		98. NS/NR	[ ]
	2) _____?	96 meses ou mais		95. Não se aplica		98. NS/NR	[ ]
	3) _____?	96 meses ou mais		95. Não se aplica		98. NS/NR	[ ]
14c	Este problema de saúde atrapalha o (a) Sr. (a) de fazer coisas que precisa ou quer fazer?	1. Sim	2. Não			95. N.A. 98. NS/NR	[ ]
Por favor, responda se o(a) Sr. (a) sofre de algum destes problemas?							
<b>Entrevistador: Leia para o entrevistado todas as alternativas listadas. Marque as respostas correspondentes.</b>							
015	a) Problema nos pés que inibe sua mobilidade?(Ex.; joanete, calos, dedos torcidos, unha do pé encravada, etc.)	1. Sim	2. Não			98. NS/NR	[ ]
	b) Problema nas articulações dos braços, mãos, pernas, pés.	1. Sim	2. Não			98. NS/NR	[ ]
15a	O (A) Sr. (a) recebeu alguma ajuda, tratamento de reabilitação ou alguma terapia para este problema?	1. Sim	2. Não			95. N.A. 98. NS/NR	[ ]
016	O (A) Sr. (a) teve alguma queda (tombo) nos últimos 3	1. Sim	2. Não			98. NS/NR	[ ]
<b>Entrevistador: Se 2 (Não) vá para Q.17 e marque NA na Q.16a e 16b.</b>							
16a	O (A) Sr. (a) pode se levantar sozinho (a) do chão?	1. Sim	2. Não			95. N. A. 98. NS/NR	[ ]
<b>Entrevistador: Se 1 (Sim) vá para Q.17 e marque NA na Q.16b.</b>							
16b	Quanto tempo o (a) Sr. (a) ficou no chão até receber ajuda?	_____ minutos				995. N. A. 998. NS/NR	[ ]
Em geral, o(a) Sr. (a) diria que sua visão (com ou sem ajuda de óculos) está?							
<b>Entrevistador: Leia para o entrevistado todas as alternativas 1 de 4. Marque apenas um opção.</b>							
017	0. (O entrevistado é uma pessoa cega)	1. Ótima	2. Boa	3. Ruim	4. Péssima	98. NS/NR	[ ]
<b>Entrevistador: Se 1 (ótima) vá para Q.18 e marque NA na Q.17a. Se 2 (boa) vá para a Q.18 e marque NA na</b>							
17a	Este problema de visão atrapalha o(a) Sr. (a) de fazer as coisas que o (a) Sr. (a) precisa /quer fazer?	1. Sim	2. Não			95. N.A. 98. NS/NR	[ ]
Em geral, o(a) Sr. (a) diria que sua audição (com ou sem ajuda de aparelhos) está?							
<b>Entrevistador: Leia para o entrevistado todas as alternativas 1 de 4. Marque apenas um opção.</b>							
018		1. Ótima	2. Boa	3. Ruim	4. Péssima	98. NS/NR	[ ]
<b>Entrevistador: Se 1 (ótima) vá para Q.19 e marque NA na Q.18a. Se 2 (boa) vá para a Q.19 e marque NA na</b>							
18a	Este problema de audição atrapalha o(a) Sr. (a) de fazer as coisas que o (a) Sr. (a) precisa /quer fazer?	1. Sim	2. Não			95. N. A. 98. NS/NR	[ ]
Em geral, qual o estado dos seus dentes?							
<b>Entrevistador: Leia para o entrevistado todas as alternativas 1 de 4. Marque apenas um opção.</b>							
019		1. Ótimo	2. Bom	3. Ruim	4. Péssimo	98. NS/NR	[ ]
Está faltando algum dos seus dentes?							
<b>Entrevistador: Leia para o entrevistado todas as alternativas 1 de 4. Marque apenas um opção.</b>							
020		1. Não está faltando dente	2. Poucos dentes estão faltando	3. A maioria ou todos os dentes estão faltando		98. NS/NR	[ ]
021	O (A) Sr. (a) tem algum dente posticho, dentadura, ponte....?	1. Sim	2. Não			98. NS/NR	[ ]
022	O (A) Sr. (a) tem algum problema de dente que lhe atrapalha mastigar os alimentos?	1. Sim	2. Não			98. NS/NR	[ ]

Com o passar da idade é bastante normal aparecerem alguns problemas de bexiga ou intestino. Eu gostaria de lhe fazer duas perguntas sobre este assunto.

