

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO
PRÓ-REITORIA ACADÊMICA
MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA
LINHA DE PESQUISA: FAMÍLIA E INTERAÇÃO SOCIAL

BRUNO GILBERTO DE MELO E SILVA

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA E INTERAÇÃO FAMILIAR EM
IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS

RECIFE, 2013

BRUNO GILBERTO DE MELO E SILVA

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA E INTERAÇÃO FAMILIAR EM
IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS**

Dissertação de mestrado apresentada à
Universidade Católica de Pernambuco em
cumprimento da exigência para a obtenção
do título de Mestre em Psicologia Clínica.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Suely de Melo
Santana

Co-orientadora: Prof^a. Dr^a. Cristina Maria
de Brito Souza Dias.

RECIFE, 2013

RESUMO

Introdução: Na fase da velhice, as alterações hormonais, culturais e psicossociais do idoso requerem cuidados adicionais por parte dos familiares, podendo aumentar a demanda por Instituições de Longa Permanência de Idosos, como uma alternativa de suporte para atender às necessidades de saúde e proporcionar atividades que garantam qualidade de vida aos idosos. A literatura aponta que essa mudança no contexto de vida tende a alijar o idoso do convívio familiar e social, prejudicando a sua qualidade de vida. **Objetivo:** Avaliar a qualidade de vida e a interação familiar em idosos institucionalizados. **Método:** Trata-se de um estudo de caráter quantitativo e qualitativo, de corte transversal e de prevalência, no qual envolveu uma estratégia de ação em que todos os participantes foram submetidos às mesmas atividades. A amostra foi constituída por 88 idosos residentes em instituições públicas (89,8%), de ambos os sexos (46 homens, 42 mulheres), cuja idade média foi de 73,95 (DP=6,52) variando entre 65 e 93 anos. Os participantes foram agrupados em três faixas etárias: idoso jovem (55,7%), idoso velho (35,2%) e idoso mais velho (9,1%). Foi realizada individualmente uma entrevista e aplicados dois questionários para avaliar a qualidade de vida; WHOQOL_BREF e WHOQOL_OLD. **Resultados:** Pela extração do alpha de Cronbach a consistência interna obtida do WHOQOL_BREF foi boa ($\alpha=0,84$) e a do WHOQOL_OLD foi satisfatória ($\alpha=0,75$), indicando uma adequação desses instrumentos para a avaliação da qualidade de vida nesta população. As médias foram comparadas através do teste t, verificando-se que os escores masculinos foram mais elevados que os femininos em ambos os questionários, sendo esta diferença significativa apenas no WHOQOL_OLD ($t= 3,505$, $p<0,01$). Essa significância foi identificada nas facetas *atividades passadas, presentes e futuras* ($t(86)= 3,414$, $p<0,01$) e *participação social* ($t(86)= 2,841$, $p<0,01$), sempre os homens apresentando escores mais elevados de qualidade de vida nas questões existenciais sobre sentido da vida, disposição física, aceitação da aparência, atividades ocupacionais, realizações pessoais, uso do

tempo e nível de atividades pessoais e comunitárias. A análise temática de conteúdo foi realizada com 30 entrevistas, sendo escolhidas as respostas dos 15 idosos que apresentaram os escores mais elevados e os 15 menores escores no WHOQOL_OLD. Foram eleitos dois temas principais – *visão institucional* e *interação familiar*. A *visão institucional* revelou quatro núcleos de sentido: *cuidados, diversão e lazer, novas amizades e bem-estar*. A *interação familiar* evidenciou três núcleos de sentido: *manutenção do bom vínculo, conflito ativo e rompimento do vínculo*. **Discussão:** o fator institucionalização não parece ter sido o determinante de uma percepção melhor ou pior sobre a qualidade de vida, pelo fato dos idosos, independentemente do escore obtido, ressaltarem com muita ênfase os aspectos e benefícios advindos da vida institucionalizada, mesmo nos casos em que o afastamento do contexto familiar era mais sentido. **Considerações finais:** A relação entre a qualidade de vida e interação familiar é o que parece influir mais fortemente nessa percepção, sinalizando a importância de se atentar para a manutenção de um vínculo familiar mais salutar, promovendo ações que minimizem os efeitos deletérios dos conflitos familiares sobre a saúde e qualidade de vida dos idosos.

Palavras-chaves: Qualidade de vida, família, idosos institucionalizados.

ABSTRACT

Introduction: In the phase of the senility, the psychosocial, cultural, and hormonal alterations of the elder demand additional cares on the part of the relative, increasing the demand by Institutions of Long Permanence of Elders, as an alternative to support to attend the needs of health and provide activities that guarantee elders quality of life. The literature points out that changing the context of life tend to remove elders of the social and family closeness, injuring its quality of life. **Objective:** To evaluate quality of life and the family interaction with elders institutionalized elders. **Method:** This study deals with qualitative and quantitative character, a cross cut and predominance, in which involved a strategic action that all participants were submitted to the same activities. The sample was constituted by 88 resident elders in public institutions (89,80%), of both the sexes (46 men, 42 women), whose average age was of 73.95 years old (DP=6,52) varying between 65 and 93 years old. The participants were grouped in three age groups: young elder (55,70%), old elder (35,20%) and older elder (9,10%). It was carried out individually an interview and applied two questionnaires to evaluate the quality of life; WHOQOL_BREF and WHOQOL_OLD. **Results:** By extraction of the alpha of Cronbach the internal consistency obtained of the WHOQOL_BREF was good for WHOQOL_OLD was satisfactory indicating an adaptation of those instruments to evaluate life quality in this population. The average were compared through the test t, verifying that the male scores were higher than female score in both questionnaires, being this significant difference barely in the WHOQOL_OLD ($t = 3.505, p < 0,01$). That significance was identified in the future, present, and past activities facets ($t(86) = 3.414, p < 0,01$) and social participation ($t(86) = 2.841, p < 0,01$), always men presented scores of life quality more elevated in the existential questions about life sense, physical arrangement, appearance acceptance, occupational activities, personal achievements, use of the time, community and personal activities levels. The thematic content analysis was carried out with 30 interviews, being chosen answers of 15 elders that presented higher scores and 15 lower scores in the WHOQOL_OLD. Were chosen two main subjects – institutional vision and

family interaction. The institutional vision revealed four nuclei of sense: cares, fun and leisure, new friendships and welfare. The family interaction showed up three nuclei of sense: maintenance of the good bond, active conflict and bond rupture. **Discussion:** The institutionalization factor does not mean to have determinant a better or worse perception about the quality of life, by the fact of the elders, independently of the score obtained, stand out with a lot emphasis on aspects and on resulting benefits of institutionalized life, even in cases that the family distance context was more sense. **Final considerations:** The relation between the quality of life and family interaction is what influence more strongly in that perception, signaling the importance to have of be a more salutary family bond, promoting actions to minimize the harmful effects of the family conflicts about the health and quality of life of the elders.

Keywords: Quality of life, family, elderly institutionalized.

Paciência (...)

Entender que tudo tem seu tempo. Que tudo vem a seu tempo. Dar o tempo necessário para crescer, brotar, florescer, aceitar o ciclo vital, respeitar o fluxo do tempo. Observar o tempo passar, esperar o tempo certo pra plantar, pra colher, pra agir, pra seguir e pra aprender.

Autor desconhecido

BRUNO GILBERTO DE MELO E SILVA

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA E INTERAÇÃO FAMILIAR EM
IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS**

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dra. Suely de Melo Santana (Orientadora UNICAP)

Prof. Dr. Leopoldo Nelson Fernandes Barbosa (FPS)

Prof. Dr. Marcus Túlio Caldas (UNICAP)

RECIFE, 2013

DEDICATÓRIA

Aos meus queridos pais Marcos e Graça, no qual tenho todo respeito e admiração, por todos os ensinamentos, dedicação e amor incondicional na minha formação e construção de vida humana.

Aos meus irmãos Rodrigo e Miguel.

A minha esposa Mariana e aos meus filhos Maria e João, que são as razões de tudo que acontece em minha vida, por todo amor, paciência, compreensão e apoio incondicional.

Aos meus amados e eternos avós Robério (in memoriam) e Helena, Clodoaldo e Cleonice (in memoriam), Alberto e Helena, fundamentais para minha formação.

AGRADECIMENTOS

À Deus, que sempre está presente em minha vida e em todas as conquistas, iluminando e abençoando meu caminho com clareza, saúde e força, para que eu possa seguir e vencer todas as etapas da vida.

À minha querida e fiel orientadora Suely Santana, por toda sua dedicação, paciência, confiança, seriedade profissional, momentos de escuta e amizade dispensada. À você, professora, que sempre esteve ao meu lado, em todos os momentos, com seus ensinamentos, expresso os meus maiores e sinceros agradecimentos, profundo respeito, admiração e gratidão, que sempre serão poucos diante de muito que me foi oferecido.

À professora Cristina Brito, com sua calma, serenidade e sabedoria, que lhe é peculiar, ensinando e contribuindo em cada etapa desse processo.

Aos meus amigos e professores da UNICAP: Paulo Veiga, Ana Karolina, Rogério Antunes, Valéria Passos, Teresa Vieira, Érica Uchoa, Cristiane Brito, Cristiana Machado, Noberto Fernandes, Francisca Mota, Flávio Maciel, Eduardo Érico, Silvana Uchoa, Goretti Fernandes, Nelson Henrique e Cláudia Fonseca.

Aos meus amigos e professores da UNINASSAU: Julio Lima, Juliana Netto, Dayanna Ximenes, Helda Barros, Patrícia Cerqueira, Dayvson Marques, Ricardo Altino, Fabiana Cahu, Rafaela Wanderley e Marcio Botelho.

Aos meus amigos e alunos da UNICAP e UNINASSAU, por toda compreensão, colaboração e respeito a mim dispensados, em especial a

Carlindo e Lissandra da UNINASSAU, por participarem ativamente de todo o processo desta minha conquista.

Ao meu grande mestre e amigo Alexandre Motta, com seus conselhos, palavras de conforto e apoio incondicional, em momentos difíceis desse processo.

Aos meus queridos amigos do mestrado, Ana Katarina, Andréa, Cinthia, Ana Maria, Ananda, Paulo, Janaína e Renata, que ao longo destes dois anos, vivemos momentos de muitas alegrias, angústias, trabalhos, mas que nunca serão esquecidos e apagados de nossa história.

À todo corpo docente da pós-graduação em Psicologia Clínica da UNICAP por toda seriedade e compromisso.

À Nélia da secretaria da pós-graduação, sempre disposta ajudar e nos orientar.

À todos os idosos e instituições participantes desta pesquisa pela confiança e respeito ao nosso trabalho.

À Universidade Católica de Pernambuco (UNICAP), pelo incentivo em mim depositado através do financiamento da bolsa de estudos, apoio fundamental para realização deste sonho.

À todos, muito obrigado.

LISTA DE ABREVIATURAS

AVD	Atividade da Vida Diária
CCI	Centro de Convivência de Idosos
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ILPI	Instituição de Longa Permanência de Idosos
OMS	Organização Mundial de Saúde
QV	Qualidade de Vida
PE	Pernambuco
SBGG	Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia
SNC	Sistema Nervoso Central
TAA	Terapia Assistida por Animais
UNICAP	Universidade Católica de Pernambuco
WHOQOL-OLD	World Health Organization Quality of Life Older
WHOQOL-BREF	World Health Organization Quality of Life Bref

SUMÁRIO

RESUMO.....	i
ABSTRACT.....	ii
EPÍGRAFE.....	iii
DEDICATÓRIA.....	iv
AGRADECIMENTOS.....	v
LISTA DE ABREVIATURAS.....	vi
I. INTRODUÇÃO.....	10
CAPÍTULO I	
CICLO VITAL E INTERAÇÃO FAMILIAR NA VELHICE.....	14
CAPÍTULO II	
ASPECTOS FUNDAMENTAIS DO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO.....	25
2.1. Epidemiologia.....	25
2.2. Caracterização.....	29
2.3. Implicações psicossociais.....	38
CAPÍTULO III	
INSTITUCIONALIZAÇÃO E QUALIDADE DE VIDA NO IDOSO.....	43
CAPÍTULO IV	
O MÉTODO.....	59
4.1. Desenho de estudo.....	59

4.2.	Local e período do estudo.....	60
4.3.	Participantes.....	61
4.4.	Instrumentos.....	62
4.5.	Procedimentos.....	63
4.5.1	Aspectos éticos e coleta de dados.....	63
4.5.2.	Análise de dados.....	66

CAPÍTULO V

5.1.	ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	68
5.1.2.	Análise de dados da pesquisa Quantitativa.....	68
5.2.2.	Análise de dados da pesquisa Qualitativa.....	83

CAPÍTULO VI

DISCUSSÃO GERAL.....	94
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	106
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	108

ANEXOS

Anexo A - Questionário WHOQOL-BREF

Anexo B - Questionário WHOQOL-OLD

Anexo C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

I. INTRODUÇÃO

A velocidade com que ocorre o envelhecimento populacional, especialmente nos países em desenvolvimento, tornou-se tema da atualidade (Jobin et al., 2010). Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), no ano de 2050, as estimativas apontam para a população de mais de 60 anos girar em torno de dois bilhões de pessoas idosas no mundo e a maioria delas vivendo em países em desenvolvimento. No Brasil, as estimativas apontam para 34 milhões no número de idosos, em 2025, com predominância para a faixa etária acima de 80 anos (Nunes, Menezes & Alchieri, 2010).

Envelhecer é um processo natural, que marca uma etapa da vida do homem, e que se dá através de mudanças físicas, psicológicas e sociais. Com o avançar da idade vão ocorrendo alterações estruturais e funcionais, que são encontradas em todos os idosos, próprias do processo de senescência (Ciosak et al., 2011).

A entrada na velhice é um fenômeno singular, que envolve fatores endógenos e circunstâncias particulares, sem uma necessária relação com a idade cronológica. Em cada espécie se tem um máximo de longevidade e de expectativa de vida que são atribuídos em função dos indicadores epidemiológicos relacionados aos índices de mortalidade num determinado período (Paschoal, 2006).

Diante das atuais mudanças na configuração sociodemográfica brasileira o tema da institucionalização de idosos encontra-se em evidência.

Com a proximidade da velhice, a função dos profissionais de saúde torna-se importante, já que a velhice traz consigo um maior risco de vulnerabilidade e disfunções. No entanto, ainda pouco se sabe sobre o reconhecimento que idosos institucionalizados têm do papel desse profissional.

A Instituição de Longa Permanência de Idosos (ILPI) é considerada um sistema social organizacional, a qual deve desempenhar uma função social importante, com o cumprimento e satisfação de metas específicas para muitas das necessidades humanas. As ILPI's têm como objetivos: assistir ao idoso "sem vínculo familiar ou sem condições de prover à própria subsistência de modo a satisfazer as suas necessidades de moradia, alimentação, saúde e convivência social" ou "idosos dependentes e/ou independentes em estado de vulnerabilidade social" (Brasil, 2003).

A complexidade que conduziu à diferenciação funcional das ILPI's é a existência de idosos nessas condições e a multiplicidade de fatores no que se refere ao idoso. A questão das ILPI's para idosos, especialmente quando o foco são instituições para assistência ao idoso de baixa renda, é considerado problema crônico e de saúde pública, aparentemente sem solução na sociedade brasileira. No entanto, juntamente com outros estudos, acredita-se que as instituições sejam passíveis de influências e reformulações (Brasil 2006).

Nesse contexto específico de ILPI para pessoas idosas, associa-se o processo permanente e lento de instalação de síndromes e de fragilidades tendo como principais conseqüências a imobilidade no leito e a diminuição das capacidades visual, auditiva, cognitiva e física, o que, muitas vezes

compromete sua autonomia e/ou a independência. Isto acarreta uma questão atual e pertinente que diz respeito sobre a qualidade de vida desses idosos.

Diante do exposto, esta dissertação teve como objetivo avaliar a Qualidade de Vida (QV) e a interação familiar em idosos institucionalizados. Está composta por sete capítulos que abrangem a fundamentação teórica, o método, análise e discussão dos resultados e considerações finais. O capítulo I consiste num estudo teórico do ciclo vital familiar e interação familiar, visando uma compreensão da velhice, incluindo seu conceito e controvérsias acerca dessa temática. No capítulo II, aborda-se o processo de envelhecimento com sua epidemiologia, caracterização e implicações sociais dele decorrentes. O capítulo III apresenta as reflexões da literatura sobre a relação entre institucionalização e qualidade de vida. Os capítulos IV, V e VI abordam respectivamente, o método utilizado na presente investigação, a análise dos resultados e a discussão.

Ao final deste trabalho são descritas críticas e reflexões sobre a pesquisa, sugestões para futuros trabalhos abordando o tema e ainda são levantadas algumas considerações acerca dos resultados encontrados. Espera-se que elas forneçam subsídios para futuras discussões sobre a importância da interação familiar no processo de envelhecimento e institucionalização que pode interferir na qualidade de vida dos idosos.

CAPÍTULO I

CICLO VITAL E INTERAÇÃO FAMILIAR NA VELHICE

As experiências vividas representam a trajetória vital que o ser humano segue, norteado por seus valores e metas, suprindo-o com um modo singular de interpretar o mundo. As circunstâncias advindas dessa trajetória, segundo Xavier (2010), são permeadas pelas condições ambientais que junto às influências hereditárias, sociais e culturais definem suas opções e filosofia de vida.

Netto (2005) ressalta que em todas as etapas do ciclo de vida, o ambiente familiar é fundamental, pois o contato com a família permite que os indivíduos se mantenham próximos ao seu ambiente natural. Além disso, o contato familiar preserva o autoconhecimento, valores e critérios de vida. Por isso, como afirma Cerveny (1997), o ciclo vital se torna um dos aspectos mais importantes para se entender e trabalhar com famílias, uma vez que as fases do ciclo delineiam a história intergeracional de uma família, revelando suas crenças, valores, padrões morais, mitos, segredos e lealdades.

Carneiro e Falcone (2004) citam que o desenvolvimento social do indivíduo tem início no nascimento, havendo evidências de que o repertório de habilidades sociais se torna progressivamente mais elaborado ao longo da infância. Na vida adulta, seja qual for o seu estágio, novas habilidades são requeridas: realização de tarefas em grupo, exercício da liderança em algumas atividades, habilidades sexuais com o cônjuge, demandas sexuais próprias da

independência em relação à família ou à constituição de uma nova família e, ainda, aquelas decorrentes do contato com diferentes grupos culturais, tanto no exercício profissional quanto no lazer.

Os mesmos autores relatam ainda que na terceira idade, cujas características principais, em relação ao comportamento social, são a diminuição das capacidades sensoriais e redução da prontidão para a resposta, outras habilidades podem ser especialmente importantes, tais como as de estabelecer e manter contato social, além de lidar com os comportamentos sociais decorrentes de preconceitos contra a velhice, geralmente expressos através de evitação de contato, reações agressivas e proteção excessiva.

Assim, as demandas próprias de cada ciclo vital e as respostas desenvolvimentais apresentadas pelo indivíduo demonstram que a aquisição de comportamentos sociais envolve um processo de aprendizagem durante toda vida (Del Prette & Del Prette, 1999).

Netto (2005) ressalta que em todas as etapas do ciclo de vida, o ambiente familiar é fundamental, pois o contato com a família permite que os indivíduos se mantenham próximo ao seu meio natural de vida. Além disso, o contato familiar preserva o autoconhecimento, valores e critérios de vida. Por isso, como afirma Cerveny (1997), o ciclo vital se torna um dos aspectos mais importantes para se entender e trabalhar com famílias, uma vez que as fases do ciclo delineiam a história intergeracional de uma família, revelando suas crenças, valores, padrões morais, mitos, segredos e lealdades.

Para esta autora, a família é como um sistema que se modifica no tempo, um sistema vivo. Seu processo evolutivo consiste num avanço

progressivo até novos estágios de desenvolvimento e crescimento. Isso se dá na recuperação do tempo, na integração do novo com o velho, do horizonte futuro com o presente e a experiência passada.

O ciclo de vida da família passa por períodos previsíveis, de estabilidade e transição, de equilíbrio e adaptação; e por momentos de desequilíbrio que alavancam o estágio novo e mais complexo, em que se desenvolvem novas funções e capacidades. Esta passagem de uma fase a outra se dá numa reestruturação contínua de seu tecido relacional, na busca de uma nova ordem familiar.

