



ARTIGO DE ORIGINAL

AUTOPERCEPÇÃO E ASSISTÊNCIA A SAÚDE DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS

Emanuelle de Abreu Moreira Vieira Luz<sup>1</sup>, Luciano Leal Luz<sup>2</sup> Fabiana Medeiros de Brito<sup>3</sup>

RESUMO

**Objetivo:** Este estudo teve como objetivo identificar a autopercepção da saúde dos idosos que vivem em Instituições de Longa Permanência, assim como a assistência a saúde de tais indivíduos nesses locais. **Metodologia:** Trata-se de um estudo de natureza exploratória. A investigação foi realizada em duas ILPIs, do município de João Pessoa na Paraíba. A população foi composta por todos os moradores das ILPIs selecionadas que desejaram participar do estudo, totalizando um número de 87 idosos que corresponde especificamente a 64 de uma ILPI e 23 da outra instituição escolhida. **Resultados:** O estudo constatou que as idades variaram entre 60 e 104 anos, prevalecendo uma média de 79 anos. Evidencia-se, ainda, que no concernente ao contato familiar destes idosos, identificou-se que este se dava raramente, no qual 9 ainda mantinham contato com seus filhos, 3 com irmãos, 6 com sobrinhos, e 9 deles eram sozinhos, sem contato familiar algum. **Considerações finais:** A valorização do processo de autopercepção emerge como um eixo fundamental, um instrumento imprescindível, no sentido de melhorar a qualidade de vida deste indivíduo, e de preservar concomitantemente sua autonomia. **Descritores:** Autopercepção em saúde; Idosos; Qualidade de vida.

ABSTRACT

**Objective:** This study aimed to identify the self-perception of health of elderly people living in Long-Term Care Institutions, as well as the health care provided to such individuals in these places. **Methodology:** This is an exploratory study. The investigation was carried out in two ILPIs, in the municipality of João Pessoa in Paraíba. The population was made up of all residents of the selected LTCFs who wished to participate in the study, totaling 87 elderly people, corresponding specifically to 64 from one LTCF and 23 from the other chosen institution. **Results:** The study found that ages varied between 60 and 104 years, with an average of 79 years prevailing. It is also evident that regarding the family contact of these elderly people, it was identified that this occurred rarely, in which 9 still maintained contact with their children, 3 with brothers, 6 with nephews, and 9 of them were alone, without contact any family member. **Final considerations:** Valuing the process of self-perception emerges as a fundamental order, an essential instrument, in order to improve the quality of life of this individual, and to simultaneously preserve their autonomy. **Descriptors:** Elders; Quality of life; Self-perception in health.

1.Discente de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba Afya FCMPB.

2Cirurgião Geral pela UFPB. Cirurgião de Cabeça e Pescoço pelo Hospital de Câncer de Pernambuco - HCP. Docente da Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba Afya -

3.Doutora em Enfermagem pela UFPB. Especialista em Unidade de Terapia Intensiva e Cardiologia. Docente da Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba Afya - FCMPB.

## 1. INTRODUÇÃO

O processo de envelhecimento tem sido frequentemente abordado em diversas áreas, principalmente no que tange à saúde. Vale salientar que a população idosa no Brasil em 2010 era de aproximadamente 14.9 milhões, segundo os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), sendo este um número bastante significativo (IBGE, 2010). De acordo com o Ministério da Saúde (2006) há, atualmente, no Brasil aproximadamente 21 milhões de pessoas com idade igual ou acima de 60 anos, e esse número provavelmente aumentará no futuro podendo chegar 32 milhões, o que culmina na indagação de como se encontra a situação de saúde destes indivíduos.

O ato de envelhecer pode refletir em sérias consequências para o indivíduo, estando este mais suscetível a afecções e agravos, configurando um novo espelho epidemiológico da prevalência de doenças crônicas (Oliveira et al., 2011). Nesse sentido, o idoso configura-se como um ser totalmente propenso a diversos tipos de enfermidades, não somente física, mas também mental ou social, ficando em situação de fragilidade a qualquer agente agressor (Maciel; Araújo, 2010).

No que concerne à autopercepção da saúde, um estudo realizado com idosos comparou e demonstrou a relevância desse elemento para a melhoria da qualidade de vida nessa faixa etária, no sentido de combater práticas como a polifarmácia, a automedicação e o consumo de medicamentos impróprios (Santos et al., 2013).

