

PUCRS

ESCOLA DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA BIOMÉDICA
DOUTORADO EM GERONTOLOGIA BIOMÉDICA

TATIANE ROCHA RAZEIRA

**FUNCIONALIDADE, SEXUALIDADE, AUTOIMAGEM, AUTOESTIMA, APOIO
SOCIAL, SOLIDÃO E ESPIRITUALIDADE DE PESSOAS IDOSAS
INSTITUCIONALIZADAS**

Porto Alegre
2021

PÓS-GRADUAÇÃO - *STRICTO SENSU*



Pontifícia Universidade Católica
do Rio Grande do Sul

Tatiane Rocha Razeira

**FUNCIONALIDADE, SEXUALIDADE, AUTOIMAGEM, AUTOESTIMA, APOIO
SOCIAL, SOLIDÃO E ESPIRITUALIDADE DE PESSOAS IDOSAS
INSTITUCIONALIZADAS**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação
em Gerontologia Biomédica da PUCRS, como parte
dos requisitos para obtenção do título de doutora.

Linha de Pesquisa: Aspectos Biológicos no Envelhecimento

Orientadora: Denise Cantarelli Machado

Porto Alegre, RS
2021

Ficha Catalográfica

R278f Razeira, Tatiane Rocha

Funcionalidade, sexualidade, autoimagem, autoestima, apoio social, solidão e espiritualidade de pessoas idosas institucionalizadas / Tatiane Rocha Razeira. – 2021.

115 f.

Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica, PUCRS.

Orientadora: Profa. Dra. Denise Cantarelli Machado.

1. Funcionalidade. 2. Sexualidade. 3. Autoestima. 4. Espiritualidade. 5. Institucionalização. I. Machado, Denise Cantarelli. II. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da PUCRS com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Bibliotecária responsável: Clarissa Jesinska Selbach CRB-10/2051

Tatiane Rocha Razeira

**FUNCIONALIDADE, SEXUALIDADE, AUTOIMAGEM, AUTOESTIMA, APOIO
SOCIAL, SOLIDÃO E ESPIRITUALIDADE DE PESSOAS IDOSAS
INSTITUCIONALIZADAS**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação
em Gerontologia Biomédica da PUCRS, como parte
dos requisitos para obtenção do título de doutora.

Aprovado em:

Denise Cantarelli Machado, Dra. (PUCRS)
(Orientadora)

Newton Luís Terra, Dr. (PUCRS)

Irani Iracema de Lima Argimon, Dra. (PUCRS)

Marinês Tambara Leite, Dra. (UFSM)

Alfredo Cataldo Neto, Dr. (PUCRS)
(Suplente)

Porto Alegre, RS
2021

AGRADECIMENTOS

Vejo que neste momento de finalização do doutorado, agradecer àquelas pessoas que, de alguma maneira, fizeram parte da caminhada, deixa de ser uma formalidade a ser cumprida e passa a ser uma necessidade. Assim, agradeço primeiramente a minha família, ao meu pai Mario, minha mãe Ana, ao meu irmão Junior, que sempre estiveram presentes nessas caminhadas em busca de conhecimentos, gratidão pelo apoio e incentivo nos momentos difíceis e pela compreensão nos momentos de ausência, essa “fortaleza” me serviu para seguir em frente e acreditar que seria possível.

As minhas irmãs do coração, Mariane, Roberta e Rosane. Obrigada, “negas” pelo incentivo, motivação, carinho e por estarem sempre ao meu lado, sua parceria deixou o caminho mais leve e divertido.

Meus sinceros e especiais agradecimentos as minhas Orientadoras, Professora Doutora Maria Gabriela Gottlieb e Denise Cantarelli, por acreditarem em meu potencial e pela orientação e direcionamento para finalizar essa etapa valiosíssima em minha vida.

Agradeço à amiga e parceira Verônica Casarotto, pelo incentivo para participar da seleção para o doutorado e por toda sua atenção partilhada comigo em todas as fases do curso.

Às queridas “GG”, Alana, Anelise, Bruna e Carol pelas conversas e momentos descontraídos e produtivos, pelo chimarrão com guloseimas, minha gratidão. As aulas junto de vocês eram as melhores.

Ao Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, que me proporcionou a oportunidade de uma excelente formação. À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES. Espero contribuir com a sociedade em cada ato, através de tudo o que aprendi, horando o investimento que foi feito em minha educação. O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal Nível Superior – Brasil (CAPES), Código de Financiamento 001 [This study was financed in part by the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nivel Superior – Brasil (CAPES) – Finance Code 001]. Aos professores e funcionários do Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica da PUCRS, em especial a Samanta por toda sua atenção e disponibilidade. Aos professores da banca, agradeço a disponibilidade e colaboração.

Por último e mais importante, a todas e todos os participantes deste estudo, que doaram seu tempo e confiaram em meu trabalho.

É um privilégio ter vocês todos (as) em minha vida! Gratidão.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Associação entre Sexualidade e Funcionalidade.....	56
Figura 2. Associação entre escores de Solidão e Autoestima.....	58
Figura 3. Associação entre escores de Autoestima e Sexualidade	59
Figura 4. Associação entre o escores de Autoestima e Tempo de moradia.....	59

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Caracterização da amostra.....	53
Tabela 2. Dados dos Instrumentos de Pesquisa.....	54
Tabela 3. Associação do Apoio Social com Solidão e Autoestima.....	57
Tabela 4. Associação da Espiritualidade com solidão e Autoestima.....	58

LISTAS DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABNT: Associação Brasileira de Normas e Técnicas

ABVD: Atividades Básicas da Vida Diária

AVD: Atividades da Vida Diária

CEFD: Centro de Educação Física e Desportos

CRE: *Coping* Religioso e Espiritual

CREN: *Coping* Religioso e Espiritual Negativo

CREP: *Coping* Religioso e Espiritual Positivo

IGG: Instituto de Geriatria e Gerontologia

ILPI: Instituição de Longa Permanência para Pessoas Idosas

IPEA: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

LAGESC/UDESC: Laboratório de Gênero, Sexualidade e Corporeidade da Universidade do Estado de Santa Catarina

NIEATI: Núcleo Integrado de Estudos e Apoio à Terceira Idade

PUCRS: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

QSTI: Questionário sobre Sexualidade na Terceira Idade

SBGG: Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia

TUG-Test: *Timed Get Up and Go*

UFSM: Universidade Federal de Santa Maria

RESUMO

INTRODUÇÃO: O processo de envelhecimento produz transformações, mudanças e adaptações na vida das pessoas em diferentes aspectos, fisiológico, psicológico, afetivo, sexual e sociocultural. **OBJETIVO:** Verificar se há associação entre funcionalidade, sexualidade, autoimagem, autoestima e solidão, apoio social e a espiritualidade em pessoas idosas institucionalizadas. **MÉTODO:** Caracteriza-se como um estudo transversal e descritivo, a população do estudo foi composta por 41 pessoas idosas, residentes em duas ILPI filantrópicas da região central do estado do Rio Grande do Sul (RS). Foram investigados fatores sociodemográficos e a funcionalidade, mobilidade, sexualidade, autoestima, autoimagem, autoestima, apoio social, solidão e espiritualidade. **RESULTADOS:** A maioria dos participantes deste estudo considera-se satisfeita sexualmente e estão se permitindo vivenciar sua sexualidade seja com parceiro/a ou sozinho/a. Sobre a mobilidade a maioria dos participantes foram classificados como independentes em transferências básicas e na funcionalidade quase a metade dos participantes foram classificados como independentes para todas as atividades. Houve associação entre solidão e o fator afetivo da escala de apoio social, sendo que quanto maior o escore de solidão, menor o escore de apoio afetivo. Também houve uma associação entre os escores de apoio material e solidão, ou seja, idosos que tem maior apoio material tendem a apresentar menores escores de solidão. No que diz respeito, a solidão e autoestima, apesar de não significativa, foi observada uma associação positiva limítrofe entre os escores de solidão e autoestima, idosos com maior escore de solidão tendem a apresentar maiores escores de autoestima. Apesar de não significativa, houve associação positiva limítrofe entre os escores do fator apoio emocional e de autoestima, sendo que idosos que tem maior apoio emocional, tendem a apresentar maiores escores de autoestima. Sobre espiritualidade, os resultados demonstram bom nível de positividade e um baixo nível de negatividade. **CONCLUSÃO:** Considera-se que o objetivo foi alcançado o que permitiu revelar facetas e nuances próprias do contexto investigado, construindo conhecimentos sobre esta população e sobre os tópicos pesquisados. De maneira geral, as pessoas idosas participantes deste estudo apresentaram bons níveis em relação às variáveis pesquisadas, o que é muito profícuo e alentador.

PALAVRAS-CHAVE: Funcionalidade; Sexualidade; Autoestima; Espiritualidade; Institucionalização.

ABSTRACT

INTRODUCTION: The ageing process produces transformations, changes and adaptations in people's lives in different aspects: physiological, psychological, affective, sexual and sociocultural. **OBJECTIVE:** To verify the occurrence of an association between functionality, sexuality, self-image, self-esteem and loneliness, social support and spirituality in institutionalized elderly people. **METHODS:** Characterized as a cross-sectional and descriptive study, the study population was composed of 41 elderly people living in two philanthropic LTCFes in the central region of the state of Rio Grande do Sul (RS). Sociodemographic factors and functionality, mobility, sexuality, self-esteem, self-image, social support, loneliness, and spirituality were investigated. **RESULTS:** Most participants in this study consider themselves sexually satisfied and are allowing themselves to experience their sexuality either with a partner or alone. About mobility, most participants were classified as independent in basic transfers and in functionality almost half of the participants were classified as independent for all activities. There was an association between loneliness and the affective factor of the social support scale, with the higher the loneliness score, the lower the affective support score. There was also an association between the scores of material support and loneliness, that is, elderly people who have more material support tend to have lower loneliness scores. With regard to loneliness and self-esteem, although not significant, a borderline positive association was observed between loneliness and self-esteem scores, elderly people with higher loneliness scores tend to have higher self-esteem scores. Although not significant, there was a borderline positive association between the scores of the emotional support factor and self-esteem, and elderly people with greater emotional support tend to have higher self-esteem scores. Regarding spirituality, the results show a good level of positivity and a low level of negativity. **CONCLUSION:** It is considered that the objective was reached, which allowed revealing facets and nuances specific to the investigated context, building knowledge about this population and about the researched topics. In general, elderly people participating in this study showed good levels in relation to the variables studied, which is very fruitful and nurturing.

KEYWORDS: Functionality; Sexuality; Self-esteem; Spirituality; Institutionalization.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	17
2.1 A Gerontologia e o Envelhecimento.....	17
2.2 Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI)	22
2.3 Funcionalidade e Mobilidade de Pessoas Idosas	26
2.4 Autoimagem e Autoestima	30
2.5 Sexualidade.....	33
2.6 Solidão e Apoio Social	37
2.7 Espiritualidade	40
3 HIPÓTESES	44
4 OBJETIVOS	45
4.1 Objetivo Geral.....	45
4.2 Objetivos Específicos.....	45
5 MÉTODO	46
5.1 Delineamento	46
5.2 Participantes do Estudo.....	46
5.2.1 Critérios de Inclusão	46
5.3 Variáveis em Investigação	47
5.4 Instrumentos.....	47
5.4.1 Ficha de Avaliação sócio demográfica	47
5.4.2 Funcionalidade.....	47
5.4.3 Mobilidade.....	48
5.4.4 Sexualidade.....	48
5.4.5 Escala de Autoimagem.....	48
5.4.6 Escala de Autoestima.....	49
5.4.7 Escala de Apoio Social	49
5.4.8 Escala de Solidão	49
5.4.9 Escala de Espiritualidade.....	50

5.5 LOGÍSTICA DO ESTUDO	50
5.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA	51
5.7 PROCEDIMENTOS ÉTICOS	51
6 RESULTADOS	52
7 DISCUSSÃO	60
8 CONCLUSÃO.....	73
REFERÊNCIAS	76
APÊNDICES	91
APÊNDICE I - FICHA DE AVALIAÇÃO SÓCIO DEMOGRÁFICA.....	91
APÊNDICE II - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	92
APÊNDICE III - ARTIGO ENCAMINHADO.....	94
APÊNDICE IV - ARTIGO ENCAMINHADO.....	95
APÊNDICE V - CAPÍTULO DE LIVRO.....	96
ANEXOS	101
ANEXO I – ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA - AVD	101
ANEXO II - TIMED UP AND GO TEST.....	104
ANEXO III – QUESTIONÁRIO SOBRE SEXUALIDADE NA TERCEIRA IDADE...105	
ANEXO IV - ESCALA DE AUTOESTIMA	106
ANEXO V - ESCALA DE SILHUETAS	107
ANEXO VI - ESCALA DE SOLIDÃO	108
ANEXO VII - ESCALA DE COPING RELIGIOSO E ESPIRITUAL	109
ANEXO VIII – ESCALA DE APOIO SOCIAL	115

Diante do crescimento da população idosa, surge a necessidade de as diversas áreas de conhecimento propor contribuições significativas no que tange ao entendimento sobre aspectos biológicos, psicológicos, históricos, econômicos, culturais e sociais que influenciam/interferem no processo de envelhecimento.

Vários fatores têm favorecido o aumento na expectativa de vida das pessoas, como as descobertas científicas no que se refere à prevenção e promoção da saúde, à redução da taxa de natalidade e o aumento da longevidade, resultando em expressivo aumento no número de pessoas idosas.

No campo dos estudos acadêmicos que focalizam o processo do envelhecimento, esforços têm sido empreendidos com o intuito de analisar, problematizar e propor novas formas de compreensão das diferentes fases da vida. As contribuições procedem das mais diversas áreas de atuação profissional, como: psicologia, enfermagem, educação física, fisioterapia, sociologia, antropologia e medicina, sem deixar de mencionar a emergência de mais uma área de conhecimento: a gerontologia.

Na busca de entendimentos sobre esse vasto e complexo processo, é que a Gerontologia como área científica que estuda o envelhecimento humano, e que possui caráter multidisciplinar, procura compreender a complexidade desse processo que é amplo, dinâmico e multifacetado (PRADO e SAYD, 2007; NERI, 2001).

O processo de envelhecimento produz transformações, mudanças e adaptações na vida das pessoas em diferentes aspectos, passando pelo morfofisiológico, psicológico, afetivo, sexual e sociocultural. Algumas dessas mudanças podem impactar a pessoa idosa em diferentes aspectos, como na funcionalidade, bem como em questões mais subjetivas, como na autoestima, na percepção corporal, na espiritualidade, na solidão, e na sexualidade.

O aumento da população idosa e da expectativa de vida, e mudanças nas configurações familiares, homens e mulheres estudam e trabalham fora, acarretou novas demandas no que se refere ao cuidado e atenção aos familiares idosos.

Há algumas décadas as pessoas idosas eram cuidadas em casa pela família, apenas as pessoas que não tinham família iam para asilos ou lares, os familiares tinham o compromisso de cuidar de seus entes idosos. Historicamente, os asilos eram lugares para todas as pessoas que estavam fora dos padrões sociais, nelas moravam indigentes, esquizofrênicos e pessoas com mais idade (GOFFMAN, 2010).

Pode-se dizer que as instituições para pessoas idosas, separando-as dos mendigos, é algo recente e acontece simultaneamente ao momento em que a medicina passa a tratar mulheres e homens na velhice, no que seria à “medicalização da condição de ser idoso” (PRADO e SAYD, 2006, p. 497).

Em virtude dessas constatações, e por ser o envelhecimento um processo heterogêneo, em algumas situações são necessários cuidados prolongados ou permanentes e as ILPIs tornam-se uma possibilidade. A questão da velhice institucionalizada ainda é percebida com olhar desconfiado e de forma estigmatizada, existe uma associação entre asilo (lar, casa de repouso etc.) e abandono, exclusão, e até mesmo, lugar de espera da morte.

Mesmo que o modelo de cuidados institucionais não seja prevalente, estudo realizado em dezoito países sobre lares para pessoas idosas demonstrou características importantes dessas residências coletivas, as quais prestam cuidados 24 horas por dia e auxiliam nas atividades da vida diária e nas necessidades de saúde. Possuem profissionais da área da saúde, mas não é uma enfermagem, e em 37% dos países pesquisados, médicos visitam as instituições. Proporcionam cuidados de longa duração e/ou reabilitação e buscam prevenir as hospitalizações e promover altas e podem disponibilizar cuidados paliativos (SANFORD et al., 2015).

É nesse cenário complexo e desafiador, habitado por pessoas que possuem décadas de vida, de experiências e com personalidades diversas, que emergem questões importantes como a funcionalidade e mobilidade de pessoas idosas institucionalizadas para análise do indivíduo e do contexto, a fim de favorecer o planejamento, execução e avaliação das ações de prevenção, manutenção e recuperação da saúde funcional dessa pessoa, facilitando o planejamento da assistência a ser oferecida. Sendo um parâmetro que, juntamente a outros indicadores de saúde, poderá definir ações que irão resultar na efetividade e eficiência das intervenções propostas (SANTOS e CUNHA, 2014).

Diante dessa realidade, que impõe adaptação a novos contextos nesta fase da vida, torna-se importante investigar os vários aspectos que influenciam o bem-estar integral da pessoa idosa, e aí desponta a sexualidade, que é parte importante e integrante de todas as fases da vida. De tal modo, pode ser entendida como um conceito amplo, que envolve o âmbito íntimo, abrange o indivíduo por inteiro e não se exaure com o processo de envelhecimento, mas se modifica.

Além da sexualidade, o apoio social também tem função importante no enfrentamento dessas mudanças, sejam elas físicas, que podem provocar descontentamento com a aparência

corporal e afetar a autoestima (VAREJÃO et al., 2007; MATSUO et al., 2007), ou uma série de mudanças psicológicas, as quais derivam das adaptações a novos papéis sociais, escassez de motivação, baixa estima, autoimagem baixa, dificuldade de adequação frente as novas situações de perdas orgânicas e afetivas. Sendo que a autoimagem e a autoestima podem influenciar nas escolhas que são impostas ou necessárias às novas situações.

O apoio social, consiste na associação do suporte emocional, financeiro, instrumental e relacionamento social que pessoas ou instituições possam proporcionar (MELCHIORRE et al., 2013; NERI e VIEIRA, 2013; MARQUES et al., 2013; GONÇALVES, 2011). Vários estudos apontam o suporte social como um dos pontos mais pertinentes no que tange melhorias de condições de vida e de saúde das pessoas idosas (FREITAS et al., 2016; JOHNSON, 2014) e que sua relevância aumenta com o transcorrer do envelhecimento (MAIA et al., 2016).

Finalmente, mas não menos importante, a espiritualidade mostra-se como um fator importante para qualidade de vida de pessoas idosas, e sua relação com o envelhecimento está na capacidade de lidar com as limitações, perdas e dificuldades inerentes ao processo, enfrentando as preocupações (CHAVES e GIL, 2015).

Nesse percurso, o presente estudo trata sobre funcionalidade, sexualidade, autoestima, apoio social, solidão e espiritualidade de pessoas idosas institucionalizadas, norteadas pelo seguinte questionamento: existe associação entre funcionalidade e sexualidade, autoestima e autoimagem, e quais as condições do apoio social, solidão e espiritualidade de pessoas idosas institucionalizadas?

As temáticas aqui abordadas estiveram ou estão presentes em meu percurso acadêmico, profissional e pessoal, algumas emergiram durante minha atuação em projetos de extensão com pessoas idosas da comunidade e de ILPI, outras a partir de leituras e discussões nas aulas do mestrado e grupo de estudos (UFSM), essas interações me trouxeram questionamentos e curiosidade sobre as temáticas em questão.

Imbuída dessas reflexões, vivências e interrogações esse estudo objetiva verificar se existe associação entre funcionalidade e sexualidade, autoestima e autoimagem, e quais as condições de apoio social, solidão e espiritualidade de pessoas idosas institucionalizadas.

O presente estudo justifica-se por buscar visibilizar, discutir e construir conhecimentos sobre as temáticas em questão, pois se faz necessário lançar outros olhares, em que esses motes possam se fundir e constituir um campo fértil de fazeres e saberes. Isso possibilitará apresentar elementos norteadores para qualificação de atuais e futuras intervenções

gerontológicas, tanto nos aspectos que tangem a formação profissional, como na atuação profissional, provocando reflexões e construindo conhecimentos que qualifiquem seus saberes e fazeres.

Além disso, tendo em vista a iminente demanda em compreender mais e melhor a respeito do fenômeno do envelhecimento da população brasileira percebe-se nesta pesquisa a possibilidade de contribuir com a área da Gerontologia, uma vez que existem demandas de estudos que tragam à tona discussões acerca das temáticas.

Espero, com isso, colocar em foco o envelhecer em ILPI, que está se mostrando como uma realidade cada vez mais presente em famílias com entes idosos e que, por diversos motivos, necessitam ou optam por essa modalidade de vivenda. Pretendeu-se expor informações, conhecimentos e discussões pertinentes e elucidativas, e com isso instigar novas pesquisas e conhecimentos.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 A Gerontologia e o envelhecimento

Esse breve capítulo pretende, sobretudo, inspirar um possível horizonte nas discussões sobre envelhecimento. Evidenciar possibilidades e provocar reflexões acerca da gerontologia como área de produção de conhecimento científico.

