

Qualidade de vida e saúde em instituições de longa permanência para idosos

Quality of life and health in long-term care institutions for elderly people

Josemara de Paula Rocha¹, Patricia Morsch², Fabiane de Oliveira Brauner³,
Ângelo José Gonçalves Bós⁴, Adriano Pasqualotti⁵

RESUMO

Introdução: Conhecer os valores considerados importantes para uma boa percepção de qualidade de vida para idosos institucionalizados pode melhor nortear as ações que buscam promovê-la nesse ambiente. **Métodos:** Este é um estudo de cunho qualitativo desenvolvido com análise de conteúdo temática, sendo avaliada a qualidade de vida de idosos (60 anos ou mais de idade) institucionalizados em instituições de longa permanência públicas e privadas, participantes de oficinas de educação gerontológica. **Resultados:** Participaram 23 idosos, 69,60% mulheres, com média etária de 78,10 anos, 1,8 morbidade e uso de 7,00 medicamentos, em média. Todos relataram ter boa qualidade de vida. Na análise qualitativa, aspectos como relacionamento interpessoal, recreação, bem-estar psicológico, autonomia, condição econômica e realização pessoal superaram o acometimento pelas doenças na avaliação da qualidade de vida. **Conclusão:** Foi observada uma expectativa positiva para o futuro da qualidade de vida apoiada em crenças espirituais, na percepção do momento atual como em situação social superior ao passado e no cuidado que a institucionalização proporcionava.

UNITERMOS: Saúde do idoso institucionalizado, educação, qualidade de vida, pesquisa qualitativa

ABSTRACT

Introduction: Knowing the values considered important for a good perception of quality of life for institutionalized elderly can better guide the actions that seek to promote it in this environment. **Methods:** This is a qualitative study developed with thematic content analysis, evaluating the quality of life of older adults (60 years or older) institutionalized in long-term public and private institutions, participating in gerontological education workshops. **Results:** 23 elderly people participated, 69.60% women, with mean age of 78.10 years, 1.8 morbidities and use of 7.00 medications, on average. All reported having a good quality of life. In the qualitative analysis, aspects such as interpersonal relationships, recreation, psychological well-being, autonomy, economic status and personal fulfillment surpassed the experiences of disease in the assessment of quality of life. **Conclusions:** We found a positive expectation for the future of quality of life supported by spiritual beliefs, in the perception of the current moment as in a superior social situation as compared to the past, and in the care that institutionalization provided.

KEYWORDS: Institutionalized older adults' health, education, quality of life, qualitative research

¹ Doutora em Gerontologia Biomédica pelo Programa de Pós-graduação em Gerontologia Biomédica da Escola de Medicina da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. Mestre em Envelhecimento Humano e especialista em Saúde do Idoso (Residência Multiprofissional).

² Doutora em Gerontologia Biomédica. Consultora no Departamento de Família, Promoção a Saúde e Curso de Vida / Unidade de Curso de Vida Saudável. Organização Pan Americana de Saúde / Escritório Regional para as Américas da Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS). Washington, DC. EUA.

³ Doutoranda em Gerontologia Biomédica com bolsa parcial pelo Programa de Pós-graduação em Gerontologia Biomédica da Escola de Medicina da PUCRS. Especialista em Saúde Pública. Mestre em Gerontologia Biomédica.

⁴ Pós-Doutorados em Epidemiologia do Envelhecimento, Estudos Longitudinais; e em Saúde e Participação Social. Docente titular na Faculdade de Medicina e Programa de Pós-graduação em Gerontologia Biomédica da Escola de Medicina da PUCRS, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. Pesquisador do Instituto de Geriatria e Gerontologia da PUCRS.

⁵ Doutorado em Informática na Educação e Pós-Doutorado em Sociedade, Comunicação e Cultura. Docente do Instituto de Ciências Exatas e Geociências do Programa de Pós-graduação em Envelhecimento Humano da Faculdade de Educação Física e Fisioterapia da Universidade de Passo Fundo (UPF), Passo Fundo, Rio Grande do Sul, Brasil.

