



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
BACHARELADO EM ENFERMAGEM

POLIANE RAMOS PORTO

**QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS RESIDENTES EM INSTITUIÇÕES DE
LONGA PERMANÊNCIA NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE / PARAÍBA.**

CUITÉ – PB

2015

POLIANE RAMOS PORTO

**QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS RESIDENTES EM INSTITUIÇÕES DE
LONGA PERMANÊNCIA NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE/ PARAÍBA.**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Coordenação do Curso de
Bacharelado em Enfermagem do Centro
de Educação em Saúde da Universidade
Federal de Campina Grande – Campus
Cuité-PB como requisito para obtenção do
título de Bacharel em Enfermagem

Orientadora: Prof^a. MSc. Heloisy Alves de Medeiros

CUITÉ – PB

2015

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA NA FONTE
Responsabilidade Jesiel Ferreira Gomes – CRB 15 – 256

P853q Porto, Poliane Ramos.

Qualidade de vida dos idosos residentes em instituições de longa permanência no município de Campina Grande / Paraíba. / Poliane Ramos Porto. – Cuité: CES, 2015.

74 fl.

Monografia (Curso de Graduação em Enfermagem) – Centro de Educação e Saúde / UFCG, 2015.

Orientadora: Heloisy Alves de Medeiros.

1. Idosos institucionalizados. 2. Idosos – qualidade de vida.
3. Instituição de longa permanência. I. Título.

CDU 616-07(053.9)

POLIANE RAMOS PORTO

**QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS RESIDENTES EM INSTITUIÇÕES DE
LONGA PERMANÊNCIA NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE/ PARAÍBA.**

Trabalho de Conclusão do Curso de Bacharelado em Enfermagem.

Aprovado em ____/____/2015.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Msc. Heloisy Alves de Medeiros Leano

Orientadora

Prof^a Dra. Anajás da Silva Cardoso Cantalice

Examinadora

Enf^a Esp^a Geuma Ângela Cavalcanti Marques

Examinadora

CUITÉ – PB

2015

Dedico primeiramente a Deus, por ser o único senhor da minha vida, por cada dia demonstrar todo o amor e cuidado que tem para comigo, por nunca ter me deixado sozinha e está sempre me guiando em todos os momentos da minha vida, e posso sim dizer que até aqui me ajudou o senhor.

Dedico com muito carinho, aos meus familiares:

Aos meus amados avôs José e Sidália, in memoriam, por todo amor a mim ofertado, por acreditar em meus sonhos se dedicarem para os mesmos se tornassem reais, e não medirem esforços para me ver brilhar, e sei que hoje seriam as pessoas mais orgulhosas com a minha tão sonhada conquista. Saudade eterna.

A minha querida mãe Luzinete, por todo o amor e carinho dispensado a mim, todos os dias, a te dedico minha vida.

Aos meus irmãos, David e Paulo, por estarem sempre ao meu lado me ajudando com todo amor e carinho e por acreditarem em meu potencial, obrigada por tudo.

AGRADECIMENTOS

*Agradeço aos meus tios **Eni, Fábio, Isabel, Maria, Everaldo e Sueli**, por sonharem junto comigo, por acreditarem em meu potencial, por toda ajuda dispensada durante em cinco anos de lutas, espero algum dia retribuir todo o amor e carinho a mim ofertado.*

*Aos meus primos, por todo o companheirismo e confiança que tiveram para comigo, em especial ao meu primo **André Porto**, que acompanhou de perto nos meus dias de muita luta.*

*Ao meu namorado, **George**, por toda força, carinho, cuidado e dedicação que tem para comigo, por sempre está do meu lado, por não desisti de mim, nos momentos de crise, choro, raiva e sempre consegui tirar o melhor de mim, obrigada por tudo.*

Aos meus amigos, que sempre se fizeram presentes mesmo na distância, e por sempre filtrarem de mim, sempre o melhor.

*As minhas amigas de graduação, em especial **Camila Samille e Geyce**, por termos passado por muitas lutas juntas, por amizade, por todas as lágrimas, por todas as noites acordas juntas, obrigada por tudo amo vocês.*

*A minha a minha amiga, **Jaciara Milena**, agradeço por esses cinco anos de companheirismo, amizade, reciprocidade, por acreditar em meu potencial, por confiar na minha amizade, por as lágrimas que chorou comigo, por todas as noites acordadas e por todas as palavras de força que me ofertou nessa nossa jornada de vida, obrigada por tudo.*

*As minhas novas amigas que tive uma grande aproximação no Estágio Supervisionado I em Campina Grande, **Luângela Carla e Monique**, agradeço por todo que tive a oportunidade de aprender com vocês, muito obrigada pelo carinho demonstrado dos os dias a mim.*

*A minha orientadora, **Heloisy Medeiros**. Por todo seu cuidado, confiança, ensinamento, estímulo e paciência investidos; e pelo exemplo de profissional a ser seguido; profissional empenhada com a pessoa humana e educadora dedicada;*

*A minha Banca examinadora por aceitar o convite, a professora **Anajás da Silva Cardoso Cantalice** e a enfermeira **Geuma Ângela Cavalcanti Marques**, agradeço pela atenção dado ao meu estudo, e pelas preciosas contribuições propostas para enriquecimento do presente estudo.*

Aos idosos, sujeitos desta pesquisa, pelo aceite e contributo na concretização deste trabalho e por me ensinarem a ser uma profissional mais humana.

A instituição São Vicente de Paulo, agradeço pela confiança no meu estudo, por aceitar a realização da pesquisa e por participar na concretização de um sonho pela receptividade e carinho dispensados à minha pessoa e pelo amor com que cuidam dos idosos.

A esta universidade, seu corpo docente, direção e administração que oportunizaram a janela que hoje vislumbro um horizonte superior, contagiada pela acendrada confiança no mérito e ética aqui presentes.

*Tudo tem o seu tempo determinado, e
há tempo para todo o propósito debaixo do céu.*

*Há tempo de nascer, e tempo de morrer; tempo
de plantar, e tempo de arrancar o que se plantou;*

*Tempo de matar, e tempo de curar; tempo de
derrubar, e tempo de edificar;*

*Tempo de chorar, e tempo de rir; tempo de
prantear, e tempo de dançar;*

*Tempo de espalhar pedras, e tempo de ajuntar
pedras;*

*Tempo de abraçar, e tempo de afastar-se de
abraçar;*

*Tempo de buscar, e tempo de perder; tempo de
guardar, e tempo de lançar fora;*

*Tempo de rasgar, e tempo de coser; tempo de
estar calado, e tempo de fala*

*Tempo de amar, e tempo de odiar; tempo de guerra, e
tempo de paz.*

(Eclesiastes 3:1-8)

RESUMO

PORTO, Poliane Ramos. **Qualidade de vida de idosos residentes em Instituição de Longa Permanência no Município de Campina Grande/ Paraíba**. 2015. 74f. Trabalho de Curso (Bacharelado em Enfermagem) – Universidade Federal de Campina Grande, Cuité, 2015.

Introdução. A importância de se trabalhar a qualidade de vida de idoso que vive em ILPIs (Instituições de Longa Permanência) se dá pelo impacto sofrido pela sociedade advindo do envelhecimento populacional sem políticas públicas adequadas a essa nova realidade. Em virtude disso, muitos familiares direcionam seus idosos para ILPIs ou os deixam em situação de abandono, sem a menor preocupação com a qualidade de vida dos que tanto se deram em favor da família. A indagação sobre a percepção individual do idoso acerca de seu bem-estar pode motivar ações e políticas que favoreçam de forma efetiva o envelhecimento com dignidade, como programas de reabilitação, promoção de saúde e prevenção de doenças. **Objetivo:** Avaliar a qualidade de vida dos idosos que vivem em ILPIs de Campina Grande-PB, Brasil. **Metodologia:** Pesquisa exploratória-descritiva com abordagem quantitativa, realizada com 30 idosos que vivem em ILPIs de Campina Grande. No momento da pesquisa, os idosos foram convidados a assinar o TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido) após explanação dos objetivos e dos direitos dos participantes. Os dados foram coletados com a utilização dos questionários WHOQOL-Bref e WHOQOL-Old, desenvolvidos pela Organização Mundial de Saúde. Os dados foram analisados no programa SPSS 21.0, ilustrados através de gráficos e tabelas e posteriormente discutidos à luz da literatura pertinente. Convém ressaltar que essa pesquisa obedeceu à resolução 466/12 que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos e somente foi realizada após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFCG, sob CAAE nº 44940115.1.0000.5182. **Resultados:** Em relação ao questionário WHOQOL-Old, os resultados apontam semelhanças nas respostas dos idosos entrevistados nos cinco domínios: funcionamento sensorio; autonomia; atividades passadas, presentes e futuras; morte e morrer e participação social. No que diz respeito ao questionário WHOQOL-Bref, os idosos mostraram-se insatisfeitos nos quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e ambientais. **Considerações finais:** Ao fim deste trabalho, sugere-se a aplicação dos acordos atuais em conjunto com a Política Nacional de Atenção ao Idoso (PNAI), o que envolve a promoção da prática de atividades que contribuem para o envelhecimento digno dos idosos residentes em ILPIs, pois um estilo de vida ativo é uma estratégia eficaz de promoção da saúde, funcionalidade, autonomia e melhor qualidade de vida dos idosos.

Descritores: Institucionalização; Qualidade de vida; Idosos.

ABSTRACT

PORTO, Poliane Ramos. **Elderly Quality of Life that Lives in Long-stay Institutions in Campina Grande-PB**. 2015. 74f. Course Work (Bachelor of Nursing) – Federal University of Campina Grande, Cuité, 2015.

Introduction. The importance of working to elderly quality of life that lives in long-stay institutions for the elderly it gives up the impact suffered by the society arising from the population growth without public political appropriate to this new reality. The question on the individual perception of the elderly about their welfare can motivate actions and politics to promote effectively the aging with dignity, rehabilitation programs, health promotion and diseases prevention. **Objective:** To evaluate the quality of life of the elderly living in long-stay institutions for the elderly of Campina Grande-PB, Brazil. **Methodology:** Exploratory-descriptive research with a quantitative approach, made with 30 elderly living in long-stay institutions of Campina Grande. At the time of the research, elderly were invited to sign the *Free and Informed Consent* (IC) following explanation of the objectives and the rights of participants. Data were collected with the use of questionnaires WHOQOL-Bref and WHOQOL-Old, developed by the *World Health Organization* (WHO); analyzed using SPSS 21.0; illustrated by graphs and tables and then discussed in the light of the relevant literature. It is worth noting that this research followed the Resolution 466/12, which regulates research involving human beings. It only took place after approval by Research Ethics Committee of Federal University of Campina Grande under CAAE No. 44940115.1.0000.5182. **Results:** Regarding the WHOQOL-Old questionnaire, the results indicate similarities in the responses of elderly interviewed in the five areas: Sensory functioning; autonomy; past, present and future activities; death and social participation. With respect to the WHOQOL-Bref questionnaire, the elderly showed up unhappy in four areas: physical, psychological, social relationships and environment. **Final thoughts:** At the end of this paper, we suggest the application of current arrangements in conjunction with the elderly care politics. This involves the promotion of practical activities that contribute to the dignified aging of elderly residents in long-stay institutions, whereas an active lifestyle is an effective health promotion strategy, functionality, autonomy and better quality of life for the elderly.

Key words: Institutionalization; quality of life; elderly.

LISTA DE GRÁFICOS E TABELAS

GRÁFICO 1 - Distribuição absoluta e percentual da pesquisa segundo a Faixa Etária. Campina Grande, Junho de 2015.....	33
GRÁFICO 2 - Distribuição absoluta e percentual da pesquisa segundo o sexo. Campina Grande, Junho de 2015.....	35
GRÁFICO 3 - Distribuição absoluta e percentual da pesquisa segundo o estado civil. Campina Grande, Junho de 2015.....	36
GRAÁFICO 4 - Distribuição absoluta e percentual da pesquisa segundo a escolaridade. Campina Grande, Junho de 2015.....	37
TABELA 1 - Distribuição absoluta e percentual da pesquisa segundo a faceta funcionamento do sensorio. Campina Grande, Junho de 2015.	39
TABELA 2 - Distribuição absoluta e percentual da pesquisa a faceta Autonomia. Campina Grande, Junho de 2015.....	40
TABELA 3 - Distribuição absoluta e percentual da pesquisa segundo a faceta atividades passadas, presentes e futuras. Campina Grande, Junho de 2015.	41
TABELA 4 - Distribuição absoluta e percentual da pesquisa segundo a faceta Participação Social. Campina Grande, Junho de 2015.	42
TABELA 5 - Distribuição absoluta e percentual da pesquisa segundo a faceta Morte e Morrer. Campina Grande, Junho de 2015.....	43
TABELA 6 - Distribuição absoluta e percentual da pesquisa segundo a faceta Intimidade. Campina Grande, Junho de 2015.....	45
TABELA 7 - Distribuição absoluta e percentual da pesquisa segundo o domínio Físico. Campina Grande, Junho de 2015.....	46
TABELA 8 - Distribuição absoluta e percentual da pesquisa segundo o domínio psicológico. Campina Grande, Junho de 2015.	48
TABELA 9 - Distribuição absoluta e percentual da pesquisa segundo o domínio As Relações sociais. Campina Grande, Junho de 2015.....	49
TABELA 10 - Distribuição absoluta e percentual da pesquisa segundo o domínio As Relações Relações. Campina Grande, Junho de 2015.	48

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AVD	Atividade de vida diária
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CES	Centro de Educação e Saúde
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
ILPI	Instituição de Longa Permanência para Idosos
MDS	Ministério do Desenvolvimento Social
OMS	Organização Mundial de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários da Saúde
QV	Qualidade de Vida
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFCG	Universidade Federal de Campina Grande

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	11
2	OBJETIVOS	15
2.1	Objetivo geral.....	16
2.2	Objetivos específicos	16
3	REFERENCIAL TEÓRICO	17
3.1	O impacto social do envelhecimento	18
3.2	Políticas públicas para o envelhecimento	20
3.3	História das Instituições de Longa Permanência para Idosos.....	23
3.4	Percepções gerais sobre Qualidade de vida.....	25
4	PROCEDIMENTO METODOLÓGICO	28
4.1	Tipo de pesquisa.....	29
4.2	Cenário e local da pesquisa	29
4.3	População de estudo	29
4.4	Procedimento e instrumento de coleta	30
4.5	Análise dos dados	31
4.6	Considerações éticas	31
4.6.1	<i>Riscos.....</i>	<i>31</i>
4.6.2	<i>Benefícios.....</i>	<i>32</i>
5	ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	33
5.1	Caracterização demográfica da amostra	34
5.2	A qualidade de vida segundo a avaliação WHOQOL-OLD e WHOQOL-bref....	38
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	52
	REFERÊNCIAS	55
	APÊNDICES	61
	APÊNDICE A	62
	APÊNDICE B.....	63
	APÊNDICE C	65
	ANEXOS	66
	QUESTIONÁRIO WHOQOL-OLD	67
	QUESTIONÁRIO WHOQOL-BREF	71
	APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA	

1 INTRODUÇÃO

Atualmente, chegar a velhice é um fato, até mesmo em países mais pobres, por mais que esse avanço esteja relacionado com a melhora da saúde no século XX, e ainda não esteja distribuído da mesma forma entre múltiplos países e realidades, tornar-se velho ou envelhecer é hoje um privilégio de muitos. O crescimento acelerado da população idosa é um acontecimento mundial, e em países em desenvolvimento como o Brasil, esse fenômeno está acontecendo de maneira progressiva e rápida. Esse significativo crescimento ocorreu devido a vários fatores, incluindo acesso à assistência de saúde, melhorias socioeconômicas, acesso ao saneamento básico e surgimento de novas tecnologias, tanto na saúde como em outras áreas (ALMEIDA; MAIA, 2010).