Em razão dessas reflexões e na intenção de suplantar o argumento demográfico, que conforme destaca Stengers (1990), é o recurso mais usado para fundamentar a necessidade de atenção para a questão do envelhecimento da população. A autora ressalta que o problema diz respeito ao aumento da população idosa, ao envelhecimento de idosos, e não ao processo de envelhecimento humano desde o seu início.

De acordo com a autora supracitada, os conceitos atuam por captura, determinando, por esse processo, o que de direito compete a um campo do conhecimento, e que o êxito na captura decorre do tipo de interesse que ela provoca. Devido ao investimento na construção da velhice como problema social, o principal interesse no campo das questões gerontológicas mostra-se mais centrado na velhice do que no envelhecimento ou na pessoa que envelhece.

O termo gerontologia trata do estudo do envelhecimento, envolvendo profissionais e/ou pesquisadores de várias especialidades, empenhados nos mais diversos aspectos que envolvem esse processo (DEBERT e BRIGUEIRO, 2012).

Segundo Katz (1996), esse termo é datado de 1913 por Metchnikoff, um médico discípulo de Charcot e restringia-se ao campo das intervenções médicas com o intuito de prolongar a vida. Ao longo do século XX, estabeleceu-se como área de abrangência multidisciplinar, com colaboração da sociologia e a psicologia, para a compreensão dos aspectos psicossociais do envelhecimento. Além do corpo envelhecido, compreendido até então como objeto da geriatria, os hábitos, as práticas, as necessidades sociais e psicológicas da pessoa idosa passaram a serem estudadas, a partir de um novo saber especializado, a gerontologia como disciplina, contemplando novos aspectos em sua definição e que a tornaram uma categoria mais complexa.

Contudo, falar sobre gerontologia implica necessariamente em fazer referência à geriatria, tendo em vista que historicamente os termos confundem-se, considerando o fato de que o estabelecimento de uma especialidade médica para a velhice precedeu a abrangência multidisciplinar (GROISMAN, 2002).

Em estudo realizado por Leme (1996), o autor apresenta uma retrospectiva histórica sobre a Gerontologia e o Envelhecimento, considerando épocas, regiões e lugares, e ressalta que já existia uma preocupação com as mudanças relacionadas ao processo de envelhecimento que abrangiam questões biológicas, fisiológicas e socioculturais.

O entendimento conferido pela cartilha da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG), a Gerontologia refere-se ao estudo do envelhecimento em todos os seus aspectos (biológicos, sociais, psicológicos e outros), por profissionais com formações diversificadas que interagem entre si e com os geriatras.

Em consonância com o exposto acima, ao se pensar sobre esse universo complexo e dinâmico, que é o processo de envelhecimento, o exercício Cartesiano faz-se necessário para entendê-lo: fragmentá-lo para aprofundá-lo. A partir disso, ampliam-se os saberes individualizados, mas cada profissional “enxerga” do seu lugar e aporta com seus conhecimentos.

Se pensarmos a Gerontologia como área de conhecimentos com capacidade de intervenção definida, que consiste relacionar um conjunto de saberes acadêmicos com inserção concreta, com olhar interdisciplinar, partindo de um ponto de vista abrangente, somam-se gerontologia e geriatria na busca de uma melhor leitura do campo (PRADO e SAYD, 2006).

Cabe aqui ressaltar as alterações de Debert (1999), a qual adota uma perspectiva distinta, no que se refere ao surgimento da geriatria e da gerontologia. A autora supõe que a geriatria surge no interior da gerontologia, adquire gradualmente legitimidade e destaca-se como disciplina especializada apenas a partir dos anos 60. No entanto consideramos a articulação, feita por Katz (1996), entre geriatria, medicina moderna e “discurso sobre a senescência” suficientemente clara para identificar o início do século XX como o período de surgimento da geriatria, de sua independência como disciplina.

Nesse sentido, Jordão Netto (1997), destaca que a gerontologia, em seu contexto geral, pode ser entendida como o conjunto de conhecimentos científicos aplicados ao estudo do envelhecimento humano, nos aspectos biológicos, psicológicos e sociais. A luz desse entendimento ela seria dividida em duas subáreas: a geriatria e a gerontologia social. A primeira corresponderia ao ramo da medicina e trataria das doenças associadas ao processo de envelhecimento. A segunda seria incluída várias disciplinas, dentre elas a psicologia, o serviço social, o direito, a nutrição e outras, para o estudo do envelhecimento e poderia ser

conhecida ainda apenas como gerontologia o que pode dar margem a certa confusão entre os termos.

Assim, a separação entre as duas subáreas parece relegar a denominação genérica gerontologia, reafirmando a soberania dos médicos em detrimento das demais especialidades, pois embora a gerontologia, em tese, abranja um espectro amplo, na prática parecem ser privilegiados os assuntos da área de saúde, sejam estritamente os da área médica ou os da biomédica, em um sentido geral (GROISMAN, 2002).

Porém, o autor supracitado, alerta para o fato da simplificação desse modelo e aponta que o mesmo é, habitualmente, utilizado no Brasil. A concepção, no entanto, parece proceder mais das identidades profissionais do que das especificidades teóricas do campo: ou seja, entre os geriatras e os gerontólogos. Assim, aos médicos caberia o exercício da geriatria, enquanto todos os demais profissionais comporiam a gerontologia, contudo há ainda ramos da gerontologia que parecem não se encaixar nesse modelo, é o caso, por exemplo, da biologia do envelhecimento.

De acordo com a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG)¹, a geriatria é a especialidade médica que se integra na área da Gerontologia com o instrumental necessário para atender os objetivos da promoção da saúde, da prevenção e do tratamento das doenças, da reabilitação funcional e dos cuidados paliativos. Compreende desde a promoção de um envelhecer saudável até o tratamento e a reabilitação do idoso. E a gerontologia compreende o estudo do envelhecimento nos aspectos – biológicos, psicológicos, sociais e outros. Os profissionais da Gerontologia têm formação diversificada, interagem entre si e com os geriatras, e, abrange o campo científico e profissional destinado às questões multidimensionais do envelhecimento e da velhice, tendo por objetivo a descrição e a explicação do processo de envelhecimento nos mais diversos aspectos. É, por esta natureza, multi e interdisciplinar.

Do ponto de vista ocidental, o envelhecimento, na atualidade, é um ponto gerador de preocupação, em virtude de sua relação com questões peculiares do ciclo vital e da finitude do ser humano, unido à carência de ponto de vistas multidimensionais atreladas a esta fase do desenvolvimento humano. Independentemente da maneira, da condição e do aspecto cultural

¹Disponível em: <https://sbgg.org.br/espaco-cuidador/o-que-e-geriatria-e-gerontologia/>. Acesso em: 12 de outubro de 2020.

do processo, todos envelheceremos (KARAT et al., 2019). Complementa Beauvoir (1990, p. 124), “[...] morrer prematuramente ou envelhecer, não existe alternativa”.

Para Debert (1999), importantes marcas no percurso da SBBG, foram consolidadas na década de 1990 e ainda são vigentes, uma delas é a busca da legitimação da gerontologia como campo da ciência e a outra, é a busca do poder com base em autoridade cientificamente instituída. Através da articulação do discurso científico e defesa da pessoa idosa, essas marcas crescem entre os profissionais, e assim, vai firmando-se como autoridade no estabelecimento de preceitos e condutas na velhice.

Nesse esmiuçar de sentidos, cabe mencionar o surgimento de categorias etárias, as quais se encontram relacionadas ao processo de ordenamento social que teve curso nas sociedades ocidentais durante a época moderna, até o início do século XIX fatores demográficos, sociais e culturais combinavam-se de tal modo que nas sociedades pré-industriais não ocorriam separações nítidas ou especializações funcionais para cada idade, não eram efetuadas fragmentações do curso da vida em etapas determinadas (HAREVEN, 1995).

A obra do historiador Philippe Ariès (1978) é apontada como um trabalho paradigmático nos estudos sobre envelhecimento. Trata-se de um estudo histórico sobre a construção social de uma etapa de vida. Nele a infância é pensada como fase distinta da idade adulta, com suas peculiaridades. Tal fato conduziu a transformações na esfera familiar e na distinção entre os espaços público e privado, que culminaram em novas relações entre os membros da família moderna, ponto de partida para estudos históricos sobre outras categorias etárias, dentre elas a velhice (SILVA, 2008).

A consolidação das categorias etárias deu-se no século XX, com marcos de transição mais definidos entre as diferentes idades e a institucionalização de ritos de passagem, como o ingresso na escola, universidade e aposentadoria (HAREVEN, 1995).

O processo de institucionalização da aposentadoria, surgidos ao longo dos séculos XIX e XX de forma mais veemente, é considerado o segundo fator fundamental para o surgimento da categoria velhice como fase etária diferenciada e, posteriormente, na definição do termo terceira idade (SILVA, 2008).

Nesse sentido a Organização Mundial de Saúde (1984) utiliza o critério cronológico para estabelecer a fase da velhice. Desta forma, nos países desenvolvidos é considerado idoso o indivíduo com idade igual ou superior a 65 anos, já para aqueles que residem nos países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil, a idade é a partir dos 60 anos, conforme aponta também o Estatuto do Idoso (BRASIL, LEI Nº 8.842, DE 4 DE JANEIRO DE 1994).

Porém, cabe salientar o fato de que a idade e o envelhecimento estão relacionados a fenômenos biológicos, mas seus significados são produzidos social e culturalmente. Assim Debert (1999), ressalta que em todas as sociedades existe a presença de agrupamentos etários, mas essas grades de idade não são as mesmas em diferentes culturas, pois guardam significados específicos conforme cada grupo social, devendo ser entendidas em função do contexto histórico em que foram desenvolvidas. A ideia de "curso da vida" é realizada assim, como processo gradual que considera aspectos históricos, sociais e individuais para a compreensão dos períodos da vida.

De acordo com Silva (2008), as tradicionais representações que vinculam a velhice ao descanso, à quietude e à inatividade, geram espaço a novos entendimentos que são desde hábitos, imagens e práticas que relacionam o envelhecimento a atividade, aprendizagem, flexibilidade, satisfação pessoal, interação social, vínculos amorosos, afetivos e novas atitudes frente a esses vínculos, esboçando formas de relacionarem-se até então não vivenciadas.

Entender as formas de gestão da velhice na contemporaneidade traz como exigência, segundo Debert (1999), um engajamento em direção à elucidação de como os múltiplos discursos sociais atuam na construção social do envelhecimento. Há, segundo a autora, um consenso quanto às inúmeras transformações na experiência do envelhecimento ao longo do século XX, resultando na mudança de paradigma sobre a velhice, e numa maior variedade de possibilidades e alternativas de modelos.

Mulheres e homens são seres únicos, que vivem e envelhecem de formas diferentes, pois cada um traz consigo seus valores, crenças e experiências, (re) construindo, a partir disso, o processo de envelhecimento, o qual não se pode eliminar, mas sim mudar a maneira de envelhecer.

À luz desses entendimentos, sabemos que vivemos de formas distintas, e assim também envelhecemos, e nesse processo muitas vezes são necessárias adaptações e estratégias para enfrentar as novas situações advindas com o envelhecer. Para algumas pessoas idosas e/ou familiares, a configuração familiar contemporânea não dá conta de fornecer os cuidados e atenção para seu ente idoso, sendo necessário buscar alternativas e uma delas desponta como necessidade ou escolha: a institucionalização. Essa é uma decisão que pode causar divergências no âmago familiar, em muitos casos isso se deve a preconceitos e a falta de informação sobre as modalidades de instituições existentes hoje. Essas questões serão discutidas a seguir.

2.2 Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI)

Historicamente essas instituições prestavam-se ao assistencialismo de pessoas necessitadas de moradia, de alimento e de cuidados, tornaram-se conhecidas como asilos ou albergues, e esses termos ainda são carregados de cargas negativas, preconceitos, articulam ideias de pobreza e abandono.

De acordo com Alcântara (2004), a primeira instituição criada para população idosa no Brasil destinava-se a abrigar soldados (velhos e cansados), inspirada na obra de Luís XIV destinada aos heróis de guerra, era um modelo que atendia militares idosos e não à velhice. Existem outras (poucas) concepções que divergem sobre o surgimento das instituições no Brasil, pois em virtude da temática em questão possuir poucos estudos, isso dificulta um levantamento preciso sobre quando exatamente tenha começado a ocupação dos asilos pela população idosa.

Em estudo realizado por Santos et al. (2014) com trabalhadoras (es) de uma ILPI acerca da família, as autoras observaram que a institucionalização muitas vezes, torna-se a única opção da família, devido as variadas circunstâncias que contribuem para essa situação (perdas da capacidade funcional e cognitiva da pessoa idosa, condições específicas de higiene e alimentação, necessidades de local de moradia e contato social, modificações dos arranjos familiares e acompanhamento de saúde), e como consequência, em alguns casos, ocorre que a família não se sente mais responsável pelo ente institucionalizado.

Essa ideia de abandono e isolamento, ainda hoje, é amplamente normatizada e difundida, tornando a institucionalização uma realidade estigmatizada e distante, mas que se anuncia como uma alternativa possível e até mesmo necessária. Mas pode-se pensar como um lugar para construção de conhecimentos sistematizados e gerados de forma concreta, pois o cotidiano gera saberes.

Para Faleiros e Morano (2009) viver em uma ILPI é viver dentro de limites e fronteiras, ambientes conflitantes com temporalidade e histórias cruzadas, onde existem normas impostas e o espaço é estruturado por funções coletivas e hierarquizadas, numa separação do espaço institucional da vida social, comunitária e da vida familiar.

O modelo de instituição adotada pelo Brasil mantém ainda, muitas semelhanças com as chamadas instituições totais, locais de residência e trabalho controlados por uma rotina rígida e ultrapassada no que diz respeito à administração de serviços de saúde e/ou habitação para idosos (GOFFMAN, 1974).

A regulamentação do funcionamento dessas instituições é algo recente, visto que as normatizações que regulam o funcionamento das casas de repouso, clínicas geriátricas e outras instituições que prestam atendimento de idosos, consta na Portaria n.º. 810 de 22 de setembro de 1989 (BRASIL, 1989). Alguns anos depois, foram nomeadas de ILPI na legislação vigente da RDC n.º. 283 de 26 de setembro de 2005, que institui os critérios mínimos para o funcionamento e define ILPI como instituições residenciais de caráter governamental ou não governamental, que objetivam dispor moradia coletiva para pessoas com 60 anos ou mais em situação de liberdade, dignidade e cidadania (BRASIL, 2005).

Dentre as alternativas oferecidas no panorama atual, ILPI, casas e residenciais geriátricos, centros de convivência, asilos etc., mostram-se por vezes, como uma opção (ou por falta de outra opção) em meio às necessidades exigidas pela pessoa idosa e/ou da organização e constituições familiares contemporâneas.

O envelhecimento da população e o aumento da sobrevivência de pessoas com redução da capacidade física, cognitiva e mental estão requerendo que os asilos deixem de fazer parte apenas da rede de assistência social e integrem a de assistência à saúde, ou seja, ofereçam algo mais que um abrigo. Para tentar expressar a nova função mista destas instituições, a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG) sugeriu a adoção da denominação instituição de longa permanência para idosos. Trata-se de uma adaptação do termo utilizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (Long Term Care Institution) (COSTA e MERCADANTE, 2013).

No entanto, na literatura e na legislação, encontram-se referências variadas no que se referem a essas instituições, casas de repouso, abrigos e asilos (CAMARANO et al., 2010). Na verdade, esses estabelecimentos não se autodenominam ILPI.

De acordo com o comunicado do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA² (2011), a legislação brasileira institui que a família seja a responsável pelo cuidado da pessoa idosa, e ressalta que essa responsabilidade está expressa na Constituição Federal de 1988 (CF/88), e que posteriormente foi reforçada na Política Nacional do Idoso, de 1994, e depois no Estatuto do Idoso, de 2003.

O mencionado comunicado observa que a legislação está muito relacionada a preconceitos, a institucionalização ainda é vista como isolamento, exclusão e espera da morte,

² Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada é uma Fundação pública vinculada à Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, o IPEA fornece suporte técnico e institucional às ações governamentais – possibilitando a formulação de inúmeras políticas públicas e programas de desenvolvimento brasileiro – e disponibiliza, para a sociedade, pesquisas e estudos realizados por seus técnicos.

e aponta que essa não é uma prática comum em países do Hemisfério Sul. A pesquisa do IPEA identificou 3.548 instituições no Brasil, em que habitavam 83.870 pessoas idosas, constituindo 0,5% da população idosa e apenas 218 asilos públicos, sendo somente 1 de âmbito federal, o Abrigo Cristo Redentor, no Rio de Janeiro, que atende 298 pessoas.

Esses dados são referentes ao ano de 2010 e acredita-se que atualmente esse número tenha aumentado, em função do envelhecimento da própria população idosa e de sua dependência e das transformações familiares, apesar disso ainda existe preconceito da família brasileira em relação aos asilos (CAMARANO et al., 2010). As pesquisadoras destacam que a configuração que temos hoje apresenta composições familiares em mudança, nas quais a mulher trabalha e estuda, existe uma atenuação dos vínculos e uma queda na natalidade, uma vez que os casais estão optando por terem menos filhos. E ainda ressaltam que são necessários investimentos nessas instituições, pois quando uma pessoa idosa precisa ir para uma instituição e não há vagas nos filantrópicos ou públicos, acaba ficando por tempo indeterminado em hospital público, que tem um custo muito maior do que se estivesse em uma ILPI.

Segundo dados do censo de 2010, Santa Maria possui uma população de 35.931 pessoas idosas, o que representa 13,76%, do total da população, sendo que, dessas, 1,26% estão institucionalizadas. De acordo com o Setor de Serviços de Interesse da Saúde/VISA da Superintendência de Vigilância Sanitária da Prefeitura Municipal de Santa Maria, o município conta com 20 instituições de longa permanência para pessoas idosas privadas que estão registradas e 3 instituições filantrópicas (PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIA, 2020)³.

Muitas instituições tentam oferecer aos residentes um espaço que reproduza a vida em família. Por isto, autodenominam-se de lares. É o caso, por exemplo, de 1.047 ou 29,5% das instituições brasileiras. Muitas destas são pequenas, têm menos de dez residentes, funcionam em casas e constituem 10% das instituições brasileiras, o que equivale a 329 instituições (IPEA, 2011).

Com o aumento da população idosa e com algumas mudanças nas configurações familiares, por exemplo, homens e mulheres estudando e trabalhando fora, surgiram novas demandas no que se refere ao cuidado e atenção ao ente idoso. Há algumas décadas, pessoas

³Dados disponibilizados conforme solicitação via contato eletrônico com a superintendência de vigilância em saúde do município de Santa Maria, 2020.

idosas eram cuidadas em casa pelos familiares, somente os “sem família” iam para asilos ou lares. Os familiares tinham obrigação de cuidar de seus parentes idosos.

Ao buscar um lugar para viver, a instituição a ser escolhida não deve ser somente um abrigo, mas parecer-se, o máximo possível, com um lar. Assim, é importante que os profissionais da ILPI conservem seu ambiente aprazível e com possibilidades reais de atender as necessidades da pessoa idosa nos diversos aspectos da vida (FAGUNDES et al., 2017).

Para Camarano (2010) cabe ressaltar a importância em expandir as ações de cuidado para além da filantropia e abrigo e que ampare a família, é necessário um sistema formal de apoio aliando Estado e o setor privado, de maneira que possa garantir qualidade no apoio aos idosos. O que pode ser realizado através da criação de uma rede formada por centros-dia, hospitais-dia, centros de lazer, instituições de longa permanência, cuidado domiciliar formal etc.

Em muitos países ricos, isso já é uma tendência, pois as políticas se voltam para facilitar o cuidado no ambiente familiar e o incremento de tecnologias assistivas tem exercido um papel fundamental nesse aspecto (MUISER e CARRIN, 2007).

E com o passar dos anos, o avanço dessas tecnologias e o aumento da demanda de cuidados, é muito provável que esta tendência seja acentuada, o que provocará, também, uma maior necessidade de cuidadores domiciliares, sejam familiares ou profissionais.

Na realidade brasileira, a institucionalização surge como um fator de proteção à pessoa idosa, pois em muitos domicílios pode ocorrer a falta de disponibilidade de suporte familiar, a carência de serviços de apoio social e de saúde, o elevado custo do cuidado em casa, domicílios pequenos e sem estrutura, os quais necessitam de adaptações que demandam recurso financeiro e nem sempre a família possui esses recursos, todas essas questões influenciam na decisão de como proceder em relação ao cuidado com o familiar idoso.

Dentre esses aspectos, insere-se à funcionalidade, ela torna-se relevante, e sua conservação na velhice está sujeita não apenas a fatores biológicos, mas também de fatores psicológicos. Desse modo, acontecimentos negativos, problemas financeiros, doenças, podem juntos ou isoladamente afetar a funcionalidade. Quando a pessoa idosa acredita ter a gerência sobre sua vida, busca suas metas e confia em seu desempenho consegue se manter mais independente (KHOURY e GÜNTHER, 2009; RAMOS, 2011).

