

Qualidade de vida de idosos institucionalizados

Quality of life of elderly institutionalized

Claudia Lysia de Oliveira Araújo
Andréia de Almeida Onofre
Edna Teodoro da Silva
Maria Verônica Diniz Pena

RESUMO: Diante do envelhecimento demográfico, as Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) surgiram como alternativas de suporte social para atenção à saúde do idoso. O estudo do tipo exploratório, com análise quantitativa realizada em três ILPIs em uma cidade localizada no médio Vale do Paraíba, no Estado de São Paulo, objetivou caracterizar o perfil de idosos institucionalizados quanto ao sexo, tempo de institucionalização, estado civil, escolaridade, profissão, atividade física, atividade de lazer, locomoção e avaliar a qualidade de vida dos idosos em tais ILPIs. Os resultados obtidos mostram idosos com baixo nível cognitivo e de escolaridade, vários anos de institucionalização, solteiros, profissão auto-declarada “do lar”, sedentários, preferem assistir à TV e ouvir músicas, e com boa qualidade de vida conforme o instrumento utilizado SF 36.

Palavras-chave: Institucionalização; Idosos; Qualidade de Vida.

***ABSTRACT:** Given the aging population, the institutions of Long Term Elderly have emerged as alternatives to social support for health care for the elderly. The explorative study with quantitative analysis performed in three institutions in an average city in the Paraíba Valley, State of São Paulo aimed to characterize the profile of elderly subjects regarding gender, duration of institutionalization, marital status, education, profession, activity physical, leisure activity, locomotion and assess the quality of life of older people in institutions. The results show older people with low education and cognitive institutionalization of several years, single, professional self declared "the home", sedentary rather watch TV and listen to music and with good quality of life instrument used as the SF 36.*

Keywords: Institutionalization; Elderly; Quality of Life.

Introdução

A longevidade da população é um fenômeno mundial com inúmeras repercussões nos campos social e econômico. No Brasil, estima-se que a população idosa poderá alcançar 35 milhões de pessoas até 2025, o que representa aproximadamente 13% da população (BRASIL, 2005).

Em resposta ao evidente envelhecimento populacional e à necessidade de se discutirem ações integradas de promoção à saúde desta população, ocorreu em Viena, em 1982, a primeira Assembleia Mundial sobre Envelhecimento da Organização das Nações Unidas (ONU), que aprofundando conceitos como o de saúde, estabelecido em 1948 pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que diz ser saúde o completo bem-estar físico, psíquico e social de um indivíduo e não somente a ausência de doenças (elegendo-se a qualidade de vida como algo tão importante quanto à longevidade) devendo ser fomentada pelos governos, famílias, sociedade e idosos. Esta assembleia influenciou o desdobramento das políticas de saúde para idosos no Brasil. (Gobbi, 2008).

Qualidade de vida não designa apenas o mínimo básico referido às condições objetivas de existência ou patamar mínimo e universal de direitos básicos (alimentação, água potável, vestuário, trabalho, habitação, transporte, acesso a serviços, dentre outros), e em outro plano, aspectos subjetivos como: amor, liberdade, realização pessoal, solidariedade, inserção social e felicidade. (Assis, 2004).

Nesse sentido, nos últimos 30 anos, a avaliação da qualidade de vida sob a perspectiva do próprio indivíduo, surgiu como ferramenta reconhecidamente importante no contexto da investigação clínica e da formulação de políticas de saúde e despertou a atenção de vários pesquisadores. (Savonitti, 2000).

No Brasil a partir da década de 80, quando acontece o “boom” da terceira idade diferentes grupos de convivência passam a existir. A velhice passa a ser encarada como processo natural no curso da vida deixando o status de doença. Surgiram instituições com intuito de prover aos idosos cuidados integrais à saúde. O “asilo”, como vulgarmente é conhecida a Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI) foi uma das primeiras Instituições preocupada em suprir as necessidades básicas como alimentação e moradia. Entretanto, muitas dessas Instituições eram clandestinas e tinham como marca os maus tratos

e abusos contra os idosos, o que obrigou do governo medidas drásticas em relação a essa situação. Além disso, a literatura científica na área de geriatria e gerontologia, acerca da temática do idoso institucionalizado, reforça a questão do abandono, exclusão social, perda de vínculo familiar, improdutividade e inatividade (Cortelletti, Casara & Herédia, 2004).

