

Os cuidados de longa duração e a percepção de idosos institucionalizados sobre velhice, velhice bem-sucedida e qualidade da atenção

Long term care and the institutionalized older adult perceptions about old age, successful aging and quality of care

Los cuidados de larga duración y la percepción de ancianos institucionalizados sobre vejez, vejez exitosa y calidad de la atención

Carolina Carneiro das Neves Santos
Henrique Salmazo da Silva
Beatriz Aparecida Ozello Gutierrez

RESUMO: O objetivo deste estudo foi levantar a percepção de idosos institucionalizados sobre a velhice, a velhice bem-sucedida e sobre os cuidados oferecidos na instituição. Foram entrevistados 10 idosos residentes em uma ILPI no município de São Paulo, e seus discursos foram analisados de forma qualitativa, sendo categorizados segundo a análise de conteúdo proposta por Minayo. Nas percepções sobre a velhice, valorizaram-se atributos positivos e negativos, sendo que alguns participantes almejavam reatar com suas famílias, rever projeto de vida e serem produtivos. No que se refere à velhice bem-sucedida, houve valorização do ambiente, das relações sociais, da família, e da religiosidade/espiritualidade. Quanto aos atributos institucionais, citaram a importância de terem suas necessidades atendidas, os conflitos com profissionais superados, a socialização e o descompasso entre necessidades atendidas, assim como seu projeto de vida. Acredita-se que esses dados podem auxiliar no planejamento de práticas que focalizem o cuidado centrado no indivíduo.

Palavras-chave: Idoso; Instituição de Longa Permanência para Idosos; Velhice; Saúde; Qualidade de vida.

ABSTRACT: *The purpose of this study was to raise the perception of institutionalized older adults about old age, successful old age and the care offered at the institution. We interviewed 10 older adults living in nursing home on São Paulo city. Their speeches were analyzed in a qualitative way, being categorized according to the content analysis proposed by Minayo. In the perceptions about old age, positive and negative attributes were discussed, and some participants sought to retake with their families, to review their life project and to be productive. With regard to successful old age, there was an appreciation of the environment, social relations, family, religiosity/spirituality, and institutional attributes cited the importance of having their needs met, but at the same time some of them expressed dissatisfaction with conflicts with professionals, socialization and the mismatch between their needs that was attended and their life project. It is believed that these data can help in the planning of practices that focus on individual centered care.*

Keywords: *Older adults; Nursing home; Old age; Health, Quality of life.*

RESUMEN: *El objetivo de este estudio fue levantar la percepción de ancianos institucionalizados sobre la vejez, vejez exitosa y sobre los cuidados ofrecidos en la institución. Se entrevistó a 10 ancianos residentes en una ILPI en el municipio de São Paulo y sus discursos fueron analizados de forma cualitativa, siendo categorizados según el análisis de contenido propuesto por Minayo. En las percepciones sobre la vejez se valoraron atributos positivos y negativos, siendo que algunos participantes anhelaron reanudar con sus familias, revisar proyecto de vida y ser productivos. En lo que se refiere a la vejez exitosa hubo valorización del ambiente, de las relaciones sociales, familia, religiosidad / espiritualidad. En cuanto a los atributos institucionales citaron la importancia de tener sus necesidades atendidas, conflictos con profesionales, socialización y el descompaso entre necesidades atendidas y proyecto de vida. Se cree que estos datos pueden ayudar en la planificación de prácticas que enfocan el cuidado centrado en el individuo.*

Palabras clave: *Ancianos; Institución de larga permanencia para ancianos; Vejez; Salud; Calidad de vida.*

Introdução

Debates sobre a qualidade de vida e a humanização, no cenário dos cuidados de longa duração, têm sido alvo de discussões nas últimas décadas (Tolson, Morley, Rolland, & Vellas, 2011; Morley, *et al.*, 2014).

Em levantamento conduzido pelo IPEA em 2010, as Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) totalizavam aproximadamente 5.300 instituições, as quais abrigam aproximadamente 1% da população idosa brasileira. Embora grande parcela delas seja filantrópica, nas últimas décadas houve aumento significativo de instituições particulares, cuidando de idosos com graus variados de dependência e condições diversas de saúde (Camarano, 2007).

Em publicação da IAGG, International Association of Geriatrics and Gerontology, Morley, *et al.* (2014) propõem que é necessário aumentar os conhecimentos e as ferramentas de atuação nas instituições geriátricas ou “nursing homes”, minimizando práticas iatrogênicas, e maximizando a saúde dos trabalhadores, e a qualidade de vida dos residentes, sendo este o objetivo-fim do trabalho nessas instituições. Segundo Kane (2001), ainda existe um descompasso entre elevados indicadores de qualidade técnica institucional e baixos indicadores de qualidade de vida dos idosos institucionalizados. Para equilibrar as duas medidas, o autor sugere que gestores e profissionais deveriam considerar itens como: segurança, conforto, número de atividades significativas, qualidade das relações sociais, dignidade, autonomia, privacidade, individualidade, bem-estar espiritual e competência funcional. O enfoque nas necessidades dos idosos residentes parece ser a chave para a criação de leis que tornem esses ambientes mais humanizados, com enfoque no cuidado centrado no indivíduo (Ferrini, A.F., & Ferrini, R.L., 2008; Salmazo-Silva, & Gutierrez, 2013a).

No Brasil, diversos estudos têm apontado para a necessidade de: 1) criar alternativas de cuidado além das ILPIs, que, em muitos casos, tornam-se a única alternativa encontrada pelos familiares e idosos diante de dificuldades socioeconômicas, afetivas e familiares (Araújo, Coutinho, & Santos, 2006; Corteleti, Casara, & Herédia, 2010); 2) tornar as instituições mais acessíveis às necessidades dos idosos, não se restringindo apenas à alimentação, higiene e cuidados, mas focalizando também seu potencial de desenvolvimento e suas necessidades de interação social, de trocas afetivas e de lazer (Ekman, *et al.*, 2011; Salmazo-Silva, & Gutierrez, 2013b); 3) desmistificar a noção de que as ILPIs são instituições totais, cujo controle e extinção da vida social é a característica principal (Camarano, 2007); 4) modificar a cultura institucional desses serviços para considerar o idoso como sujeito coparticipante dos processos de tomada de decisão sobre a rotina da instituição, cronograma de atividades, os tipos de atividades e de como almeja contribuir com o espaço em que vive (Borges, 2006; Junqueira, 1990).

Considera-se essa última abordagem a efetivação de práticas gerontológicas que focalizam uma gestão do cuidado centrada no indivíduo, em que o idoso é chamado a ser sujeito ativo do seu processo de cuidado (Ekman, *et al.*, 2011).

Essa abordagem de gestão pode propiciar mudanças significativas na vida do idoso, pois o profissional poderá atuar desde a formulação de trabalhos preventivos, promoção da saúde, acompanhamentos terapêuticos e de reabilitação, como também em trabalhos de reinserção do idoso na sociedade, seja por recuperação de sua integridade física, ou apoio social.

Tomando como referencial esses pressupostos, o objetivo deste estudo foi verificar a percepção dos residentes idosos sobre a velhice e levantar as perspectivas dos residentes idosos em relação ao alcance da velhice bem-sucedida, norteando discussões sobre práticas que focalizem o bem-estar dos idosos institucionalizados.

