

Avaliação da qualidade de vida de idosos institucionalizados.

Evaluation of the quality of life of institutionalized elderly.

Jéssica Moreira

Bruna Rodrigues Maziero

RESUMO: O objetivo deste artigo foi compreender como os idosos residentes de uma instituição de longa permanência avaliam sua qualidade de vida, utilizando uma metodologia exploratória-descritiva de abordagem quantitativa e qualitativa. Para a coleta de dados foram utilizados os instrumentos WHOQOL_Bref e WHOQOL_Old juntamente com uma entrevista semiestruturada. Percebeu-se que os idosos apresentam uma qualidade de vida satisfatória.

Palavras-Chave: Envelhecimento; Institucionalização; Terapia Ocupacional.

ABSTRACT: The objective of this article was to understand how the elderly residents of a long-term institution evaluate their quality of life, using an exploratory-descriptive methodology of quantitative and qualitative approach. For data collection, the WHOQOL_Bref and WHOQOL_Old instruments were used together with a semi-structured interview. In this study it was observed that the elderly present a satisfactory quality of life.

Keywords: *Aging; Institutionalization; Occupational therapy.*

Introdução

Mundialmente o aumento da expectativa de vida tem contribuindo para um novo padrão demográfico, refletido em mudanças nas taxas de fecundidade e mortalidade populacional, assim como o avanço de diversos tipos de tecnologias (Batista e Crispim, 2012). No Brasil este fenômeno já é visível e tende a se intensificar ainda mais nos próximos anos, baseando-se nos dados coletados da Projeção da População por Sexo e Idade feita pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) no ano de 2013 é possível estimar que esta faixa etária crescerá mais do que qualquer outra sendo que o aumento da proporção de idosos na população em 2030, seria de 18,5% e em, 2060, de 33,7%, onde a proporção de jovens com até 14 anos de idade seria de 13,0%; a de jovens de 15 a 29 anos de idade seria de 15,3% e de adultos com entre 30 a 59 anos de idade seria de 38,0% (IBGE, 2015).

A velhice é um processo natural, inevitável e gradual, inerente aos seres vivos e envolvendo vários aspectos (Lorda e Sanchez, 2001). Pode ser compreendida a partir das relações que se estabelecem entre os diferentes aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais juntamente com os geográficos e políticos da onde estão ocorrendo (Schneider e Irigaray, 2008).

Socialmente, a idade cronológica para que uma pessoa seja considerada idosa é de 65 anos, pois já é vista como não ativa no mercado de trabalho, no entanto a Organização Mundial da Saúde (OMS) possui outra definição para a delimitação, cronológica, da velhice; sendo 65 anos para os países desenvolvidos e 60 anos para os que estão em desenvolvimento (Papalia, 2006).

Biologicamente, o processo de envelhecimento é de difícil precisão, pois não há comprovação de marcadores biofisiológicos que embasem um momento exato em que este processo se inicie, tentar definir a velhice usando apenas a visão biológica é cair num erro de demarcação meramente cronológica, generalizando esta população e não levando em consideração aspectos importantes do contexto sociocultural em que os idosos estão inseridos (Papaléo Netto, 2002; Jardim, Medeiros e Britto, 2006).

O envelhecimento é demarcado por várias etapas que se concretizam no decorrer da nossa evolução e são capazes de serem diferentemente significativas para as pessoas (Kuznier, 2007).

Contudo o imaginário social costuma tratar o envelhecimento como um período de perdas patológicas capazes de comprometer a funcionalidade e autonomia do sujeito, comprometendo assim a permanência desta pessoa idosa junto ao círculo familiar considerando que elementos socioeconômicos também podem sofrer alterações, especialmente quando há a necessidade de um cuidador (Nunes, Menezes e Alchieri, 2010).

Os autores ainda associam estas mudanças no contexto familiar com o aumento do número de instituições de longa permanência (ILPI) para pessoas idosas, já que quanto maior for o comprometimento da independência desta pessoa maior será a chance de ser institucionalizado. Outra explicação para a institucionalização levantada pelos autores Tier, Fontana e Soares (2004), é a pouca disponibilidade de horários e de apoio emocional, comprometidos, talvez, pelo ritmo de vida acelerado; que a família não oferta para aos seus idosos.

A Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG, 2001) adotou a expressão “Instituição de Longa Permanência para Idosos” (ILPI) para designar o tipo de instituição anteriormente chamado de asilo e define-a, como estabelecimento para atendimento integral

institucional, cujo público alvo são pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, dependentes ou independentes, que não dispõem de condições para residir sozinho ou com a família (Lima, 2005). As ILPI consistem em residências coletivas, com regras de convivência onde por muitas vezes recebem pessoas com fragilidades físicas e cognitivas em diversos graus de severidade. Com o número crescente de idosos, pode-se prever que, a cada ano, mais idosos vão necessitar desses serviços (Cristophe, 2009; Costa e Mercadante, 2013).

A chegada do idoso nas ILPI parece exigir uma adaptação à diversidade de sentimentos negativos e o isolamento, diante das transformações promovidas pela institucionalização (Creutzberg, Gonçalves e Sobottka, 2008; Bentes, Pedrosos e Maciel, 2012). Os idosos precisam reconstruir suas vidas a partir de regras, normas e horários institucionais e aprender a conviver com outras pessoas, que até então eram desconhecidas, essas mudanças influenciam no comportamento, podendo comprometer sua identidade e individualidade (Costa e Mercadante, 2013).

No entanto a institucionalização não precisa necessariamente ser vista com algo negativo, podendo ser benéfica para alguns idosos considerando que essas instituições possam vir a ter um papel de referência e acolhimento para idosos em situação de abandono (Jesus *et al*, 2010; Freire e Tavares, 2005; Camarano, 2010).