Tentar entender as condições em que se encontram os idosos nas ILPIs é como entrar na área sombria da sensibilidade que é o ato de envelhecer. Precisamos lembrar sobre o aumento da população de idosos no Brasil, devido à melhoria das condições de alimentação, campanhas de imunizações (vacinas), controle de natalidade. A sociedade, por sua vez, não consegue inserir esses idosos nessa mesma sociedade, ofertando uma melhor qualidade de vida a eles. (Berzins, 2002).

Os idosos costumam demonstrar emoções causadas pela institucionalização, as quais vão desde a felicidade até o medo. A carência gerada pela falta da própria casa, família e amigos e, muitas vezes o enfrentamento do mito da institucionalização por se sentirem indesejados pelos seus familiares, lhes causa insegurança em relação ao futuro (Baugarten, 2008).

O objetivo deste estudo é caracterizar o perfil de idosos institucionalizados quanto ao sexo, tempo de institucionalização, estado civil, escolaridade, profissão, atividade física, atividade de lazer, locomoção e avaliar a qualidade de vida dos idosos nas ILPIs.

Método

Este estudo configura-se como uma pesquisa do tipo exploratória com análise quantitativa, realizada em três ILPIs em uma cidade localizada no médio Vale do Paraíba, no Estado de São Paulo.

Participaram do estudo 38 idosos com a idade igual ou superior a 60 anos, residentes há pelo menos três meses nas ILPIs, lúcidos e capazes de responder coerentemente aos instrumentos de coleta de dados e que aceitaram participar como voluntários, assinando o termo de consentimento livre e esclarecido.

Como critérios para exclusão foram: pessoas cegas para a luz e que apresentavam escore inferior a 13 pontos para o MEEM.

De acordo com Almeida (1998), os pontos de corte do MEEM diferenciam-se de acordo com a escolaridade, sendo utilizados para o diagnóstico genérico de declínio

cognitivo, sendo estes: 13 para analfabetos, 18 para até sete anos de estudo e 26 para mais de sete anos de estudo.

O presente estudo foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa das Faculdades Integradas Teresa D'Ávila, sob o n.º 95/08.

Uma vez obtido o consentimento das instituições, e observados os aspectos éticos, a coleta de dados foi realizada com os seguintes instrumentos:

- Ficha de identificação, tendo como finalidade registrar os dados gerais do idoso, incluindo dados sócio-demográficos (data de nascimento, idade, sexo, estado civil, escolaridade), data de institucionalização, ocupação profissional antes da institucionalização e atividade recreativa preferida e capacidade física e de locomoção.
- O MEEM, com o objetivo de avaliar déficits cognitivos, traduzidos por Brucki; Nitrini; Caramelli; Bertolucci & Okamoto (2003), é composto por questões agrupadas em 7 categorias, cada uma delas com o objetivo de avaliar as funções cognitivas específicas e auxiliar o diagnóstico clínico de demência. O teste é composto por: orientação para tempo (5 pontos), orientação para local (5 pontos), registro de 3 palavras (3 pontos), atenção e cálculo (5 pontos), lembrança de 3 palavras (3 pontos), linguagem (8 pontos) e capacidade construtiva visual (1 ponto). O escore do MEEM pode variar de um mínimo de 0 até máximo de 30 pontos.
- Índice de Katz, escala empregue para avaliar o desempenho do idoso nas atividades de vida diária (AVD), ou seja, aquelas que se referem ao auto-cuidado para a manutenção da independência, como capacidade de banhar-se, vestir-se, usar o sanitário, deitar e levantar-se, alimentar-se e continência urinária. Os graus considerados para a independência ou dependência funcional são progressivos, conforme descritos: independente para comer, ser continente, mobilizar-se, usar o sanitário, vestir-se e banhar-se (grau A); independente para realizar todas as funções, exceto uma (grau B); independente para realizar todas as funções, exceto banhar-se e outra função mais (grau C); independente para realizar todas as funções, exceto banhar-se, vestir-se e outra função mais (grau D); independente para realizar todas as funções, exceto banhar-se, vestir-se usar o sanitário, mobilizar-se e outra função mais (grau E); independente para realizar todas as funções, exceto banhar-se, vestir-se, usar o sanitário, mobilizar-se e outra função mais (grau F); dependente para realizar as seis

funções (grau G); e outro, que é o idoso dependente para realizar pelo menos duas funções, mas que não pode ser classificado em C, D, E e F.