Material e Métodos

Este estudo caracterizou-se como pesquisa qualitativa, realizada em uma Instituição de Longa Permanência para Idosos de origem filantrópica, localizada no município de São Paulo, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição estudada.

A amostra deste estudo foi obtida por conveniência e composta por dez idosos institucionalizados (60 anos ou mais, 5 homens e 5 mulheres), após concordarem em participar da pesquisa, e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os critérios de inclusão da amostra foram: a) apresentar idade igual ou superior a 60 anos; b) estar classificado na Modalidade Assistencial I da instituição (com independência para as atividades de vida diária); c) não apresentar doença mental, demência, depressão ou outra enfermidade que impedisse a comunicação; d) não realizar atividades de reabilitação extra-hospitalar; e) apresentar-se disposto, após o convite, a participar da pesquisa voluntariamente.

A coleta de dados deu-se por meio de entrevista individual gravada em ambiente privativo. O nome dos participantes foram trocados por nomes fictícios, a fim de preservar a identidade.

Conforme tabela 1, a média etária dos participantes foi de 75,4 anos, sendo 50% solteiros; o tempo de permanência na instituição variou de 26 a 756 meses; e todos eram alfabetizados.

Tabela 1. Dados sociodemográficos dos idosos entrevistados na ILPI. São Paulo, 2009

<i>Nome</i>	<i>Idade (anos)</i>	<i>Tempo de internação (meses)</i>	<i>Estado civil</i>	<i>Escolaridade</i>	<i>Filhos</i>
<i>Leandro</i>	66	30	divorciado	E. Sup. Completo	0
<i>Henrique</i>	75	26	divorciado	E. Sup. Completo	1
<i>Samuel</i>	71	42	solteiro	E. Fund. Incompleto	1
<i>Felipe</i>	81	32	divorciado	E. Fund. Completo	2
<i>Gustavo</i>	61	132	solteiro	E. Médio Completo	0
<i>Iara</i>	80	132	solteiro	E. Médio Completo	0
<i>Marcela</i>	76	86	divorciado	E. Médio Completo	4
<i>Ivone</i>	80	96	solteiro	E. Fund. Completo	0
<i>Arlete</i>	89	72	divorciada	E. Sup. Completo	0
<i>Juliana</i>	75	756	solteira	E. Fund. Incompleto	0

O instrumento aplicado foi constituído de duas partes: a primeira continha dados de identificação do participante; e a segunda parte constava de três perguntas abertas, as quais tendiam a investigar a percepção do idoso sobre a fase da velhice, bem como as impressões do mesmo para o alcance da velhice bem-sucedida, bem como sobre a atenção e cuidados ofertados pela ILPI. A Escala de Depressão Geriátrica (EDG) foi utilizada para constatar a ausência de sintomas depressivos, um dos critérios de exclusão da amostra, pois tais sintomas podem privilegiar percepções negativistas. Os conteúdos advindos das entrevistas foram transcritos na íntegra, e posteriormente categorizados, conforme a análise de conteúdo, por meio de palavras ou expressões-chave, segundo os preceitos de Minayo (2004). A análise dos dados qualitativos indicou três grandes categorias: percepções sobre a velhice, percepções sobre a velhice bem-sucedida e percepções sobre a instituição. Para melhor entendimento do leitor em relação às categorias e subcategorias, optamos pela imagem gráfica, ilustrada no diagrama 1.



Resultados

Percepções sobre a velhice

O envelhecimento é um processo comum a todos os seres vivos, tendo início na concepção e findando com a chegada da morte. Tal fenômeno é geralmente dividido em fases que demarcam o desenvolvimento, sendo a última delas a velhice, associada, na maioria das vezes, às perdas dos papéis sociais, perdas psicológicas, motoras e afetivas (Papaléo Netto, 2006).

Durante as entrevistas realizadas para este estudo, os idosos foram questionados quanto aos significados dessa fase da vida na qual estão inseridos. Os discursos em relação às percepções sobre a velhice resultaram sete subcategorias apresentadas a seguir, sendo estas: a idade cronológica como marcador, percepções positivas e negativas sobre a velhice, aspectos físicos e cognitivos, aspectos sociais; passado, presente e futuro; finitude e morte.

Idade cronológica

Muitos dos idosos entrevistados apresentaram discursos nos quais se pode notar a marcação da velhice, segundo a idade cronológica:

“Em relação a minha idade, eu me acho velha. Ser velho significa viver bastante... Tomou bastante experiência e agora tem que se conformar com a idade e com a situação que está.” (Iara)

“Me sinto velha, sim, porque 80 anos é uma vida já, bastante tempo. Eu entrei aqui com 71 anos, acho que é aí que começa a velhice.” (Ivone)

“Eu acho que ainda não sou velho, porque eu estou com 61, então tenho mais 39 anos pra viver, acho que vou viver até uns 100 anos.” (Gustavo)

Ao longo do envelhecimento, é possível observar limites de transição entre a puberdade e a maturidade, por meio de marcadores biofisiológicos. Já a velhice não possui um marcador dessa espécie que indique seu início. Sendo assim, o ingresso na última fase costuma ser fixado por fatores socioeconômicos, ao invés de biológicos. A idade cronológica é um dos critérios utilizados para sinalizar o início da última etapa do curso de vida (Papaléo Netto, 2006).

No entanto, faz-se importante também levar em conta fatores como gênero, classe social, saúde, educação, personalidade, história passada, e contexto socioeconômico, pois estes se misturam com a idade cronológica na determinação das diferenças existentes entre os próprios idosos, de 60 a 100 anos (Neri, 2000). Tais fatos vão ao encontro dos discursos dos participantes desta pesquisa.

Percepções negativas da velhice

Ainda cronologicamente, nota-se que as sociedades industrializadas e urbanizadas tendem a investir em indivíduos jovens, os quais possuem maior número de anos em idade produtiva. São estas as sociedades que podem carregar uma concepção de velhice coberta de mitos, preconceitos e falsos estereótipos (Debert, 1999).

Dentre os indivíduos entrevistados, destacaram-se alguns discursos negativos em relação à velhice que, na realidade, soaram como inverdades, a respeito da velhice, impostas tradicionalmente pela sociedade e pela cultura das quais fazem parte, como descrito nos discursos que se seguem:

“O que tem de ruim é muitas coisas que a pessoa depois de velha não consegue mais, tipo sexo, não ter vontade de uma diversão, não ter vontade de nada.” (Samuel)

“Todo mundo diz que a velhice é a melhor idade e não sei o quê, mas tem um escritor que não me lembro o nome... e ele diz que a velhice é um massacre, uma merda, e ele coloca isso no jornal, e eu estou com ele, acho um massacre, porque você quer fazer uma coisa que fazia antes e não pode, quer fazer outra coisa e não consegue, ou seja, uma não pode, outra não consegue, outra você não lembra como faz, tem sempre empecilho porque você quer fazer, e isso eu acho muito chato.” (Henrique)

De acordo com os relatos anteriores, os idosos descreveram a velhice como uma fase negativa, na qual as pessoas deixam de exercer seus papéis sociais, tornando-se indivíduos isolados e tristes, independente da idade cronologicamente determinada.

Essas impressões ocorrem visto que, em nossa cultura, os idosos são tratados como objetos descartáveis. Isso faz com que eles próprios desenvolvam sentimento de ostracismo devido à segregação, à solidão e à perda do eu. Esses elementos são grandes responsáveis pela visão negativa atribuída à velhice (Debert, 1999; Pessini, 2006).