Para ela, todas as etapas do ciclo vital estão marcadas por eventos significativos: nascimentos e mortes, separação da família de origem e formação do novo casal, nascimento do primeiro filho, o primeiro irmão, o nascimento dos filhos na evolução da relação conjugal e parental, a adolescência e passagem à idade adulta dos filhos, a desvinculação progressiva de pais e filhos, o casal conjugal e parental na maturidade e envelhecimento, o acontecimento avós e netos, a separação pela morte de um dos membros do casal.

Por isso, Vilela et al. (2006) afirmam que a família é um sistema dinâmico que, juntamente com seus membros mais velhos, enfrenta desafios importantes de adaptação frente à velhice. Os relacionamentos familiares passados e presentes desempenham um papel crítico na resolução psicossocial desse estágio. As mudanças ocasionadas com a aposentadoria,

com a viuvez e com as doenças requerem o apoio familiar para o ajustamento às perdas.

A dimensão intergeracional contida nas reflexões de Cerveny (1997) acerca do ciclo vital familiar encerra uma semelhança com a proposta de Erikson (1976) quando ele abordou o conceito de “relatividade psicossocial”. Erickson propõe que o desenvolvimento humano ocorre através de oito estágios que vão desde o nascimento até a velhice. Nesse sentido, o enfoque individual eriksoniano e o familiar de Cerveny se aproximam, fazendo uma interação entre o psicológico e o social.

Aprimorando as reflexões nessa direção, Falicov (1991) determinou três critérios para a construção de uma teoria de ciclo vital que deram suporte à investigação de Cerveny (1997) realizada com mais de mil famílias paulistanas. O *primeiro* critério seria a mudança no tamanho da família com o movimento de entrada e saída de seus membros; o *segundo* seriam as mudanças na composição por idades, ou seja, o ciclo de vida é determinado pela idade do filho mais velho; e o *terceiro* critério seria as mudanças na posição profissional da pessoa ou pessoas que sustentam a família, baseado nas tarefas evolutivas, em termos funcionais, em que essa demanda pode ser maior ou menor.

Em sua pesquisa Cerveny (1997) procurou atender aos três critérios propostos, tentando obter uma melhor visualização das fases, além de incluir famílias reconstituídas que poderiam promover novos padrões funcionais de estilo de vida.

No trabalho realizado com famílias paulistanas, a autora, direcionou-o a pessoas de classe média, porém ressaltando de que é uma obra inacabada, pois teriam que ampliar para se estudar outras realidades. Ela comenta que é fundamental o conhecimento da dinâmica e estrutura familiar, além de suas relações internas e crenças, para poder validar ou reformular categorizações e, sobretudo, começar a pensar em modelos de família a partir de dados reais.

Em sua obra, também apresenta quatro etapas do ciclo vital da família, as quais são descritas por diversos autores. Berthoud e Bergami (1997) descrevem a família em **fase de aquisição**, que representa a primeira fase desse ciclo vital. Nessa fase, eles referem que se inclui a escolha do parceiro, a construção da família pela formação do casal; a aquisição de bens de consumo; a chegada dos filhos e a vida com filhos pequenos. É uma fase que se caracteriza pela aquisição em todos os sentidos: material, emocional, psicológico.

Luisi e Filho (1997) caracterizam a família na **fase adolescente** que reflete o momento específico no qual os filhos experimentam a adolescência em direção à idade adulta. Nela os pais ficam bastante mobilizados, uma vez que eles passam a reviver sua própria fase de adolescência, em que podem ser resgatados alguns aspectos de uma juventude ainda presente diante de si. É uma fase que pode propiciar muitos conflitos e questionamentos, tanto por parte dos filhos, como dos pais.

A partir dos cinquenta a meados dos sessenta anos, ocorrem diversas mudanças nas características da família, em que nela estão inseridos os filhos

adultos jovens e pais em plena maturidade. A saída de casa e/ou casamento dos filhos, a inclusão da terceira geração e parentes por afinidades e os cuidados com a geração mais velha, podem trazer repercussões e conflitos.

Carbone e Coelho (1997) consideram a família em **fase madura** um momento difícil porque o casal se depara com duas gerações precisando de amparo: a dos filhos que estão se preparando para ter sua própria família, e os pais em processo de envelhecimento.

Todas as fases vividas pela família no ciclo vital podem determinar como irá ocorrer o fechamento desta etapa. Conforme relatam Silva, Alves e Coelho (1997), a família na **fase última** é caracterizada por uma etapa que tem se estendido bastante, devido à maior expectativa de vida alcançada pelos indivíduos.

Os autores comentam que essa fase é marcada pela reestruturação de papéis, com a saída física de alguns membros do núcleo familiar e a inserção de novos membros (noras, genros e netos). A velhice trará a tona uma ideia inevitável da aproximação da finitude pessoal, das perdas de amigos e parentes, e conseqüentemente, o sentimento de luto. Na presente dissertação será privilegiada a **Fase última**, por se tratar da família na velhice.

Como relatam Santos e Dias (2008), pelas características pessoais e culturais presentes no idoso e em sua família, pode-se dizer que os arranjos peculiares que sobressaem desse sistema irão delinear vários perfis de velhice. Deste modo, na interação com o ambiente, um funcionamento competente do

indivíduo e de sua família não é só uma questão de saber o que fazer, mas envolve também crenças de autoeficácia. Essas crenças, conforme Bandura (1986) relacionam-se ao modo como o indivíduo percebe sua capacidade para organizar e executar suas ações no intuito de obter determinados resultados.

Nesse sentido, Goldstein (1995) afirma que tal crença não diz respeito às habilidades da pessoa, mas aos julgamentos do que ela pode fazer com as habilidades que possui. Bandura (1977) afirma que as pessoas tendem a evitar tarefas e situações que são consideradas superiores às suas capacidades, mas assumem e desempenham atividades que se julgam capazes de exercer.

Neri (2001) afirma que existem abundantes dados de pesquisa mostrando como as crenças de autoeficácia são determinantes importantes de desempenho físico e intelectual, assim como de bem-estar subjetivo na senescência e senilidade.

Entretanto, para Carneiro e Falcone (2004), no idoso, de um modo geral, a expectativa de auto-eficácia é reduzida, uma vez que as pressões sociais são muito fortes no que tange às incapacidades atribuídas à velhice. Os comportamentos defensivos desadaptativos, tais como evitação e fuga, acabam reforçando uma auto-imagem negativa no idoso, que leva à manutenção dos comportamentos defensivos em um círculo vicioso.

Alguns autores (Tavares et al., 2008; Santos et al., 2010) salientam que as alterações observadas no processo de envelhecimento constituem fatores de vulnerabilidade para processos patológicos. No entanto, existem outros fatores, como a importância dos relacionamentos sociais para o bem-estar físico e mental na velhice, que são salientados por Capitanini (2000). Segundo

o autor, embora a solidão se torne uma ocorrência mais possível na velhice, pode-se envelhecer sem solidão ou isolamento.

Contudo, uma relação direta, estreita e duradoura com a família é ponto primordial que favorece o êxito da participação social, pois a família é considerada como principal fonte de suporte, especialmente nos domicílios multigeracionais. Por isso, Torres et al. (2009) ressaltam que a qualidade das relações familiares se encontra associada à qualidade do cuidado e das condições de vida dos indivíduos idosos.

Para Pavarini et al. (2006), os idosos passam a vivenciar com mais assiduidade e intensidade as relações com seus familiares, na medida em que vão se desvinculando de suas atividades funcionais e passam a ficar mais tempo dentro de casa. Nesse contexto, como mencionam Alvarez (2001), Karsch (2003) e Vilaça et al.(2005), o aparecimento da dependência no idoso e a conseqüente necessidade de um cuidador provocam uma reestruturação familiar e uma redefinição de papéis, o que ocasiona alterações na rotina e na dinâmica familiar.

Paralelamente, Vilela et al. (2006) comentam que a família vive o impacto de eventos inesperados como divórcios, mortes imprevistas, doenças, desempregos, que atuam ocasionando modificações na estrutura relacional e dificultam as tarefas de superação e coesão próprias de sua natureza. Em situações críticas, cada família encontra modos singulares de enfrentar situações semelhantes obtendo resultados diferentes.

Na construção de uma visão temporal da família através de seu ciclo evolutivo, Pavarini et al.(2006) contribuíram para atribuir um significado positivo

à palavra “crise”. A desorganização que dela decorre vai indicar os momentos criativos de decisão e separação de um estado precedente para outro, como, por exemplo, a transição de um filho da fase de infância para a fase da adolescência.

Eles salientam que os padrões transmitidos pelas famílias de origem estão presentes nos momentos de crise, e que a cultura da família é que irá determinar como irá se construir novas experiências, a fim de contornar as crises nos momentos divergências. A superação da crise vai depender da maior ou menor flexibilidade da família para interagir. O estresse vivido nas fases evolutivas do ciclo vital se cruza com os legados transgeracionais e com as causas externas.

Segundo Cervený (1997), este processo, que se desenvolve numa dinâmica temporal, é de grande complexidade: quando uma geração está chegando à velhice, a outra está vivendo o ninho vazio, a terceira o ser adulto e a escolha de seus pares e a quarta, o inédito de ser o novo membro da família. Sendo assim, as atitudes, crenças e mitos transmitidos de uma geração à outra exigem compromissos de lealdade que se entrecruzam, somando-se às diferenças de cultura do casal/pais.

Para Santos e Dias (2008) o processo de adaptação a essa nova realidade pode, por um lado, não se tornar complicado quando há uma boa relação entre a família e o idoso, podendo ocorrer um maior grau de intimidade, de confiança e de respeito, além dos idosos poderem contribuir no aspecto financeiro com a geração mais nova, dando uma maior ajuda na escolarização

dos filhos e criação dos netos. Por outro lado, Vilela et al. (2006), relatam que grandes dificuldades podem ser geradas quando o histórico familiar é construído a partir de crises e conflitos, tornando o cuidado inadequado e sacrificante para o cuidador.

Este sistema dinâmico, que se transforma a partir de fatores internos em interação com as mudanças sociais, expressa uma alternância entre vínculos de pertencimento e necessidade de individuação. Para Xavier (2010), é no cenário familiar que se aprende a ser diferente e enfrentar os conflitos de crescimento. No ciclo intergeracional da família, a constituição dos sujeitos, como seres sociais se dão sob a organização e funcionamento de um conjunto de relações, cujo contexto delimita e confere significado a tudo que ocorre no seu interior.

Ele argumenta que o que ocorre dentro e fora da família virá a influenciar em seu equilíbrio. Numa perspectiva sistêmica, a família funciona como uma entidade em que a interação de suas partes mantém uma interdependência recíproca capaz de controlar seu equilíbrio. Um composto gestáltico no qual o todo é mais que as partes, e a modificação de uma das partes alteram todo o conjunto.

Neri (2007) se fundamenta na idéia de coesão e continuidade, como uma célula reprodutiva, e vive o paradoxo mudança e estabilidade em todo seu ciclo vital. A crise característica de processos de mudanças muitas vezes surge como uma ameaça de ruptura. A singularidade de como cada família cuida de

seu equilíbrio e sobrevivência, influi nos relacionamentos interpessoais e intergeracionais entre seus membros.

A capacidade de interagir socialmente é fundamental para o idoso, a fim de que ele possa conquistar e manter as redes de apoio social e garantir maior qualidade de vida. Neri (2001) aponta que as redes de apoio social são muito importantes na velhice, principalmente quando os idosos têm que se adaptar às perdas físicas e sociais.

Neri (2001) ressalta a importância dos relacionamentos sociais para os idosos, porque são de livre escolha e assim mais funcionais ao atendimento das necessidades afetivas dos mesmos. A rede de relações sociais na velhice propõe que a manutenção de relações com o cônjuge, com os familiares e principalmente, com amigos da mesma geração, favorece o bem-estar psicológico e social dos idosos, além de sua qualidade de vida.

Com o aumento da expectativa de vida, surgem as necessidades de se estudar o processo de envelhecimento e as suas repercussões físicas, psíquicas e sociais na vida do idoso. Em virtude disso o próximo capítulo abordará esta temática.

CAPÍTULO II

ASPECTOS FUNDAMENTAIS NO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO: epidemiologia, caracterização e implicações psicossociais

2.1. Epidemiologia

O envelhecimento demográfico pode ser determinado pelo aumento da proporção das pessoas idosas na população total. Como ressaltam Branco e Gonçalves (2000), esse processo resulta de uma transição demográfica, normalmente definida como a passagem de um modelo demográfico de fecundidade e mortalidade elevados para um modelo em que ambos os fenômenos atingem níveis baixos, originando estreitamento da base da pirâmide de idades, com redução da população jovem ativa e aumento da população idosa.

Reis, Torres e Reis (2008); Torres et al. (2009) salientam que as mudanças demográficas devidas ao processo de envelhecimento populacional, trazem consigo transformações sociais, econômicas e familiares, uma vez que as famílias também envelhecem. A família não se apresenta mais como um modelo único, ela se caracteriza pela diversidade de arranjos sociais e econômicos.

Ciosak et al. (2011) salientam que, em diversos países, os indivíduos estão alcançando a longevidade e cada vez mais isso resulta em transformações de impacto em diversos setores, como o social, o familiar, o econômico e o previdenciário. Isso se deve principalmente, a uma diminuição das taxas de natalidade e a um aumento da expectativa de vida, tornando-se um fenômeno socioeconômico preocupante e, ao mesmo tempo, estimulante para a maioria dos países.

Tendo em vista que o processo natural de envelhecimento é multideterminado, para os autores acima citados, torna-se pertinente explorar as contribuições advindas dos estudos epidemiológicos que vêm a embasar as políticas públicas direcionadas à manutenção e melhoria da qualidade de vida desta parcela da população.

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2011) na última década, a diminuição das desigualdades sociais e regionais contribuiu para a formação do quadro atual de baixa na mortalidade infantil e de maior convergência entre as regiões. Todavia, ainda há um longo caminho a percorrer para que o Brasil se aproxime dos níveis das regiões mais desenvolvidas do mundo, que apresentam em torno de cinco óbitos de crianças menores de um ano para cada mil nascidas vidas.

No Brasil, a primeira instituição que se dedicou especificamente a tratar das questões relacionadas com o envelhecimento e a velhice foi a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG) no Rio de Janeiro, em 1961. A

gerontologia é uma área de métodos e ações multidisciplinares, cujo principal objetivo é estudar as pessoas que são consideradas idosas (Netto, 2005).

A Gerontologia é a ciência que estuda o processo de envelhecimento em suas dimensões biológica, psicológica e social. De acordo com Neri (2008), trata-se de um “campo multi e interdisciplinar que visa à descrição e à explicação das mudanças típicas do processo de envelhecimento e de seus determinantes genético-biológicos, psicológicos e socioculturais”.

De acordo com as informações nacionais disponibilizadas pelo IBGE (2011), a taxa de fecundidade no Brasil apresentou queda de 20,1% na última década, passando de 2,38 filhos por mulher, em 2000, para 1,90 em 2010, número abaixo do chamado nível de reposição que garante a substituição das gerações e o envelhecimento populacional.

O declínio ocorreu em todas as regiões, observando-se as maiores quedas no Nordeste (23,4%) e no Norte (21,8%), seguidas pelo Sul e Sudeste (cerca de 20,0%, ambas) e pelo Centro-Oeste, com a menor queda (14,5%). A tendência no Brasil, até o ano 2000, era de aumento da concentração da fecundidade nos grupos entre 15 e 24 anos, o que indicava um rejuvenescimento do padrão da fecundidade.

Porém, de 2000 para 2010, os grupos de 15 a 19 anos e de 20 a 24 anos diminuíram suas participações de 18,8% para 17,7% e de 29,3% para 27,0% da fecundidade, respectivamente. Apesar desse último grupo ainda responder pela maior percentagem da fecundidade nacional, o padrão em 2010

está mais dilatado, com aumento da participação na faixa acima de 30 anos. A idade média da fecundidade passou de 26,3 anos, em 2000, para 26,8 em 2010 (IBGE, 2011).

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial. No Brasil, houve um aumento de 8,8 % para 11,1 % de idosos entre os anos de 1998 e 2008. Estima-se que existam 21 milhões de indivíduos acima de 60 anos e que até 2025 o Brasil será o sexto país no mundo em número de idosos (OMS, 2008, Tavares & Dias 2012).

De acordo com as informações nacionais disponibilizadas pelo IBGE (2011), destaca-se o crescimento da participação relativa da população com mais de 65 anos, em torno de 7,4%, em 2010. A transição demográfica no Brasil, assim como na maioria dos países em desenvolvimento, vem ocorrendo de maneira um pouco diferente da que aconteceu nos países desenvolvidos e, sobretudo, muito mais rapidamente.

A expectativa média de vida, do brasileiro, ao nascer, aumentou de 66 para 68,6 anos na última década. Segundo Keller et al. (2002), o que os países europeus levaram aproximadamente um século para fazer, o Brasil fará em trinta anos, isto é, dobrar a proporção de idosos de sua população de 7% para 14%.

Em virtude disso, Papalia e Olds (2000), Brasil (2003) e Netto (2006) ressaltam que o processo de envelhecimento é motivo de preocupações dado o crescente aumento da população idosa em nosso país e com isso surge a

necessidade em promover um envelhecimento saudável e de manter a capacidade funcional máxima do idoso. Porém, o estudo científico da velhice tem se desenvolvido apenas nos últimos anos, tanto para a psicologia quanto para as demais áreas do conhecimento.

2.2. Caracterização do processo de envelhecimento

Desde o nascimento, a passagem do tempo decorrido em dias, meses e anos serve de parâmetro para mensurar a idade cronológica do indivíduo, sendo um dos meios mais usuais e simples de se obter informações sobre uma pessoa (Schneider & Irigaray, 2008).

Conforme relatam Hoyer e Roodin (2003), apenas o conceito de idade não é suficiente para avaliar a função desenvolvimental do indivíduo porque ele não contempla os índices biopsicossociais implicados neste processo. A velhice ou terceira idade, como também é denominada, representa etapa importante para tal reflexão, pois nesse período comportamentos e atitudes refletem nitidamente aquilo que foi valorizado e assumido.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1999), nos países em desenvolvimento como o Brasil, a velhice tem início a partir dos 60 anos, ao invés de ser aos 65 anos, como nos países desenvolvidos.

Para Paschoal (2006), a sociedade penaliza os idosos com a falta de recursos comunitários e institucionais para atendê-los em suas necessidades básicas de saúde, de segurança e de apoio psicossocial. Por outro lado, as famílias brasileiras enfrentam sérios problemas de moradia, de emprego,

econômicos, tendo dificuldades de sustentá-los e incorporá-los a uma dinâmica familiar já tumultuada e trepidante, sobretudo nos centros urbanos.

Ela ainda enfatiza que a relação da modernização da sociedade com a desvalorização do velho traduz um sério viés cultural, responsável por uma visão social ora ingênua, ora romântica, mas muito alienada e perversa. A modernização é entendida como um processo societal diferente da modernidade e diz respeito às propriedades de indivíduos particulares, numa dada sociedade, independentemente do seu grau de modernização.

O processo de envelhecimento depende de aspectos biológicos, psíquicos e sociais, o que indica que ele pode ser diferente da idade cronológica. Assim, como afirma Fonteine (2000), o aparecimento de doenças ou sintomas característicos da idade avançada pode ser acelerado ou retardado dependendo de cada caso.

Reis Jr., (1996) afirma que o envelhecimento foi considerado, por muito tempo, um fenômeno patológico, caracterizado pelo aparecimento de doenças degenerativas, que resultam mais cedo ou mais tarde na morte. No entanto, a aceleração deste processo é influenciada por uma série de fatores intrínsecos e extrínsecos ao indivíduo.

Nesse contexto, Farinati (2002) destaca que a *idade biológica* está ligada ao envelhecimento orgânico, mas a atribuição da *idade psicológica* já requer a consideração das competências de cada pessoa em termos de

inteligência, motivação e memória. A *idade social*, por sua vez, irá contemplar os papéis e os hábitos da pessoa em sociedade.

Para Lipsitz (2002), no envelhecimento ocorre uma redução do processo dinâmico e progressivo, que reduz a capacidade de sobreviver, no qual surgem modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas, que determinam a perda progressiva das capacidades de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, tornando-o mais vulnerável e expondo-o a um maior número de doenças. Esta deteriorização intrínseca é irreversível, afetando diretamente as capacidades funcionais básicas do organismo.

