

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE EDUCAÇÃO FÍSICA,
FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL**

**“PERCEPÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO NAS
INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA”- artigo de revisão**

Celeste Aparecida dos Passos Rodrigues

Belo Horizonte

2009

Celeste Aparecida dos Passos Rodrigues

**“PERCEPÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO NAS
INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA”-artigo de revisão**

Trabalho apresentado ao Programa de Especialização em Terapia Ocupacional com Ênfase em Gerontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Terapia Ocupacional /Gerontologia.

Orientadora: Dr.^a Janine Gomes Cassiano

Belo Horizonte

2009

AGRADECIMENTOS:

A Deus, que é a base de tudo.

Aos meus pais, por me ensinarem que só vencemos pela coragem e perseverança.

À Professora Janine Gomes Cassiano, pela dedicação, disponibilidade, paciência e exímia sabedoria com que me orientou.

Ao Renê, pela paciência, dedicação e amizade durante as horas intermináveis de digitação da monografia.

Aos meus filhos, Felipe e Rodrigo, pela compreensão, carinho e apoio nos momentos de ausência e naqueles em que pensamos em desistir.

Ao Jesu, pelo amor, incentivo, ajuda e compreensão.

E a todos aqueles que, direta ou indiretamente, colaboraram na elaboração deste trabalho.

Meus sinceros agradecimentos.

A VIDA SEGUNDO CHARLES CHAPLIN

“A coisa mais injusta sobre a vida é a maneira como ela termina. Eu acho que o verdadeiro ciclo da vida está de trás para frente. Nós deveríamos morrer primeiro, nos livrar logo disso. Daí viver num asilo, até ser chutado pra fora de lá por estar muito novo. Ganhar um relógio de ouro e ir trabalhar. Então você trabalha 40 anos até ficar novo o bastante pra poder aproveitar sua aposentadoria. Aí você curte tudo, bebe bastante álcool, faz festas e se prepara pra faculdade. Você vai pro colégio, tem várias namoradas, vira criança, não tem nenhuma responsabilidade, se torna um bebezinho de colo, volta para o útero da mãe, passa seus últimos nove meses de vida flutuando... E termina tudo com um ótimo orgulho!!! Não seria perfeito?”

(CHAPLIN, Charles. In: Coleção Pitágoras. Filosofia. Ensino Médio. Pág. 23)

Prece das Mãos

Pai

Toma minhas mãos, que são parte da obra que Tu assinaste: eu mesma (o).

Olha as linhas que são os traços do meu destino

Reforma-as na medida do meu merecimento.

Olha minhas digitais que incidam não haver ninguém igual a mim, o que prova a Tua originalidade.

Examina-as e julga os crimes que porventura eu tenha cometido.

Pai

Vê nas minhas mãos o histórico das minhas doações e até que ponto elas foram válidas.

Vê também o histórico de tudo o que recebi e julga se sou suficientemente grata(o).

Pai

Nas minhas mãos estão as marcas dos serviços prestados... vê se trabalhei e tenho trabalhado da forma que Tu aprovas.

Vê quantos foram os toques de afeto e de agressão e apresenta-me o saldo.

Julga as palavras escritas em meu diário de alegrias e de aflições.

Pai

Vê os apertos de mãos que já dei, os acenos de adeus e os sinais de 'sim' e de 'não'.

Estão sob Teu juízo minha honestidade e minhas dores.

Pai

Toma minhas mãos.

Sente como se através delas o meu coração falasse.

Diz se posso olhar-Te nos olhos ou com elas esconder a minha face.

**Assim Seja...
Graças a Deus!**

**Ivete Tayar
(autora)**

SUMÁRIO

RESUMO	6
ABSTRACT	7
1. INTRODUÇÃO	8
2. METODOLOGIA	12
3 RESULTADOS	13
4 DISCUSSÃO	17
5 CONCLUSÃO	23
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	25

RESUMO

O desejo pela longevidade saudável é algo que já se fazia presente na mais remota história, seja como busca pela fórmula da eterna juventude, associada à felicidade plena, ou como preocupação constante do homem em todos os tempos. Nas últimas décadas, tal questão vem despertando maior interesse social e científico, sobretudo devido ao crescente envelhecimento populacional que vem ocorrendo tanto no âmbito mundial, como no Brasil. A percepção de qualidade de vida pelo idoso institucionalizado é de suma importância em todos os aspectos. A estimulação que lhe é proporcionada traz grandes benefícios ao idoso, melhorando assim a sua autonomia, independência, opções de escolha, atividades de vida diária, desenvolvendo sua autoconfiança, auto-imagem e tudo aquilo que lhe é pertinente. Os resultados deste estudo de revisão bibliográfica analisam a assistência prestada aos idosos institucionalizados. Muitas vezes, qualidade de vida e a satisfação na velhice estão associadas a questão de dependência-autonomia, o que torna imprescindível uma distinção entre os “efeitos da idade”. Enquanto algumas pessoas apresentam declínio no estado de saúde e nas competências cognitivas precocemente, outras vivem saudáveis até idades muito avançadas. É necessária uma atenção urgente à população em estudo, sobretudo porque a tendência nos próximos anos é de seu aumento expressivo, o que nos leva a repensar, discutir, refletir e encontrar alternativas de integração social, convívio familiar e o efetivo envolvimento dos órgãos públicos, da saúde e da sociedade no enfrentamento de tal realidade.