Estereotipar a velhice como fase negativa é comum, pois, para que o indivíduo seja efetivamente aceito diante da sociedade, é exigido que nele permaneçam preservadas tanto as habilidades cognitivas que permitem a manutenção da autonomia, o controle do próprio corpo, que envolvem as capacidades motoras, tanto quanto os controles emocionais (Debert, 1999).

Contudo, a caracterização dessa etapa da vida como um conjunto de perdas deixa de ser unânime quando a atual luta contra os preconceitos passa a acentuar os ganhos e avanços proporcionados pela chegada da chamada “terceira idade” (Debert, 1999). Portanto, a velhice como sendo algo negativo ainda é envolta por significados de incapacidade física, sexual, e até mesmo de sentir prazer pelo divertimento.

Percepções positivas da velhice

Os discursos seguintes mostram que é possível encontrar aspectos positivos diante da velhice e que esta nada mais é do que uma etapa normal do curso de vida e comum a todos:

“O que tem de bom na velhice é viver a vida de bem... Não é ruim ser velho, ruim é viver desesperançado da vida” (Samuel)

“Ser velho não é uma coisa ruim. Mesmo velho pode aprender coisas que deixou de aprender quando era jovem, e assim prolongar uns anos de vida.” (Leandro)

Diante de tais afirmações, é possível acreditar que a velhice também pode ser repleta de tesouros e esperanças e que, apesar dos declínios, ela não passa de um processo de maturação gradual e uma chance a mais de crescimento que deve ser valorizada (Pessini, 2006). O significado da velhice, para os entrevistados, mostrou-se atrelado aos aspectos positivos dessa fase da vida. A seguir também será exposta a valorização dos aspectos físicos e cognitivos relacionados à velhice.

Aspectos físicos e cognitivos

Certamente o envelhecimento humano vem acompanhado de inúmeras alterações biológicas e, na velhice, são enfatizados declínios físicos e cognitivos que interferem na capacidade do indivíduo em interagir com o ambiente. Nesta abordagem, os idosos comparam o seu estado físico atual com a época da juventude, como referido nos relatos:

“Energia eu tenho muita, mas já não é mais como antes... Antes era gasolina pura, agora é misturada com um pouco de água, é gasolina de velho... Quando a gente é jovem, é diferente; a máquina é quente; quando a gente é assim como eu, a gente vai na fé, na disposição, mas não pode forçar, não pode ter muito agito.” (Marcela)

“Pra ter mais qualidade de vida é preciso um pouco mais de mobilidade, porque outra coisa que a velhice acarreta é aquela coisa de dói aqui e ali; cada dia tem um problema físico novo que se junta aos já existentes, e isso atrapalha muito, é muito chato.” (Henrique)

De forma geral, existe variação nas consequências que o declínio biológico pode trazer para cada indivíduo, o que faz com que se adotem diferentes mecanismos de compensação, ou seja, o declínio mais acentuado de um sistema gera a valorização de outro até então menos afetado (Perracini, 2006). Nesse sentido, nota-se que os idosos se preocuparam mais com a preservação da sua integridade cognitiva, visto que a maioria deles apresenta algum déficit físico ou motor, como sugerem alguns dos relatos:

“Embora eu não possa correr e não faça as coisas como quando era novo, a mente tá boa, tá velho o corpo, a fisionomia, mas a mente tá normal.”
(Samuel)

“Ser velho com memória, com relativa saúde é bom... Agora sem memória, com a doença de Alzheimer e com a saúde abalada, eu não acho bom, não.”
(Iara)

Conforme comentado anteriormente, a velhice é caracterizada por declínios e, mesmo na ausência de patologias graves, também ocorrem modificações significativas da memória, vista como uma das mais importantes funções cognitivas do homem (Debert, 1998). No entanto, a maioria das pessoas idosas mantêm habilidades cognitivas suficientes para permanecerem independentes até idades mais avançadas, uma vez que alguns aspectos desse sistema são preservados (Yassuda, 2006).

O declínio cognitivo está associado ao desconforto pessoal e à perda da autonomia. Sendo assim, manter a integridade cognitiva pode, muitas vezes, estar mais ligado à determinação da boa qualidade de vida do indivíduo do que os aspectos físicos (Neri, 2006).

Diante disso, tem-se que a perda da memória é algo temido pelos idosos.

Aspectos sociais

Em conjunto com aspectos físicos e cognitivos, outro assunto em destaque a respeito da percepção da velhice são os aspectos sociais, que também costumam sofrer modificações diante dessa fase, como mencionado pelos idosos residentes:

“Pra ser boa a velhice, precisa ter companhias interessantes, amigos, dinheiro para o que quiser fazer, disponibilidade física, mental, só isso...”
(Henrique)

“Estou morrendo de saudade do meu povo do Rio de Janeiro, não aguento mais... saudade dos meus netos, meus bisnetos...” (Marcela)

Entre os idosos, nota-se que as redes de relações sociais, tanto as periféricas quanto as afetivamente próximas, diminuem em relação à meia-idade. No entanto, tais relações são fontes de satisfação para esses indivíduos, uma vez que são nelas que encontram o suporte afetivo do qual necessitam (Neri, 2006). Apesar do rompimento de vínculos sociais e familiares, os idosos entrevistados ainda clamam pela sociabilidade, o que convida os profissionais e instituições a favorecerem as práticas de interação, contato e trabalho social com as famílias (Salmazo-Silva, & Gutierrez, 2013b).

Presente, passado e futuro

Além das percepções apresentadas até o presente momento, os residentes compreenderam a velhice dentro de um contexto temporal, no qual devem ser valorizados o passado, o presente e o futuro, mesmo diante de limitações e diferenças em relação à outra etapa:

“Minha vida foi boa e vai continuar boa, porque sou muito otimista... tudo que acontece acho que é consequência da continuidade da vida, pode ser pra cima, ou pra baixo, mas é sua vida... Tenho a esperança de viver mais, mas não a esperança de fazer o que eu fazia, porque o físico não é o mesmo, mas tenho o prazer da vida...” (Felipe)

“O que tenho pra dizer pra você é que sou otimista, e daqui pra frente eu espero viver da forma que estou vivendo e ser mais sábio na vida, não tenho desilusão da vida, tudo tem sua época, acho que tudo é uma passagem.” (Iara)

Entende-se que acumular anos e experiências faz parte do processo da existência humana e que ninguém deve decidir qual é a parte da vida que carrega os maiores significados, pois a velhice só terá sentido se a vida tiver sentido como um todo, e mesmo que a velhice seja marcada por perdas de diversas origens e frequentemente seja direcionada para a morte, ainda assim, pode ser voltada para o crescimento (Pessini, 2006).