A falta do aspecto da autopercepção em idosos institucionalizados está diretamente associada a episódios de hospitalização, juntamente com outros fatores - como processos de demenciais e limitações físicas, o que corrobora também para a necessidade de planejamento no que diz respeito a assistência de saúde (Del Duca et al., 2013).

Também como consequência do referido aumento da longevidade, no Brasil, surgem outros problemas, como por exemplo, as dificuldades socioeconômicas e culturais, a ausência de suporte nesses pilares influencia

de forma significativa cada vez mais a busca por instituições de longa permanência para idosos (ILPIs) (Rissardo et al., 2012).

A extensão de idosos que residem em ILPIs nos países em crescimento atinge cerca de 11.0%, e quanto ao Brasil essa demanda não supera 1,5%. No entanto, mediante o contínuo crescimento populacional, essa demanda poderá aumentar apesar da premissa de que o cuidado ao idoso esteja ligada a família, a fatores demográficos sociais e de saúde, refletindo em causas que levam os idosos a residir em tais locais (Gautério et al., 2012).

Duca et al. (2013) enfatizam que dados acerca das condições de saúde de idosos residentes em ILPIs e de suas demandas por serviços médicos são necessários para o planejamento da assistência à saúde, culminando no atendimento das necessidades individuais e na manutenção dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), principalmente, a equidade e a integralidade.

Analisado por meio de uma ótica que perpassa determinados limites, o ato de envelhecer atrelado ao processo de institucionalização emergem como aspectos complexos e dinâmicos, envolvendo elementos multidimensionais, onde a indivisibilidade requer uma atenção à saúde pautada nas necessidades objetivas e subjetivas do indivíduo, proporcionando assim uma melhor qualidade de vida neste cenário. Com o envelhecimento associado ao processo de institucionalização convergem para o desenvolvimento de diversas dificuldades, aponta-se para a necessidade de uma atenção mais intensiva à saúde.

Neste contexto, é imprescindível a necessidade de investigar a autopercepção de idosos atrelada à necessidade de uma assistência mais efetiva, tendo em vista a melhoria da qualidade de vida destes, e que ainda são incipientes os estudos relacionados à temática. É oportuno destacar que os idosos institucionalizados possuem necessidades específicas, demandando uma assistência de saúde que não podem ser abordadas facilmente, pois muitas vezes perpassam do

universo físico, adentrando também na subjetividade do ser.

Diante do exposto, este estudo teve como objetivo identificar a autopercepção da saúde dos idosos que vivem em Instituições de Longa Permanência, assim como a assistência à saúde de tais indivíduos nesses locais.

## 2. MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa exploratória, de natureza qualitativa. O cenário da investigação foram duas ILPIs, localizadas no município de João Pessoa na Paraíba. A população foi composta por todos os moradores das ILPIs selecionadas, totalizando um número de 87 idosos que corresponde especificamente a 64 de uma ILPI e 23 da outra instituição escolhida.

A amostra foi obtida por conveniência e saturação dos dados, totalizando um número final de 20 idosos, a participação destes indivíduos deu-se pelo interesse em colaborar com a pesquisa através da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), em ter capacidade cognitiva para responder aos questionamentos do estudo após a aplicação do teste de cognição Mini Exame do Estado Mental (MEEN) com o resultado acima de 26 para os idosos completamente alfabetizados, 18 aos que tiveram até sete anos de estudo e mínimo de 13 para os analfabetos (Leite; Salvador; Araújo, 2009) e residindo em uma ILPI a mais de um ano de tempo de permanência.

A coleta de dados foi realizada durante os meses de abril e maio de 2022, utilizando a técnica de entrevista gravada subsidiada por um instrumento semiestruturado, contemplando questões referentes aos dados socioeconômicos e clínicos, bem como acerca dos objetivos propostos para o estudo. Cumpre assinalar que as entrevistas foram realizadas em salas privativas disponibilizadas pelas instituições.

Para análise dos dados, com o intuito de possibilitar a identificação dos tipos de cuidado que os idosos necessitam, utilizou-se a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo, proposto por Lefèvre e Lefèvre (2005). Esta técnica representa uma mudança nas

pesquisas qualitativas porque permite que se conheça os pensamentos, representações, crenças e valores de uma coletividade sobre um determinado tema utilizando-se de métodos científicos (Santos et al., 2012).