Palavras-Chave: idosos – instituições de longa permanência – qualidade de vida.

ABSTRACT

The desire for healthy longevity is something already present in the more remote history, search by the formula of eternal youth, associated with happiness, or as a constant concern of all time. In recent decades, this question comes piquing greater scientific and social interest, mainly due to the growing ageing population that is occurring within the world, as in Brazil. The perception of quality of life by the institutionalized elderly is paramount in all respects. The stimulation that brings big benefits is provided to the elderly, improving their autonomy, independence, choice, activities of daily life, developing self-confidence, self image and everything relevant to it. The results of this study bibliographic review analyzes the institutionalised assistance to the elderly. Many times, quality of life and satisfaction in old age are associated with the issue of dependency-autonomy, which necessitates a distinction between the "age". While some people have decline in health status and cognitive skills early, other living healthy until very advanced ages. Urgent attention is needed to study population, mainly because the trend in the coming years is its comeback, which leads us to rethink, discuss, reflect and find social integration alternatives, family life and the effective involvement of public bodies, health and society in the face of this reality.

Key Words: elderly – long-term-care – quality of life

INTRODUÇÃO

Segundo Araújo, Coutinho e Santos (2006), o desejo pela longevidade saudável é algo que já se fazia presente na mais remota história, seja como busca pela fórmula da eterna juventude, associada à felicidade plena, ou como preocupação constante do homem em todos os tempos. Nas últimas décadas, tal questão vem despertando maior interesse social e científico, sobretudo devido ao crescente envelhecimento populacional que vem ocorrendo tanto no âmbito mundial, como no Brasil.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde – OMS (2005), o Brasil será o sexto país com maior número de pessoas idosas até 2025, o que torna urgente a necessidade de investigações que contribuam para melhoria e/ou manutenção da saúde e qualidade de vida nessa faixa etária, considerando, principalmente, que este crescimento provoca mudanças na pirâmide etária, que avança em uma proporção geométrica, ao passo que a preparação para esta metamorfose ocorre em proporções aritméticas.

Para Araújo, Coutinho e Santos (2006), até o século XIX, a velhice era tratada como uma questão de mendicância, porque sua fundamental característica era a não possibilidade que uma pessoa apresentava de se assegurar financeiramente. Assim, a noção de velho remete à incapacidade de produzir, de trabalhar. Dessa forma, era denominado velho (*vieux*) ou velhote (*veillard*) aquele indivíduo que não desfrutava de *status* social – muito embora, o termo velhote também fosse utilizado para denominar o velho que tinha sua imagem definida como *bom cidadão*.

Segundo Ribeiro & Schutz (2007), o envelhecimento humano é um processo que ocorre em um contexto histórico e cultural. Cada indivíduo apresenta características singulares marcadas por sua história de vida e pelas experiências acumuladas ao longo de sua existência. O declínio biológico normal que acontece com o envelhecimento, o aparecimento de doenças e dificuldades funcionais sustentam a concepção de velhice como um período de decadência inexorável.

No imaginário social, o envelhecimento é um processo relacionado com a marcação da idade como algo natural e que se processa como desgaste, limitações, perdas físicas e de

papéis sociais terminando com a morte. Apesar disso, as pessoas experimentam envelhecimento de forma diferenciada. Depois de uma vida dedicada ao trabalho e à família, o mínimo que se espera é respeito e reconhecimento. Infelizmente, a realidade não é bem assim. O cidadão idoso, que naturalmente já sofre com a diminuição do vigor da juventude e doenças características de sua idade, muitas vezes é vítima de também de discriminação, violência e abandono. Esse descaso é ainda mais grave em um país como o Brasil, em que a população com mais de 60 anos cresce ano a ano. Segundo o resultado da Pesquisa Nacional de Amostragem (IBGE, 2004), divulgado em novembro de 2005, a expectativa de vida do brasileiro elevou-se para 71,7 anos, e a população de 60 anos e mais, calculada em 17.662.715, passou a representar 9,7 % do total. Importante ressaltar também, que segundo o Censo de 2000, houve um aumento considerável dos mais velhos, tendo a população de 80 anos e mais, registrados acréscimo de 12,6%.

Na busca por uma melhor condição de vida para a população idosa, em 10 de outubro de 2003 o presidente da República, Luiz Inácio Lula da Silva, sancionou a Lei n.º 10.741, conhecida como Estatuto do Idoso. Tal instrumento jurídico sedimenta e amplia direitos definidos em legislações anteriores e na Constituição Federal, além de criar várias outras formas de proteção aos idosos. Saúde, moradia, transporte, trabalho, educação, cultura, esporte, lazer, cidadania, todos os aspectos para garantir uma vida digna a quem tanto já contribuiu para o país estão contemplados no Estatuto, amplamente discutido com a sociedade durante seis anos, desde a apresentação do projeto de lei original à Câmara dos Deputados, pelo então deputado e hoje senador Paulo Paim, do Rio Grande do Sul. O que se espera agora não é apenas a aplicação total e irrestrita da legislação em todo o país, mas a conscientização de cada cidadão sobre a importância da população de idosos.