Tanto é verdadeiro o que se afirma que, em muitos dos discursos dos idosos entrevistados, notam-se aspirações futuras, principalmente no que diz respeito à busca de um futuro fora da instituição:

“Estou esperando eu ir embora pra voltar a costurar, minha máquina tá lá parada. Só o que eu desejo é poder arrumar minha casinha que está caindo pra eu ir embora.” (Marcela)

“Quando eu falo que vou trabalhar, todo mundo olha pra minha perna e pro meu braço, mas isso aqui é provisório, quando eu sair daqui, pra que vou ficar parado? Por que eu tenho 66, tenho que ficar quieto?! Por que não tenho mulher, vou viver a vida inteira sem mulher?” (Leandro)

O fato de enxergarem um futuro promissor fora dos portões institucionais pode se valer dos estereótipos ainda existentes em relação à institucionalização. Culturalmente, os asilos são sinônimos de isolamento, exclusão e abandono sociais, ou seja, refletem um lugar no qual indivíduos são depositados com um único objetivo: esperar pela morte (Camarano, 2007; Khoury, *et al.*, 2009). No entanto, as expectativas dos participantes são inúmeras, e esses idosos têm um grande desejo de viverem intensamente fora da instituição. Achado também encontrado em idosos residentes em instituições para moradores de rua (Salmazo-Silva, & Gutierrez, 2013b).

Finitude e morte

Mas o fato de as pessoas idosas fazerem planos para o futuro não exclui a percepção da velhice como a fase mais próxima do momento de morrer, como é possível observar nos relatos a seguir:

“Sou consciente de que cada vez que o relógio dá uma voltinha, está se aproximando o fim. Daqui pra frente é o tempo que você vai insistir esperando, porque a gente tem o início, o meio e o fim... e daqui pra frente a gente espera o fim, porque o início você já teve...” (Felipe)

“Tem que saber esperar pelo fim da velhice, que é a morte.” (Iara)

As pessoas costumam diminuir suas perspectivas de tempo de vida à medida que envelhecem (Pessini, 2006). A morte, na visão das pessoas mais velhas, é um evento esperado e acontece na forma de um processo natural (Doll, & Py, 2007). Mesmo assim, alguns ainda têm uma percepção negativa em relação ao fim da vida na velhice:

“Nenhum velho tem um fim bonito, tudo tem fim triste, eu acho, porque eu observo as pessoas.” (Ivone)

Essa percepção negativa pode ser devido à ideia estereotipada de que o processo de morte seja difícil, e que geralmente vem acompanhado de delírios, confusão mental, dor, agitação, solidão e abandono (Kóvacs, 2008). Ao conceber a velhice como a morte, adentra-se na finitude pessoal, associando a figura do velho como alguém que está mais próximo da morte.

Diante do que foi apresentado, o próximo tema irá conceituar as percepções dos idosos sobre a velhice bem-sucedida.

Percepções sobre a velhice bem-sucedida

Informações sobre fatores que conduzem a uma velhice bem ou mal-sucedida estão cada vez mais presentes no cotidiano das pessoas. Tem-se que a interação de indivíduo e ambiente pode contribuir positivamente nos aspectos intelectuais, afetivos e motivacionais, o que sugere uma velhice bem-sucedida (Neri, & Yassuda, 2004).

Papaléo Netto (2006), baseando-se no modelo de *Successful Aging* proposto por Rowe e Kahn (1998), citou a velhice bem-sucedida como sendo “o baixo risco de doenças e de incapacidades funcionais relacionadas às doenças; funcionamento mental e físico excelentes; e envolvimento ativo com a vida”.

Os discursos dos idosos em relação às percepções sobre a velhice bem-sucedida envolveram quatro subcategorias: a ausência de autonomia, a importância da família, ambiente, estratégias para alcançar a velhice bem-sucedida.

Ausência de autonomia

A autonomia é entendida como a capacidade que o indivíduo possui de se auto-governar. Está relacionada à habilidade de direcionar o próprio destino a partir da sua vontade (Lowey, como citado em Muñoz, & Fortes, 1998). Também abrange a capacidade física da pessoa, lembrando-se que esta é determinada pelos fatores biológicos, ambientais e culturais. Por outro lado, dentro de uma instituição de longa permanência, nem sempre é possível atender aos desejos e escolhas dos residentes idosos, mesmo que estes sejam capazes de escolher, por se tratar de um ambiente coletivo, com determinadas limitações, e ainda terem que seguir as normas institucionais, o que causa a insatisfação presente nos discursos que se seguem:

“Não sou criança para mandarem no que eu quero... nunca ninguém mandou em minha vida... minha vida toda eu trabalhei, agora não posso fazer nada.” (Arlete)

“Antes a gente podia sair na rua, tínhamos um cartãozinho, e saía a hora que queria... E agora não... Foi um choque quando me falaram que não podia mais sair.” (Juliana)

A institucionalização pode levar o indivíduo a um processo de substituição dos papéis sociais antigos por novos, diferentes dos que o mantinham na sociedade, e caracterizados principalmente pela perda da família, pelo rompimento dos vínculos afetivos e materiais, pelo isolamento social, pela perda da autonomia financeira e saída do mercado de trabalho (Herédia, Cortelletti, & Casara, 2004; Cortelletti, Casara, & Herédia, 2010).

Conforme apresenta Camarano (2007), aproximadamente 60% das instituições caracterizam-se como abertas ou semi-abertas, e apenas 30% funcionam em regime fechado. Torna-se necessário averiguar as razões por trás do discurso do participante, que pode estar associado à dificuldade em estabelecer contratos e acordos, ao abuso de bebidas alcóolicas, entre outros.

Nesta abordagem, a condição de “velho institucionalizado” pode conduzir esses indivíduos a assumirem os papéis definidos pela própria instituição, o que exige compreensão, disposição, preparo psicológico e emocional e, muitas vezes, conformismo por parte do idoso, para que seja possível diminuir essa insatisfação relatada por eles.

Importância da família

Na visão destes idosos institucionalizados a seguir, outro ponto em destaque é a importância que a família exerce na manutenção do bem-estar, conforme se observa nos discursos:

“Sinto-me feliz a maior parte do tempo, a única coisa que acho falta: a minha [família]. Eu sinto falta por não estar junto, mas eles vêm aqui me ver, acho que é importante... são vínculos que vão continuar...” (Felipe)

“Eu não tenho ninguém, eu estou jogado por aí, nessa parte eu estou ruim. Meu problema é a família que faz falta, não tenho filhos, sou solteiro. Se eu tivesse a minha família, a minha casa, eu não estava aqui, sem isso é muito ruim. Acho que outras pessoas aqui também acham a mesma coisa, a família é muito importante.” (Gustavo)

“Os relacionamentos nos oferecem as maiores oportunidades de aprender lições na vida, de descobrir quem somos, o que temos, de onde vem o nosso poder e o significado do verdadeiro amor” (Kübler-Ross, & Kessler, 2004, p. 37).

Como se vê nesta última abordagem, a ausência da família e amigos torna a pessoa idosa insegura e desprotegida. Quando existe contato com os parentes, o idoso se torna autoconfiante e com bom humor (Duarte, 2004). No entanto, o conceito de família ultrapassa os limites consanguíneos e muitos desses idosos não lamentam a ausência da família, por transferirem os sentimentos de afeto, liberdade e reciprocidade às pessoas de seu convívio diário, e sentem-se aliviados por não se sentirem abandonados por familiares, uma vez que não possuem esses laços. Seguem os relatos:

“Tenho muito neto aqui de mentira... A gente não tem parente. Família boa não é aquela que é do meu sangue, se você vem me fazer uma visita boa, é uma família aqui dentro...” (Samuel)

“Aqui tem pessoas que tem família, e eu não tenho, mas eu acho que sou mais feliz que essas pessoas que têm família, porque os parentes colocam aqui e somem; então, é melhor não ter mesmo, e pronto.” (Juliana)

Pessoas que se afastam geograficamente da família tendem a adotar outras pessoas da comunidade a qual pertencem para formar novas famílias. Pode-se dizer que são amigos que acolhem ou repreendem em momentos de tristeza, angústia, desespero, raiva, doença, e estes podem simbolizar os papéis de pais, irmãos, filhos e netos, o que pode devolver o sentimento de segurança (Falcão, 2006). Os relatos foram bastante enfáticos e, algumas vezes, percebia-se a tristeza estampada nos olhos do idoso, devido à presença da solidão decorrente da falta de família.