No tópico a seguir, discute-se a funcionalidade e suas implicações no contexto da velhice e como influencia na vida da pessoa idosa.

2.3 Funcionalidade e Mobilidade de Pessoas Idosas

As mudanças advindas com o envelhecimento podem dificultar a mobilidade da pessoa idosa, em alguns casos manifesta-se na instabilidade ao caminhar, dificuldade de se sentar e se levantar de uma cadeira entre outras. Em muitas pessoas idosas ocorrem várias situações que combinadas podem afetar sua mobilidade, assim como a funcionalidade, como, por exemplo, problemas nas articulações, dor, doenças e problemas neurológicos.

Com o envelhecimento, ocorrem modificações nos aspectos sociais, psicológicos e fisiológicos da vida das pessoas, as quais acarretam uma redução das designas funcionais do organismo, sendo possível perceber mudanças em todos os sistemas. Uma dessas alterações é a diminuição da capacidade funcional de maneira integral (SOUZA et al., 2013).

Para alguns autores a funcionalidade é um elemento fundamental do envelhecimento humano, pois se trata da interação entre as capacidades física, psicológica e cognitiva da pessoa idosa para a execução de atividades diárias e as condições de saúde. Ademais, ela compreende a relação entre as habilidades e competências desenvolvidas ao longo da vida, pois existem mudanças que ocorrem com o envelhecimento e que podem aumentar à propensão as situações de incapacidade funcional (PERRACINI et al., 2011). Essas alterações são bastante diversificadas e individuais, o que torna o envelhecimento uma experiência complexa e subjetiva.

Na busca de entendimentos sobre a funcionalidade, com um olhar abrangente e multidimensional, o termo funcionalidade compreende todas as funções do corpo, atividades e participação, sugerindo indicadores positivos e favoráveis na interação entre a pessoa com uma condição de saúde e seus fatores contextuais. Já a palavra incapacidade abrange as inabilidades ou alterações das funções e estruturas, as restrições nas atividades e participação, ou a dimensão das barreiras ambientais, revelando assim aspectos negativos da interação entre o indivíduo e o contexto – ambientais e pessoais (WHO, 2001).

Para isso cabe destacar as alterações de Fontes et al. (2013) os quais destacam que o envelhecimento não significa uma condição de saúde, mas um estado relacionado com a saúde, cuja funcionalidade resulta da relação ativa de vários fatores, da mesma forma que sua tradução quanto à incapacidade não é considerada um atributo pessoal, mas resultado de uma experiência que engloba algum (ou o total) daqueles fatores.

Pode-se entender a funcionalidade, segundo a perspectiva da gerontologia e geriatria, como um novo conceito de saúde, cuja preservação é um dos critérios fundamentais para uma

velhice saudável, assim, refere-se à independência e autonomia, ou seja, o resultado da interação entre saúde física, mental, decorrente da independência nas atividades básicas da vida diária (ABVD) e a integração no contexto socioambiental, com a capacidade de realizar suas vontades (FREITAS e PY, 2011; RAMOS, 2011; VERAS, 2003).

Nesse ínterim a funcionalidade é definida como a capacidade de conduzir a própria vida ou cuidar de si mesmo e é à base do conceito de saúde para a pessoa idosa, além de ser o ponto inicial em sua avaliação (MELO et al., 2013).

Para Veras (2009), as políticas públicas voltadas à saúde dos idosos devem priorizar a manutenção da funcionalidade com ações preventivas e diferenciadas de saúde. A funcionalidade refere-se à condição que o indivíduo tem de viver de maneira autônoma, integrando-se socialmente, provavelmente seja uma das dimensões que mais influencia na saúde das pessoas idosas.

Além disso, a funcionalidade pode ser conceituada como a mescla de capacidades físicas e mentais essenciais para realizar, sem ajuda, as atividades cotidianas. No que se refere à população idosa essa questão significa estar apto para executar atividades e tomar decisões da sua vida diária. Em compensação, a incapacidade funcional representa a dependência desse indivíduo em realizar tais afazeres. Em populações idosas, a funcionalidade mostra-se como um significativo indicador de avaliação e intervenção para obtenção de um envelhecimento ativo (FERREIRA, 2015; KAGAWA e CORRENTE, 2015).

O processo de avaliação da capacidade funcional e o reconhecimento da funcionalidade da pessoa idosa mostram-se fundamentais para a determinação de um diagnóstico e um prognóstico que servirão de apoio para futuras ações sobre os cuidados necessários. Critérios que conjuntamente a outros parâmetros de saúde, poderá determinar intervenções que resultarão na efetividade e a eficiência das orientações propostas (SANTOS e CUNHA, 2014).

Cabe destacar que a incapacidade funcional de caráter físico e/ou mental impacta na vida da pessoa idosa no que tange o aumento da morbimortalidade, o risco de hospitalização e a institucionalização, ocasionando adversidades sociais e financeiras para a pessoa idosa, sua família e para o sistema de saúde (MACIEL e GUERRA, 2008).

A abrangência da capacidade funcional, em geriatria e gerontologia deve pautar-se na revisão da maior parte das habilidades funcionais, analisadas pela literatura e na prática clínica em duas categorias que são: Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD), atinente às ações básicas do cotidiano de autocuidado como tomar banho, comer, vestir-se, usar o

sanitário, deitar e levantar; e as Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD), relativas às atividades que permitem adequação das pessoas ao lugar e a manutenção das relações sociais, funções que envolvam habilidades mais seletivas, como usar o transporte, cuidar as finanças, fazer compras, lavar, cozinhar, tomar remédio e que dizem respeito à participação social. Acerca disso, quanto mais dificuldade uma pessoa tem com as ABVD, mais séria é a sua incapacidade (ALVES et al., 2008; PERRACINI, FLÓ e GUERRA, 2011; SHIGUEMOTO, 2007).

O processo de envelhecimento vai provocar, naturalmente, mudanças nas AVD e são muitos os fatores que levam a redução da funcionalidade, como exemplo os aspectos sociodemográficos e socioambientais, assim como, a institucionalização (LOPES e SANTOS, 2015).

Em estudo realizado por Moraes et al. (2016) observou relação entre a mobilidade reduzida com a inatividade física, independente do sexo, da idade e da presença de outras doenças, assim concluíram que a prática de atividade física regular pode estar associada a melhor mobilidade funcional.

Corroborando com o descrito acima a pesquisa de Fernandes et al. (2017), que apontam a influência da prática de exercícios físicos para pessoas idosas e seu efeito positivo na funcionalidade. Desse modo, a atividade física pode operar como uma forma de prevenção, colaborando como agente protetor da perda da mobilidade e funcionalidade, apesar do passar dos anos.

Cabe destacar outros aspectos que também interferem na redução da capacidade funcional são as degradações que incidem em vários sistemas corporais, que acontecem de maneira gradativa e irreversível, como as decorrentes das doenças crônicas degenerativas, as quais afetam grande parte das pessoas idosas, sendo uma advertência à autonomia e independência dessas pessoas (FIEDLER e PERES, 2008; CORTTELETTI et al., 2004).

No desenrolar desses conhecimentos, observa-se que há uma redução na mobilidade funcional com o avançar dos anos, tanto para os homens quanto para as mulheres e as pessoas idosas que residem em suas casas se mostraram mais ágeis do que as institucionalizadas. É perceptível a necessidade de intervenções que apoiem ambos os grupos a restabelecer sua mobilidade e aumentar a sua segurança ao se movimentar (SOUZA et al., 2013).

São muitos os fatores que podem colaborar para a diminuição da mobilidade das pessoas idosas, sendo esta multifatorial, destacam-se alguns deles: sensoriais, emocionais, ambientais, visuais, redução funcional com incapacidades nas atividades de vida diária, entre

outros. Desse modo, nota-se que a maioria dos fatores supracitados poderiam ser prevenidos, buscando abrandar a redução da mobilidade na pessoa idosa e diminuir riscos (BRASIL, 2006).

Deve-se considerar que saúde para a população idosa não deve se limitar ao controle e à prevenção de danos ocasionados por doenças crônicas não transmissíveis. A saúde da pessoa idosa é resultado da interação entre saúde física, saúde mental, independência financeira, capacidade funcional e o suporte social (BRASIL, 2009).

A funcionalidade abrange a capacidade de a pessoa conservar habilidades físicas e mentais, independência na execução de atividades cotidianas dentro e fora de casa. Dessa maneira, a preservação ou ganho de funcionalidade em pessoas idosas permite envelhecer com maior qualidade de vida, e assim é possível reparar o equilíbrio corporal no caso de alguma alteração (FRANK et al., 2007).

Nesse sentido, as alterações que podem afetar a funcionalidade das pessoas idosas também podem contribuir para distorções da autoimagem e diminuição da autoestima, como veremos a seguir.

2.4 Autoimagem e Autoestima

Na busca de significado sobre si mesma, as pessoas estabelecem relações com as demais, como forma de se entender em diferentes aspectos e essas interações provocam mudanças, que acarretam alterações na autoimagem e na autoestima, resultando numa transformação na sua identidade. Construídas nessa interação social, a autoimagem e autoestima despontam como questões vinculadas ao processo de desenvolvimento e estruturação da personalidade (GOÑI E FERNÁNDEZ, 2009).

Desse modo, Mosquera e Stobäus (2006) referem que o ser humano é dependente do seu corpo, de suas capacidades e aptidões, as quais precisam estar em harmonia com relação ao *eu*. Portanto, nessa ligação com o corpo, percebe-se que a atividade física constitui-se como um modo de envelhecer ativo e saudável para as pessoas idosas, e, sobretudo, para aqueles que constituem centros de convivência/asilos por períodos alongados, no intuito de que tenham autonomia, independência, boas condições de saúde, com gradual melhora da autoestima e autoimagem.

A autoimagem constitui um fator importante que retrata o bem-estar e a satisfação com a vida, podendo ser compreendida como a maneira como as pessoas se veem e entendem

seu próprio corpo, sendo por muitas vezes confundida com o sentimento de autoestima, esta mais relacionada a um sentido de eficiência, valor e mérito do ser (DE SOUTO BARRETO, 2011).

Segundo Mosquera (1987, p. 42), a autoimagem pode ser percebida como “o quadro que a pessoa faz de si. É a chave que tem para compreender seu comportamento e a sua consistência”; e destaca: “a autoimagem sofre a influência intensa das experiências do seu ambiente”. O autor ainda ressalta que a autoestima está totalmente associada ao conceito de autoimagem, uma vez que a pessoa tem uma imagem positiva de si, sua autoestima será elevada, assim, a autoestima incide na avaliação de si mesmo.

No caso da pessoa idosa, a imagem corporal e a autoestima exercem um papel fundamental sobre a consciência que ela manifesta de si e dos outros, a autoimagem é o reconhecimento que cada indivíduo faz de si mesmo, como sentem suas potencialidades, sentimentos, atitudes e ideias (MOSQUERA e STOBÄUS, 2006).

Para Steglich (1978), a imagem corporal refere-se tanto a imagem mental quanto a percepção, onde explica que, se a percepção do corpo é positiva, a autoimagem será positiva, e se existir satisfação com a imagem do seu corpo, então a autoestima será melhor.

Nesse sentido, imagem corporal da pessoa idosa pode se mostrar de forma distorcida, isso se deve a vários fatores que envolvem desde mudanças fisiológicas, socioeconômicas, mudanças nas estruturas familiares, necessidade de políticas públicas e distribuição de recursos na sociedade (VERAS, 2009).

Normalmente, existe uma conexão entre autoimagem e a autoestima que até mesmo se confundem, mas a autoimagem, conceituada como a projeção do corpo na mente, é somente um dos elementos da autoestima. A autoestima compõe um conceito profuso e abrange atitudes e sentimentos em relação a si mesmo. (COOPERSMITH, 1989).

Um dos conceitos precursores sobre autoestima foi descrito por Rosemberg (1965) que a definiu como o sentimento, a estima e a consideração que uma pessoa sente por si própria, isto é, o quanto ela verdadeiramente gosta de si, como ela se enxerga e o pensamento que faz sobre si, abalizada, como aspecto fundamental da vida (CHAIM et al., 2009; MEURER et al. 2012). E ainda, pode ser definida como um recurso psicológico, que a pessoa tem, abordando as particularidades, mostrando-se como prenúncio de saúde física e psicológica reduzindo as respostas neurofisiológicas em condições de estresse (SAPHIRE et al., 2011; TAYLOR et al., 2003).

Deve-se destacar uma questão muito importante e que colabora para o bem-estar integral da pessoa idosa é a autoestima positiva, a qual abrange um conjunto de emoções e pensamentos da pessoa sobre seu próprio valor, habilidade e adaptação, que se reflete em uma atitude positiva ou negativa em relação a si mesmo. O ponto essencial da autoestima é o aspecto valorativo, o que influencia na maneira como o indivíduo elege suas metas, aceita a si mesmo, valoriza o outro e projeta suas expectativas para o futuro (ROSENBERG, 1965; BEDNAR e PETERSON, 1995).

A dimensionalidade da autoestima vem sendo discutida, para Harter (2013) e Coopersmith (1989), que se dedicam ao seu estudo há alguns anos, respaldam o seu caráter multidimensional, em razão de que, além de uma provável análise do conceito em fatores, os autores acreditam ser importante ponderar esta questão em vários domínios (social, escolar, familiar etc.), visto que as pessoas podem ter percepções positivas de si em alguns campos e em outros não.

É importante destacar que fatores ambientais podem impactar o desenvolvimento da autoestima, entre as quais, estão compreendidas a situação social e econômica, as dificuldades na infância e a relação familiar, vivências na adolescência e na idade adulta jovem (ORTH et al., 2009; TAYLOR et al., 1999).

Vários fatores podem comprometer a autoestima das pessoas idosas, como por exemplo, a viuvez, o falecimento de amigos e familiares, e falta de papéis sociais valorizados, a aposentadoria e o distanciamento da imagem corporal idealizada. Ocorre que algumas pessoas repulsam o próprio envelhecimento desencadeando a baixa autoestima e se depreciam, desprezam as suas limitações físicas expondo-se a condições inadequadas e que ameaçam sua saúde. Logo, a autoaceitação na velhice é essencial para que a pessoa goste de si mesma, e tenha autoestima elevada (VITORELI et al., 2005).

Para Teixeira e Melo (2019) a autoestima é considerada um aspecto sagrado no ser humano, pois quando tudo lhe falta, resta-lhe a si mesmo, ela é essencial não só para o bem-estar físico, mas também para o psicológico e emocional. Constitui-se de uma combinação de visões e avaliações que o indivíduo tem sobre si mesmo, pois nenhum olhar é neutro, especialmente quando voltado sobre si próprio.

Meurer et al. (2009), ao ponderar sobre os fatores da autoimagem e autoestima de pessoas idosas, constataram que, as pessoas que tinham autoestima elevada, exibiam uma percepção positiva na felicidade, na capacidade funcional, na aceitação da idade e no contato social.

Percebe-se que a autoestima abarca aspectos pessoais e possuem vários enfoques e, dentre eles, pode-se ressaltar a sexualidade, que também possui ligação com a autoimagem, já que essa tem a ver com o corpo e suas emoções.

A visibilidade dada à temática atualmente, sobretudo no que concerne à velhice, se deve pelos estudos nas variadas áreas e com perspectivas distintas, o que originou alterações e olhares múltiplos, permitindo repensar e modificar conceitos ou verdades tidas como absolutas, rompendo com o *status quo*, é o que trataremos no capítulo a seguir.

2.5 Sexualidade

Dentre as mudanças que ocorrem no processo de envelhecimento, encontram-se àquelas referentes à sexualidade, possíveis em todas as idades e expressas de forma individual. O amor e a vivência da sexualidade podem significar aspectos positivos para pessoas de mais idade, pois é uma oportunidade de carinho, afeto, admiração por alguém; é autoafirmação de si, de seu corpo, autoestima elevada, bom humor e melhor qualidade de vida (ALMEIDA e LOURENÇO, 2007). Considerando que a sexualidade é entendida como uma reação física e emocional ao estímulo sexual, não se resumindo ao ato sexual (VIANA e MADRUGA, 2008).

Na busca de entendimentos sobre sexualidade, torna-se imprescindível compreender sua construção de forma não linear através dos séculos. Assim, percebe-se que na história da sexualidade ocidental são evidenciados diversos aspectos em torno do sexo, o qual por inúmeras vezes e por muito tempo foi contido, ajustado e silenciado.

Foucault (2014, p. 139), sobre a sexualidade:

[...] é o conjunto de efeitos produzidos nos corpos, nos comportamentos, nas relações sociais, por um certo dispositivo pertencente a uma tecnologia política complexa, deve-se reconhecer que esse dispositivo não funciona simetricamente lá e cá, e não produz, portanto, os mesmos efeitos.

Complementando as reflexões supracitadas, a sexualidade pode ser entendida como uma construção social, uma invenção histórica, e que tem base nas possibilidades do corpo (WEEKS, 1990), e “envolve rituais, linguagens, fantasias, representações, símbolos e convenções” (LOURO, 2001, p. 11).

A sexualidade pode ser compreendida a partir de um enfoque amplo e abrangente, manifesta-se por toda vida e dentro de um contexto mais amplo, pode-se considerar que a

influência da sexualidade permeia todas as manifestações humanas, do nascimento até a morte. Ela não corresponde em apanágio de um determinado grupo etário, o das pessoas jovens. É importante entender que as pessoas têm liberdade para viver ou não, sua sexualidade da maneira que quiserem, de acordo com suas necessidades, vontades, disponibilidade e criatividade.

Dessa forma sexualidade “não é apenas uma questão pessoal, mas é social e política”. Faz-se necessária uma contextualização social e cultural para que seja possível entender os valores e comportamentos pessoais (LOURO, 2007, p.11).

Quando se trata de envelhecimento, diferentes saberes especializados concordam que a sexualidade não se esgota com o passar dos anos. Apesar de advertir sobre o declínio da frequência de atividade sexual com o avanço da idade, a gerontologia e outras áreas do conhecimento afirmam que esse decréscimo é substituído por uma intensidade ampliada do prazer sexual (DEBERT e BRIGEIRO, 2012).

Os autores supracitados ressaltam que o processo de erotização da velhice conduzido pelos saberes especializados reproduz simultaneamente uma normatividade heterossexual e sugere como parte das prescrições para um envelhecimento bem-sucedido uma inversão do que é tido como próprio da sexualidade feminina e masculina.

E ainda, expõem posições aparentemente conflitantes, defendem que a sexualidade não está sujeita à idade dos sujeitos, e ao mesmo tempo sustentam a ideia de que o envelhecimento provocaria uma experiência sexual mais gratificante. Desvincula-se simbolicamente a sexualidade da idade, em seu sentido excludente, para reinseri-la positivada nas fases mais avançadas do curso da vida.

A sexualidade supera a questão dos estímulos corporais e emocionais relativos ao ato sexual. Para muitas pessoas com mais idade, oportuniza além da paixão, expressar afeição e lealdade (BEAUVOIR, 1990).

Segundo Butler e Lewis (1985), o afeto, o calor e a sensualidade não devem se extinguir com o passar dos anos, e contrariamente, podem até aumentar. E o sexo na velhice torna-se mais emocional, criativo e sensível, envolvendo vários aspectos, o que possibilita novas experiências.

Pensar a sexualidade, é pensar que essa não se reduz às características biológicas do sexo, abrange aspectos psicológicos, culturais, sociais e afetivos. Cabe destacar as considerações de Negreiros (2004), que fala da sexualidade das pessoas idosas, as quais foram educadas num código de sexualidade ainda muito rígido e binário, ou seja; próprio ou

impróprio; natural, agradável e normal ou danoso, excessivo e insultuoso; aquilo que é passível de admiração, aceitação ou, inversamente, de repulsa e negação.

No que tange a sexualidade de pessoas institucionalizadas, de acordo com Mahieu et al. (2011), ao entrar e morar em uma instituição para pessoas idosas o desejo e necessidade de afeto não acaba instantaneamente, ainda que muitas vezes inclua a perda da liberdade, sobretudo no que se refere o envolvimento sexual.

Conforme os autores supracitados, as pessoas idosas residentes em ILPI demonstram atitudes positivas em relação à sexualidade, e para elas o sexo e a sexualidade são importantes na velhice e destacam o caráter altamente individual tanto do interesse quanto da expressão sexual. As pessoas idosas que se expressam sexualmente, não se limitam, buscam imaginar, acariciar, beijar e ter relações sexuais.

Em estudo sobre a expressão sexual de residentes em asilos demonstrou que atitudes positivas relacionadas à sexualidade em instituições foram correlacionadas com um maior nível de conhecimento sobre a sexualidade. Por outro lado, os obstáculos para sua abordagem são a falta de privacidade e o desconforto da equipe, os quais geram solidão e falta de intimidade nos lares (AGUILAR, 2017).

A escassez e/ou a falta de informação a respeito do tema sexualidade na velhice acaba contribuindo para a produção de uma visão única sobre o assunto. Nota-se que essa carência em “conhecer” está presente em nossas casas, nas escolas, nas universidades, na sociedade de maneira geral.