Corroborando com esse pensamento, Ciosak et al. (2011) afirmam que o processo natural do envelhecimento, conhecido como senescência, compromete progressivamente aspectos físicos e cognitivos, promove uma redução das reservas de vários sistemas orgânicos, sobretudo do sistema nervoso central (SNC), circulatório, gastro-intestinal e do hematopoético. Esses sistemas ficam mais vulneráveis, tornando os idosos mais suscetíveis ao aparecimento de doenças e aos efeitos colaterais dos agentes farmacológicos comumente utilizados. Este conceito se opõe ao de senilidade, que é o processo de envelhecimento patológico, entendido como os danos à saúde associados com o tempo, porém causados por doenças ou maus hábitos de saúde.

Além disso, Kauffman (2001) ressalta que o comprometimento da função neuro-muscular e articular, evidenciado pela perda de força muscular e

da amplitude de movimento, gera limitações funcionais que dificultam a execução das atividades de vida diária (AVDs), como caminhar, levantar-se, manter o equilíbrio postural e prevenir-se contra quedas iminentes.

Os aspectos biológicos relacionados às modificações corporais compreendem um processo que se inicia antes do nascimento do indivíduo e se estende por toda a sua existência. Schneider e Irigaray (2008) salientam que as mudanças e as perdas variam ao longo do desenvolvimento, sendo mais marcantes em determinadas fases da vida.

De um modo geral, estes autores afirmam que a partir dos 40 anos a estatura do indivíduo diminui cerca de um centímetro por década, principalmente devido à diminuição da altura vertebral ocasionada pela redução da massa óssea e outras alterações degenerativas da coluna vertebral. A pele fica mais fina e friável, menos elástica e com menos oleosidade.

Como enfatizam Costa e Pereira (2005), existe o comprometimento de outros órgãos e sistemas. Frequentemente ocorre diminuição ou perda da acuidade visual e auditiva, podendo ou não interferir nas atividades de vida diária e profissional. Além disso, com o envelhecimento, o peso e o volume do encéfalo diminuem por causa da perda de neurônios, mas, apesar desta redução, as funções mentais podem ser preservadas até o final da vida.

Moreira, Torres e Barros (2004), destacam que as transformações ocorridas durante o processo de envelhecimento não determinam que haja um declínio acentuado das funções cognitivas. Todavia, aspectos como fadiga

mental, desinteresse, diminuição de concentração e atenção, geralmente estão ligados ao declínio da capacidade de memorização que interfere no processo de aprendizagem dos idosos. Com o avançar da idade, observa-se um ritmo mais lento de assimilação de novas informações, envolvendo também um comprometimento da memória visual e auditiva.

A etapa da vida caracterizada como velhice, com suas peculiaridades é considerada a última fase do ciclo vital e é delimitada por eventos de natureza múltipla, incluindo perdas e ganhos, podendo ser subdividida em **velhice inicial, velhice média e velhice avançada**, conforme citam Carvalho e Brito (2012). Essa interação institui-se de acordo com as condições da cultura na qual o indivíduo está inserido. Condições históricas, políticas, econômicas, geográficas e culturais produzem diferentes representações sociais da velhice e também do idoso.

Schneider e Irigaray (2008) ressaltam que há uma correspondência entre a concepção de velhice presente em uma sociedade e as atitudes frente às pessoas que estão envelhecendo. É importante enfatizar que, ao contrário do que muita gente pensa, velhice não está associada à má qualidade de vida. O processo de envelhecimento é bastante heterogêneo e pode levar a duas situações-limite: uma com qualidade de vida muito ruim e outra com excelente qualidade de vida. Entre esses dois extremos existem inúmeras situações intermediárias.

Na sociedade atual, Paschoal (2006) relata que existe um desejo contraditório que se constata desde cedo e é explicitado fortemente pelos jovens e adultos-jovens: o de viver cada vez mais. A longevidade é intensamente desejada pela maioria dos indivíduos, desde que sob certas condições: a primeira é a de não ficar dependente, o que é bastante compreensível, e a segunda, a de não ficar velho (Papalia, Olds & Feldman, 2006).

Entretanto, os autores acima citam que o conceito de idade é multidimensional e não é uma boa medida do desenvolvimento humano, pois, a idade e o processo de envelhecimento possuem outras dimensões e significados que extrapolam as dimensões da idade cronológica.

Atualmente, como salientam Papalia, Olds e Feldman (2006), especialistas no estudo do envelhecimento, referem-se a três grupos de pessoas mais velhas: os **idosos jovens**, os **idosos velhos** e os **idosos mais velhos**. O termo **idosos jovens** geralmente se refere a pessoas de 65 a 74 anos, que costumam estar ativas, cheias de vida e vigorosas. Os **idosos velhos**, de 75 a 84 anos, e os **idosos mais velhos**, de 85 anos ou mais, são aqueles que têm maior tendência para a fraqueza e para a enfermidade, e podem ter dificuldade para desempenhar algumas atividades da vida diária

Para Bee (1997), embora esta categorização seja bastante usual, cada vez mais as pesquisas revelam que o processo de envelhecimento é uma experiência heterogênea, vivida como uma experiência individual. Algumas pessoas, aos 60 anos, já apresentam alguma incapacidade; outras estão cheias de vida e energia aos 85 anos.

Outra classificação muito usada é por idade funcional, isto é, o quão bem uma pessoa funciona em um ambiente físico e social em comparação a outras de mesma idade cronológica. Por exemplo, uma pessoa de 90 anos com boa saúde física pode ser funcionalmente mais jovem do que uma de 65 anos que não está (Papalia, Olds & Feldman, 2006).

Segundo Schneider e Irigaray (2008), a distinção entre *idosos jovens*, *idosos velhos* e *idosos mais velhos* pode auxiliar no entendimento de que o envelhecimento não é algo determinado pela idade cronológica, mas é consequência das experiências passadas, da forma como se vive e se administra a própria vida no presente e de expectativas futuras. É, portanto, uma integração entre as vivências pessoais e o contexto social e cultural em determinada época, e nele estão envolvidos diferentes aspectos: biológico, cronológico, psicológico e social.

Para Neri (2008), o conceito de idade psicológica pode ser usado em dois sentidos. Um se refere à relação que existe entre a idade cronológica e às capacidades psicológicas, tais como percepção, aprendizagem e memória, as quais prenunciam o potencial de funcionamento futuro do indivíduo, e o segundo, a relação que existe entre a idade biológica e o funcionamento dos sentidos a partir do aparecimento de doenças senis.

Por outro lado, Hoyer e Roodin (2003) definem a idade psicológica como as habilidades adaptativas dos indivíduos para se adequarem às exigências do meio. As pessoas se adaptam ao meio pelo uso de várias características psicológicas, como aprendizagem, memória, inteligência e controle emocional.

Para Schneider e Irigaray (2008) há adultos que possuem tais características psicológicas com graus maiores que outros e, por isso, são considerados jovens psicologicamente, e outros que possuem tais traços em graus menores e são considerados velhos psicologicamente.

A caracterização do indivíduo como velho é dada quando ele começa a ter lapsos de memória, as dificuldade de aprendizado e falhas de atenção, orientação e concentração, comparativamente com suas capacidades cognitivas anteriores. Sabe-se que mesmo durante o processo de envelhecimento normal algumas capacidades cognitivas como a rapidez de aprendizagem e a memória diminuem naturalmente com a idade, como relatam Ciosak et al. (2011).

No entanto, essas perdas podem ser compensadas por ganhos em sabedoria, conhecimento e experiência. Felizmente, conforme aponta a OMS (2005), na maioria das vezes, o declínio no funcionamento cognitivo é provocado pelo desuso (falta de prática), doenças (como depressão), fatores comportamentais (como consumo de álcool e medicamentos), fatores psicológicos (por exemplo, falta de motivação, de confiança e baixas expectativas) e fatores sociais (como a solidão e o isolamento), mais do que o envelhecimento em si.

O padrão de comportamento adquirido e mantido ao longo da vida como afirma Neri (2005), tem uma influência direta na forma como as pessoas

envelhecem. Sendo este o resultado de construção que o indivíduo fez durante toda a vida, definindo assim sua **idade psicológica**.

As escolhas pessoais dos padrões de comportamento, para Bandura (2008), determinam a auto-eficácia e a crença de cada indivíduo na capacidade de exercer controle sobre a própria vida. Saber superar as adversidades determina o nível de adaptação a mudanças e a crises próprias do processo de envelhecimento e à preparação para outras etapas da vida, como a aposentadoria.

Para Neri (2000; 2005) e Schneider e Irigaray (2008), um indivíduo pode ser mais velho ou mais jovem dependendo de como ele se comporta dentro de uma classificação esperada para sua idade em uma sociedade ou cultura particular. A medida da idade social é composta por performances individuais de papéis sociais e envolve características como tipo de vestimenta, hábitos e linguagem, bem como respeito social por parte de outras pessoas em posição de liderança.

Sendo assim, os autores afirmam que a **idade social** é determinada pela obtenção de hábitos e *status* social pelo indivíduo para o preenchimento de muitos papéis sociais ou expectativas em relação às pessoas de sua idade, em sua cultura e em seu grupo social.

Para Neri (2005), a idade social diz respeito à avaliação do grau de adequação de um indivíduo ao desempenho dos papéis e dos comportamentos esperados para as pessoas de sua idade, num dado momento da história de

cada sociedade. Por outro lado, o envelhecimento social deve ser entendido como um processo de mudanças de papéis sociais, no qual são esperados dos idosos comportamentos que correspondam aos papéis determinados para eles.

2.3. Implicações psicossociais do envelhecimento

No âmbito da saúde pública, as ações com ênfase na atenção primária à saúde terão papel importante na detecção precoce de idosos em situação de vulnerabilidade. Atualmente leis federais estão voltadas aos direitos da população idosa (Del Duca et al. 2012).

O aumento do número de idosos no Brasil e de seus movimentos de pressão social, acompanhado pelo interesse de vários agentes sociais em torno dessa população estimulou a partir da década de 90, alteração na legislação em prol dos direitos dos idosos com o estabelecimento da Política Nacional do Idoso (1994) e o Estatuto do Idoso (2003) que ajudam a dar visibilidade e legitimar grande parte dos direitos dessa população (Falcão et al. 2010).

Em 1º de outubro de 2003, a Presidência da República sancionou a lei 10.741, conhecido como Estatuto do Idoso. Ele cita que é obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do poder público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar comunitária (Brasil, 2003).

No capítulo IX (art. 37) relata que o idoso tem direito à moradia digna, no seio da família natural ou substituta, ou desacompanhado de seus familiares, quando assim desejar, ou, ainda, em instituição pública ou privada. Assim, a assistência integral na modalidade de entidade de longa permanência será prestada quando verificada inexistência de grupo familiar, casa-lar, abandono ou carência de recursos financeiros próprios ou da família (Brasil, Estatuto do Idoso, 2003).

Para Pimentel (2000), uma das grandes preocupações com o envelhecimento é a perda da autonomia dos idosos. Muitos se tornam dependentes de terceiros. Existe uma busca de lares e dos sistemas de proteção, mas também uma consciência de que uma parte significativa da população idosa está sujeita a graves situações de exclusão e condições de vida precárias devido aos baixos rendimentos econômicos, degradação das condições de habitação, privação do convívio social e familiar, além de privação dos exercícios de direito.

Segundo Netto (2006), a expansão populacional dessa etapa de vida tende a gerar um problema no âmbito sociopolítico e econômico futuro, pois grande parte da população vive numa situação financeira precária, acarretando um agravamento de problemas relacionados com a qualidade de vida e assistência à saúde se vê iminente.

Ele ainda ressalta que o número de idosos cresce em países desenvolvidos, alcançando idades mais elevadas, com maior nível de saúde e

cultura, mas, por outro lado, o volume econômico tende a aumentar com despesas médicas, pensões, medicamentos e necessidade de fornecer recursos sanitários e sociais aos idosos.

A apropriação do envelhecer se torna um dos pontos essenciais para que o indivíduo cuide de si mesmo, bem como dos fatores inerentes ao seu momento e condição de vida, preservando sua autonomia, conforme relatam Oliveira et.al. (2011). Este processo é marcado pela heterogeneidade, em que há diversas formas de envelhecer e muitas outras de perceber e se identificar com essa condição.

Autores como Couto (2005) e Bandura (2008) salientam que a imposição e o convencimento quanto à necessidade de uma prática subestima e menospreza a capacidade de implicação do idoso com sua vida. Entender e respeitar sua posição frente à atividade proposta é essencial, rompendo com estereótipos já existentes de que o idoso não tem condições cognitivas para a tomada de decisão sobre sua vida e seu tratamento, salientando o significativo impacto para o idoso no tocante a sua auto-estima, identidade, habilidade lingüística e auto-eficácia.

Em função da heterogeneidade do processo de envelhecimento, os próprios aspectos fisiológicos, as condições particulares de saúde, a sucessão de acontecimentos vivenciados, as expectativas relacionadas com o futuro, determinam de forma específica a senescência das pessoas (Ciosak et al.,2011).

Sendo assim, Oliveira et al. (2011) observam que existe uma maior variabilidade nas medidas biológicas e psicológicas nos indivíduos idosos, não se devendo atribuir exclusiva importância a idade cronológica, sendo melhor considerar que a um indivíduo podem corresponder idades diferentes, de natureza biológica, psicológica e social.

Envelhecer, muitas vezes, é um processo delicado e doloroso. A finitude pode significar para os indivíduos e especificamente para os idosos, o término de suas ações no mundo. Nesse contexto, a família é considerada social e culturalmente a base e o ambiente de uma pessoa. Logo, uma mudança nesse referencial de base, pode promover alterações significativas na percepção de bem-estar e sentimento de pertença e valia desses idosos. Por esse motivo, o próximo capítulo será dedicado ao processo de institucionalização e a qualidade de vida dos idosos em ambientes de longa permanência.

CAPÍTULO III

INSTITUCIONALIZAÇÃO E QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO

A população idosa brasileira aumenta gradualmente, seguindo uma tendência mundial de mudança do perfil epidemiológico (SBGG, 2003). As mudanças sofridas pelas sociedades respaldam as preocupações da população no que se refere aos idosos e ao cumprimento das leis que os acobertam nos casos de infração aos seus direitos.

De acordo com a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG, 2003), há anos, os idosos que não dispunham de família nem de recursos financeiros para sua sobrevivência, eram recolhidos ou procuravam assistência nos antigos asilos, que não eram apenas para idosos, mas também para pacientes psiquiátricos, deficientes e órfãos.

Atualmente, com o aumento da demanda de idosos por este tipo de atendimento, esta modalidade de assistência passou a ser intitulada de Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPIs). Também são designadas, mais popularmente por: abrigo, asilo, lar, casa de repouso, clínica geriátrica e ancionato. Leocádio (2010) ressalta que a maior expectativa de vida do idoso, associada às comorbidades que levam a limitações e/ou dependências funcionais, tais como as doenças degenerativas, fazem com que haja uma maior demanda por estas instituições.

Pinto e Simson (2012) referem que essas instituições são caracterizadas pelo atendimento integral que oferece às pessoas idosas de 60 anos ou mais,

que não dispõem de condições para permanecer com a família ou sozinho em seu domicílio.

Vários são os motivos da institucionalização: indisponibilidade da família para o cuidado, falta de ambiente e convívio familiar, condições de saúde precária, vontade própria do idoso, aumento do grau de dependência funcional e falta de condições financeiras das famílias (Garcia & Cavalho, 2003; Garcia & Leonel, 2007; Creutzber et al., 2008).

Os atendimentos são realizados em locais físicos adequados e equipados para proporcionar cuidados aos idosos, sob regime de internato, mediante pagamento ou não, durante um período indeterminado. Segundo Leocádio (2010), as instituições podem ser de caráter público, privado, beneficente ou misto, possuindo critérios de inclusão e exclusão, que variam de acordo com o grau de dependência do idoso, com a quantidade de doenças associadas e com condições econômicas do idoso e da família.

Born e Boechat (2006) salientam que as ILPIs devem dispor de um quadro de assistência social para atender às necessidades de saúde, alimentação, higiene, repouso, lazer e atividades que garantam qualidade de vida aos idosos. No caso das instituições beneficentes, o Estatuto do Idoso, Lei 10.741, em seu artigo 35, prevê a possibilidade do idoso repassar até 70% do seu benefício previdenciário ou de assistência social, quando for o caso, para essas instituições (Brasil, 2003).

Freitas et al. (2006) citam que os idosos nas instituições privadas, a um custo mensal mais elevado para as famílias, podem ser acomodados

individualmente, com dieta específica e adequada, além de disporem de uma equipe multidisciplinar de saúde e atividades recreacionais. Por sua vez, as instituições públicas, em sua grande maioria, não apresentam um número suficiente de profissionais qualificados para a prestação de serviço, a dieta oferecida muitas vezes não é adequada, além de não haver espaços suficientes para deambulação e atividades recreacionais que garantam o bem-estar e a qualidade de vida desses idosos.

Calenti (2002) faz uma crítica a esse modelo de assistência ao idoso, alegando que o ambiente institucional dificilmente criará condições tão ricas e estimulantes como os vividos na comunidade. Ele define o idoso institucionalizado como aquele a quem se dá ou adquire o caráter de instituição; isto é, aquele ser humano cuja condição institucional de vida tem o efeito de privá-lo de experiências comuns, desprovidas de relações pessoais produtivas e efetivas que fazem parte de seu cotidiano.

Neste ambiente, Calenti (2002) ainda ressalta que o idoso vê-se isolado do convívio social e adota um estilo de vida diferente do seu, tendo que adaptar-se a uma rotina de horários, dividirem seu ambiente com desconhecidos e a se acostumar com a distância da família. Esse isolamento social pode levá-lo à perda de identidade, liberdade, auto-estima e, muitas vezes, à recusa da própria vida, o que pode contribuir para a prevalência de depressão em idosos institucionalizados (Vaz, 2009; Stumm, Alves, Medeiros & Ressel, 2012).

Em consonância com essa perspectiva crítica, Freitas et al.(2006) argumentam que ocorre um afastamento da vida cotidiana em que o idoso se torna obrigado a adaptar-se a novos regulamentos, tais como novos horários e estilo de alimentação. Deste modo, os idosos admitidos em uma ILPI se tornam membros de uma nova comunidade, vivenciando geralmente uma ruptura radical de seus vínculos relacionais afetivos, passando a conviver diariamente com pessoas que nunca fizeram parte de seu convívio sócio-afetivo, independente da qualidade da instituição.

Segundo Vaz (2009), os efeitos da deslocação e institucionalização têm sido estudados nas últimas décadas, suscitando muitas controvérsias. Grande parte dos estudos apresenta críticas negativas sobre os cuidados institucionais, ressaltando a deteriorização física, psicológica e social que deles resultam. Sendo assim, as instituições nesses estudos são habitualmente retratadas como espaços impessoais, monótonos e pouco estimulantes, não favorecendo a qualidade de vida dos idosos.

Por outro lado, Prochnau e Pastório (2010) abordaram os construtos pessoais de seis idosos institucionalizados, os quais vêem a instituição como boa e a convivência entre os membros como satisfatória, sendo ressaltado o bom atendimento prestado aos internos, embora a família continue exercendo papel de destaque e primeira opção para o cuidado aos idosos que estão ali principalmente pela ausência do conjugue ou de filhos para lhes prestar suporte.

No entanto Nunes, Menezes e Alchieri (2010) pontuam que parece que se parte da premissa de que o idoso residente em ILPI se encontra vivendo em

condições de vulnerabilidade, por estar, muitas vezes, submetido à situação de abandono, falta de afetividade, solidão e dependência nas suas atividades da vida diária.

Apesar das várias evidências neste sentido, necessariamente não ocorrem somente efeitos deletérios em todas as situações de institucionalização. Stumm et al. (2012), por exemplo, relatam uma experiência inovadora num contexto de ILPI, que remete à Terapia Assistida por Animais (TAA). Esta consiste em integrar um animal como parte de um processo de atenção ao idoso institucionalizado, com objetivo de promover sua saúde física, social, emocional e melhorar suas funções cognitivas.

Entre os vários benefícios assinalados por Stumm et al. (2012), à TAA favorece a minimização de quadros depressivos, do sentimento de solidão e inibição, além de contribuir com a melhoria das relações interpessoais, facilitando a comunicação entre a equipe de saúde e o idoso.

Neste estudo, realizado numa ILPI de caráter filantrópico, os autores assistiram a 15 idosas internas numa ala psiquiátrica com quadro de depressão, esquizofrenia e transtorno bipolar. Os resultados apontaram para uma melhor interação com as idosas, intermediada pelos animais, favorecendo a expressão positiva de afetos e reduzindo distanciamento para com os profissionais de saúde. Eles tecem considerações sobre os efeitos positivos da TAA com essa população, defendendo que esta pode ser adotada como uma alternativa nova e eficaz para a melhoria da qualidade de vida nestas instituições.