O ambiente institucional como um todo e não somente em aspectos estruturais, tem uma importância significativa para a qualidade do processo do envelhecer e da velhice, atuando como um facilitador para a melhoria da qualidade de vida da pessoa idosa (Almeida e Rodrigues, 2008).

Acredita-se ser necessário o reconhecimento de efeitos que, tanto as mudanças inerentes ao envelhecimento quanto institucionalização, possam estar contribuindo positiva ou negativamente com a qualidade de vida desses idosos para que reformulações possam ser desenvolvidas para o resgate da qualidade de vida satisfatória ou para a manutenção da mesma.

Por ser ainda uma área recente de pesquisas, a definição de Qualidade de Vida (QV) encontra-se em processo de criação de um conceito único (Almeida, Gutierrez e Marques, 2012). Enquanto isto, a OMS define Qualidade de Vida (QV) como sendo a percepção que o indivíduo tem sobre sua posição na vida, no ambiente em que vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, valores e preocupações (Cortelletti *et al.*, 2010).

Logo a compreensão sobre QV envolve diversos campos do conhecimento em constante inter-relação, isto é, o grau de satisfação e bem-estar englobados por diferentes aspectos como capacidade funcional, situação socioeconômica, estado emocional, interação social, atividades intelectuais, relações interpessoais, ambientais, religiosos e valores individuais e coletivos

(Santos *et al*, 2002; Minayo, Hartz e Buss, 2000). Na realidade, o conceito de QV é subjetivo variando de acordo com a visão de cada indivíduo incluindo suas aspirações pessoais (Santos *et al*, 2002; Vecchia *et al*, 2005).

Tendo a QV como um fator multidimensional, em constante inter-relação entre os aspectos objetivos e subjetivos de cada indivíduo ou grupo se faz necessária sua avaliação e reavaliação para que seja possível o bem-estar, pois, não basta aumentar a expectativa de vida, tem-se que melhorar a qualidade desses anos vividos (Almeida, Gutierrez e Marques, 2012).

O aumento do número progressivo de idosos brasileiros institucionalizados juntamente com vários fatores envolvidos, entre eles, a longevidade, fragilidade, desenvolvimento de doenças crônicas degenerativas, comprometimento capacidade funcional e estrutura familiar frágil, podem comprometer a QV destes idosos (Vitorino, Paskulin e Vianna, 2012).

Os autores ainda reforçam que QV está diretamente associada à atenção e os cuidados singulares e coletivos que os idosos institucionalizados estão recebendo. As condições do modo de viver, como saúde, moradia, educação, lazer, transporte, liberdade, trabalho, autoestima, entre outras, estão associadas a uma percepção positiva da QV (Santos *et al*, 2002).

Nesse sentido, uma avaliação da QV de idosos institucionalizados se justifica por permitir a análise dos possíveis fatores que influenciem na qualidade de vida desse grupo. A questão que norteou esse estudo foi, como os idosos residentes de uma instituição de longa permanência avaliam a sua qualidade de vida? Juntamente com o objetivo geral de, avaliar a qualidade de vida de idosos residentes em uma instituição de longa permanência; e os objetivos específicos a seguir: 1) conhecer o que os idosos institucionalizados entendem por qualidade de vida; 2) identificar como a institucionalização influencia na qualidade de vida de seus residentes e 3) reconhecer as fragilidades e potencialidades dos idosos institucionalizados a partir de suas concepções.

Metodologia

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo, de abordagem quantitativa e qualitativa, tendo em consideração que o campo abrange aspectos objetivos e subjetivos, fazendo-se necessário o uso de diferentes metodologias. Para Minayo (2010), a pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser codificados à dados estatísticos.

Para Gil (2008) uma pesquisa poderá ter aspectos exploratórios e descritivos ao mesmo tempo, pois em caráter exploratório estará realizando um levantamento bibliográfico para reconhecimento do tema ao mesmo tempo em que estará considerando a subjetividade e intuição do pesquisador.

Em caráter descritivo, estará descrevendo características do grupo etário pesquisado sem a interferência do pesquisador em seus resultados (Gil, 2008). No entanto Fonseca (2002) defende que em pesquisas quantitativas os resultados obtidos podem ser quantificados, centrados na objetividade, isto é, considerando que a realidade só pode ser compreendida com base na análise de dados brutos, recolhidos com o auxílio de instrumentos padronizados e neutros.

O estudo dos seres humanos necessita de ações simultâneas que expliquem e compreendam seus resultados (Günther, 2006). A utilização conjunta de processos metodológicos quantitativos e qualitativos permite recolher mais informações do que se poderia conseguir isoladamente, isto é, uma complementa a outra (Fonseca, 2002; Minayo, 2010).

O presente estudo ocorreu numa instituição de longa permanência para idosos (ILPI), de caráter filantrópico, que abriga somente idosos do sexo masculino, vinculada a uma entidade religiosa e situada numa cidade do interior do Rio Grande do Sul. A ILPI abriga 75 idosos, desses, um total de 19 idosos participaram do estudo.

Incluiu-se na pesquisa idosos com idade igual ou superior a 60 anos; residentes na ILPI há pelo menos um mês da data da coleta de dados e aqueles que atingiram a pontuação mínima indicada pelo instrumento de avaliação cognitiva Miniexame do Estado Mental (MEEM).

A pontuação do MEEM relaciona a escolaridade, a faixa etária e o escore obtido no instrumento para indicar presença ou não de déficit cognitivo por meio da soma da pontuação obtida em cada questão, do seguinte modo: (a) menos de quatro anos de ensino escolar: entre 60 e 69 anos e escore de até 22 pontos; entre 70 e 79 anos e escore de até 20 pontos; mais de 79 anos e escore de até 18 pontos; (b) ensino fundamental e escore de até 22 pontos; (c) nível médio ou superior e escore de até 23 pontos são consideradas situações de presença de déficit valores inferiores a estes limites (Brucki *et al*, 2003).