Estudos revelam a multidimensionalidade e a complexidade que abrangem a sexualidade da pessoa idosa institucionalizada, tanto no que se refere à vivência pessoal de cada pessoa como no que concerne às relações de cuidado. E, nota-se que a escassez e/ou a falta de informação a respeito das temáticas acabam contribuindo para a produção de uma visão estereotipada sobre o assunto (GARCIANDÍA, 2015; TORRISI et al., 2017).

As alterações físicas e biológicas advindas do envelhecimento podem dificultar o ato sexual, mas oferecem possibilidades para que a pessoa idosa descubra novos caminhos para vivenciar a sexualidade até o fim da vida; sendo a satisfação sexual um conceito subjetivo, podendo ser entendida do ponto de vista fisiológico pelo funcionamento sexual, mas, também, pela qualidade do relacionamento afetivo, tendo em consideração todos os fatores não sexuais, não esquecendo fatores de ordem socioeconômica, demográfica e cultural (VIEIRA e SOBRAL, 2009).

De acordo com Louro (2008) a construção das sexualidades é um processo meticuloso, sutil, sempre incompleto. Família, escola, igreja, instituições legais e médicas mantêm-se por certo, com interesses importantes nesse processo constitutivo.

Em função do desconhecimento, mitos e preconceitos materializam-se, o que dificulta o entendimento de como a sexualidade pode ser vivida na velhice. Nesse sentido, destaca-se que a sexualidade envolve “rituais, linguagens, fantasias, representações, símbolos, convenções” (LOURO, 2001, p. 11), que emergem da cultura e da sociedade, fatores limitados a determinados tempo e lugar.

Para Debert e Brigeiro (2012) ao problematizar a sexualidade na velhice instaura-se uma nova dimensão nas discussões dos especialistas sobre envelhecimento bem-sucedido. Os argumentos desses especialistas baseiam-se nas propostas da Organização Mundial da saúde, o modelo de Envelhecimento Ativo e o de Saúde Sexual e ressaltam que esses discursos dizem respeito a possíveis causas orgânicas que são usadas para esclarecer determinados comportamentos sexuais, e que são mandados para solução em clínicas médicas.

A preocupação com a saúde relacionada com a sexualidade, como já foi retratado anteriormente, tem um cunho de prevenção de doenças, e hoje estão muito ligadas às questões referentes às revoluções sexuais, principalmente a masculina, através dos medicamentos para disfunção erétil. Existem hoje medicamentos que contribuem para uma vida sexual plena e ativa, mas que colabora no aumento dos casos de Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) entre a população idosa (SOUSA, 2008).

Entende-se que algumas mudanças de atitudes, pensamentos e comportamentos são necessárias para que ocorra a desconstrução dos mitos e tabus que cercam o tema da sexualidade, superando a ideia de vivê-la apenas para a reprodução, sem satisfação sexual e prazer. A sexualidade influencia a saúde, a qualidade de vida e a satisfação de viver a vida por parte de mulheres e homens que estão envelhecendo.

Segundo Beauvoir (1990), as vivências sexuais possuem uma multiplicidade de fins, os proveitos de cada pessoa com suas atividades sexuais são os mais variados e ricos. Em algumas situações, a pessoa idosa anseia a atividade sexual na esperança de voltar à juventude, e reviver momentos felizes do seu passado. Mas isso só se torna possível para as pessoas que conferiram um valor positivo ao longo da vida com relação à sexualidade, do contrário, se desprezavam as práticas sexuais, acabam aproveitando-se da velhice para abdicar da vida sexual ativa. Assim, ressalta a autora, que a plenitude da vida sexual se delonga, de acordo com as vivências felizes e ricas durante a vida.

Sendo assim, é importante ressaltar que existem barreiras para que as pessoas idosas possam vivenciar a sexualidade nas instituições, como a falta de privacidade e o desconforto da equipe de cuidadores em relação ao tema, elas juntas representam as causas mais comuns para a falta de intimidade e a solidão nas instituições para pessoas idosas (AGUILAR, 2017).

Além da sexualidade, como vimos anteriormente outro mote importante e que faz parte da vida das pessoas idosas e influencia seu bem-estar é a solidão, que não está sozinha, estará acompanhada pelo apoio social.

2.6 Solidão e Apoio Social

Na velhice são corriqueiras as experiências de perdas que podem induzir ao sentimento de solidão. Pesquisadores observam que a solidão é uma reação emocional de descontentamento gerada pela carência ou falta de relacionamentos significativos que abrange algum tipo de isolamento (PINHEIRO E TAMAYO, 1984).

Segundo Neto (2000) é uma experiência desagradável, pela qual se pode passar, sendo por isso um conceito intuitivo. Para este autor, existe um anseio de distanciamento e de renúncia nas relações, que deriva comumente de uma desconexão entre a realidade e as expectativas que a pessoa tem quanto a suas relações sociais. É um sentimento complexo para expressar, sendo um conceito profundo e subjetivo que muitas vezes é confundido com o estar só ou isolado.

De acordo com Schirmacher (2005) a solidão para a pessoa idosa está muitas vezes vinculada as mudanças que ocorrem no ambiente familiar, especialmente no que se refere a perdas de familiares. Algumas pessoas, por não ter família, ponderam como melhor opção ir para uma instituição, esta se mostra como uma tendência para uma geração de pessoas idosas que não tem filhos.

Em muitas situações as pessoas têm família, mas por motivos diversos existe um distanciamento parental, como destaca Weiss (2011) que a solidão não é provocada pelo fato de estar só, mas por falta de alguma relação a qual se precisa, dessa forma, constitui-se uma sensação desagradável de vazio.

É possível reconstruir a vida fora do contexto familiar e parental, a institucionalização pode representar uma nova perspectiva. Às vistas disso, as pessoas envelhecem e ao confrontarem-se sozinhas em seu lar, resolvem por escolha própria ou por influência de outra

pessoa procurar uma ILPI, pois esta representa uma alternativa sedutora diante das opções ditas aceitáveis, sendo que pode oferecer algum tipo de sociabilidade (DEBERT, 2004).

Já na visão de Machado Pais (2006), a solidão pode ser uma escolha de vida, não se caracterizando com abandono, desamparo, neste contexto nem é percebida como algo negativo, poderá ser espontânea, sendo importante ao desenvolvimento emocional de cada pessoa. Em alguns contextos, a solidão poderá representar o ganho da liberdade por escolha, ou pela vida vivida a sós.

Conforme o autor supracitado a solidão pode apresentar faces distintas, uma delas seria a do ressentimento, na qual, algumas pessoas tiveram relações amorosas sofridas e confusas, e por isso, dificilmente irão conseguir ter novas vivências sem sofrer ou sem reviver experiências anteriores.

Cabe ressaltar que para Machado Pais (2006), estar só, difere de solidão. Para ele o conceito de solidão pode constituir ruptura com situações e vínculos sociais, que chama de “desenlaces” ou ainda perda de autonomia para realizar atividades diárias, terminando com certas redes de relações sociais. O autor ainda destaca que a solidão é de tal maneira mais solitária quanto mais preenchida de memórias, e um dos fatores mais associados à solidão e ao desencanto com a vida é a perda do sentimento de pertença.

Na intenção de não perder o encanto pela vida e sentir-se parte de algo, é importante manter os laços familiares e as redes de amizades, essas redes de apoio são protetivas frente às dificuldades cotidianas enfrentadas.

O apoio social se estabelece como parte significativa da atenção integral à saúde da pessoa idosa, sendo definido como a integração do suporte emocional, financeiro, instrumental e relacionamento social que pessoas ou instituições possam proporcionar, neste âmbito, para gerontes (MELCHIORRE et al., 2013; NERI e VIEIRA, 2013; MARQUES et al., 2013; GONÇALVES, 2011).

Neste contexto, é considerado um dos indicadores de saúde física e do bem-estar, desde a infância até a velhice, o apoio social envolve um processo complexo e dinâmico que envolve as pessoas e suas redes sociais com a intenção de atender as suas necessidades, fornecer e complementar os recursos que possuem e, assim, encarar novas situações (ROSA, 2004).

De acordo com Griep (2005) o apoio social é definido como os recursos disponibilizados por outras pessoas em momentos de necessidade e pode ser dividido em cinco dimensões funcionais, que são: material, afetiva, emocional, interação e social,

combinado com uma rede de relações formais, isto é, como entre médico e paciente, arquiteta e cliente e entre outras carreiras, e nas relações informais, as quais compreendem família, amigos, vizinhos, colegas de trabalho e são consideradas de máxima importância pessoal e afetiva por seu auxílio em vários momentos no decorrer da vida.

Pela sua relevância o apoio social tornou-se temática de pesquisadores da área de saúde pública, que observaram que é um elemento fundamental para a promoção da saúde, inclusive para a sobrevivência dos indivíduos, como destaca a pesquisa feita com idosos octogenários onde o apoio emocional esteve diretamente relacionado com uma maior qualidade de vida (CAUDURO, 2013).

Corroboram com exposto acima, Golden et al. (2009) e acrescentam que o apoio social é um fator protetivo para a incapacidade funcional e comprometimento cognitivo, e principalmente no bem-estar psicológico das pessoas idosas.

Além disso, existe uma relação direta entre relacionamentos sociais, qualidade de vida e funcionalidade, sugerindo que a falta de vínculos sociais se constitui em um fator de risco à saúde, podendo ser tão prejudicial como as doenças cardiovasculares (CARNEIRO et al., 2007).

Cabe destacar Guedes et al. (2017) que o apoio social possui vários aspectos, e deve ser considerado na atenção à saúde como um todo, e não somente em relação à doença, uma vez que mesmo quando restrito na vida da pessoa idosa, tem uma capacidade multiplicadora, facilita a interação e o bem-estar.

Diante dessas asseverações nota-se que uma boa rede de apoio social fornece o amparo necessário às pessoas idosas viverem bem esta fase da vida, melhorando suas atitudes frente às transformações advindas com o processo de envelhecimento. Para dispor de uma boa rede de apoio social, é preciso ter capacidade de conquistá-las e conservá-las, o que não é algo fácil, mas possível de realizar. O apoio social é importante na superação das limitações e modificações que ocorrem no envelhecimento e, no caso de pessoas idosas institucionalizadas, também auxilia no enfrentamento das mudanças resultantes da institucionalização (RODRIGUES e SILVA, 2013).

Ainda que a instituição se mostre como um lugar favorável para o desenvolvimento de amizade, pelo convívio e aproximação entre as pessoas, pela afinidade e histórias de vida parecidas, é comum observar indiferença e desinteresse na conquista de novas amizades entre os idosos (SILVA et al., 2006).

No âmbito da institucionalização a rede de apoio torna-se crucial, pois ajuda a pessoa idosa a amoldar-se frente a essa condição, o que beneficia seu bem-estar e a qualidade de sua vida. Nesse caso, o maior desafio é ajudar a pessoa idosa institucionalizada a constituir uma rede de apoio social, sobretudo com as outras pessoas institucionalizadas, já que alguns idosos institucionalizados tem baixa motivação para fazer amizades entre eles e alguns até expõem condutas preconceituosas e de rejeição (RODRIGUES e SILVA, 2013).

Relativo aos cuidados com a pessoa idosa, Sant'Ana e D'Elboux (2019), destacam que ainda é possível observar uma centralidade na família, que em muitos casos, não consegue fornecê-los de maneira apropriada e satisfatória as pessoas incapacitadas, sugerindo-se, portanto, a necessidade de instrução e apoio da rede de suporte formal.

Deve-se considerar a recomendação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa quanto à atenção multidimensional, a ILPI deve considerar, além dos fatores físicos, psíquicos, sociais, ambientais, os espirituais como necessidade essencial para essa etapa da vida (FAGUNDES et al., 2017).

A luz desses conhecimentos percebe-se cada vez mais a importância desse olhar multidisciplinar sobre o envelhecimento e principalmente, da pessoa idosa, que precisam adaptar-se a um corpo com novas limitações, novas configurações em sua família, vários pensamentos, medos, desafios, escolhas... Em alguns momentos somente a espiritualidade nos fornece o sentimento indelével de que dias melhores virão.

2.7 Espiritualidade

Vários relatos na literatura explicam e comprovam os benefícios físicos e psicológicos que a religião e a espiritualidade conferem as pessoas, principalmente as mais idosas. Nesse sentido, tanto o apoio social discutido anteriormente, como o despertar da espiritualidade pode ser um importante aliado na superação de situações conflitantes, colaborando de maneira positiva na busca da felicidade, integração social, consciência de si mesmo, compaixão e cidadania. Assim como o apoio social, a dimensão religiosa tem um significado maior na velhice, uma vez que, com o avançar da idade, pessoas idosas tornam-se mais predispostas a pensar e repensar sua biografia e os fatos da sua vida, voltando-se para si mesmos (CELICH et al., 2008).

Na intenção de determinar e diferenciar espiritualidade e religião, Pinto (2009) definem a religião como um conjunto de crenças em um poder divino, expressadas pelas

práticas de culto ou outros ritos, e a espiritualidade como os sentimentos e fé intensas, frequentemente religiosas, abrangendo um estado de paz, vínculos e crenças sobre o significado e a finalidade da vida.

Quanto aos entendimentos sobre seus significados, a espiritualidade diferencia-se de religiosidade, mas assemelham-se em ter como alicerce a existência de algo transcendente, vivido em seu contexto diário como a habilidade de transformar a vida.

A palavra religião vem do latim *religio* e significa religar a pessoa ao divino, fundamentada em variadas regras, credos, dogmas e ritos criados por instituições que seguem suas religiões. No caso da espiritualidade possui um sentido existencial mais amplo, contempla sentido, cuidado, comunhão, qualidade de vida, felicidade, entre outros, assim sua abrangência vai além da dimensão biológica (SIVIERO e ROSIN, 2014).

E atinente a isso, corroboram Gutz e Camargo (2013) que a espiritualidade se reporta a uma demanda universal relacionada ao sentido e ao desígnio da vida. Já na concepção de Koenig et al. (2001) a espiritualidade estaria ligada com reflexão, uma procura individual sobre o significado da vida e a relação com o sagrado ou o transcendente. A espiritualidade pode ou não estar atrelada a uma religião. E a religião compreende um sistema ordenado de crenças, rituais e insígnias que visam facilitar a proximidade da pessoa com o divino ou o transcendente.

Seguindo essas asseverações, é importante ressaltar que as pessoas podem ter crenças particulares sem se devotar a um deus ou a crenças e ritos específicos de uma determinada religião (SOMMERHALDER e GOLDSTEIN, 2006).

O olhar sobre a velhice é peculiar em cada religião, na visão da Bíblia e da teologia cristã, não está relacionada ao fim da vida, e término da beleza e do amor. E muito menos a extinção dos seus potenciais, do prazer, da alegria e da fecundidade, contrariamente, perante Cristo e em seu Espírito, todos são nova criatura, é perceptível ver muitas vezes Deus elegendo pessoas mais velhas para nelas incidir uma fecundidade muito mais visível que nos jovens, com objetivo de ecoar no mundo manifestações revolucionárias (BINGEMER, 2013).

O que aparece em Isaías 46:4: “Mesmo na sua velhice, quando tiverem cabelos brancos, sou eu aquele, aquele que os susterá. Eu os fiz e eu os levarei; eu os sustentarei e eu os salvarei” (BÍBLIA, 2008, p. 976) e no Salmo 92:14: “Mesmo na velhice darão fruto, permanecerão viçosos e verdejantes” (BÍBLIA, 2008, p. 819).

Na umbanda o envelhecimento é considerado uma fase de vida e núcleo fundamental para o progresso do ser humano e da expansão espiritual, e as características dos Orixás e

entidades que apresentam referências do ser velho mostra o valor de tal elemento em nossas vidas (CONCONE, 2006).

Essas diferentes concepções relativas ao conceito e definição das temáticas, reflete uma ambiguidade e dificuldade de um consenso conceitual entre os autores. Contudo, não se pode usar isso como pretexto para deixar de discutir e pesquisar esse universo complexo, cujas experiências mais expressivas não se permitem aprisionar por discursos limitados e tendenciosos, o que também contribui à conclusão de que religiosidade é algo que se compreende bem até o momento em que se resolve defini-la (BALTAZAR, 2003).

Em vista disso, devem-se salientar as asserções de Freitas (2013) que destaca que ainda que seja sensato começar estas reflexões com uma série de distinções e explicações prévias sobre a maneira de entender e abordar o fenômeno religioso é necessário zelar para que tais argumentos conceituais não esvaziem o próprio fenômeno, a ponto de fazer com que o perca de vista totalmente.

Para isso a autora supracitada destaca que o desafio é, exatamente, o de se reconhecer e valorizar a própria complexidade e ambiguidade da temática, e não ressaltar somente as dificuldades, mas toda riqueza da experiência humana, que não se deixa limitar por padrões teóricos previamente concebidos, ainda que se busque a formulação de um conhecimento pronto e fixado e, assim, possivelmente confiável na visão técnico-científico (BARBOSA e FREITAS, 2009).

Não é de hoje que a espiritualidade é relacionada com questões de vida e saúde, rememora à época de 1800 a.C., sendo substancial nas atuações de cuidado até meados do século XIV, período histórico em que foram separadas filosofia, ciência e religião. Ocorreu no final do século XX, sua reaproximação através da divulgação de pesquisas epidemiológicas que evidenciaram a relação entre espiritualidade e religiosidade com a saúde do indivíduo (LUCCHETTI, 2013).

Em pesquisa realizada por Alves, Junges e López (2010) sobre a dimensão religiosa e a percepção dos profissionais da saúde demonstrou que vários grupos culturais, ao longo do tempo, criam ritos religiosos com intenção de cura para suas moléstias e de bem-estar físico, psicológico e espiritual. A saúde é um fator importantíssimo para as pessoas na velhice, e através da sua fé buscam mantê-la ou buscá-la.

De acordo com Monteiro (2007), dentre os inúmeros benefícios da religiosidade, um dos mais importantes é o de manter a autoestima e a qualidade de vida no envelhecimento,

pois alicerça o significado da vida em alguma crença o que contribui para fortalecer pessoas fragilizadas.

Percebe-se que a espiritualidade ameniza o impacto das mudanças que acontecem com o envelhecimento e oferece maneiras para enfrentar as novas situações. Pode-se dizer que ela oferece apoio às exigências da velhice, mantendo o equilíbrio integral da pessoa idosa, confere sentido e significado à vida, auxiliando-os a superarem ideias e pensamentos negativos.

Em estudo epidemiológico realizado por Baptista (2004), demonstrou associação positiva entre envelhecimento e espiritualidade como medida de proteção à saúde, percebeu-se que as pessoas idosas que se tornaram mais religiosas tinham menor probabilidade de sofrerem de problemas mentais.

Na pesquisa realizada por Chaves e Gil (2015) destacam a necessidade de expansão e maior compreensão sobre a espiritualidade, e principalmente, a valorização da espiritualidade pelos profissionais da saúde para que haja atenção integral que promova saúde e qualidade de vida das pessoas idosas.

Percebe-se que em nosso país, o pluralismo religioso apresenta as pessoas, inúmeros caminhos que lhe permitem uma compreensão significativa da realidade e de sua visão de mundo, aliviando a aflição e a dor, diante do desconhecido e da morte (REZENDE, LODOVICI e CONCONE, 2012).

É nesse cenário complexo, que envolve diferentes dimensões biopsicossociais, culturais e espirituais, que são imbricadas relações e sentimentos que afloram na velhice e principalmente na velhice institucionalizada, os quais se compreendem que são elementos constituintes da vida dessas pessoas e que devem ser pesquisados e discutidos.

3. HIPÓTESES

H₁ Existirá associação da funcionalidade com a sexualidade, autoimagem e autoestima em pessoas idosas institucionalizadas.

H₂ Existirá associação entre apoio social, solidão e a espiritualidade em pessoas idosas institucionalizadas.

3.1 Hipóteses Nulas

H₀ Não existe associação da funcionalidade com a sexualidade, autoimagem e autoestima em pessoas idosas institucionalizadas.

H₀ Não existe associação do apoio social com a solidão e a espiritualidade em pessoas idosas institucionalizadas.

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral

Verificar a ocorrência de associação da funcionalidade com a sexualidade, autoimagem e autoestima e entre o apoio social, a solidão e a espiritualidade em pessoas idosas institucionalizadas.

4.2 Objetivos Específicos

1. Caracterizar os aspectos sócios demográficos;
2. Verificar a funcionalidade e a mobilidade;
3. Identificar as manifestações da sexualidade;
4. Delinear a autoestima e autoimagem;
5. Descrever o grau de solidão e de espiritualidade;
6. Identificar a existência de apoio social;

5. MÉTODO

Nesta seção, apresenta-se a caracterização da pesquisa, o campo de investigação, os sujeitos participantes, os instrumentos utilizados e como se realizou a coleta das fontes de informação.

5.1 Delineamento

Este estudo caracteriza-se como um estudo transversal descritivo, em que as informações foram coletadas num dado momento do tempo e a apresentação das características de uma população, um fenômeno ou relação entre variáveis, podem delinear a natureza dessas relações (FLETCHER e FLETCHER, 2006).