023	Aconteceu com o (a) Sr. (a) de perder um pouco de urina e se molhar acidentalmente; seja porque não deu tempo de chegar ao banheiro, ou quando está dormindo; ou quando tosse ou espirra, ou faz força?	1. Sim	2. Não	98. NS/NR	[ ]
<b>Entrevistador:</b> Se 2 (Não) vá para Q.24 e marque NA na Q.23a.					
23a	Com que frequência isso acontece?	1. 1 ou 2 vz por dia	2. Mais de 2 vz por dia	3. 1 ou 2 vz por semana	95. N. A.
		4. Mais de 2 vz por semana	5. 1 ou 2 vz por mês	6. Mais de 2 vz por mês	98. NS/NR
024	<b>Observação do Entrevistador:</b> Há sinais de incontinência? (cheiro de urina)	1. Sim	2. Não		[ ]

### III. ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA (AVD)

<b>O (A) Sr. (a), é capaz de fazer as seguintes atividades:</b>					
<b>Entrevistador:</b> Leia para o entrevistado todas as perguntas e marque as alternativas correspondentes. No caso, do entrevistado ter colostomia ou usar cateter, marque "NÃO".					
025	a) Andar pela instituição (curtas distâncias)	1. Sim	2. Não	98. NS/NR	[ ]
	b) Comer a sua refeição.	1. Sim	2. Não	98. NS/NR	[ ]
	c) Arrumar seu quarto, a sua cama.	1. Sim	2. Não	98. NS/NR	[ ]
	d) Tomar os seus remédios.	1. Sim	2. Não	98. NS/NR	[ ]
	e) Vestir-se.	1. Sim	2. Não	98. NS/NR	[ ]
	f) Pentear seus cabelos.	1. Sim	2. Não	98. NS/NR	[ ]
	g) Caminhar em superfície plana.	1. Sim	2. Não	98. NS/NR	[ ]
	h) Subir/descer escadas	1. Sim	2. Não	98. NS/NR	[ ]
	i) Deitar e levantar da cama.	1. Sim	2. Não	98. NS/NR	[ ]
	j) Tomar banho.	1. Sim	2. Não	98. NS/NR	[ ]
	k) Cortar as unhas dos pés.	1. Sim	2. Não	98. NS/NR	[ ]
	l) Ir ao banheiro em tempo.	1. Sim	2. Não	98. NS/NR	[ ]
<b>No seu tempo livre o (a) Sr. (a) faz (participa de ) alguma dessas atividades:</b>					
<b>Entrevistador:</b> Leia para o entrevistado todas as perguntas e marque as alternativas correspondentes.					
026	a) Ouve rádio	1. Sim	2. Não	98. NS/NR	[ ]
	b) Assiste a televisão.	1. Sim	2. Não	98. NS/NR	[ ]
	c) Lê jornal.	1. Sim	2. Não	98. NS/NR	[ ]
	d) Lê revistas e livros.	1. Sim	2. Não	98. NS/NR	[ ]
	e) Recebe visitas.	1. Sim	2. Não	98. NS/NR	[ ]
	f) Participa de serviço religioso.	1. Sim	2. Não	98. NS/NR	[ ]
	g) Pratica algum esporte.	1. Sim	2. Não	98. NS/NR	[ ]
	h) Sai para visitar os amigos.	1. Sim	2. Não	98. NS/NR	[ ]
	i) Sai para visitar parentes.	1. Sim	2. Não	98. NS/NR	[ ]
	j) Sai para passeios curtos (excursão).	1. Sim	2. Não	98. NS/NR	[ ]
	k) Sai para encontro social ou comunitário.	1. Sim	2. Não	98. NS/NR	[ ]
	l) Costura, borda, tricota.	1. Sim	2. Não	98. NS/NR	[ ]
	m) Faz alguma atividade para se distrair (jogos de cartas, xadrez, jardinagem, etc.)	1. Sim	2. Não	98. NS/NR	[ ]
	n) Outros (especifique):	1. Sim	2. Não	98. NS/NR	[ ]
027	O (A) Sr. (a) está satisfeito (a) com as atividades que desempenha no seu tempo livre?	1. Sim	2. Não	98. NS/NR	[ ]
<b>Entrevistador:</b> Se 1(Sim) vá para Q.28 e marque NA na Q.27a.					
Quais são os principais motivos de sua insatisfação com as atividades que o(a) Sr. (a) desempenha no seu tempo					
<b>Entrevistador:</b> Marque apenas uma alternativa .					
27a	1) Problema de saúde que o (a) impede de se engajar em uma atividade.	1. Sim	2. Não	98. NS/NR	[ ]
	2) Problema com falta de motivação em fazer coisas (tédio, aborrecimento).	1. Sim	2. Não	98. NS/NR	[ ]
	3 )Outras razões (especifique): _____.	1. Sim	2. Não	98. NS/NR	[ ]