O Estatuto foi criado para dar dignidade àqueles que ultrapassaram seis décadas vividas e devem ser tratados como iguais, com direito à saúde, trabalho, cultura, lazer e Justiça, assim como cada um dos 170 milhões de brasileiros. E ainda para proteger aqueles que sofrem com doenças e limitações adquiridas por causa da idade, de forma que sejam tratados com o zelo que lhes é cabido e a prioridade necessária pelo poder público e pela sociedade civil. Por outro lado, a Política Nacional do Idoso, definida na Lei 8.842, de 04/01/1994, assinala que o atendimento ao idoso deve, prioritariamente, desenvolver-se através de suas próprias famílias, em detrimento da institucionalização, excetuando-se os casos dos que não possuem condições necessárias para sobrevivência. Nessa linha de

raciocínio, a modalidade asilar é considerada “uma alternativa assistencial para suprir a ausência da família e socorrer o idoso em situação de abandono ou pobreza”, não levando em conta quaisquer outras condições que possam tornar necessário o atendimento em regime de internato, numa instituição para idosos, em caráter temporário ou permanente.

Consideram-se instituições específicas para idosos os estabelecimentos, com denominações diversas, correspondentes aos locais físicos equipados para atender pessoas com 60 ou mais anos de idades, sob o regime de internato ou não, mediante pagamento ou não, por período de tempo indeterminado, que dispõe de funcionários capazes de atender a todas as necessidades da vida institucional. (Portaria 810/89 do Ministério da Saúde). Atendimento Integral Institucional é aquele prestado em instituição asilar a idosos sem família, vulneráveis, oferecendo-lhes serviços nas áreas social, psicológica, médica, de fisioterapia, de terapia ocupacional, de enfermagem, de odontologia e outras atividades específicas para esse segmento social. Trata-se de estabelecimentos com denominações diversas, correspondentes aos locais físicos equipados para atender pessoas com 60 anos e mais, sob regime de internato, mediante pagamento ou não, e que dispõe de recursos humanos para atender às necessidades de cuidados. São exemplos de denominações: abrigo, asilo, lar, casa de repouso, clínica geriátrica, ancianato. (Portaria 73/01 da Secretaria de Estado da Assistência Social do Ministério da Previdência e Assistência Social).

Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) são instituições governamentais ou não-governamentais, de caráter residencial, destinadas a abrigar como domicílio coletivo pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar, em condições de liberdade e dignidade e cidadania. (Regulamento Técnico para o Funcionamento das Instituições de Longa Permanência para Idosos – RDC n.º 283, de 26 de setembro de 2005). O asilo não deveria ser considerado apenas uma instituição que acolhe idosos rejeitados ou abandonados pela família, mas sim, ser lembrado, compreendido e respeitado como uma escolha dentro de um contexto de vida de cada indivíduo.

Segundo BORN & BOECHAT (2006), se a ILPI é uma moradia especializada, cujas funções básicas são proporcionar assistência gerontológica conforme as necessidades dos seus residentes e oferecer, ao mesmo tempo, um ambiente doméstico, aconchegante, capaz de preservar a intimidade e a identidade dos seus residentes, a qualidade do cuidado exigirá

uma atenção contínua para que a sua missão se mantenha em equilíbrio, sem haver negligência de nenhum dos aspectos. Assim, ela não será, apenas, uma residência, muito menos um hospital, mas uma nova categoria de instituição, de caráter híbrido ou sócio-sanitário, como a denomina os países de fala espanhola. Nessas ILPIs, os idosos podem recuperar a saúde e autonomia, estabelecer novos laços afetivos e encontrar possibilidade de viver e receber cuidados até o final dos seus dias.

Além do mais, este deve ser o objetivo das instituições ILPIs. Colocar o idoso sempre em primeiro lugar, oferecendo condições para que este possa ter uma vida satisfatória e que possa sentir que é um cidadão com direitos e possibilidades de usufruir de sua liberdade, é fundamental para que o idoso manifeste sua autonomia, satisfeito com a própria vida.

Segundo BORN & BOECHAT (2006), a internação do idoso em uma ILPI é uma alternativa nos casos de necessidade de reabilitação intensiva no período entre a alta hospitalar e o retorno ao domicílio, ausência temporária do cuidador domiciliar, estágios terminais de doenças e níveis de dependência muito elevados. A decisão de internar se dá em função da disponibilidade da assistência domiciliar provida pelo tripé família – Estado – sociedade.

De acordo com XAVIER et al (2003), a velhice para alguns é uma etapa de desenvolvimento e satisfação, enquanto que para outros é uma fase negativa da vida. Os determinantes da boa qualidade de vida na velhice variam de sujeito para sujeito.

A qualidade de vida depende da interpretação emocional que o assunto dá aos fatos e eventos. Crescentemente, é reconhecida a qualidade de vida como um construto fortemente dependente na subjetividade da pessoa. No campo específico da saúde física, por exemplo, há uma grande variabilidade entre pessoas que consideram a sua capacidade, as limitações físicas e as expectativas concernentes com a saúde.