Utilizaram-se procedimentos quantitativos por analisar certa relação entre variáveis testadas por meio de programas que usam dados numéricos, procedimentos estatísticos e teorias bibliográficas (MARTINS, 2009).

5.2 Participantes do Estudo

Participaram do estudo 41 pessoas com idade igual ou maior que 60 anos, residentes em duas Instituições de Longa Permanência para Idosos, filantrópicas e localizadas em dois municípios da região central do estado do Rio Grande do Sul.

Para o estudo não foi realizado cálculo de tamanho amostral, uma vez que a amostra se constituiu por conveniência, a qual se conceitua como uma técnica de amostragem não probabilística que procura obter uma amostra de elementos convenientes (FLECTHER, 2014). Assim, as pessoas idosas participantes desta pesquisa foram selecionadas de acordo com sua disponibilidade e vontade em participar da pesquisa.

5.2.1 Critérios de Inclusão

As pessoas participantes desse estudo foram selecionadas a partir dos seguintes critérios de inclusão: pessoas idosas de ambos os sexos com idade igual ou superior a 60 anos, residentes e que estivessem na instituição há pelo menos três meses e que aceitassem participar da pesquisa e assinar o termo de consentimento livre e esclarecido.

Como critérios para exclusão das pessoas da pesquisa, foi à idade inferior a 60 anos, tempo de moradia na instituição inferior a três meses, e que voluntariamente expressassem, a qualquer momento, o desejo de interromper sua participação no estudo.

5.3 Variáveis em investigação

As variáveis investigadas foram:

- a. Sociodemográficas: idade, sexo, renda, escolaridade, estado civil, espiritualidade/religião, ocupação/profissão, motivo pelo qual foi morar na ILPI, tempo de residência, avaliados através da ficha de dados sociodemográficos;
- b. Funcionalidade: atividades próprias da vida diária (AVD) e mobilidade (TUG-test);
- c. Sexualidade: questionário sobre sexualidade na Terceira Idade (QSTI);
- d. Autoestima: escala de autoestima de Rosenberg (1965);
- e. Autoimagem: escala proposta por Stunkard et al. (1983);
- f. Apoio social: escala de apoio social traduzida e validada por Griep (2003);
- g. Solidão: escala de solidão proposta por Russell (1988) e traduzida e validada por Neto (1989);
- h. Espiritualidade: escala de coping religioso e espiritual (CRE).

5.4 Instrumentos

- a. Ficha de avaliação sociodemográfica: incluem questões acerca da idade, sexo, estado civil, naturalidade, escolaridade, religião, etnia, renda mensal, ocupação, motivo de ir morar na ILPI, local de moradia anterior, o que mais/menos gosta de morar na ILPI e o que mais gosta de fazer. Foi aplicada a todos os participantes.
- b. Funcionalidade: atividades Básicas de Vida Diária (ABVD - KATZ, 1963): avalia a independência no desempenho de seis funções (banho, vestir-se, ir ao banheiro, transferência, continência e alimentação) classificando as pessoas idosas como independentes ou dependentes. O índice de Katz estabelece uma pontuação entre 0 a 3 pontos, sendo o idoso completamente independente para as ABVD quando possui um

escore 0; com pontuação 1 o indivíduo necessita de auxílio de algum acessório (bengalas, barras, apoio em móveis) para a realização das atividades; com 2 pontos é essencial a ajuda humana para executar as tarefas, e idosos com 3 pontos nas ABVD são classificados como completamente dependentes (KATZ, 1963).

- c. Mobilidade (Timed Get Up and Go - TUG-test - PODSIADLO e RICHARDSON, 1991): é um teste utilizado para avaliar a mobilidade funcional do indivíduo, por meio da análise do equilíbrio sentado, transferências de sentado para de pé, estabilidade na deambulação e mudança do curso da marcha, sem a utilização de estratégias compensatórias. É um teste simples no qual o participante é solicitado a levantar-se de uma cadeira (a partir da posição encostada), deambular uma distância de 3m, virar-se, retornar no mesmo percurso e assentar-se na cadeira novamente (com as costas apoiadas no encosto). O desempenho é analisado em cada uma dessas tarefas através da contagem do tempo necessário para realizá-las. Para pessoas consideradas independentes e com mobilidade funcional inalterada (realizam em 10 segundos ou menos); pessoas independentes em transferências básicas (20 segundos ou menos) e quem necessitar mais de 20 segundos são considerados dependentes em muitas atividades da vida diária e na mobilidade.

- d. Sexualidade: questionário sobre a sexualidade na Terceira Idade (QSTI - CARDOSO, 2009): esse instrumento foi desenvolvido para avaliar o impacto da idade sobre a sexualidade de idosos fisicamente ativos e não ativos, consiste em um questionário já validado pelo Laboratório de Gênero, Sexualidade e Corporeidade (LAGESC/UEDESC), composto por 7 perguntas, sendo que para as perguntas 1, 2, 5 e 7 foi utilizado uma escala com variação de 0 a 10, que corresponde a nada (0), pouco (1 a 3), medianamente (4 a 6), razoavelmente (7 a 9) e muito (10) sendo as demais de resposta aberta com acréscimo de perguntas para identificação do sujeito e conhecimento e/ou vulnerabilidade.

- e. Escala de Autoimagem: essa escala proposta por Stunkard et al. (1983), é composta de nove silhuetas que variam de magreza (silhueta 1) à obesidade severa (silhueta 9), na qual a pessoa participante escolhe o número da silhueta que considera mais semelhante a sua imagem real e também aquela que acredita ser a imagem ideal para sua idade. Para avaliação da satisfação corporal, subtraiu-se da aparência real a aparência ideal. Em

variações iguais a zero, o indivíduo é classificado como satisfeito; quando a diferença for positiva, o indivíduo se mostra insatisfeito por excesso de peso; quando negativa, insatisfeito por magreza. Para fins estatísticos, consideraram-se indivíduos insatisfeitos por excesso de peso e insatisfeitos por magreza com autoimagem insatisfatória.

- f. Escala de Autoestima: a escala de autoestima de Rosenberg (1965) possui dez sentenças fechadas, sendo cinco referentes à autoimagem ou autovalor positivos e cinco referentes à autoimagem negativa ou autodepreciação. As sentenças são dispostas no formato Likert de quatro pontos, variando entre concordo plenamente e discordo totalmente. A classificação é definida como autoestima alta (satisfatória), escore maior que 30 pontos; média, escore entre 20 e 30 pontos e baixa (insatisfatória) com escore menor que 20 pontos.
- g. Escala de Apoio Social: a escala de Griep (2003) abarca dimensões funcionais básicas de apoio social, composto por 19 questões com cinco dimensões funcionais, as quais são: Interação social (refere-se a ter alguma companhia com quem se distrair e realizar coisas agradáveis); apoio emocional (refere-se se a pessoa conta com alguém para demonstrar afeto, sentimentos de confiança empatia, carinho, amor, autoestima, escuta e interesse); apoio afetivo (refere-se a demonstrações físicas de afeto, como por exemplo, se a pessoa costuma receber abraços); apoio de informação (refere-se a informações que a pessoa pode usar para lidar com problemas, de aconselhamentos, sugestões, e informações); apoio instrumental ou material (reflete a disponibilidade de serviços práticos, como por exemplo, a ajuda em dinheiro, para cuidar e fazer refeições, e auxílio nas tarefas da casa). A resposta encontra-se em formato de Likert (nunca, raramente, às vezes, quase sempre ou sempre). Para o cálculo dos escores, em cada uma das cinco dimensões de apoio social são atribuídos pontos a cada opção de resposta, que variam entre 1 (nunca ou seja sem nenhum suporte) e 5 (sempre ou seja máximo suporte). Os escores alcançados pela soma dos pontos totalizados pelas perguntas de cada uma das dimensões serão divididos pelo escore máximo possível na mesma dimensão. O resultado da razão (total de pontos obtidos/pontuação máxima da dimensão) deve ser multiplicado por 100. Salienta-se que não existem pontos de corte que possibilitem a classificação do indivíduo de maneira qualitativa, quanto mais próximo de 100 for a pontuação, melhor a percepção do apoio social.

- h. **Solidão:** a Escala de Solidão de Russell (1988) traduzida e validada por Neto (1989) mostra-se adequada para conhecer o nível de solidão da pessoa sem questionar de forma direta os sentimentos de solidão. A escala é composta por vinte itens, e pede ao participante que informe a frequência com que precisa contar com ajuda de alguém, é uma escala tipo Likert, com quatro pontos, que variam desde 1- Nunca, 2- Raramente, 3- Algumas vezes até 4- Muitas vezes. A pontuação final é obtida através do somatório dos 20 itens, para isso, a soma dos itens negativos é realizada de acordo com a escala, enquanto a soma dos itens positivos é conseguida mediante a inversão da escala (Nunca - 4, Raramente - 3, Algumas vezes - 2 e Muitas vezes - 1). O score final da escala situa-se entre um mínimo de 19 e um máximo de 76 pontos, sendo que quanto mais elevado for o score final, maior é o nível de solidão e quanto mais baixa for a pontuação menor será a solidão, e conseqüente maior satisfação social, e a solidão são avaliadas como mais intensa à medida que a pontuação é maior na soma total das respostas aos itens.
- i. **Espiritualidade:** escala coping religioso e espiritual (CRE), fornece os conceitos de coping religioso espiritual e de estresse, pede a descrição breve da situação de maior estresse que a pessoa vivenciou nos últimos três anos e solicita que a pessoa responda o quanto fez ou não o que está escrito em cada item para lidar com a situação estressante. As respostas são dadas em escala Likert de cinco pontos (1-nem um pouco a 5-muitíssimo), possui a dimensão de coping religioso espiritual positivo (CREP) com 66 itens e coping religioso espiritual negativo (CREN) com 21 itens, distribuídos em oito fatores, totalizando 87 itens. O CREP indica o nível de CRE positivo praticado e é dado através da média das 66 questões e o CREN indica o nível de CRE negativo praticado, através da média das 21 questões. O parâmetro arbitrário utilizado para a análise dos valores das médias de CRET deve ser: irrisória ou nenhuma (1 a 1,5); baixa (1,51 a 2,5); média (2,51 a 3,5); alta (3,51 a 4,5) e altíssima (4,51 a 5).

5.5 Logística do Estudo

A primeira fase do estudo constituiu-se em visitar as Instituições de Longa Permanência para explicar o propósito do estudo e pedir autorização para a coleta dos dados. Nesse dia foi feito levantamento das pessoas idosas que estavam de acordo com os critérios de inclusão do estudo e para elas foi realizada uma reunião para apresentar o objetivo da pesquisa e explicar como seria sua participação, foi feita uma lista com os nomes dos que

aceitaram participar. A seguir foi agendada a visita para iniciar as entrevistas, que foi agendada para 15 dias após essa primeira visita.

As pessoas participantes foram inquiridas individualmente em ambiente iluminado e tranquilo, cedido de acordo com a disponibilidade e de maneira que não interferisse em nas atividades previstas e rotineiras.

Foram realizadas cerca de 18 visitas nas duas instituições, nos meses de fevereiro, março, abril e maio de 2019, para aplicação dos instrumentos de pesquisa e conversas com os participantes e administradores das instituições.

5.6 Análises dos Dados

Os dados coletados foram digitados no *Excel* e digitados em um banco de dados *access*.

As variáveis quantitativas foram descritas por média e desvio padrão ou mediana e amplitude interquartílica. As variáveis categóricas foram descritas por frequências absolutas e relativas.

Para comparar médias, o teste *t-student* foi aplicado.

Para avaliar a associação entre as variáveis numéricas, os testes da correlação linear de Pearson ou Spearman foram empregados.

O nível de significância adotado foi de 5% ($p < 0,05$) e as análises foram realizadas no programa SPSS versão 21.0.

5.7 Procedimentos Éticos

O estudo teve início após aprovação da Comissão Científica do IGG e do Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS (Número do Parecer: 2.822.864). Os instrumentos de coleta de dados ficarão armazenados por um período mínimo de cinco anos. As pesquisadoras seguiram as recomendações da Resolução 466 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, que assegura aos sujeitos da pesquisa o sigilo e o anonimato, o direito de desistir em qualquer momento do trabalho e o livre acesso aos dados coletados. Todas as pessoas participantes do estudo assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice II).

6. RESULTADOS

Neste capítulo serão apresentados os resultados obtidos através da aplicação dos instrumentos, assim como as informações recolhidas pela ficha sociodemográfica, que permitiu obter um maior conhecimento sobre os/as participantes que fizeram parte deste estudo. Para uma melhor compreensão dos dados obtidos apresentam-se também tabelas e figuras.

As pessoas idosas participantes desta pesquisa apresentaram média de idade de 73,2 anos e suas principais características sociodemográficas estão apresentadas na tabela 1, os principais achados foram: relativo ao sexo, 65,9% são homens e 34,1% mulheres; relativo à etnia, 90,2% declararam-se branco e 9,8% negro. E 19,5% declarou possuir parceiro/a atualmente.

Sobre o motivo pelo qual foram residir na ILPI, algumas respostas foram unificadas de forma a facilitar a interpretação e a apresentação dos resultados e 80,5% afirmaram que foi morar na instituição para não ficar sozinho e/ou cuidar da saúde, 9,8% foram para instituição devido ao alcoolismo, 4,9% eram moradores de rua, por vontade própria 2,4% e também com 2,4% refere-se a uma pessoa que era cuidadora da mantenedora do local e após o falecimento da mesma continuou residindo na instituição.

Quanto à espiritualidade, 80,5% afirmaram ser católico, 2,4% não possui uma religião, 9,8% creem em Deus, 4,9% são evangélicos e 2,4% são espíritas.

Sobre a renda, 73,2% das pessoas possuem renda de um salário-mínimo equivalente a R\$ 1.039,00 (referência de fevereiro de 2019), 9,8% possuem renda entre R\$ 1.040,00 e R\$ 1.500,00 por mês, 14,6% não possui renda e 2,4% possuem renda acima de R\$ 1.500,00.

Quanto à escolaridade, 65,9% dos participantes possuem o Ensino fundamental incompleto, 12,2% são analfabetos, 12,2% ensino fundamental completo, 4,9% completaram o ensino médio, ensino médio incompleto 2,4% e apenas 2,4% tem ensino superior.

E em relação ao tempo de moradia na instituição, a média foi de três (3) anos. E 19,5% eram cadeirantes 19,5%.

Tabela 1 – Caracterização da amostra.

Variáveis	Amostra (n=41)
Idade (dias) – média ± DP	73,2 ± 9,1
Sexo – n (%)	
Masculino	27 (65,9)
Feminino	14 (34,1)
Etnia – n (%)	
Branca	37 (90,2)
Negra	4 (9,8)
Motivo da institucionalização – n (%)	
Morador de rua	2 (4,9)
Alcoolismo	4 (9,8)
Para não fica sozinho/Cuidar da saúde	33 (80,5)
Trabalhava no asilo e ficou	1 (2,4)
Por vontade própria	1 (2,4)
Religião – n (%)	
Católico	33 (80,5)
Evangélico	2 (4,9)
Crê em Deus	4 (9,8)
Espírita	1 (2,4)
Sem religião	1 (2,4)
Renda mensal – n (%)	
Sem renda	6 (14,6)
Mínimo	30 (73,2)
1000-1500	4 (9,8)
>1500	1 (2,4)
Escolaridade – n (%)	
Analfabeto	5 (12,2)
Fundamental incompleto	27 (65,9)
Fundamental completo	5 (12,2)
Médio incompleto	1 (2,4)
Médio completo	2 (4,9)
Superior	1 (2,4)
Tempo de moradia (anos) – mediana (P25-P75)	3 (2-4)
Cadeirante – n (%)	8 (19,5)
Com parceiro atual – n (%)	8 (19,5)

A tabela 2 apresenta os resultados dos instrumentos utilizados para obtenção das informações sobre as variáveis pesquisadas nesse estudo que são: sexualidade, funcionalidade, autoestima, autoimagem, solidão, espiritualidade e apoio social.

Tabela 2 – Dados dos instrumentos de pesquisa

Variáveis	Amostra (n=41)
QSTI (0-10) – média ± DP	3,81 ± 1,8
Katz – n (%)	
Independente para todas as atividades	19 (46,3)
Independente para todas menos uma	6 (14,6)
Independente para todas menos banho e mais uma	4 (9,8)
Independente para todas as atividades, menos banho, vestir-se e mais uma	5 (12,2)
Independente para todas as atividades menos banho, vestir-se, ir ao banheiro e mais uma	4 (9,8)
Dependente em pelo menos duas funções, mas não se classifica em C, D, E e F.	3 (7,3)
TUG (segundos) – média ± DP	18,1 ± 7,5
Classificação do TUG (n=31) – n (%)	
10-20s	23 (74,2)
>20s	8 (25,8)
Escore de autoestima (0-30) - média ± DP	21,2 ± 4,4
Silhueta – n (%)	
Insatisfeita (queria ser menor)	2 (4,9)
Satisfeita	39 (95,1)
UCLA (19-76) - média ± DP	44,2 ± 13,2
CRE (1-5) - média ± DP	
+	2,9 ± 0,6
-	1,7 ± 0,4
Total	3,6 ± 0,3
Classificação CRE Total – n (%)	
Média (2,51 a 3,50)	19 (46,3)
Alta (3,51 a 4,50)	22 (53,7)
Escala de apoio social de Griep (0-100) - média ± DP	
Interação Social	75,4 ± 21,7
Apoio Emocional	74,9 ± 19,3
Apoio Afetivo	74,9 ± 23,9
Apoio Material	81,7 ± 18,0
Informação	70,3 ± 24,7

De acordo com a Tabela 2, no que tange à sexualidade, do total de pessoas entrevistadas por meio do QSTI, trinta e duas (32) pessoas afirmaram que não possuem parceiro/a sexual fixo/a atualmente e oito (8) disseram ter parceiro/a, sendo cinco (5) ficantes,

um (1) namorado, um (1) esposa, um (1) não declarou o tipo de relação e uma (1) pessoa não respondeu. Verificou-se que 39,1% dos entrevistados consideravam o sexo muito importante na juventude, e atualmente 17% considera o sexo muito importante e 27% nada importante.

Do total, 46% dos indivíduos se consideram nada ou pouco satisfeitos sexualmente atualmente, 49% medianamente/razoavelmente e 5% se consideram muito satisfeito. Ressalta-se que a média da frequência sexual por semana na juventude (incluindo a masturbação) era de 2,2 vezes, e atualmente é 0,7 não chega a ser uma vez por semana. Por outro lado, 53,6% afirmaram que se considera nada ou pouco ativo sexualmente atualmente, incluindo a masturbação, 44% medianamente/razoavelmente e 2,4% muito ativos. A média foi de 3,81, o que sugere um escore mediano.

Em relação à mobilidade, foi realizado o teste *Time Up and Go* para os idosos que não eram cadeirantes e que aceitaram realizar, a média do tempo para realização do teste considerando as três tentativas, foi de 18,01 segundos. Dentre os quarenta e um (41) idosos, oito (8) eram cadeirantes e não realizaram o teste, uma (1) pessoa não quis realizar e um (1) idoso não realizou todas as tentativas.

Do total das pessoas que realizaram o teste, 74,2% realizaram o teste com tempos entre 10 a 20 segundos sendo considerados dependentes em transferências básicas e 25,8% realizaram em mais de 20 segundos e são dependentes em muitas atividades da vida diária e na mobilidade.

No aspecto da funcionalidade, foi avaliada a capacidade de realizar seis aspectos funcionais do cotidiano: banho, uso do vaso sanitário, vestir-se, transferências, continência e alimentação, os quais são avaliados pela necessidade ou não de assistência para sua realização. Das quarenta e uma (41) pessoas idosas entrevistadas 46,3% realizam suas atividades sem receber assistência nenhuma. Para as demais funções foi observada a necessidade de assistência em uma atividade para 14,6% dos pesquisados, 9,8% são independentes em todas menos banho e mais uma, 12,2% necessita apoio no banho, vestir e mais uma, e 9,8% precisa de apoio em quatro atividades que corresponde ao banho, vestir-se, ir ao banheiro e mais uma adicional, e 7,3% são dependentes em pelo menos duas funções que não as das combinações anteriores.

Não houve associação estatisticamente significativa entre os escores de funcionalidade, pelo TUG, e sexualidade (QSTI) ($r=0,078$; $p=0,684$). No entanto, para os idosos independentes em todas as atividades pelo Katz, os escores de sexualidade foram

significativamente superiores aos daqueles que apresentam algum grau de dependência ($p=0,019$), conforme apresenta a Figura 1.