Sem desconsiderar os aspectos mais sofridos da vida institucionalizada por parte do idoso, mas refletindo sobre outros aspectos institucionais de caráter mais positivos, Ribeiro et al. (2011) citando Freire e Tavares (2005), ressaltam que muitas vezes as ILPIs poderão ser “o único ponto de referência para uma vida e um envelhecimento dignos”.

Em um estudo etnográfico, numa ILPI de caráter filantrópico, com cerca de 260 idosos de ambos os sexos, no sentido de compreender como se configura a prática do cuidado nesta instituição, Freitas e Noronha (2010) discutem que os estigmas e preconceitos que cercam as ILPIs, associando-as a idéia de depósito de idosos, vêm sendo questionados, dando espaço para o surgimento de uma nova percepção que está atrelada a outro perfil de residentes.

Elas ressaltam, por exemplo, que algumas vezes, mesmo os idosos tendo família e boas condições econômicas, preferem viver numa ILPI para manterem sua independência e não incomodar seus filhos. Também fazem essa escolha pelo fato de ter se tornado viúvo (a) e não ter filhos, ou ainda, por não querer se preocupar com a questão de cuidar de casa, de empregados ou cuidadores informais.

Destacam ainda que a ILPI pode ser uma escolha para o idoso, no sentido de buscar um pertencimento a um grupo que o motive na construção de uma nova identidade. As autoras pontuam também que esses espaços, ao invés de monótonos e ociosos, mantêm uma dinâmica cotidiana similar ao que é vivenciado fora da instituição, no sentido de estabelecimento de relações

conflituosas, competições, paixões, perdas e ganhos, entre outras. As considerações finais desse estudo sinalizam que os cuidados recebidos pelos idosos nem sempre correspondiam às suas expectativas.

Todas essas controvérsias acabaram por ter implicações no modo subjetivo como a Qualidade de Vida (QV) tendeu a ser conceituada. A partir de 1970, a QV passa a representar uma medida de saúde, cujos parâmetros para o desenvolvimento deste conceito foram: felicidade e bem-estar, indicadores sociais, insuficiência de medidas objetivas de desfecho em saúde, psicologia positiva, satisfação do cliente e o movimento de humanização da medicina (Fleck, 2008).

Paulatinamente o conceito de QV foi sendo direcionado a uma multidimensionalidade que incorporou um pouco de cada um desses conceitos anteriores, ampliando e consubstanciando-o melhor.

O *World Health Organization Quality of Life Group* (Grupo WHOQOL) desenvolveu uma escala dentro de uma perspectiva transcultural para medir a qualidade de vida em adultos. Considerou como características fundamentais o caráter subjetivo da qualidade de vida (englobando aspectos positivos e negativos), e sua natureza multidimensional (Fleck, Chachamovich & Trentini, 2003).

A partir do início da década de 90, parece consolidar-se um consenso entre os estudiosos da área quanto a dois aspectos relevantes do conceito de qualidade de vida: subjetividade e multidimensionalidade (OMS, 1995; Power, 2008). No que concerne à subjetividade, trata-se de considerar a percepção da

pessoa sobre o seu estado de saúde e sobre os aspectos não-médicos do seu contexto de vida.

Fleck (2008) refere que o conceito proposto pela OMS, em 1995, busca contemplar a abrangência do termo, definindo a QV como “*a percepção do indivíduo sobre a 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*” (p. 25).

King et al. (2012) já afirmavam que qualidade de vida é um termo multidimensional, incluindo não só fatores objetivos como também subjetivos e que, tanto o bem estar físico quanto o psicológico, devem ser considerados numa análise dessa natureza.

O conceito de qualidade de vida está relacionado à auto-estima e ao bem-estar pessoal e abrange uma série de aspectos como a capacidade funcional, o nível socioeconômico, o estado emocional, a interação social, a atividade intelectual, o autocuidado, o suporte familiar, o próprio estado de saúde, os valores culturais, éticos e a religiosidade, o estilo de vida, a satisfação com o emprego e/ou com atividades diárias e o ambiente em que se vive (Santos, Fernandes, Henriques & Santos, 2002; Velarde & Avila, 2002; Bowling, Gabriel, Dakes, Dowding, Evans & Fleissig, 2003)

Para Vecchia, Ruiz, Bocchi e Corrente (2005), todos os conceitos, portanto, variam de acordo com os autores que a estudam e, além disso, esse aspecto da subjetividade que é inerente ao próprio conceito de QV, continua dependente do nível sociocultural, da faixa etária e das aspirações pessoais de cada indivíduo.

Fleck et al. (2003) ressaltam que para estudar essa temática junto a pessoas idosas, é importante compreender que a QV possui aspectos múltiplos relacionados à sua percepção, incluindo-se as habilidades sensoriais, autonomia, atividades passadas, presentes e futuras, participação social, questões relacionadas com a morte e o morrer, assim como relativas à intimidade dos idosos.

Muitas vezes a qualidade de vida na velhice tem sido associada às questões de dependência-autonomia (Duarte & Pavarini, 1997). A dependência observada nos idosos resulta tanto de alterações biológicas (deficiências ou incapacidade) como de mudanças nas exigências sociais (desvantagens) e, freqüentemente, as últimas parecem estimular mudanças comportamentais em direção a dependência. Por exemplo, um idoso pode estar físico e psicológico apto pra conduzir um carro, mas, no entanto, por fazê-lo de uma forma mais lenta que a maioria das pessoas no transito, pode-se ver estimulado a deixar de dirigir em decorrência de pressão social.

É importante distinguir o que é puro efeito da idade e o que é consequência de uma patologia, como reflete Neri (2000). Para ela, algumas pessoas mostram declínio no estado de saúde e nas competências cognitivas precocemente, enquanto outras vivem saudáveis até os 80-90 anos. Isto leva a questionar a crença de que a dependência é mais característica dessa fase da vida, visto que qualquer declínio precoce das funções executivas pode estar a refletir uma patologia e não os efeitos da idade.

Ferraz e Peixoto (2002) ressaltam que a velhice sem doenças pode parecer utopia e fugir à regra, uma vez que a maioria dos idosos considera a

saúde como fundamental para uma boa QV. Estes autores defendem que esta avaliação só pode ser feita pela própria pessoa, ao contrário das tendências iniciais de uso do conceito em que a qualidade de vida era avaliada por um observador, usualmente um profissional de saúde.

O conceito de saúde proposto pela OMS, em 1958, definido enquanto “*um status de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidades*” (Power, 2008 p.49), foi bastante criticado por diversos autores por ser utópico (por exemplo, Segre e Ferraz, 1997; Carvalho e Dias, 2012). A partir dessas críticas, a OMS (2013) tem aprimorado sua concepção, focalizando na influência dos determinantes da saúde que incluem o ambiente físico, social e econômico, para além das características comportamentais dos indivíduos.

Power (2008), ainda argumenta que outros aspectos como espiritualidade e religiosidade, têm sido reconhecidos como fundamentais para a noção de QV relacionada à saúde. Ademais, refere que a noção de bem-estar acabou por trazer equivocadamente a prática de se considerar o lado psicológico como único aspecto fundamental da qualidade de vida. Ele comenta que isto acaba por distorcer esse conceito, visto que não contempla suficientemente a questão, gerando polêmicas em torno das facetas das unidimensionais *versus* a multidimensionalidade, assim como entre os aspectos objetivos e subjetivos da avaliação da QV.

Apesar de alguns autores, como por exemplo, Alleyne (2001), defenderem que a QV envolve aspectos para além da saúde, outros como Ferraz e Peixoto (2002), alegam que a longevidade trouxe alterações nos

padrões de saúde de todos os países, com aumento da prevalência das condições crônicas, mudando, assim, o perfil de morbi-mortalidade. Nessa situação de prevalência aumentada de doenças crônicas, o principal objetivo das condutas e políticas de saúde não é mais a cura e, sim, a manutenção de boa qualidade de vida.

Nesse sentido, há uma preocupação quanto ao desenvolvimento de métodos de avaliação e de instrumentos que devem considerar a perspectiva da população ou dos pacientes, como necessidade de saúde pública e não a visão de cientistas e de profissionais de saúde.

Ao contrário do que muita gente pensa, a velhice não está associada à má qualidade de vida. O processo de envelhecimento é bastante heterogêneo e pode levar a duas situações-limite: uma com qualidade de vida muito ruim e outra com excelente qualidade de vida. Entre esses dois extremos, existem inúmeras situações intermediárias (Fleck, 2008).

Paschoal (2006) e Papalia, Olds e Feldman (2006) comentam que, em nossa sociedade, existe um desejo contraditório que se constata desde cedo e é explicitado fortemente pelos jovens e adultos: o de viver cada vez mais. A longevidade é intensamente desejada pela maioria dos indivíduos, desde que sob certas condições: a primeira é a de não ficar dependente, o que é bastante compreensível; e a segunda, a de não ficar velho. Pelo menos no estágio atual do desenvolvimento tecnológico e científico da humanidade, não é possível envelhecer sem ficar velho.

A vivência dessa contradição acaba por fomentar o desejo de uma eterna juventude e o medo de envelhecer, reforçando angústias e decepções durante a experiência de envelhecimento. Principalmente em condições sócio-econômicas desfavoráveis, nas quais o acesso aos recursos e produtos que retardam ou amenizam o impacto do envelhecimento se torna algo inviável.

Para Paschoal (2006), viver cada vez mais tem implicações importantes para a qualidade de vida. A longevidade pode ser um problema, com conseqüências sérias nas diferentes dimensões da vida humana, física, psíquica e social. Esses anos vividos a mais, podem ser anos de sofrimento para os indivíduos e suas famílias, marcados por doenças, declínio funcional, aumento da dependência, perda da autonomia, isolamento social e depressão.

Almeida e Gutierrez (2010) mencionam que no Brasil o interesse pelo tema QV é relativamente recente e não se restringe a um determinado grupo social. Esse interesse tende a ser direcionado a estudos, em grande parte com adultos acometidos por algum tipo de doença, refletindo a preocupação com essas enfermidades que comprometem a vida dos indivíduos.

Como em outros países, no Brasil os estereótipos sobre a velhice também comprometem a possibilidade de uma QV melhor. Como menciona Paschoal (2006), tal visão estereotipada, aliada à dificuldade de se distinguir entre envelhecimento normal e patológico, senescência e senilidade, leva à negação da velhice ou à negligência de suas necessidades, vontades e desejos do indivíduo idoso.

Como já mencionado no segundo capítulo, a senescência o processo natural do envelhecimento compromete progressivamente aspectos físicos e cognitivos, promove uma redução das reservas de vários sistemas orgânicos, sobretudo do sistema nervoso central (SNC), circulatório, gastro-intestinal e do hematopoético.

Além disso, Kauffman et al. (2001) ressalta que o comprometimento da função neuro-muscular e articular, evidenciado pela perda de força muscular e da amplitude de movimento, gera limitações funcionais que dificultam a execução das atividades de vida diária, como caminhar, levantar-se, manter o equilíbrio postural e prevenir-se contra quedas iminentes.

É também nessa fase da vida que ocorrem diversas situações sociais (aposentadoria, viuvez, dependência, perda de autonomia e de papéis sociais, diminuição da rede social de apoio e outras mais), colocando obstáculos a uma vida de melhor qualidade. Todos são fatores que aumentam a complexidade da mensuração da qualidade de vida das pessoas idosas (Paschoal, 2002).

Minayo, Hartz e Buss (2004) ressaltam que os estudos sobre QV classificam-se de acordo com quadro de abordagens: socioeconômica, biomédica, psicológica e geral. A socioeconômica tem os indicadores sociais como principal elemento. As abordagens médicas visam principalmente propor melhorias nas condições de vida do doente, enquanto que a abordagem psicológica busca indicadores que tratam das reações subjetivas e interiores de

um indivíduo às suas vivências, descartando a influência ambiental em que está inserida, pode ser a principal limitação dessa linha de pensamento.

A validação brasileira do WHOQOL (Fleck & Lima, 2008) favoreceu a ampliação das investigações com a diversidade de grupos clínicos e não clínicos relacionados com a QV. Estudos como a QV e o alcoolismo, em que já existe um consenso na literatura de que não apenas a dependência, mas também o uso problemático do álcool provoca danos importantes à saúde, em que os autores salientam a importância do tratamento precoce e que existe uma associação entre a QV e o alcoolismo tanto com o padrão de uso quanto ao padrão de consumo do álcool.

Em outra investigação com pacientes deprimidos, Berlim; Brenner; Caldieraro; Pargendler e Fleck (2008) observaram que a QV é uma medida promissora para compreender melhor os indivíduos em estados depressivos. Apesar da carência de modelos teóricos que estabeleçam esses dois construtos, a percepção dos diferentes domínios de vida de um indivíduo, torna-se fundamental para avaliação da QV. Nessa população é esperado que sua QV seja representada negativamente, no entanto para esse dois conceitos, não necessariamente serão redundantes.

Gazalle e Kapczinski (2008) realizaram diversas pesquisas para avaliar a QV em pacientes com transtornos bipolares, sendo esta um problema de saúde importante para o indivíduo e para sociedade. Salientaram a importância do impacto clínico nessa população com o diagnóstico tardio. Para avaliar a QV utilizaram o WHOQOL-BREF, no qual os autores constataram que o número de

anos sem diagnóstico estava associado a baixos escores de qualidade de vida nos domínios Físico e Psicológico, sugerindo que esses achados podem ser um importante preditor do estado clínico dos pacientes bipolares.

No ano de 1999, o Grupo WHOQOL partindo da constatação de que a validade de instrumentos desenvolvidos com base em uma população de adultos jovens, para aferição de qualidade de vida em idosos, ainda é uma questão em aberto na literatura deu início ao desenvolvimento do módulo WHOQOL-OLD. Realizou um estudo internacional multicêntrico, específico para avaliação de qualidade de vida em idosos com propriedades de uso transcultural (Chachamovich; Trentini; Fleck; Schimidt & Power, 2008).

O protocolo para a condução de grupos focais foi previamente apreciado e unificado. A discussão em grupos focais aconteceu em quatro momentos. Primeiro a discussão a respeito do que seria considerado importante para a QV dos idosos, seguido da discussão sobre as facetas e itens componentes do WHOQOL-OLD, depois veio à avaliação da pertinência dos itens adicionais propostos no exercício Delphi, utilizado para validação de instrumentos, e por último, sugestões, por parte dos participantes, de outros itens relevantes que não foram abordados no WHOQOL-100.

Esse processo levou à geração de um conjunto de 40 itens a serem testados e agrupados em seis facetas. Além de sugestões por parte do grupo focal, para a inclusão de mais três facetas existentes no WHOQOL-100 (atividade sexual; pensamento; aprendizagem; memória e concentração; e ambiente no lar). O teste piloto foi conduzido contando com a participação de

22 centros de todos os continentes, onde cada um coletou dados de no mínimo, 300 entrevistados, utilizando amostragem por conveniência e obedecendo a estratificação segundo gênero, idade e percepção subjetiva de estado de saúde (Fleck et al. 2008).

Diante do exposto, o presente estudo tem como objetivo avaliar a qualidade de vida e a interação familiar de idosos que residem em diversas instituições de longa permanência, uma vez que esse tipo de avaliação tem mostrado sua importância em populações diversas, sendo importante também para a população idosa.

CAPÍTULO IV

MÉTODO

4.1. Desenho do estudo

Trata-se de um estudo de caráter qualitativo e quantitativo, descritivo, de corte transversal, no qual envolveu uma estratégia de ação em que todos os participantes foram submetidos às mesmas atividades. A investigação teve início pela parte qualitativa, para que a entrevista favorecesse uma melhor interação entre o pesquisador e os idosos. Essa estratégia foi adotada para evitar que as respostas dos idosos durante a entrevista sofressem o efeito da fadiga por já haverem respondido algumas questões.

Segundo Bogdan e Biklen, citados por Turato (2003), as investigações qualitativas exibem alguns traços, em graus semelhantes: ela é naturalística (acontece naturalmente), têm dados descritivos, a preocupação é com o processo, é indutiva e a questão de significado é essencial.

No método qualitativo, o ambiente natural é o *locus* ideal para a coleta de dados. É lá em que encontramos as informações, realmente, válidas para a realização da pesquisa, ou seja, é o lugar onde se preservam as inúmeras características e relações das pessoas. Trata-se, fundamentalmente, de uma pesquisa que tem o homem como principal objeto de estudo (Turato, 2003).

O pesquisador qualitativo pode, também, ser definido, como o principal instrumento da coleta e registro de dados em campo, já que suas percepções é que apreendem os fenômenos e sua consciência os representa (Turato, 2003).

Já o método quantitativo se refere ao conjunto de procedimentos utilizados na análise, descrição e controle de um fenômeno. De acordo com Silva (2009) trata-se de uma análise objetiva, formal e precisa, visto que a observação é mais controlada do que na análise qualitativa. A hipótese é testada através do raciocínio lógico e dedutivo com o emprego de instrumentos específicos, e a possibilidade de generalização dos resultados é estimada através de testes estatísticos.

4.2. Local e Período do Estudo

O estudo foi realizado em sete (07) instituições de longa permanência para idosos (ILPI's) escolhidas por conveniência, localizadas nos municípios de Recife-PE (6) e Sirinhaém-PE (1), no período de fevereiro a julho de 2012.

As ILPI's são de caráter público, privado e misto, abrigando idosos acima dos 60 anos. A instituição localizada em Sirinhaém-PE, de caráter público, diferenciava-se das demais por manter em seu quadro funcional uma equipe interdisciplinar composta por psicólogo, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, educador físico, médico psiquiatra, enfermeiro e auxiliares de enfermagem. Em contrapartida, a maioria das ILPI's de Recife, apresentavam uma equipe composta por principalmente por médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem.

A entrada nas instituições públicas, em geral, ocorre por indicação da equipe do Programa de Saúde Família – PSF, que dá cobertura sanitária às comunidades. Nas privadas essa entrada pode se dar por procura da família, por vezes, sendo de forma involuntária por parte do idoso e, por vezes, sendo o próprio idoso a buscar essa forma de cuidado em sua velhice. Em ambas as situações, o indivíduo arca com um custo mensal por essa assistência.

Na maioria das instituições a assistência era prestada para homens e mulheres. Excetuando-se duas nas quais a clientela era exclusivamente feminina. Todas as instituições pesquisadas estavam situadas no espaço urbano de fácil acesso.

4.3. Participantes

A amostra foi constituída por 88 idosos, de ambos os sexos, sendo 46 do sexo masculino e 42 do sexo feminino, com uma média de idade de 73,95 (DP=6,52), variando entre 63 e 92 anos. Os critérios de elegibilidade foram: 1) aceite e assinatura escrita ou impressão digital do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), 2) ter acima dos 60 anos e 3) residir na Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI's) durante a realização da pesquisa.

Foram excluídos da pesquisa os idosos que apresentaram alguma seqüela de distúrbio neurológico (por exemplo, acidente vascular encefálico), deformidades osteoarticulares, deficiência visual e auditiva, uma vez que esses quadros clínicos podem interferir diretamente na qualidade de vida desses idosos, gerando, por exemplo, alterações freqüentes do humor, como episódios de depressão.

4.4. Instrumentos

Para a realização da primeira etapa investigativa, foi realizada uma entrevista e, posteriormente, utilizados dois questionários desenvolvidos e validados internacionalmente pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 1998) para avaliar a Qualidade de Vida (QV): os questionários WHOQOL- BREF e o WHOQOL-OLD (Fleck et al., 2003) (vide anexos A e B).

O WHOQOL-BREF consiste numa versão abreviada do WHOQOL – 100 do qual preserva um item de cada uma das 24 facetas apresentadas. Deste modo, a versão abreviada consiste em 26 itens, sendo dois itens direcionados à avaliação da QV em geral e 24 específicos que se agrupam em quatro domínios: **Físico**, **Psicológico**, **Social** e **Ambiental**. O domínio **Físico** contempla sete itens: 1) Dor e desconforto; 2) Energia e fadiga; 3) Sono e repouso; 4) Mobilidade; 5) Atividades da vida cotidiana; 6) Dependência de medicação ou de tratamentos e 7) Capacidade de trabalho. O domínio **Psicológico** envolve seis itens: 1) Sentimentos positivos; 2) Pensar, aprender, memória e concentração, 3) Auto-estima; 4) Imagem corporal e aparência, 5) Sentimentos negativos e 6) Espiritualidade/religião/crenças pessoais. O domínio das **Relações Sociais** conta com três itens: 1) Relações pessoais; 2) Suporte (Apoio) social; 3) Atividade sexual. O domínio **Meio Ambiente** contempla oito itens: 1) Segurança física e proteção; 2) Ambiente no lar; 3) Recursos financeiros; 4) Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade; 5) Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades; 6)

participação em, e oportunidades de recreação/ lazer; 7) Ambiente físico: (poluição/ruído/trânsito/clima); 8) Transporte (Fleck et al., 2003).