Ambiente

Conforme inicialmente mencionado, o ambiente exerce importante papel na percepção de uma velhice bem-sucedida em conjunto com o indivíduo. Os discursos a seguir confirmam essa valorização do ambiente:

“Mas a minha vida não é vazia, porque eu vivo bem, não to na rua jogado, tenho cama, lençol, travesseiro, televisão, ta bom, né?... tem cara que não tem nada. Quem está aqui, não está em casa, tudo bem, mas está em uma casa, isso aqui é uma casa, eu chamo de “a cidade nossa”, é uma família.” (Samuel)

“Aqui não tenho qualidade de vida... a pessoa precisa ter uma casa, ter família, ter tudo, aqui eu estou no poço... pra sair do poço é difícil... só saio quando morrer.” (Gustavo)

Comumente, há o predomínio do desejo de viver em ambiente seguro, nos quais os idosos possam exercer controle pessoal, com autonomia e que, ao mesmo tempo, possam ser cuidados com especificidade.

Idosos ativos valorizam ambientes adequados à prevenção de eventos inesperados, tais como acidentes, valorizando-se, assim, a auto-estima e a auto-eficácia (Perracini, 2006). Nos discursos, os idosos expressam satisfação e insatisfação com o ambiente em que vivem, indo desde as necessidades elementares até as necessidades de interação, de que podem se ver privados (no caso do último participante).

Estratégias para alcançar a velhice bem-sucedida

A interação do indivíduo com o meio ambiente pode colaborar para a vivência de uma velhice satisfatória; porém, é certo que esse indivíduo passará por uma série de mudanças ao longo do envelhecimento. Nesse momento, os idosos costumam desenvolver estratégias de regulação, geralmente reforçadas pelo equilíbrio entre as limitações e as potencialidades, ou seja, esses indivíduos passam a se preocupar em manter o bom funcionamento dos seus sistemas mais preservados, ao invés de se lamentarem pelos menos preservados (Freire, 2006). A seguir, alguns discursos:

“Nós somos máquinas, se começar a doer um lado, e a gente deixar endurecer, o outro lado também endurece; então, a gente vai empurrando o barco, mexendo com o corpo, trabalhando. Eu estou sempre disposta, mesmo com uma perna só, eu danço, o jeito é rebolar senão a gente vira jacaré.” (Marcela)

“Eu sou velho, mas não me acho velho, porque eu falo muito, mexo muito, brinco com um e com outro, e velho geralmente fica quietinho esperando o raio fulminante, mas eu não ligo...” (Henrique)

“Ficar nervoso é pior. Eu me sinto feliz a maior parte do tempo. Acordo fico brincando com a gaitinha, vou na biblioteca.” (Samuel)

A velhice satisfatória requer que o idoso mantenha preservado o desenvolvimento pessoal e responda com flexibilidade aos desafios impostos pelas mudanças associadas ao envelhecimento.

Os responsáveis pela manutenção de um estado psicológico equilibrado são os mecanismos de auto-regulação, os quais permitem que o indivíduo idoso alcance um estado de adaptação de forma eficaz, uma vez que essa população apresenta boa capacidade para compreender a relação entre os limites biopsicossociais e suas potencialidades particulares (Freire, 2000, 2006). Verificamos que as afirmações de Freire (2000, 2006) vão ao encontro dos posicionamentos dos idosos entrevistados.

Percepções sobre viver a velhice em uma instituição

A ideia ou o fato de morar em uma ILPI nem sempre é muito aceito na nossa sociedade; embora a maioria das pessoas que buscam uma moradia em uma instituição sejam pessoas que não têm familiares próximos, desprovidas de renda, com dificuldades físicas e/ou mentais para administrar a sua vida, sem autonomia (Corteletti, Casara, & Herédia, 2010). Diante desses fatores predisponentes, o pertencimento a uma instituição pode representar uma alternativa de amparo, proteção e segurança (Camarano, 2007). Os discursos dos idosos em relação às percepções sobre viver a velhice em uma instituição apontaram quatro subcategorias: o enfrentamento por meio da religiosidade/espiritualidade; relações sociais e de amizade; posicionamentos diante do papel da instituição e a busca pela humanização dentro da instituição, como podemos observar:

a) O enfrentamento por meio da religiosidade/espiritualidade

Religiosidade e espiritualidade são termos que possuem significados distintos, sendo que o primeiro está relacionado a comportamentos e crenças associados a uma religião e aos rituais religiosos, tais como missas, cultos, orações, oferendas etc. Já o segundo se envolve com a habilidade de ver o sagrado em fatos comuns, e funciona mais como um recurso interno, expressando-se por meio da fé, confiança em um Poder Supremo, no significado da vida, na capacidade de perdoar etc. (Socci, 2006).

Quando questionados quanto ao papel da instituição na obtenção de uma velhice bem-sucedida, a temática da religiosidade e espiritualidade esteve bastante presente principalmente no papel de estímulo para a continuidade de uma vida normal mesmo no contexto institucional:

“Pra ajudar a gente a casa aqui não pode fazer nada; quem ajuda a gente aqui é Deus... a casa não é ruim; então, eu que tenho que ter fé e fazer uma forcinha, a casa é boa.” (Samuel)

“Eu penso muito em Deus, sempre acreditando em Deus nos bons momentos e nos maus também... Eu estou aqui sozinho na cama, me recuperando, mas tenho Deus dentro de mim, e sou um milagre de Deus...” (Felipe)

“Eu te digo que, se eu não puder fazer mais nada um dia, e Deus ainda quiser me deixar aqui, eu vou precisar de alguém pra cuidar de mim, pra fazer minha comida, limpar minhas necessidades, não judiar de mim. Estou aqui com Deus.” (Marcela)

Religiões podem servir de suporte em eventos geradores de crise. Pessoas idosas, na maioria das vezes, utilizam a fé para lidar com eventos estressantes e costumam falar sobre a importância dela para superar momentos difíceis. Também é necessário que sejam levadas em conta as diferentes crenças religiosas, para que se possa melhor entender os comportamentos desses indivíduos diante dos estressores (Sommerhalder, & Goldstein, 2006).