Excluiu-se do estudo idosos com diagnóstico clínico prévio de algum tipo de demência ou afasia e residentes da instituição com menos de 60 anos.

Antes de iniciar a coleta de dados, os idosos foram informados sobre o objetivo do estudo, dos instrumentos a serem aplicados e da garantia do anonimato e sigilo dos dados. Ao concordarem em participar deste estudo, foi solicitado a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), tendo sido disponibilizado uma cópia aos idosos participantes. O

respectivo estudo foi aprovado pelo comitê de ética e pesquisa da Universidade Franciscana de Santa Maria – RS, sob o parecer número 2.370.200.

A coleta de dados ocorreu entre os meses de março e abril do ano de dois mil e dezoito, em dia e horário previamente agendados com a instituição. Utilizou-se três instrumentos que são descritos a seguir:

1) Entrevista semiestruturada que contou com questões elaboradas de acordo com os objetivos da pesquisa e que permitiram que o entrevistado respondesse livremente sobre assuntos que foram surgindo como desdobramentos do tema principal (Gerhardt e Silveira, 2009).

A entrevista semiestruturada continha as seguintes perguntas: 1) o que é qualidade de vida? 2) quais as mudanças mais significativas que aconteceram no seu cotidiano depois que passou a residir na instituição? 3) O que faria atualmente para melhorar sua qualidade de vida? As entrevistas ocorreram nas dependências da instituição, com duração média de 60 segundos, sendo gravadas em aparelho de áudio mp3, após transcritas na íntegra em formato de texto no programa Microsoft Word.

Para garantir o anonimato dos idosos, os mesmos serão aqui identificados pela letra I maiúscula seguida do numeral correspondente, como: I1; I2; I3 e assim sucessivamente até o I19.

2) Questionário de Qualidade de Vida WHOQOL_OLD que é um instrumento de domínio público, desde que sejam seguidas as orientações e mantidas as questões nele contidas. Elaborado pelo Grupo WHOQOL, possui como objetivo avaliar a qualidade de vida de idosos, a partir de seus 24 itens divididos em 6 facetas, como: funcionamento do sensorio (FS; autonomia (AUT) atividades passadas, presentes e futuras (PPF); participação social (PSO); morte e morrer (MEM) e intimidade (INT).

Os escores destas seis facetas ou os valores dos 24 itens do módulo WHOQOL_OLD, podem ser combinados para produzir um escore geral para a qualidade de vida dos idosos, denotado como o “escore total” (Bárbaro, 2012).

Conforme Fleck, Chachamovich e Trentini (2003), existem três formas de apresentar os dados, sendo elas: uma forma de total (de 4 a 20); outra em média (de 1 a 5) e a terceira em forma de percentual (de 0 a 100).

Para este estudo, escolheu-se demonstrar os resultados em forma de média (de 1 a 5), ou seja, as médias obtidas nas facetas/domínios dos instrumentos utilizados significam que a qualidade de vida (QV) necessita melhorar (quando for 1 até 2,9); regular (3 até 3,9); boa (4 até

4,9) e muito boa (5). Os instrumentos utilizados mensuram a QV positivamente, isto é, quanto mais perto de 5 mais positiva ou satisfeita está a percepção do idoso sobre cada faceta.

Quando se usa um instrumento específico de QV, é aconselhável utilizar mais um genérico para uma avaliação mais geral e específica (Paschoal, 2006). Seguindo as instruções do Grupo WHOQOL (Fleck, Chachamovich e Trentini, 2003), foram utilizados simultaneamente o instrumento genérico WHOQOL_Bref e específico de QV para idosos WHOQOL-OLD.

A escala é formada por questões do tipo likert que podem ser auto administradas, assim, como assistidas ou ministradas pelo entrevistador.

3) Questionário de Qualidade de Vida WHOQOL_Bref: Elaborado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e validado no Brasil por Fleck *et al* (2000); trata-se de uma versão abreviada do questionário WHOQOL_100, também de domínio público é constituída por 26 itens de avaliação subjetiva do indivíduo em diversos contextos, como: físico, psicológico, relações sociais e ambientais, tendo como objetivo avaliar como o indivíduo se sente a respeito de sua QV, saúde e demais áreas (Bárbaro, 2012).

Os resultados obtidos por este questionário serão apresentados igualmente ao WHOQOL_Old, isto é, tanto os resultados das facetas quanto dos domínios serão apresentados em média (de 1 a 5).

Para análise dos dados quantitativos foi criado um banco de dados onde foram agrupadas as respostas dos instrumentos, utilizando-se uma ferramenta desenvolvida a partir do Software Microsoft Excel, assim como programa computacional SPSS Statistical Package for the Social Sciences, versão 23, onde os dados foram analisados conforme orientação do grupo WHOQOL em forma de estatísticas descritivas com o uso de histogramas para o melhor entendimento dos valores obtidos nas respostas individuais, assim como a frequência de cada resposta.

A análise dos dados qualitativos seguiu os preceitos da análise de conteúdo que se trata de uma técnica metodológica possível de ser aplicada em diversas áreas e formas de comunicação. Não se trata de um instrumento exato, mas de um método capaz de facilitar o sentido e significação da comunicação subjetiva (Bardin, 2011).

Sendo assim, ocorreu a pré análise, com o planejamento e definição de materiais, exploração do material, com sua devida descrição, e, por último, o tratamento e a interpretação dos dados, como resultado, originaram-se 3 categorias temáticas, que são: percepção sobre qualidade de vida; capacidade funcional e relações interpessoais.

Resultados e Discussão

Análise Quantitativa dos dados

A idade dos 19 idosos participantes da pesquisa variou entre 61 anos e 89 anos, apresentando um desvio padrão de 6,64 e média de 71,42 anos. Na aplicação do WHOQOL_Bref ao serem questionados sobre a percepção de sua qualidade de vida (de 1 a 5) a média obtida foi de 3,9 e desvio padrão de 0,74 (ver tabela 1). Considerando as interpretações de Fleck, Chachamovich e Trentini (2003) estes resultados significam que a QV necessita melhorar (quando for 1 até 2,9); é regular (quando for 3 até 3,9); boa (quando for 4 até 4,9) e muito boa (quando for 5).