- O Short Form-36 (SF-36) é um instrumento de medida de qualidade de vida desenvolvido no final dos anos 80 nos EUA. Foi aplicado em diversas situações com boa sensibilidade, eliminando-se o problema de distribuição excessiva das pontas de escala como excelente e muito ruim. Este instrumento foi traduzido e validado no Brasil para avaliar a qualidade de vida. Por este motivo, o SF-36 foi o instrumento escolhido para estimar a qualidade de vida dos idosos institucionalizados.

Resultados e Discussão

A cidade conta com 94 idosos institucionalizados dentre os residentes que constituíram o campo desta pesquisa; 38 idosos atendiam aos critérios de inclusão no estudo, de acordo com os critérios de exclusão; 56 idosos foram excluídos devido à pontuação do MEEM, sugestiva de déficit cognitivo.

Dos idosos entrevistados, 19 (50%) era do sexo masculino e 19 (50%) do sexo feminino, com idade média de 73 anos, tempo de Institucionalização de três meses a 26 anos, 44,6% solteiros, 84,2% com ensino fundamental, 52,3% com ocupação profissional “do lar”, 94,7% não realizavam atividade física, o lazer preferido de 63% era assistir à TV e escutar música; e quanto à locomoção, 52,6% não fazem uso de acessórios.

No estudo de Guedes e Silveira (2004), com 109 idosos pesquisados, de três instituições de Passo Fundo (RS); 66 (60,56%) idosos eram do sexo feminino; e 43 (39,44%) idosos do sexo masculino. De acordo com Yamamoto e Diogo (2002), também em estudo em seis ILPIs de Campinas (SP) encontraram predominância de mulheres institucionalizadas.

O estado civil dos idosos institucionalizados eram 17 (44,64%) solteiros; 13 (33,38%) viúvos; seis (17,24%) separados; dois idosos (4,74%) casados.

Já o que mostra na pesquisa realizada por Converso & Iartelli (2007) em três ILPIs de Presidente Prudente (SP), com 115 idosos: 21 (17,6%) idosos eram casados; 54 (46,55%) eram solteiros; 25 (21,73%) eram viúvos; e 15 (13,52%) idosos eram divorciados. E uma ILPI de Ribeirão Preto com 97 idosos em uma amostra de 15 idosos refere que sete idosos são solteiros; seis idosos são viúvos; um idoso é casado; e um idoso separado. (Fabrício; Rodrigues & Costa Junior, 2002).

Quanto ao grau de escolaridade: 32 (84,2%) idosos com ensino fundamental; três (7,8%) idosos com ensino médio; e três (7,8%) idosos analfabetos.

Segundo Hirayama (2008), o estudo realizado em uma ILPI localizada na cidade de Rio Grande (RS), com 95 residentes participando da pesquisa, 55 idosos totalizando 57,8% da instituição e utilizando como critério de exclusão pelo autor a “demência”. Constatou-se que: 11,6% dos idosos são analfabetos; 20% possuem o ensino fundamental completo; 9,4% possuem ensino fundamental incompleto; 3,16% possuem ensino médio incompleto; 2,10% possuem ensino médio completo; 3,16% possuem ensino superior; e 8,43% não souberam responder.

De acordo com Gaio (2005), em estudo realizado na ILPI na cidade de Fortaleza (CE), com 186 idosos, o nível educacional era de 65 (34,9%) idosos analfabetos; e 30 (16,1%) concluíram o ensino médio; e 91 (48,9%) idosos não souberam responder.

O tempo de institucionalização do nosso grupo de estudo foi de três meses a vinte seis anos.

De acordo com Vivian e Areimon (2009), em seu estudo realizado em uma ILPI de Porto Alegre (RS), com 30 idosos, mostrou que 34 (90%) idosos residem na instituição de um a 26 anos; e quatro (10%) idosos não souberam responder, porque a data de admissão e a de nascimento eram desconhecidas por eles.

Assis (2004) nos mostrou em sua pesquisa que nas cinco ILPIs de Uberlândia (MG) que totalizou cerca de 175 idosos, apenas 75 idosos responderam à pesquisa devido a critérios que o próprio autor define como “surdez e demência”; assim sendo, foi constatado que 90% dos idosos institucionalizados residem ali um tempo médio de um a 26 anos.