A instituição em questão faz parte de uma irmandade religiosa, porém, nem todos os idosos são religiosos ou espiritualizados. Isso se justifica, pois essas são características mediadas pela história de vida de cada um, e não pela chegada da velhice (Sommerhalder, & Goldstein, 2006). Nesta abordagem, podemos perceber que alguns idosos preferiram falar sobre o convívio social existente na instituição ao invés de se conformar com a situação vivenciada, se pautando na religiosidade/espiritualidade, conforme será descrito a seguir.

b) Relações sociais e de amizade

Outro destaque na vida institucionalizada é a importância que as relações sociais e de amizade dentro da instituição têm na vida dos idosos. A amizade é um forte indicador de sociabilidade e, na velhice, costuma ultrapassar os laços consanguíneos de forma mais marcante que nas outras fases (Alves, 2007), conforme os discursos:

“Depois que eu vim pra cá, que eu conheci isso aqui, que é um mundo diferente, eu fiquei mais tolerante. Aqui é uma nova experiência; se eu não tivesse ficado doente e vindo pra cá, eu nunca saberia que um lugar deste existia, você passa a ser uma pessoa confinada, passa a conviver com pessoas que não sabe de onde veio, ou pra onde vai...” (Felipe)

“Pra ter uma boa velhice precisa ter uma relação com amizades, com boas amizades, com bom meio ambiente. Aqui o ambiente é bom, e as amizades são boas também; por isso que eu não tenho queixas daqui, não.” (Iara)

As amizades dos idosos facilitam a relação de ajuda e de conforto entre eles (Alves, 2007). Para terem boa convivência, as pessoas necessitam repensar a sua maneira de ser e de encarar o papel do outro. Nesse sentido, salienta-se que é de fundamental importância que todos os residentes de ILPIs tenham a visão da necessidade do respeito humano para conseguirem aceitar as diferenças sem prejuízo na sua qualidade de vida, uma vez que a satisfação com as relações sociais depende da interação de histórias e experiências de vida distintas (Salmazo-Silva, & Gutierrez, 2013b).

c) Posicionamentos diante do papel da instituição

Atualmente o usuário expressa mais a sua satisfação/insatisfação no que diz respeito aos serviços a eles prestados. Na tentativa de atingir um melhor nível de qualidade, a administração contemporânea sugere que as organizações determinem a missão que permeia a existência da instituição. A missão se define como sendo “o papel desempenhado pela empresa em seu negócio” (Pagnoncelli, & Vasconcellos Filho, 1992) e nela devem estar presentes os propósitos da organização dentro de um espaço ocupado e a identificação das atividades por ela desenvolvidas (Herrera, 2007). A missão da instituição investigada pelo presente estudo é: “exercer a caridade e a misericórdia para o socorro e a assistência aos enfermos, idosos, inválidos e desamparados, prestando serviço de assistência à saúde buscando atingir a excelência no atendimento”. Dentre os relatos a seguir, percebe-se que a missão da instituição está presente:

“Aqui é animado, é divertido, é um mundo muito gostoso, e eu sou uma pessoa solta igual uma folha, uma borboleta, é um mundo completamente diferente o meu, e é divertido. Eu como a comida daqui, enquanto o povo está xingando a comida de cada palavrão horroroso, eu estou santificando o pão e agradecendo a Deus. Os médicos aqui estão sempre correndo atrás, são guerreiros... Aqui está bom... aqui as meninas da fisioterapia são minhas amigas, as enfermeiras todas são boas, amo todas” (Marcela)

“A instituição faz pras pessoas o que podem, até tem muitas pessoas que nunca tiveram fora daqui o que têm aqui: cama limpa, assistência médica, se quiser tem pessoas pra conversar, o que dá uma estrutura diferente pra cabeça, é só a pessoa querer...” (Felipe)

“A casa aqui não pode me ajudar em nada, pode minimizar as dificuldades de uma vida idosa, eles fazem cineminha, jogos, tem biblioteca, cadeira motorizada... só, porque não vão me colocar no colo e me embalar, estou um pouco crescido, não tem mais o que fazer, dos profissionais aqui eu gosto, são todos de bom coração e competentes, apesar de, às vezes, meio bobinhos...” (Henrique)

d) A busca pela humanização dentro da instituição

Apesar dos discursos acima valorizarem totalmente ou parcialmente a instituição, outros idosos revelam a sua insatisfação:

“Agora, quando é alguém que conhece e procura pôr em prática, e aumentar esse raio de ação, essa pessoa é mal-vista. Porque a sua proposta é modificar, é lindo, mas pra pôr em prática, você vai ter dificuldade. Quem é que sai lá da sua sala com ar condicionado e vem aqui conversar com alguém, trocar uma ideia? Aí, o médico aparece como salvador da pátria enquanto os coitados dormem no chão, sem assistência, sem ninguém perguntar ‘o que você gostaria?’; isso não existe, por isso que não gosto de muito papo, porque não concordo.” (Leandro)

“Pra que o ódio, pra que a grandeza? A gente tem que se entregar no seu trabalho na humildade, não pode ter raiva... de que adianta ter um avental branco, um diploma, e passa pelo outro e tem de cuspir? É bom ter o coração brilhando, pegar o doente com as duas mãos...” (Marcela)

“A instituição pode ajudar numa velhice bem-sucedida se forem honestos, sem dizerem mentiras, dizendo a verdade... seria uma delícia ouvir a verdade, seria uma delícia que não mandassem, porque ninguém nasceu escravo, se pede... é uma questão de educação, não é nem de boa vontade, é educação... se pede com jeito, porque assim você vai fazer algo... Nunca em minha vida recebi mais humilhação do que recebi aqui neste hospital... humilhada...” (Arlete)

Ao se debruçar sobre os achados das entrevistas com os idosos, pode-se observar que o desprazer relacionado à insuficiência de respeito e à falta de humanização no cuidado esteve presente nos relatos dos mesmos.

Nesse sentido, salienta-se que o sentir-se cuidado é fundamental para a construção do processo de ser saudável, à medida que permite e estimula o indivíduo a tomar consciência de si mesmo e dos outros, e a participar de um mundo mais justo, o que favorece uma boa qualidade de vida.

Por conseguinte, o grande desafio dos profissionais da saúde é cuidar do ser humano como um todo, exercendo uma ação preferencial em relação a sua dor e ao seu sofrimento, nas dimensões física, psíquica, social e espiritual, por meio de técnicas científicas e ações humanas (Oliveira, Collet, & Viera, 2006; Salmazo-Silva, & Gutierrez, 2013b).

Outra questão é equalizar os interesses dos residentes às suas necessidades e às necessidades da instituição, tornando as dimensões individuais e institucionais em um diálogo que pode resultar em produtos geradores de crescimento (Salmazo-Silva, & Gutierrez, 2013b). Tem-se ainda que o cuidado prestado seja resultante da importância atribuída à existência humana pelo profissional que cuida e que, além disso, o mesmo deve reconhecer o que a vida do ser humano cuidado espera dos profissionais que cuidam deles (Frankl, 2000).

Conclusão

Em ambientes como os das ILPI's é inevitável o convívio cotidiano com pessoas que manifestam a esperança de viver melhor. Entretanto, a exclusão e a privação de condições materiais, sociais e humanas, muitas vezes, as tornam desprovidas de meios que as levem a alcançar esse bem-estar tão almejado. A insuficiência desses meios pode levar a um vazio existencial, manifestado tanto pelo residente idoso quanto pelo profissional que exerce o cuidado.

Os achados do presente estudo indicaram que, nas percepções sobre a velhice, os participantes valorizaram tanto atributos positivos e negativos, sendo que alguns participantes almejam reatar com suas famílias, rever seu projeto de vida e serem produtivos.