Para avaliar cada item o respondente deverá escolher uma das cinco respostas possíveis, distribuídas numa escala do tipo *Likert*, usualmente utilizada em questionários e pesquisas quantitativas.

O WHOQOL-OLD por sua vez, contempla 24 itens, com resposta por escala de 1 a 5, dividido em 6 facetas. Cada faceta é composta por quatro itens, gerando escores que varia de 4 a 20 pontos. Os escores das seis facetas das respostas aos 24 itens geram um escore total. Foi desenvolvido para administração junto à população idosa, respeitando suas especificidades, tendo sua aplicação um caráter complementar e, por esta razão, associada, obrigatoriamente, a aplicação do WHOQOL-BREF.

Os itens do WHOQOL-OLD foram agrupados em seis componentes que avaliam: **Funcionamento dos Sentidos, Autonomia, Atividades Passadas, Presentes e Futuras, Participação Social, Intimidade e Morte e Morrer**. O componente **Funcionamento dos Sentidos** contém impacto da perda do funcionamento dos sentidos na QV, é composto por quatro itens: 1) Perdas nos sentidos afetam a vida diária; 2) Avaliação do funcionamento dos sentidos; 3) Perda de funcionamento dos sentidos afeta a participação em atividades; 4) Problemas com o funcionamento dos sentidos interferindo na habilidade de interagir. O item **Autonomia** avalia a Independência do idoso; capaz de ser livre de viver de modo autônomo e de tomar as próprias decisões. É composto pelos os seguintes itens: 1) Liberdade para tomar suas próprias decisões; 2) Sente que controla seu futuro; 3) Conseguir fazer as coisas que gostaria de

fazer; 4) Pessoas ao seu redor respeitam a sua liberdade. Na faceta **Atividades Passadas, Presentes e Futuras**, se analisa a satisfação com realizações na vida e com objetivos a serem alcançados, na qual são contemplados os seguintes itens: 1) Feliz com as coisas que pode esperar daqui para frente; 2) Satisfeito com as suas oportunidades para continuar alcançando outras realizações; 3) Recebeu o reconhecimento que merece na sua vida; 4) Satisfeito com aquilo que alcançou na sua vida. No componente **Participação social** são analisadas as participações em atividades da vida diária, especialmente na comunidade. É composto por quatro itens: 1) Satisfeito com a maneira com a qual você usa seu tempo; 2) Satisfeito com seu nível de atividade; 3) Tem o suficiente para fazer em cada dia; 4) Satisfeito com a oportunidade para participar de atividades na comunidade. No componente **Morte e Morrer** são analisados preocupações e medos acerca da morte e morrer. É composto pelos seguintes itens: 1) Preocupado com a maneira pela qual irá morrer; 2) Medo de não poder controlar a sua morte; 3) Medo de morrer; 4) Teme sofrer dor antes de morrer. No componente **Intimidade** é analisada a capacidade de relacionamentos íntimos pessoais, constituído por: 1) Tem um sentimento de companheirismo na sua vida; 2) Sente amor em sua vida; 3) Oportunidades para amar; 4) Oportunidades para ser amado (Fleck, Chachamovich & Trentini, 2006).

O questionário pode ser auto-administrado, assistido e/ou completamente lido e aplicado pelo pesquisador, conforme foi na presente pesquisa. Sugere-se inicialmente checar a capacidade de compreensão e de

leitura do entrevistado, além de assinalar as respostas. A partir daí determinar a forma mais eficaz de administração do questionário.

4.5. Procedimentos

4.5.1. Aspectos éticos e coleta de dados

As instituições foram escolhidas por conveniência, pelo fato do pesquisador já desenvolver algum tipo de atividade profissional nestes locais e as gerências dessas instituições estarem solícitas para a realização da pesquisa.

O presente estudo foi submetido ao comitê de ética e pesquisa (CEP) da Universidade Católica de Pernambuco, com base na lei 196/96 e foi aprovado apresentando o número **CAAE 0021.0.096.000-11**.

A pesquisa foi realizada de modo individual, sendo a entrevista e a aplicação dos questionários feita num único encontro com uma duração aproximada de 30 minutos em horário diurno. Os nomes explícitos no presente trabalho são fictícios para a preservação da identidade dos participantes.

Inicialmente foi estabelecido um *rapport* com cada idoso e lido o TCLE (vide anexo C). Após o seu aceite explícito, foi iniciada a entrevista, cuja pergunta aberta elaborada pelo próprio autor, descreve-se a seguir:

“O que o (a) senhor (a) acha que mudou em sua vida em relação aos seus familiares e amigos depois que veio para esta instituição?”

As respostas dos participantes foram gravadas e transcritas ipsilítaras, para posterior análise de todo conteúdo.

Logo em seguida, foi realizada a aplicação dos questionários WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD, para uma análise quantitativa da QV.

4.5.2 Análise dos dados

Primeiramente foi realizada a análise **quantitativa**, que envolveu análises descritivas e inferenciais. Na segunda etapa, **qualitativa**, foi realizada uma análise de conteúdo temática, conforme proposto por Minayo (2004).

A análise quantitativa foi realizada por meio do pacote estatístico SPSS, versão 13.0, sendo feita a partir das sintaxes pré-estabelecidas pelo grupo WHOQOL (Fleck et al., 2004), tanto para a versão abreviada (WHOQOL-BREF) quanto para a versão para idosos (WHOQOL-OLD).

Foram realizadas análises descritivas para obter as medidas de tendência central e de dispersão, e verificada a normalidade das variáveis, através do teste de Kolmogorov-Smirnov. Também foi verificada a consistência interna dos questionários por meio da extração do alpha de Cronbach, bem como foi realizada a comparação das médias pelo teste T de Student e, por final, foram verificadas as correlações através do coeficiente de Pearson.

Os dados coletados na entrevista foram analisados de acordo com a Análise de Conteúdo, especificamente a Análise Temática. Segundo Minayo (2004, p. 209), ela consiste “em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado”. Ela se constitui das fases da pré-análise, organização do material, análise e interpretação dos dados obtidos.

Explicando melhor cada etapa percorrida, a pré-análise se concentra “na escolha dos documentos a serem analisados; na retomada dos objetivos

iniciais da pesquisa, reformulando-as frente ao material coletado e na elaboração de indicadores que orientem a interpretação final” (Minayo, 2004, p. 209). A segunda etapa é a exploração do material, que “consiste essencialmente na operação de codificação, através da transformação dos dados brutos, visando a alcançar o núcleo de compreensão do texto” (Minayo, 2004, p.210). “A partir daí o pesquisador realiza as interpretações previstas no seu quadro teórico” (Minayo, 2004, p.210).

Dessa forma, serão abordados os temas predominantes na fala dos participantes e analisados com base na literatura consultada.

CAPÍTULO V

ANÁLISE DOS RESULTADOS

5.1. Análise quantitativa

A investigação com idosos institucionalizados envolveu 88 participantes, predominantemente abrigados em instituições públicas (90%) e de ambos os sexos. Foram 46 homens (52%) e 42 mulheres (48%), com média de idade de 73,95 (DP=6,52), variando entre 65 e 93 anos. Agrupados por faixa etária, apresentaram a seguinte distribuição: 49 idosos jovens (Fx_1: 65 – 74 anos), 31 idosos velhos (Fx_2: 75 – 84 anos) e 08 idosos mais velhos (Fx_3: 85 ou mais anos), conforme descrito na Tabela 01.

Tabela 01.

Frequência e percentual das variáveis: sexo, tipo de instituição e faixa etária (N=88)

Variáveis	n	%
Sexo		
Masculino	46	52,3
Feminino	42	47,7
Tipo de Instituição		
Pública	79	89,8
Privada	4	4,5
Mista	5	5,7
Faixa Etária		
65 – 74	49	55,7
75 – 84	31	35,2
≥ 85	8	9,1

Pelo fato da variável tipo de instituição apresentar em suas categorias quantidades muito discrepantes, esta variável não será considerada para fins comparativos nas análises inferenciais. Do mesmo modo, as comparações realizadas em termos de faixa etária contemplarão apenas as duas primeiras faixas, excluindo-se a última faixa (≥ 85). Sendo assim, as análises realizadas com essa variável envolveram um quantitativo de 80 idosos.

Como observado na Tabela 02, a seguir, foram obtidas as frequências, médias e desvios-padrões das variáveis sexo e faixa etária nos dois instrumentos de avaliação: o WHOQOL-BREF e o WHOQOL-OLD e as médias foram comparadas através do teste t, encontrando-se apenas um efeito significativo para sexo ($t(86) = 3,505, p < 0,01$) no WHOQOL-OLD, tendo o sexo masculino apresentado uma média maior que o sexo feminino.

Tabela 02

Frequência, média, desvio-padrão e comparação das médias no WHOQOL-BREF e no WHOQOL_OLD através do teste t em função do sexo e da faixa etária

Variáveis/categorias	Score Total			Teste t	
	N	M	DP	t	p <
Sexo					
Masculino	46	54,11	6,09	0,669	n.s.
Feminino	42	53,24	16,11		
WHOQOL-BREF					
Faixa Etária					
Fx_1 (65 – 74 anos)	49	53,82	6,34	0,052	n.s.
Fx_2 (75 – 84 anos)	31	53,74	6,21		
WHOQOL_OLD					
Sexo					
Masculino	46	78,48	7,19	3,505	0,001
Feminino	42	73,00	7,47		
Faixa Etária					
Fx_1 (65 – 74 anos)	49	75,37	8,30	-0,047	n.s.
Fx_2 (75 – 84 anos)	31	75,45	6,73		

Nota: n.s. = não significativo

A análise de consistência interna dos dois instrumentos foi realizada através da extração do Alpha de Cronbach (α) tanto considerando os totais de itens quanto os domínios (WHOQOL_BREF) e facetas (WHOQOL_OLD) propostos pelo grupo WHOQOL e validados no Brasil (Fleck et al., 2006).

Na Tabela 03, a seguir, encontram-se os índices de consistência do WHOQOL-BREF, no total e por domínios. Verifica-se que, no geral, o questionário apresenta uma boa consistência interna para o grupo de idosos da atual investigação ($\alpha = 0,84$); porém, diferentemente do estudo de validação original, apresentou uma consistência satisfatória apenas para o domínio meio ambiente ($\alpha = 0,76$).

Tabela 03

Análise da consistência interna do WHOQOL-BREF total e por domínios.

Instrumento	Domínios	Nº de itens	A	Interpretação
WHOQOL_BREF	Físico	07	0,30	n.s.
	Psicológico	06	0,48	n.s.
	Relações Sociais	03	0,42	n.s.
	Meio Ambiente	08	0,76	Satisfatória
	TOTAL	26	0,84	Boa

Nota: n.s. = não satisfatória

Para o WHOQOL-OLD (Tabela 04) os índices de consistência foram satisfatórios no total ($\alpha = 0,75$) e nas seguintes facetas: atividades passadas, presentes e futuras ($\alpha = 0,78$); participação social ($\alpha = 0,72$); morte e morrer ($\alpha = 0,77$) e intimidade ($\alpha = 0,74$).

Tabela 04

Análise da consistência interna do WHOQOL-OLD total e por facetas.

Instrumento	Facetas	Nº de itens	α	Interpretação
WHOQOL_OLD	Funcionamento dos Sentidos	04	0,37	n.s.
	Autonomia	04	0,53	n.s.
	Atividades Passadas, Presentes e Futuras	04	0,78	satisfatória
	Participação Social	04	0,72	satisfatória
	Morte e Morrer	04	0,77	satisfatória
	Intimidade	04	0,74	satisfatória
	TOTAL	24	0,75	satisfatória

Nota: **n.s.** = não satisfatória

Os índices de consistência encontrados, tanto para o WHOQOL-BREF quanto para o WHOQOL-OLD, atestam a adequação de ambos os instrumentos para a avaliação da qualidade de vida junto à população de idosos do presente estudo.

Duas dimensões do WHOQOL-BREF (físico e relações sociais) não apresentaram distribuição normal, de acordo com o teste de Kolmogorov-Smirnov. No entanto, pela amostra do estudo apresentar mais de 30 participantes por cada subcategoria das variáveis sexo e faixa etária, considera-se adequada a aplicação do teste t para comparar as médias em todos os domínios. Esta decisão está consoante com os argumentos de

Pestana e Gageiro (2005, p. 230) que diz "(...) como o número de observações é superior a 30 em ambos os grupos, não é necessário (...) que tenham distribuição normal para se poder aplicar o teste t".

A Tabela 05, a seguir, apresenta as médias e desvio-padrão obtidos no WHOQOL-BREF (total e domínios), assim como a comparação das médias em função do sexo. Verifica-se que houve uma diferença significativa apenas nos domínios psicológicos ($t(86) = 2,761, p < 0,01$) e relações sociais ($t(86) = 2,330, p < 0,05$), observando-se que em todos os casos os homens obtiveram escores mais elevados que as mulheres. Em termos de faixa etária não houve diferença significativa entre os grupos.

Tabela 05

Média, desvio-padrão e comparação das médias nos domínios do WHOQOL-BREF em função do sexo (N=88)

Instrumento	Domínios	Sexo	Escore Total		Teste t	
			M	DP	t	p<
WHOQOL_BREF	Físico	Masculino	13,19	1,741	0,236	n.s.
		Feminino	13,10	1,860		
	Psicológico	Masculino	14,07	1,773	2,761	0,01
		Feminino	13,00	1,870		
	Relações Sociais	Masculino	16,19	2,286	2,330	0,05
		Feminino	15,02	2,434		
	Meio Ambiente	Masculino	13,18	2,381	0,388	n.s.
		Feminino	12,99	2,365		
	TOTAL	Masculino	54,11	6,093	0,669	n.s.
		Feminino	53,24	6,108		

Nota: n.s. = não significativo

Do mesmo modo que na tabela anterior, a Tabela 06 (total e faceta) a seguir, apresenta as médias e desvio-padrão obtidos no WHOQOL-OLD.

Mostra ainda a comparação das médias em função do sexo. Houve uma diferença significativa no total ($t(86) = 3,505$, $p < 0,01$) e em duas facetas: atividades passadas, presentes e futuras ($t(86) = 3,414$, $p < 0,01$) e participação social ($t(86) = 2,841$, $p < 0,01$). Também aqui, em sua maioria, os homens obtiveram escores mais elevados que as mulheres. Em termos de faixa etária (Tabela 07) houve diferença significativa para a primeira faceta, funcionamento dos sentidos ($t(78) = -2,371$, $p < 0,05$) e os idosos velhos apresentaram escores mais elevados em comparação com os idosos jovens.

Tabela 06

Média, desvio-padrão e comparação das médias nos domínios do WHOQOL-OLD em função do sexo (N=88)

Instrumento	Facetas	Sexo	Escore Total		Teste t	
			M	DP	T	p<
WHOQOL_OLD	Funcionamento dos Sentidos	Masculino	11,56	2,689	1,246	n.s.
		Feminino	10,83	2,819		
	Autonomia	Masculino	14,59	2,696	1,117	n.s.
		Feminino	13,95	2,622		
	Atividades Passadas, Presentes e Futuras	Masculino	15,11	2,783	2,841	0,01
		Feminino	13,38	2,921		
	Participação Social	Masculino	15,59	2,561	3,414	0,01
		Feminino	13,55	3,038		
	Morte e Morrer	Masculino	10,78	4,482	-0,028	n.s.
		Feminino	10,81	4,560		
	Intimidade	Masculino	15,02	3,214	1,918	n.s.
		Feminino	13,67	3,412		
	TOTAL	Masculino	78,48	7,192	3,505	0,01
		Feminino	73,00	7,467		

Nota: n.s. = não significativo

Tabela 07

Média, desvio-padrão e comparação das médias nos domínios do WHOQOL-OLD em função da faixa etária (n=80)

Instrumento	Facetas	Sexo	Escore Total		Teste t	
			M	DP	T	p<
WHOQOL_OLD	Funcionamento dos Sentidos	Fx_1	10,61	2,714	-2,371	0,05
		Fx_2	12,06	2,594		
	Autonomia	Fx_1	14,57	2,872	0,813	n.s.
		Fx_2	14,06	2,448		
	Atividades Passadas, Presentes e Futuras	Fx_1	14,38	3,359	0,548	n.s.
		Fx_2	14,03	2,428		
	Participação Social	Fx_1	15,06	3,138	1,582	n.s.
		Fx_2	13,96	2,798		
	Morte e Morrer	Fx_1	10,61	4,851	-0,214	n.s.
		Fx_2	10,83	4,211		
	Intimidade	Fx_1	14,48	3,336	1,192	n.s.
		Fx_2	13,58	3,304		
	TOTAL	Fx_1	75,37	8,298	-0,047	n.s.
		Fx_2	75,45	6,732		

Nota: Fx_1 = 65-74 anos; Fx_2 = 75 - 84 anos de idade; n.s. = não significativo

A Tabela 08 apresenta as médias, os desvios-padrões e as comparações das médias através do teste t, para cada item do WHOQOL_BREF em função dos sexos. Na maioria dos itens os homens apresentaram escores mais elevados que as mulheres, principalmente nos três

itens (item 6, 10 e 11). Um deles pertencente ao domínio (físico) e os outros pertencentes ao domínio psicológico. As indagações realizadas foram: 06) *Em que medida você acha que sua vida tem sentido?*” (t (86)= 2,269, p<0,05), “10) *Você tem energia suficiente para o seu dia-a-dia?*” (t (86)= 3,046, p<0,01) e 11) *“Você é capaz de aceitar sua aparência física?”* (t (86)= 3,589, p<0,01) .

Tabela 08

Comparação das médias nos itens do WHOQOL-BREF através do teste *t* em função do sexo (N = 88)

Item/Domínio/Pergunta	Sexo				Teste <i>t</i>	
	Masculino		Feminino		<i>t</i>	<i>p</i> <
	Média	<i>dp</i>	Média	<i>dp</i>		
01_G1. Como você avaliaria sua qualidade de vida?	3,72	0,98	3,60	0,91	0,603	n.s.
02_G2. Quão satisfeito você está com sua saúde?	3,35	1,03	3,29	0,86	0,304	n.s.
03_D1. Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	2,52	0,93	2,85	1,11	-1,531	n.s.
04_D1. O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	2,93	1,01	2,95	0,96	-0,083	n.s.
05_D2. O quanto você aproveita a vida?	3,65	1,03	3,24	0,98	1,917	n.s.
06_D2. Em que medida você acha que sua vida tem sentido?	3,93	0,87	3,50	0,91	2,269	0,05
07_D2. O quanto você consegue se concentrar?	3,57	0,98	3,29	0,94	1,375	n.s.
08_D4. Quão seguro (a) você se sente em sua vida diária?	3,59	0,91	3,24	0,96	1,753	n.s.
09_D4. Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	3,48	0,94	3,26	0,83	1,143	n.s.
10_D1. Você tem energia suficiente para o seu dia-a-dia?	3,74	0,93	3,17	0,82	3,046	0,01
11_D2. Você é capaz de aceitar sua aparência física?	4,26	0,69	3,76	0,62	3,589	0,01
12_D4. Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	2,48	1,01	2,57	1,02	-0,432	n.s.
13_D4. Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	3,15	0,95	3,21	0,84	-0,325	n.s.
14_D4. Em que medida você tem oportunidades de atividades de lazer?	3,54	0,78	3,31	0,09	1,287	n.s.
15_D1. Quão bem você é capaz de se locomover?	3,98	1,20	3,55	1,28	1,633	n.s.
16_D1. Quão satisfeito você está com o seu sono?	3,37	1,12	3,45	0,99	-0,365	n.s.
17_D1. Quão satisfeito você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	3,46	1,00	3,64	0,88	-0,922	n.s.