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), afirma que o Brasil já exibe aspectos de um país de idosos, dessa forma, em vinte anos ou menos, uma boa parcela da população será de pessoas com 60 anos ou mais. Em 2005 existiam 16 milhões de idosos com 60 anos ou mais, a estimativa é que em 2025 esse número passará para 32 milhões, e isso será 15% da representação total da população. Dessa forma fica evidente que a população no mundo está ficando cada vez mais velha, e segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), por volta de 2025, pela primeira vez na história, haverá mais idosos do que crianças no planeta (RIBEIRO; PIRES, 2011).

Segundo Freitas e Scheicher (2010), o envelhecimento da população ocorreu de forma gradual no decorrer dos últimos séculos nos países desenvolvidos, juntamente com crescimento da economia, e isso veio a proporcionar a melhoria na qualidade de vida, e em muitos outros campos como do saneamento básico, da moradia, trazendo ajustes nos setores da previdência social e no cuidado com a saúde do idoso. O crescimento acelerado da população idosa é um acontecimento mundial, e em países em desenvolvimento como o Brasil, esse fenômeno está acontecendo de maneira progressiva e rápida. Esse significativo crescimento populacional e o surgimento de novas tecnologias, tanto na saúde como em outras áreas.

Segundo Freitas et al. (2007), a população de idosos no Brasil, passou por uma transição demográfica significativa na segunda metade do século XX, com um crescimento de 70% dessa população entre os anos de 1950 e 2000, fato que determinou a sobrecarga no setor previdenciário, aumento da demanda aos serviços sociais e de saúde e da assistência sanitária.

A Organização Mundial da Saúde (OMS), define a partir dos 65 anos o marco do aumento da prevalência de problemas específicos do envelhecimento e comprometimento da saúde. À medida que a população envelhece, aumenta a procura por instituição para idosos e o Brasil não apresenta estrutura suficiente para receber essa demanda. Observa-se a

problemática familiar, onde os parentes têm dificuldades para cuidarem dos seus idosos, encaminhando-os muitas vezes às instituições denominadas Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI), casas de repouso ou instituições geriátricas (BRASIL, 2010).

No recenseamento brasileiro de 2010, 113 mil idosos moravam em domicílios coletivos. Desse total, estimou-se em 107 mil idosos residentes em ILPI, o que significa 0,8% da população idosa. Os estados com a maior proporção de idosos em ILPIs são Minas Gerais, Rio de Janeiro, São Paulo, Rio Grande do Sul e Goiás. Segundo o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), responsável pela política de cuidados de longa duração no Brasil, em 2005 a União financiou 1.146 instituições para 24.859 idosos. No estado da Paraíba existem 16,803 mil homens idosos, e quase o dobro de mulheres nessa faixa etária, sendo assim, mais 26 mil idosas (IBGE, 2010).

O crescimento da população idosa na Paraíba vem acompanhando a tendência brasileira e mundial, 11,4% da população paraibana. Enquanto em 2003 eram 389 mil o número de paraibanos nessa faixa etária, em 2013 esse número saltou para 508 mil. Em 2012 eram 496 mil, o que representa um crescimento de 12 mil idosos em um ano. Segundo os dados, são 173 mil pessoas entre os 60 e 64 anos de idade na Paraíba e 126 mil entre os 65 e 69 anos. Acima dos 70 anos de idade é onde se encontra o maior número de idosos no estado, 209 mil (IBGE, 2010).

Diante deste aumento de idosos, surgiu um problema grave que é o pequeno número de vagas ILPIs, e outro indicador negativo é que de maneira histórica essas instituições tem perfil assistencialista, onde prestar assistência se resume em oferecer alimento e moradia, e na maioria das vezes cuida de idosos em situação de pobreza extrema e que são deixados por parentes, ou então, com doenças físicas e psicológicas. Assim como se observa uma estrutura física não adequada para suprir as necessidades diárias de um grupo com essa faixa etária, e a falta de profissional habilitado para cumprir atividades técnicas, mão-de-obra barata e não especializada e acaba repercutindo de forma negativa na saúde e na qualidade de vida do idoso (FREITAS; SCHEICHER, 2010).

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002) define qualidade de vida como a percepção do indivíduo em qualquer que seja seu estágio vital no contexto dos sistemas culturais e dos valores em que vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e conceitos. Essa definição refere-se à saúde física, ao estado psicológico, aspirações pessoais, relações sociais e interações com o meio ambiente, traduzindo o homem como um todo, para melhoria da vida do idoso e por todas as necessidades aqui apontadas se percebe a importância de avaliar a qualidade de vida dos que vivem em ILPIs.

A qualidade de vida (QV) para os idosos não é diferente dos elementos principais de um envelhecimento funcional resguardado nessa conjectura teórico quanto: capacidade ativa, condição econômica social e bem-estar. Nesse contexto se nota a necessidade de conhecimento sobre qualidade de vida com idosos como indicadores de pistas significativas para adoção de políticas públicas que procure contemplar os aspectos aqui evidenciados, incluindo práticas saudáveis que poderão mudar o estilo de vida capaz de promover autonomia e melhorar sua autoestima dos idosos para uma vida com melhor qualidade (ANDRADE; NERY, 2012).

Frente a toda problemática do crescimento da população idosa e do aumento de procura por ILPIs, objetiva-se com esse trabalho analisar a qualidade de vida dos idosos institucionalizados.

A importância de se trabalhar a temática se dá pelo impacto sofrido pela sociedade advindo do envelhecimento populacional sem políticas públicas adequadas a essa nova característica, levando muitos familiares a os direcionarem para ILPIs ou os deixarem em situação de abandono, sem se preocupar com a qualidade de vida dos idosos frente a essas novas experiências de residir em instituições de Longa Permanência. A indagação sobre a percepção individual do idoso acerca de seu bem-estar pode direcionar ações e políticas que favoreçam de forma efetiva o envelhecimento, programas de reabilitação, promoção de saúde e prevenção de doenças, permitindo o envelhecer com dignidade.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- ✓ Avaliar a qualidade de vida dos idosos residentes em instituições de longa permanência no município Campina Grande /Paraíba.

2.2 Objetivos específicos

- ✓ Caracterizar os idosos residentes em instituições de longa permanência;
- ✓ Verificar qual a opinião dos idosos institucionalizados sobre a sua qualidade de vida através do questionário aplicado.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 O impacto social do envelhecimento

Para discorrer sobre o envelhecimento é necessário entendermos um pouco sobre a fisiologia do organismo humano, e que o envelhecer é um processo natural do corpo, porém existem fatores primordiais para desencadear um desgaste maior, que pode ocasionar diminuição da capacidade física, aumento relativo da incapacidade para realização de atividades cotidianas, modificações morfológicas, bioquímicas, psicológicas, perda de papéis sociais, solidão, perdas afetivas e aumento da vulnerabilidade, diminuição da capacidade de recuperação dos efeitos que desequilibram o organismo, menor habilidade neural, sendo, assim, necessário planejar a velhice com hábitos de vida saudáveis, promovendo saúde e prevenido doenças (FERNANDES; SOARES, 2012).

Sendo assim, o processo de envelhecimento não pode ser considerado doença. Em condições naturais, o idoso não apresenta alterações no funcionamento ao ser confrontado com o jovem, a diferença manifesta-se nas situações nas quais se torna necessária a utilização das reservas homeostáticas, que, no idoso, são menores. Dessa maneira, todos os órgãos ou sistemas envelhecem de maneira distinta, assim também, os sinais de deficiências funcionais vão surgindo de forma diferenciada no decorrer da vida, sem comprometer as relações e o comando de decisões, sendo chamado de senescência (MORAES; MORAES; LIMA, 2010).

Segundo destaca a Organização Mundial de Saúde (OMS) a capacidade funcional e a independência são os principais fatores para avaliação de saúde física e mental na população idosa. Assim, capacidade de deslocamento do indivíduo pelo ambiente, é um componente da função física extremamente importante, sendo uma condição para o desempenho das atividades de vida diárias (AVDs) e para a conservação do seu bem-estar. A realização adequada de uma tarefa do cotidiano envolve a participação das funções cognitivas, motoras e psicológicas, seu dano pode gerar dependência e incapacidade (BRASIL, 2011).

Com tudo, o envelhecimento cerebral normal é evidenciado, a partir da segunda década de vida, um declínio corpóreo discreto, lento e gradual, que culmina com a diminuição do seu volume, típico da demência de Alzheimer, mas também, notado em cérebros de idosos sem vestígios de demência e que resulta em atrofia neuronal reduzindo o número de células nervosas (MORAES; MORAES; LIMA, 2010).

Dessa forma, o envelhecer ocorre de maneira somática e psíquica, que são grandezas igualmente significantes para o equilíbrio e manutenção da estabilidade do organismo de maneira geral, que são imprescindíveis para realização de atividades mentais e o aumento da capacidade do ser humano ser feliz, buscando paz e liberdade se livrando de preconceitos e

buscando diariamente o equilíbrio e a serenidade, buscando para si aquilo que lhe traz satisfação e o aperfeiçoamento moral, tendo ideias reais do certo e errado. Sendo assim necessário que o homem se liberte da que lhe faz mal (MORAES; MORAES; LIMA, 2010).

Sendo assim, o envelhecimento ocorre com ritmo e intensidade diferentes para cada indivíduo, que determinam progressiva perda da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos que terminam por levá-lo à morte (CONVERSO; LARTELLI, 2007).

Para Veras (2009), assistimos a um envelhecimento progressivo da população mundial, entre 2000 e 2030, prevê-se que o número de idosos aumente em todo o mundo em quase meio milhão, este acontecimento deve-se aos avanços tecnológicos e da medicina o que leva a um aumento da expectativa média de vida, juntamente com uma diminuição da taxa de fecundidade.

De acordo com o IBGE (2010), a porcentagem de brasileiros com mais de 60 anos na década de 40 era de aproximadamente 4% e a estimativa para 2020 é alcançar 12% da população. Além do envelhecimento da população total, a proporção de pessoas com idade acima de 80 anos está aumentando substancialmente. No ano de 2007 a porcentagem deste grupo etário atingiu 1,4% da população brasileira, algo em torno de 1,6 milhão de pessoas.

Desta forma, o mundo vem despertando interesse pelo processo de envelhecimento devido ao grande impacto sócio econômico que o crescimento da população idosa vem causando. Diante desse quadro, o governo brasileiro vem pensando em políticas que preparem a sociedade para essa mudança da pirâmide populacional (DIAS; CARDOSO, 2009).

A problemática do envelhecimento vem se tornando prioridade dos governos, da sociedade e da ciência, pois é necessária a criação de medidas públicas que venham tratar da promoção de saúde, e prevenção das doenças que mais acometem esse público de maneira ampla e eficaz.

No Brasil com o envelhecimento populacional, tem aumentado a demanda por serviços e instituições para o atendimento e acompanhamento integral ao idoso, e assim visando garantir a assistência prestada ao idoso, foi instituído no Brasil o Estatuto do Idoso, que prioriza o atendimento desse indivíduo no seio da própria família em detrimento do atendimento asilar, exceto nos casos em que este e sua família carecerem de condições mínimas de sobrevivência (BRASIL, 2010).

Por vezes, as doenças geriátricas e a dependência funcional são grandes indicadoras dos fatores precipitantes da institucionalização, demonstrando que o idoso asilado é mais frágil, requer maior cuidado e monitoramento. Estudos mostram que de 1985 a 2060 o

número de idosos institucionalizados no Brasil aumentará de 1,3 para 4,5 milhões, sendo que grande parte será de idosos dependentes (DIAS; CARDOSO, 2009).

Estima-se que até 2025 o número de idosos será maior que o de crianças com menos de 6 anos, e também por sua vez a taxa de natalidade irá cair cada vez mais, que a cada quatro pessoas pelo menos uma terá mais de 60 anos, por sua vez percebe-se que as instituições de longa permanência existentes não estão tão preparadas para receber esse grupo etário com tantas especificidades e que requer um cuidado diferenciado e bastante humanizado (IBGE, 2010).

3.2 Políticas públicas para o envelhecimento

A expectativa de vida vem aumentando cada vez mais, esse é um fenômeno que ocorre mundialmente, de maneira ampla, porém em países desenvolvidos percebe-se um crescimento maior. No Brasil a expectativa de vida subiu para 74,9 anos, sendo que em 2013 a expectativa era de 74,6 anos (IBGE, 2014).

A situação do idoso no Brasil é um reflexo de acontecimentos ao longo do tempo, sendo eventos familiares de cunho econômicos, demográficos e de saúde, no passar das décadas, desencadeantes do morar sozinho, com parentes ou em asilos. Com o objetivo de conservar o papel social dos idosos e/ou a sua reinserção, bem como a precaução da perda de sua autonomia, além da manutenção de sua renda, já equacionada pelo sistema de seguridade social, foi dado um maior destaque na década de 70 aos programas sociais direcionados ao enfrentamento do processo de envelhecimento das populações dos países desenvolvidos (CAMARANO; PESINATO, 2009).

Em alguns países, assim como no Brasil, a realidade do envelhecimento populacional soma-se a uma grande lista de questões sociais, tais como a pobreza e a exclusão de crescentes contingentes da população, e aos erguidos níveis de desigualdade que persistem em meio à sociedade (FREITAS; SCHEICHER, 2010).

Segundo Camarano e Kanso (2011), o envelhecimento ocorre à medida que a idade do indivíduo aumenta, sendo um processo irreversível, natural e individual. Este é um fenômeno universal e progressivo, tendo como consequência a redução na capacidade de resposta dos indivíduos ao estresse ambiental e à manutenção da homeostasia.