Tabela 1. Parâmetros da avaliação do WHOQOL_ BREF residentes de uma instituição de longa permanência (ILPI).

Domínios	Idosos
Percepção da Qualidade de Vida	3,9 ± 0,74
Satisfação com a saúde	3,4 ± 0,96
Físico	3,4 ± 0,60
Psicológico	3,7 ± 0,59
Relações Sociais	3,6 ± 0,48
Meio Ambiente	3,7 ± 0,43

*Valores expressos em média ± desvio padrão

A questão que aborda a satisfação com a saúde apresentou média 3,4 e desvio padrão (0,96) entre as demais, significando que foram obtidas diversas respostas, concluindo que neste aspecto a amostra mostrou-se heterogênea. A média de todas as dezenove respostas foi de 3,4, somente dois idosos avaliaram sua satisfação com a saúde em 1 e 2, respectivamente, tendo oito pontuando suas satisfações em 3; outros sete idosos pontuaram em 4 e dois idosos pontuando com 5 esta satisfação.

Ainda no instrumento WHOQOL_Bref, encontrou-se as seguintes médias diante de cada um dos domínios, no domínio que abordou sobre o Físico dos idosos, isto é, sobre dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso e mobilidade, dependência de medicações e atividades de vida diária (ver tabela 1) foi obtida a média de 3,4 (desvio padrão 0,60), salientando ainda que de forma individual um idoso apresentou resultado (≤ 2), dois idosos apresentaram resultados entre 2 e 3, treze idosos apresentaram resultados entre 3 e 4 e três idosos com resultados (> 4).

No domínio Psicológico, como pensamentos positivos, imagem corporal, autoestima, crenças pessoais, memória e concentração, os idosos participantes deste estudo obtiveram média 3,7 com desvio padrão de 0,59, o que demonstra uma variação média entre as respostas de forma individual.

Os domínios com menor variação de respostas foram a Relações Sociais, tendo como intenção questionar sobre relações pessoais, apoio social e atividades sexuais juntamente com a avaliação de Meio Ambiente (ver tabela 1), isto é, sobre o clima, poluição, segurança, oportunidades de lazer e disponibilidade de recursos materiais, apresentando respectivamente uma média de 3,6 (com desvio padrão de 0,48) e média 3,7 (com desvio padrão de 0,43). Infere-se que nestes domínios a amostra apresenta-se mais homogênea, pois significa que a maioria das respostas foram iguais tendo poucas respostas abaixo ou acima das médias obtidas.

Ao analisar o instrumento WHOQOL_Old também foi possível reconhecer a percepção da amostra dentro das seis facetas abordadas pelo instrumento, isto é: Funcionamento do sensorio (FS); autonomia (AUT); atividades passadas, presentes e futuras (PPF); participação social (PSO); morte e morrer (MEM) e intimidade (INT).

A média obtida sobre o Funcionamento do Sensorio o qual avalia o funcionamento sensorial e o impacto de perdas destas habilidades sensoriais (conforme tabela 2) foi de 3,9 (com desvio padrão de 0,73), um resultado que indica que neste aspecto novamente a amostra demonstra-se heterogênea, isto é, houve uma variação considerável entre as respostas, sendo elas: nove idosos abaixo da média.

Tabela 2. Resultados da avaliação do WHOQOL_OLD residentes de uma instituição de longa permanência (ILPI).

Facetas	Idosos
Funcionamento do Sensorio	3,9 ± 0,73
Autonomia	3,4 ± 0,48
Atividades passadas, presentes e futuras	3,6 ± 0,61
Participação Social	3,6 ± 0,56
Morte e Morrer	4,3 ± 0,91
Intimidade	2,7 ± 0,63

*Valores expressos em média ± desvio padrão

Ao serem questionados sobre a Autonomia, a qual mensura a independência e a capacidade de ser autônomo em suas atividades de vida diária, a média obtida foi de 3,4 com desvio padrão de 0,48 (ver tabela 2), comprovando que em quesito autonomia a amostra apresenta-se homogênea, isto é, individualmente os idosos deram respostas iguais, dando a

entender que concordam entre si com a percepção de sua autonomia. Teve idosos que deram nota 4 para este quesito, porém nenhum deles pontuou 5.

As facetas referentes as Atividades Passadas, Presentes e Futuras que questionam sobre a satisfação do idoso diante de suas conquistas pessoais e materiais e de desejos que ainda anseia; juntamente com a Participação Social a qual aborda sobre a participação do idoso em atividades cotidianas, de lazer e comunitárias; obtiveram média de 3,6 com desvio padrão, respectivamente, de 0,61 e 0,56 (ver tabela 2), apresentando um grupo com respostas mais homogêneas, isto é, entende-se esses idosos concordam entre si quando questionados sobre essas questões.

Em análises as médias obtidas em cada um dos domínios e facetas individuais dos instrumentos utilizados, identifica-se que os resultados ficaram, sua maioria, entre as médias 3,4 a 3,9. No entanto há duas facetas do instrumento WHOQOL_Old nas quais esses resultados ficaram ou abaixo ou acima da maioria das médias obtidas. Na faceta Morte e Morrer a média das respostas dos idosos foi de 4,3 com desvio padrão de 0,91 (ver tabela 2) o que demonstra que os idosos participantes da pesquisa estão positivamente satisfeitos com a finitude de suas vidas.

A outra faceta questiona a Intimidade, isto é, a capacidade de realizar e manter relações interpessoais e íntimas; a qual obteve a média de 2,7 com desvio padrão de 0,63 (ver tabela 2). Isto revela que os idosos participantes da pesquisa estão insatisfeitos com as suas relações pessoais e atividades sexuais. O resultado geral de todas as facetas corresponde ao valor de 3,6 de média e desvio padrão de 0,37.