Quanto à ocupação profissional dos idosos institucionalizados, 11 (52,37%) idosos eram “do lar” e os demais eram constituídos de cinco (13,1%) trabalhadores rurais; cinco (13,1%) trabalhadores autônomos; quatro (10,5%) pedreiros; três (7,8%) comerciantes; dois (5,2%) telefonistas; dois (5,2%) bancários; um (2,6%) professor; uma (2,6%) costureira; um (2,6%) sapateiro; um (2,6%) porteiro; um (2,6%) charreteiro; e um (2,6%) motorista.

O estudo de Hirayama (2008) nos mostrou que, na ILPI na cidade de Rio Grande (RS) prevaleceu a profissão “do lar” com 29% dos idosos, dentre outras: 16,32% domésticas; 7,38% serventes de pedreiro; 9,40% de servidores públicos.

Em relação à atividade física, dois (5,2%) realizam atividade física; e 36 (94,7%) não realizavam.

Contudo, Gobbi (2008), em pesquisa realizada em uma ILPI, no município paulistano, com 115 idosos, apenas 30 (26%) idosos participam de atividades físicas, enquanto os demais idosos participantes do estudo não têm como hábito a prática de realização de atividade física, alegando falta de coragem, e a incerteza de que a atividade física realmente faria bem a sua saúde; somente 2,6% dos idosos relataram que realizavam atividade física como caminhada e alongamento.

Já no estudo de Darim (2004), realizado em três ILPIs na cidade de Natal (RN), classificadas como instituições A, B e C, constatou-se o seguinte: na instituição A residem 170 idosos; na B residem 47 idosos; e na C residem 42 idosos. Sendo que: 69% dos idosos residentes na instituição A e C e praticam algum tipo de atividade física, como caminhada e alongamento e na Instituição B 100% dos idosos são sedentários.

O lazer preferido de 24 (63,1%) dos idosos institucionalizados eram assistir TV e escutar música e os 14 (36,9%) idosos restantes preferem outro tipo de atividades como: crochê, costura, leitura.

Este resultado vai de encontro a outro estudo que é caracterizado pela passividade do idoso, assistir TV 58%, ouvir rádio 41,5%, ouvir música 19,9%. (Menezes, 2004)

E quanto à locomoção, 20 (52,6%) idosos não fazem uso de acessórios, nove idosos (23,6%) fazem uso de cadeiras de rodas, três (7,8%) idosos usam andador e cinco (13,1%) idosos usam bengala e um (2,68%) idoso usa muleta. De acordo com Menezes (2008), 14 (14,83%) idosos utilizam dispositivo para auxílio de marcha, sendo que 13 (92,8%) idosos utilizam bengala e um (7,1%) idoso utiliza andador.

Araújo e Ceolim (2010) constataram a maior parte dos idosos (89,5%) caminhava sem auxílio de outrem em um estudo com a qualidade do sono de idosos institucionalizados.

Em relação à qualidade de vida ficou constatado que entre os domínios de capacidade funcional, limitação por aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental 17 (44,7%) idosos entrevistados consideraram sua qualidade de vida boa.

O grau de dependência constatado foi de 19 (50%) idosos independentes para exercer seus cuidados básicos diários e 19 (50%) dependem parcial ou totalmente da ajuda de profissionais.

Considerações Finais

Os resultados obtidos mostram que no município pesquisado, 59,4% dos idosos institucionalizados têm déficit cognitivo. Entrevistados 40,4% desses idosos institucionalizados com idade média de 73 anos, tempo de Institucionalização de três meses a 26 anos, solteiros, com ensino fundamental, profissão auto declarada “do lar”, que não realizavam atividade física, o lazer preferido de assistir à TV e escutar música e quanto à locomoção, não fazem uso de acessórios.

O grau de dependência ou independência para exercer seus cuidados básicos diários não interferiu nos domínios para a qualidade de vida.

Ficou constatado entre os domínios da qualidade de vida que são: capacidade funcional, limitação por aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental, os idosos entrevistados consideram sua qualidade de vida boa.