No que se refere à velhice bem-sucedida, houve valorização do ambiente, das relações sociais, da família, da religiosidade/espiritualidade. Quanto aos atributos institucionais, citaram a importância de terem suas necessidades atendidas, mas, ao mesmo tempo, alguns manifestaram insatisfação com relação aos conflitos com profissionais e com relação à socialização e ao descompasso entre necessidades atendidas e projeto de vida não atendido em sua plenitude. Os dados indicam, dessa forma, a necessidade de se criarem formas outras para atender às aspirações dos idosos, criando-se programas e intervenções que focalizem seus projetos de vida, para que possam cuidar e serem cuidados (Salmazo-Silva, & Gutierrez, 2013)

Atualmente, existe um movimento dentro da área da saúde pública e da medicina para repensar as práticas de atendimento e de procedimentos, refletindo sobre modelos assistenciais e as implicações para a qualidade de vida do paciente. Este novo modelo propõe mudanças de paradigmas, visando a novas práxis (conexão entre a teoria e a prática) em saúde, e valorizando a singularidade dos sujeitos atendidos (Elkman, *et al.*, 2011; Morley, *et al.*, 2014). Para Oliveira, *et al.* (2006), as propostas de humanização têm enfatizado a integralidade da atenção e, em particular, as interações entre profissionais e usuários nos serviços de saúde. A atual gestão em saúde vem ocupando um lugar de destaque na reconstrução das práticas das políticas públicas no Brasil, no sentido de sua maior integralidade, efetividade, e acesso, além de muitas discussões sobre o tema e reestruturação das tecnologias e do planejamento dos serviços.

Dessa maneira, esses modelos diferenciados contrapõem os padrões mecanicistas de conceber o homem, valorizando-se as subjetividades, ao invés de procedimentos, normas e regulamentos. Pensando-se assim, recomenda-se a implantação da gestão participativa.

Para esse fim, percebe-se a necessidade de profissionais competentes que atuem no campo da Gerontologia, área caracterizada como sendo interdisciplinar, ainda incipiente, a qual se destaca pela especificidade em articular os recursos disponíveis com as necessidades específicas da faixa etária idosa.

Os profissionais que atuam no campo gerontológico buscam favorecer espaços propícios para que o indivíduo alcance o envelhecimento saudável, com impactos positivos e significativos na qualidade de vida e bem-estar. Esse sucesso pode ser alcançado por meio da gestão da atenção direcionada às pessoas em processo de envelhecimento ou àquelas que já se encontram na fase da velhice, com base nos princípios de autonomia e independência (Duarte, 2007; Almeida, *et al.*, 2012).

Nesse contexto, compete a esses profissionais atuarem nos serviços de atenção à população idosa, favorecendo a qualidade de vida e o bem-estar dos indivíduos idosos, partindo-se da premissa de que o conceito de qualidade de vida é amplo, subjetivo, e determinado pelo próprio indivíduo, neste caso, pelo idoso residente em ILPI.

A partir dos discursos dos idosos residentes da ILPI pesquisada, percebe-se o quanto esses indivíduos podem contribuir para a excelência dos cuidados prestados e ainda para a própria satisfação desses residentes de saberem que eles são atores dessa gestão compartilhada, desmistificando o estigma que a ILPI é o lugar onde estão confinadas pessoas improdutivas que aguardam a sua finitude.

Referências

Almeida, E. B., Lima-Silva, T. B., Suzuki, M. Y., Martins, D., Ordonez, T., & Salmazo-Silva, H. (2012). Gerontologia: campo de práticas, conhecimentos e o nascimento de um novo campo profissional. *Revista Temática Kairós Gerontologia*, 15(Número Especial 13, “Vulnerabilidade/Envelhecimento e Velhice: Aspectos Biopsicossociais”), 489-501. Recuperado em 01 outubro, 2016, de: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/17318/12863>.

Alves, A. M. (2007). Os idosos, as redes de relações sociais e os familiares. In: Neri, A. L. (Org.). *Idosos no Brasil: vivências, desafios e expectativas na terceira idade*, 125-139. São Paulo, SP: Ed. Fundação Perseu Abramo, Edições SESCSP.

Araújo, L. F., Coutinho, M. P. L., & Santos, M. F. S. (2006). O idoso nas instituições gerontológicas: um estudo na perspectiva das representações sociais. *Rev. Psicologia & Sociedade*, 18(2), 89-98. Recuperado em 01 outubro, 2016, de: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822006000200012>.

Borges, C. M. M. (2006). Gestão participativa em organizações de idosos: instrumento para a promoção da cidadania. In: Freitas, E. V., et al. (Orgs.). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 1037-1041. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan.

Camarano, A. A., Kanso, S., Mello, J. L., & Carvalho, D. F. (2010). As Instituições de Longa Permanência para Idosos no Brasil. In: Camarano, A. A. (Org.). *Cuidados de Longa Duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?*, 187-211. (cap.7). Rio de Janeiro, RJ: IPEA.

Camarano, A. A. (2004). *Muito além dos 60 – Os novos idosos brasileiros*. Rio de Janeiro, RJ: IPEA.

Camarano, A. A. (2007). Instituições de longa permanência e outras modalidades de arranjos domiciliares para idosos. In: Neri, A. L. (Org.). *Idosos no Brasil: vivência, desafios e expectativas na terceira idade*, 169-190. São Paulo, SP: Editora Fundação Perseu Abramo, Edições SESC SP.

Cortelletti, I. A., Casara, M. B., & Herédia, V. B. M. (2010). *Idoso asilado: um estudo gerontológico*. (2ª ed.). Caxias do Sul, RS: EDIPUCRS.

Debert, G. G. (1999). *A reinvenção da velhice: socialização e processo de reprivatização do envelhecimento*. São Paulo, SP: Editora da Universidade de São Paulo.

Doll, J., & Py, L. (2007). O idoso na relação com a morte: aspectos éticos. In: Neri, A. L. (Org.). *Qualidade de vida na velhice: enfoque multidisciplinar*, 279-300. Campinas, SP: Alínea.

Duarte, M. J. R. S. (2004). Cuidando e educando o cliente idoso na perspectiva da cidadania. In: Saldanha, A. L., & Caldas, C. P. (Orgs.). *Saúde do idoso: a arte de cuidar*, 59-73. (2ª ed.). Rio de Janeiro, RJ: Interciência.

Duarte, Y. (2007). Graduação em gerontologia: uma proposta inovadora de ensino. Barueri, SP: *Saúde Coletiva*, 17(17), 141-147.

Ekman, I., Swedberg, K., Taft, C., Lindseth, A., Norberg, A., Brink, E., Carlsson, J., Dahlin-Ivanoff, S., Johansson, I. L., Kjellgren, K., Lidén, E., Öhlén, J., Olsson, L. E., Rosén, H., Rydmark, M., & Sunnerhagen, K. S. (2011). Person-centered care: Ready for prime time. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 10(4), 248-251. Recuperado em 01 outubro, 2016, de: doi: 10.1016/j.ejcnurse.2011.06.008.

Falcão, D. V. S. (2006). Doença de Alzheimer: Um Estudo sobre o Papel das Filhas Cuidadoras e suas Relações Familiares. Tese de doutorado em Psicologia. Universidade de Brasília, Brasília, DF.

Ferrini, A. F., & Ferrini, R. L. (2008). *Health in the later years*. (4ª ed.). Boston, EUA: The McGraw-Hill Companies, Inc.

Frankl, V. E. (2000). *Em busca de sentido*. (12ª ed.). Petrópolis, RJ: Vozes.