Segundo Davim et al (2004), o asilo é a modalidade mais antiga de atendimento ao idoso fora do seu convívio familiar e tem como conseqüência a inatividade física e mental e, por fim, uma redução na qualidade de vida. A institucionalização, porém, é uma realidade que está sofrendo uma demanda cada vez maior, por fatores demográficos, sociais e de saúde. Nesse contexto, diante da possibilidade de alienação e falta de perspectiva da pessoa idosa

que vive numa instituição de longa permanência, o escopo do presente trabalho é uma revisão analítica da literatura disponível em banco de dados eletrônicos da área da saúde, visando responder a seguinte pergunta: Quais fatores influenciam e ou interferem na percepção de qualidade de vida dos idosos institucionalizados?

A apresentação do trabalho está dividida em metodologia, resultados e com apresentação da síntese dos trabalhos selecionados e analisados, discussão e conclusão.

METODOLOGIA

O método utilizado neste trabalho é uma revisão analítica da literatura disponível em banco de dados eletrônicos da área da saúde, visando responder a seguinte pergunta: Quais fatores influenciam e ou interferem na percepção de qualidade de vida dos idosos institucionalizados?

A busca foi realizada em bases de dados eletrônicas (SciELO, Lilacs e Medline), restritas a textos em português e inglês, publicados no período de janeiro de 2000 a 2009. Os descritores utilizados foram: idosos – instituições de longa permanência. E para fins de refinamento, utilizou-se os descritores qualidade de vida.

Os estudos foram pré-selecionados através dos títulos e da leitura dos resumos com base nos seguintes critérios de inclusão: artigos que tratavam das instituições de longa permanência, qualidade de vida, idosos e percepção de qualidade de vida. Foram excluídos estudos de revisão da literatura. Quando o título e o resumo não forneceram informações suficientes, a autora realizou a leitura do artigo na íntegra e definiu sua inclusão ou não na presente revisão.

A extração, síntese e análise crítica dos dados dos estudos escolhidos foram baseadas na metodologia proposta por Law et al (1998). As informações dos estudos selecionados foram resumidas de forma padronizada na tabela 1, incluindo os seguintes itens: autores, objetivos do estudo; caracterização dos sujeitos; desenho do estudo; coleta de dados; resultados; limitação do estudo e descritores.

RESULTADOS

Na busca nos bancos de dados eletrônicos com os descritores idosos institucionalizados, localizou-se 143 textos no Lilacs, 39 no Scielo e 39 no Medline. Para fins de refinamento utilizando o descritor qualidade de vida, localizamos 11 textos nos Lilacs, 4 no Scielo e 1 no Medline.

Desses, 16 foram inicialmente selecionados através da leitura dos títulos e resumos, considerando os critérios de inclusão pré-estabelecidos. Destes, alguns necessitaram de leitura na íntegra e foram descartados, restando apenas 08 por tratarem especificamente da percepção da qualidade de vida do idoso e instituições de longa permanência. Além disso, foram excluídos os trabalhos de revisão da literatura.

Na revisão da literatura foram selecionados 30 artigos e utilizados 08, sendo a síntese abstraída de forma padronizada, considerando-se como tópicos: autor(es), objetivo do estudo, caracterização dos sujeitos, desenho do estudo, coleta de dados, resultados, limitação do estudo e descritores. A metodologia utilizada nos trabalhos analisados foi a qualitativa. Os quadros síntese dos trabalhos analisados estão na tabela 1.

DISCUSSÃO

A definição de Qualidade de Vida, de seus conceitos e de suas propostas baseou-se em diferentes fundamentações teóricas e práticas, até que após a II Guerra Mundial, a Organização Mundial de Saúde redefiniu saúde, incorporando a noção de bem-estar físico, emocional e social e desencadeou uma discussão considerável a respeito da possibilidade de medir o bem-estar. Sendo assim, o termo Qualidade de Vida ressurgiu, iniciando um ciclo de formação do seu conceito que, apesar de parecer difícil de ser completado, já permite reciclagem técnico-científica de acordo com a área profissional. (DINIZ e SHOR, 2006).

Atualmente, Qualidade de Vida (QV) é definida de acordo com a área de aplicação, englobando duas tendências: a primeira como um conceito genérico, que enfatiza de forma ampla os estudos sociológicos, sem fazer referência à disfunção ou agravos. Ilustra, com excelência, essa conceituação a adotada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), ou seja, a percepção do indivíduo, de sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (VIDO e FERNANDES, 2007).

A segunda tendência do conceito QV é a relacionada à saúde (QVRS), em inglês, Health-Related Quality of Life (HRQL), que considera também aspectos relativos às enfermidades, às disfunções e às necessárias intervenções terapêuticas em saúde, identificando o impacto destes na QV (DINIZ e SHOR, 2006).

De acordo com VIDO e FERNANDES (2007), Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) é o valor atribuído à duração da vida quando modificada pela percepção de limitações físicas, psicológicas, funções sociais e oportunidades influenciadas pela doença, tratamento e outros agravos, tornando-se o principal indicador para a pesquisa avaliativa sobre o resultado de intervenções.