INTRODUÇÃO

No Brasil, a maior parte dos idosos vive em suas residências, e dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) da pesquisa nacional por amostra de domicílios revelaram, em 2007, que, dos quase 20 milhões de idosos brasileiros na época, 45% conviviam com seus filhos, na condição de chefe do domicílio. Por outro lado, tem crescido o número de Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI), mas até o momento não se tem um número exato dessa modalidade de instituição no país (1).

Segundo Watanabe (2), historicamente, o cuidado com pessoas com alguma incapacidade funcional ou dependência se desenvolvia inicialmente no espaço privado do domicílio, comumente por familiares. Contudo, esse cuidado foi se tornando mais difícil, por causa da mudança na conformação das famílias e do ingresso da mulher, geralmente a cuidadora familiar de eleição, no mercado de trabalho. Em razão disso, o Estado e as instituições privadas passaram a dividir com a família as responsabilidades pelo cuidado com os idosos, oferecendo diversas modalidades de serviços para sua assistência (2,3).

Para termos uma noção do número de idosos institucionalizados no Brasil, em 2005, o Ministério de Desenvolvimento Social financiou 1.146 instituições, onde residiam 24.859 idosos. Esse investimento não cobria 0,2% dos idosos brasileiros, além de se considerar que as instituições conveniadas não constituíam o total de ILPI do país. Uma aproximação do total de residentes nas ILPI, de acordo com o censo demográfico de 2000, trazia que 107 mil idosos residiam em ILPI, o que representaria 0,8% da população idosa (4). O Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), ao realizar o primeiro censo de abrigos e asilos do país, descobriu que apenas 0,5% da população com mais de 60 anos estava em uma das 3.548 ILPI brasileiras. Mais de dois terços dos municípios brasileiros não tinham nenhum abrigo para idosos (5).

No que concerne ao fomento das ILPI brasileiras, a maioria (65,2%) é de natureza filantrópica, sendo apenas 6,6% públicas, predominantemente municipais, o que corresponde a 218 instituições, número menor do que o de instituições religiosas vicentinas, aproximadamente 700 (6). Nas ILPI pesquisadas, residiam em torno de 100 mil pessoas, das quais 84 mil eram idosas, representando menos de 1% da população idosa brasileira. Com predominância feminina (57,3%) entre os residentes, as ILPI eram pequenas e, em média, abrigavam cerca de 30 residentes (6).

Nesse contexto, a institucionalização da velhice no Brasil é uma realidade crescente, e seu caráter de abrigo de outrora é desafiado, atualmente, pela necessidade de permitir a continuação da valorização e do desenvolvimento humano dos idosos. Mesmo em ILPI, os idosos podem perceber a saúde além do sentido da ausência de doença, e a interação social pode ser um determinante fundamental para essa significação. Em um estudo sobre a saúde no olhar do idoso institucionalizado, Júnior & Tavares (7) ob-

servaram que a boa convivência, entendida pelas relações interpessoais e pela rede de apoio, apresentava-se como um “indicador de saúde”, incorporado como valor essencial para uma vida feliz e saudável (7). Segundo Ayres (8), há a necessidade de uma reconstrução humanizadora das práticas de saúde, que adentre no mundo de significados dos sujeitos a quem se presta assistência, valorizando seus projetos de felicidade e experiências humanas, tendo em vista que somente estes conhecem suas reais carências (8). Essa abordagem também compreende as variáveis fisiopsicossociais e espirituais, para uma melhor saúde mental e espiritual (9).

Nesse contexto, o objetivo desta pesquisa foi avaliar a qualidade de vida (QV) de idosos residentes em ILPI, considerando os conhecimentos que os mesmos têm acerca desse construto, os fatores considerados importantes para uma boa QV, a opinião sobre o estado da QV atual e as expectativas futuras da QV na instituição, acreditando que conhecer os valores importantes para a QV dos sujeitos é necessário para desenvolver ações com o objetivo de melhorar a saúde.

MÉTODOS

Participantes

Participaram pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, de quatro ILPI selecionadas por conveniência do município de Passo Fundo, Rio Grande do Sul, Brasil, sendo que duas eram filantrópicas (com 47 idosos residentes na primeira e 68 na segunda) e duas particulares (com 30 idosos residentes na primeira e 18 na segunda) e todas abrigavam sujeitos de ambos os sexos. Foram critérios de inclusão: ter capacidade verbal preservada e capacidade cognitiva suficiente para o entendimento dos questionamentos e elaboração de respostas plausíveis aos conteúdos. Deficiências físicas, visuais e déficits parciais auditivos que ainda permitissem ouvir as falas com clareza e dialogar não eram considerados excludentes da participação. Foram selecionados idosos de forma não aleatória e por conveniência.