### IV. RECURSOS SOCIAIS

Nesta seção, eu gostaria de lhe fazer algumas perguntas a respeito de suas relações de amizade com as outras pessoas e a respeito de recursos que as pessoas idosas costumam usar na sua comunidade.

028	O (A) Sr. (a) está satisfeito (a) com o relacionamento que tem com as pessoas idosas que moram na instituição com o (a) Sr. (a)?	0. Sim	1. Não	98. NS/NR	[ ]
-----	--	--------	--------	-----------	-----

<b>Que tipo de ajuda ou assistência sua família oferece? (familiares que vivem/ou que não vivem com o entrevistado).</b>					
<b>Entrevistador: Leia para o entrevistado as alternativas listada.</b>					
029	a) Dinheiro.	1. Sim	2. Não	98. NS/NR	[ ]
	b) Outro tipo de cuidado/assistência(especifique):	1. Sim	2. Não	98. NS/NR	[ ]
030	O (A) Sr. (a) está satisfeito (a) com o relacionamento que tem com os outros idosos da instituição?	0. Não tem amigos	1. Sim	2. Não	98. NS/NR [ ]
<b>Na semana passada o(a) Sr. (a) recebeu visita de alguma destas pessoas?</b>					
031	a) Vizinhos/amigos.	1. Sim	2. Não	98. NS/NR	[ ]
	b) Filhos (as).	1. Sim	2. Não	98. NS/NR	[ ]
	c) Outros familiares	1. Sim	2. Não	98. NS/NR	[ ]
	d) Outros (especifique): _____.	1. Sim	2. Não	98. NS/NR	[ ]

### V. RECURSOS ECONÔMICOS

<b>Entrevistador: Anote o tipo de trabalho:</b>					
032	Que tipo de trabalho (ocupação) o (a) Sr. (a) teve durante a maior parte de sua vida?	1. Nunca trabalhou	2. Dona de casa	98. NS/NR	[ ]
<b>Entrevistador: Se 1 (Nunca trabalhou) vá para Q.33 e marque NA na Q.32a. Se 2 (Dona de casa) vá para Q.33 e marque NA na Q.32a.</b>					
32a	Por quanto tempo?	_____ anos	95. N. A.	98.	[ ]
033	Com que idade o (a) Sr. (a) parou de trabalhar?	_____ anos	95. N. A.	98.	[ ]
<b>De onde o (a) Sr. (a) tira o seu sustento de sua vida?</b>					
034	a) Da sua aposentadoria?	1. Sim	2. Não	98. NS/NR	[ ]
	b) Da pensão/ajuda do (a) seu (sua) esposo (a)?	1. Sim	2. Não	98. NS/NR	[ ]
	c) Da ajuda de parentes ou amigos?	1. Sim	2. Não	98. NS/NR	[ ]
	d) De aluguéis, investimentos?	1. Sim	2. Não	98. NS/NR	[ ]
	e) De outras fontes: _____.	1. Sim	2. Não	98. NS/NR	[ ]
<b>Entrevistador: Caso haja mais de uma fonte, anote a soma destes valores. (Atenção: valor líquido)</b>					
035	Em média, qual é a sua renda mensal?	Rendimento mensal: R\$ _____	98. NS/NR		[ ]
<b>Entrevistador: Leia para o entrevistado as alternativas listadas. Marque apenas uma opção.</b>					
036	Em comparação a quando o (a) Sr. (a) tinha 50 anos de idade, a sua atual situação econômica é?	1. Melhor	2. A mesma	3. Pior	98. NS/NR [ ]
<b>Entrevistador: Leia para o entrevistado as alternativas listadas de 1 a 4. Marque apenas uma opção.</b>					
037	Para suas necessidades básicas, o que o (a) Sr. (a) ganha:	1. Dá e sobra	3. Sempre falta um pouco	98. NS/NR	[ ]
		2. Dá na conta certa	4. Sempre falta muito		
038	<b>Observação do Entrevistador:</b> Qual é condição do quarto do (a) entrevistado (a)?	1. Ótima	3. Ruim		[ ]
		2. Boa	4. Péssima		