Convém enfatizar que a operacionalização da referida técnica obedeceu aos seguintes passos: agrupamento dos discursos individuais relacionados a cada pergunta/tema; seleção das expressões-chave (ECHs) de cada discurso particular; identificação da ideia central (IC) de cada uma das ECHs; identificação das ideias/discursos centrais semelhantes ou complementares; reunião das ECHs referentes às ideias centrais, semelhantes ou complementares, em um discurso síntese, que é o DSC (discurso do sujeito coletivo) (Lefèvre; Lefèvre, 2005).

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba e aprovada sob número de protocolo 3.658.001/2019. Foram respeitados os aspectos éticos e legais da pesquisa envolvendo seres humanos, preconizados pela Resolução nº466/12 do Conselho Nacional de Saúde, principalmente o princípio ético da autonomia, sobretudo o se que refere ao Termo do Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), ao Termo de Assentimento e aos instrumentos imprescindíveis para o desenvolvimento de atividades de pesquisa com humanos, considerando sua privacidade, dignidade e defendendo sua vulnerabilidade (Santos et al., 2012).

Ressalta-se que a autorização para a participação da pesquisa foi concedida pelos idosos da referida instituição por meio termo de Assentimento e mediante o consentimento do responsável legal – que compete à diretoria geral do local – por meio da assinatura desses no Termo de Consentimento e pelos profissionais de enfermagem através da assinatura do TCLE, sendo estes, informados sobre os seguintes aspectos: objetivo do estudo, justificativa, procedimento, contribuição, garantia do anonimato, fidedignidade na análise dos dados e o direito à liberdade de participar ou declinar do estudo em qualquer momento do processo da pesquisa.

### 3. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Quanto aos idosos, pode-se perceber que eram que dos 20 indivíduos entrevistados, 7 eram do sexo masculino e 13 do sexo feminino. As idades variaram entre 60 e 104 anos, prevalecendo uma média de 79 anos. No tocante a situação conjugal, 8 deles eram solteiros, 14 viúvos, quatro separados e apenas um casado. Esses achados corroboram com os estudiosos Gautério et al. (2012), Menezes; Bachion (2012), Del Duca et al. (2017) e Martins et al. (2010) acerca da temática que identificaram em suas pesquisas, com um número elevado de idosas viúvas na faixa etária prevalente evidenciada. A feminização da velhice é atualmente uma evidência significativa, e se justifica pela

maior expectativa de vida para as mulheres no Brasil (Menezes; Bachion, 2012).

No que concerne ao contato familiar destes idosos, identificou-se que este se dava raramente, no qual 9 ainda mantinham contato com seus filhos, 3 com irmãos, 6 com sobrinhos, e 9 deles estavam sozinhos, sem contato familiar algum.

A seguir encontra-se a relação entre o Discurso do Sujeito Coletivo frente aos objetivos do presente estudo, bem como o apoio destes discursos na literatura e na visão dos autores deste estudo. O aspecto inicial analisado no DSC a seguir diz respeito à percepção de saúde que os idosos institucionalizados têm sobre si (Quadro 1).

**Quadro 1.** Ideia central e Discurso do Sujeito Coletivo em relação ao questionamento: Me fale um pouco sobre como você vê a sua saúde hoje.

<b>IDEIA CENTRAL I</b>	<b>DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO I</b>
<b>Eu não sinto nada, é muito boa pra minha idade.</b>	<i>[...] é normal, nem muito boa nem muito ruim [...] Graças a Deus ela é ótima, não sinto nada [...] minha saúde é boa [...] eu acho que pra minha idade minha saúde é muito boa, eu ando, corro [...] eu considero boa, porque a gente vê crianças que já nascem com problemas hoje em dia e eu nunca tive problemas de saúde [...] eu vivo bem graças a Deus, minha saúde é muito boa [...] é muito boa pra minha idade, minha estrutura óssea é muito boa ainda [...].</i>
<b>IDEIA CENTRAL II</b>	<b>DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO II</b>
<b>Sofrer não é bom sabe, mas não me queixo de nada, minha saúde é boa.</b>	<i>[...] é média, porque com essas doenças todas ainda consigo raciocinar bem [...] eu acho que não é boa, mas também não chega a ser ruim não, é que esse negócio dessas doenças, elas me atrapalham um pouco, principalmente a labirintite [...] antes eu só vivia doente sabe, dor de cabeça, no corpo, mas hoje mesmo a diabetes não me prejudica muito não sabe, ela não é ruim, mas porque sou forte não sou como esse povo que fica se lamentando quando sente alguma coisinha sabe [...] eu tenho saúde, mas tenho problemas no corpo [...] posso dizer que é média, eu tenho um monte de doenças, só que eu controlo sabe [...] eu consigo controlar, eu sofro do coração, e sofrer não é bom, nem que seja de um resfriado [...] é boa, mas eu sinto muita dor nas pernas principalmente [...] estou me sentindo melhor agora, eu nunca tive infância, mocidade, sempre trabalhei, agora que estou podendo descansar [...] sou doente, mas não me queixo de nada, ela é boa [...] eu tenho muitos problemas de saúde, uma pessoa com todos esses problemas não pode dizer que é boa né? Acho que é regular [...].</i>
<b>IDEIA CENTRAL III</b>	<b>DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO III</b>
<b>Minha saúde é</b>	<i>[...] eu sofro da coluna, não acho que é boa não, é péssima [...] ela é ruim,</i>