Cuidados éticos

Os dados apresentados neste resumo pertencem a uma pesquisa realizada na cidade de Passo Fundo, Rio Grande do Sul, Brasil, intitulada “Envelhecimento, comunicação e qualidade de vida: experiência de diálogo mediado por uma rádio-poste”. O projeto de pesquisa recebeu aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade de Passo Fundo (UPF), sob protocolo 449/2010.

Procedimento

Os participantes frequentavam um espaço de diálogo dentro de uma oficina denominada “Educação gerontoló-

gica e qualidade de vida (QV): comunicação, informação e tecnologias”, com duração total de 16 horas em cada ILPI, distribuídas em oito dias, duas vezes na semana, com duas horas por dia de atividade. Em cada encontro, era discutido um tema pelo grupo, usando um microfone, para transmitir as falas para os ouvintes, e um gravador, para armazenar as falas coletadas. Ao final, foram avaliadas as mudanças ambientais percebidas pelos idosos, o significado da atividade, a QV, a cognição e a depressão.

As falas dos sujeitos foram gravadas por meio de gravador digital e transcritas utilizando o aplicativo Express Scribe 5.13. Foi realizada uma análise de conteúdo temática (10-12). Para dar maior confiabilidade aos resultados na estratégia de coleta dos dados, utilizamos a noção de triangulação sugerida por Minayo (12) mediante uso de diário de campo, gravador e diferentes amostras dentro da mesma população, o que seria o uso concomitante de várias técnicas de abordagens e de várias modalidades de análise, destinados à verificação e validação da pesquisa.

Dentro do método qualitativo de análise de conteúdo temático das falas, trabalhou-se com a categorização dos núcleos de significado das falas. A partir disso, foram elaboradas categorias gerais, antes da aplicação da pesquisa como sugerido por Minayo (12), e então, a partir da coleta de dados, os achados foram organizados, formando subcategorias, as quais, por sua vez, foram analisadas e interpretadas, com base na literatura pertinente ao tema.

Neste texto, são discutidos os achados referentes à QV desses idosos, tema que era desenvolvido no terceiro encontro. A oficina era desenvolvida dentro de um roteiro de rádio transmitido através de uma rádio-poste, um sistema de rádio de transmissão apenas local, através de caixas de som posicionadas no interior da instituição.

RESULTADOS

A amostra foi composta por 23 idosos, 69,60% mulheres, com idade média de 78,10 anos (desvio-padrão de 9,40 anos), 5,80 anos de estudo (desvio-padrão de 4,70 anos), 56,50% viúvos, 91,30% aposentados e tempo de institucionalização médio de 36,60 meses (desvio-padrão de 39,50 meses). Apresentando em média 1,80 morbidade (Hipertensão Arterial Sistêmica – HAS – com 43,40% e *Diabetes Mellitus* – DM – com 30,40%; o uso médio era de 7,00 medicamentos, 78,30 faziam uso de medicação anti-hipertensiva).

Na análise qualitativa, foi possível identificar os determinantes mais importantes para os idosos terem uma boa QV na ILPI. Esses determinantes foram organizados em categorias de acordo com as características comuns, entre elas: relacionados ao aspecto físico, ao relacionamento interpessoal, ao social, à recreação, ao bem-estar psicológico, à autonomia, à condição econômica e à realização pessoal. Para cada determinante, foram separados os seguintes núcleos de significação que poderiam se encontrar em mais de um domínio de acordo com a interpretação:

– Físico: “Caminhar”, “disposição”, “saúde boa”, “boa alimentação” e “trabalhar”.

– Relacionamento interpessoal (com funcionários e demais idosos): “Amar e ser amado”, “respeitar e ser respeitado”, “conversar”, “se dar com todo mundo”, “amizade”, “casando”, “poder prostrar”, “não incomodar e não receber incômodo” e “gostar do próximo e o próximo gostar da gente”.

– Social: “Visitar conhecidos”.

– Recreação: “Dançar”, “divertir”, “música”, “visitar conhecidos”.