Outra definição para QVRS é o valor atribuído à vida, ponderado pelas deteriorizações funcionais, as percepções e condições sociais que são induzidas pela doença, agravos, tratamento e a organização política e econômica do sistema (MINAYO; HARTZ e BUSS, 2000)

Para VIDO e FERNANDES (2007), ambas as definições oferecem uma visão holística, englobando aspectos sociais, emocionais e de bem-estar físico de pacientes, durante e após o tratamento, e o impacto da saúde do indivíduo na sua habilidade para conduzir sua própria vida.

O termo QVRS é freqüentemente utilizado para se distinguir do termo QV no sentido mais geral e dos parâmetros médicos e clínicos.

Segundo VIDO e FERNANDES (2007), as afirmações acerca das definições de Qualidade de Vida têm incluído indicadores subjetivos e objetivos de fenômenos físicos e psicológicos. Identificam como indicadores objetivos: salário, moradia e funções físicas, comumente utilizados como medida de qualidade de vida. Consideram como indicadores subjetivos mais precisamente a experiência de vida, ou melhor, a percepção do significado das experiências individuais referem-se às situações externas, assim como o estado emocional e ânimo geral.

Para as autoras, há necessidade de parâmetros objetivos e subjetivos para se medir adequadamente qualidade de vida de um indivíduo, por serem dados diferentes que possibilitam medir a mesma coisa.

DALLA VECHIA et al (2005) afirma que o conceito de qualidade de vida é subjetivo, é dependente do nível sócio-cultural, da faixa etária e das aspirações pessoais do indivíduo. Tendo em vista a variabilidade do conceito de qualidade de vida e sua subjetividade, com o propósito de se orientar as políticas para um envelhecimento bem sucedido, é imprescindível conhecer o que para a maioria dos idosos está relacionado ao bem-estar, à felicidade e à realização pessoal.

A qualidade de vida depende da interpretação emocional que o assunto dá aos fatos e eventos. Crescentemente, é reconhecida a qualidade de vida como um construto fortemente dependente na subjetividade da pessoa. No campo específico da saúde física, por exemplo, há uma grande variabilidade entre pessoas que consideram a sua capacidade, as limitações físicas e as expectativas concernentes com a saúde. Os conceitos individuais podem ter uma influência determinante na percepção e estimação sobre a condição de saúde das pessoas. Várias características emocionais/psicológicas internas influenciam a

possibilidade de ter um envelhecimento agradável. Características como a interpretação de perdas e a personalidade prévia, e até mesmo as convicções e posições no enfrentamento de aspectos como morte e separação podem favorecer um envelhecimento saudável. (XAVIER, 2003). Além dos aspectos internos, as contingências externas variam enormemente de pessoa para pessoa. A perda de independência não acontece a todo mundo e quando acontece segue passos diferentes. A perda de recursos financeiros é comum, embora seu grau seja variável (XAVIER, 2003).

Para que o idoso tenha uma preponderante qualidade de vida positiva, depende das coordenadas emocionais internas e externas e da realidade em que o mesmo está inserido. O envelhecimento será agradável na vida do ancião dependendo dos recursos emocionais como também da intensidade de acentuar fatores e recursos oferecidos pelo ambiente. Como estas coordenadas internas e externas podem percorrer o caminho do muito favorável para o intensamente desfavorável, o cruzamento entre esses dois eixos, que varia de sujeito para sujeito, é o que podemos chamar de qualidade de vida. (XAVIER, 2003).

Na maioria das vezes, os asilos costumam surgir das necessidades sociais da comunidade, ocorrendo problemas de qualidade de vida que os residentes lá encontram. Os principais serviços existentes oferecidos a essa população são dirigidos à saúde, sendo comum, em grande parte das capitais do país, instituições asilares privadas ou filantrópicas direcionadas ao idoso e, com raras exceções, aquelas mantidas pelo Estado.

De acordo com MINCATO & FREITAS (2007), as perdas relacionadas ao envelhecimento, como por exemplo, algumas doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), em conjunto com a inatividade física, agravam-se, levando o indivíduo a dependência parcial, total ou até à morte. Diante de tal situação, é muito comum o idoso depender de cuidados especiais, de cuidadores ou familiares para realizar tarefas comuns como alimentar-se, vestir-se, banhar-se ou até mesmo realizar hábitos de higiene e necessidades pessoais. Isto leva à perda de autonomia e da independência, uma vez que o indivíduo não consegue realizar atividades básicas de vida diária (ABVD), induzindo a um declínio da qualidade de vida e do bem-estar tanto dos idosos como dos familiares. Pela falta de condições da família, tanto financeiras como psicológicas, muitos idosos são encaminhados para instituições especializadas no cuidado de pessoas com mais de sessenta anos.