Logo pode-se considerar que a média da QV dos idosos participantes do estudo corresponde (de 1 a 5) a uma avaliação regular (quando for de 3,0 até 3,9) (Fleck, Chachamovich e Trentini, 2003). Contudo perceber-se que alguns idosos, individualmente, apresentaram médias individuais acima ou abaixo da média amostral.

De acordo com os resultados encontrados no presente estudo, pode-se afirmar que os idosos analisados apresentaram bons escores de qualidade de vida em todos os domínios do WHOQOL-BREF e nas facetas analisadas do WHOQOL-OLD, quando comparados à pontuação máxima (5) dos escores para cada domínio e/ou faceta.

A longevidade amplia a probabilidade de ocorrências de perdas, mudanças fisiológicas e psicossociais, afastamento do mercado de trabalho e a proximidade com a morte concomitante com as dificuldades financeiras têm resultado significativo com os aspectos que envolvem a qualidade de vida (Martins *et al*, 2009; Gutz e Camargo, 2013).

No entanto, quando os indivíduos envelhecem com autonomia e independência, com boa saúde física e desempenhando papéis sociais, permanecendo ativos e desfrutando de senso de significado pessoal, a qualidade de vida destas pessoas pode ser muito boa ou, pelo menos, preservada (Lopes, Araújo e Nascimento, 2016; Martins *et al*, 2009).

Análise Qualitativa dos dados

Percepção sobre qualidade de vida

Evidenciou-se nos relatos dos idosos pesquisados nesse estudo que, as percepções de QV são variadas, mas que por momentos convergem entre si, de acordo com os discursos:

“Significa uma melhora de vida, uma coisa boa.” (I10)

“[...] Eu entendo tudo que é bom.” (I13)

Seguindo o conceito de qualidade de vida como expressão da melhor satisfação subjetiva de um indivíduo e considerando a rede de atenção da qual desfruta juntamente com a capacidade de preestabelecer desejos, vontades e necessidades (Lima, Lima e Ribeiro, 2010; Cortelletti *et al.*, 2010),

As falas destes idosos demonstram que a QV possui um conceito subjetivo que varia de acordo com a visão de cada indivíduo juntamente com suas aspirações pessoais. (Santos *et al*, 2002; Vecchia *et al*, 2005). Foram encontradas opiniões nas quais, os relacionamentos interpessoais e a participação social são elementos importantes para alguns idosos quando questionados sobre sua QV e sobre quais aspectos são capazes de contribuir com ela, assim observados a seguir:

“É ter amor por todas as pessoas, se dá com todo mundo. Querer bem, pai, mãe, irmão, todo mundo. E ter bastante amigo.” (I19)

“A qualidade de vida pra mim é amor e carinho.” (I16)

No entanto, também percebe-se opiniões em que o estado de saúde em que se encontram é o elemento mais significativo para eles, em outros relatos alguns idosos expressam que o atendimento a suas necessidades básicas, como alimentação e moradia é o aspecto que mais define a QV:

“A qualidade de vida é viver bem e ter saúde.” (I17)

“Qualidade de vida é viver a vida, comer bem, se alimentar.” (I6)

“A minha saúde, em primeiro lugar.”(I8)

Considera-se que os idosos participantes deste estudo, de um modo geral como também foi evidenciado na aplicação do instrumento WHOQOL_Bref, mais especificamente no domínio percepção sobre qualidade de vida, acreditam possuir uma boa QV, como pode-se observar nos relatos que seguem:

“Eu estou bem, eu vou controlando a vida aqui dentro né. Pra mim está bom.” (I17)

“Me sinto muito bem.” (I14)

A partir dos dados obtidos possível evidenciar que diferentes foram os motivos que levaram os idosos a institucionalização, entre eles podemos citar: o divórcio ou a viuvez; o adoecimento do idoso ou de algum familiar com quem residiam ou até mesmo a falta de familiares; dificuldades financeiras e o uso de álcool. Alguns deles podemos constatar a seguir:

“Eu sai da rotina que eu tinha lá fora. Tinha as rotinas lá que muitas vezes saiam fora do caminho de Deus.” (I9)

“Vim pra cá agora, porque aqui eu não posso tomar nada, eu era bêbado, e não tá me fazendo falta bebida de álcool.” (I4)

Verifica-se que há satisfação com o local em que residem, com os demais idosos que convivem e com os funcionários que os atendem, além de declararem que possuem suas necessidades básicas alcançadas, como moradia, alimentação e lazer. Embora o ambiente institucional seja diferente dos ambientes familiares, é perceptível que a maioria dos idosos consideram a ILPI como um ambiente agradável para se morar

“Estou satisfeito com a vida que eu tenho aqui.” (I14)

“Depois que eu vim pra cá já mudou muita coisa, por eu mesmo ter tomado decisão certa.” (I9)

“Por enquanto eu estou satisfeito de estar aqui, não pretendo me mudar.” (I13)

Por outro lado, o processo de institucionalização é vivenciado por alguns idosos como algo ruim, um processo difícil, doloroso solitário e de pouca autonomia, como percebemos nas falas que seguem:

“Eu não posso sair a não ser com os meus filhos me apanhando.” (I8)

“Sinto falta de jogar, de sair, de ir na universidade. O cara sente um pouco a falta. Morando no meu apartamento, saía e encontrava os amigos na rua, aquela turma toda, e aqui não.” (I7)

“Aqui não ajudou em nada até agora. Está só do que eu entrei, para trás.” (I15)

Dessa forma a ILPI pode ser um lugar que produz sentimentos ambivalentes, pois, ao mesmo tempo em que acolhe e abriga, pode ser identificada como um lugar que aprisiona e limita a vida de seus residentes (Oliveira e Rozendo, 2014).