### VI. SAÚDE MENTAL

É bastante comum as pessoas terem problemas de memória quando começam a envelhecer. Deste modo, eu gostaria de lhe fazer algumas perguntas sobre este assunto. Algumas perguntas talvez não sejam apropriadas para o (a) Sr. (a), outras bastante inadequadas. No entanto, eu gostaria que o (a) Sr. (a) levasse em conta que tenho que fazer as mesmas perguntas para todas as pessoas.

039	Esta pesquisa está sendo realizada pela UFRN. Eu gostaria que o (a) Sr. (a) repetisse para mim este nome e guardasse na memória.	1. Repete UFRN	2. Não consegue/ Não repete/ ou algo próximo		[ ]
040	Em que ano o (a) Sr. (a) nasceu? _____	1. Ano do nascimento aparentemente correto	2. Informa ano do nascimento que: não corresponde à impressão do observador; ou é inconsistente com a data anteriormente obtida; ou é obviamente errada; ou não sabe ou fornece resposta incompleta.		[ ]
041	Qual é o endereço da casa que o (a) Sr. (a) morava?	1. Informa o endereço correto	2. Informa o endereço incorreto; ou não sabe ou fornece informação incompleta.		[ ]
042	Por quanto tempo o (a) Sr. (a) morou neste endereço? _____ anos	1. Informação sobre tempo de residência aproximadamente correto/plausível.	2. Informa tempo de residência obviamente errado, ou não sabe.		[ ]
043	O (A) Sr. (a) sabe o nome do atual presidente do Brasil? Registre:	1. Nome do presidente correto/quase correto.	2. Informa nome incorreto ou não recorda nome do presidente.		[ ]
044	Em que mês nós estamos? Mês do ano:	1. Mês correto.	2. Informa incorretamente o mês ou não sabe.		[ ]