<p><b>dificultada, não é boa não.</b></p>	<p><i>sou toda queimada da fralda, suada, minha idade é muito avançada [...] é ruim [...] sou doente, não tenho saúde, minha situação é ruim [...] minha saúde é muito dificultada, tenho dores nas pernas, falta de vontade de comer, a gente velho nunca fica bom né? [...] só vivo deitada, as pessoas é quem me levantam [...] não é legal, então não posso dizer que é boa né? [...] quando a gente vai envelhecendo vai piorando tudo, minha saúde não é boa não [...]</i></p>
---	--

**Fonte: Acervo dos Autores, 2023.**

Percebe-se que o DSC I dos idosos envolvidos no estudo evidenciam os mesmos dizeres ao se considerar saudável “eu não sinto nada, é muito boa pra minha idade” (Quadro I), o entrevistado tenta avaliar sua saúde, ainda que de forma empírica, fator que se torna importante, pois a autopercepção de saúde pode ser entendida como aspecto subjetivo e particular dos indivíduos e sua relação com outros aspectos do cotidiano. Entende-se que esta autoavaliação da saúde merece ser investigada mais profundamente, e ainda o modo como essas avaliações podem orientar comportamentos e atitudes, particularmente no grupo populacional da terceira idade (Pilger et al., 2012).

De acordo com seu discurso “[...] minha saúde é boa [...] eu acho que pra minha idade minha saúde é muito boa, eu ando, corro [...]” o entrevistado ainda associa seu bom estado de saúde a realização de atividades físicas. Evidências científicas demonstram o efeito positivo de um estilo de vida ativo e/ou, do envolvimento dos indivíduos em programas de atividade física, destacando o benefício da prática de exercício físico na prevenção e minimização das perdas decorrentes do processo de envelhecimento (Vitório et al., 2012).

Percebe-se ainda nas entrelinhas do seu discurso “[...] eu considero boa, porque a gente vê crianças que já nascem com problemas hoje em dia e eu nunca tive problemas de saúde [...] eu vivo bem graças a Deus, minha saúde é muito boa [...]” que o sujeito tenta enfatizar, seu bom estado de saúde, considerando que ao longo de sua vida não apresentou problemas relacionados à saúde, e nesta tentativa, comparando-se até com indivíduos de diferente faixa etária, como com crianças.

Na ideia central do DSC II, “sofrer não é bom sabe, mas não me queixo de nada, minha saúde é boa” (Quadro I) observa-se que o indivíduo não avalia a sua saúde pelos sintomas que sente, nem pelo desconforto/dor nas pernas e limitações. De acordo com seu relato “[...] eu tenho saúde, mas tenho problemas no corpo [...] posso dizer que é média, eu tenho um monte de doenças, só que eu controlo sabe [...]”, entende-se através do discurso que este indivíduo não avalia sua saúde de maneira coerente, ele se autoavalia como um indivíduo que possui a saúde em bom estado, pelo fato de tentar buscar melhoras para si, através do tratamento e controle das doenças que o acometem, apesar de no seu relato descrever os sintomas e também e pelo fato de estar enfrentando dificuldades, sofrendo com seu estado de saúde debilitado. É importante que o indivíduo possua a autopercepção da saúde, pois este fato favorece na formulação de decisões políticas e sociais, contribuindo para uma abordagem que tenha como meta a qualidade de vida (Martins et al., 2010).