Capacidade Funcional

Desde a concepção até a morte o indivíduo sofre constantes modificações em diferentes aspectos, físicos, psicológicos e sociais, mas que podem variar conforme o grau de comprometimento e velocidade de desenvolvimento, destas as mais evidentes no envelhecimento são as alterações nas medidas antropométricas, nas estruturas histológicas, sarcopenia, variações de tônus muscular, comprometimentos cardiovasculares e disfunções sensoriais e cognitivas, psicológicas e emocionais (Mincato e Freitas, 2007).

“O que eu podia [...] melhorar era que eu pudesse voltar a caminhar.” (I15)

“Eu diria que tiraria o meu mau-humor quando ele se, se dispõe a manifestar.” (I3)

“Podia tirar o sentido de que eu não enxergo.” (I16)

“Olha eu tiraria da minha vida pra colaborar, muitas vezes o desânimo e a indisposição.” (I5)

O comprometimento de um ou mais elementos funcionais podem sujeitar o idoso a uma supervisão ou ao auxílio em suas atividades cotidianas, contribuindo para uma dependência resultante da perda ou do comprometimento da sua autonomia e independência, fazendo com que o mesmo necessite de uma assistência total ou parcial de outras pessoas para a realização de suas atividades de vida diária (AVDs), como se vestir; se alimentar; se locomover; se banhar; preparar refeições; limpar e passear (Bentes, Pedroso e Maciel; Mincato e Freitas, 2007).

No que tange a capacidade funcional, os idosos relataram que não são capazes de realizar satisfatoriamente algumas de suas AVDs, no entanto não deixam de realizá-las mesmo com essas limitações. Deve-se considerar que dentro de uma ILPI, nem sempre é possível atender aos desejos e vontades de todos idosos residentes visto que se tratar de um ambiente coletivo com normas institucionais que podem comprometer a autonomia do idoso (Santos, Silva e Gutierrez, 2017; Lima *et al*, 2016).

Relações interpessoais

A QV de idosos institucionalizados, além do acolhimento da instituição e de sua capacidade funcional, depende também das relações interpessoais entre amigos e familiares a fim de impedir ou minimizar sentimentos negativos, como solidão e isolamento (Carvalho e Dias, 2011).

O suporte e o convívio familiar são percebidos como fatores primordiais para um envelhecimento bem-sucedido. Estas relações interferem no seu desenvolvimento de modo geral (Campos *et al*, 2017; Tier, Fontana e Soares, 2004). Todos os contextos envolvidos no desenvolvimento humano são modificados com o passar dos anos, isto não é diferente com o contexto social. Neste sentido identificou-se o impacto destas mudanças no relato dos idosos a seguir:

“Eu tenho o maior amor pelos meus filhos, sinto falta da companhia dos meus filhos”
(18)

“Foi combinado uma coisa com a minha filha. Que ela não cumpriu, que é trazer meus netos pra me verem aqui, veio só uma vez em oito meses”(118)

Alguns idosos experimentam sentimentos negativos que são intrínsecos a este processo de transição entre o domicílio e a ILPI, principalmente por este idoso acreditar que o núcleo familiar ao qual pertence devesse ser sua fonte de apoio (Oliveira e Alves, 2014).

No entanto como já mencionado, diversos são os fatores que contribuem para a institucionalização, no entanto, a falta de vínculos afetivos e sociais tendem a fazer com que o idoso enxergue na institucionalização uma oportunidade de abrigo, de calor humano dando ao local e aos seus profissionais um valor emocional inestimável (Oliveira e Alves, 2014). Os relatos a seguir corroboram esta afirmação:

“Fiz muitos amigos, aqui.” (I5)

“Muitas amizades que eu consegui aqui, e as visitas que eu recebo também.” (I14)

Para que os idosos recebam o apoio emocional necessário para se sentirem amados, protegidos e motivados, os familiares e amigos necessitam além da presença física, interagir e demonstrar aos idosos, o quanto ainda são queridos, e sempre que possível contribuir com a inserção e engajamento social desses idosos na comunidade e em outros eventos familiares (Campos et al, 2017; Tier, Fontana e Soares, 2004).

Os idosos fazem alusão às irmãs religiosas que são gestoras da instituição, tendo elas como referência ao suporte emocional e também para suprir suas demandas, assim como outros são resilientes e referem compreender a relação estabelecida com seus familiares.

“A irmã me trata com muita delicadeza” (I13)

“O que eu preciso eu peço para madre” (I6)

“Meus filhos, dentro da melhor maneira possível eles me buscam. Embora cada um tenha suas obrigações, que eu respeito. Eles vêm me buscar no momento das possibilidades deles.” (I8)

Percebe-se que os idosos que mantêm relações afetivas com a família e amigos apresentam melhor QV do que aqueles que não as possuem ou há relações conturbadas (Lima et al, 2016). Os idosos do estudo apresentam diferentes contextos familiares, que resultaram na institucionalização, como: o fato de alguns idosos não possuírem familiares ou de familiares que não residam perto da ILPI ou da cidade em qual ela está situada; ausência de filhos ou o abandono dos mesmos; a viuvez; familiares sobrecarregados de compromissos ou com poder aquisitivo baixo para suprir as demandas da família e do idoso.

Então, embora haja leis e políticas públicas que configurem este papel primordial à família acima de tudo, este direito muitas vezes não é desempenhado por ela por algum motivo, passando este cuidado às ILPI, aos profissionais da área e a sociedade de um modo geral.

Ao mesmo tempo em que os idosos experimentam o processo do envelhecimento, esta rede de relações interpessoais também o faz, encontrando-se muitas vezes pouco preparados para administrar tais situações, fazendo necessário a atuação de profissionais especializados capazes de dar o amparo necessário a estes indivíduos para que consigam desempenhar o cuidado da forma mais humanizada possível.