O primeiro documento do governo federal contendo algumas diretrizes para uma política social voltada a população idosa foi editado pelo Ministério da Previdência Social (MPAS) em 1976. Fundamentou-se nos fins de três seminários regionais concretizados em

São Paulo, Belo Horizonte e Fortaleza e um nacional, esses objetivaram na assimilação das condições de vida do idoso brasileiro e de ajuda assistencial existente para atender suas necessidades (CAMARANO; PESINATO, 2009).

Então somente em Fevereiro de 1994 o presidente da república decreta e sanciona a lei Nº 8.842, dispõe sobre a política nacional do idoso e cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. A política nacional do idoso dirigir-se-á pelos seguintes princípios:

- I - a família, a sociedade e o estado têm o dever de assegurar ao idoso todos os direitos da cidadania, garantindo sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade, bem-estar e o direito à vida;
- II - o processo de envelhecimento diz respeito à sociedade em geral, devendo ser objeto de conhecimento e informação para todos;
- III - o idoso não deve sofrer discriminação de qualquer natureza;
- IV - o idoso deve ser o principal agente e o destinatário das transformações a serem efetivadas através desta política;
- V - as diferenças econômicas, sociais, regionais e, particularmente, as contradições entre o meio rural e o urbano do Brasil deverão ser observadas pelos poderes públicos e pela sociedade em geral, na aplicação desta lei. (MPAS,2009 p.12)

Segundo Resolução da Diretoria Colegiada nº 283 que estabelece normas de funcionamento dessa modalidade de assistencial, ILPIs são "instituições governamentais ou não governamentais, de caráter residencial, destinadas a domicílios coletivos de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar, em condições de liberdade, dignidade e cidadania" (POLLO, 2008).

Até pouco tempo, a legislação referente à atenção dos idosos conservou-se fragmentada em ordenamentos jurídicos setoriais ou em ferramentas de gestão política. Após sete anos de tramitação no Congresso Nacional, em 2003, foi ratificado o Estatuto do Idoso. Este representa a união de várias leis e políticas já consentidas. Agrupam novos dados e aspectos, oferecendo um tratamento irrestrito e com um olhar á longo prazo ao estabelecimento de medidas que visam proporcionar conforto aos idosos. A identificação do idoso como um subgrupo populacional demandante de regras específicas implica uma dupla condição em termos de direitos sociais (BRASIL, 2012).

Sendo assim, é indispensável esquematizar o perfil do idoso, mostrando a especificidade de cada grupo, tipo os que vivenciam um envelhecimento que necessita de cuidados com profissionais especializados, e os idosos que apreciam uma velhice tranquila, considerando assim as variedades e necessidades adequadas de cada grupo, dessa forma, as Instituições de Longa Permanência, são modalidades alternativas que servem especificamente para um perfil de idosos. Tal fato não é uma realidade nas instituições Brasileiras, onde grande parte dos que procuram as ILPIs são na maioria das vezes altamente dependentes,

outros são idosos jovens, entre 60 a 65 que não estão mais favorecendo o mercado de trabalho, e excluídos do amparo familiar em resultado das mudanças econômicas sociais que ocorre na sociedade mesmo sendo idosos independentes (DIAS; CARDOSO, 2009).

Hoje em dia no Brasil é exigido que no atendimento oferecido pelas ILPIs, sejam, prestados serviços nas esferas sociais e nas esferas sanitárias, exigindo-se ações para ambas áreas de modo contínuo, criando assim um modelo de assistência sócio-sanitário, que preste de forma híbrida e concreta, valores e práticas desses duas esferas (DIAS; CARDOSO, 2009)

O Estatuto Nacional do Idoso (2004, p.19), importante instrumento para a garantia dos direitos dos idosos e norteador das políticas de atendimento, no seu capítulo II, artigo 49, diz que:

Art. 49 As entidades que desenvolvem programas de institucionalização de longa permanência adotarão os seguintes princípios:
I. Preservação dos vínculos familiares;
II. Atendimento personalizado e em pequenos grupos;
III. Manutenção do idoso na mesma instituição, salvo em caso de força maior;
IV. Participação do idoso nas atividades comunitárias, de caráter interno e externo;
V. Observância dos direitos e garantia dos idosos;
[...].

A Política Nacional do Idoso vem sendo construída no decorrer das últimas décadas na expectativa de buscar garantir os direitos do novo arranjo etário do país (RODRIGUES, 2009).

Envelhecer, portanto, deve ser de maneira saudável, participando ativamente, não estando preso a qualquer tipo de dependência funcional, o que exige promoção da saúde em todas as faixas etárias. Importante adicionar que muitos idosos brasileiros envelheceram e envelhecem mesmo sem recursos e sem os cuidados exclusivos de promoção e de prevenção em saúde. Entre esses estão os idosos que vivem na pobreza extrema, analfabetos, com sequelas de acidentes de trabalho, os amputados por arteriopatas, os hemiplégicos, os idosos com síndromes demenciais, e para eles também é preciso encontrar respostas e ter ações específicas para envelhecimento digno e com mais qualidade de vida (BRASIL, 2006).

São apresentadas abaixo as diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa:

- a) acesso do envelhecimento funcional e saudável;
- b) atenção irrestrita, integrada à saúde da pessoa idosa;
- c) Incentivos às ações intersetoriais, ter em vista à integralidade da atenção;

d) fornecimento de recursos capazes de asseverar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa;

e) Incentivo à participação e fortalecimento do controle social;

f) concepção e educação constante dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa;

g) exposição e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS;

h) promoção de auxílio nacional e internacional dos conhecimentos na atenção à saúde da pessoa idosa; e

i) adesão ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

3.3 História das Instituições de Longa Permanência para Idosos

O conceito de ILPI com passar do tempo vai se aprimorando, porém, é sabido que essa categoria institucional é a mais remota da história, e surgiu como um serviço para acolher idosos sem famílias e pobres, dando-lhe um lugar para morar e comida, porém não atendiam em suas necessidades básicas de saúde para a manutenção da vida.

O primeiro tipo de instituição conhecido foi o asilo, que se preocupava com a alimentação e a habitação no atendimento aos idosos. Seus fundadores, quase todos pessoas carismáticas e com formação religiosa, tinham a filosofia do fazer para os idosos e não com os idosos. A comunidade fornecia os recursos motivada pelos seus líderes sem, no entanto, conviver com as pessoas que lá eram internadas. Isso, para muitos, era considerado o “fim do poço” ou o fim “fracassado” de uma vida repleta de sacrifícios. As famílias sempre eram consideradas ingratas e traidoras, ignorando um sistema público que não apoiava a família, muitas vezes, profundamente carente. Havia exceções, no entanto, de idosos abandonados por familiares ou de pessoas que, por não possuírem parentes, ficavam à mercê da própria sorte ou por terem perdido a autonomia e, sem familiares, necessitavam de cuidados especiais. Assim, e por não haver instituições que as assumisse, eram colocadas em asilos. (LAFIN, 2004, p.11).

De acordo com a história, as instituições de longa permanência possuem um aspecto assistencialista na sua grande maioria, isso significa que prestar cuidados é tão somente oferecer alimentação e moradia. Nestes ambientes, por vezes não são observados estrutura física adequada para o desenvolvimento dos procedimentos práticos de saúde e para recuperação dos idosos institucionalizados, outro perfil observado é falta de mão-de-obra

especializada e habilitada para o atendimento desse grupo etário, e isso pode repercutir na melhora da condição de vida do idoso (FREITAS; SCHEICHER, 2010).

Sendo assim, para a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), ILPSs são modalidades de cuidados governamentais ou filantrópicas, com caráter domiciliar coletivo de pessoas com 60 anos de idade ou mais, com ajuda de familiares ou não, presando pela dignidade, liberdade e cidadania (CANAMARO, KANSO, 2010).

Há percepção de que ILPIs favorecem a quebra dos vínculos familiares e de amigos, de maneira ampla, atribuindo-se à instituição a culpa da situação do abandono sofrida pelo idoso, porém, esse evento já prevalecia antes mesmo da chegada à residência. E na maioria das vezes não se dá importância aos novos vínculos que nela são construídos (CAMARANO; SCHARFSTEIN, 2010).

A situação familiar do idoso no Brasil é um espelho de eventos que ocorreram ao longo do tempo, sendo acontecimentos de ordem econômica, social, demográfica, e de saúde, e com passar dos anos, residir sozinho, com familiares ou em asilos, pode ser a consequência desses acontecimentos. Esse isolamento social pode levar a consequências ruins como perda de liberdade, do autoconhecimento, da confiança, ao estado completa solidão e a recusa da própria vida, o que explica a elevada prevalência de problemas de natureza mental nos asilos. Então assim pode se dizer que a institucionalização é um fator estressante e desencadeante de depressão para o ancião por conta das transformações que lhe são impostas (FREITAS; SCHEICHER, 2010).

Então neste contexto, observa-se que essas residências podem dificultar as relações interpessoais na conjunção comunitária que são importantes para conservação da saúde do idoso e busca da sua cidadania, fora do convívio familiar, beneficiando o isolamento social, e favorecendo ociosidade anatômica e intelectual, gerando assim, consequências negativas à sua qualidade de vida (LIMA; LIMA; RIBEIRO, 2010).

A Lei nº 1.948 de 03 de julho de 1996, frisa, no artigo 3º, que a instituição asilar tem, por finalidade, atender, em regime de internato, o idoso sem conexão familiar ou sem condições de prover a própria sustento, de modo a satisfazer suas necessidades de moradia, alimentação, saúde e convívio social. Determina, também, a Lei 8.842, de janeiro de 1994, no artigo 4º, parágrafo III, atendimento ao idoso pelas famílias, ao invés do asilar. Contudo, com a confluência de vários fatores já destacados conduzem ao aumento do pleito pela institucionalização (BRASIL, 2009).

Segundo a Portaria nº. 2.528, de 19/10/2006, o quesito asilar, na assistência social ao idoso, é compreendido como sendo atendimento em regime de internato ao idoso sem vínculo

familiar ou sem condições de prover sua própria subsistência, de modo a satisfazer as suas necessidades de moradia, alimentação, saúde e convivência social, corroborando com o que trata a Lei 1.948/96, anteriormente descrita (DIAS; CARDOSO, 2009).

Sendo assim, a finalidade primordial da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa é recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. Essa política se efetiva através de um trabalho integrado entre as ILPI e a rede de atenção primária à saúde, como o Programa de Agentes Comunitários da Saúde (PACS), Estratégia de Saúde da Família (ESF), serviços de saúde mental, entre outros programas (FERNANDES; SOARES 2012).

Esses serviços devem estar integrados com a rede hospitalar e níveis de atendimento de saúde mais complexos, mediados pelo controle social. As atividades devem compreender tanto os idosos acolhidos em instituições como os que não vivem nesses locais específicos (FERNANDES; SOARES 2012).

O funcionamento das ILPIs é normatizado pelo Serviço de Vigilância Sanitária, sendo a instância federal responsável por estabelecer normas e padrões de atendimento e acolhimento, e os níveis estadual e municipal de vigilância, encarregados de instituir e executar as ações de forma local, agindo como órgão fiscalizador, dando orientação de prevenção de riscos e agravos à saúde, aos quais fica sujeitada a população idosa institucionalizada (BRASIL, 2012).

3.4 Percepções gerais sobre Qualidade de vida

A qualidade de vida é definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2002) como: "[...] a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações". Essa apreciação é subjetiva, deixa aberta vários modos de avaliação de maneira multidimensional, com estimativa positiva como negativa.

Sendo assim, qualidade de vida dos idosos é um assunto bastante amplo e não deve ser compreendido somente como a ausência ou não morbidades. Entretanto, em presença do conflito que o conceito saúde pode ter na vida das pessoas, se fazem necessários apontadores que possam guiar operacionalmente essa dimensão da qualidade de vida. Nessa compreensão, QV não está relacionada somente ao contexto de saúde física, mas também na percepção

psicológica e social na qual as pessoas concretizam suas atividades cotidianas (OLIVEIRA, TOSCANO 2009).

Inicialmente, o termo qualidade de vida passou a ser associado a melhorias no padrão de vida, sobretudo ligado a bens materiais adquiridos. Posteriormente, a qualidade de vida passou a incorporar sensação de bem-estar, realização pessoal, qualidade dos relacionamentos, educação, estilo de vida, saúde e lazer enfim, aspectos psicológicos, físicos e sociais, além dos econômicos (OLIVEIRA, TOSCANO 2009).

Não existe uma definição comum para a QV, há uma aceitação de características conceitual semelhante, porém múltiplas dimensões a serem avaliadas, catalogado-se ao fato de que a vida compreende vários contextos, sendo o social, mental, física, material, cultural e econômica. Sendo assim, a qualidade de vida é singular, devido à importância e percepção que cada indivíduo atribui as vivências tanto na coletividade como de maneira individual (INOUE; PEDRAZZANI; PAVARINI, 2010).

Nesse contexto de QV existem alguns instrumentos comuns e validados para medir a qualidade de vida entre eles estão os instrumentos desenvolvidos pelo Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde o WHOQOL-100 e o WHOQOL-Bref os quais serão aplicados nessa pesquisa (FLECK, CHACHAMOVICH; TRENTINI, 2006).

Sendo assim, com todas as definições aqui expostas fica claro QV abrange fatores essenciais e aspirações individuais para suprirem diferentes necessidades de cada indivíduo. Dessa maneira, cada indivíduo não se contenta em só sonhar ou criar expectativas para o futuro mais também realiza-las de modo concreto.

Em se tratando de qualidade de vida dentro do asilo, essa é regida pelos próprios idosos (GRAEFF, 2007, p.18) diz:

(...) Suas intimidades são feitas em meio à coletividade. Um simples silenciar em um canto proporciona “o repouso necessário à habitação de um espaço privado”. Os quartos são considerados “espaços domésticos”, onde é necessário um convite para que outras pessoas possam entrar, as camas são lugares de privacidade, longe de “olhares indiscretos e acusadores” e os armários guardam memórias e identidades (GRAEFF, 2007, p.18).

Quando se trata QV de idosos institucionalizados, a melhoria de vida não está tão somente ligada a como os anciões são tratados no asilo por funcionários e coordenação, mas também como a sociedade está interferindo para a melhoria de vida desses idosos, mostrando

cuidado e zelo para que eles possam viver com dignidade, dando mais suporte as instituições que agora os assiste dando moradia honrada.

De acordo com Neri (2007), mensurar a qualidade de vida na velhice sugere aceitação de inúmeros discernimentos de caráter biológico, psicológico e social. Algumas informações são decisivas ou apontadoras de bem-estar na senilidade: longevidade, saúde biológica, saúde mental, satisfação, controle cognitivo, competência social, produtividade, atividade, eficácia cognitiva, status social, renda, prosseguimento de papéis familiares e continuidade de relações informais em grupos elementares, especialmente contextura de amizades. Sendo assim a promoção da boa qualidade de vida na velhice excede os limites da responsabilidade pessoal e deve ser encarada como um mecanismo de caráter sociocultural.