O sujeito coletivo ao declarar “[...] só vivo deitada, as pessoas é quem me levantam [...]” (Quadro I) traça um perfil de saúde deteriorada, ao sentir limitações para realizar atividades do cotidiano além dos desconfortos que as dores lhe causam. Baseando-se na seguinte declaração “[...] minha saúde é muito dificultada, tenho dores nas pernas, falta de vontade de comer, a gente velho nunca fica bom né? [...]” nota-se que sua autopercepção é de um estado de saúde deteriorado, e que segundo, segundo suas próprias palavras, para a sua situação, não existe solução. Podemos destacar que este fato se torna preocupante, pois, este estado emocional instável, poderá evoluir para um agravamento de seu estado de saúde e consequentemente aumentar o risco

de mortalidade, além de interferir na satisfação com a vida e no bem-estar. Sabemos que dependendo da sua real condição clínica, esta situação poderá se reverter, pois idosos que são fisicamente limitados, podem melhorar sua capacidade funcional através de uma variedade de tipos de exercício físico. A maioria dos componentes da aptidão física pode estar relacionada a um estado positivo de saúde, assim, a importância da adoção de um estilo

de vida ativo para a melhoria e conservação do estado de saúde (Vitório et al., 2012). Apresenta-se, a seguir, a interface entre o discurso do sujeito coletivo frente ao objeto de estudo e a ancoragem desses discursos na literatura e na visão dos autores deste manuscrito. O aspecto analisado nos DSC a seguir, diz respeito à assistência a saúde dentro da ILPI, como e de que forma ela acontece (Quadro 2).

**QUADRO 2.** Ideia central e Discurso do Sujeito Coletivo IV, V e VI em relação ao questionamento: me fale um pouco sobre como acontece a assistência a saúde dentro desta instituição.

<b>IDEIA CENTRAL IV</b>	<b>DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO IV</b>
<b>Aqui tem muitos velhos e pouca gente para cuidar.</b>	<i>[...] Não tenho, vivo doente da coluna e nunca me levaram no médico pra tratar, bati um RX uma vez particular, só que o médico disse que não tinha mais jeito, que já tinha virado um bico de papagaio [...] aqui não tem não, tem uma médica que vem como voluntária uma vez na semana, você tem que adoecer no dia que ela está [...] raramente aqui tem médico, eu me trato com uma médica de fora [...] de ter não tem não, dizem que aqui tem médico, mas eu nunca vi, aqui tem enfermeiros, mas eles não dão nada sem que o médico passe [...] não tem não, aqui tem muito velho e pouca gente pra cuidar, aqui a gente vive de doação, não é todo mundo que se importa [...] a médica do ESF vem a cada 15 dias, não acho que isso é ter quem zelo pela saúde não [...] tem umas senhoras que ficam gritando aqui sabe, acho que é porque estão doentes [...].</i>
<b>IDEIA CENTRAL V</b>	<b>DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO V</b>
<b>Eles dão muitos remédios a gente, se for alguma coisa mais grave só indo para o hospital.</b>	<i>[...] tenho porque não me deixam faltar remédio [...] tenho eles me chamam pra me dar remédio [...] fazem o teste do dedo, verifica a pressão [...] eles verificam meu corpo todo, quando eu sinto alguma coisa eles me acodem [...] tem as enfermeiras que cuidam da gente, eu tenho essa assistência sim [...] quando alguém precisa chamam logo o médico, o SAMU [...] eles dão muitos remédios pra a gente, tem azedo, doce, tem de todo gosto [...] as vezes verificam minha pressão [...] eu tenho, mas essa minha doença não tem curra não [...] essa semana uma caiu e quebrou a bacia, o SAMU veio logo buscar ela [...] a gente tem sim, se for alguma coisa mais grave só indo pro hospital mesmo [...].</i>
<b>IDEIA CENTRAL VI</b>	<b>DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO V</b>
<b>Saúde é paz de espírito, eu queria estar em casa com a minha família.</b>	<i>[...] Eu queria estar em minha cidade natal, lá eu era feliz, tinha meus parentes, minha família perto de mim [...] minha medicação não são eles que compram, quem compra é minha família [...] eu me trato com uma médica particular, mas quem leva são meus filhos, eles quem pagam [...] quem dá a saúde mesmo é Jesus né? [...] não sei se tenho essa assistência não, eu não sou doente, mas pra mim saúde é paz de espírito, e isso eu não tenho aqui [...] eu queria estar em casa com minha família [...].</i>

Fonte: Acervo dos autores, 2023.

