

## **PERCEÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS E NÃO-INSTITUCIONALIZADOS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Bruna Cardoso Leite (1); Giovanna Gabrielly Custódio Macêdo (1); Jéssyka Samara de Oliveira Macedo (2); José Lindemberg Bezerra da Costa (3); Matheus Figueiredo Nogueira (4)

*Universidade Federal de Campina Grande, brucardosoleite1301@gmail.com (1); Universidade Federal de Campina Grande, cmacedogiovanna@hotmail.com (1); Universidade Federal de Campina Grande, samara.jessyka@hotmail.com (2); Universidade Federal de Campina Grande, lindembergcosta@gmail.com (3); Universidade Federal de Campina Grande, matheusnogueira.ufcg@gmail.com (4)*

### **INTRODUÇÃO:**

Idoso corresponde à pessoa cuja idade cronológica é igual ou superior a 60 anos<sup>1</sup>. No Brasil, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a partir do censo 2010, a população idosa se quantifica em 20.590.599 indivíduos, representando 10,8% da população brasileira. Algumas estimativas do IBGE sugerem que esse número se elevará significativamente, podendo alcançar 32 milhões até o ano de 2020. Destaca-se nessa população, maior prevalência de mulheres – com 55,5% (11.434.487) –, em comparação a população masculina – com 44,5% (9.156.112) –, revelando o processo de feminilização da velhice<sup>2</sup>.

O aumento do contingente de idosos tem reflexo sobre a mudança das causas de morbimortalidade, já que o crescente aumento de indivíduos nessa faixa etária tem sido proporcional ao aumento da prevalência de doenças crônicas não-transmissíveis<sup>3</sup>. Nessa conjuntura, assegurar Qualidade de Vida (QV) diante desse novo perfil demográfico e epidemiológico exhibe-se como um processo complexo. A Organização Mundial de Saúde (OMS), portanto, define QV como, “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores em que vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”, sugerindo, por exemplo, que a garantia da QV nessa faixa etária relaciona-se à manutenção de sua autonomia e independência<sup>4</sup>.

Além das consequências decorrentes da transição epidemiológica ocorrida nos últimos 20 anos<sup>5</sup>, os idosos constituem um grupo etário suscetível a inúmeras modificações biopatológicas, que alteram sua capacidade funcional e caracterizam o processo de senilidade. Boa parte dessas alterações, no entanto, podem ser prevenidas, retardadas ou mesmo amenizadas, por meio de um estilo de vida pautado na prática atividades físicas diárias e modificação dos hábitos alimentares. Além das vantagens físicas, um estilo de vida saudável tem grande impacto sobre os aspectos psicológicos (como o sentimento de autonomia) e de segurança<sup>6</sup>. Os benefícios provenientes dessa

prática são observados mesmo em idosos institucionalizados, sobretudo quando se trata de exercícios que visam otimizar a força muscular. No entanto, a manutenção de hábitos de vida saudáveis é pouco frequente em idosos institucionalizados, já que esse grupo frequenta menos os centros de convivência da terceira idade, onde esses hábitos são estimulados constantemente<sup>7</sup>.

A partir dessas afirmações, pode-se entender que existem discrepâncias no que se refere a QV de idosos institucionalizados e comunitários. Essa noção é essencial à formação de profissionais de saúde comprometidos com o envelhecimento saudável e, por esse motivo, deve fazer parte da consciência de cada um deles. Para corroborar esta concepção, este estudo tem como objetivo relatar a experiência vivenciada durante a realização do I Workshop de Promoção da Saúde do Idoso e visita técnica à Casa do Idoso Vó Filomena, que possibilitou comparar, ainda que qualitativamente, a qualidade de vida de idosos que compõem essas realidades.

#### **METODOLOGIA:**

Trata-se de um estudo descritivo qualitativo com caráter de relato de experiência, obtido a partir de atividades em campo da disciplina Enfermagem na Saúde do Idoso, do curso de Bacharelado em Enfermagem do Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande, *campus* Cuité. A disciplina, cursada durante o período letivo 2017.1, teve coordenação do professor Dr. Matheus Figueiredo Nogueira.

As atividades em campo da disciplina incluíram uma visita à Casa do Idoso Vó Filomena e uma intervenção educativa no grupo de idosos Alegria de Viver, ambos localizados no município de Cuité, curimataú paraibano. A Casa do Idoso Vó Filomena, comumente chamada de Asilar, tornou-se uma Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI) em 2012, tendo capacidade para 30 idosos, mas contando, atualmente, com 23 institucionalizados. O grupo de idosos Alegria de Viver, por sua vez, criado em 2014, conta com a participação efetiva de, aproximadamente, 60 idosos.