Dessa maneira, uma velhice satisfatória não deve ser caracterizada como uma condição biológica ou psicossocial, e sim como ocorre à interação da sociedade nesse processo de transformação, em um mundo de constante mudança a qualidade de vida na senescência sugere a união de todos indicadores para que ocorra um envelhecer digno.

4 PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO

4.1 Tipo de pesquisa

Trata-se de um tipo de pesquisa exploratório, descritivo com abordagem quantitativa. Para Gil (2009) a pesquisa exploratória, objetiva uma maior intimidade com o problema, tornando-o mais claro e facilitando o desenvolvimento das ideias, bem como alicies a teoria da pesquisa. O estudo é descritivo quando descreve as características de determinada população ou fenômeno e quando busca conhecer as diferentes situações e relações de uma população.

Marconi e Lakatos (2010) abordam que a pesquisa quantitativa refere-se a uma amostra de informações numéricas que são resultados de uma investigação, que será demonstrada através de quadros, tabelas e medidas. Torna-se necessário o levantamento de dados para análises das características de fatos ou fenômenos com intuito de provar hipótese.

4.2 Cenário e local da pesquisa

A pesquisa teve como cenário o Instituto de longa permanência para idosos, Instituto São Vicente de Paulo, em Junho de 2015, situado no município de Campina Grande, estado da Paraíba, localizada na região oriental do Planalto da Borborema, distante 130 km da capital do Estado, João Pessoa, com população de 385.213 habitantes, no qual 43,095 da população têm mais 60 anos (IBGE, 2014). A instituição conta com um total de 76 idosos. Os critérios de inclusão para a seleção da ILPIs foram:

- Ter um número elevado de idosos;
- E aceitação da equipe de ILPS para realização da pesquisa.

4.3 População e amostra de estudo

A população de idosos residentes no Instituto São Vicente de Paulo totaliza 76 idosos, destes, participaram do estudo aqueles que se enquadraram nos seguintes critérios de inclusão:

- Ter idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos;
- Não possuir deficiência cognitiva;
- Aceitar livremente participar da pesquisa onde serão orientados quanto aos objetivos, riscos e benefícios de participar da pesquisa;
- Assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE A).

Dessa forma, após avaliar os critérios de inclusão, participaram do estudo 30 idosos, pois seis se negaram a participar por timidez ou por acharem que não saberiam responder ao questionário, e outros os quarenta idosos por apresentar debilidade cognitiva severa.

4.4 Procedimento e instrumento de coleta

Os procedimentos para a realização da coleta de dados foram os seguintes:

Inicialmente a autorização da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Alcides Carneiro (CEP/HUAC-Anexo B), CAAE nº. 44940115.1.0000.5182, foram iniciadas as atividades da coleta no mês de Junho de 2015, inicialmente com a visita ao cenário da pesquisa para conhecer os participantes e em seguida a realização da coleta com a aplicação do questionário, sendo primeiramente a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A) após a leitura e elucidação dos objetivos, riscos e benefício do mesmo, em duas vias, uma ficando com a pesquisadora, e outra com o participante.

A coleta de dados foi realizada com a utilização do questionário WHOQOL-Old em associação ao WHOQOL-Bref (ANEXOS), desenvolvidos pelo Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (FLECK, CHACHAMOVICH; TRENTINI, 2006).

O questionário WHOQOL-Old contém 24 itens registrados em uma escala do tipo Likert variando de um a cinco pontos. Os escores mais altos representam uma alta qualidade de vida, escores baixos representam uma baixa qualidade de vida. Os itens são organizados em seis facetas: 1) “Funcionamento do Sensório”; 2) “Autonomia”; 3) “Atividades Passadas, Presentes e Futuras”; 4) “Participação Social”; 5) “Morte e Morrer”; e 6) “Intimidade”. Para cada faceta são dispostos quatro itens. Com isso, todas as facetas formam um escore dos valores possíveis que pode oscilar de 4 a 20. A pontuação das facetas ou dos 24 itens do módulo WHOQOL-Old pode ser combinada para produzir um escore geral para a qualidade de vida em adultos idosos (CHACHAMOVICH, 2005).

Sendo assim adequado destacar que o módulo WHOQOL-Old pode ser auto-administrado, realizado com a ajuda do entrevistador ou completamente administrado pelo entrevistador. Porém o entrevistador não pode interferir nas respostas formulando novas perguntas para os participantes, pois isso interferirá nas características originais do instrumento (FLECK, CHACHAMOVICH; TRENTINI, 2006)

O WHOQOL-Bref é a versão abreviada do instrumento WHOQOL-100. O questionário é composto por 26 questões, sendo duas questões gerais sobre qualidade de vida

e as demais 24 representam cada uma das facetas que compõe o instrumento de origem. Diferente do WHOQOL-100 onde cada uma das 24 facetas é avaliada a partir de quatro perguntas, o WHOQOL-bref avalia apenas uma. O instrumento é formado por 4 domínios: físico, psicológico, relações sociais e ambiente (THE WHOQOL GROUP, 1998b).

4.5 Análise dos dados

Os dados obtidos em ambos os questionários foram agrupados em planilhas do *Microsoft Excel*. O número total de respostas de cada pergunta foi multiplicado pelo escore da escala, variando de 1 a 5 conforme os questionários, onde quanto maior a pontuação, melhor a qualidade de vida. Ressalta-se que ao contrário das demais questões, as de número 3, 4, 2 e 6 do WHOQOL-Bref e 1, 2, 6, 7, 8, 9, 10 do WHOQOL-Old, o valor do escore se inverte, onde 1 corresponde a uma melhor qualidade de vida, tendo sido atribuído o valor 5, e assim sucessivamente (2 = 4, 3 = 3, 4 = 2 e 5 = 1). Após ser calculado a média de respostas por faceta os dados foram agrupados em nova tabela do excel e posteriormente importada para o SPSS versão 21.0 para análise univariada, com cálculo de frequência simples, porcentual e porcentagem acumulativa. Posteriormente esses resultados foram apresentados através de tabelas e gráficos.

4.6 Considerações éticas

A pesquisa foi conduzida de acordo com a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que aborda as diretrizes e normas regulamentadora de pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012); e na Resolução Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) nº 311/2007, que reformula o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (COFEN, 2007). Os participantes foram esclarecidos sobre os objetivos do estudo, riscos e benefícios, bem como o direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, ficando com uma cópia do TCLE.

4.6.1 Riscos

A resolução N°466 de Dezembro de 2012 aprovou as diretrizes e normas que envolvem pesquisas com seres humanos. A mesma diz que, toda pesquisa que venha a ser realizada com seres humanos envolverá diferentes tipos e graduações de riscos, seja ela de qual espécie for. Essa pesquisa envolve riscos admissíveis, tendo em vista que segue os princípios de autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade regidas pela

resolução em questão. Portanto, envolve o risco mínimo de constrangimento por se tratar de uma entrevista de cunho pessoal, com beneficência quando oferece a possibilidade de criar conhecimento sem afetar o bem-estar dos participantes da pesquisa e seus grupos ou coletividade.

4.6.2 Benefícios

Esse é um estudo que proporciona incontáveis benefícios. Um dos principais é construir o conhecimento a cerca da importância de políticas públicas adequadas a essa nova característica de sociedade advindo do envelhecimento populacional, preocupando com a qualidade de vida dos idosos em relação a essa nova experiência. Assim também como o crescimento da percepção individual do idoso acerca de seu bem-estar, podendo direcionar ações e políticas que favoreçam de forma efetiva o envelhecimento, programas de reabilitação, promoção de saúde e prevenção de doenças, permitindo o envelhecer com dignidade.

5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

5.1 Caracterização demográfica da amostra

Participaram do estudo 30 (trinta) idosos, sendo todos institucionalizados, a idade dos entrevistados variou de 61 anos a 101 anos. A característica demográfica coletadas dos participantes envolveram as seguintes variáveis: Idade, sexo, estado civil, escolaridade. O resultado pode ser observado nos Gráficos 1, 2, 3 e 4.

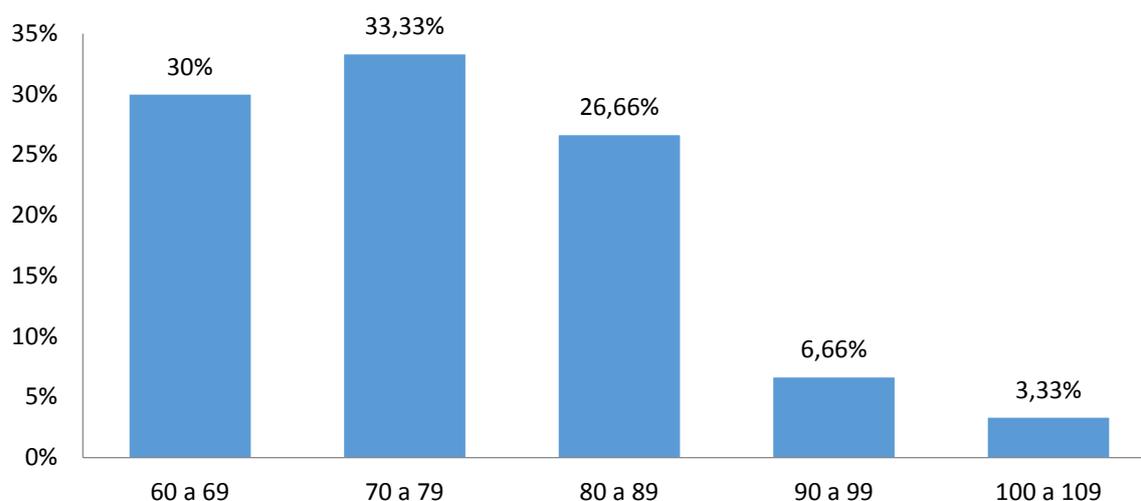


GRÁFICO 1- Distribuição percentual da pesquisa segundo a faixa etária. Campina Grande, Junho de 2015.

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Quanto ao gráfico 1, relacionado à faixa etária pode-se observar que o intervalo de 70 a 79 anos apresenta a maior frequência sendo de 33,3% dos idosos entrevistados, seguido pelo intervalo 60 a 69 anos que representa 30% entrevistados. Segundo Torres et al (2009) a idade é um fator de risco relevante para doenças crônico-degenerativas, que determinam para o idoso certo grau de dependência, e está diretamente relacionada a perda de autonomia e dificuldade de realizar as AVDs, interferindo na sua qualidade de vida.

No intervalo 80 a 89 anos a frequência foi de 26,6% do total de idosos que responderam ao questionário. Para corroborar com este estudo, Oliveira e Tavares (2014) destaca que o aumento de idosos nesta faixa etária depara-se de concordata com as projeções esperadas para esta população, resultado das altas taxas de natalidade anteriores e gradativa diminuição da fecundidade e da mortalidade em idades avançadas, assim como dos avanços

tecnológicos na área da saúde e aumento de políticas públicas para favorecer esse em grupo embora ainda esteja longe do desejado cominou para esse avanço etário.

Outros intervalos de faixa etária foram observados, 90 a 99 anos que obteve uma frequência de 6,6% dos idosos entrevistados seguidos do intervalo 100 a 109 anos que alcançou 3,3% dos entrevistados.

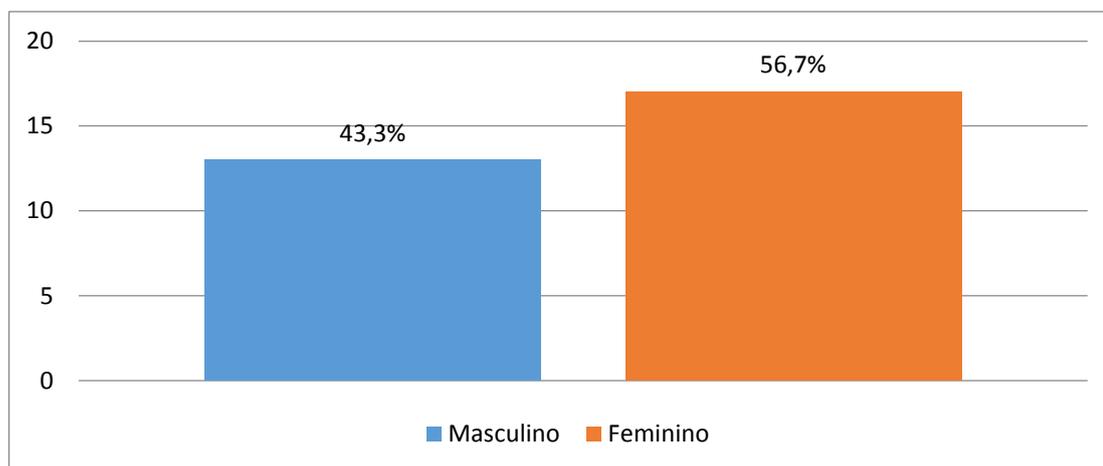


GRÁFICO 2- Distribuição percentual da pesquisa segundo o sexo. Campina Grande, Junho de 2015.

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

O gráfico 2 relacionado ao sexo mostra uma porcentagem maior do sexo feminino em relação ao sexo masculino, sendo 56,7% de mulheres e 43,3% de homens, isso evidência uma tendência nacional, segundo Freitas & Scheicher (2010), por vários motivos, que são: a expectativa de vida das mulheres é maior em relação aos homens; a viuvez que se repete mais para as mulheres; as idosas comumente possuem pouca escolaridade e baixa renda, fatores que contribui para entrada nas ILP.

Nota-se superioridade numérica de mulheres em relação aos homens consequente a feminilização e o modo como se dá o envelhecimento e o número reduzido de novo casamento quando viúvas ou separadas, segundo foi referido no último censo em 2010 (IBGE, 2010).