18_D1. Quão satisfeito você está com sua capacidade de trabalho?	3,09	0,89	3,31	1,00	-1,105	n.s.
19_D2. Quão satisfeito você está consigo mesmo?	3,83	0,73	3,35	1,06	1,436	n.s.
20_D3. Quão satisfeito você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	4,33	0,96	3,93	0,94	1,945	n.s.
21_D3. Quão satisfeito você está com sua vida sexual?	3,37	0,78	3,06	0,85	1,673	n.s.
22_D3. Quão satisfeito você está com o apoio que recebe de seus amigos?	4,39	0,80	4,10	0,72	1,809	n.s.
23_D4. Quão satisfeito você está com as condições do local onde mora?	3,83	1,06	3,81	1,42	0,074	n.s.
24_D4. Quão satisfeito você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	2,98	1,02	3,24	1,14	-1,126	n.s.
25_D4. Quão satisfeito você está com o seu meio de transporte?	3,33	1,11	3,33	0,95	-0,033	n.s.
26_D2. Com que frequência você tem sentimentos negativos (tais como mal humor, desespero, ansiedade, depressão)?	1,86	1,00	2,16	0,93	0,669	n.s.

Nota: n.s. = não significativo

A Tabela 09 apresenta as médias, os desvios-padrão e as comparações das médias através do teste t, para cada item do WHOQOL_OLD em função dos sexos. Ratificando a tendência já apresentada nas análises anteriores, na maioria dos itens os homens apresentaram escores mais elevados que as mulheres. Foram observadas diferenças significativas nos itens 12, 14, 15, 16, 17, 18 e 24, sendo os itens 12 e 15 referentes à faceta 3 (atividades presentes, passadas e futuras), os itens 14, 16, 17 e 18 à faceta 4 (participação social) e o item 24 referente à faceta 6 (intimidade). Os questionamentos foram os que se seguem: 12) *Até que ponto você está satisfeito com as suas oportunidades para continuar alcançando outras realizações em sua vida?* ($t(86) = 2,902$, $p < 0,01$), 14) *Até que ponto você sente que tem o suficiente para fazer a cada dia?* ($t(86) = 2,273$, $p < 0,05$), 15) *Quão satisfeito você está com aquilo que alcançou na sua vida?*, ($t(86) = 3,121$, $p < 0,01$) 16) *Quão satisfeito você está com a maneira com a qual você usa o seu tempo?* ($t(86) = 2,882$, $p < 0,05$), 17) *Quão satisfeito você está com o seu nível de atividade?* ($t(86) = 2,095$, $p < 0,05$),

18) *Quão satisfeito você está com as oportunidades que você tem para participar de atividades na comunidade?* ($t(86) = 2,655, p < 0,01$) e 24) *Até que ponto você tem oportunidades para ser amado?* ($t(86) = 2,101, p < 0,05$).

Tabela 09

Comparação das médias nos itens do WHOQOL-OLD através do teste t em função do sexo (N = 88)

Item/Faceta/Pergunta	Sexo				Teste t	
	Masculino		Feminino		t	$p <$
	Média	dp	Média	dp		
01_F1. Até que ponto as perdas nos seus sentidos (audição, visão, paladar, olfato e tato) afetam sua vida diária?	2,78	1,13	2,47	1,21	1,224	n.s.
02_F1. Até que ponto a perda de, por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato afeta a sua capacidade de participar em atividades?	2,80	1,18	2,54	1,19	1,011	n.s.
03_F2. Quanta liberdade você tem de tomar as suas próprias decisões?	3,83	0,99	3,69	0,86	0,678	n.s.
04_F2. Até que ponto você sente que controla o seu futuro?	3,35	1,17	3,19	1,11	0,643	n.s.
05_F2. O quanto você sente que as pessoas ao seu redor respeitam a sua liberdade?	3,91	1,11	3,71	1,04	0,863	n.s.
06_F5. Quão preocupado você está com a maneira pela qual irá morrer?	2,43	1,43	2,42	1,34	0,021	n.s.
07_F5. O quanto você tem medo de não poder controlar a sua morte?	2,36	1,35	2,64	1,41	-0,926	n.s.
08_F5. O quanto você tem medo de morrer?	2,56	1,61	2,64	1,60	-0,226	n.s.
09_F5. O quanto você teme sofrer dor antes de morrer?	3,41	1,54	3,09	1,46	0,989	n.s.
10_F1. Até que ponto o funcionamento dos seus sentidos (audição, visão, paladar, olfato, tato) afeta a sua capacidade de interagir com outras pessoas?	2,63	0,99	2,50	1,25	0,542	n.s.
11_F2. Até que ponto você consegue fazer as coisas que você gostaria de fazer?	3,50	0,88	3,36	1,03	0,698	n.s.
12_F3. Até que ponto você está satisfeito com as suas oportunidades para continuar alcançando outras realizações em sua vida?	3,50	1,00	2,86	1,07	2,902	0,01
13_F3. O quanto você sente que recebeu o reconhecimento que merece na sua vida?	3,52	0,88	3,38	0,98	0,705	n.s.
14_F4. Até que ponto você sente que tem o suficiente para fazer a cada dia?	3,74	0,74	3,33	0,92	2,273	0,05
15_F3. Quão satisfeito você está com aquilo que alcançou na sua vida?	4,20	0,83	3,57	1,03	3,121	0,01
16_F4. Quão satisfeito você está com a maneira com a qual você usa o seu tempo?	3,91	0,83	3,33	1,02	2,882	0,05
17_F4. Quão satisfeito você está com o seu nível de atividade?	3,65	1,10	3,14	1,18	2,095	0,05

18_F4. Quão satisfeito você está com as oportunidades que você tem para participar de atividades na comunidade?	4,28	0,83	3,74	1,08	2,655	0,01
19_F3. Quão feliz você está com as coisas que você pode esperar daqui para a frente?	3,89	0,76	3,57	0,85	1,845	n.s.
20_F1. Como você avaliaria o funcionamento dos seus sentidos?	3,35	0,94	3,31	0,81	0,203	n.s.
21_F6. Até que ponto você tem um sentimento de companheirismo em sua vida?	3,50	0,93	3,24	1,05	1,234	n.s.
22_F6. Até que ponto você sente amor em sua vida?	4,13	0,93	3,79	1,04	1,632	n.s.
23_F6. Até que ponto você tem oportunidades para amar?	3,61	1,22	3,38	1,26	0,859	n.s.
24_F6. Até que ponto você tem oportunidades para ser amado?	3,78	1,09	3,26	1,23	2,101	0,05

Nota: n.s. = não significativo

Ao observar a Tabela 10, a seguir, que apresenta a análise de correlação de Pearson entre as variáveis: sexo, idade, WHOQOL-BREF (total e domínios) e WHOQOL-OLD (total e facetas) foram verificadas várias correlações significativas.

Com relação ao sexo, pode-se constatar que houve cinco correlações inversas, sendo duas com as variáveis do WHOQOL-BREF e três com as do WHOQOL-OLD, que são elas: domínio psicológico ($r = -0,285$; $p < 0,01$), domínio relações sociais ($r = -0,244$; $p < 0,05$), faceta das atividades passadas, presentes e futuras ($r = -0,293$; $p < 0,01$), faceta de participação social ($r = -0,346$; $p < 0,01$) e WO_total ($r = -0,354$; $p < 0,01$). Todas essas correlações inversas sinalizam um maior escore obtido pelo grupo masculino.

Com relação à idade, pode-se constatar a correlação com uma variável do WHOQOL-BREF, sendo ela o domínio de relações sociais ($r = 0,240$; $p < 0,05$), ou seja, os mais velhos obtiveram escores maiores.

Ao considerar as correlações observadas entre o WHOQOL-BREF (domínio e total) e o WHOQOL-OLD (facetas e total), várias significâncias foram observadas como podem ser constatadas na Tabela 10 que se segue.

TABELA 10- ANÁLISE DE CORRELAÇÃO PEARSON

5.2. Análise qualitativa

Primeiramente foi realizada uma análise de todo o material coletado durante as entrevistas, buscando-se identificar como os idosos percebem sua qualidade de vida e a relação entre seu novo estilo de vida e a relação familiar. Este momento de análise foi designado por *Institucionalização e Qualidade de Vida*.

Posteriormente, foram selecionadas 30 entrevistas que representavam 34% da amostra para uma nova análise, utilizando-se como critério os 15 escores mais elevados e os 15 escores menos elevados no WHOQOL_OLD. Esse segundo momento foi intitulado por *Institucionalização e Interação Familiar*.

5.2.1 Institucionalização e Qualidade de Vida

De um modo geral, foram observados três grupos de respostas à questão: “*O que o (a) senhor (a) acha que mudou em sua vida em relação aos seus familiares e amigos depois que veio para esta instituição?*”

Um primeiro grupo foi constituído por 75 idosos que expressaram ter ocorrido em suas vidas uma **mudança para muito melhor**. Alguns exemplos dessa percepção se encontram a seguir:

Tudo de bom, né! Porque quando eu cheguei aqui, eu tava caindo, né?... e graças à Deus eu tô andando com minhas pernas, apesar das conseqüências... Tô levantando o braço que eu não levantava, eu acho que melhorou bastante. Minha família me ajudou bastante, meus filhos me ajudaram, até meus netos

me ajudaram... tinha dia que eu nem conseguia sair da cama, eles vinham, ajudavam bastante. E o Doutor Bruno me ajudou bastante, as brincadeira dele, mais eu achava que ele tava me aperriando, mais ele tava me ajudando (...) E se não fosse a fisioterapia, os amigos que tenho aqui na fisioterapia,...ah! meu Deus, só Deus sabe. Eu acho que eu tava bem pior, apesar de já ter 66 anos, (...), pra mim, graças a Deus foi uma maravilha. Tive muitos amigos aqui no CCI.

Lindinalva (66 anos)

Tudo! Tá uma maravilha. Eles me apoiam tá aqui, porque foi assim... eu vim pra ficar um mês e fiquei. Eles preferiam que eu ficasse em casa, mas fiquei porque eu trabalhava ..., minha filha morreu ... ai eu fui na ... não tinha mais vaga ai eu vim pra cá. Aqui eu acho ótimo, né? .. Mas no final de semana eu vou pra casa vê a família e não querem nem que eu volte, mas eu gosto muito daqui.

Iara (69 anos)

É importante salientar que grande parte dos idosos pertencentes a essa categoria, estavam institucionalizados porque queriam, recebiam visitas frequentes de familiares e amigos.

No segundo grupo, 07 idosos referiram uma **mudança para melhor, porém sentiam saudades da vida não institucional**, conforme relatam os idosos abaixo:

Eu tenho que chorar demais (...) Eu saio e volto; daí eu choro mais ainda de saudade de volta. (...)...ah, não sei! ... sou muito fraco, eu acho... não posso me segurar. Tenho saudade de minha casa, de meus vizinhos, mas aqui também tenho as pessoas que eu gosto.

Marcos (75 anos)

Ah, é muito bom, é muito bom, o pessoal tudo é muito bom, né? Só que é a saudade que mata a gente, porque a gente se sente aqui fora da família, né? Ah, e eu não posso me acostumar, é sempre triste, né? Porque eles não podem vim e agora eu tenho só aquela filha lá em (...), muito longe, daí tô perdida, sempre me acho perdida.

Jussana (68 anos)

Pode-se observar com alguns depoimentos, que mesmo com o consentimento dos idosos e o apoio da família, a saudade é um sentimento presente em suas vidas, e um importante aspecto na qualidade de vida destes idosos.

O terceiro grupo foi composto por 06 idosos que referiram **mudança para pior** em suas vidas a partir da institucionalização. As mudanças sociais, físicas e psicológicas relacionadas à velhice não, necessariamente, significam que os idosos sejam pessoas menos capazes. No entanto, essas alterações, muitas vezes, são interpretadas pelos familiares como uma das condições para justificar a institucionalização do idoso e, conseqüentemente, o seu afastamento social.

Eu tinha uma vida boa e hoje estou preso, né? ... aqui é uma prisão, uma prisão com comida boa, dormida boa, morada boa, mas não pode sair não, só passear acompanhado, né? (...) Gosto de sair mesmo, sair pra jantar, algum lugar diferente. Eu queria mesmo era ir embora daqui.

Noberto (75 anos)

Mudou pra nada, pra pior só, a gente se aposenta ..., o dinheiro que ganha a casa toma tudo, um centavo eu não vejo na minha mão. Eu nunca passei um mal desses (...), trabalhava e ganhava bem (...) Porque me trouxeram a pulso, porque eu vim lá do interior para a Restauração, passei um mês com problema nesse braço, passei outro mês nas clínicas pra fazer uma cirurgia,(...) Aí quando sai vim embora pra casa, ai disseram não (...)

Helena (82 anos)

Eu não tô feliz porque eu tô sozinha, não fiz amizade, não converso com as pessoas. Eu sei ... muitos me xinga, e eu não posso me conformar, desde aquele tempo que eu perdi o marido e agora o filho me abandonou aqui.

Carol (82 anos)

É importante ressaltar que, para esses idosos, o afastamento social e familiar, não foi encarado de forma natural. A presença da família e dos antigos amigos representa um fator importante para a manutenção da qualidade de vida. Percebe-se que mesmo em um ambiente onde se podem facilitar as atividades grupais e promover relações de afinidade e cumplicidade, os idosos parecem ser bem seletivos no que diz respeito à aproximação interpessoal, não importando a quantidade de amigos, mas sim a qualidade dos relacionamentos.

5.2.2 Institucionalização e Interação Familiar

A análise do conteúdo temática foi realizada a partir do recorte dos 30 relatos correspondentes aos 15 maiores e 15 menores escores no WHOQOL-OLD. Foram eleitos dois temas principais (Quadro 1): **visão institucional e**

interação familiar. Na **visão institucional** foram evidenciados quatro núcleos de sentido: **1) cuidado, 2) diversão e lazer, 3) novas amizades e 4) bem-estar.** Para **interação familiar** foram revelados três núcleos: **manutenção do vínculo, conflito ativo e rompimento do vínculo.**

Quadro 1. Análise de conteúdo temática

O que o (a) senhor (a) acha que mudou em sua vida em relação aos seus familiares e amigos depois que veio para esta instituição?

TEMAS	NÚCLEOS DE SENTIDO
<p>1. VISÃO INSTITUCIONAL</p>	<p>1. Cuidado 2. Diversão e lazer 3. Novas amizades 4. Bem-estar</p>
<p>2. INTERAÇÃO FAMILIAR</p>	<p>1. Manutenção do vínculo 2. Conflito ativo 3. Rompimento de vínculo</p>

Na análise do perfil sociodemográfico dos 15 idosos que apresentavam escores mais elevados no WHOQOL_OLD, foi observado que 11 eram

homens, predominantemente idosos jovens (65-74 anos) e 10 eram residentes numa ILPI localizada numa cidade do litoral pernambucano. As quatro mulheres também eram predominantemente idosas jovens, sendo duas residentes na capital e duas no litoral pernambucano.

Os idosos que apresentaram os 15 menores escores eram, em sua maioria, mulheres (11), idosas jovens (7) e residentes na capital. Os quatro homens também eram idosos jovens (3) e todos residentes no litoral pernambucano.

Com relação à **vida institucional**, a percepção de ser **cuidado** dentro da instituição fica evidente nos relatos de muitos dos idosos, como se pode acompanhar nos exemplos a seguir:

Aqui eu melhorei porque eu sou bem tratada, bem recebida aqui... As meninas tudo gostam de mim, o que acontecer tem enfermeira aqui... são ótimas (...)

Marcília* (66 anos)

Me fez bem e me faz feliz. Por aqui a gente se diverte o dia todo; tem hora de comer, dormir, tudo direitinho.

Ciro (92 anos)**

Meu filho, eu me sinto muito bem. Porque eu sinto o amor das pessoas daqui (...). Meu filho, o tratamento é ótimo... não falta nada.

Líria* (69 anos)

* Escores menores no WHOQOL_OLD

** Escores maiores no WHOQOL_OLD

A percepção da instituição enquanto *locus* de **diversão** e **lazer** permeia o relato de muitos deles, como se expressa a seguir:

Esta tudo bem com a família e com os amigos (...). Aqui tem muita diversão, animação, jogos, a gente faz passeio, doutor Bruno levou a gente para praia (...), aí é uma alegria para pessoa.

Pablo (78 anos)**

Eu acho que mudou muito (...).porque eu me divirto muito, gosto de dançar, costurar(...) É um lugar onde me sinto bem.

Mariana (65 anos)**

Eu acho que tá tudo bem, né? (...) Bem com a família e bem aqui com os amigos. Aqui tem a diversão, a animação, ... faz viagem ... aí é uma alegria para a pessoa. A família apóia, ... demais até.

Fábio (74 anos)**

A oportunidade de estabelecer **novas amizades** nesta fase de vida institucionalizada é mencionada pela quase totalidade dos idosos, como visto em trechos de falas anteriores e nos trechos apresentados a seguir:

Na minha família não mudou nada. Aqui mudou muita coisa porque eu fiz muita amizade. A família queria que eu tivesse em casa. Aqui a única coisa que me faz prender e viver aqui no abrigo é a diretora (...) porque ela é uma pessoa que assim, eu encontrei nela minha segunda mãe, que ela entende muito bem os idosos. Gosto muito do povo daqui, estou satisfeita e feliz da vida, porque se eu estivesse insatisfeita eu não estaria aqui.

Esmeralda* (82 anos)

Mudou muito, né? Pra melhor. Minha família me apóia e aqui é um lugar bom... fiz muitos amigos.

Januário (72 anos)**

Mudou muita coisa, ... mudou para melhor. Gosto muito daqui, porque é pra brincar, sorrir (...) sinto muito bem e tenho muitos amigos.

Maria Flor (72 anos)**

O **bem-estar** sentido fica pautado em todas as considerações em que ocorre a menção dos demais núcleos de sentido já abordados. Os idosos referem:

Me sinto melhor aqui, por que aqui tem palestra e palestra boa (...) Aqui tenho mais sossego do que junto com a família (...)

Julieta* (72 anos)

Eu que vivia em casa com mais dois filhos ... vivo bem graças à Deus (...) já vai fazer 15 anos que estou aqui ... Na minha vida tá tudo bem, graças à Deus ... tô com saúde ... só sinto dor nas pernas.

Irinéia (77 anos)**

Pra melhor, eu vivia presa e aqui eu não estou presa (...) aqui eu ando, me sinto muito bem, ... me sentia muito ruim (...).

Maria Eduarda* (69 anos)

Tudo bom, graças à Deus. Estou aqui desde o começo, né? (...) fiz muitos amigos, me sinto muito bem e sou bem tratado aqui (...).

Severino* (79 anos)

No que concerne ao tema **interação familiar**, a **manutenção do vínculo** é um importante fator de satisfação dos idosos que vivem nessas instituições, mesmo quando a falta dos familiares é sentida com mais intensidade, como se pode acompanhar nos exemplos a seguir:

O ruim é ficar longe de minha casa e de meus filhos. Eu nunca me separei deles (...) mas eles me apoiaram em vir pra cá aqui é bom (...)

Pedro* (71 anos)

Minha família achou melhor eu vir para cá (...) eu gosto e sou feliz. Tenho amigos, minha família vem me visitar (...).

Flor* (83 anos)

Eu sei o que é bom pra mim. Foi melhor, porque eu já fiz o que tinha de fazer, criei minha filha, meus netos (...) não tinha como ficar em casa sozinha, eu achei melhor (...).

Nélia* (73 anos)

Em alguns relatos foi observado um **conflito ativo** da família, como nos textos apresentados a seguir:

Com relação a minha família nada, minha família nem quer falar comigo também não vou atrás (...) Minha vida aqui dentro é bem diferente.

Rodrigo* (85 anos)

Me sinto melhor aqui, por que aqui tem palestra e palestra boa (...) Em casa só tenho aperreção (...) Só basta uma neta que eu tenho com 16 anos (...) só dá aperreção para minha cabeça (...) Aqui tenho mais sossego do que junto com a família.

Julieta* (72 anos)

Tenho mais sossego aqui (...), por que lá em casa eu brigava muito com meu filho, então quando ele saía, né? (...).

Gonzaguinha (65 anos)**

Pode-se observar em alguns depoimentos que o ambiente institucional foi encarado como uma forma do idoso se sentir liberto dos conflitos que existiam em seu contexto familiar, que geraram um **rompimento de vínculo**, conforme os relatos a seguir:

Mudou tudo né, pra muito melhor graças a Deus. Porque antes daqui eu não tinha vida (...) você não sabe o que é um marido te mandar ir para o inferno... e aqui eu tenho esse céu. Questão familiar, sabe?... uma complicação com meu filho que eu não gosto nem de lembrar, ... ele foi muito ruim para mim. Eu vim pra cá e graças a Deus está tudo muito bom. Eu não tinha sossego não. Meu marido vivia bêbado, caindo em casa ... meu filho brigando comigo também... ai quem vive direito? Agora eu tô muito bem, me mandaram eu ir para o inferno, sai de casa, vim pra cá,... e vim para o céu, né? (...) eu gosto muito daqui sabe, pra mim é ótimo. Eu encontrei minha casa, sabe?