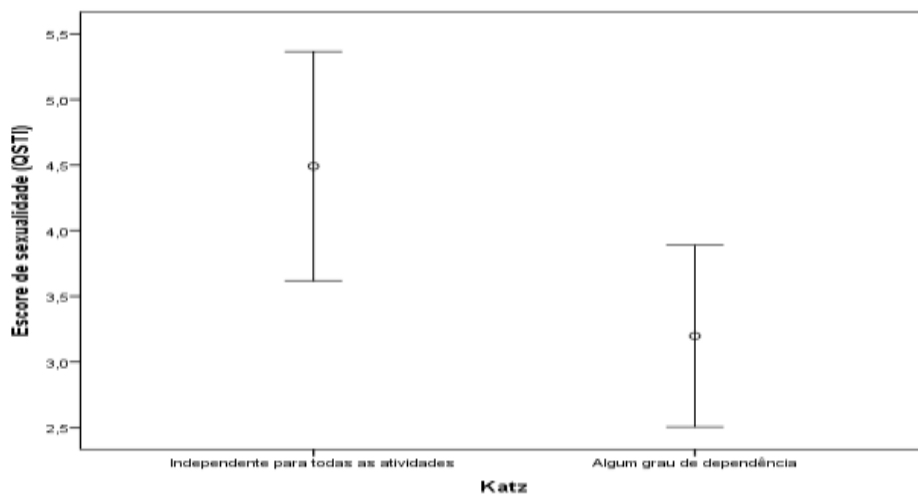


Figura 1 – Associação entre sexualidade, pelo QSTI, e funcionalidade, pelo Katz. O círculo representa à média e as barras de erro os limites do intervalo de 95% de confiança.

No que se referem ao apoio social, as questões da escala de apoio social são referentes à frequência com que a pessoa entrevistada conta com ajuda de alguém, possui cinco dimensões (material, afetivo, emocional, informação e interação).

As respostas demonstraram que no apoio material a média foi de 81,7 a mais alta, isso devido ao fato de residir na instituição e receber algum tipo de ajuda, como é o caso das principais refeições (café da manhã, almoço e janta). No apoio emocional e apoio afetivo a média foi de 74,9 para as duas dimensões, já a dimensão informação a média foi de 70,3 a menor de todas as dimensões. E na dimensão da interação social positiva a média foi de 75,4 o que demonstra que na maioria das vezes contam com alguém para fazer coisas agradáveis e se distrair.

Em relação à solidão a média foi de 44,2. Numa perspectiva geral os maiores percentuais estão na resposta Nunca, como na pergunta sobre ser difícil fazer amigos que 70,6% afirmaram nunca ter essa dificuldade, e quando indagados a respeito de sentir incapacidade de se aproximar e se comunicar com as pessoas ao redor, 65,9% respondeu que nunca. Seguida de 53,7% que diz nunca se sentir excluído (a) e completamente sozinho, e nessa mesma questão 14,6% sentem-se frequentemente completamente sozinho.

Relativo à autoestima, o questionário possui 10 questões, sendo cinco positivas (P1, P3, P4, P7 e P10) e cinco negativas (N2, N5, N6, N8 e N9), a média foi de 21,2, classificados com autoestima média. Das questões positivas, do total de entrevistados, 67,8% concordam

que apesar de tudo, de uma forma geral, está satisfeito consigo mesmo, e da mesma forma 67,8% concordam que sente que tem boas qualidades. E 65,1% concordam que sente que é uma pessoa de valor e 61,7% têm atitude positiva (pensamentos, atos e sentimentos positivos) em relação a si mesmo. Sobre algumas questões negativas, 36,8% concordam que às vezes, acho que não serve para nada (desqualificado ou inferior em relação ao outros) e 53,2% discordam que não serve para nada. E 70,6% responderam que discorda que não sente satisfação nas coisas que realizou, sente que não tem muito do que se orgulhar.

A Tabela 3 apresenta a associação entre apoio social, solidão e autoestima.

Tabela 3 – Associação do apoio social com solidão e autoestima

Escala de apoio social de Griep	Solidão	Autoestima
	r (valor p)	r (valor p)
Interação Social	-0,094 (0,560)	0,068 (0,672)
Apoio Emocional	-0,091 (0,572)	0,304 (0,054)
Apoio Afetivo	-0,395 (0,011)	0,041 (0,798)
Apoio Material	-0,296 (0,060)	-0,247 (0,120)
Informação	-0,086 (0,595)	0,111 (0,489)

Houve associação inversa estatisticamente significativa entre os escores de solidão, pela UCLA, e o fator Apoio Afetivo da escala de apoio social de Griep ($p=0,011$), sendo que quanto maior o escore de solidão, menor o escore de Apoio Afetivo, conforme apresenta a Tabela 3. Também houve uma associação negativa limítrofe entre os escores de apoio material e solidão ($p=0,060$), ou seja, idosos que tem maior apoio material tendem a apresentar menores escores de solidão.

Com os escores de autoestima, as associações não foram estatisticamente significativas, embora possa ser destacada a associação positiva limítrofe ($p=0,054$) entre os escores do fator Apoio Emocional e de autoestima, sendo que idosos que tem maior apoio emocional tendem a apresentar maiores escores de autoestima.

No que concerne à espiritualidade, as pessoas participantes desse estudo responderam a Escala de *coping* religioso e espiritual, a qual pede à situação de maior estresse que a pessoa vivenciou nos últimos três anos e solicita que a pessoa responda o quanto fez ou não o que está escrito em cada item para lidar com essa situação estressante. As respostas delineiam aspectos diversos e os maiores percentuais foram: problemas na saúde (26%) e viuvez e/ou morte de familiar (26%), ir morar na instituição (15,2%), problemas familiares (13%) e distância dos filhos (4,3%). Referente às respostas da escala, a média para as perguntas

positivas (CREP) foi de 2,9 e para as negativas (CREN) 1,7 e a classificação total (CRET) foi de 3,6 o que indica um bom nível de positividade e um baixo nível de negatividade.

A Tabela 4 a seguir apresenta a associação entre a espiritualidade, à solidão e autoestima.

Tabela 4 – Associação da espiritualidade (CRE) com solidão e autoestima

Escala de espiritualidade CRE	Solidão	Autoestima
	r (valor p)	r (valor p)
+	-0,179 (0,264)	-0,068 (0,674)
-	0,107 (0,504)	0,149 (0,354)
Total	-0,296 (0,060)	-0,150 (0,348)

As associações entre espiritualidade, solidão e autoestima não foram estatisticamente significativas, conforme apresenta a Tabela 4. No entanto, foi observada uma associação negativa limítrofe ($p=0,060$) entre o escore total de espiritualidade e o escore de solidão, sendo que idosos que tem maior escore de espiritualidade tendem a apresentar menores escores de solidão.

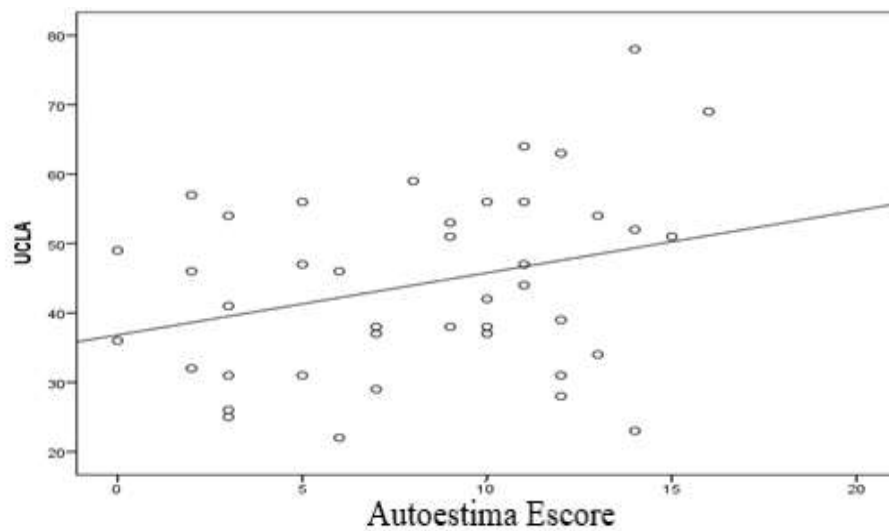


Figura 2 – Associação entre os escores de solidão e autoestima.

Apesar de não significativa, foi observada uma associação positiva limítrofe ($r=0,300$; $p=0,056$) entre os escores de solidão e autoestima, sendo que idosos que tem maior escore de solidão tendem a apresentar maiores escores de autoestima.

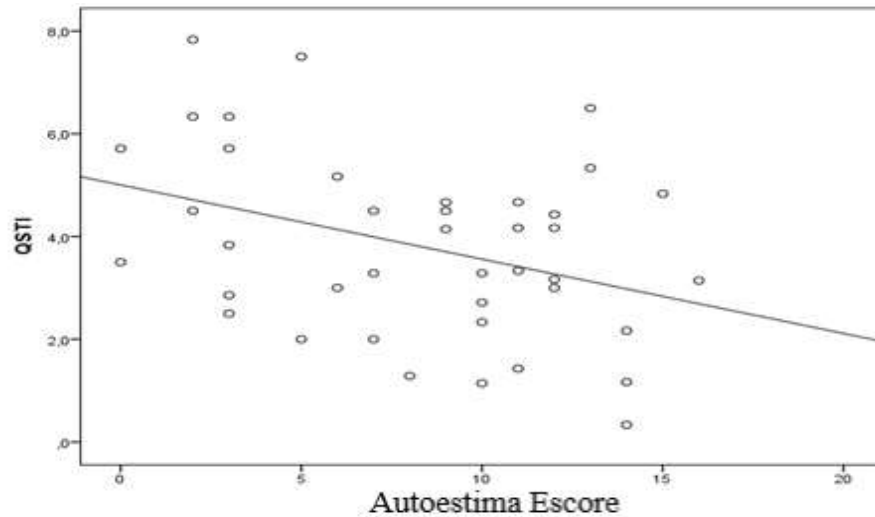


Figura 3 – Associação entre os escores de autoestima e sexualidade.

Foi observada uma negativa associação estatisticamente significativa ($r=-0,364$; $p=0,021$) entre os escores de autoestima e sexualidade, sendo que idosos que tem maior escore de autoestima apresentam menores escores de sexualidade.

Quando associadas às escalas com o tempo de moradia, foi observado associação negativa estatisticamente com os escores de autoestima ($r_s=-0,333$; $p=0,036$), ou seja, quanto maior o tempo de moradia, menor escore de autoestima, conforme apresenta a Figura 4.

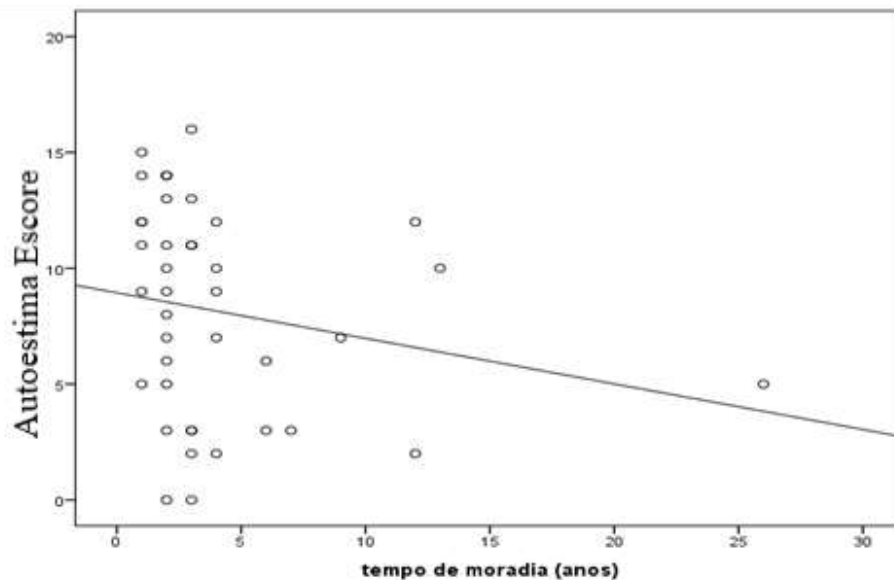


Figura 4 – Associação entre os escores de autoestima e tempo de moradia.

E outro aspecto investigado nesse estudo se refere à autoimagem, e foi utilizada a escala de silhuetas na qual o participante da pesquisa, deve indicar a silhueta que considera mais semelhante à sua imagem real e também aquela que acredita ser a imagem ideal para sua idade.

De acordo com a classificação da escala, a maioria dos participantes 95,1% estão satisfeitos com sua imagem, a silhueta 6 representa tanto o maior percentual da imagem real com 26,8%, como o da imagem ideal com 24,4%, já a silhueta 9 que corresponderia à obesidade severa não teve nenhuma escolha e quanto à silhueta 1 que representa a magreza, obteve 9,8% tanto na imagem real quanto na ideal. E 41,6% consideram sua imagem real mais próxima da magreza e 46,4% mais próxima da obesidade.

Analisando os participantes em relação a sua escolha real e ideal, percebe-se que apenas dois (participantes 11 e 22) tiveram escolhas distintas entre elas, o que corresponde a 4,9%, os demais mantiveram suas escolhas iguais real/ideal, correspondendo à variação igual a zero, sendo classificados como satisfeitos. E para os dois participantes com escolhas diferentes, a diferença foi positiva (11: $6-4=2$; 22: $8-7=1$), assim, esses participantes se mostram insatisfeitos por excesso de peso. Nessa variável não foi realizada associação, pois não seria significativa.

7. DISCUSSÃO

Tendo em vista os objetivos do presente estudo, busca-se caracterizar os aspectos sociodemográficos dos participantes e diferente da grande parte das pesquisas sobre pessoas idosas institucionalizadas no Brasil que apontam que 57,3% são mulheres (CAMARANO et al., 2010), o número de homens aqui é superior ao de mulheres. Isso se deve a uma das instituições pesquisadas, priorizar o público masculino em detrimento ao feminino, apenas duas mulheres residem nessa ILPI, uma delas para acompanhar o esposo e a outra por ter sido cuidadora da senhora que doou o local onde se localiza a instituição e esse foi um dos pedidos dela.

De acordo com Almeida et al. (2015) existe menor taxa de mortalidade feminina, o que colabora para que a maior parte da população idosa seja de mulheres o que aumenta gradualmente com o passar dos anos, caracterizando o fenômeno descrito como feminização da velhice. Ocorre que, durante a vida, os homens exercem atividades que demandam maior esforço físico, demonstram um consumo maior de cigarro e bebidas alcoólicas, estão mais

expostos as causas externas e as mulheres são mais atentas com sua saúde e utilizam com mais frequência os serviços de saúde (DEL DUCA et al., 2012).

Salienta-se que os achados vão ao encontro da pesquisa de Alcântara et al. (2019) que constatou prevalência de pessoas idosas com mais de 70 anos, católicos, sem companheiro e baixa escolaridade e renda, e os motivos de ir morar na instituição foram os conflitos familiares, o abandono e o fato de não ter lugar para morar, isso em ILPI filantrópica e em instituição privada o motivo era estar doente.

Como destaca Fonseca et al. (2011) diversos motivos levam a institucionalização, dentre os mais mencionados pelos familiares que decidem institucionalizar seu familiar, estão à questão das famílias com menos integrantes, a destituição de condições físicas, financeiras e psicológicas para proporcionar atenção na residência e a vontade da pessoa idosa em não dar trabalho para seus familiares. Além disso, também aparecem como razões as dificuldades nos relacionamentos familiares, viuvez, múltiplas doenças e demências.

Relativo a outros dados importantes, este estudo corrobora com o estudo de Güths et al. (2017) no qual a média de idade dos idosos ficou na faixa etária de 70 a 79 anos, com ensino primário incompleto e de etnia branca, com renda mensal entre 1 e 2 salários mínimos, a divergência está no tempo de moradia na instituição que neste estudo a mediana foi de 3 anos (36 meses) e no estudo supracitado a mediana de permanência na instituição foi de 18 meses e 25% dos idosos mais de 35,6 meses de institucionalização.

Além da caracterização sociodemográfica, outro objetivo deste estudo é verificar a funcionalidade e a mobilidade dessas pessoas idosas, e pode-se constatar que a maioria dos participantes deste estudo (74,2%) estão na classificação de independentes em transferências básicas, o mesmo tipo de resultado foi encontrado no estudo de Souza et al. (2013) que tanto os idosos residentes na ILPI, quanto os da comunidade tiveram a mesma classificação e concluiu que a mobilidade funcional diminui com a idade em homens e mulheres, não difere entre os sexos.

No estudo de Güths et al. (2017) realizado em instituições do litoral norte gaúcho, destacam que os idosos pesquisados foram considerados independentes funcionais, à capacidade com maior percentual de independência (95%) foi a de alimentar-se e a de maior dependência (46,7%) foi o banho, o que está de acordo com os achados desta pesquisa em que o banho é um aspecto que interfere na funcionalidade.

Estudos destacam certa relação entre a institucionalização e um decréscimo na autonomia e na percepção da qualidade de vida de pessoas idosas após 12 meses de

institucionalização (COBO, 2014). O que está próximo dos achados de Lini et al. (2016) que destaca que a idade avançada por si só não estabelece risco de institucionalização, mas a possibilidade de comprometimento cognitivo e dependências funcionais, uma vez que as pessoas idosas com mais idade ficam em sua residência quando não possuem incapacidades.

No geral, conforme Perracini et al. (2011) os aspectos mais relacionados ao comprometimento da capacidade funcional são idade avançada, sexo feminino, baixa renda e escolaridade, o que em partes está de acordo com os resultados desse estudo. Existe a necessidade de realização de atividades que auxiliem na conservação da capacidade funcional de idosos residentes em ILPI e da promoção do autocuidado, levando em consideração sua independência para tomar decisões e a interação entre fatores físicos, psicológicos e sociais (ANGELO et al., 2011; CORNÉLIO e GODOY, 2013; CREUTZBERG et al., 2011).

Em relação à mobilidade, neste estudo foi realizado o teste Time Up and Go para os idosos que não eram cadeirantes e que aceitaram realizar, a média do tempo para realização do teste considerando as três tentativas, foi de 18,01 segundos. Dentre os 41 idosos, 8 eram cadeirantes e não realizaram o teste e uma pessoa não quis realizar. Do total das pessoas que realizaram o teste, 3% realizaram o teste com média de tempo de 10 segundos, sendo considerados independentes e sem alterações no equilíbrio e 72% realizaram o teste com tempos entre 10 e 20 segundos, considerados independentes em transferências básicas e 25% realizaram em mais de 20 segundos e são dependentes em muitas atividades da vida diária e na mobilidade.

Diferentemente desses resultados, a pesquisa de Ferrantin et al. (2007) observa que 57%, ou seja, a maioria dos idosos institucionalizados do estudo apresentaram graus de dependência em sua mobilidade, o que difere deste estudo, no qual 25,8% foram considerados dependentes em sua mobilidade. Em estudo mais antigo, mas que cabe destacar, Lichtenberg et al. (1994) afirmam que no caso de idosos institucionalizados pode existir certa diminuição em realizar atividades diárias, sobretudo pela imobilidade característica da população institucionalizada o que leva a uma perda acentuada de fibras musculares nos membros inferiores quando comparado com os membros superiores.

Da mesma forma que a funcionalidade e a mobilidade são questões importantes na vida das pessoas idosas, a sexualidade também desponta como um aspecto a ser considerado. E por isso, este estudo busca também identificar as manifestações da sexualidade dos participantes desta pesquisa, os quais (46,4%) se consideram medianamente ou muito sexualmente ativo atualmente, o que vai de encontro ao estudo realizado em uma instituição

de Israel em que a sexualidade é vista como uma extensão natural do modo de vida, as pessoas colaboradoras do estudo ressaltaram a necessidade de toque, abraços e beijos. Eles enfatizaram a importância de se reconhecer o significado da sexualidade, que normalmente é negligenciada na idade avançada (EHRENFELD et al., 1999).

As alterações físicas e biológicas advindas do envelhecimento podem dificultar o ato sexual, mas oferecem possibilidades para que a pessoa idosa descubra novos caminhos para vivenciar a sexualidade até o fim da vida, o que fica evidenciado nas respostas sobre sentirem-se sexualmente satisfeitos atualmente, em que a maioria relatou estar medianamente ou muito satisfeito. Desse modo, percebe-se que a satisfação sexual é um conceito subjetivo, podendo ser entendida do ponto de vista fisiológico pelo funcionamento sexual, mas, também, pela qualidade do relacionamento afetivo, tendo em consideração todos os fatores não sexuais, não esquecendo fatores de ordem socioeconômica, demográfica e cultural (VIEIRA e SOBRAL, 2009).

Ressalta-se que conforme relato dos participantes deste estudo, a média da frequência sexual por semana na juventude (incluindo a masturbação) era de 2,2 vezes e atualmente é 0,7 não chega a ser uma vez por semana, no mês seria aproximadamente três vezes por mês e a maioria (53,6%) relatou ser nada ou pouco ativo sexualmente atualmente (incluindo a masturbação). Esses resultados estão próximos dos achados de Oliveira (2015) no que se refere à frequência por mês, o estudo com 67 idosos, demonstrou que 27,7% realizam atividade sexual em média quatro vezes por mês e 94,4% afirmaram sentir-se satisfeito depois da prática. Da mesma forma, a pesquisa de Lopes de Alencar et al. (2016) com 200 idosos, que 51,5% afirmaram pensar espontaneamente em sexo, e 20% buscavam ter relação com seu parceiro, 6,8% faziam auto erotização, e 2,1% não responderam.