045	Em que ano nós estamos? Registre:	1. Ano correto.	2. Informa incorretamente o ano ou não sabe.	[ ]
046	Eu gostaria que o (a) Sr. (a) colaborasse, fazendo alguns pequenos exercícios. O (A) Sr. (a) poderia colocar as mãos sobre os seus joelhos? <b>Entrevistador:</b> Marque SIM para correto e NÃO para incorreto.			
	a) Por favor, toque com a mão direita o seu ouvido direito?	1. Sim	2. Não	[ ]
	b) Agora com a mão esquerda o seu ouvido direito?	1. Sim	2. Não	[ ]
	c) Agora com a mão direita o seu ouvido esquerdo?	1. Sim	2. Não	[ ]
047	O (A) se lembra do nome da Universidade que está realizando esta pesquisa? Registre:	1. UFRN - Universidade Federal do Rio Grande do Norte	2. Não se lembra ou fornece outros nomes.	[ ]
<b>Agora eu gostaria de lhe fazer algumas perguntas a respeito de como o (a) Sr. (a) vem se sentindo ultimamente em relação a certas coisas. Eu gostaria de começar perguntando sobre suas últimas quatro semanas.</b>				
048	O (A) Sr. (a) sentiu-se solitário (a) durante o último mês?	1. Sim	2. Não	98. NS/NR
	<b>Entrevistador:</b> Se 2(Não) vá para Q.49 e marque NA na Q.48a.			[ ]
48a	Com que frequência o (a) Sr. (a) se sentiu solitário (a)?	1. Sempre	2. Algumas vezes	95. N. A. 98.NS/NR
049	O (A) Sr. (a) esteve preocupado (a) durante o último mês?	1. Sim	2. Não	98. NS/NR
	<b>Entrevistador:</b> Se 2(Não) vá para Q.50 e marque NA na Q.49a.			[ ]
49a	O (A) Sr. (a) esteve preocupado (a) no último mês em relação a que tipo de coisa? <b>Entrevistador:</b> após esta introdução, segue-se o complemento desta pergunta.			
	O (A) Sr. (a) diria que se preocupa em relação a quase tudo? Registre:	1. Sim	2. Não	95. N. A. 98. NS/NR
050	O (A) Sr. (a) tem alguma dificuldade para dormir? <b>Entrevistador:</b> Se o entrevistado não tem dificuldade para dormir, marque NÃO na opção "a" e N.A. na opção "b". Se ele teve dificuldade em dormir, continue a questão, sondando, como se segue: O que impede o(a) Sr.(a) de dormir ou lhe faz acordar no meio da noite O que é que o(a) Sr.(a) fica pensando quando está acordado na cama? O(a) Sr.(a) tem problema em dormir porque se sente tenso(a) ou preocupado(a)? Ou porque o(a) Sr.(a) se sente deprimido(a)? Ou devido a outras razões? a) Dificuldade para dormir ? b) Dificuldade para dormir devido a preocupação ou ansiedade, depressão ou pensamento depressivo?	1. Sim	2. Não	98. NS/NR 95. NA 98.NS/NR
051	O (A) Sr. (a) teve dor de cabeça no mês passado?	1. Sim	2. Não	98. NS/NR
052	O (A) Sr. (a) tem se alimentado bem no último mês? <b>Entrevistador:</b> Se 1(Sim) vá para Q.53 e marque NA na Q.52a.	1. Sim	2. Não	98. NS/NR
52a	Qual o motivo do o (a) Sr. (a) não estar se alimentando bem? Registre:	1. Não tem se alimentado bem por falta de apetite ou por estar deprimido (a)/ preocupado (a) / nervoso (a).	2. Outras razões	95. NA 98. NS/NR
053	O (A) Sr. (a) sente que está ficando mais lerdo (a) ou com menos energia?	1. Sim	2. Não	98. NS/NR
	<b>Entrevistador:</b> Se 2(Não) vá para Q.54 e marque NA na Q.53a, 53b e 53c.			[ ]
53a	Em alguma hora do dia o (a) Sr. (a) sente mais lerdo (a) ou com menos energia?	1. Mais lerdo (a), com menos energia no período da manhã	2. Mais lerdo (a), com menos energia em outros períodos do dia ou não especifica período	95. NA 98. NS/NR
53b	No último mês o (a) Sr. (a) tem estado com menos energia ou como de	1. Com menos energia	2. Como de costume ou com mais energia	95. NA 98. NS/NR
53c	Atualmente o (a) Sr. (a) sente falta de energia para fazer suas coisas no seu dia-a-dia?	1. Sim, sinto falta de energia	2. Não, não sinto falta de energia	95. NA 98. NS/NR
054	Durante o último mês o (a) Sr. (a) se sentiu mais irritado (a)/ zangado (a) do que de costume?	1. Sim	2. Não	98. NS/NR
<b>Agora mais algumas perguntas rápidas sobre como o (a) Sr. (a) se sente:</b>				
055	O (A) Sr. (a) tem se sentido triste ou deprimido (a) durante o último mês? <b>Entrevistador:</b> Se 2(Não) vá para Q.56 e marque NA na Q.55a, 55b e 55c.	1. Sim	2. Não	98. NS/NR
55a	O (A) Sr. (a) tem se sentido desta maneira por um período de apenas poucas horas (ou menos) ou este se mantém por mais tempo?	1. Triste ou deprimido (a) por um período maior do que poucas horas	2. Triste ou deprimido (a) por um período de poucas horas	95. NA 98. NS/NR
55b	Quando o (a) Sr. (a) está se sentindo triste ou deprimido (a) a que horas do dia o (a) Sr. (a) se sente pior?	1. Pior no início do dia	2. Pior em outros períodos ou em nenhum período particular.	95. NA 98. NS/NR