TRENTINI et al (2006), ao pesquisar sobre a percepção de qualidade de vida do idoso avaliada por si próprio e o cuidador, observaram que o cuidador tem uma tendência de perceber a qualidade de vida do idoso pior do que a percepção do próprio idoso, tendo sido significativas as diferenças dos domínios psicológico, relacionamentos e Qualidade de Vida geral. Apesar disso, há uma forte correlação para todos os domínios e para a medida Qualidade de Vida geral na percepção do par idoso/cuidador. A intensidade dos sintomas depressivos também se mostrou influente para a percepção do idoso e do par em questão.

No estudo de MENDONÇA e MARQUES NETO (2003), que objetivou avaliar a qualidade de vida do idoso institucionalizado acima de 60 anos de idade e a frequência de suas afecções crônicas, por meio do Questionário SS-36, revelou-se melhores condições no que se refere aos aspectos físico-sociais, a capacidade funcional e a vitalidade, enquanto que a qualidade de vida avaliada através do HAQ não foi significativa. Os autores concluem que a qualidade de vida do idoso sofre influência de diversas afecções e, embora essa situação seja perceptível, não colabora, muitas vezes, como um fator de suporte para melhorar as condições clínicas do idoso institucionalizado.

O trabalho de FREIRE JR. e TAVARES (2005) analisou a percepção que o idoso institucionalizado tem da sua saúde e os principais resultados obtidos sugerem que há uma relação importante entre o trabalho, a rede social e a espiritualidade e o estado de saúde e a felicidade. Envelhecer com saúde e estar feliz são possibilidades concretas para os mesmos. A situação de institucionalizados pôde despertar nesses idosos sentimentos de saudade e desejos que surgem como expressão de exclusão e limitação.

Ao analisar a concepção da qualidade de vida de idosos asilados em Penápolis-SP, JÚNIOR e SANTOS (2006) concluíram que muitos idosos consideram que ter muitas oportunidades de lazer, estar satisfeito consigo mesmo e com as condições do lugar onde moram é qualidade de vida. A minoria avaliou que sua qualidade de vida não é ruim e nem boa; metade dos analisados expressou que, algumas vezes, são acometidos por sentimentos negativos como mau humor, desespero, ansiedade e depressão.

DUNCAN-MEYERS & HUEBNER (2000) ressaltam que as ILPIs têm sido uma preocupação constante, uma vez que essas são como prisões e ao invés do oferecimento de tratamento terapêutico, sugerem modelo médico hierárquico de cuidados aos idosos,

gerando perda de autonomia e sentimento de desamparo. BORN & BOECHAT (2006), nos alerta que é necessário desenvolver uma programação planejada para os idosos, pois a ausência de esforços para marcar os vários momentos do dia tende a deixar a rotina diária do idoso extremamente monótona e quanto maior a perda da autonomia, maior a monotonia. Também se corre um grande risco de tornar os dias meras repetições. Essa dificuldade dentro do abrigo é real, e o Terapeuta Ocupacional terá que atuar em dois sentidos, ora sendo incluído dentro da rotina do idoso e da casa, com a finalidade de ser absorvida como prática freqüente nas atividades, ora quebrando essa monotonia através de atividades recreativas, comemorativas e estimulantes fora do contexto rotineiro do idoso.

As instituições asilares têm o compromisso de suprir as necessidades básicas dos idosos, proporcionando-lhes uma melhor qualidade de vida. Contudo, nem sempre são oferecidas atividades, por falta de mão-de-obra especializada, problemas financeiros, e até mesmo pela restrição de espaço físico, fazendo com que os idosos fiquem ociosos, o que pode levá-los a apresentar sinais de angústia e depressão, entre outras doenças. (GUIMARÃES, SIMAS & FARIAS, 2005).

RIBEIRO & SCHUTZ (2007) afirmam que quando o idoso não vive mais no seio da família, ocorre um rompimento do equilíbrio das funções familiares de oferecer pertencimento e favorecer a individualidade, provocando sentimentos de tristeza, desamparo, desprezo, solidão e abandono.

Os idosos dos dias de hoje nasceram em épocas em que havia diferentes valores culturais, épocas em que a pessoas mais velhas exerciam um importante papel. A família cuidada vos membros idosos com honra, valorizando-o na vida afetiva e social. Atualmente, existe uma mudança no perfil social da família, que, na sua maioria, é considerada nuclear, onde vivem pais e filhos e até mesmo mães e filhos, sem lugar para os avós. Devido a essas condições, a assistência ao idoso pode se tornar difícil, até mesmo exigindo a institucionalização.

No estudo de XAVIER et al (2003) enquanto o determinante de qualidade de vida foi limitado apenas à razão saúde, o determinante de uma qualidade positiva de vida eram pelo menos 3 ou 4, entre eles saúde. Enquanto envelhecimento com satisfação é um estado que varia de sujeito para sujeito, envelhecimento com sofrimento é um estado com um só determinante, saúde. Poderia haver vários tipos de envelhecimento com satisfação, mas um

envelhecimento ruim seria quase um sinônimo de enfermidade. O envelhecimento com satisfação obedece a critérios diferentes de sujeito para sujeito, sendo satisfação para algumas pessoas uma boa relação familiar e para outros a presença de bons recursos e para outros ainda a presença de uma boa condição de saúde.