Quanto à associação da funcionalidade com a sexualidade este estudo demonstra que as pessoas idosas independentes possuem escores de sexualidade superiores, o que demonstra que ao ter mais independência, poderá ter mais liberdade para realizar seus desejos e necessidades, pois não dependem de ajuda e podem usufruir de sua privacidade.

A institucionalização da pessoa idosa em geral é um agravante na manifestação de sua sexualidade. É importante que a instituição compreenda as necessidades da pessoa idosa na sua totalidade e conceda espaço e privacidade para que ela possa vivenciá-las, assegurando sua dignidade e individualidade como pessoa humana. Tal abrangência propiciará autonomia dessas pessoas, bem como espaços para discussões sobre a saúde sexual das pessoas idosas (LIMA, 2016).

Cabe destacar Custódio (2008), que destaca que apesar das alterações próprias do envelhecimento, a sexualidade e a capacidade da prática sexual se observam no cotidiano das pessoas idosas, assim como em todo o ciclo de sua vida. Homens e mulheres na velhice podem continuar a desfrutar de momentos de intimidade, amor e sexo, sendo estes, influenciados por condições físicas, psicológicas e pelo contexto sociocultural em que estão inseridos, principalmente diante da situação de ter ou não um parceiro ou parceira.

De acordo com a percepção de pessoas idosas, a sexualidade é percebida como parte integrante da autoestima, de suas relações sociais e saúde mental. Estudos sugerem que a intimidade e as relações interpessoais além de diminuir as incapacidades e o risco de transtornos de humor e comportamentais, previnem artrite, e assim, melhoram a qualidade de vida (HAJJAR e KAMEL, 2003; PERKIS ET AL., 2013).

A associação entre sexualidade e autoestima do presente estudo, evidenciou que idosos que tem maior escore de autoestima apresentam menores escores de sexualidade, o que pode sugerir que quando temos uma avaliação positiva e de aprovação sobre nós mesmos, nos sentimos satisfeitos.

No estudo de Ranuzi et al. (2017) não houve correlação da autoestima com o conhecimento e a atitude em relação à sexualidade e mesmo assim, sugere-se a ampliação dos espaços de reflexão sobre esse tema o que contribuirá com conhecimentos que podem repercutir na atitude da pessoa idosa.

Ações de educação em saúde podem ser estratégias relevantes para auxiliar na melhora das relações sociais, por meio da inclusão de informações e instruções sobre como obter uma vida sexual positiva, incluindo a comunicação sexual, o entendimento sobre os fatores fisiológicos e a autoconfiança (ANDERSON, 2013). Contudo, sabe-se que o processo de envelhecimento, as modificações no corpo, além do preconceito, dos estereótipos e da cultura da assexualidade na velhice, podem reprimir os desejos e o ato sexual (ALENCAR et al., 2014).

No que concerne os estudos sobre sexualidade na velhice, a pesquisa de Madi, Gomes e Louzada (2017) ressalta que a temática tem sido mais discutida, entretanto ainda é vista estereotipada por parte da sociedade que coloca a pessoa idosa como inapta para se relacionar sexualmente. Pressupõe-se que além da falta da libido, nessa fase, a pessoa colocaria sua energia nos cuidados com a saúde, considerando a finitude da vida.

Nesse caminho, ocorre que além desses estereótipos, nota-se um aspecto importante, pois esses idosos foram educados em padrões mais rígidos e não estão acostumados a falar

abertamente sobre essas questões. Em estudo sobre atividade sexual na velhice observou-se que quanto mais atual a pesquisa, mais comumente, as pessoas referem ter relações sexuais. Em grupos com mais idade, nota-se que podem ocorrer dificuldades em fornecer as informações, pois ainda tem receio em falar disso (TAVARES et al., 2016).

O estudo supracitado levanta um aspecto importante, e que está de acordo com a presente pesquisa, já que as pessoas participantes desta apresentaram média de idade de 73,2 anos, e podem ter respondido os questionamentos pertinentes à sexualidade de modo mais fechado, o que se apresentou nos resultados, como no caso da associação dos resultados do TUG com a sexualidade, na qual não houve associação estatisticamente significativa entre os escores.

Na literatura, estudos mostram relação da autoestima com certos aspectos da vida como as relações humanas, o trabalho, a saúde, a sexualidade e o envelhecimento saudável e no que consiste uma sexualidade positiva, é necessário o reconhecimento e a valorização das experiências sexuais vividas com satisfação, mas o que ocorre é que grande parte dos estudos tratam sobre disfunções e mudanças no funcionamento sexual, fixando-se em aspectos fisiológicos negativos, desconsiderando a maneira com a qual os idosos lidam emocionalmente com sua sexualidade (ALMEIDA e LOURENÇO, 2007).

No que tange a autoimagem e autoestima, este estudo objetiva delinear os aspectos atinentes em ambas, e desse modo, apresenta-se as informações dos participantes sobre autoimagem em relação a sua escolha real e ideal, percebe-se que apenas dois tiveram escolhas distintas entre elas, os demais mantiveram suas escolhas iguais real/ideal, sendo classificados como satisfeitos.

Pesquisas realizadas com idosos têm demonstrado a relação entre autoestima e autoimagem, aspectos avaliados no domínio psicológico. Ressalta-se que a satisfação com a autoimagem pode interferir, direta ou indiretamente, na conservação de um estilo de vida saudável e ativo, refletindo no autocuidado e no bem-estar (FONSECA et al., 2014).

Ressalta-se a importância em compreender a percepção de autoimagem das pessoas idosas institucionalizadas, pois ao ter conhecimento sobre sua relação com seu próprio corpo e suas implicações, pode-se sugerir ações para alcançar um envelhecimento com bem-estar. Ao realizar esse estudo pode-se perceber que as publicações sobre autoimagem e idosos institucionalizados ainda são escassas, e um dos fatores pode ser o mencionado na revisão integrativa de Copatti et al., (2017), que destacam que poucos instrumentos estão disponíveis para utilização nas pesquisas sobre a compreensão da autoimagem, em seu estudo foram

encontrados apenas três (questionário de Steglich, silhuetas de Stunkard e a escala de imagem corporal/BIS).

Cabe enfatizar que as escolhas dos participantes deste estudo não demonstrou nenhuma imagem real com a silhueta 9 que corresponderia à obesidade severa e quanto à silhueta 1 que representa a magreza, obteve 4 escolhas tanto na imagem real quanto na ideal. As escolhas ficaram equilibradas em relação à imagem real mais próxima da magreza e ou da obesidade, e a mais escolhida tanto na real como na ideal foi a silhueta 6, que seria um pouco mais próxima da obesidade. Pode-se inferir que essas escolhas podem ter a ver com uma questão de padrão de corpo da época em que foram educados, em que as pessoas mais gordas eram consideradas saudáveis, por terem mais acesso aos alimentos, e por isso considerada mais bonita também.

Nessa perspectiva, destaca-se o estudo de Fonseca et al., (2014) sobre imagem corporal com idosas que faziam atividade física e idosas inativas, as idosas ativas apresentaram maior insatisfação quando comparadas com as idosas inativas. Da mesma forma, estudo realizado em uma instituição com 27 idosas divididas em grupo controle sem atividade e grupo experimental, no qual foi realizado programa de exercício físico (três vezes por semana por 5 meses), demonstrou pouca influência da prática física na imagem corporal (BENEDETTI et al., 2003).

Corroborando com o descrito acima o estudo de Machado, Sudo e Pinto (2010), realizado em uma ILPI e avaliou a satisfação corporal de 62 idosas e observaram grande prevalência de insatisfação com a imagem corporal, isso devido ao sobrepeso e vontade de ficar mais magra.

Na pesquisa de Fonseca et al. (2014) ao avaliar a correlação entre autoestima e satisfação corporal não foi observada significância estatística, o que denota que em ambos os grupos, a autoestima elevada não influenciou a satisfação corporal.

A insatisfação corporal dessas idosas pode ser explicada pelo fato de que a satisfação com o corpo está muito mais relacionada com o perfil antropométrico do que com a prática de atividades corporais (ANTUNES, MAZO e BALBÉ, 2011).

A partir dessas alterações, é importante observar que nessa fase da vida, as pessoas idosas parecem estar mais preocupadas com a saúde e não tanto com aspectos estéticos, existe uma despreocupação com certos estereótipos como o do corpo perfeito, obviamente que percebem e sentem as marcas do envelhecimento, mas sua atenção está muito mais voltada para uma corporeidade saudável e feliz do que magra e bela. Diante disso, recordo-me das aulas de hidroginástica que ministrava para idosas e das minhas aulas de natação na

faculdade, as idosas trocavam de roupa no vestiário, ficavam nuas e conversavam sobre assuntos diversos enquanto vestiam-se, ao contrário de minhas colegas, cada uma pegava seu maiô e ia para o banheiro individual se trocar. Pode-se dizer que a velhice nos liberta de alguns estereótipos e complexos, mudam as preocupações, não há tempo para perder, pensa-se no que realmente interessa... Viver! Apenas isso.

Em relação à autoestima, os participantes deste estudo foram classificados com média autoestima e relacionado à autoimagem foram caracterizados como satisfeitos, observa-se sua proximidade com os resultados da pesquisa Meurer, Benedetti e Mazo (2009) que concluíram que a autoestima e a autoimagem dos idosos estão associadas, e as pessoas que apresentam autoimagem positiva possui tendência a ter autoestima positiva e vice-versa. E o aspecto negativo em relação à autoimagem, relatado pelos idosos desse estudo é a percepção de que estão ficando velhos e, mesmo assim, alegaram satisfação com sua idade. Isso demonstra que de certa forma valorizam os aspectos positivos da velhice, assim como, todas as experiências desse percurso, o que colaborou para a autoestima elevada.

Pode-se considerar que a autoestima é um processo de construção sociocultural, sua condição dependerá de como cada pessoa envelhece. Assim sendo, a participação em atividades em grupos ou o fato de realizar atividades básicas diárias colaboram para uma percepção mais positiva e assim, teriam mais facilidade em enfrentar situações adversas (TAVARES et al., 2020).

Concernente a essas questões, a revisão de literatura de Rocha e Terra (2013) apresenta associações entre autoestima e à preocupação com a imagem corporal e a insatisfação com a imagem corporal pode estar relacionada a distúrbios psicológicos e depressão.

No desenrolar dessas asseverações, é importante destacar o estudo de Meurer, Benedetti e Mazo (2009) que ressaltam que além de exercícios físicos, outros fatores colaboram para que a autoimagem e autoestima sejam positivas, referem à vida financeira satisfatória, relações familiares, adaptação à idade, contatos sociais.

Diante dessas constatações e de toda essa complexidade que abrange o envelhecer humano, complementa-se as discussões com outros aspectos importantíssimos e que são tratados neste estudo, a solidão e o apoio social.

No quesito solidão, a média foi de 44,2 e em relação ao escore total (76), estaria mais próximo da metade (38) o que indica um nível médio de solidão. Diante disso, destaca-se que a maioria dos idosos participantes deste estudo (53,7%) relatou nunca sentir-se excluído e

completamente sozinho, assim como na questão de fazer amigos que 70,6% responderam não ter essa dificuldade. Neste estudo a maioria dos participantes são homens, o que pode ter influenciado esses resultados conforme destacam Singh e Srivastava (2014) os homens idosos têm menos sentimentos de solidão do que as mulheres idosas. Nesse ínterim, deve-se pensar que esses idosos foram educados em um contexto que o mundo externo (trabalho, faculdade, eventos) era permitido aos homens, contrariamente às mulheres que eram limitadas ao privado (casa, família, filhos), possuem maior facilidade em fazer amigos e se comunicar.

No contexto da ILPI, existe diversidade de achados relativos à solidão, estudos referenciam uma percepção menor de solidão de pessoas idosas institucionalizadas, como na pesquisa de Azeredo e Afonso (2016) em que 79,4% dos participantes disseram sofrer algumas vezes ou raramente/nunca solidão, esses idosos referiram como forma de diminuir esse sentimento de solidão realizar atividades de lazer, atividades físicas, trabalhos manuais, bem como uma boa relação intergeracional e de convívio.

Nessa conjuntura, pode-se pensar na ILPI como um lugar de convívio, desde que *sine qua non* ofereça as condições básicas para atender essa população, que, aliás, deve ser tratada com respeito e dignidade, e assim, a institucionalização desponta como uma possibilidade de fazer novas amizades e que pode contribuir em vários aspectos, tanto em condições de saúde, moradia, alimentação e sociabilidade.

Relativo ao convívio social, a pesquisa de Correia (2012) demonstrou que essa variável influencia nos níveis de solidão, pois os idosos que apresentam relações sociais mais ativas e que tem a possibilidade de dividir aspectos da sua vida apresentam menores níveis de solidão. Isso demonstra que ter um espaço de convívio, no qual possam conversar e se relacionar com outras pessoas contribui para um envelhecimento saudável.

No presente estudo, na pergunta sobre ser difícil fazer amigos os maiores percentuais estão na resposta Nunca, 70,6% afirmam nunca ter essa dificuldade, e quando indagados a respeito de sentir incapacidade de se aproximar e se comunicar com as pessoas ao redor, 65,9% respondeu que nunca. Essas informações indicam que não existe dificuldade em se aproximar das pessoas e fazer amizades, cabe citar o estudo de Barroso e Tapadinhas (2008), que observam que os amigos figuram como cúmplices geracionais, pois compartilham certos códigos de valores, adaptações e temores, situações que muitas vezes não são divididas com familiares. Resumidamente, o apoio, adaptação e afetos familiares estão estatisticamente associados à solidão, sendo que o apoio social e uma boa função familiar podem diminuir os níveis de solidão sentidos pelos idosos (Wu et al., 2010).

Os resultados encontrados no estudo de Correia (2012) estão em consonância com os já descritos, uma vez que foi verificado que o convívio social ativo representa um indicativo de menor nível de solidão. Assim, esses resultados poderão sugerir que o processo de envelhecimento pode ser mais fácil de conduzir quando a pessoa idosa tem por perto pessoas significativas a nível afetivo e que em algum aspecto forneça apoio.

Em vista disso, os resultados da associação entre solidão e apoio social, demonstrou associação inversa estatisticamente significativa entre os escores de solidão e o fator afetivo da escala de apoio social, sendo que quanto maior o escore de solidão, menor o escore de apoio afetivo. Também houve uma associação negativa limítrofe entre os escores de apoio material e solidão, ou seja, idosos que tem maior apoio material tendem a apresentar menores escores de solidão.

Os idosos institucionalizados participantes do estudo de Lopes (2012) quando indagados sobre como se sentem nesta fase de sua vida, relataram estar alegres e em certa medida as condições materiais foram consideradas importantes para uma percepção mais positiva de vida. Principalmente se essas condições contribuem para a melhoria da saúde, o que possivelmente possa colaborar nessa positividade acerca da vida atual.

Esses resultados vão ao encontro da pesquisa de Rodrigues e Silva (2013) sobre a rede de apoio de idosos institucionalizados, o apoio material que ocorre na forma de recursos práticos e de ajuda material para os idosos, o escore obtido demonstra que recebiam apoio material quase sempre, o que é explicado devido à instituição ter essa função, a de prover esse suporte constantemente. Os autores destacam que em muitas instituições, essa ajuda material é a principal forma de ajuda para os idosos. Nos apoios afetivo e emocional as respostas mais frequentes foram quase sempre e às vezes, e os apoios de informação e de interação social positiva sobressaíram às vezes, embora as diferenças entre esses tipos de apoio não fossem estatisticamente significativas.

Na presente investigação os resultados são muito parecidos com os descritos acima, no apoio emocional, os maiores percentuais estão nas respostas às vezes, e no apoio afetivo, a maioria conta com esse suporte quase sempre ou sempre, e no item informação os percentuais demonstram que grande parte dos participantes possui esse apoio quase sempre e sempre. E da mesma forma, na interação social positiva, com percentuais acima dos 60% que podem contar quase sempre e sempre com alguém para fazer coisas agradáveis, distrair a cabeça, relaxar e se divertir. A média da pontuação dos participantes foi maior que 70 em todas as dimensões, e quanto mais próximo de 100 a pontuação, melhor a percepção do apoio social.

Outro estudo dá conta, embora não demonstrando nenhuma relação estatisticamente significativa entre o nível percebido de solidão e o apoio social, que existe certa satisfação dos idosos quanto à sua rede de amigos, familiares e relações íntimas (ALVES, 2013). Nesse contexto, os resultados de Lopes (2012) revelam que existem diferenças nas figuras de apoio entre idosos institucionalizados e não institucionalizados, esses últimos tem na família e nos vizinhos esse apoio, já no caso dos idosos institucionalizados, a instituição é percebida como figura de suporte. Em aspecto geral, nota-se que a família possui um papel essencial enquanto agente da rede de apoio social, e mesmo na institucionalização, ainda é uma referência.

No que diz respeito, a solidão e autoestima, nos resultados da presente pesquisa, apesar de não significativa, foi observada uma associação positiva limítrofe entre os escores de solidão e autoestima, sendo que idosos que tem maior escore de solidão tendem a apresentar maiores escores de autoestima.

Contrariamente, no estudo realizado por Luís (2015) com idosos institucionalizados e da comunidade, o qual objetivou verificar se a solidão exercia alguma influência na percepção da autoestima, verificou-se que o nível de autoestima está negativa e significativamente correlacionado com os níveis de solidão percebidos pelos idosos. Destarte, quanto maiores os níveis de solidão dos idosos, mais baixa é a sua percepção de autoestima.

Em relação à autoestima, este estudo demonstra que as associações não foram estatisticamente significativas, embora possa ser destacada a associação positiva limítrofe entre os escores do fator apoio emocional e de autoestima, sendo que idosos que tem maior apoio emocional, que está ligado às expressões de compreensão, afeto positivo e sentimentos de confiança, tendem a apresentar maiores escores de autoestima. Quando associadas às escalas com o tempo de moradia, foi observada associação negativa estatisticamente significativa com os escores de autoestima, ou seja, quanto maior o tempo de moradia na instituição, menor escore de autoestima.

Percebe-se que estar institucionalizado não necessariamente é sinônimo de estar isolado ou excluído, desde que a instituição cumpra com suas atribuições e propicie espaços e atividades que despertem a pessoa idosa para a interação e sociabilidade, que possam ter opções de atividades em diversos aspectos (físico, cognitivo, artístico etc.), e dessa forma, vivenciar essa fase da vida com vivacidade.

Sobre os recursos humanos, físicos e financeiros disponibilizados pelas instituições, Camarano et al. (2010) realizaram um estudo no Brasil que demonstrou a priorização dos serviços de saúde em detrimento ao lazer e integração social, cerca de 66,1% das instituições

oferecem serviços médicos e apenas 45,4%, atividades de lazer. E sobre os espaços de convívio, existe escassez de biblioteca/sala para leitura e piscina, 90% das instituições tinham refeitório, jardim/pátio e sala de televisão e cerca de 50% apresentavam espaços para a realização de atividades religiosas.

No que toca à espiritualidade, no contexto investigado, as duas instituições possuem vínculo religioso, uma católica e a outra espírita. Os resultados demonstram bom nível de positividade e um baixo nível de negatividade e a partir do CRET classifica-se como alta (3,6) a utilização da fé para lidar com fatores de estresse, o CREP médio (2,9) e o CREN baixo (1,7) esse resultado pode estar relacionado ao fato de que 97,6% dos participantes deste estudo possuem religião.

De acordo com Panzini (2004) os padrões positivos de CREP estão associados ao crescimento psicológico e espiritual, à avaliação da qualidade de vida e à redução de sintomas que sugerem problemas emocionais. Em relação ao CRE negativo (CREN), indica o nível de enfrentamento religioso-espiritual negativo praticado, quanto maior o valor, maior sua utilização, no presente estudo o CREN foi baixo, significa que os entrevistados utilizam pouco. No que tange ao CRET, índice que apresenta o conjunto de quantidade de CRE praticado pelo idoso, a média encontrada indica uma alta utilização da religiosidade/espiritualidade no enfrentamento das doenças crônicas. No estudo semelhante Leal et al., (2015) realizado com 28 pessoas idosas de três ILPI da cidade de João Pessoa – PB, encontraram a mesma média (3,6) para o CRET.

Esses resultados corroboram com o estudo de Vitorino e Vianna (2012) que apresentaram o mesmo escore para o CRET (3,6), o CREP considerado médio (3,38) e o CREN baixo (2,1), a maioria dos idosos praticava alguma religião (96,1%) e usava critérios de CRE de maneira a superar adversidades vivenciadas na institucionalização e o que fez realmente a diferença nesses resultados foram às estratégias usadas do CREP.