Durante a visita ao Asilar, mediada por uma das técnicas de enfermagem da instituição, observou-se brevemente a estrutura física e a composição dos recursos humanos da casa, assim como a condição de vida e de saúde dos idosos institucionalizados, enquanto a vivência no grupo de idosos se deu por meio da realização do I Workshop de Promoção da Saúde do Idoso. O evento, instituído dentro das atividades científicas do 9º Festival Universitário de Inverno, englobou, simultaneamente, momentos de educação em saúde, debatendo-se temas como sexualidade, polifarmácia e quedas, e de avaliação multidimensional dos idosos por meio de instrumentos discutidos na disciplina.

De maneira geral, constatou-se consideráveis distinções acerca da qualidade de vida dos idosos institucionalizados na Casa do Idoso Vó Filomena e dos não-institucionalizados participantes do grupo Alegria de Viver. Isso suscitou o interesse em analisar a qualidade de vida desses idosos inseridos em diferentes contextos, a partir da percepção das seis facetas que compõem o questionário WHOQOL-Old<sup>10</sup>. As facetas contemplam: funcionamento sensorio, autonomia, atividades passadas, presentes e futuras, participação social, morte e morrer e intimidade.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO:**

De acordo com Chachamovich (2005), a faceta funcionamento sensorio considera desde a preservação dos sentidos aos prejuízos que sua perda exerce na vida diária, na participação em atividades e na capacidade de interação. A maior parte dos idosos institucionalizados apresentava doenças crônicas neurodegenerativas, como Alzheimer e Parkinson, assim como complicações decorrentes do mau controle de doenças como diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica, tal como perda da visão e sequelas motoras resultantes de acidente vascular encefálico, de maneira a contribuir com o progressivo declínio sensorio e mínima realização de atividades da vida diária, por exemplo. Os idosos do grupo Alegria de Viver, por sua vez, demonstraram singelas alterações auditivas e visuais, consideradas aceitáveis em decorrência do processo de envelhecimento, não determinando, contudo, respectivo comprometimento na participação social.

No que diz respeito à autonomia, considera-se a liberdade para a tomada de decisão, sentimento de controle do futuro, realização de atividades que gostaria e respeito social da sua liberdade<sup>10</sup>. Nesse item, pondera-se que o maior declínio no funcionamento sensorio dos idosos institucionalizados reflete negativamente na capacidade de tomada de decisão, de maneira a praticamente anular sua autonomia, enquanto os idosos não-institucionalizados relatam desempenhar todas as decisões que dizem respeito a sua vida, principalmente no que se refere ao destino do seu dinheiro e da possibilidade de realizar atividades que gostam.

As atividades passadas, presentes e futuras correspondem à terceira faceta e se referem à perspectiva que os idosos apresentaram com relação às suas conquistas, sonhos e anseios<sup>10</sup>. No Casa do Idoso Vó Filomena, boa parte dos idosos apresentavam-se presos ao passado e às boas lembranças, realizações e sofrimentos que este lhes proporcionou, não apresentando – ou apresentando pouca – perspectiva futura. Por outro lado, os idosos do grupo Alegria de Viver, apesar de relatarem o passado com carinho, expressam planos e veem o futuro com esperança.

A participação social, que corresponde ao exercício de atividades junto à comunidade<sup>10</sup>, demonstrou-se como a faceta mais discrepante: enquanto os indivíduos do grupo de idosos exprimiam amplo grupo de colegas, amigos e familiares e participavam de inúmeras atividades sociais (como danças, exercícios e confecção de objetos artísticos) exercidas no próprio grupo, os idosos institucionalizados apresentavam-se com semblante de solidão e necessitados de atenção, especialmente da própria família.

A faceta morte e morrer equivale às preocupações com a morte e processo de finitude de vida<sup>10</sup>. Os idosos institucionalizados se mostraram mais deprimidos e sem muita expectativa para desfrutar de uma vida longa e saudável, principalmente por relatarem estarem esquecidos pela família. Em contrapartida, o grupo de idosos funciona como estimulante para que as pessoas que o compõem desfrutem de uma vida com vigor, mantendo sua autonomia e independência frente ao envelhecimento e seus obstáculos, de maneira a relatar, em sua maioria, pouca preocupação com o processo de morte e morrer.

A sexta e última faceta trata sobre intimidade e, segundo Chachamovich (2005), considera a relação social, criação de vínculo, capacidade de amar e ser amado. Os participantes do grupo de idosos possuem um forte vínculo entre si e com seus familiares, podendo dessa forma compartilhar experiências, entender a importância da sexualidade e sua manutenção nessa fase. Há expressão de notória diferença nesse ponto em relação aos idosos institucionalizados, já que se encontravam em condição de isolamento social e demonstraram pouco estabelecimento de vínculo entre si, representando um grupo de alto risco para depressão e ansiedade, por exemplo.

Muitos artigos, como o de Scarabottolo, Garcia, Gobbo, Alves, Ferreira, Zanuto *et al* (2017), demonstram que há maior degeneração da função executiva e cognitiva de idosos institucionalizados, quando comparadas as de idosos comunitários. Além do declínio dessas funções, os idosos de Instituições de Longa Permanência (ILP), apresentam diminuição do bem-estar psicológico e do sentimento de utilidade social e elevado grau de dependência física e consequente perda da autonomia, como afirma Lima, Gomes, Frota e Pereira (2016).