O aumento da expectativa de vida desse grupo etário é conferido principalmente à menor exposição a determinados fatores de risco, à maior preocupação e mais cuidados em relação às doenças e à prevenção da saúde que os homens, padrões de comportamentos, estilo de vida mais saudáveis, além da constatação nacional do aumento da feminilização da velhice (SILVA et al, 2013)

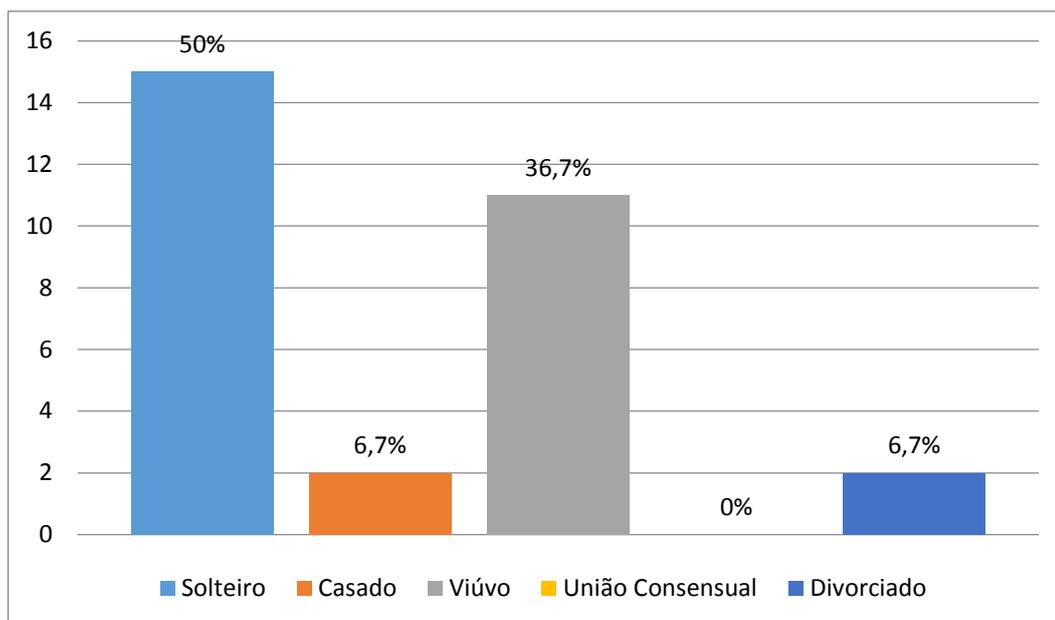


GRÁFICO 3- Distribuição percentual da pesquisa segundo o estado civil. Campina Grande, Junho de 2015.

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Na representação do gráfico 3 constatou-se o predomínio de idosos solteiros (50,0%), embora seja significativo o percentual de viúvos (36,7%). Essa grande incidência de viuvez pode ser atribuída às normas sociais e culturais predominantes na sociedade brasileira, e grande maioria são mulheres que se encaixam nessas estatísticas, sendo assim, muitas permanecem viúvas por dificuldade de encontrar um parceiro e ou por preconceitos familiares / sociais, uma vez que os homens se casam com mulheres mais jovens (SILVA et al, 2013).

No estudo também pode se destacar o grande percentual de solteiros que equivale à metade da população pesquisa, sendo (50,0%) de solteiros, isso leva a reflexão que o número reduzido de novo casamento quando viúvas ou separadas, segundo foi referido no último censo em 2010 (IBGE, 2010).

O Censo 2010 mostrou um crescimento significativo das uniões consensuais em relação a 2000. Das pessoas cadastradas no censo 2010, (36,4%) vivem em união consensual, já no presente estudo não aponta nenhum idoso nessa condição de união. Mostra também que a proporção de divorciadas quase dobrou, passando de (1,7%) para (3,1%) e nessa faceta apresenta (6,7 %) dos idosos entrevistados, isso também aponta para uma tendência mundial o número reduzido de casamentos (IBGE, 2010).

No presente estudo 6,7% dos idosos entrevistados são casados, os fatores mais importantes na longevidade conjugal parecem incluir sentimentos positivos em relação ao

cônjuge, um compromisso em longo prazo com o casamento, metas compartilhadas e intimidade equilibrada com autonomia (IBGE, 2010).

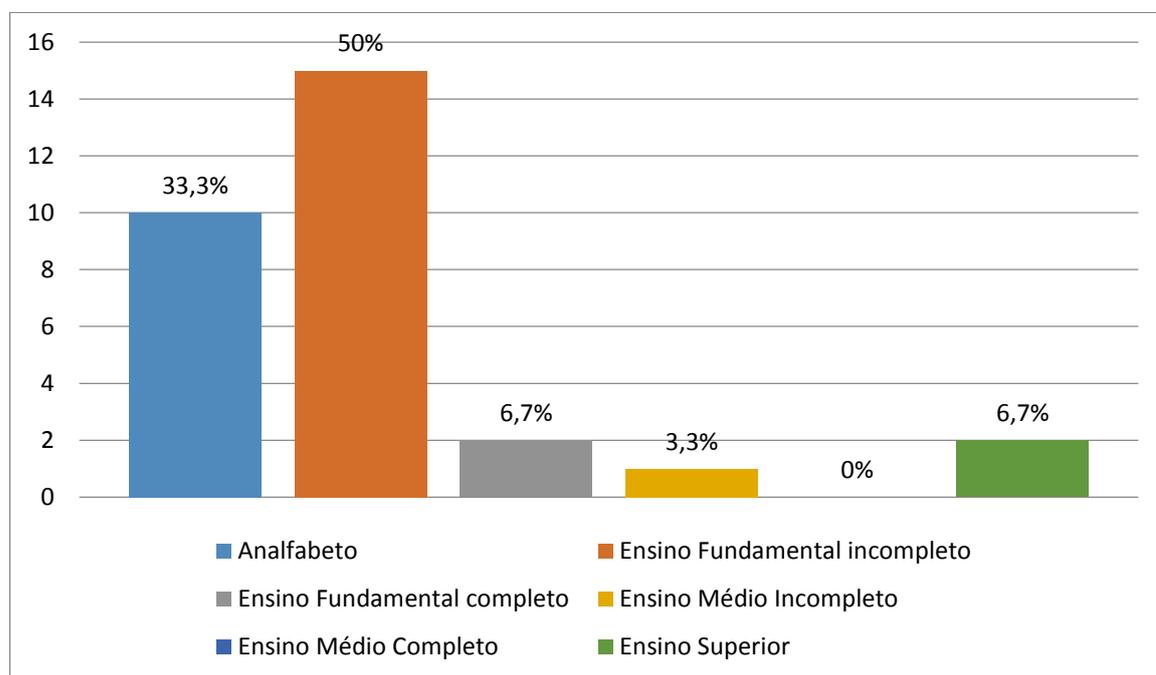


GRÁFICO 4- Distribuição absoluta e percentual da pesquisa segundo a escolaridade. Campina Grande, Junho de 2015.

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

A escolaridade dos participantes demonstra no gráfico 4 que 50,0% possuem o Ensino Fundamental incompleto, seguidos de 33,3% de idosos não são alfabetizados. Dos idosos pesquisados, apenas um 6,7% possuía curso superior. Esses dados estão em concordância com o IBGE ao afirmar ser o nível de escolaridade no Brasil, ainda muito a quem do desejado, principalmente na região Nordeste, cuja maioria da população está classificada como ‘não-alfabetizada’ (NUNES et al, 2010)

Na pesquisa 6,7% dos idosos entrevistados afirmam ter ensino fundamental completo, Nunes et al (2010) destaca ainda que o processo educativo, além de oferecer oportunidade da socialização e ampliação das relações pessoais permite aos idosos conhecer novas realidades. Assim, pautamo-nos que a escola deveria ser o lugar de debate, de tomada de decisões, de construção do conhecimento, de sistematização de experiências, um centro de participação popular na construção da cultura.

Os altos índices de analfabetismo condizem com a realidade de idosos que vivem em condições precárias, tendo a aposentadoria como única fonte de renda para todo o grupo

familiar tendo isso como um agravante para uma melhoria de sua condição futura, podendo ser motivo para ir para as ILPIs (DUARTE *et al.*, 2009).

De acordo com o Censo do IBGE do ano 2010, o analfabetismo na população de 15 anos ou mais de idade diminuiu de 13,63% em 2000 para 9,6% em 2010, mas ainda chega a 28% nos municípios com até 50 mil habitantes na Região Nordeste. A lentidão na queda no analfabetismo se deve ao grupo mais idoso, onde o censo apontou que 13.933.173 pessoas não sabem ler ou escrever, sendo que 39,2% desse contingente são idosos. Além disso, a maior proporção de analfabetos se concentrou nos municípios com até 50 mil habitantes na Região Nordeste, e a proporção de idosos que não sabiam ler e escrever nessas cidades era em torno de 60% (IBGE, 2010).

5.2 A qualidade de vida segundo a avaliação WHOQOL-OLD e WHOQOL-bref

O WHOQOL-OLD, específico para idosos, objetiva avaliar: funcionamento dos sentidos (avalia o funcionamento sensorial e o impacto da perda das habilidades sensoriais na qualidade de vida); autonomia (refere-se à independência na velhice, descreve até que ponto se é capaz de viver de forma autônoma e tomar suas próprias decisões); atividades passadas, presentes e futuras (descreve a satisfação sobre conquistas na vida e coisas a que se anseia); participação social (participação em atividades cotidianas, especialmente na comunidade), morte e morrer (preocupações, inquietações e temores sobre a morte e morrer) e intimidade (avalia a capacidade de se ter relações pessoais e íntimas) (MARCHIORI; DIAS; TAVARES, 2013).

As respostas dos idosos foram agrupadas às questões do WHOQOL-OLD, correspondentes aos aspectos de qualidade de vida, que o instrumento se propõe a avaliar: habilidades sensoriais (FS), autonomia (AUT), atividades passadas, presentes e futuras (APPF), participação social (OS), morte e morrer (MEM) e intimidade (INT) (THE WHOQOL GROUP, 1998b).

O instrumento WHOQOL-bref é formado por 4 domínios: físico, psicológico, relações sociais e ambiente (THE WHOQOL GROUP, 1998b).

TABELA 1- Distribuição absoluta e percentual da pesquisa segundo o funcionamento do sensorio. Campina Grande, Junho de 2015.

	N (30)	%
1	4	13,3
2	7	23,3
3	12	40,0
4	5	16,7
5	2	6,7
Total	30	100,0

1-Nada; 2- Muito pouco; 3-Mais ou menos; 4- Bastante; 5- Extremamente.

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

*(FS) habilidades sensoriais.

Ao analisar a faceta do funcionamento sensorio percebe-se que 40,0% se diz mais ou menos satisfeito com sua atividade sensoria, onde 23,4% dos idosos afirmaram estarem bastante e extremamente satisfeito , já uma percentagem de 36,7% mencionaram ser muito pouco satisfeito e nada satisfeito com seus sentidos, diante disso, outros estudos evidenciam que este sentimento dos idosos pode estar relacionado com as principais queixas sobre a saúde referida pelos idosos, no que se refere à diminuição das capacidades auditiva e visual, processo natural nessa fase da vida para a maioria dos idosos e, que se não tratados, acarreta catarata e glaucoma doenças bastante comuns na fase senescência que muitas vezes são negligenciadas por cuidadores ou as instituições (NUNES et al, 2010).

Os problemas relacionados à baixa acuidade visual podem impedir ou dificultar a independência do idoso em sua vida cotidiana. A perda visual pode impedir a realização de atividades cotidianas, influenciando assim na qualidade de vida dos indivíduos (NUNES et al, 2010).

O Ministério da Saúde mostra que o processo natural de senescência está associado a uma diminuição da habilidade visual do idoso devido às alterações fisiológicas das lentes oculares, déficit de campo visual e doenças de retina, e cerca de um terço das pessoas idosas

referem algum grau de diminuição da audição o que pode contribuir para o aparecimento de fragilidade (LIMA et al, 2013).

TABELA 2 - Distribuição absoluta e percentual da pesquisa a faceta Autonomia. Campina Grande, Junho de 2015.

	N (30)	%
1	2	6,7
2	11	36,7
AUT* 3	9	30,0
4	8	26,7
Total	30	100,0

1-Nada; 2- Muito pouco; 3-Mais ou menos; 4- Bastante; 5- Extremamente.

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

*(AUT) autonomia.

No conjunto autonomia da tabela 2 dos 30 dos idosos entrevistados 36,7% diziam muito pouco satisfeito com sua autonomia na instituição, poucos tinham ocupação ou desempenhavam algum trabalho dentro da Instituição, nesse conjunto também foi possível observar que 30,0% se diz mais ou menos satisfeito com o poder de tomar suas decisões. A esse respeito, estudo afirma que a maioria das instituições asilares não oferecem espaços de lazer e promoção de saúde para os moradores, assim como acontece de os cuidadores associarem a velhice com doença e incapacidade, sendo apenas armazéns de idosos oferecendo somente os cuidados básicos àquelas pessoas que estão envelhecendo, e não lhe oferta o mínimo de respeito, liberdade e dignidade (MURAKAMI; SCATTOLIN, 2010).

Os idosos deste estudo 36,7%, expressam não estarem entusiasmados com a sua autonomia nas instituições em que residem, fato esse que tanto pode ser pela liberdade minimizada que lhe é permitida ou pelo pouco respeito dado a essa liberdade por parte dos funcionários da instituição, principalmente com as regras que lhes são impostas e algumas doutrinas muito rígidas.

Os idosos, várias vezes, percebem que as pessoas da instituição em que moram não respeitam sua liberdade, não lhes oferecendo tomar decisões acerca do que gostariam de fazer em sua vida ou ainda, planejar seu futuro como se estivesse ali somente esperando a hora de

morrer. Isso significa que os idosos residentes em ILPI não têm sua autonomia preservada, nem liberdade para tomar decisões, quando necessárias, ou planejar seu futuro, não permanecendo na instituição fazendo aquilo que lhe dar gozo, de modo que as instituições parecem não percorrer conforme a indicação do Estatuto do Idoso em seu capítulo II, Art. 10, §1º e 2º (FLECK et al., 2006).

Com o presente estudo, é provável compilar que é necessário instigar o idoso a conquistar sua independência e autonomia, um processo já resguardado pela Política Nacional de Saúde da Pessoa, mediante assistência qualificada à saúde, com ênfase na prevenção e na detecção precoce da fragilidade, bem como o acompanhamento de qualidade dos idosos frágeis nas Instituições de Longa Permanência. Essa metodologia diminuirá o sofrimento daqueles que já não têm tanta liberdade quanto si mesmo e poderá proporcionar melhor qualidade de vida e minimizar possíveis gastos no sistema de saúde.

A principal manifestação de vulnerabilidade e fragilidade do idoso é o decaimento funcional. O termo fragilidade é utilizado para descrever o idoso com o risco maior de incapacidades, institucionalização, hospitalização e morte, entretanto, o conceito de fragilidade ainda é bastante controverso (LACAS; ROCKWOOD, 2012).

TABELA 3 - Distribuição absoluta e percentual da pesquisa segundo as atividades passadas, presentes e futuras. Campina Grande, Junho de 2015.

	n (30)	%
1	1	3,3
2	3	10,0
3	11	36,7
4	12	40,0
5	3	10,0
Total	30	100,0

1-Nada; 2- Muito pouco; 3-Mais ou menos; 4- Bastante; 5- Extremamente.

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

*(APPF) atividades passadas, presentes e futuras.