O DSC IV dos idosos envolvidos no estudo destaca a ausência de assistência à saúde dentro da ILPI, em que, muitas vezes, essa prática necessita vir de outras instituições “[...] raramente aqui tem médico, eu me trato com uma médica de fora [...]”. É evidenciado na literatura que a percepção de saúde para os idosos perpassa o conceito de ausência de doenças. Dentro de suas limitações socioculturais e do nível de escolaridade que tenha, o bem-estar físico, mental e social, incluindo até mesmo a importância da espiritualidade e religiosidade se mostram como fatores bastante influentes no enfrentamento dos vários sofrimentos e dificuldades da vida (Dias; Carvalho; Araújo, 2013). Quando este pensamento vai em confronto ao que este DSC afirma, quando os idosos colaboradores relacionam a assistência à saúde apenas a presença do profissional de medicina “[...] aqui não tem não, tem uma médica que vem como voluntária uma vez na semana, você tem que adoecer no dia que ela está [...] a médica do ESF vem a cada 15 dias, não acho que isso é ter quem zelo pela saúde não [...]”.

Muitas vezes o idoso adentra em uma ILPI pelas dificuldades econômicas e psicossociais encontradas pelas famílias para o cuidado dele. Principalmente aqueles que já apresentam redução da capacidade funcional, dessa forma, estes idosos tornam-se dependentes para realização de atividades cotidianas cada vez mais com o passar dos dias e requerem cuidados de maior complexidade e custo (Oliveira; Novaes; 2013).

Destarte, quando o idoso é submetido ao convívio em ILPIs suas relações sociais sofrem um impacto significativo. Sua característica lenta pode ser efeito do envelhecimento, como também de patologias de base como a de deficiência auditiva, que só passa a ser notada quando atinge altos graus de comprometimento. Quando esta é, soma-se à dificuldade de integração social e ao desinteresse em manter as relações interpessoais, intensifica as barreiras, os declínios cognitivos e os sintomas depressivos (Santos et al., 2012). Como evidenciado no DSC IV “[...]vivo doente da coluna e nunca

me levaram no médico pra tratar, bati um RX uma vez particular, só que o médico disse que não tinha mais jeito, que já tinha virado um bico de papagaio [...]”. Em média, cada idoso possui 2,1 diagnósticos médicos, que exigem maior atenção por parte dos profissionais que cuidam deste público. Por se tratar de doenças crônicas nem sempre são assistidas de maneira digna, demandam alto custo na assistência à saúde e grandes chances do surgimento de complicações com grande interferência no grau de dependência e qualidade de vida dos idosos (Gautério et al., 2012).

Um dos cuidados necessários diante das patologias está o grande uso de medicamentos pelos idosos, que é evidenciado no DSC V quando menciona que “[...] eles dão muitos remédios para a gente, tem azedo, doce, tem de todo gosto [...]”. Outro nítido que o DSC V afirma são as quedas “[...] essa semana uma caiu e quebrou a bacia [...]” que muitas vezes são causadas pelo comprometimento visual que aumentam o risco de tropeçar em obstáculos ambientais ou a perda do equilíbrio em diferentes situações, incerteza da localização de objetos no ambiente refletindo na adoção de uma marcha insegura devido à incompleta ou pouco confiável informação visual sobre a localização de objetos no ambiente. Além disso, o risco de queda é agravado em certos grupos, como os idosos, que tendem a ser mais dependentes da visão, para a manutenção da postura ortostática (Menezes; Bachion, 2012).

A alta ocorrência de quedas merece atenção por parte das entidades que ofertam serviços a essa população, bem como das políticas públicas e órgãos fiscalizadores. Para isso, estes locais precisam estar preparados com ambientes físicos adequados e profissionais capacitados para o cuidado, podendo auxiliar a reduzir esses eventos (Del Duca et al., 2013). Considerando estas informações, os profissionais precisam estar munidos de estratégias para promoção de uma melhor qualidade de vida para estes idosos. Deste modo, é indicado o estímulo regular a prática de exercícios físicos, pois, mantém a capacidade funcional (Dias; Carvalho; Araújo, 2013). É facilmente visto na literatura

acerca dos efeitos positivos de um estilo de vida ativo pode trazer a esta etapa da vida, sobretudo dos benefícios do envolvimento dos indivíduos em programas de atividade física, destacando a minimização das perdas decorrentes do processo de envelhecimento (Vitório et al., 2012).