– Bem-estar psicológico: “Sentir-se bem”, “ser feliz”, “disposição”, “paz”, “ser contente”, “sentir-se amado e respeitado”, “saber viver”.

– Autonomia: “Não pode fazer tudo o que as pessoas querem, tem que ter senso”.

– Condição econômica: “Dinheiro à vontade”.

– Realização pessoal: “Aproveitar a vida”.

A saúde e a amizade foram os determinantes que mais foram comentados pelos idosos, como se observa nas frases a seguir:

Graças a Deus, sou de saúde, nunca vou no hospital. E graças a Deus, tenho saúde, tenho disposição pra trabalhar e trato bem as pessoas. E tudo são amigas minhas, nunca briguei com ninguém. O que eu quero é a saúde e a amizade.

(Senhor, em uso de três medicamentos para HAS e DM, 79 anos)

Uma vida boa com qualidade é a gente se dá com todo mundo, todos gostam da gente, que nem eu gosto de todas as pessoas. Que a gente vivendo numa alegria, a gente vive muito mais bem, prostra, se diverte e o mais né, tudo bom, né. E uma boa saúde, tá bom.

(Senhor, apresenta sequelas de traumatismo cranioencefálico, uso de três medicamentos, 70 anos)

Eu acho que a pessoa tendo saúde, tendo dinheiro, tendo boa amizade com todo mundo, eu acho que é uma das coisas boas, né?

(Senhor, apresenta HAS, fez cirurgia de artroplastia do joelho direito, em uso de quatro medicamentos, 70 anos)

O diálogo era valorizado pelos participantes na QV, pois na percepção dos idosos gerava amizade e esta possibilitava sentir alegria, entusiasmo em relação à vida, entretenimento e promovia cuidado e atenção entre os envolvidos.

Tem que conversar com as pessoas, tem que conversar uns com os outros para se entender. É coisa muito boa a conversa. Que a pessoa que não conversa não vive. E a gente tem que viver.

(Senhora, portadora de HAS e insuficiência cardíaca, em uso de dez medicamentos, 79 anos)

Mas é bom mesmo porque, certo prostrando se entristece e é uma alegria né. Pior se a gente tá adoecido, não pode conversar quase com

ninguém, tá doente, daí a gente fica triste, e é mais ruim pra vida né. A gente proseando me sentindo alegre, passa mais ligeiro a vida. Daí é interessante.

(Senhor, apresenta sequelas de traumatismo cranioencefálico, uso de três medicamentos, 70 anos)

Os participantes avaliavam sua QV como boa, e essa condição era atribuída a uma boa saúde, à assistência de saúde, à qualidade dos relacionamentos interpessoais na ILPI, ao bem-estar e à possibilidade de diálogo, que naquele período era intensificada pela oficina de educação gerontológica.

A minha qualidade de vida tá bem, porque, com tudo eu não sofri tanto né, a cirurgia da minha perna né, mas eu sempre fui bem atendida por todos. [...] já que eu estou com oitenta e três anos. Minha qualidade de vida está ótima.

(Senhora, possuía HAS, DM e uma amputação transfemorral esquerda, em uso de sete medicamentos, 83 anos)

É, eu acho que dentro do possível tá boa, poderia ser melhor. É, eu acho que a compreensão das pessoas aqui, o preparo que elas têm né. Isso aí faz com que torne a vida de todos agradável né.

(Senhora, no prontuário constando apenas uma fratura no úmero esquerdo, mas em uso de sete medicamentos, dentre eles, um para hipercolesterolemia e dois para HAS, 73 anos)

[...] Conversa, música, tudo tem graça agora.

(Senhora, possuía HAS, DM, em uso de sete medicamentos, 73 anos)

Foi observada uma expectativa positiva para o futuro da QV apoiada em crenças espirituais, na percepção do momento atual como em situação social superior ao passado e no cuidado que a institucionalização proporcionava. Os idosos não relataram em suas falas a possibilidade de morar fora da ILPI futuramente.

Ah, ajuda a gente, tem que ter fé em Deus e o pé na trave pra melhorar, não pra piorar. A gente trata bem os outros, de saúde, de amizade com o pessoal, com as pessoas e pode melhorar a vida.