Na faceta “atividades passadas, presentes e futuras” foi encontrado um total, 36,7% dos idosos demonstraram nem insatisfação, nem satisfação quanto aos aspectos relacionados às atividades anteriormente realizadas, aquelas que ainda estão sendo realizadas e as que

ainda poderão ser feitas. Observou-se um número significativo de 50,0% de idosos que responderam que estavam bastante ou extremamente satisfeitos com as atividades passadas, presentes e futuras, porém muitos dizem que não tiveram reconhecimento significativo ao longo da vida ou não o esperam muitas conquistas para o futuro. Esse fato pode ser relacionado ao estado de saúde comprometido de alguns idosos e a incapacidade de realizar algum trabalho para conquistar o que almejam sendo assim mostra que agradecimento a tudo que conquistou.

Observou-se um número significativo de 50,0% de idosos que responderam que estavam bastante ou extremamente satisfeitos com as atividades passadas, presentes e futuras, porém dizem que não tiveram reconhecimento significativo ao longo da vida ou não o esperam muitas conquistas para o futuro. Esse fato pode ser relacionado ao estado de saúde comprometido de alguns idosos e a incapacidade de realizar algum trabalho para conquistar o que almejam sendo assim mostra que agradecimento a tudo que conquistou

Estudo mostra a estreita ligação entre o nível de satisfação e o grau de concretizações de uma pessoa, ou seja, o quanto o indivíduo conseguiu realizar, daquilo que almejava. Além disso, apontam que quanto menor a distância entre aspirações e realizações das pessoas, maior é a percepção de boa qualidade de vida (COSTA, 2010).

TABELA 4 - Distribuição absoluta e percentual da pesquisa segundo o domínio Participação Social. Campina Grande, Junho de 2015.

	N (30)	%
1	3	10,0
2	6	20,0
3	11	36,7
4	6	20,0
5	4	13,3
Total	30	100,0

1-Nada; 2- Muito pouco; 3-Mais ou menos; 4- Bastante; 5- Extremamente.

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

*(OS) participação social.

Observou na faceta segundo a participação social que diante da tabela 7 aqui exposta 36,7% dos idosos relatam mais ou menos satisfeitos com sua interação com o meio social, isso mostra que os idosos apresentam um conformismo com rumo de suas vidas e acreditarem que nada mais pode acrescenta na sociedade em que vive, porém por outro um percentual de 33,3 % de idosos disseram bastante e extremamente satisfeito com sua interação social.

Em relação ao domínio participação social da QV, que se refere ao uso do tempo livre e a participação em atividades da comunidade pelos idosos, esse também apresentou diferença estatística com o comprometimento da dinâmica familiar, assim como o domínio intimidade, em que são avaliadas questões relativas a companheirismo, capacidade de amar e se amado. As pessoas idosas, que estão bem integradas às suas famílias e ao seu meio social, têm maiores chances de sobrevivência, além de concentrar melhor capacidade de se recuperar das doenças, sendo o isolamento social importante fator de risco para a morbidade e mortalidade. A saúde de cada membro familiar afeta o funcionamento da família da mesma forma que o funcionamento desta afeta a cada um dos membros (FERNANDES, 2010).

Outro estudo mostra, em relação as necessidades psicossociais, que o próprio impacto da institucionalização contribui para a prevalência de sentimentos de ansiedade, angustia, aflição. O idoso é bastante influenciado pelas modificações de sua rotina diária trazendo repercussões tanto emocionais quanto físicas. Por isso é interessante que a instituição crie estratégias que e mostre a importância da proximidade desses idosos com a família e a sociedade, através de atividades como almoços em datas comemorativas, grupos de artesanato, de oração, passeios entre outras formas de lazer (OLIVEIRA; TAVARES, 2014).

TABELA 5 - Distribuição absoluta e percentual da pesquisa segundo a faceta Morte e Morrer. Campina Grande, Junho de2015.

	N(30)	%
MEM* 1	10	33,3
2	2	6,7
3	0	0
4	11	36,7
5	7	23,3
Total	30	100,0

1-Nada; 2- Muito pouco; 3-Mais ou menos; 4- Bastante; 5- Extremamente.

*(MEM) morte e morrer.

A faceta morte e morrer da tabela 5 são analisados os resultados do questionário no qual abrangia perguntas sobre o grau de preocupação do idoso com a morte, quanto ao medo de morrer, quanto a não poder controlar sua morte e o medo de sentir dor antes de morrer. A grande maioria, 60 % dos idosos afirmaram está bastante e extremamente preocupado com a morte e têm medo de sofrer. Nesse domínio as respostas “nada” e “muito pouco” correspondem aos melhores níveis de qualidade de vida, onde 40% do total dos entrevistados respondeu não está nada e muito pouco preocupado com a morte.

Envelhecer remete a: desistência, a falta de disposição, fim da atividade sexual, doença. Assim, uma pessoa idosa sem sintomas permanece jovem, como se a juventude fosse uma qualidade moral. Se, por séculos, as sociedades tradicionais integravam e valorizavam a sabedoria e a experiência de pessoas mais velhas, as sociedades atuais, voltadas ao culto da juventude, recusam a normalidade da velhice, a ponto de considerá-la uma doença. O estereótipo atual do velho é o de alguém doente, impotente, dependente, sem a dignidade de um ser humano forte e livre; porém, ao negar as diferenças e a realidade que poderia ser a nossa, nega-se a própria vida (GIACOMIN; SANTOS; FIRMO, 2013).

Diante disso, o envelhecer, o encontro com a morte se dá de modo repetitivo: na família, na vizinhança, na vida. Mas a morte também é vivida no próprio corpo, antecipadamente enlutado, machucado, limitado, mutilado, impedido de trabalhar e de fazer o que deseja ou gosta. Diante da consciência da própria finitude, na interação dinâmica do processo saúde-doença-velhice, o luto antecipado do sujeito idoso revela-se na convivência com doenças crônicas e incapacitantes e nos medos de não dar conta, de dar trabalho e de morrer.

Diante disso, a expressão do contexto, pesquisa realizada por Giacomini, Santos & Firmo (2013) mostra que ao buscar atenção e cuidado nos serviços de saúde, os entrevistados recebem um cuidado fragmentado, limitado apenas ao local onde a doença se instalou, e produtor de uma cultura de conformismo e paciência, por parte da pessoa idosa e por parte da assistência, o que pode exacerbar o medo de morrer pelo conjunto de problemas não cuidados. Ao cuidar de pessoas idosas, é necessário oferecer recursos que ultrapassem essa visão tecnicista, pessimista e limitada. O profissional de saúde deve agregar habilidades à sua prática cotidiana que lhe permitam compreender a complexidade do processo saúde-doença-incapacidade na velhice e dos medos de envelhecer, do morrer e da morte, que têm grande impacto sobre todos os envolvidos (GIACOMIN; SANTOS; FIRMO, 2013).

TABELA 6 - Distribuição absoluta e percentual da pesquisa segundo a faceta Intimidade. Campina Grande, Junho de 2015.

	Frequência	Porcentual
1	14	46,7
2	1	3,3
INT* 3	13	43,3
4	2	6,7
Total	30	100,0

1-Muito insatisfeito; 2- Insatisfeito; 3- Nem satisfeito nem insatisfeito; 4- Satisfeito; 5- Muito satisfeito.

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

*(INT) intimidade.

Na faceta intimidade no questionário, envolveu perguntas sobre o companheirismo, o sentimento de amor e a capacidade do idoso ser amado, 50% dos idosos se dizem “muito insatisfeito” e “insatisfeito”, quanto a questão está ligada a sexualidade. Estudo realizado por Couto e colaboradores (2013) demonstra “dificuldade associada ao processo de envelhecimento fisiológico e patológico e “a vivência da sexualidade associada à afetividade e a solidão”. Eles constataram que os idosos do sexo masculino tendem a destacar o declínio físico como uma dificuldade significativa em relação à sua vida sexual atual e a compará-la ao seu desempenho na juventude; já os idosos do sexo feminino tendem a destacar a importância de outros sentimentos envolvidos em sua sexualidade.

Na análise é notório o sentimento de conformismo, 43,3% dos idosos entrevistados disseram nem satisfeito nem insatisfeito com a sua intimidade. Uma pesquisa qualitativa com 20 idosos, entre 60 e 85 anos, com o objetivo de descrever a visão do idoso sobre sua sexualidade, concluiu que as expressões de afeto, carinho, sensação de aconchego, capacidade de amar e o desejo por intimidade não acabam em nenhuma idade, e que podem ser realizados por toda a vida, sendo sua manifestação vital para o desenvolvimento das pessoas de mais idade, proporcionando lhes auto-estima e realização pessoal (JÚNIOR et al , 2009).

O estudo supracitado constatou ainda que, quando um homem e uma mulher idosos estabelecem qualquer tipo de conduta sexual e a mantêm, sofrem pressão social negativa, uma vez que a maioria da população considera que as suas funções sexuais não deveriam existir nessa fase, chegando mesmo a ridicularizá-los quando estes demonstram qualquer interesse pela sexualidade (JÚNIOR et al , 2009).

De acordo com Papaléo Netto (2011), o envelhecimento é um processo contínuo da vida, que começa desde o nascimento até morte do indivíduo. Ao longo desse processo, o organismo humano passa pelas fases de desenvolvimento, puberdade, maturidade e velhice, as quais passam por marcadores biofisiológicos que representam limites de transformação entre as mesmas, como é o caso da menarca, marcador do início da puberdade na mulher.

Considerando que na fase idosa algumas dificuldades fisiológicas se apresentam, como o surgimento da menopausa nas mulheres, onde ela deixa de produzir o estrogênio e conseqüentemente pode causar mudanças significativas em seu corpo e sua sexualidade, tais como diminuição da lubrificação vaginal, do interesse sexual e alterações de humor; e nos homens a ereção não mostra o mesmo nível de rigidez e duração, ocorre uma diminuição volume de esperma e do jato ejaculatório (OLIVEIRA, 2013).

A sexualidade para os idosos não deve ser entendida apenas como o ato sexual, mas o maior envolvimento afetivo, companheirismo, troca de experiências, novas descobertas e novas formas de se obter e dar prazer, deve-se entender que o exercício da sexualidade representa saúde e qualidade de vida.

Dessa forma, os maiores escores do domínio intimidade podem indicar que os idosos investigados estão tão satisfeitos ou estão mantendo relações de intimidade suficientes que lhe permitem perceber positivamente a qualidade de vida como um todo. Estudo realizado por Filho et al (2014) destaca o companheirismo, o amor e a visão madura da vida, apesar do conformismo com os relacionamentos pessoais e íntimos, como fatores relevantes da qualidade de vida de idosos. Nesse sentido, as análises preditivas permitem explicar o aumento da qualidade de vida a partir do aumento do domínio autonomia e do domínio intimidade.

TABELA 7 - Distribuição absoluta e percentual da pesquisa segundo o domínio Físico. Campina Grande, Junho de 2015.

	n (30)	%
--	--------	---

	1	1	3,3
	2	15	50,0
Físico	3	6	20,0
	4	8	26,7
Total		30	100,0

1-Muito insatisfeito; 2- Insatisfeito; 3- Nem satisfeito nem insatisfeito; 4- Satisfeito; 5- Muito satisfeito.

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Como visualizado na tabela 7, os maiores percentuais dos escores relacionados as respostas que representam a percepção sobre o domínio físico, mostra que 53,3% dos idosos disseram que estão “muito insatisfeitos” e “insatisfeitos” com sua capacidade física, este reflexo está relacionado com falta de atividade física, e ao comprometimento da capacidade de locomoção (OLIVEIRA et al. , 2011).

Oliveira et al (2011) diz que as limitações físicas afetam a autonomia e, conseqüentemente, a percepção sobre os fatores físicos acentuam-se com a ocorrência de deficiências e provocam graves impedimentos, principalmente na mobilidade dos idosos. Esse mecanismo também foi verificado na avaliação da mobilidade dos idosos, já que o nível de atividade física foi classificado como baixo, o que implica que estes idosos não atingem o mínimo recomendado para manutenção da saúde de acordo com as recomendações atuais de, pelo menos, 30 minutos diários de atividade física com intensidade moderada ou vigorosa catalogado à presença de doenças e suas sequelas ou uso de certos medicamentos. A perda gradual do vigor físico e da produtividade, aliadas à suscetibilidade elevada às doenças crônicas, fazem o idoso mais vulnerável física e emocionalmente, podendo ser a única possibilidade ao idoso a institucionalização (OLIVEIRA et al , 2011).

Corroborando esta ideia, Gravina e colaboradores (2010) afirmam que envelhecimento associa-se à redução da massa muscular esquelética, com diminuição da força muscular, redução do débito cardíaco e da função respiratória, mudanças no sistema endócrino e sistema imunológico, diminuição da densidade óssea e maior prevalência e incidência de sedentarismo. Este último que em idosos pode ser caracterizado por práticas de exercícios físicos com duração menor que 150 minutos por semana, sendo um importante fator de risco para doenças como diabetes mellitus, doença arterial coronariana, obesidade, hipertensão arterial, ansiedade, depressão, aterosclerose, dislipidemia e osteoporose.

TABELA 8 - Distribuição absoluta e percentual da pesquisa segundo o domínio psicológico. Campina Grande, Junho de 2015.

Psicológico	n (30)	%
1	5	16,7
2	10	33,3
3	9	30,0
4	6	20,0
Total	30	100,0

1-Muito insatisfeito; 2- Insatisfeito; 3- Nem satisfeito nem insatisfeito; 4- Satisfeito; 5- Muito satisfeito.

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Na tabela 8 do domínio psicológico observou que 30,0% dos idosos responderam nem satisfeito nem insatisfeito quanto sua percepção e domínio psicológico e 33,3% estão insatisfeitos quanto a essa faceta, sendo assim, conforme mencionam Martin e Póvoa (2013), de maneira epidemiológica, aprecia-se que cerca de 15% dos idosos mostram alguns sintomas de depressão. A incidência desse transtorno mental em populações institucionalizadas revela-se maior quando comparadas com a de idosos não institucionalizados, podendo atingir 31% e 23% respectivamente.

A prática de atividades, além de benefícios físicos para o idoso, possui uma forte relação com bem-estar psicológico, benefícios significativos em aspectos cognitivos, saúde mental e bem estar geral do indivíduo durante o processo de envelhecimento (MATSUDO, 2009).

Estudo atual sugere que os idosos podem apresentar uma imensa capacidade de se adaptar a novas situações e de pensar estratégias que sirvam como fatores protetores. O conceito de resiliência, que pode ser definido como a capacidade de recuperação e manutenção do comportamento adaptativo mesmo quando ameaçado por um evento estressante, e o de plasticidade, caracterizado como o potencial para mudança, são vividos pelos idosos e constituem fatores indispensáveis para um envelhecimento bem-sucedido (SCHNEIDER; IRIGARAY, 2010).