Referências

- Almeida, G.P. (1998). Mini-exame do Estado mental e o diagnostico de demência no Brasil. *Arq Neuro Psiquiatr.*,56.
- Araújo, C.L.O. & Ceolim, M.F. (2010). Qualidade do sono de idosos residentes em instituição de longa permanência. *Rev.Esc.Enferm USP*, 44(3): 619-26.
- Assis, M. (2004). *Promoção da saúde e envelhecimento: avaliação de uma experiência no ambulatório no Núcleo de Atenção ao Idoso da UnATIU/UERJ*. Tese de doutorado. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- Baugarten, L. (2008, setembro). *Qualidade de vida do idoso em ILPI*. Trabalho Apresentado X Fórum Nacional de Coordenadores de Projetos da Terceira Idade de Instituições de Ensino Superior e IX Encontro Nacional de Estudantes da Terceira Idade de Instituições de Ensino Superior.

Berzins, M. (2002). *ILPI – Instituição de Longa Permanência para Idosos Envelhecer com dignidade: um direito humano*. Encontrado em 20 de setembro, 2010, em <<http://www.portaldoenvelhecimento.org.br/acervo/.../ilpis.htm>.

BRASIL. Lei n.º 10.741, de 1º de fevereiro de 2003. *Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências* (Legislação na internet). Brasília, 1994. [citado 2005 mar.25].

Brucki, S.; Nitrini, R.; Caramelli, P.; Bertolucci, P. & Okamoto, J. (2003). Mini-exame do estado mental: influência da escolaridade sobre o escore total e subitens. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 61(3-B): 777-81.

Converso, M.E.R. & Iartelli, I. (2007). Caracterização e análise do estado mental e funcional de idosos institucionalizados em instituições públicas de longa. *J. bras. Psiquiatr.*, SciELO Brasil.

Cortelletti, I.A.; Casara, M.B. & Heredia, V.B.M. (Orgs.). (2004). *Idoso asilado: um estudo gerontológico*. Caxias do Sul: EDUCS.

Fabrizio, S.C.C.; Rodrigues, R.N.A.P. & Costa Junior, M.L. (2002). Quedas acidentais em idosos institucionalizados. *Acta Paul Enfermagem*, 15(3): São Paulo: 51-9.

Darim, R.M.B.; Torres, G.V.; Dantas, S.M.M.A. & Lima, V.M. (2004). Estudos com idosos de instituições asilares no município de Natal / RN - características socioeconômicas e de saúde. *Latino-Americana de enfermagem* 12(3): [on line]: 518-24.

Gaiao, L.R.; Almeida, M.E.L. & Heukelbach, J. (2005). Perfil epidemiológico carie dentária em idosos residentes em institucionalização na cidade de Fortaleza, CE. *Revista brasileira epidemiol* [on line].

Gobbi, S. *et al.* (2008). Comportamento e barreiras. *Psic.: Teor e Pesquisa*, 24(4): 451-8.

Guedes, J.M. & Silveira, R.C. (2004). Análise da capacidade funcional da população geriátrica institucionalizada na cidade de Passo Fundo-RS. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, 1(2). Passo Fundo: 10-21.

Hirayama, F.J.; Meneguel, S.N. & Junges, J.R. (2008). Mulheres idosas enfrentando a institucionalização. *Cad. Saúde Pública*, 24(9): 2187-9.

Menezes, R.L. & Bachoin, M.M. (2004, julho-agosto). Envelhecimento *Revista Ciência. Saúde coletiva*, 13. Rio de Janeiro.

Savonitti, B.H.R.A. (2000). *Qualidade de vida dos idosos institucionalizados*. Dissertação de Mestrado. Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

Vivian, A.S. & Areimon, I.I.L. (2009). Estratégias de enfrentamentos, dificuldades funcionais e fatores associados em idosos institucionalizados. *Caderno de Saúde Pública*, 25(2). [online]: 436-44.

Yamamoto, A. & Diogo, M.D. (2002, setembro-outubro). Os idosos e as instituições asilares do município de Campinas. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 10(5): 660-6.

Recebido em 20/09/2010

Aceito em 20/11/2010

Claudia Lysia de O. Araújo - Doutoranda Programa de Pós-Graduação em Enfermagem na Saúde do Adulto, da Escola de Enfermagem da USP. Professora-Titular, Faculdades Integradas Teresa D'Ávila. Lorena (SP).

E-mail: claudia-lysia@ig.com.br

Alunas do 4º ano de Graduação em Enfermagem, pelas Faculdades Integradas Teresa D'Ávila. Lorena (SP):

Andréia de Almeida Onofre;

Edna Teodoro da Silva;

Maria Verônica Diniz Pena.