55c	O (A) Sr. (a) tem sentido vontade de chorar?				[ ]
	<b>Entrevistador:</b> Em caso afirmativo pergunte: <u>O (A) Sr. (a) chorou no último mês?</u> . Em caso negativo, anote a resposta Não: Registre:				
	1. Sim	2. Não	95. NA	98. NS/NR	
056	Alguma vez durante o mês o(a) Sr.(a) sentiu que viver não valia a pena?				[ ]
	<b>Entrevistador:</b> Se 2(Não) vá para Q.57 e marque NA na Q.56a e 56b.				
56a	No último mês o(a) Sr.(a) alguma vez sentiu que seria melhor estar				[ ]
	1. Sim	2. Não	98. NS/NR	95. NA	
<b>Entrevistador:</b> Se 2(Não) vá para Q.57 e marque NA na Q.56b.					
56b	O(a) Sr.(a) pensou em fazer alguma coisa para acabar com sua vida?				
	<b>Entrevistador:</b> Em caso negativo marque resposta 1. Em caso afirmativo, pergunte.				
	a. Com que frequência o(a) Sr.(a) teve este pensamento?				
	b. O que o(a) Sr.(a) pensou em fazer para acabar com sua vida?				
c. O(a) Sr.(a) chegou a tentar acabar com sua vida?					
1. Rejeita suicídio 2. Apenas pensamentos 3. Considerou seriamente um método de suicídio mas não o pôs em prática 4. Tentou suicídio 95. NA 98. NS/NR					
057	O(a) Sr.(a) tem algum arrependimento em relação aos anos anteriores da sua vida?				
	<b>Entrevistador:</b> Em caso negativo marque resposta 0. Em caso afirmativo, pergunte:				
	Existe alguma coisa que o(a) Sr(a) se culpa? O que? O(a) Sr.(a) pensa bastante no assunto?				
Registre:					
0. Sem arrependimento 1. Arrepende-se mas não se arrependimento 2. Arrepende-se, culpa-se mas atualmente não se 3. Arrepende-se, culpa-se e pensa bastante sobre o assunto 98. NS/NR					
058	Quando o(a) Sr. (a) olha para o futuro, como o(a) Sr.(a) se sente, quais são as suas expectativas para o futuro?				
	1. Menciona expectativas e pensa no futuro. 2. Não menciona expectativas mas também não refere a nenhuma afirmação negativa. 3. O futuro é descrito negativamente ou amedrontador ou insuportável. 98. NS/NR				
	[ ]				
059	Atualmente o(a) Sr.(a) sente que perdeu o interesse ou a satisfação pelas coisas?				[ ]
	1. Sim	2. Não	98. NS/NR		
<b>Entrevistador:</b> Se 2(Não) vá para Q.60 e marque NA na Q.59a.					
59a	O que o(a) Sr.(a) acredita ser a causa disto?				
	<b>AVERIGUAR:</b> <i>Iss o é por que o(a) Sr.(a) tem se sentido doente deprimido(a) ou nervoso(a)?</i>				
	1. Perda de interesse causada por depressão/ nervosismo . 2. Perda de interesse causada por outros motivos. 95. NA 98. NS/NR				
060	De um modo geral, o(a) Sr.(a) se sente feliz nos dias atuais?				[ ]
	1. Sim	2. Não	98. NS/NR		

### VII. NECESSIDADES E PROBLEMAS QUE AFETAM O ENTREVISTADO

061	Atualmente (da lista abaixo), quais são as suas principais necessidades ou carências?				
	<b>Entrevistador:</b> Leia para o entrevistado todas as perguntas e marque as alternativas correspondentes:				
	a) Carência econômica	1. Sim	2. Não	98. NS/NR	
	b) Carência de lazer	1. Sim	2. Não	98. NS/NR	
	c) Carência de segurança	1. Sim	2. Não	98. NS/NR	
	d) Carência de saúde	1. Sim	2. Não	98. NS/NR	
	e) Carência de alimentação	1. Sim	2. Não	98. NS/NR	
	f) Carência de companhia e contato pessoal	1. Sim	2. Não	98. NS/NR	
062	Para finalizar esta entrevista, eu gostaria que o(a) Sr.(a) me informasse qual o problema mais importante do seu dia-a-dia?				
	<b>Entrevistador:</b> Anote apenas uma alternativa:				
	00. Entrevistado(a) não relata problemas importantes	05. Problemas familiares (conflitos)			
	01. Problema econômico	06. Problemas de isolamento (solidão)			
	02. Problema de saúde (deterioração da saúde física ou	07. Preocupação com filhos/netos			
03. O medo da violência	08. Outros problemas: _____				
	04. Problema de moradia	98. NS/NR			