(Senhor, em uso três de medicamentos para HAS e DM, 79 anos)

Pois a gente tem sempre que pensar em melhorar. A gente não pode pensar meio atrasado que nem os sofridos, a gente espera a melhora, que daí pode ser que Deus ajude a gente e vai melhorar pra frente.

(Senhor, apresenta sequelas de traumatismo cranioencefálico, uso de três medicamentos, 70 anos)

Tudo na vida [pode melhorar]. Que o dia de amanhã, cada vez feliz, mais bela. Que fiquei sem pai, sem mãe, sem irmã, sem irmão. Tenho os filhos de criação, que ajudei a criar e hoje tão me dando um apoio pra mim, graças a Deus. O que planta se colhe né

maninha. Faço o bem e não olho pra quem.

(Senhora, apresentava HAS, em uso de dois medicamentos, 83 anos)

Eu tenho tudo o que eu preciso na minha vida, o amor, a paz, tudo, as amizades com todo mundo, graças a Deus. Estou bem tratada aqui como eu nunca esperava ser. Muito obrigado, meu Deus, agradeço você também, tudo, as pessoas que estão aqui.

(Senhora, portadora de HAS e insuficiência cardíaca, em uso de dez medicamentos, 79 anos)

DISCUSSÃO

A literatura mostra que a percepção da QV é distinta em idosos de diferentes contextos como os que participam de centros de convivência (CC) e os que vivem em ILPI, e fatores determinantes podem influenciar diferentemente essa avaliação. Idosos ambulatoriais podem atribuir percepções subjetivas de QV e a fundamentarem dentro de três grandes categorias de significados de QV: a questão afetiva e a família; a obtenção do prazer e do conforto; e a prática do seu ideário de vida (13). Ao passo que idosos de ILPI podem ter uma QV melhor com a institucionalização, independentemente da classe social, porque, mesmo nos locais mais simples, pode-se dispor de benefícios que não se obtinha na comunidade (14).

A interação social pode ser de fundamental importância na garantia de uma QV melhor. O repertório de habilidades sociais nesse contexto também pode influenciar na QV de idosos de ILPI (15). No estudo de Carneiro *et al.* (15), um menor repertório de habilidades sociais na ILPI se relacionou com uma pior QV, quando comparado ao repertório dos sujeitos que residiam com a família ou frequentavam instituições como uma Universidade Aberta da Terceira Idade (15). E isso pode ser evidenciado na comunidade, onde os idosos participantes de CC tinham melhor QV que sujeitos não engajados (16).

A socialização pode ser um importante ganho na ILPI, e a adaptação à mesma recebe influência das condições prévias que levaram à institucionalização, como a expectativa que o sujeito tinha sobre o ser ou não cuidado pelos parentes, acreditar na possibilidade de maior liberdade em relação à que teria na casa de parentes, considerar-se uma sobrecarga à família, e a internação forçada por decisão da família a contragosto do idoso (14).

Os idosos institucionalizados estão sujeitos a muitas restrições que podem afetar a percepção de sua QV e de estar no comando da própria vida (17). É comum que o idoso não possua as chaves de seu dormitório, divida o ambiente com pessoas desconhecidas, tenha seus pertences registrados e identificados, e passe a ter horários preestabelecidos para atividades rotineiras, como tomar banho, fazer as refeições e descansar, entre outras (2). Os idosos que vivem na comunidade podem apresentar maior percepção de controle da própria vida com seus próprios esforços do

que os institucionalizados. Na ILPI, os idosos que percebem nesse ambiente uma maior possibilidade de produzir mais resultados desejados do que em situação anterior eram os mais satisfeitos com conquistas na vida e anseios do que os demais (17). Esses achados vão ao encontro do demonstrado em nossa amostra, quando os idosos relataram uma expectativa positiva em relação ao futuro ao comparar com um passado com maiores limitações.