Os sintomas depressivos são comumente notados entre os idosos, variando de 8 a 16%, e frequentemente, é negligenciada. Não é uma consequência natural do envelhecimento, mas está entre as três fundamentais causas de incapacidade no mundo contemporâneo e constitui-se em verdadeira “epidemia silenciosa”, cuja importância na morbimortalidade geral se aproxima à notada nas doenças crônico-degenerativas. Em 2030, avalia-se que o transtorno

depressivo unipolar venha a ser a segunda posição como causa de incapacidade em todo o mundo e a primeira causa em países ricos (GONZALEZ, 2010).

De acordo com Santana (2007), a institucionalização asilar é uma situação estressante e que facilita o desenvolvimento de depressão. A partir do momento da institucionalização os idosos são retirados do meio social em que viviam e colocados em um lugar com regimento próprio, sob representação social da instituição.

O bem estar psicológico na senescência está relacionado há diversos fatores, principalmente como o idoso se auto avalia, pois na velhice é exigido uma aceitação das próprias limitações em varias situações da vida, o gostar de si próprio surge como ferramenta para se ter paciência com as limitações que aparecem no decorrer do envelhecimento, mas para que tudo isso seja possível é necessário saber de quem gostar e a quem compreender (GONZALEZ, 2010).

Não se trata de um excesso de valorização da nossa própria pessoa, de arrogância ou egocentrismo, e sim gostar daquilo que somos reconhecendo e valorizando nossas habilidades e também aceitando nossas limitações (GONZALEZ, 2010).

TABELA 9 - Distribuição absoluta e percentual da pesquisa segundo a faceta As Relações Sociais. Campina Grande, Junho de 2015.

Relações Sociais	N(30)	Porcentual
1	2	6,7
2	7	23,3
3	16	53,3
4	5	16,7
Total	30	100,0

1-Muito insatisfeito; 2- Insatisfeito; 3- Nem satisfeito nem insatisfeito; 4- Satisfeito; 5- Muito satisfeito.

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

O presente estudo na tabela 9 mostra que em relação as relações sociais há uma resignação dos idosos onde 53,3% dos entrevistados dizem não estarem nem satisfeito nem insatisfeito com esse domínio participação social (participação em atividades cotidianas, especialmente na comunidade). Conforme Vitorino, Pashulim e Vianna (2012) é preciso observar os dois lados, de um lado encontra-se o usuário, que vivendo um momento singular, traz suas necessidades de saúde e do outro, encontra-se um ou mais trabalhador, que dispõe de

um conjunto de conhecimentos, ferramentas e tecnologias, que podem responder às necessidades trazidas pelo primeiro. Nesse sentido ações humanizadas e socialmente apropriadas, na tentativa de produzir um ambiente acolhedor, pautado em saberes e em práticas de promoção da saúde mais flexíveis, na dinâmica da construção de diálogos e nas transformações de relações e de atitudes diárias dos sujeitos envolvidos devem ser ofertadas (VITORINO; PASHULIM; VIANNA, 2012).

O estudo mostrou que apenas 16,7% estão satisfeito com essas relações, diante disso, compreende-se que o apoio social, que refere-se a funções desempenhadas por grupos ou pessoas significativas (familiares, amigos ou vizinhos) para o indivíduo em determinadas situações da vida, ainda está escasso nas ILPIs.

Embora comumente as pessoas associem ILPIs à instituições de saúde, estas não são direcionadas à clínica ou à terapêutica dos seus usuários, como ocorre em hospitais. Contudo os residentes recebem além de moradia, vestuário, alimentação, assistência médica e medicamentos, bem como praticam atividades físicas ou de lazer e participam de oficinas como forma de promover uma interação social (CAMARANO; KANSO, 2010).

Diante do exposto, assim como na família, o convívio em sociedade permite a troca de carinho, experiências, ideias, sentimentos, conhecimentos, dúvidas, além de uma troca permanente de afeto. Outros aspectos importantes consistem na estimulação do pensar, do fazer, do dar, do trocar, do reformular e do aprender. O idoso necessita estar engajado em atividades que o façam sentir-se útil.

TABELA 10 - Distribuição absoluta e percentual da pesquisa segundo o domínio Relações ambientais. Campina Grande, Junho de 2015.

Relações Ambientais.	N(30)	%
1	3	10,0
2	3	10,0
3	12	40,0
4	7	23,3
5	5	16,7
Total	30	100,0

1-Muito insatisfeito; 2- Insatisfeito; 3- Nem satisfeito nem insatisfeito; 4- Satisfeito; 5- Muito satisfeito.

No domínio relações ambientais é demonstrado que 40,0% dos entrevistados diz não “está nem satisfeito nem insatisfeito” em relação ao ambiente que está inserido..

O domínio relação ambiental está relacionado ao ambiente físico, recursos financeiros, diversão e lazer, meios transporte, acesso de novas informações, cuidados em saúde e segurança física. O percentual de insatisfação dos idosos entrevistados é de 20,0% neste domínio, , quando associado a resposta mediana citada no parágrafo anterior acumula 60% das respostas possuindo impacto negativo na qualidade de vida, e relacionando-se ao cotidiano desses idosos por estarem em um ambiente restrito, muitas vezes invariável, em convivência com pessoas desconhecidas e perdendo assim sua privacidade, sem perspectiva de dias melhores.

Partindo do principio que o meio ambiente também está relacionado com a estrutura física, as pessoas idosas devem se beneficiar de intervenções no planejamento de ambientes que compensem as suas perdas funcionais. Assim, considera-se essencial que os espaços físicos sejam aprimorados, aumentando suas qualidades funcionais, em conformidade com as necessidades dos usuários que viverão ali. Dessa forma acredita-se que a ideia do espaço para todos, possa ser uma ferramenta a ser incorporada ao processo de criação, onde a segurança e a acessibilidade passam a serem fatores relevantes (VIDIGAL; CASSIANO, 2009).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Acredita-se que o presente estudo tenha trazido informações importantes sobre a qualidade de vida do idoso residente em ILPI, permitindo retratar essas características com dados de instituições no nordeste brasileiro.

No questionário WHOQOL-Old os resultados apontam para um conformismo com sua situação dos idosos entrevistados nos cinco domínios: funcionamento sensorio; autonomia; atividades passadas, presentes e futuras; morte e morrer; participação social. E no questionário WHOQOL-Bref houve uma insatisfação nos 4 domínios: físico, psicológico, relações sociais e ambiente. Portanto, observa-se a necessidade cada vez maior de políticas públicas de saúde mais efetivas e dinâmicas, capazes de atender às demandas crescentes dos idosos institucionalizados, aperfeiçoando assim a assistência e favorecendo a uma melhoria na qualidade de vida desses idosos.

Percebe-se a importância da integração dos idosos com equipe de apoio da instituição, sendo este vínculo uma chave que possibilita o desenvolvimento de atividades de promoção e prevenção à saúde de forma a permitir que ambos encontrem, conjuntamente, uma solução terapêutica mais efetiva e adequada em que o equilíbrio familiar e social dentro da residência institucional.

Sabe-se que a promoção da saúde e a prevenção de agravos são estratégias que contemplam o melhor custo-benefício para a redução da morbidade. Sendo assim, fazem-se necessárias intervenções que visem à promoção da saúde e prevenção de agravos, bem como o tratamento e reabilitação das condições mórbidas já instaladas, o que poderá contribuir para um envelhecimento ativo, bem sucedido e com qualidade de vida.

É evidente que, mesmo diante de novas Políticas de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa, ainda se faz necessário repensar os cuidados essenciais às necessidades do idoso, com medidas concretas direcionadas a ações de prevenção, detecção precoce, acompanhamento e reabilitação desses idosos, bem como articulação de grupos de convívio, criação de rodas de conversa com o idoso e sua família e/ou cuidador com participação dos profissionais da Atenção Básica, principal ferramenta para aplicação das Políticas de Saúde do Idoso no seu cotidiano.

A importância da temática trabalhada se dá pelo impacto sofrido pela sociedade advindo do envelhecimento populacional sem políticas públicas adequadas a essa nova característica, levando muitos familiares a os direcionarem para ILPIs ou os deixarem em situação de abandono, sem se preocupar com a qualidade de vida dos idosos frente a essas novas experiências. A indagação sobre a percepção individual do idoso acerca de seu bem-estar pode direcionar ações e políticas que favoreçam de forma efetiva o envelhecimento,

programas de reabilitação, promoção de saúde e prevenção de doenças, permitindo o envelhecer com dignidade.

Sendo assim, sugere-se a aplicação dos acordos atuais sobre a promoção da prática de atividades para contribuir para envelhecimento bem-sucedido dos idosos residentes em ILPIs, pois um estilo de vida ativo é uma estratégia eficaz de promoção da saúde, funcionalidade, autonomia e melhor qualidade de vida dos idosos.

REFERÊNCIAS

AGENCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). RDC nº 283, de 26 de setembro de 2005. *Aprova o Regulamento Técnico que define normas de funcionamento para as Instituições de Longa Permanência para Idosos, de caráter residencial*. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/58109e00474597429fb1df3fbc4c6735/RDC+N%C2%BA+283-2005.pdf?MOD=AJPERES> > Acesso em: 08 de Out. de 2014.

ANDRADE, D. M. B; NERY, V. A. S. Avaliação da qualidade de vida de idosos institucionalizados. *C&D-Revista Eletrônica da Fainor*, Vitória da Conquista, v.5, n.1, p.130-140, jan./dez. 2012.

BRASIL. Lei 8842, de 4 Janeiro de 1994 dispõe sobre a Política Nacional do Idoso. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=138955>> Acesso em: 03 Nov. 2014.

BRASIL. *Organização Mundial da Saúde (OMS)*. Qualidade de vida: conceito de saúde. 2002.

BRASL. Conselho Nacional de Saúde. *Diretrizes e normas regulamentada de pesquisa social. Comissão Nacional e Ética e Pesquisa CONEP Resolução 466/12 sobre a pesquisa envolvendo seres humanos*. Ministério da Saúde: Brasília, 2012. Disponível em <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em 05 jul. 2015.

CAMARANO, A. A.; KANSO, S. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. In: Elisabete Viana de Freitas; Lígia Py. (Org.). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 3 ed. Rio de Janeiro: Grupo Editora Nacional/Guanabara Koogan, 2011, p. 58.

CAMARANO, A. A; SCHARFSTEIN, E. A. Instituições de longa Permanência para idosos: abrigo ou retiro? In: CAMANARO, A. A. (Org). Cuidado de longa duração para a população idosa: um novo risco assumido? Rio de Janeiro, IPEA, p. 163-183, 2010. Disponível<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/4606/pdf_3606> Acesso em : 28 Ago. 2015.

COUTO, M. T. et al . O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero. *Interface*, Botucatu, v. 14, n. 33, Jun 2013 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832010000200003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em : 25 Jun. 2015.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. *Resolução 311/2007*. Código de Ética dos profissionais de Enfermagem. Rio de Janeiro, 2007

CONVERSO, M. E. R; LARTELLI, I. Caracterização e Análise do Estado Mental e funcional de idosos institucionalizados em instituição pública de longa permanência. *Bras Psiquiatr*, Rio de janeiro, 2007. v. 4, p. 267-272.

COSTA, G. L. Mecanismos Biológicos do envelhecimento. In: ELISABETE, V. F.; LIGIA, P. (Org.). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 3a ed. Rio de Janeiro: Grupo Editora Nacional/Guanabara Koogan. 2010. p. 14- 33.

DIAS, B. K. P; CARDOSO, M. C. A.F. *Características da função de deglutição em um grupo de idosas institucionalizadas*. *Estud. Interdiscipl. Envelhec. Porto Alegre*, v.14, p. 107-24, 2009.

FERNANDES, M. E. Qualidade de vida e fatores associados em idosos dependentes em uma cidade do interior do Nordeste. *J Bras Psiquiatr.* 2010.

FERNANDES, M. T. O.; SOARES, S. M. O desenvolvimento de políticas públicas de atenção ao idoso no Brasil. *Rev. Esc. Enferm. São Paulo*, v. 46, n. 6, Ago./ Set. 2012.

FILHO, P. J B. G et al. Qualidade de vida de idosos com deficiência e prática de atividade física em instituições de longa permanência. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* Rio de Janeiro, 2014.

FLECK, M. P.; CHACHAMOVICH, E.; TRENTINI, C. M. Development and validation of the Portuguese version of the WHOQOL-OLD module. *Rev Saúde Pública*, v. 40, p. 785-91. 2006.

FREITAS, E. V. e tal. *Tratado de geriatria e gerontologia*. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. 1666p.

FREITAS, M. A. V;SCHEICHER, M. E. Qualidade de vida de idosos institucionalizados. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, v.13, n.3 Rio de Janeiro. 2010.

GIACOMIN, K. G; SANTOS, W. J; FIRMO, J. O. A. O luto antecipado diante da consciência da finitude:a vida entre os medos de não dar conta, de dar trabalho e de morrer. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2013. <www.scielo.br/prc> Acesso: 15 Jun. 2015.

GIL, A. C. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

GRAEFF, L. Instituições totais e a questão asilar: uma abordagem compreensiva. *Estud. Interdiscp*, Porto Alegre, v. 11, p. 9-27. 2007.

GONZALEZ, H. M. Depression care in United States. *Arch. Gen. Psychiatr.*, Chicago, v. 67, p.37-46, 2010.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Infográficos: dados gerais da Paraíba*. 2014.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2012. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?codmun=230550>>. Acesso em: 06 de Nov. 14.

IBGE, Fundação do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, censo demográfico 2000. Rio de Janeiro. 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Censo demográfico 2010*. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1> > Acesso em 21 out de 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA-IBGE. Censo 2010. Disponível em: <www.ibge.gov.br>. Acesso em 17 de Agosto de 2015

INOUE, K.; PEDRAZZANI, E. S.; PAVARINI, S. C. I. Implicações da doença de Alzheimer na qualidade de vida do cuidador: um estudo comparativo. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 5, p. 891-899, mai. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2010000500011&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 28 de Out. de 2014.

LACAS, A.; ROCKWOOD, K. Frailty in primary care: a review of its conceptualization and implications for practice. *BMC Med.*, Londres, v. 10, n. 4, 11 Jan. 2012.

LAFIN, S. M. F. Asilos: algumas reflexões. In: CORTELLETTI, I. A.; CASARA, M. B.; HERÉDIA, U. B. M. (Org.). *Idoso Asilado: um estudo gerontológico*. Porto Alegre: Educrcs / Edipucrs, 2004.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. Fundamentos da Metodologia Científica. 7 ed. São Paulo: Atlas; 2010.