MINCATO e FREITAS (2007) constataram que o nível de qualidade de vida de idosos institucionalizados é menor quando comparados a idosos que residem em seus lares, já que, quanto maior for o nível do perfil de saúde de Nottingham, menor será a qualidade de vida. Os dados da pesquisa foram comparados a estudos com idosos não institucionalizados, concluindo-se que os idosos institucionalizados apresentam níveis de capacidade funcional e qualidade de vida inferior aos dos idosos não institucionalizados.

De acordo com as diretrizes da portaria SAE-MPAS 73/01, a composição da equipe de uma instituição para idosos deveria levar em conta as necessidades dos residentes e as modalidades de seu serviço. Nem sempre será possível ter uma equipe completa, mas seja qual for a sua composição a ILPI deverá manter como princípios normativos das ações de seu pessoal: tratar os idosos com dignidade e respeito; permitir guarda e uso de objetos pessoais; possibilitar liberdade na interação social; respeitar a prática religiosa individual e favorecer a privacidade.

Segundo a mencionada portaria, os componentes da equipe devem participar também da organização de atividades para estruturarem dinamicamente a rotina da ILPI por meio de comitês de recepção; organizar e manter atuante o conselho de residentes; organizar a sala de conversação; coordenar grupos de atividades; organizar grupos especiais; organizar grupos de apoio; organizar contatos com a comunidade e manter contatos com a família.

Para BORN & BOECHAT (2006), manter a ILPIs abertas para a comunidade é um meio de diminuir os efeitos negativos da institucionalização, devendo ser realizadas atividades que envolvam grupos internos com os da comunidade; visitas por pessoas de várias faixas etárias; espaços internos utilizados para cursos sobre envelhecimento e outras questões de interesse comum. Por outro lado, é importante que as causas do distanciamento entre o idoso e sua família sejam trabalhadas de forma a fazer com que os laços familiares continuem a ser alimentados através de reuniões periódicas, atividades prazerosas com a participação dos residentes e suas famílias, evitando assim as queixas de abandono familiar.

CONCLUSÃO

Entre as causas da institucionalização do idoso estão a condição de saúde precária, a falta de ambiente e convívio familiar, indisponibilidade da família para o cuidado no que diz respeito às enfermidades e dependência para atividades da vida diária, ocorrendo, em grande parte, pelo aumento do grau de dependência em função da demência senil e pela falta de condições econômicas das famílias.

Neste estudo observou-se que os fatores que interferem ou influenciam na qualidade de vida do idoso institucionalizado são os sentimentos de saudade e desejos que surgem como expressão de exclusão e limitação, perda da autonomia, da capacidade funcional e das habilidades de escolha, os níveis de dependência, a depressão, a perda da saúde, da vida social e da relação familiar, entre muitos outros. Tais fatores devem ser trabalhados de forma a minimizar seus efeitos sobre o indivíduo, o que pode ser obtido por meio de uma equipe multidisciplinar, trazendo benefícios altamente positivos nos aspectos biológico, psicológico e social, sendo necessário investimentos em contratação de profissionais preparados para atuarem com idosos nas instituições asilares.

O profissional que cuida do idoso deve ter em mente que é um aprendiz, pois o idoso é um mestre sempre sábio e repleto de experiências ricas, testadas e aprovadas, sendo dever deste profissional preservar a qualidade de vida deste homem. Nesse contexto, os profissionais podem e devem incorporar as atividades de oferta de escolhas ao autocuidado e atividades de lazer dentro do modelo médico que é utilizado por muitas instituições de longa permanência. Além disso, podem fazer modelos para a enfermagem na promoção de oportunidades de escolha nos pacientes das ILPIs, buscando mudanças na comunidade, influenciando o ambiente e promovendo o relacionamento entre os pacientes e outras pessoas.

A percepção de qualidade de vida pelo idoso institucionalizado é de suma importância em todos os aspectos. A estimulação que lhe é proporcionada traz grandes benefícios ao idoso, melhorando assim a sua autonomia, independência, opções de escolha, atividades de vida diária, desenvolvendo sua auto-confiança, auto-imagem e tudo aquilo que lhe é pertinente.

Muitas vezes, qualidade de vida e a satisfação na velhice estão associadas a questão de dependência-autonomia, o que torna imprescindível uma distinção entre os “efeitos da idade”. Enquanto algumas pessoas apresentam declínio no estado de saúde e nas competências cognitivas precocemente, outras vivem saudáveis até idades muito avançadas.

É necessária uma atenção urgente à população em estudo, sobretudo porque a tendência nos próximos anos é de seu aumento expressivo, o que nos leva a repensar, discutir, refletir e encontrar alternativas de integração social, convívio familiar e o efetivo envolvimento dos órgãos públicos, da saúde e da sociedade no enfrentamento de tal realidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAÚJO, Ludgleydson Fernandes de; COUTINHO, Maria da Penha de Lima; SANTOS, Maria de Fátima de Souza. **O idoso nas instituições gerontológicas**: um estudo na perspectiva das representações sociais. *Psicologia & Sociedade*, v. 18 n. 2, Porto Alegre maio/ago. 2006.