Freire, S. A. (2000). Envelhecimento bem-sucedido e bem-estar psicológico. In: Neri, A. L., & Freire, S. A. (Orgs.). *E por falar em velhice*, 21-31. Campinas, SP: Papirus.

- Freire, S. A. (2006). A personalidade na velhice: estabilidade e mudança. In: Freitas, E. V., et al. (Eds.). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*, 1260-1266. (2ª ed.). Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan.
- Herédia, V. B. M., Cortelletti, I. A., & Casara, M. B. (2004). Institucionalização do Idoso: identidade e realidade. In: Cortelletti, I. A., Casara, M. B., & Herédia, V. B. M. (Orgs.). *Idoso asilado: um estudo gerontológico*, 13-60. Porto Alegre, RS: EDIPUCRS.
- Herrera, W. (2007). *Missão, visão e objetivos*. Recuperado em 04 novembro, 2009, de: http://www.portaldomarketing.com.br/Artigos/Missao_Visao_e_Objeticivos.htm.
- Junqueira, L. A. P. (1990). Gerência dos serviços de saúde. *Cad. Saúde Pública*, 6(3), 247-269. Recuperado em 29 outubro, 2008, de: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v6n3/v6n3a02.pdf>.
- Kane, R. A. (2001). Long-term care and a good quality of life: Bringing them close together. *The Gerontologist*, 41(3), 293-304. Recuperado em 01 novembro, 2016, de: <https://doi.org/10.1093/geront/41.3.293>.
- Khoury, H. T. T., Rêgo, R. C. C. S., Silva, J. C., Silva, A. de L., Novaes, V. R., Sanches, T. R., et al. (2009). Bem-estar subjetivo de idosos residentes em instituição de longa permanência. In: Falcão, D. V. S., & Araújo, L. F. (Orgs.). *Psicologia do envelhecimento: relações sociais, bem-estar subjetivo e atuação profissional em contextos diferenciados*, 103-118. Campinas, SP: Alínea.
- Kóvacs, M. J. (2008). A morte no contexto dos cuidados paliativos. In: *Coordenação Institucional de Reinaldo Ayer de Oliveira. Cuidado Paliativo*, 547-557. São Paulo, SP: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo.
- Kübler-Ross, E., & Kessler, D. (2004). *Os segredos da vida*. Rio de Janeiro, RJ: Sextante.
- Minayo, M. C. S. (2004). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. (8ª ed.). São Paulo, SP: Hucitec.
- Morley, J. E., Caplan, G., Cesari, M., Dong, B., Flaherty, J. H., Grossberg, G. T., Holmerova, I., Katz, P. R., Koppmans, R., Little, M. O., Martin, F., Orrell, M., Ouslander, J., Rantz, M., Resnick, B., Rolland, Y., Tolson, D., Woo, J., & Vellas, B. (2014). International Survey of Nursing Home Research Priorities. *JAMDA*, 15, 309-312. Recuperado em 01 novembro, 2016, de: doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jamda.2014.03.003>.
- Muñoz, D. P., & Fortes, P. A. C. (1998). O Princípio da autonomia e o consentimento livre e esclarecido. In: Costa, S. I. F., Oselka, G., & Garrafa, F. A. *Iniciação à bioética*, 53-70. Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina.
- Neri, A. L. (2000). A formação de recursos humanos em gerontologia: papel da pós-graduação. *II Encontro das Universidades. III Fórum Permanente da Política Nacional do Idoso*. Recife, PE.
- Neri, A. L. (2006). Envelhecimento cognitivo. In: Freitas, E. V., et al. (Eds.). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*, 1236-1244. (2ª ed.). Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan.
- Neri, A. L., & Yassuda, M. S. (2004). *Velhice bem-sucedida: aspectos afetivos e cognitivos*. Campinas, SP: Papirus.
- Oliveira, B. R. G. de, Collet, N., & Viera, C. S. (2006). A humanização na Assistência de Saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14(2), 277-284. Recuperado em 01 novembro, 2016, de: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692006000200019>.

Pagnoncelli, D., & Vasconcellos Filho, P. (1992). Sucesso empresarial planejado. Rio de Janeiro, RJ: Qualitymark.

Papaléo Netto, M. (2006). O estudo da velhice: histórico, definição do campo e termos básicos. In: Freitas, E. V., et al. (Eds.). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*, 2-12. (2ª ed.). Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan.

Perracini, M. R. (2006). Planejamento e adaptação do ambiente para pessoas idosas. In: Freitas, E. V., et al. (Eds.). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*, 1142-1151. (2ª ed.). Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan.

Pessini, L. (2006). Bioética, envelhecimento humano e dignidade no adeus à vida. In: Freitas, E. V., et al. (Eds.). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*, 155-163. (2ª ed.). Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan.

Salmazo-Silva, H., & Gutierrez, B. A. O. (2013a). Cuidados de longa duração na velhice: desafios para o cuidado centrado no indivíduo. *A Terceira Idade*, 24, 7-17. Recuperado em 01 outubro, 2016, de: https://www.sescsp.org.br/files/edicao_revista/536b2d43-eea1-4616-99e2-63002d716103.pdf.

Salmazo-Silva, H., & Gutierrez, B. A. O. (2013b). Dimensões da qualidade de vida de idosos moradores de rua do município de São Paulo. *Saúde e Sociedade (USP. Impresso)*, 22, 148-159.

Socci, V. (2006). Religiosidade e o adulto idoso. In: Witter, G. P. (Org.). *Envelhecimento: referenciais teóricos e pesquisas*, 87-101. Campinas, SP: Alínea.

Sommerhalder, C., & Goldstein, L. L. (2006). O papel da espiritualidade e da religiosidade na vida adulta e na velhice. In: Freitas, E. V., et al. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*, 1307-1315. (2ª ed.). Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan.

Tolson, D., Morley, J. E., Rolland, Y., & Vellas, B. (2011). Advancing Nursing Home Practice: The International Association of Geriatrics and Gerontology Recommendations. *Geriatric Nursing*, 32(3), 194-197. Recuperado em 01 outubro, 2016, de: <http://www.garn-network.org/documents/TOLSON-GeriatrNurs2011.pdf>.

Yassuda, M. S. (2006). Memória e envelhecimento saudável. In: Freitas, E. V., et al. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*, 1245-1251. (2ª ed.). Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan.

Recebido em 25/08/2017

Aceito em 30/09/2017

Carolina Carneiro das Neves Santos - Bacharel em Gerontologia, Universidade de São Paulo, Escola de Artes, Ciências e Humanidades da USP.

E-mail: carolcarneiro84@hotmail.com

Henrique Salmazo da Silva - Bacharel em Gerontologia, Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo (EACH/USP). Mestre em Ciências, Faculdade de Saúde Pública da USP. Doutor em Neurociências e Cognição, Universidade Federal do ABC. Docente e Pesquisador do Programa de Pós-Graduação em Gerontologia, Universidade Católica de Brasília (UCB).

E-mail: henrique.salmazo@ucb.br

Beatriz Aparecida Ozello Gutierrez - Bacharel em Enfermagem, Escola de Enfermagem da USP (EE/USP). Mestre e Doutora pela EE/USP. Docente do Programa de Graduação e Pós-Graduação em Gerontologia, Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo (EACH/USP).

E-mail: biagutierrez@usp.br