É percebido ainda que as ILPIs não são ambientes preparados para o cuidado integral ao idoso, como também a todas as suas necessidades de saúde, o DSC V afirma claramente estes pontos “[...]se for alguma coisa mais grave só indo pro hospital mesmo [...]”, porém é percebido ainda que a assistência à saúde e as necessidades básicas são atendidas mesmo sem possuir assistência alta “[...] tenho porque não me deixam faltar remédio [...] fazem o teste do dedo, verifica a pressão [...] eles verificam meu corpo todo, quando eu sinto alguma coisa eles me acodem [...]”.

No DSC VI são abordados pontos subjetivos sobre a saúde, pontos que perpassam as barreiras físicas e alcançam os limites psicológicos e sobretudo da fé “[...]mas pra mim saúde é paz de espírito, e isso eu não tenho aqui [...] quem dá a saúde mesmo é Jesus né? [...]”. A fé, por sua vez, pode refletir em sentimentos positivos como a motivação e compreensão dos questionamentos que acompanham a velhice e eventos estressantes ou não controláveis, como no acometimento de doenças crônico-degenerativas (Frota, 2012).

É nítida também a ausência que a família representa diante da institucionalização “[...] Eu queria estar em minha cidade natal, lá eu era feliz, tinha meus parentes, minha família perto de mim [...] eu queria estar em casa com minha família [...]”, contudo, o que a literatura mostra é que a maioria dos idosos são vistos pelos familiares como confuso, desorientado, distraído, não comunicativo, não colaborador, zangado, velho, senil, ansioso, frustrado, um ser que apenas comete falhas, e por estes motivos são suficientes para induzir a institucionalização. Porém, essas características acabam sendo reflexos das várias formas de sofrimento que estão ligadas a doenças ou situações do dia a dia que o fazem perceber suas próprias limitações (Santos et al., 2012).

O papel da família é frequentemente ausente durante a institucionalização, a maioria dos idosos são pouco visitados ou simplesmente abandonados por parte de seus parentes, o que pode refletir no aumento das perdas cognitivas e sensoriais. Dessa forma, os profissionais, sobretudo os de Enfermagem, na maioria das vezes, ocupam também o papel de família, auxiliando no enfrentamento dos eventos decorrentes do envelhecimento e da institucionalização, o apoio social é de suma importância para superá-los (Rodrigues; Silva, 2013). Além do apoio social e seu papel no cuidado e assistência à saúde, o profissional de Enfermagem pode e deve auxiliar no processo de reabilitação da autonomia do indivíduo, ensinando a pessoa idosa a desenvolver ações de autocuidado (Frota, 2012).

Diante do exposto, fica evidente a relevância da autopercepção de idosos institucionalizados para a sua própria saúde, e que a assistência à tais indivíduos ainda não acontece de maneira adequada, sobretudo, pautada nas suas necessidades específicas de cada um. Porém, observa-se a realização de algumas atividades básicas. Fica claro também o papel que a família exerce sobre a institucionalização e o suporte e auxílio que ela presta após este acontecimento impactante.

#### 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A essência de uma assistência efetiva ao idoso institucionalizado é a compreensão da multidimensionalidade do ser, que se traduz na visão biopsicossocial e espiritual. A valorização do processo de autopercepção emerge como um eixo fundamental, um instrumento imprescindível, no sentido de melhorar a qualidade de vida deste indivíduo, e de preservar concomitantemente sua autonomia.

Destarte, denota-se a necessidade em se desenvolver projetos de promoção da saúde dentro das ILPI, através de ações baseadas na saúde mental e apoio psicossocial, como por exemplo atividades de prevenção a quedas, atividades físicas e lúdicas, com vistas a melhorar a qualidade de vida. Além disso,

uma maneira eficaz de potencializar os vínculos dos idosos institucionalizados com os parentes, é a oferta de suporte psicológico para todos do núcleo familiar.

Assim, ao considerar o déficit de produções e registros científicos sobre o tema, evidencia-

## 5. REFERÊNCIAS

DEL DUCA G.F. et al. Quedas e fraturas entre residentes de instituições de longa permanência para idosos. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v.16, n.1, p. 68-76, 2013.

DIAS D.S.G.; CARVALHO C.S.; ARAÚJO C.V. Comparação da percepção subjetiva de qualidade de vida e bem-estar de idosos que vivem sozinhos, com a família e institucionalizados. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v.16, n.1, p. 127-138, 2013.

DUCA G.F.D.; NADER G.A.; SANTOS I.S.; HALLAL P.C. Hospitalização e fatores associados entre residentes de instituições de longa permanência para idosos. *Caderno de Saúde Pública*, v.26, n.7, p. 1403-1410, 2010.