#### ENTREVISTADOR: LEIA PARA O (A) ENTREVISTADO (A) O PARÁGRAFO SEGUINTE:

Algumas pessoas como o(a) Sr.(a) que foram entrevistadas nesta pesquisa vão ser reentrevistadas numa outra ocasião. No caso de o(a) Sr.(a) ser uma das pessoas escolhidas (esta escolha, procedida através de sorteio eu gostaria de pedir a sua permissão para uma nova entrevista. Esclareço que essa nova entrevista, se ocorrer, será bem pequena e eu estarei acompanhando(a) por um(a) outro(a) colega de equipe. Para isto eu gostaria de solicitar sua permissão para um novo possível contato. O(a) Sr.(a) poderia me informar seu nome completo.

( \_\_\_\_\_ ) e, caso o(a) Sr.(a) tenha o número do seu telefone ( \_\_\_\_\_ )?

**ENTREVISTADOR:** *Assegure para a pessoa entrevistada que seu nome foi solicitado apenas para facilitar uma possível rápida nova entrevista para verificação das informações coletadas por parte do entrevistador. As respostas contidas neste questionário, como também o nome do entrevistado, permanecerão estritamente confidenciais.*

Muito obrigado (a) pela sua colaboração

O(a) Sr.(a) tem alguma pergunta que gostaria de fazer?

O(a) Sr.(a) gostaria de acrescentar alguma coisa a mais sobre o que já mencionou?

**ENTREVISTADOR:** *registre a resposta do entrevistado aqui:*

### VIII. AVALIAÇÃO DO ENTREVISTADOR

Estas perguntas deverão ser respondidas pelo entrevistador imediatamente após deixar o quarto do (a) entrevistado(a)

1. Tempo de duração da entrevista (especifique): \_\_\_\_\_

2. No geral, as respostas são confiáveis?	1. Sim	2. Não	[ ]
3. No geral, o(a) entrevistado(a) entendeu as perguntas formuladas?	1. Sim	2. Não	[ ]
4. Qual foi a reação do entrevistado com a entrevista?	1. Positiva	2. Negativa	[ ]
5. Durante a entrevista, havia alguma outra pessoa presente?	1. Sim	2. Não (Vá para Q.6 e marque NA e nas Q.5a e	[ ]
5a. Você diria que a presença de uma outra pessoa afetou a qualidade da entrevista em algum aspecto importante?	1. Sim	95. N.A.	[ ]
	2. Não		
5b. Que efeito a presença desta pessoa teve na qualidade da entrevista?	1. Positiva	95. N.A.	[ ]
	2. Negativa		

6. Por favor, faça alguma outra observação sobre a entrevista que você julga importante.

**Entrevistador:** *POR FAVOR, LEIA E ASSINE SEU NOME*

Eu reli o questionário após a entrevista e certifico que todas as respostas às perguntas formuladas foram anotadas de acordo com as respostas dadas pelo entrevistado e que todas as colunas e espaços que requerem preenchimentos foram completados de acordo com as instruções recebidas. Eu me comprometo a manter sob estrita confidencialidade o conteúdo das perguntas, das respostas e dos comentários do entrevistado, como também sua identidade.

**NOME DO ENTREVISTADOR:** \_\_\_\_\_

**DATA:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**NOME DO SUPERVISOR:** \_\_\_\_\_

**Sexo do entrevistador:** 1. Masculino 2. Feminino [ ]

**Idade do entrevistador:** \_\_\_\_\_ anos [ ]

**ASSINATURA DO ENTREVISTADOR:** \_\_\_\_\_