LIMA, D. L.; LIMA, M. A. V. D.; RIBEIRO, C. G. Envelhecimento e qualidade de vida de Idosos Institucionalizados. *RBCEH*, Passo Fundo, v. 7, n. 3, p. 346-356, set./dez. 2010.

LIMA. U. S et al. Fragilidade e fatores associados em idosos residentes em uma instituição de longa permanência. *Rev enferm UFPE on line*, Recife, jun. 2013.

MARCHIORI, G. F., DIAS F. A., TAVARES .D .M .S, Qualidade de vida entre idosos com e sem companheiro. *Rev enferm UFPE on line.*, Recife, 7(4):1098-106, abr. 2013.

MARTIM. I; PÓVOA. V.O. Estudo piloto para validação da escala de qualidade de vida para residentes de instituições de longa permanência para idosos. *Estud. interdiscipl. envelhec.*, Porto Alegre, v. 18, n. 2, p. 367-386, 2013.< <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/>> Acesso em 17 de Agosto de 2015.

MORAES, E. N.; MORAES, F. L.; LIMA, S. P. Características biológicas e psicológicas do envelhecimento. *Ver Med* . Minas Gerais ; V. 20. p. 67-73, 2010.

MURAKAMI. L; SCATTOLIN. F. Avaliação da independência funcional e da qualidade de vida de idosos institucionalizados. *Rev Med Hered* 21, 2010. Disponível em : < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692012000600022&script=sci_arttext&tlng=pt> Acesso em Mai. 2015.

NUNES. V. M. A et al, 2010. Avaliação da Qualidade de Vida em idosos institucionalizados no município de Natal, Estado do Rio Grande do Norte. *Maringá*, v. 32, n. 2, p. 119-126, 2010.

NERI, A. L.(Org) *Qualidade de Vida na Velhice. Enfoque Multidisciplinar*. Campinas SP, Ed. Alínea, 2007.

OLIVEIRA. P. B; TAVARES. D. M. S. Condições de saúde de idosos residentes em Instituição de Longa Permanência segundo necessidades humanas básicas. *Rev Bras Enferm*. Mar./abr. 2014. Disponível em:
<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/rt/printerFriendly/5151/html_679> Acesso 20 Agosto.

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

RIBEIRO, A. P.; PIRES, V. A. T. N. Atuação do enfermeiro da estratégia saúde da família na atenção à saúde do idoso. *Revista Enfermagem Integrada*. Ipatinga, v.4, n.2, nov./dez. 2011. Disponível< <http://www.unilestemg.br/enfermagemintegrada/artigo/v4/12-perfil-dos-idosos-inseridos-em-um-centro-de-convivencia>> Acesso 28 Junho 2015.

RODRIGUES, R. A. P. Arranjo Domiciliar dos Idosos mais Velhos. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. Ribeirão Preto, v.18, n.1, jan./fev, 2010.

SILVA. D. N. O. Percepção do idoso acerca da sua sexualidade. *Nurs UFPE on line.*, Recife, v. 9, n. 5:7811-8, May. 2015.

SUKUKI, M. M.; DEMARTINI, S. M.; SOARES, E. Perfil do idoso institucionalizado na cidade de Marília: Subsídios para elaboração de políticas de atendimento. *Revista de Iniciação Científica da FFC*, v.9, n.3, p. 256-268, 2009.

TOSCANO, J. J. O.; OLIVEIRA, A. C. C. Qualidade de Vida em idoso com distintos níveis de atividade física. *Ver Bras Med Esporte*, Niterói vol. 15, n. 3, Mai/Jun, 2009. Disponível em< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-86922009000300001> Acesso 14 Jun 2015.

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

VITORINO. L. M; PASKULIN L.M. G; VIANNA.L.A. C. Qualidade de vida de idosos em instituição de longa permanência *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. v. 20, n. 6 nov./dez. 2012.< www.eerp.usp.br/rlae> Acesso: 17. Ago de 2015.

WHOQOL GROUP. The World Health Organization Quality Of Life Assessment (WHOQOL): Position Paper from The World Health Organization. *Soc. Sci. Med.*, v. 41, p. 10, 1995. Disponível em: < <http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol.html>> Acesso em: 05 de Out. de 2014.

WHOQOL GROUP. The World Health Organization Quality Of Life Assessment (WHOQOL): Versão em Português dos Instrumentos de Avaliação de Qualidade de Vida.

1998a. Disponível em: < <http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol.html>> Acesso em: 08 de Out. de 2014.

WHOQOL GROUP. Development of the World Health Organization WHOQOL-bref. Quality of Life Assesment. *Psychol Med.* v. 28, p.551-8, 1998b. . Disponível em: < <http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol.html>> Acesso em: 02 de Out. de 2014.

APÊNDICES

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Esta pesquisa é intitulada: “QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS QUE VIVEM EM INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA EM CAMPINA GRANDE - PB”. Está sendo desenvolvida por, Poliane Ramos Porto, aluno do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, Campus Cuité, sob a orientação da **Prof.^aMsC Heloisy Alves de Medeiros**, cujos objetivos são: Verificar qual a compreensão dos idosos institucionalizados sobre a sua qualidade de vida através do questionário aplicado e traçar perfil sócio demográfico dos idosos que vivem instituições de longa permanência. Esta pesquisa fará parte de um trabalho de conclusão de curso a ser apresentado, defendido e, posteriormente, podendo ser divulgado na íntegra ou em parte em eventos científicos, periódicos e outros, tanto a nível nacional ou internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, o nome do (a) senhor (a) será mantido em sigilo.

Desse modo, para que possamos concretizá-la, solicitamos sua contribuição no sentido de participar da mesma, voluntariamente. Informamos que será garantido seu anonimato bem como assegurada sua privacidade e o direito de autonomia referente à liberdade de participar ou de desistir da mesma e que não será efetuada nenhuma forma de gratificação da sua participação. Caso decida não participar do estudo ou resolva a qualquer momento desistir do mesmo, o seu desejo será respeitado e acatado.

Os pesquisadores¹ estarão a sua disposição para quaisquer esclarecimentos que considere necessários em qualquer etapa da pesquisa, bem como o Comitê de Ética² local.

Diante do exposto, agradecemos sua valiosa contribuição para a realização dessa pesquisa.

Eu, _____, concordo em participar dessa pesquisa, declarando que cedo os direitos do material coletado e que fui devidamente esclarecido (a), estando ciente dos objetivos e da aprovação da mesma no Comitê de Ética em

¹**Orientadora:** MsC. Heloisy Alves de Medeiros. Professora da Universidade Federal de Campina Grande, campus Cuité, Unidade Acadêmica de Enfermagem. Sítio Olho d'Água da Bica, s/n, Bloco F, sala 30. CEP: 58175-000 Cuité-PB. Telefone: (83)9920-3628/Ramal: 1820. E-mail: Heloisymedeiros@hotmail.com.

² Endereço do CEP/ HUAC - Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos. Rua: Dr. Carlos Chagas, s/n, São José. Campina Grande- PB. Telefone: (83) 2101-5545

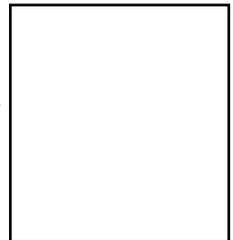
Pesquisa. Estou ciente de que receberei uma cópia desse documento assinado por mim e pelas pesquisadoras, em duas vias, de igual teor, ficando uma via sob meu poder e outra em poder da pesquisadora responsável.

Campina Grande, PB, ____/____/ 2015.

Pesquisador responsável

Pesquisador Participante

Participante da pesquisa/Testemunha



APÊNDICE B

Termo Institucional (Instituição coparticipante)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE SAÚDE

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Ilmo. Sr.

O centro de Educação e Saúde da UFCG conta em seu *campus*, atualmente, com sete Cursos de Bacharelado/Graduação, dentre eles o curso de bacharelado em Enfermagem. Nesse contexto, Eu, Poliane Ramos Porto, pesquisador secundário, aluno matriculado regularmente no curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande-UFCG, sob a orientação da pesquisadora principal **Heloisy Alves de Medeiros**, estamos desenvolvendo uma pesquisa intitulada: “Qualidade de Vida de idosos que vivem em Instituições de longa permanência em Campina Grande – PB” com os idosos que vivem na Instituto São Vicente de Paulo do município de Campina Grande – PB.

Desta forma solicito sua valiosa colaboração, no sentido de autorizar tanto o acesso a realização de coleta de dados, como a utilização do nome da instituição.

Salientamos que os materiais coletados serão mantidos em sigilo e utilizados para a realização deste trabalho, bem como para publicação em eventos e artigos científicos.

Na certeza da reflexão ao pleito, agradeço antecipadamente.

Campina Grande, 18 de Fevereiro de 2015.



(Coordenador da Instituição São Vicente de Paulo)



(Pesquisador Responsável)

APÊNDICE C**QUESTIONÁRIO SÓCIO DEMOGRÁFICO****Nome:** _____**Número do Questionário:** _____**Idade:** _____**Sexo:** () Masculino () Feminino**Estado Civil:** () Solteiro () Casado () Viúvo () União consensual () Divorciado**Escolaridade:** () Ensino Fundamental incompleto () Ensino Fundamental completo ()
Ensino Médio incompleto () Ensino Médio completo () Ensino superior

ANEXOS

QUESTIONÁRIO WHOQOL-OLD

Instruções

ESTE INSTRUMENTO NAO DEVE SER APLICADO INDIVIDUALMENTE, MAS SIM EM CONJUNTO COM O INSTRUMENTO WHOQOL-BREF

Este questionário pergunta a respeito dos seus pensamentos, sentimentos e sobre certos aspectos de sua qualidade de vida, e aborda questões que podem ser importantes para você como membro mais velho da sociedade.

Por favor, responda todas as perguntas. Se você não está seguro a respeito de que resposta dar a uma pergunta, por favor escolha a que lhe parece mais apropriada. Esta pode ser muitas vezes a sua primeira resposta.

Por favor tenha em mente os seus valores, esperanças, prazeres e preocupações. Pedimos que pense na sua vida **nas duas últimas semanas**.

Por exemplo, pensando nas duas últimas semanas, uma pergunta poderia ser :

O quanto você se preocupa com o que o futuro poderá trazer?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor reflete o quanto você se preocupou com o seu futuro durante as duas últimas semanas. Então você circularia o número 4 se você se preocupou com o futuro "Bastante", ou circularia o número 1 se não tivesse se preocupado "Nada" com o futuro. Por favor leia cada questão, pense no que sente e circule o número na escala que seja a melhor resposta para você para cada questão.

Muito obrigado(a) pela sua colaboração!

As seguintes questões perguntam sobre o **quanto** você tem tido certos sentimentos nas últimas duas semanas.

old_01 Até que ponto as perdas nos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato), afetam a sua vida diária?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_02 Até que ponto a perda de, por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato, afeta a sua capacidade de participar em atividades?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_03 Quanta liberdade você tem de tomar as suas próprias decisões?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_04 Até que ponto você sente que controla o seu futuro?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_05 O quanto você sente que as pessoas ao seu redor respeitam a sua liberdade?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_06 Quão preocupado você está com a maneira pela qual irá morrer?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_07 O quanto você tem medo de não poder controlar a sua morte?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_08 O quanto você tem medo de morrer?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_09 O quanto você teme sofrer dor antes de morrer?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

As seguintes questões perguntam sobre **quão completamente** você fez ou se sentiu apto a fazer algumas coisas nas duas últimas semanas.

old_10 Até que ponto o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato) afeta a sua capacidade de interagir com outras pessoas?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

old_11 Até que ponto você consegue fazer as coisas que gostaria de fazer?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

old_12 Até que ponto você está satisfeito com as suas oportunidades para continuar alcançando outras realizações na sua vida?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

old_13 O quanto você sente que recebeu o reconhecimento que merece na sua vida?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

old_14 Até que ponto você sente que tem o suficiente para fazer em cada dia?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

As seguintes questões pedem a você que diga o quanto você se sentiu **satisfeito, feliz ou bem** sobre vários aspectos de sua vida nas duas últimas semanas.

old_15 Quão satisfeito você está com aquilo que alcançou na sua vida?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

old_16 Quão satisfeito você está com a maneira com a qual você usa o seu tempo?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

old_17 Quão satisfeito você está com o seu nível de atividade?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

old_18 Quanto satisfeito você está com as oportunidades que você tem para participar de atividades da comunidade?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

old_19 Quanto feliz você está com as coisas que você pode esperar daqui para frente?

Muito infeliz	Infeliz	Nem feliz nem infeliz	Feliz	Muito feliz
1	2	3	4	5

old_20 Como você avaliaria o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato)?

Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	Boa	Muito boa
1	2	3	4	5

As seguintes questões se referem a qualquer **relacionamento íntimo** que você possa ter. Por favor, considere estas questões em relação a um companheiro ou uma pessoa próxima com a qual você pode compartilhar (dividir) sua intimidade mais do que com qualquer outra pessoa em sua vida.

old_21 Até que ponto você tem um sentimento de companheirismo em sua vida?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_22 Até que ponto você sente amor em sua vida?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_23 Até que ponto você tem oportunidades para amar?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

old_24 Até que ponto você tem oportunidades para ser amado?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

VOCÊ TEM ALGUM COMENTÁRIO SOBRE O QUESTIONÁRIO?

OBRIGADO(A) PELA SUA COLABORAÇÃO!

QUESTIONÁRIO WHOQOL-BREF

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor, responda a todas as questões.** Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		muito ruim	Ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1(G1)	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2(G4)	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3(F1.4)	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4(F11.3)	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5(F4.1)	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6(F24.2)	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7(F5.3)	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8(F16.1)	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9(F22.1)	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **Quão completamente** você tem sentido ou J capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10(F2.1)	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11(F7.1)	Você J capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12(F18.1)	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13(F20.1)	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14(F21.1)	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **Quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito ruim	ruim	nem ruim	bom	muito bom
15(F9.1)	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
16(F3.3)	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17(F10.3)	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18(F12.4)	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19(F6.3)	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20(F13.3)	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21(F15.3)	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22(F14.4)	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23(F17.3)	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24(F19.3)	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25(F23.3)	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	Algumas vezes	freqüentemente	muito freqüentemente	sempre
26(F8.1)	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?.....

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?.....

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**- DADOS DA VERSÃO DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS QUE VIVEM EM INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA EM CAMPINA GRANDE - PB.
Pesquisador Responsável: Heloisy Alves de Medeiros Leano
Área Temática:
Versão: 2
CAAE: 44940115.1.0000.5182
Submetido em: 29/05/2015
Instituição Proponente: Universidade Federal de Campina Grande
Situação da Versão do Projeto: Aprovado
Localização atual da Versão do Projeto: Pesquisador Responsável
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