Considerações Finais

Ao analisar a QV de residentes de uma ILPI, foi possível concluir o seu significado para os idosos, ao identificar as influências da institucionalização reconheceu-se suas fragilidades e potencialidades. Com base nos resultados obtidos neste estudo é possível reconhecer que tanto o envelhecimento, quanto a qualidade de vida e a institucionalização são capazes de envolver diversos aspectos e serem experimentados de forma singular por cada indivíduo.

Todos os instrumentos utilizados foram importantes, pois permitiram recolher informações necessárias e relevantes para o estudo da temática, também foi possível concluir com base em todos os resultados que os idosos residentes da ILPI em questão, apresentam uma QV consideravelmente boa, assim como demonstram estarem satisfeito com a qualidade e quantidade dos serviços prestados pela instituição.

Ao analisar a heterogeneidade da amostra é possível desmistificar a crença popular de que idosos residentes de uma ILPI apresentam, em sua totalidade, qualidade de vida ruim e/ou sentimentos negativos. Embora as avaliações dos idosos seja positiva, é aconselhável a implementações de alternativas que preservem suas identidades; que potencializem sua autoestima; que preservem seus desejos; que respeitem suas crenças e culturas e que contribuam com a participação social destes idosos garantindo assim uma melhora ou preservação de suas QV.

Recomenda-se que a QV destes idosos venha a ser reavaliada periodicamente, tendo em vista que os aspectos envolvidos estejam em constantes modificações, assim como a realização de outros estudos relacionados à temática, com o uso de amostras maiores.

Referências

- Almeida, A. J. P. dos S; Rodrigues, V. M. C. P. (2008). *A qualidade de vida da pessoa idosa institucionalizada em lares*. 1-8. Revista Latino Americana de Enfermagem.
- Almeida, M. A. B de; Gutierrez, G. L; Marques, R. (2012). *Qualidade de vida: definição, conceitos e interfaces com outras áreas, de pesquisa*. São Paulo: Escola de Artes, Ciências e Humanidades – EACH/USP.
- Bárbaro, A. M. (2012). *Qualidade de vida e saúde mental de residentes de instituições de longa permanência*. Dissertação de mestrado: Ribeirão Preto, Brasil: Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto.
- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70.

- Batista, N. C; Crispim, N. de F. (2012). *A interferência das relações familiares no processo de envelhecimento: Um enfoque no idoso hospitalizado*. 171. Revista Kairós gerontologia, São Paulo.
- Bentes, A. C. O; Pedroso, J. S; Maciel, C. A. B. (2012). *O idoso nas instituições de longa permanência: uma revisão bibliográfica*. 197-198. Aletheia.
- Brucki, S; Nitrini, R; Caramelli, P; Bertolucci, P; Okamoto, J. (2003). *Mini-exame do estado mental: influência da escolaridade sobre o escore total e subitens*. Arquivos de neuropsiquiatria.
- Camarano, A. A; Kanso, S. (2010). *As instituições de longa permanência para idosos no Brasil*. 233-234. Revista brasileira de estudo de população.
- Campos, A. C. V; Rezende, G. P; Ferreira, E. F; Vargas, A. M. D; Gonçalves, L. H. T. (2017). *Funcionalidade familiar de idosos brasileiros residentes em comunidade*. 359-366. Revista Acta Paulista de Enfermagem. Escola Paulista de Enfermagem.
- Carvalho, M. P. R. S; Dias, M. O. (2011). *Adaptação dos idosos institucionalizados*. 165-167. Journal of Education, Technologies, and Health (MILLENIUM).
- Cortelletti, I. A. et al. (2010). *Idoso asilado: um estudo gerontológico*. Caxias do Sul, RS: EDUCS.
- Christophe, M. (2009). *Instituições de longa permanência para idosos no Brasil: uma opção de cuidados de longa duração?* Dissertação de mestrado: Rio de Janeiro, Brasil: Escola Nacional de Ciências Estatísticas. Programa de Pós-Graduação em Estudos Populacionais e Pesquisas Sociais.
- Costa, M.C.N.S; Mercadante, E.F. (2013). *O Idoso residente em ILPI (Instituição de Longa Permanência do Idoso) e o que isso representa para o sujeito idoso*. 210-212. Revista Kairós Gerontologia, São Paulo.
- Creutzberg, M; Gonçalves, L. H. T; Sobottka, E. A. (2008). *Instituição de longa permanência para idosos: a imagem que permanece*. Revista Texto e Contexto Enfermagem.
- Fonseca, J. J. S. (2002). *Metodologia da pesquisa científica*. Fortaleza: UEC.
- Fleck, M. P. A.; Luozada, S.; Xavier, M.; Chachamovich, E.; Vieira, G.; Santos, L.; Pinzon, V. (2000). *Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref"*. Revista de Saúde Pública.
- Fleck, M. P. A.; Chachamovich, E.; Trentini, C. M. (2003). *Projeto WHOQOLOLD: método e resultados de grupos focais no Brasil*. 793-799. Revista de Saúde Pública.
- Freire JR, R. C; Tavares, M. F. L. (2005). *A saúde sob o olhar do idoso institucionalizado: conhecendo e valorizando sua opinião*. 152-153. Interface.