BORN, Tomiko & BOECHAT, Norberto Seródio. **A qualidade dos cuidados ao idoso institucionalizado**. In: FREITAS, Elizabete Viana de (et al) **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2006.

BRASIL. Estatuto do Idoso (2003). **Vida longa e cidadania**: conheça o estatuto do idoso. Brasília: Câmara dos Deputados, Coordenação de Publicações, 2004. 40 p. : il. color. — Série ações de cidadania; n. 3.

BRASIL. Lei n.º 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. *Política Nacional do Idoso*, Brasília: Ministério da Justiça, Secretaria Nacional dos Direitos Humanos, 1998.

_____. Lei n.º 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. *Estatuto do Idoso: Declaração dos Direitos do Idoso*, Brasília: São Miguel, 2003.

BRASIL. Portaria MS-810/89 – Normas para o Funcionamento de Casas de Repouso, Clínicas Geriátricas e Outras Instituições Destinadas ao Atendimento ao Idoso.

BRASIL. Portaria MS 1395, de 9 de Dezembro de 1999. Aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso.

BRASIL. Portaria SAS-073, de 10 de maio de 2001. Estabelece Normas de Funcionamento de Serviços de Atenção ao Idoso no Brasil.

BRASIL. Resolução da Diretoria Colegiada — RDC n.º 283, de 26 de setembro de 2005 - — Regulamento Técnico para o Funcionamento das Instituições de Longa Permanência para Idosos.

DALLA VECCHIA, Roberta; RUIZ, Tânia; BOCCHI, Silvia Cristina Mangini; CORRENTE, José Eduardo. **Qualidade de vida na terceira idade**: um conceito subjetivo. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 2005; 8(3): 246-52.

DAVIM, Rejane Marie Barbosa; TORRES, Gilson de Vasconcelos; DANTAS, Susana Maria Miranda; LIMA, Vilma Maria de. **Estudo com idosos de instituições asilares no município de Natal/RN**: características socioeconômicas e de saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 12, n. 3, Ribeirão Preto maio/jun. 2004

DINIZ, DP, SCHOR, N. **Qualidade de vida**: guia de medicina ambulatorial e hospitalar – UNIFESP. São Paulo: Manole; 2006.

DUNCAN-MYERS, Audrey M.; HUEBNER, Ruth A. Relationship Between Choice and Quality of Life Among Residents in Long-Term-Care Facilities. *The American Journal of Occupational Therapy*. September/October 2000, Volume 54, Number 5.

FREIRE JR., Renato Campos; TAVARES, Maria de Fátima Lobato. **A saúde sob o olhar do idoso institucionalizado**: conhecendo e valorizando sua opinião. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v. 9, n. 16, p. 147-58, set. 2004/fev. 2005.

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.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Projeção da população do Brasil para o período 1980-2050; revisão 2004**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2004.

JÚNIOR., Manoel Ferreira Santos; SANTOS, Renata Aparecida Moreira. **Concepções de qualidade de vida de idosos asilados de Penápolis-SP**. *Revista Digital*. Buenos Aires. Ano 11. N.º 97. Jun. 2006.

LAW, M; BAUM, C. Evidence-based practice. *Can J Occup Ther*. 1998; 65; 131-5.

MENDONÇA, José Alexandre; MARQUES NETO, João Francisco. **Qualidade de vida do idoso institucionalizado frente aos grupos de afecções crônicas**. *Revista Ciência Médica*, Campinas, 12(4): 299-306, out/dez. 2003.

MINAYO, MC de S, HARTZ ZM de A, BUSS, PM. **Qualidade de vida e saúde**: um debate necessário. *Ciência e saúde Coletiva*. 2000; 5(1):7-18..

MINCATO, Paula Cristina; FREITAS, Cíntia de La Rocha. **Qualidade de vida dos idosos residentes em instituições asilares da cidade de Caxias do Sul – RS**. *RBCEH*, Passo Fundo, v. 4, n. 1, p. 127-138, jan/jun 2007.

OMS. **Envelhecimento Ativo**: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

RIBEIRO, Adalgisa Peixoto; SCHUTZ, Gabriel Eduardo. **Reflexões sobre o envelhecimento e bem-estar de idosos institucionalizados**. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 10, n. 2, Rio de Janeiro, 2007.

TRENTINI, Clarissa Marcell; CHACHAMOVICH, Eduardo; FIGUEIREDO, Michelle; HIRAKATA, Vânia Naomi; FLECK, Marcelo Pio de Almeida. **A percepção de qualidade de vida do idoso avaliada por si próprio e pelo cuidador**. *Estudos de Psicologia (Natal)* v. 11 n. 2 Natal maio/ago. 2006.

VIDO, Milena Butolo; FERNANDES, Rosa Aurea Quintella. **Qualidade de Vida**: considerações sobre conceito e instrumentos de medida. *Online Brazilian Journal of Nursing*, Vol 6, No 2 (2007)

XAVIER, Flávio M.F.; FERRAZ, Marcos P.T.; MARC, Norton; ESCOSTEGUY, Norma U.; MORIGUCHI, Emílio H. **A definição dos idosos de qualidade de vida**. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 2003; 25(1):31-9.