O estudo de Dagios, Vasconcellos e Evangelista (2015), que compara a Qualidade de Vida (QV) de idosos institucionalizados e não-institucionalizados, fazendo uso dos instrumentos avaliativos WHOQOL-OLD e WHOQOL-bref, corrobora com os dois artigos anteriores, afirmando que a institucionalização traz aos idosos um grau de satisfação inferior em todos os domínios dos questionários, diferente dos idosos que participam ativamente da sociedade e frequentam os centros de convivência e apresentam desempenho superior.

## **CONCLUSÕES:**

Sendo o envelhecimento um processo natural e ininterrupto, é atribuição da equipe de saúde garantir o envelhecimento saudável, com manutenção da qualidade de vida, autonomia e independência. Deve, além disso, assistir com atenção aos idosos em condição de vulnerabilidade, para que vivenciem sua velhice livre de qualquer tipo de violência e opressão.

Ao comparar a realidade de idosos institucionalizados com os participantes do grupo de idosos é visível a necessidade de alguns aspectos como convívio social, prática de exercícios físicos, conversas sobre sexualidade, manutenção de uma alimentação saudável e, principalmente, participação familiar no envelhecimento. Os idosos institucionalizados se apresentaram mais vulneráveis ao acometimento de uma série de doenças físicas e mentais, sobretudo devido à ausência de diversos aspectos necessários para um envelhecimento com vitalidade, enquanto os indivíduos do grupo de idosos são estimulados em todo momento a práticas que assegurem a qualidade de vida.

De modo que na avaliação qualitativa das seis facetas que compõem o questionário WHOQOL-Old os idosos institucionalizados apresentam declínio de suas funções, mostra-se a necessidade de um olhar mais atencioso das pesquisas e intervenções de saúde para essa população que se apresenta em crescimento constante e progressivo comprometimento biopsíquico.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**

1. Brasil. Lei nº 10.741 de 1 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. 2003 [acesso em 30 ago 2017]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/L10.741.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm).
2. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010. 2010 [acesso em 04 set 2017]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 148p. il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) [acesso em 04 set 2017]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano\\_acoes\\_enfrent\\_dcnt\\_2011.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf)

4. Almeida MAB. Qualidade de vida: definição, conceitos e interfaces com outras áreas de pesquisa. 2012 [acesso em 05 set 2017]. Disponível em: [http://each.uspnet.usp.br/edicoes-each/qualidade\\_vida.pdf](http://each.uspnet.usp.br/edicoes-each/qualidade_vida.pdf)
5. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer [Internet]. Rio de Janeiro: Inca; 2012 [acesso em 04 ago 2017]. Disponível em:  
[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/abc\\_do\\_cancer\\_2ed.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/abc_do_cancer_2ed.pdf)
6. Scarabottolo CC, Garcia JJR, Gobbo LA, Alves MJ, Ferreira AD, Zanuto EAC *et al.* Influence of physical exercise on the functional capacity in institutionalized elderly. Rev Bras Med Esporte [Internet]. 2017 [acesso em: 04 ago 2017] 23(3):200-203. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1517-86922017000300200&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-86922017000300200&lng=en)
7. Menezes AV, Aguiar AS, Alves EF, Quadros LB. Função executiva de idosos institucionalizados e comunitários: Relação com capacidades cognitivas e funcionais. Rev Saúde e Pesquisa. 2016 [acesso em 04 ago 2017] 9(3):405-414. Disponível em: [http://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/04/832854/01\\_5275-alessandra\\_port\\_ing.pdf](http://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/04/832854/01_5275-alessandra_port_ing.pdf)
8. Lima APM, Gomes KVL, Frota NM, Pereira FGF. Qualidade de vida sob a ótica da pessoa idosa institucionalizada. Rev Bras Promç Saúde. 2016 [acesso em 05 ago 2017] 19(1):14-19. Disponível em: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2016/11/2765/2-artigo-qualidade-de-vida-ana-priscila.pdf>
9. Dagios P, Vasconcellos C, Evangelista DHR. Avaliação da qualidade de vida: comparação entre idosos não institucionalizados participantes de um centro de convivência e idosos institucionalizados em Ji-Paraná/RO. Rev Estud Interdiscip Envelhec. 2015 [acesso em 05 ago 2017] 20(2):469-484. Disponível em: <file:///C:/Users/Users/Downloads/41571-245619-1-PB.pdf>
10. Chachamovich E. Qualidade de vida em idosos: desenvolvimento e aplicação do módulo WHOQOL-OLD e teste do desempenho do instrumento WHOQOL-BREF em uma população idosa brasileira. Porto Alegre. Dissertação [Mestrado-Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria] – Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2005 [acesso em 30 ago 2017]. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/5779/000520088.pdf>