Os resultados encontrados também se assemelharam a realidades de outros países. Nos Estados Unidos, um estudo com 62 idosos residentes em ILPI avaliou o que realmente era importante para a QV nesse ambiente, alegando as evidentes mudanças culturais que têm levado à valorização da QV em ILPI em um contexto que conta com escassez de estudos de boa evidência científica para apoiar a escolha das melhores intervenções nesse âmbito (18). O estudo englobou uma amostra representada por idosos de média etária de 81,7 anos, sendo 56,5% mulheres e apresentando, em média, 4,4 morbidades, principalmente a HAS (53,2%), a depressão (41,9%), a DM (37,1%), a doença de Alzheimer e/ou outras demências (30,6%) e a insuficiência cardíaca congestiva (25,8%). Através de questionários de QV, foram identificados a dignidade, o bem-estar espiritual e a apreciação do alimento como preditores da satisfação geral do idoso com a instituição. A dignidade constituiu um indicador significativo da satisfação dos mais idosos com os funcionários. Além disso, os autores salientaram a necessidade de focar não somente na saúde física, mas também no bem-estar psicológico e espiritual para potencializar uma experiência positiva aos idosos na ILPI (18).

Uma revisão sistemática realizada sobre atividades desenvolvidas para melhorar a QV de idosos em ILPI relatou que a maior parte dos 35 estudos analisados se direcionava a intervenções nos domínios físico e psicológico, e, no geral, os estudos apresentavam baixa qualidade metodológica. Os pesquisadores levantaram a hipótese de que, sendo a QV um construto multidimensional, as intervenções deveriam oferecer modalidades multidimensionais para melhor beneficiar os idosos nesse sentido e ressaltaram a falta de estudos na região da América do Sul e África (19).

A percepção de saúde em idosos com doenças crônicas pode ter relação com a força interior (20), ou com a capacidade de o indivíduo enfrentar as mais variadas mudanças na vida como algo próprio dela, utilizando-se de habilidades como determinação, criatividade, conectividade com as outras pessoas e flexibilidade (21). Viglund *et al.* (20) investigaram a relação entre a força interior, a autopercepção de QV e doenças crônicas em uma amostra de 6.119 participantes com idades de 65 anos ou mais e encontraram que idosos portadores de doenças poderiam apresentar melhor autopercepção de saúde por meio do recurso de sua força interior. Os autores sugeriram que, para os profissionais de saúde, aumentar o conhecimento sobre a força interior poderia estimular o fortalecimento e a promoção da força interior dos pacientes, nos casos necessários (20).

Nesta pesquisa, os idosos relataram ter uma QV boa e

atribuíram esse fato principalmente por apresentarem uma saúde boa, e, em seguida, pelo bom relacionamento com os outros idosos e os funcionários da ILPI. Os idosos procuravam manter um pensamento otimista em relação à QV futura, alegando um passado sofrido, de muito trabalho e doenças e buscando na religiosidade, muitas vezes, uma esperança de uma gratificação pelas condutas de vida prévias à institucionalização. Assim como em outros estudos, a socialização pareceu ser importante para a QV, e os idosos pareciam perceber a institucionalização de forma positiva diante das dificuldades que apresentaram na comunidade.

Embora os sujeitos apresentassem doenças, todos consideraram sua QV boa. Os determinantes relatados como mais importantes para uma boa QV foram relacionados ao aspecto físico, ao relacionamento interpessoal, ao social, à recreação, ao bem-estar psicológico, à autonomia, à condição econômica e à realização pessoal. A boa QV era atribuída a uma boa saúde, à qualidade dos relacionamentos interpessoais na ILPI, à assistência da instituição e à possibilidade de diálogo. Havia uma expectativa positiva para o futuro da QV apoiada em crenças espirituais, na percepção do momento atual como em situação social superior ao passado e no cuidado que a ILPI proporcionava. Esses achados podem incentivar a adoção de estratégias que promovam a socialização de idosos em ILPI para melhorar a QV dos mesmos, pois, na opinião destes, a qualidade das relações interpessoais era fundamental.