Maravilha* (77 anos)

Com relação a minha família nada, a minha vida aqui mudou 100% (...) não sei se minha família concorda de eu estar aqui, eles não querem falar comigo e eu também nem vou atrás (...).

Consuelo (69 anos)**

Muita coisa mudou meu filho, por que meus familiares me davam atenção e agora não dão nada (...) não sei por que ninguém gostou de eu vir pra cá (...).

Nicéas* (75 anos)

O que parece sugerir esses relatos é que a **vida institucional** não é o fator de maior interferência na qualidade de vida, uma vez que mesmo os idosos que apresentaram os menores escores no WHOQOL-OLD consideravam a institucionalização como promotora de cuidados, bem-estar e facilitadora de novos vínculos de amizade.

Contudo, é importante ressaltar que o fator **interação familiar** parece influir no modo como os idosos avaliam sua qualidade de vida. Para a maioria dos idosos pesquisados, o afastamento social e familiar foi encarado de forma natural. Porém, nos relatos daqueles que apresentaram menores escores de qualidade de vida no WHOQOL_OLD, foram mais presentes a expressão de **conflitos ativos e rompimentos dos vínculos** familiares. De modo inverso, os idosos com escores mais elevados relataram aspectos positivos de **manutenção dos vínculos** com suas famílias.

Neste momento, essas evidências fomentam a necessidade de uma reflexão mais aprofundada à luz das contribuições trazidas pela literatura. Deste modo, no capítulo seguinte serão discutidas essas questões, bem como serão tecidas as considerações finais desta investigação.

CAPÍTULO VI

DISCUSSÃO

Diante das atuais mudanças na configuração sociodemográfica brasileira, o tema da institucionalização de idosos se encontra em evidência e permeado por dados e concepções controversos na literatura contemporânea. Daí, a proposta do presente estudo avaliar a qualidade de vida e a interação familiar em idosos institucionalizados. Mais especificamente pretendeu-se: 1) avaliar a qualidade de vida dos idosos institucionalizados; 2) analisar a interação destes idosos com a família e; 3) identificar os efeitos do afastamento familiar e do isolamento sócio-afetivo. Sendo assim, esses objetivos servirão de guia na condução da presente discussão.

A partir dos resultados obtidos por meio dos instrumentos que serviram para avaliar a qualidade de vida, foi possível identificar que os idosos desse estudo, em geral, estão satisfeitos com sua qualidade de vida, mesmo no contexto da institucionalização.

Esta evidência difere dos resultados do estudo de Nunes, Menezes e Alchieri (2010), em que os idosos institucionalizados se encontravam passivos, sem atividades ocupacionais e sem iniciativas próprias para realizar algo que preenchesse o tempo. Os resultados do estudo atual indicaram que os idosos eram ativos e participativos, explicitando em seus relatos aspectos positivos em termos de cuidado, diversão e lazer, desenvolvimento de novos vínculos de amizade e bem estar institucional.

Esses achados fazem lembrar as contribuições de Del Prette e Del Prette (1999) no sentido de que a aquisição de comportamentos sociais

envolve um processo de aprendizagem durante toda vida. Carneiro e Falcone (2004) reforçam essa ideia, argumentando que na velhice, apesar das perdas sensoriais, a habilidade para estabelecer e manter contato social continua a ser um fator importante no desenvolvimento.

Se por um lado, a maioria dos relatos apresentados contradizem os argumentos de Calenti (2002) e de Freitas et al.(2006), quando afirmam que o afastamento da vida cotidiana obriga o idoso a adaptar-se a um novo estilo de vida, vivenciando, geralmente, uma ruptura radical de seus vínculos relacionais afetivos, passando a conviver diariamente com pessoas que nunca fizeram parte de seu convívio sócio-afetivo, independente da qualidade da instituição, por outro lado pode-se afirmar que essa ainda é uma realidade que precisa ser observada de perto, pois os vínculos familiares foram associados a piora da QV.

Freitas e Noronha (2010) discutem os estigmas e preconceitos que cercam as ILPI's associando-as à ideia de depósito de idosos e assinalam que esses espaços, ao invés de monótonos e ociosos, mantêm uma dinâmica cotidiana similar ao que é vivenciado fora da instituição, no sentido de estabelecimento de relações conflituosas, competições, paixões, perdas e ganhos, entre outros sentimentos.

Elas ressaltam, por exemplo, que algumas vezes, mesmo os idosos tendo família e boas condições econômicas, preferem viver numa ILPI para manterem sua independência e não incomodar seus filhos. Este argumento corrobora com alguns relatos do presente estudo como, por exemplo, o de

Nélia quando diz “*eu sei o que é bom pra mim (...) eu já fiz o que tinha que fazer, criei minha filha, meus netos (...)*”.

Ficou evidente na maioria das falas de idosos que viviam em uma ILPI no litoral pernambucano, que o fato de estarem realizando atividades diversas como passeio, jogos recreacionais, dentre outros, tornava o ambiente dinâmico e alegre, no qual os idosos se sentiam bem e satisfeitos com sua vida institucional, como se verifica no relato de Fábio “*eu acho que tá tudo bem, né? (...) aqui tem diversão e animação, ... faz viagem... aí é uma alegria para a pessoa (...)*”.

Alguns estudiosos (Ross, 2002, Nunes, Menezes & Alchieri, 2010) evidenciam a íntima relação entre o grau de satisfação e o nível de realizações de uma pessoa, ou seja, o quanto o indivíduo conseguiu realizar, daquilo que aspirava. Com isso, ressaltam que, quanto menor a distância entre aspirações e realizações das pessoas, maior é a percepção de boa qualidade de vida.

Nas facetas ‘*atividades passadas, presentes e futuras*’ e ‘*participação social*’ foi encontrada uma diferença significativa a favor do sexo masculino, evidenciando que esses idosos demonstram satisfação com as conquistas realizadas em sua vida, bem como se consideram satisfeitos com as oportunidades para o alcance de novos projetos de vida e com sua participação social nesta nova comunidade.

Em alguns relatos na pesquisa de Nunes, Menezes e Alchieri (2010), os idosos perceberam que as pessoas da instituição em que residem não respeitavam sua liberdade, não lhes permitindo tomar decisões acerca do que gostariam de fazer em sua vida ou ainda, planejar seu futuro, e que isso

interferia nas condições de vida do idoso. No estudo atual, percepção similar fica evidente num trecho da fala de Noberto, quando diz: *Eu tinha uma vida boa e hoje estou preso, né? ... aqui é uma prisão, uma prisão com comida boa, dormida boa, morada boa, mas não pode sair não, só passear acompanhado, né? (...)*

Parece que muitos idosos da presente pesquisa, têm a sua autonomia preservada, liberdade para tomar decisões, quando necessárias, e, em algumas situações, permanecer na instituição fazendo aquilo que lhe dar prazer, de maneira que as instituições parecem caminhar conforme a orientação do Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003). Num recorte da fala de Esmeralda fica clara essa afirmação: *“(...) Gosto muito do povo daqui, estou satisfeita e feliz da vida, porque se eu estivesse insatisfeita eu não estaria aqui”*.

Nessa perspectiva, as contribuições de Prochnau e Pastório (2010) revelam a importância da presença familiar no cuidado do idoso institucionalizado para promover seu bem estar e uma melhor qualidade de vida. Meléndez, Tomás e Navarro (2009) consideram que na velhice, a promoção da boa qualidade de vida, deve ser vista como um empreendimento de caráter sociocultural, resultado de uma boa interação como uma sociedade em constante mudança e não apenas atribuído ao indivíduo biológico, psicológico e social.

Tecendo comentários em direção ao segundo e terceiro objetivos, os idosos residentes numa ILPI do litoral pernambucano, apresentavam uma interação e manutenção de vínculo familiar mais presente. Para Torres et al.(2009), o suporte familiar contribui de maneira significativa para a

manutenção e a integridade física e psicológica do indivíduo e é tido como benéfico para o membro da família que o recebe, na medida em que é percebido como disponível e satisfatório.

Para Paschoal (2006), com a modernidade, a estrutura familiar e as relações afetivas estão cada vez mais frágeis. As necessidades do indivíduo, juntamente com o seu projeto de vida, fazem com que o foco se direcione aos seus objetivos pessoais e não familiares, parecendo que, apesar de viver-se em família, vive-se só.

Essa transformação está alterando a composição familiar, gerando desentendimentos e distanciamento de seus membros. Este sentimento parece estar bem retratado na fala de Nicéas, em que diz: *“Muita coisa mudou meu filho, por que meus familiares me davam atenção e agora não dão nada (...) não sei por que ninguém gostou de eu vir pra cá (...)”*.

Vilela et al. (2006) e Xavier (2010), reafirmam que a família como um sistema dinâmico, enfrenta desafios importantes de adaptação frente à velhice e que a interação de suas partes mantém uma interdependência recíproca capaz de controlar seu equilíbrio.

Os idosos pertencentes ao estudo, em sua grande maioria apresentavam uma manutenção do vínculo com a família. Fernandes, Nascimento e Costa (2010) ressaltam que a família contribui de forma decisiva para uma velhice bem sucedida, uma vez que é colocada como a maior responsável pelo atendimento das demandas do idoso. Desse modo, conhecer a família dos idosos é fornecer subsídios para assistência de qualidade e um envelhecimento ativo.

A família está sendo marcada por mudanças de hábitos e atitudes que, conseqüentemente, acabam por fomentar desencontros e desapego entre os seus membros, podendo levar a decisão de que a institucionalização é a melhor opção para todos. Isto fica evidente no relato de Januário *“Mudou muito, né? Pra melhor. Minha família me apóia e aqui é um lugar bom... fiz muitos amigos”*.

Netto (2005) ressalta que em todas as etapas do ciclo de vida, o ambiente familiar é fundamental, pois o contato com a família permite que os indivíduos se mantenham próximo ao seu meio natural de vida. Além disso, o contato familiar preserva o autoconhecimento, valores e critérios de vida.

Um dos papéis da família é administrar os conflitos, de forma a encontrar alternativas para que as relações interpessoais se mantenham, a fim de favorecer o desenvolvimento humano dentro do contexto social. Na atual pesquisa, a maioria dos idosos considerou ter vivido um relacionamento familiar bom com seus parentes e, após a institucionalização, continuam a mantê-lo.

Para Espítia e Martins (2006), acredita-se que as mudanças típicas do processo de envelhecimento, que ocorrem ao longo do ciclo vital, interferem na intensidade e na qualidade dos relacionamentos. Alguns idosos referiram ter um relacionamento conflituoso ao longo da vida que pode contribuir para a desmotivação do convívio diário e para o rompimento dos laços afetivos. Pode-se observar em relatos de idosos pesquisados, que quando esse processo interfere nos relacionamentos interpessoais, os conflitos familiares se tornam

ativos. Exemplo disso se encontra na fala de Maravilha, quando diz “(...) *você não sabe o que é um marido te mandar para o inferno.... Me mandaram ir para o inferno, sai de casa, vim para cá e vim para o céu (...). É muito bom, aqui eu encontrei minha casa...*”

Por outro lado, nos relacionamentos interpessoais dos idosos, fica evidente o carinho e o respeito que constróem uns com os outros, muitas vezes os levando a considerar alguns companheiros da instituição como entes queridos e até mais que a sua própria família (WHOQOL Group, 1995), o que ficou bastante evidente na maioria dos idosos de nossa amostra, conforme se observa no relato de Esmeralda, quando afirma: “*Na minha família não mudou nada. Aqui mudou muita coisa porque eu fiz muita amizade. A família queria que eu tivesse em casa. Aqui a única coisa que me faz prender e viver aqui no abrigo é a diretora (...) porque ela é uma pessoa que assim, eu encontrei nela minha segunda mãe, que ela entende muito bem os idosos. Gosto muito do povo daqui, estou satisfeita e feliz da vida, porque se eu estivesse insatisfeita eu não estaria aqui.*”

Este é um fenômeno importante porque depende da disposição e expectativas deles, bem como, das condições externas que favorecerão, ou não, a formação de vínculos afetivos. Os pesquisadores das questões relacionadas ao âmbito institucional concordam que os amigos existentes são importantes e tidos como fatores de elevação da qualidade de vida desses idosos (WHOQOL Group, 1995, Ross, 2002, Fleck et al., 2006).

Ao direcionar o foco de análise para os efeitos deletérios decorrentes do afastamento familiar e sócio-afetivo no processo de institucionalização, faz-se

um contraponto com as percepções mais positivas nesse sentido, trazendo as reações mais negativas à esse processo, como denota a fala de Noberto “*eu tinha uma vida boa e hoje estou preso, né? (...) Eu queria mesmo era ir embora daqui*”. Neste caso, o idoso vê-se excluído de seu contexto familiar perdendo o contato com seus parentes e atividades costumeiras. Uma outra fala que reforça essa perspectiva mais negativa da institucionalização, vem a ser a de Marli quando diz que: “*mudou para pior, sair de casa para morar com estranhos (...). Viver aqui, na minha casa seria melhor, né? Tem que gostar, para onde eu vou?(...)*”. Este discurso corrobora com o argumento de Freitas et al.(2006) quando pontua que o afastamento da vida cotidiana, obriga o idoso a se adaptar a novas configurações de vida.

Ross (2002) ressalta que durante essa fase de adaptação, o comportamento adotado pelo idoso, recém-institucionalizado, pode ser o de se isolar e priorizar apenas a atenção dos profissionais e outros funcionários da instituição. Esta reflexão pode ser exemplificada na fala de Carol: “*eu não tô feliz por que eu estou sozinha, não fiz amizades, não converso com as pessoas (...). Eu sei, muitos me xingam e eu não posso me conformar (...)*”, bem como na fala de Esmeralda já enunciada anteriormente.

A possibilidade de participar, ajudando de alguma forma, sendo ouvido e respeitado nas decisões, são fatores de grande importância na manutenção da saúde e na qualidade de vida dos idosos, mesmo quando fisicamente debilitados. Um relacionamento desprovido de apego, como afirmam Freitas et al. (2006), transforma o cuidado numa tarefa onerosa, pois as atitudes de solidariedade, gratidão e responsabilidade tendem a ser encaradas como mera

obrigação, gerando conflitos de papéis entre ambos, como visto no discurso de Nicéias *“mudou muita coisa meu filho, por que meus familiares me davam atenção e agora não dão nada (...) não sei por que ninguém gostou de eu vir pra cá (...)”*.

Isso mostra uma situação de conflito sócio-afetivo entre membros da família, e com isso, o idoso está propenso e vulnerável a demonstrar um sentimento de insegurança, desconforto e mal-estar entre os membros da família.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o aumento da expectativa de vida e com isso, às limitações físicas, psíquicas e funcionais decorrentes do avanço da idade, surge a demanda para as Instituições de Longa Permanência para Idosos, na intenção de continuar proporcionando os cuidados indispensáveis à pessoa idosa, cuidados esses que os familiares, por vezes, não têm condições de oferecer.

Este estudo procurou caracterizar a percepção dos idosos que vivem em ILPIs em relação a sua qualidade de vida, a fim de descrever a percepção dos mesmos sobre a interação com a família, com os antigos amigos e formação de novos vínculos, além de refletir sobre o processo de institucionalização na velhice.

Considera-se que para prestar um atendimento mais eficaz à população idosa, amenizar seus problemas e dificuldades em uma instituição é preciso que os profissionais adotem os princípios e objetivos da Política Nacional do

Idoso, em cujo artigo 3º do Cap. II defende-se que “a família, a sociedade e o estado têm o dever de assegurar ao idoso todos os direitos de cidadania, garantindo sua participação ativa na comunidade, defendendo sua dignidade, bem estar e direito à vida”.

A família serve com referencial constitutivo de nossos sentimentos e experiências, pois desde que nascemos criamos um vínculo de amor e dependência por longos anos; cabe a nós fortalecer essa convivência. Acreditamos que abordar o idoso e o que ele tem de mais precioso - a família, é algo infundável, não só pela complexidade que o cerca, mas pela sua sabedoria. É um ser único e que tem muito a nos ensinar. É indiscutível a importância da família no processo de envelhecimento, já que a afetividade ocupa um lugar especial em nossas vidas.

Considerar a importância da convivência pode ser uma forma de desenvolver e manter o equilíbrio afetivo entre o idoso e sua família. A relação entre a qualidade de vida e interação familiar é o que parece influir mais fortemente nessa percepção, sinalizando a importância de se atentar para a manutenção de um vínculo familiar mais salutar, promovendo ações que minimizem os efeitos deletérios dos conflitos familiares sobre a saúde e qualidade de vida dos idosos.

Em vista dos resultados obtidos, sugere-se que, na implementação de ações que proponham melhorar a qualidade de vida do idoso, sejam consideradas intervenções importantes na busca do aumento da expectativa de vida não como uma aquisição puramente quantitativa, mas sim uma conquista

qualitativa em termos de bem-estar, qualidade de vida e satisfação do idoso com a família.

Apesar de este estudo apresentar resultados significativos que desmistificam a vida institucional, algumas limitações foram observadas e fica de sugestão para estudos posteriores como: o tempo de institucionalização dos idosos, os motivos da institucionalização e as diferenças de características institucionais, além de em outro momento fazer uma comparação da QV dos idosos institucionalizados e não institucionalizados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alleyne G. A. O. (2001). Health and the quality of life. *Revista Panamericana de Saúde Pública*, 9 (1):1-6.

Almeida, M. A. B., Gutierrez, G. L. (2010). Qualidade de vida: discussões contemporâneas, qualidade de vida, evolução dos conceitos e práticas no século XXI, Campinas, p.151-160.

Alvarez, A. M. (2001). Tendo que cuidar: a vivência do idoso e de sua família cuidadora no processo de cuidar e ser cuidado em contexto domiciliar – Santa Catarina. *Tese de Doutorado*. Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Florianópolis/SC.

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*. 84, 191-215.

Bandura, A. (1986). Social foundations of thought and action: a social cognitive approach. *Englewood Cliffs*: Prentice Hall.

Bandura, A., Azzi, R. G. & Polydoro, S. (2008). *Teoria Social Cognitiva: conceitos básicos*. Porto Alegre: Artmed.

Bee, H. (1997). *O ciclo vital*. Porto Alegre: Ed. Artes Médicas.

Berthoud, C. M. E. & Bergami, N. B. B. (1997). A Família em fase de aquisição. Em: Cerveny, C. M. de O. & Berthoud, C. M. E. (Orgs.), *Família e ciclo vital, nossa realidade em pesquisa*. (pp. 49-73). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Born, T. & Boechat, N. S. (2006). A Qualidade dos Cuidados ao Idoso Institucionalizado. Em: Freitas, E. V., Py, L., Neri, A., Cançado, F. A., Gorzoni,

M. L. & Rocha, S. M. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*: Rio de Janeiro RJ: Guanabara.

Bowling, A., Gabriel, Z., Dakes J., Dowding L. M., Evans O. & Fleissig A. (2003). Let's ask them: a national survey of definitions of quality of life and its enhancement among people aged 65 and over. *International Journal of Aging and Human Development*, 56(4): p. 269-306.

Branco, R. & Gonçalves, C. (2000). Envelhecimento demográfico- aspectos demográficos, economicos e sociais da população idosa em Portugal. Em: O envelhecimento em Portugal. Situação demográfica e socio-economica recente das pessoas idosas. *Instituto nacional de estatística*, Lisboa.

Brasil, (1994). Lei 8842/94. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso e dá outras providencias. *Diário oficial da República Federativa do Brasil*, p. 77.

Brasil, (2003). Senado federal, Lei 10.741. *Estatuto do Idoso*. Redação final do projeto de lei da câmara Federal, número 57.

Calenti, J. (2002). Inclusion sócio-laboral y envejecimento em las personas com discapacidad intelectual. La Coruña: *Instituto Gallego de iniciativas sociales y sanitárias*, Espanha.

Capitanini, M. E. S. (2000). Solidão na velhice: realidade ou mito? Em: Neri, A. L. & Freire, S. A. (Orgs.), *E por falar em boa velhice* (pp. 69-89). Campinas: Papyrus.