- Gerhardt, T. E; Silveira, D. T (org). (2009). *Métodos de pesquisa*. Universidade Aberta do Brasil – UAB/UFRGS e Curso de Graduação Tecnológica. Planejamento e Gestão para o Desenvolvimento Rural da SEAD/UFRGS. – Porto Alegre: Editora da UFRGS.
- Gil, A. C. (2008). *Como elaborar projetos de pesquisas*. São Paulo: Atlas.
- Gunther, H. (2006). *Pesquisa Qualitativa versus pesquisa quantitativa: está é a questão?* 202-207. Revista psicologia: Teoria e pesquisa. Universidade de Brasília.
- Gutz, L; Camargo, B.V. (2013). *Espiritualidade entre idosos mais velhos: um estudo de representações sociais*. Revista brasileira de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). (2015). *Síntese de Indicadores Sociais: Uma análise das condições de vida da população brasileira 2015*. Rio de Janeiro: IBGE.
- Jardim, V. C. F. da S; Medeiros, B. F. de; Brito, A.M de. (2006). *Um olhar sobre o processo do envelhecimento: a percepção de idosos sobre a velhice*. 27. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia.
- Jesus, I. S; Sena, E. L. S; Meira, E. C.; Gonçalves, L. H. T; Alvarez, A. M. (2010). *Cuidado sistematizado a idosos com afecção demencial residentes em instituições de longa permanência*. 286-288. Revista gaúcha de enfermagem.
- Kuznier, Tatiane Prette. (2007). *O significado do envelhecimento e do cuidado para o idoso hospitalizado e as possibilidades do cuidado de si*. Dissertação de mestrado: Curitiba, Brasil: Universidade Federal do Paraná. Setor de Ciências da Saúde.
- Lima, P. M. R. (2008) *A arte de envelhecer: um estudo sobre história de vida e envelhecimento*. Dissertação de mestrado: Brasília, Brasil: Universidade de Brasília. Programa de pós-graduação em psicologia clínica e cultura.
- Lima, D. L; Lima, M. A. V. D; Ribeiro, C. G. (2010). *Envelhecimento e qualidade de vida de idosos institucionalizados*. 346-349. Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano.
- Lima, T. V. S; Santos, W. P; Freitas, F. B. D; Gouveia; B. L. A; Torquato, I. M. B; Agra, G. (2016). *Emoções e sentimentos revelados por idosos institucionalizados: Revisão integrativa*. 57-62. Revista Kairós gerontologia, São Paulo.
- Lopes, M. J; Araújo, J. L; Nascimento, E. G. C. (2016). *O envelhecimento e a qualidade de vida: a influência das experiências individuais*. 181-196. Revista Kairós gerontologia, São Paulo.
- Lorda, C; Sanchez, C. D. (2001). *Recreação na 3ª idade*. Rio de Janeiro: Sprint.
- Martins, J. M; Schneider, D. G; Coelho, F. L; Nascimento, E. R. P; Albuquerque, G. L; Erdemann, A. L; Gama, F. O. (2009). *Avaliação da qualidade de vida de idosos que recebem*

cuidados domiciliares. 266-271. Revista Acta Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo.

Minayo, M. C. S. (2001). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes.

Minayo, M. C de S; HARTZ, Z. M. de A; BUSS, P. M. (2000). *Qualidade de vida e saúde: um debate necessário*. 8-16. Ciência & Saúde Coletiva.

Mincato, P. C; Freitas, C. de L. R. (2007) *Qualidade de vida dos idosos residentes em instituições asilares da cidade de Caxias do Sul (RS)*. 127-129. Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano (RBCEH): Passo Fundo, RS.

Nunes, V. M. de A; MENEZES, R. M. P. de; ALCHIERI, J. C. (2010). *Avaliação da Qualidade de Vida em idosos institucionalizados no município de Natal, Estado do Rio Grande do Norte*. 120. Acta Scientiarum. Health Sciences. Maringá.

Oliveira, R. M; Alves, V. P. (2014). *A qualidade de vida dos idosos a partir da influência da religiosidade e da espiritualidade: cuidados prestados aos idosos institucionalizados em Caetité (BA)*. Revista Kairós gerontologia, São Paulo.

Oliveira, J. M. O; Rozendo, C. A. (2014). *Instituição de longa permanência para idosos: um lugar de cuidado para quem não tem opção?* 776-778. Revista Brasileira de Enfermagem.

Papaléo Netto. (2002). *Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo: Atheneu.

Papalia, D.E. (2006). *Desenvolvimento Humano*. Porto Alegre: Artmed.

Paschoal, S.M.P. (2006). *Qualidade na velhice*. In: Freitas, E.V et al. *Tratado de geriatria e gerontologia*. Guanabara Koogan.

Santos, S. R dos; Santos, I. B. da C; Fernandes, M. das G. M; Henriques, M. E. R. M. (2002). *Qualidade de vida do idoso na comunidade: aplicação da escala de Flanagan*. 758-763. Revista Latina Americana de Enfermagem.

Santos, C. C; Silva, H. S; Gutierrez, B. A. O. (2017). *Os cuidados de longa duração e a percepção de idosos institucionalizados sobre velhice, velhice bem-sucedida e qualidade da atenção*. Revista Kairós gerontologia, São Paulo.

Schneider, R. H; Irigaray, T. Q. (2008). *O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais*. 586. Estudos de Psicologia.

Tier, C. G; Fontana, R. T; Soares, N, V. (2004). *Refletindo idosos institucionalizados*. 332. Revista brasileira de enfermagem, Brasília.

Vecchia, R. D; Ruiz, T; Bocchi, S.C.N; Corrente, J. E. (2005). *Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo*. 247. Revista brasileira de epidemiologia.

Vitorino, S. dos S; Miranda, M. L. J; Witter, C. (2012). *Educação e envelhecimento bem-sucedido: reflexões sobre saúde e autocuidado*. 31-37. Revista Kairós gerontologia, São Paulo.

Whoqol Group (WHOQOL). (1995). *The world health organization quality of life assessment: position paper from the world health organization*. Social Science and Medicine.

Jéssica Moreira - Graduanda de Terapia Ocupacional pela Universidade Franciscana (UFN).
Santa Maria – RS, Brasil. E-mail: jessica.moreira.to@gmail.com

Bruna Rodrigues Maziero – Terapeuta Ocupacional. Mestre em Gerontologia. Docente do curso de Terapia Ocupacional na Universidade Franciscana (UFN). Santa Maria –RS, Brasil.
E-mail: brunarmaziero@gmail.com