AGRADECIMENTOS

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior pelas bolsas de mestrado e doutorado concedidas, à Fapergs e ao MCT/CNPq pelo apoio financeiro mediante edital Fapergs 003/2009 ARD processo 0902756 e MCT/CNPq processo 478530/2009-9.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. 2008 [Internet]. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. 2008 [cited 2018 Feb 2]. Available from: www.ibge.gov.br
2. Watanabe HAW. Instituições de Longa Permanência (ILPI). In: Watanabe HAW, Louvison MCP, Prado AA, Busch T, Barroso AES, editors. Rede de atenção à pessoa idosa. São Paulo: Secretaria Estadual de Assistência e Desenvolvimento Social: Fundação Padre Anchieta; 2009. p. 11-31.
3. Sullivan LJ, Asselin ME. Revisiting quality of life for elders in long-term care: an integrative review. *Nurs Forum*. 2013;48(3):191-204.
4. Camarano AA. Texto para discussão n° 1179: mecanismos de proteção social para a população idosa brasileira. 2006 [Internet]. Governo Federal. Ministério do planejamento, orçamento e gestão. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. 2006 [cited 2018 Jul 7]. Available from: www.ipea.gov.br/pub/td/2006/td_1179.pdf
5. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - Ipea. VEJA ONLINE: Ipea: mais de 2/3 das cidades não têm abrigo para idoso. 2010 [Internet]. 2010 [cited 2011 Aug 21]. Available from: www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=8581&catid=159&Itemid=75
6. Camarano AA, Kanso S. As instituições de longa permanência para

- idosos no Brasil. *Rev Bras Estud Popul.* 2010;27(1):233-5.
7. Júnior RCF, Tavares M de FL. A saúde sob o olhar do idoso institucionalizado : conhecendo e valorizando sua opinião. *Interface - Comun Saúde, Educ.* 2005;9(16):147-58.
 8. Ayres JRCM. Uma concepção hermenêutica de saúde. *PHYSIS Rev Saúde Coletiva.* 2007;17(1):43-62.
 9. Chen YH, Lin LC, Chuang LL, Chen ML. The relationship of psychosocial factors and spiritual well-being in elderly residents: implications for evidence-based practice. *Worldviews Evid Based Nurs.* 2017;14(6):484-491.
 10. Bardin L. *Análise de conteúdo.* Lisboa: Edições 70; 2002.
 11. Gibbs G, Flick U. *Análise de dados qualitativos.* Porto Alegre: Artmed; 2009. 198 p.
 12. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.* 8th ed. São Paulo: Hucitec; 2004. 169 p.
 13. Vecchia RD, Ruiz T, Bocchi SCM, Corrente JE. Qualidade de vida na terceira idade : um conceito subjetivo. *Rev Bras Epidemiol.* 2005;8(3):246-52.
 14. Azevedo S. Como se estivessem em casa. *ISTOÉ - Independente.* 2105th ed. Seção Comportamento, São Paulo, edição 2105, ano 34; 2010 Mar 17;54-9.
 15. Carneiro RS, Falcone E, Clark C, Pretteb Z Del, Pretteb A Del. Qualidade de vida , apoio social e depressão em idosos: relação com habilidades sociais. *Psicol Reflexão e Crítica.* 2007;20(2):229-37.
 16. Souza NM de, Carvalho TB de. Condições de vida e saúde de idosos associados e não associados do centro de convivência dos idosos da cidade de Barbosa-SP. Faculdade de Saúde de São Paulo; 2009.
 17. Khoury HTT, Sá-Neves AC. Percepção de controle e qualidade de vida: comparação entre idosos institucionalizados e não institucionalizados. *Rev Bras Geriatr e Gerontol.* 2014;17(3):553-65.
 18. Burack OR, Weiner AS, Reinhardt JP, Annunziato RA. What matters most to nursing home elders: quality of life in the nursing home. *J Am Med Dir Assoc.* 2012;13(1):48-53.
 19. Van Malderen L, Mets T, Gorus E. Interventions to enhance the Quality of Life of older people in residential long-term care: a systematic review. *Ageing Res Rev.* 2013;12(1):141-50.
 20. Viglund K, Jonsén E, Strandberg G, Lundman B, Nygren B. Inner strength as a mediator of the relationship between disease and self-rated health among old people. *J Adv Nurs.* 2014;70(1):144-52.
 21. Lundman B, Aléx L, Jonsén E, Norberg A, Nygren B, Santamäki Fischer R, et al. Inner strength--a theoretical analysis of salutogenic concepts. *Int J Nurs Stud.* 2010;47(2):251-60.

✉ Endereço para correspondência

Josemara de Paula Rocha

Rua Paissandu, 265

90.660-360 – Porto Alegre/RS – Brasil

☎ (51) 3353-6229

✉ josemara.rocha87@edu.pucrs.br

Recebido: 18/11/2018 – Aprovado: 29/12/2018