FROTA N.M.; SANTOS Z.M.S.A.; SOARES E.; MOURA J.M.G.; CAETANO J.Á. Déficit de autocuidado de idosos institucionalizados. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, v.13, n.5, p. 983-994, 2012.

GAUTÉRIO D.P.; SANTOS S.S.C.; PELZER M.T.; BARROS E.J.; BAUMGARTEN L. Caracterização dos idosos usuários de medicação residentes em instituição de longa permanência. *Revista escola de enfermagem da USP*, v.46, n.6, p. 1394-1399, 2012.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo Brasileiro de 2010. Rio de Janeiro: IBGE, 2012.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos). 2. ed. Caxias do Sul: EDUSC, 2005.

se a necessidade de serem realizados novos estudos acerca da autoavaliação da saúde dos idosos que se encontram institucionalizados.

LEITE, B. F. T.; SALVADOR, D. H. Y.; ARAÚJO, C. L. de O. Avaliação Cognitiva Dos Idosos Institucionalizados. *Revista Kairós-Gerontologia*, [S. l.], v. 12, n. 1, 2010. DOI: 10.23925/2176-901X.2009v12i1p%p. <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/2790>. Acesso em: 12 out. 2023.

MACIEL A.C.C.; ARAÚJO L.M.; Fatores associados às alterações na velocidade de marcha e força de preensão manual em idosos institucionalizados. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v.13, n.2, p. 179-189, 2010.

MARTINS A.M.E.B.L.; BARRETO S.M.; SILVEIRA M.F.; ROSA T.T.A.; PEREIRA R.D. Autopercepção da saúde bucal entre idosos brasileiros. *Revista de Saúde Pública*, v. 44, n. 5, p. 912-922, 2010.

MENEZES R.L.; BACHION M.M. Condições visuais autorrelatadas e quedas em idosos institucionalizados. *Revista Brasileira de Oftalmologia*, v. 71, n.1, p. 23-27, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Manual de direito sanitário com enfoque na vigilância em saúde. Brasília, DF, 2006. Disponível em: <[http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_direito\\_sanitario.pdf](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/manual_direito_sanitario.pdf)>. Acesso em: 15 maio 2018.

Oliveira E.R.A.; Gomes M.J.; Paiva K.M. Institucionalização e qualidade de vida de idosos da região metropolitana de vitória. *Escola Anna Nery*, v.15, n. 3, p.518-523, 2011.

OLIVEIRA M.P.F.; NOVAES M.R.C.G. Perfil socioeconômico, epidemiológico e farmacoterapêutico de idosos institucionalizados de Brasília. *Ciências da Saúde Coletiva*, v. 18, n. 4, p. 1069-1078, 2013.

PILGER C.; MENON M.H.; MATHIAS T.A.F. Características sociodemográficas e de saúde de idosos: contribuições para os serviços de saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 19, n. 5, p. 9, 2011.

RISSARDO L.K.; FURLAN M.C.R.; GRANDIZOLLI G.; MARCON S.S.; CARREIRA L. Sentimentos de residir em uma instituição de longa permanência: percepção de idosos asilados. *Revista de Enfermagem da UERJ*, v. 20, n. 3, p. 380-385, 2012.

RODRIGUES A.G.; SILVA A.A.A. Rede social e os tipos de apoio recebidos por idosos institucionalizados. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 16, n. 1, p. 159-170, 2013.

SANTOS S.B.; OLIVEIRA L.S.B.; MENEGOTTO I.H.; BÓS A.J.G.; SOLDERA C.L.C. Dificuldades auditivas percebidas por moradores longevos e não longevos de uma instituição de longa permanência para idosos. *Estudos Interdisciplinares de Envelhecimento*, v. 17, n. 1, p. 125-143, 2012.

SANTOS T.R.A.; LIMA D.M.; NAKATANI A.Y.K. PEREIRA L.V.; LEAL G.S.; AMARAL R.G. Consumo de medicamentos por idosos, Goiânia. *Revista de Saúde Pública*, v. 47, n. 1, p. 94-103, 2013.

VITÓRIO V.M.; GIL C.C.N.; ROCHA S.V.; CARDOSO J.P.; CARNEIRO L.R.V.; AMORIM C.R. Fatores associados ao nível de atividade física entre idosos asilares. *Estudos Interdisciplinares de Envelhecimento*, v. 17, n. 1, p. 75-89, 2012.