Carbone, A. & Coelho, M. R. M. (1997). A família em fase madura. Em: Cerveny, C. M. de O. & Berthoud, C. M. E. (Orgs.), *Família e ciclo vital, nossa realidade em pesquisa* (pp. 102-120). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Carneiro, R. S; Falcone, E. M. O. (2004). Um estudo das capacidades e deficiências em Habilidades sociais na terceira idade. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 9, n. 1, p. 119-126.

Carvalho R. S. & Brito C. M. (2012). Saúde e qualidade de vida na velhice: A percepção do idoso mais velho. *Dissertação de Mestrado em Psicologia*, Universidade Católica de Pernambuco, Recife.

Cervený, C. M. de O. Ciclo vital. (1997). Em: Cervený, C. M. de O. & Berthoud, C. M. E. (Orgs.), *Família e ciclo vital, nossa realidade em pesquisa* (pp. 21-30). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Ciosak, S. I., Braz, E., Costa, M. F. B. N. A., Nakano, N. G. R., Rodrigues, J., Alencar, R. A. & Rocha, A. C. L. (2011). Senescência e senilidade: novo paradigma na atenção básica de saúde. *Revista da escola de enfermagem, USP*, 45 (2), São Paulo.

Costa, E. F. A. & Pereira, S. R. M. (2005). Meu corpo está mudando o que fazer? Em: Pacheco, J. L., Sá, J. L. M., Py, L. & Goldman, S. N. (Orgs.), *Tempo rio que arrebatada* (pp.13-25). Holambra: Setembro.

Costa, E. F. A., Porto, C. C. Soares, A. T. (2003). Envelhecimento populacional brasileiro e o aprendizado de geriatria e gerontologia. *Revista da Universidade Federal de Goiás*, Vol. 5, No. 2.

Couto, M. C. P. P. (2005). Fatores de risco e proteção na promoção de resiliência no envelhecimento. *Dissertação de Mestrado em Psicologia*.

Faculdade de Psicologia - Rio Grande do Sul: Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Creutzberg, M., Gonçalves, L. H. T., Sobottka, E. A. & Ojeda, B. S. (2008). A instituição de longa permanência para idosos e o sistema de saúde. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, novembro-dezembro; 15(6).

Del Duca, G. F., Silva, S. G., Thumé, E., Santos, I. S. & Hallal P. C. (2012). Indicadores da institucionalização de idosos: estudo de casos e controles. *Revista de Saúde Pública*, 46 (01), São Paulo.

Del Prette, Z. & Del Prette, A. (1999). *Psicologia das habilidades sociais: terapia e educação*. Petrópolis: Vozes.

Duarte, Y. & Pavarini S. (1997). Instituições de idosos: qualificação do pessoal. Em: *Consenso de Gerontologia*.

Erikson, E. H. (1976). *Identidade, juventude e crise*. Zahar Ed., Rio de Janeiro.

Espitia, A. Z. & Martins, J. J. (2006). Relações afetivas entre idosos institucionalizados e família: encontros e desencontros. *Arquivos Catarinenses de Medicina*. Vol. 35, no. 1.

Falcão, D. V. da S., & Araújo, L. F. (2009). *Psicologia do envelhecimento: relações sociais, bem-estar subjetivo e atuação profissional em contextos diferenciados* (pp. 103-118). Campinas: Alínea.

Falicov, C. J. (1991). *Contribuciones de La sociologia de La familia y de La terapia familiar al "esquema Del desarrollo familiar": análisis comparativo y reflexiones sobre las tendencias futuras*. Paidós Ed., Buenos Aires.

Farinatti, P. (2002). Teorias biológicas do envelhecimento: do genético ao estocástico. *Revista Brasileira de Medicina Esportiva*, 9(12), p.12-24.

Fernandes, M. G. M., Nascimento, N. F. S. & Costa, K. N. F. M. (2010). Prevalência e determinantes de sintomas depressivos em idosos atendidos na atenção primária de saúde. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*. 11:19-27.

Ferraz, A. F. & Peixoto, M. R. B. (2002). Qualidade de vida na velhice: estudo em uma instituição pública de recreação para idosos. *Revista Escola de Enfermagem (USP)*, 31(2), p.316-338.

Fleck, M. P. A. & Lima, A. F. B. (2008). Qualidade de vida e alcoolismo. Em: Fleck, M. P. A. (Org.). *Avaliação da qualidade de vida: guia para profissionais da saúde* (p. 115-122). Porto Alegre: Artmed.

Fleck, M. P. A. (2000). O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. *Ciência e Saúde Coletiva*. 5(1): 33-38.

Fleck, M. P. A. (2008). Problemas conceituais em qualidade de vida. Em: Fleck, M. P. A. (Org.). *Avaliação da qualidade de vida: guia para profissionais da saúde*. (p 19-28). Porto Alegre: Artmed.

Fleck, M. P. A., Berlim, M. T., Brenner, J. K., Caldieraro, M. A. & Pargendler J. S. (2008). Qualidade de vida e em pacientes deprimidos. Em: Fleck M. P. A. (Org.). *Avaliação da qualidade de vida: guia para profissionais da saúde* (p. 123-132). Porto Alegre: Artmed.

Fleck, M. P. A., Chachamovich, E., Trentin, C. (2006). Desenvolvimento e validação da versão em Português do módulo WHOQOL- OLD. *Revista de Saúde Pública*, v. 40, n. 5, p. 785-910

Fleck, M. P. A., Chachamovich, E., Trentini, C. M. (2003). Projeto WHOQOL- OLD: Métodos e Resultados de grupos focais no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 37 (6): 793-9.

Fleck, M. P. A., Fachel, O., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E. & Viera, G. (1999). Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21 (1).

Fontaine, R. (2000). *Psicologia do envelhecimento*. Ed. Climepsi, Lisboa.

Freire, R. C. & Tavares, M. F. A. (2005). Saúde sob o olhar do idoso institucionalizado: conhecendo e valorizando sua opinião. *Interface- Botucatu*, vol.9 n.16, Botucatu. Sep/Feb.

Freitas, A. V. S. & Noronha, C. V. (2010). Elderly people in long-term institutions: speaking about care. *Interface - Comunicação, Saúde e Educação*, v.14, n.33, p.359-69, abr./jun.

Freitas, M. T., Oliveira, M. R. C., Souza, S. C. & Ribeiro, C. (2006). Idosos e Família: Asilo ou Casa. *Revista da Universidade Severino Sombra*, Vassouras-RJ, pp. 1-11.

Garcia, A. & Leonel, S. B. (2007). Relacionamento interpessoal e terceira idade: a mudança percebida nos relacionamentos com a participação em programas sociais para a terceira idade. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 2(1), São João del-Rei, Mar./Ago.

Garcia, R. A. & Carvalho, J. A. M. (2003). O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(3), 725-733.

Gazalle, F. K. & Kapczinski, F. (2008). Qualidade de vida em pacientes bipolares . Em M. P. A. Fleck (Org.). *Avaliação da qualidade de vida: guia para profissionais da saúde* (p. 140-146). Porto Alegre: Artmed.

Goldstein, L. L. (1995). Stress e coping: na vida adulta e na velhice. Em Neri, A. L. (Org.), *Psicologia do envelhecimento* (pp. 145-194). Campinas: Papirus.

Hoyer, W. J., & Roodin, P. A. (2003). Adult development and aging. *New York: The McGraw-Hill*, 8(4), p. 17-25.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (2010). *Pesquisa de senso no Brasil*. Disponível em <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em 15 de março de 2011.

Jobim, e. F. C., Sousa, V. O. & Cabrera, M. A. S. (2010). Causas de hospitalização de idosos em dois hospitais gerais pelo Sistema Único de Saúde (SUS). *Acta Scientiarum. Health Sciences*, v. 32, n. 1, p. 79-83.

Karsch, U. M. (2003). Idosos dependentes: famílias e cuidadores. *Caderno de saúde Pública*, 19 (3), 820-829

Kauffman, T. L. (2001). *Manual de Reabilitação Geriátrica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Keller, I., Makipaa, A., Kalenscher, T., Kalache, A. (2002). Global Survey on Geriatrics in the Medical Curriculum. Geneva, *Organização Mundial de Saúde (OMS)*, p. 1513-1520.

King, K. B., Porter, L. A., Norsen, L. H. & Reis, H. T. (2012). Patient perceptions of quality of life after coronary artery surgery: war is worth it? *Research in Nursing & Health*, v. 35, n. 5, p. 327- 340.

Leocádio, P. L. L. F. (2010). Instituição de longa permanência para idosos. Em: Perracine, M. R. & Fló, C. M. *Funcionalidade e envelhecimento*. Rio de Janeiro. Guanabara Googan; p. 499-511.

Lipsitz, L. A. (2002). The dynamics of stability: the physiologic basis of functional health and frailty. *Journal Gerontology Biologic Science*, 282, p. 611-622.

Luisi, L. V. V. & Filho, R. C. (1997). A família em fase adolescente. Em: Cerveney, C. M. de O. & Berthoud, C. M. E. (Orgs.). *Família e ciclo vital, nossa realidade em pesquisa* (pp. 77-99). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Mejía, B. E. B. & Merchán, M. E. P. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud en adultos mayores de 60 años: una aproximación teórica. *Hacia la Promoción de la Salud*. 12:11-24.

Minayo, M. C. S. (2004). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8ª edição. São Paulo: Ed. Hucitec.

Minayo, M. C. S. (2008). Conceitos básicos sobre metodologia e sobre abordagens qualitativas. Em: Minayo, M. C. S. *O desafio do conhecimento:*

pesquisa qualitativa em saúde. (pp. 35-42). 11ª edição. São Paulo: Editora Hucitec.

Minayo, M. C. S., Hartz, Z. M. A. & Buss, P. M. (2004). Qualidade de vida e Saúde: um debate necessário. *Ciências e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v.5, n.1, p. 7-31.

Ministério da Saúde (2004). Prevenção e controle das doenças não transmissíveis no Brasil. *Brasília: Ministério da Saúde*.

Ministério da Saúde (2006). Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. *Brasília: Ministério da Saúde*

Moreira, C. R. S., Torres, M. S. R. & Barros, I. L. (2004). Diagnóstico de saúde na clientela asilar de uma instituição pública de Vassouras. *Revista da Universidade Severino Sombra*, 37 (1), 40-49.

Neri, A. L. & Freire, S. (2000). Qual é a idade da velhice? Em Neri, A. L. (Org.). *E por falar em boa velhice* (pp. 7-20). Campinas: Papyrus.

Neri, A. L. (2000). Qualidade de vida no adulto maduro. Em: Neri, A. L. (org.). *Psicologia do envelhecimento* (pp. 9-14) Coleção Viva Idade, 2ª edição, Campinas: Papyrus.

Neri, A. L. (2000). Qualidade de vida no adulto maduro. Em: Neri, A. L. *Qualidade de vida e idade madura* (p. 49-56). Coleção Viva Idade, 2ª edição, Campinas: Papyrus.

Neri, A. L. (2001). *Palavras-chave em gerontologia* (p.7-20). Campinas: Alínea.

Neri, A. L. (2005). As políticas de atendimento aos direitos da pessoa idosa expressa no Estatuto do Idoso. *A Terceira Idade*, v.16, n.34, p.7-24.

Neri, A. L. (2007). Velhice e qualidade de vida. Em Neri, A. L. (Org). *Desenvolvimento e envelhecimento: perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas* (p. 47-58). 3º edição. Campinas: Papirus.

Netto, M. P. (2005). *Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. (p.313-323). São Paulo, Atheneu.

Netto, M. P. (2006). O estudo da velhice: Histórico, definição do campo e termos básicos. Em: Freitas, E. V., Py, L., Neri, A. L., Cançado, F. A. X., Gorzoni, M. L. & Rocha, S. M. (orgs.). *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p.2-9.

Nunes, V. M. A., Menezes, R. M. P. & Alchieri, J. C. (2010). 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.

Oliveira, P. C., Santiago, A., Laham, C., Aranha, V., Leao, P. P., Moretto, M. L. T. & Lucia, M. C. S. (2011). Qualidade de vida e envelhecimento em pacientes com doenças cardiovascular atendidos em ambulatório de um serviço de Cirurgia Vascular. Em: VI Congresso Interamericano de Psicologia da Saúde *Anais do VI Congresso Interamericano de Psicologia da Saúde e II Congresso Internacional de Neuropsicologia e Neurociências*, São Paulo.

Organização Mundial de Saúde (1999). *Relatório mundial de saúde- Saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Lisboa: direção geral de saúde.

Organização Mundial de Saúde (2005). Envelhecimento ativo: uma política de saúde. *Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde.*

Organização Mundial de Saúde (2008). *Promoção da saúde.* Glossário. Genebra.

Papalia, D. C., Olds, S. W. (2000). *Desenvolvimento Humano.* 7°.edição, Porto Alegre: Loyola.

Papalia, D., Olds, S.W., Feldman, R. D. (2006). *Desenvolvimento Humano.* 8° edição. Porto Alegre: Ed. Artmed,

Paschoal, S. M. P. (2004). Qualidade de Vida do Idoso: construção de um instrumento de avaliação através do método do impacto clínico. *Tese de Doutorado.* São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.

Paschoal, S. M. P. (2006). Qualidade de Vida na Velhice. Em: Freitas, E. V., Py, L., Neri, A. L., Cançado, F. A. X., Gorzoni, M. L. & Rocha, S. M. *Tratado de Geriatria e Gerontologia.* Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A.; p.79-84.

Pavarini, S. C. I., Tonon, F. L., Silva, J. M. C., Mendiando, M., Barham, E. J. & Filizola, C. L. A. (2006). Quem irá empurra minha cadeira de rodas? A escolha do cuidador familiar do idoso. *Revista eletrônica de Enfermagem*, 8(3), 326.

Pimentel, L. (2000). Novas tendências do apoio social ao cidadão idoso. *Jornal de Geriatria*, Vol. 13 (125), 13-18.

Pino, M., Ricoy, M. C. & Portela, J. (2009). Evolução sobre as características do processo de envelhecimento através de relatos de vida. *Interface - Comunicação, Saúde e Educação*. 13:369-82.

Pinto, S. P. L. & Simson, O. R. M. (2012). Instituições de longa permanência para idosos no Brasil: sumário da legislação. *Revista brasileira de geriatria e gerontologia*, vol.15 no.1 Rio de Janeiro.

Power M. (2008). Qualidade de vida: visão geral do projeto WHOQOL. Em M. P. A. Fleck (Org.). *Avaliação da qualidade de vida: guia para profissionais da saúde*, (p. 48-59). Porto Alegre: Artmed.

Prochnau, N., & Pastório, W. F. *A auto-estima em idosos institucionalizados*. Consultado em 19 de Novembro de 2012 de http://www.abrapso.org.br/siteprincipal/anexos/AnaisXIVENA/conteudo/pdf/trab_completo_181.pdf.

Reis Jr. J. (1996). O envelhecimento. *Revista Portuguesa de Medicina Geriátrica*. v.15, n.13, p.12-24.

Reis, L. A., Torres, G. V. & Reis, L. A. (2008). Características sócio-demográficas e de saúde de idosos de uma instituição do município de Jequié/BA. *Revista espaço para a Saúde*, 9 (1), 31-45.

Ribeiro, C., Oliveira, C. R., Souza, S. C. & Freitas, T. M. (2006) Idosos e família: asilo ou casa. *Revista da Universidade Severino Sombra*, Vassouras. 40 (4), 52-59.

Ribeiro, L. C., Cruz, D. T., Vieira, M. T., Bustamante, M. T., Rocha, R. B. & Leite, I. C. G. (2012). Prevalência de quedas e fatores associados em idosos. *Revista de Saúde Pública*, 46 (1):138-46.

Ross, E. K. (2002). *Sobre a morte e o morrer: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes*. 8ª edição. São Paulo: Martins Fontes.

Santos, E. I. & Dias, C. M. (2008). Homem Idoso: vivencia de papéis desempenhados ao longo do ciclo vital da família. *Aletheia* 27(1) p. 98-110, jan./jun.

Santos, S. A. I., Tavares, D. M. S & Barbosa, M. H. (2010). Fatores socioeconômicos, incapacidade funcional e número de doenças entre idosos. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 12 (4), p.692-697.

Santos, S. R., Santos, I. B. C., Fernandes, M. G. M. & Henriques, M. E. R. M. (2002). Qualidade de Vida do idoso na comunidade: aplicação da escala de Flanagan. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 10(6), p.757-764.

Schneider, R. H. & Irigaray T. Q. (2008). O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. *Estudos em Psicologia*. (Campinas) vol.25 no.4 Campinas Oct./Dec.

Segre, M & Ferraz, M. C. (1997). O conceito de saúde. *Revista de Saúde Pública*, 31 538 (5): 538-42.

Silva, A. A. *Prática clínica baseada em evidências na área da saúde (p.23-28)*. São Paulo. Livraria Santos editora, 2009.

Silva, J. L., Alves, L. F., & Coelho, M. R. M. (1997). Família em fase última. Em: Cerveney, C. M. de O. & Berthoud, C. M. E. (Orgs.). *Família e ciclo vital nossa realidade em pesquisa* (pp. 123-147). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Instituição de longa permanência para idosos. São Paulo: *Imprensa Oficial*; 2003. 40 p.

Stumm, K. E., Alves, C. N., Medeiros, P. A. & Ressel, L. B. (2012). Terapia assistida por animais como facilitadora no cuidado a mulheres idosas institucionalizadas. *Revista de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria*, v. 2, n. 1.

Tavares D. M. S & Dias F. A. (2012). Capacidade funcional, morbidades e qualidade de vida de idosos. *Texto Contexto Enfermagem*, Florianópolis, Jan-Mar; 21(1): 112-20.

Tavares, D. M. S., Côrtes, R. M. & Dias, F. A. (2010). Qualidade de vida e comorbidades entre os idosos diabéticos. *Revista de enfermagem da Universidade Estadual do Rio de Janeiro*. 18:97-103.

Tavares, D. M. S., Guidetti, G. E, Carvalho, B. & Saúde, M. I. B. M. (2008) Características sócio-demográficas, condições de saúde e utilização de serviços de saúde por idosos. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 10 (2), p.299-309.

Tavares, D. M. S, Dias, F. A & Munari D. B. (2012). Qualidade de vida de idosos e participação em atividades educativas grupais. *Acta paulista de enfermagem*, São Paulo vol.25, n.4.

The WHOQOL group (1995). The world health organization quality of life assessment: position paper from the world health organization. *Social Science & Medicine*, 41:14403-9.

The WHOQOL group (1998). The world Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Social Science & Medicine*, 46:1569-85.

Torres, G. V, Reis, L. A, Reis, L. A, Fernandes, M. H, Alves, G. S, Sampaio, L. S. & Mascarenhas, C. H. M. (2009). Funcionalidade familiar de idosos dependentes residentes em domicílios. *Avaliação Psicológica*, 8(3), pp. 415-423.

Torres, G. V., Reis, L. A., Reis, L. A. & Fernandes, M. H. (2009). Qualidade de vida e fatores associados em idosos dependentes em uma cidade do interior do Nordeste. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 58:39-44.

Trentini, C. M., Chachamovich, E. & Fleck, M. P. A. (2008). Qualidade de vida em idosos. Em: Fleck M. P. A.. (Org.). *Avaliação da qualidade de vida: guia para profissionais da saúde* (pp. 219-228). Porto Alegre: Artmed.

Vaz, S. F. A. (2009). Depressão no idoso institucionalizado: estudo de idosos residentes de lares no município de Bragança. *Dissertação de Mestrado em Psicologia da Faculdade de Psicologia e de ciências da educação da Universidade do Porto*.

Vecchia, R. D., Ruiz, T., Bocchi , S. C. M. & Corrente, J. E. (2005). Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 8(3), 246-252.

Velarde, J. E. & Avila, F.C. (2002). Methods for quality of life assessment. *Revista Mexicana de Saúde Pública*, 44(4): 349-61.

Vellas, P. (2009). *As oportunidades da terceira idade*. 1º edição. Maringá (PR): Ed. Universidade Estadual de Maringá.

Vilaça, C. M. (2005). O autocuidado de cuidadores informais em domicílio - percepção de acadêmicos de enfermagem. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 4(4), p.219-231.

Vilela, A. B. A., Meira, E. C., Souza, A. S., Cardoso, I. S., Silva, E. L., & Takase, L. H. (2006). Perfil do familiar cuidador de idoso doente e/ou fragilizado do contexto sociocultural de Jequié/BA. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 9(1), 55-69.

Xavier, M. A. V (2010). Significado Psicossocial da velhice no ciclo da vida. Em: Maria Helena Novaes: *Construção da trajetória de vida na terceira idade*. Gryphos Edições.

ANEXOS