No que concerne à espiritualidade, as pessoas participantes desse estudo indicaram à situação de maior estresse vivenciada nos últimos três anos, as respostas delineiam aspectos diversos e em alguns casos foram dadas duas respostas, pois uma situação, inevitavelmente reverberou em outra e as duas tornaram-se estressantes, como exemplo: um problema de saúde que causa limitações (26%), e que culminou na ida para a instituição, a institucionalização (15,2%), o afastamento dos filhos que não visitam (4,3%), a morte de um familiar (13%) e a viuvez (13%). Entre outras, essas são situações parecidas, mas que se distinguem no âmago de cada indivíduo, nesse quesito, diante dos motivos apontados a

espiritualidade e/ou religiosidade despontam como estratégias enormemente utilizadas pelas pessoas idosas como guarida diante dessas situações de crise.

Nota-se que diante de situações complicadas as pessoas idosas tendem a buscar auxílio e conforto em uma conexão transcendental, assim como, destacam Panzini e Bandeira (2007) existem evidências da busca da religião perante situações difíceis no processo de envelhecimento.

Relativo a momentos de dificuldade, os participantes deste estudo quando inquiridos se em algum momento culpou Deus pela situação, por ter deixado acontecer e voltou-se contra Deus e seus desígnios, 100% dos idosos responderam nenhum pouco, o que denota que mesmo diante de situações adversas esses idosos mantiveram-se firmes em sua fé.

Nesse caminho, corrobora com o estudo de Leal et al. (2015) que observaram que muitos idosos institucionalizados que estão afastados do convívio familiar e social, encarando contrariedades e aflições, mantêm a prática religiosa e a sua fé. Assim, a utilização do CREP e do CREN são recursos importantes aos quais muitos idosos utilizam para encarar doenças crônicas, com elevada utilização e de maneira otimista.

Como explicação provisória, pode-se inferir que essa busca ocorra em virtude de que já não se tem muitas opções a quem recorrer, em muitos casos os cônjuges e familiares já faleceram e os filhos e netos acabam priorizando seu trabalho e família, ficam algumas amizades e a espiritualidade como alternativas.

Com isso, a participação dos idosos em atividades de cunho religioso proporcionam a construção de redes sociais e o fortalecimento de vínculos já existentes. A pessoa idosa possui mais disponibilidade para entender o outro e a si mesma, o que ajuda na reflexão sobre a vida e torna-o mais atento ao apoio das redes próximas (formais ou informais). É perceptível a relação da importância da religião com o apoio social percebido, mas somente para o apoio emocional ocorreu de forma estatisticamente significativa (MARQUES et al., 2010).

Na presente pesquisa as associações entre espiritualidade, solidão e autoestima não foram estatisticamente significativas, mas foi observada uma associação negativa limítrofe entre o escore total de espiritualidade e o escore de solidão, sendo que idosos que tem maior escore de espiritualidade tendem a apresentar menores escores de solidão.

Em virtude disso, pode-se destacar que além da prática religiosa, essa atividade proporciona uma ampliação da rede social da pessoa idosa e mostra-se como uma atividade de interação social e provavelmente de superação ao isolamento social (PAGOTTO et al., 2013).

A pesquisa de Scortegagna, Pichler e Faccio (2018) demonstra os motivos pelos quais os entrevistados dedicam sua espiritualidade/religiosidade, predominou a visão de que a prática espiritual está relacionada a acontecimentos positivos e na persistência para enfrentar situações complicadas.

É possível imbricar espiritualidade, religião, felicidade e plenitude, como propulsores de sentido na vida de pessoas idosas institucionalizadas, cada um desses aspectos possui um papel diferente e fundamental para cada pessoa, instigam a reflexão sobre atitudes e escolhas de sua trajetória de vida, o que pode favorecer o bem-estar integral dessa pessoa que envelhece.

8. CONCLUSÃO

Diante das várias temáticas discutidas, de tantas variáveis, inúmeras tabelas, diversas fontes de informações e múltiplos olhares... Deparei-me com imenso desafio: desvendar e revelar esse universo rico, vasto e complexo que foi pesquisado. Mas se carrega toda essa multiplicidade de “falas” traz também muita riqueza de elementos e subsídios para serem explorados e transformados em conhecimentos.

Apesar de minhas vivências anteriores, aprendizados e conhecimentos construídos através de outras pesquisas, das aulas e vivências, cada universo pesquisado configura-se como desafiador, inesperado e instigante, mas acredito que são esses os anseios que nos movem. Tenho consciência de minhas limitações enquanto pesquisadora quantitativa e das adversidades encontradas nessa trajetória percorrida, mas intencionei transpor os percalços e superar minhas incertezas.

Os resultados desta investigação não podem ser generalizados para a população idosa, mas podem servir como fonte de inspiração para outros estudos sobre as temáticas discutidas e para a área da Gerontologia.

Em suma, considera-se que o objetivo foi alcançado o que permitiu revelar facetas e nuances próprias do contexto investigado, construindo conhecimentos sobre esta população e sobre os tópicos pesquisados. De maneira geral, as pessoas idosas participantes deste estudo apresentaram bons níveis em relação às variáveis pesquisadas, o que é muito profícuo e alentador.

Além da caracterização sociodemográfica das pessoas idosas participantes desta pesquisa constantes nos resultados, apresenta-se aqui as informações primordiais.

Relativo à sexualidade em aspecto geral pode-se inferir que a maioria das pessoas idosas participantes deste estudo considera-se satisfeita sexualmente, algumas delas aderiram às novas conformações de relacionamentos, os ficantes e estão se permitindo vivenciar sua sexualidade seja com parceiro/a ou sozinho/a. Quando associada à funcionalidade, as pessoas idosas independentes em todas as atividades tiveram escores de sexualidade superiores aos daqueles que apresentam algum grau de dependência. E na associação com a autoestima, às pessoas idosas com maior escore de autoestima apresentam menores escores de sexualidade, o que pode sugerir que quando temos uma avaliação positiva e de aprovação sobre nós mesmos, nos sentimos satisfeitos.

No que diz respeito à mobilidade a maioria dos participantes deste estudo foram classificados como independentes em transferências básicas e na funcionalidade quase a metade dos participantes foram classificados como independentes para todas as atividades.

Em relação ao apoio social, os participantes apresentaram pontuação alta em todas as dimensões, indicando uma boa percepção do apoio social.

No quesito solidão, foi classificada com nível médio de percepção de solidão. Houve associação entre solidão e o fator afetivo da escala de apoio social, sendo que quanto maior o escore de solidão, menor o escore de apoio afetivo. Também houve uma associação entre os escores de apoio material e solidão, ou seja, idosos que tem maior apoio material tendem a apresentar menores escores de solidão.

Em relação à autoestima, os participantes deste estudo foram classificados com média autoestima e relacionado à autoimagem foram caracterizados como satisfeitos.

No que diz respeito, a solidão e autoestima, apesar de não significativa, foi observada uma associação positiva limítrofe entre os escores de solidão e autoestima, idosos com maior escore de solidão tendem a apresentar maiores escores de autoestima.

Apesar de não ser estatisticamente significativas, houve associação positiva limítrofe entre os escores do fator apoio emocional e de autoestima, sendo que idosos que tem maior apoio emocional, tendem a apresentar maiores escores de autoestima. Quando associadas às escalas com o tempo de moradia, foi observada associação negativa estatisticamente significativa com os escores de autoestima, ou seja, quanto maior o tempo de moradia na instituição, menor escore de autoestima.

No que toca à espiritualidade, os resultados demonstram bom nível de positividade e um baixo nível de negatividade. As associações entre espiritualidade, solidão e autoestima não foram estatisticamente significativas, mas foi observada uma associação negativa

limítrofe entre o escore total de espiritualidade e o escore de solidão, sendo que idosos que tem maior escore de espiritualidade tendem a apresentar menores escores de solidão.

No desenrolar dessas tessituras, pode-se inferir que as instituições estão em um processo de mudança, perdendo o status de asilo e ganhando um aspecto mais jovial, com um olhar mais abrangente e integral, numa perspectiva de fornecer cuidados de saúde, mas sem parecer um hospital, com uma cara de pousada ou até de hotel cinco estrelas. Mas acredito que o mais importante é a definição clara de seu papel, bem como normas e diretrizes para a prestação de um serviço qualificado e responsável.

Institucionalizar não é abandonar, e nem substituir o valor e a importância da família, a ILPI desponta como uma possibilidade de moradia ou permanência para a pessoa idosa que precisa de cuidado, ou não pode e não quer ficar sozinha. Elas podem representar uma extensão da família desde que exista sinergia, respeito e comprometimento entre os partícipes, precisam atender às demandas da pessoa idosa, disponibilizar profissionais capacitados e equipe multidisciplinar, com olhar e ouvidos atentos, para enxergar e ouvir essa pessoa que já viveu tanto e merece envelhecer dignamente.

Espera-se que os resultados desta pesquisa possam provocar reflexões e mudanças que colaborem na atuação profissional, pois as temáticas aqui discutidas são aspectos importantes e presentes no cotidiano da pessoa idosa e contribuem no desenvolvimento de uma vida plena, superando estereótipos e complexos ainda vigentes em relação à velhice. Faz-se primordial discutir desde a educação básica até o nível superior as questões sobre o envelhecimento humano, enfatizar a formação de profissionais sensíveis à diversidade e que atuem junto dessa população promovendo sua participação ativa na sociedade.

Nesse ziguezaguear de ponderações, é importante notar que o presente estudo, se reveste de algumas limitações, uma vez que a amostra é pequena e ter sido por conveniência, em duas instituições, o que poderia limitar a avaliação dos dados a indivíduos de outras instituições e regiões. Entretanto, apesar das limitações, o presente estudo mostra a necessidade de outras pesquisas sobre as temáticas e suas associações, na busca de maiores entendimentos sobre o contexto pesquisado.

O percurso acadêmico até esse momento constituiu-se como uma experiência enriquecedora e gratificante. Como tal, espera-se com este estudo ter fornecido alguns ingredientes adicionais acerca das temáticas e todo contexto que envolve a vivência das pessoas idosas podendo, assim, contribuir para a melhoria do seu bem-estar através de uma perspectiva multifacetada.

REFERÊNCIAS

- ADAMS, C. E. Age-Related Changes: Muscular. In: BUSCHBACHER, R. M. (Ed.). *Geriatrics: Rehabilitation Medicine Quick Reference*. New York: Demos Medical Publishing, 2013.
- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. RDC nº 283, de 26 de setembro de 2005. *Normas de funcionamento para as Instituições de Longa Permanência para Idosos*. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2005/res0283_26_09_2005.html
- AGUILAR, R. A. Expressão Sexual de Residentes em asilos: Revisão Sistemática da Literatura. *J. Nurs Scholarsh*, 49 (5): 470-477, 2017.
- ALCÂNTARA, Adriana de O. *Velhos institucionalizados e família: entre abafos e desabafos*. Campinas: Ed. Alínea, 2004.
- ALENCAR, D. L., MARQUES, A. P. O., LEAL, M. C. C., VIEIRA, J. C. M. Fatores que interferem na sexualidade de idosos: uma revisão integrativa. *Cien Saude Coletiva*, 19(8):3533-3542, 2014.
- ALMEIDA, T; LOURENÇO, M. L. Envelhecimento, amor e sexualidade: utopia ou realidade. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p.101-113, 2007.
- ALMEIDA, L. F. F., FREITAS, E. L., SALGADO, S. M. L., GOMES, I. S., FRANCESCHINI, S. C. C., RIBEIRO, A. Q. Projeto de intervenção comunitária “Em Comum-Idade”: contribuições para a promoção da saúde entre idosos de Viçosa, MG, Brasil. *Ciência Saúde Coletiva*, 20 (12):3763-74, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015001203763&lng=pt. Acesso em: 15 de julho de 2021.
- ALMEIDA, Jucélia G. F., NUNES, Denyse Brito. Avaliação da Funcionalidade de Idosos e em uma instituição de longa permanência. *Portal de Eventos da Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF)*, II Jornada de Integração entre Ensino e Serviço HU-UNIVASF, ISBN,978-85-92656-06-5,2018.
- ALVES, Catarina A. F. Rede Social e Solidão em idosos institucionalizados. *Dissertação de Mestrado*. Fundação Bissaya Barreto. Pós-graduação em Gerontologia Social, 2013.
- ALVES, J. S. et al. A dimensão religiosa dos usuários na prática do atendimento à saúde: percepção dos profissionais da saúde. *O Mundo da Saúde*, São Paulo: SP, p. 430-436, 2010.
- AN, J. Y., AN, K., O’CONNOR, L.; WEXLER, S. Life satisfaction, self-esteem, and perceived health status among elder Korean women: focus on living arrangements. *Journal of Transcultural Nursing*, Livonia, v. 19, n. 2, p. 151-160, 2008.
- ANGELO, B. H. B., SILVA, D. I. B., LIMA, M. A. S. Avaliação das instituições de longa permanência para idosos do município de Olinda-PE. *Revista Brasileira de Geriatria e*

Gerontologia, 14(4), 663673, 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1809-98232011000400006>. Acesso em: 25 de agosto de 2021.

ANTUNES, G.; MAZO, G. Z.; BALBÉ, G. P. Relação da autoestima entre a percepção de saúde e aspectos sociodemográficos de idosos praticantes de exercício físico. *Revista da Educação Física/UEM*, Maringá, v. 22, n. 4, p. 583-589, 2011.

ARIÈS, Philippe. *História social da criança e da família*. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

AZEREDO, Zaida de A. S., AFONSO, Maria A. N. Solidão na perspectiva do idoso. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, Rio de Janeiro, 19(2):313-324, 2016.

BALTAZAR, D. V. S. Crenças religiosas no contexto dos projetos terapêuticos em saúde mental: impasse ou possibilidade? *Dissertação de Mestrado*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública, 2003.

BAPTISTA, A. S. D. *Estudo sobre as práticas religiosas e sua relação com a saúde mental de idosos: um estudo na comunidade*. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina, São Paulo, 2004.

BARONI, G. C. et al. Perfil dos aspectos de aptidão física e saúde de mulheres idosas do município de Ipumirim, SC. *Revista Digital*, 15(154):28, 2011.

Barroso V. L., Tapadinha A. R. Órfãos geriátras: sentimentos de solidão e depressividade face ao envelhecimento: estudo comparativo entre idosos institucionalizados e não institucionalizados. *Psicologia.pt*, 2008. Disponível em: www.psicologia.com. Acesso em: 23 de julho 2021.

BEAUVOIR, S. *A Velhice*. Tradução de Maria Helena Franco Monteiro. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.

BEDNAR, R. L.; PETERSON, S. R. Self-esteem: paradoxes and innovation in clinical theory and practice. Washington, D.C.: *American Psychological Association*, 1995.

BERGER L, POIRIE D. *Pessoas idosas: uma abordagem global*. Lisboa: Lusodidáctica; 1995.

BÍBLIA, A. T. Provérbios. In: *BÍBLIA*. Sagrada Bíblia Católica: Antigo e Novo Testamentos. Tradução: José Simão. São Paulo: Sociedade Bíblica de Aparecida, 2008, p. 202-203.

BINGEMER, M. C. L. *A velhice na Bíblia: algumas pistas para hoje*. Arqrio, 2013. Disponível em: <http://arqrio.org/formacao/detalhes/26/a-velhice-na-biblia-algumas-pistas-para-hoje>. Acesso em: 13 de agosto de 2021.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*: promulgada em 5 de outubro de 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 810/GM/MS*, de 22 de setembro de 1989. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/organiza/legis.htm>. Acesso em: 08 de setembro de 2017.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. *Lei nº 8.842*, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18842.htm>. Acesso em: 08 de agosto de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Resolução da Diretoria Colegiada nº 283*, de 26 de setembro de 2005. ANVISA. Disponível em: <<http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/rdc-283-de-26-de-setembro-de-2005>>. Acesso em: 08 de agosto de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. *Caderno de Atenção Básica, n. 19*, Brasília, DF: 2006. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/velhecimento_saude_pessoa_idosa.pdf. Acesso em: 21 jan. 2020.

BRASIL. Conselho Nacional de Assistência Social [CNAS]. (2009). *Resolução nº 109*, de 11 de Novembro de 2009. Aprova a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 25 de novembro de 2009.

BUTLER, R. N.; LEWIS, M. I. *Sexo e amor na terceira idade*. 2. ed. São Paulo: Summus, 1985.

CAMARANO, A. A. et al. Condições de funcionamento e infraestrutura das instituições de longa permanência para idosos no Brasil. In: MORAIS, M. P.; COSTA, M. A. (Orgs.). *Infraestrutura social e urbana no Brasil: subsídios para uma agenda de pesquisa e formulação de políticas públicas*. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Brasília: Ipea, 2010.

CARNEIRO, R. S. et al. Qualidade de vida, apoio social e depressão em idosos: Relação com habilidades sociais. *Psicologia: Reflexão e crítica*, v.20, n.2, p.229-237, 2007.

CAUDURO, M. H. F. *Relação da rede de apoio social e qualidade de vida em idosos longevos*. 2013. 101f. Tese (Doutorado em Gerontologia Biomédica) - Instituto de Geriatria e Gerontologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

CELICH, K. L. S. et al. A dimensão espiritual no envelhecimento com qualidade de vida. In: BETTINELLI, L. A. et al. (orgs.). *Envelhecimento humano: múltiplas abordagens*. Passo Fundo, RS: Ed. Universidade de Passo Fundo, 2008.

CHAIM, J., IZZO, H, SERA, C. T. N. Cuidar em saúde: satisfação com a imagem corporal e autoestima de idosos. *Mundo Saúde*, vol. 33(2):175-81, 2009.

CHAVES, L. J., GIL, C. A. Conceitos de espiritualidade dos idosos, relacionados ao envelhecimento e à qualidade de vida. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 12, p. 3641-3652, 2015.

CONCONE, M. H. V. B. O ator e seu personagem. *Revista Nures*, Edição Ano 2(4), pp. 01-34, “Diversidade, Corpo e Religião”, (set./dez.2006). Publicação eletrônica do Núcleo de Estudos Religião e Sociedade PUC-SP, São Paulo, SP. ISSN: 1981-156X, 2006.

COOPERSMITH, S. *Self-esteem inventory*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press, 1989.

COPATTI, S. L., KUCZMAINSKI, A. G., TOMBINI, F. F., SÁ, C. A. Imagem corporal e autoestima em idosos: uma revisão integrativa da literatura. *Estudos Interdisciplinares do Envelhec.*,22(3):47-62, 2017. Disponível em: <https://bit.ly/3lhsUgq>. Acesso em: 21 de agosto de 2021.

CORNÉLIO, G. F., GODOY, I. D. Perfil das instituições de longa permanência para idosos em uma cidade no estado de São Paulo. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 16(3), 2013. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S1809-98232013000300013>. Acesso em 20 de julho de 2021.

CORREIA, Carla S. L. A Qualidade de Vida e a Solidão em idosos institucionalizados e na comunidade. *Dissertação de Mestrado - ISPA – Instituto Universitário Ciências Psicológicas, sociais e da vida - Psicologia Clínica*, 2012.

CORTTELETTI I. A; CASARA, M. B.; HERÉDIA, V. B. M. *Idoso asilado: um estudo gerontológico*. Porto Alegre: Editora Edipucrs, 2004.

CORTEZA, A. C. L.; MARTINS, M. C. C. Indicadores antropométricos do estado nutricional em idosos: uma revisão sistemática. *Cient. Ciênc. Biol. Saúde*, v. 14(4):271-7, 2012.

COSTA, M. C. N. S.; MERCADANTE, E. F. O idoso residente em ILPI (Instituição de Longa Permanência do Idoso) e o que isso representa para o sujeito idoso. *Revista Kairós Gerontologia*, São Paulo, v. 16, p. 209-222, 2013.

CREUTZBERG, M., GONÇALVES, L. H. T., SANTOS, B. L., SANTOS, S. S. C., PELZER, M. T., PORTELLA, M. R., SCORTEGAGNA, H. M., RODRIGUES, R. A. P., MARQUES, S., SALES, Z. N., ALVAREZ, A. M., SCHIER, J., SENA, E. L. S., MEIRA, E. C., SOUZA, A. S. Acoplamento estrutural das instituições de longa permanência para idosos com sistemas societais do entorno. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 32(2), 219-225, 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472011000200002>. Acesso em: 17 de agosto de 2021.

CUSTÓDIO, C. M. F. Representações e vivências da sexualidade no idoso institucionalizado. 2008. 230 f. *Dissertação (Mestrado em Comunicação em Saúde)*. Universidade Aberta, Lisboa.

DEBERT, Guita Grin. *A reinvenção da velhice*. São Paulo: Edusp/Fapesp, 1999.

_____. *A reinvenção da velhice: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento*. São Paulo: Edusp; 2004.

_____. BRIGEIRO, Mauro. Fronteiras de gênero e a sexualidade na velhice. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo, v. 27, n. 80, 2012.

DE SOUTO BARRETO, P, FERRANDEZ, A. M, GUIHARD-COSTA, A. M. Preditores de satisfação corporal: diferenças entre as percepções de homens e mulheres mais velhos sobre seu funcionamento e aparência corporal. *Jornal Saúde do Envelhecimento*, 23(3):505-28, 2011.

EHRENFELD, M.; BRONNER, G.; TABAK, N.; ALPERT, R.; BERGMAN, R. Sexuality among institutionalized elderly patients with dementia. *Nursing Ethics*, n. 6, Tel-Aviv University, Tel-Aviv, Israel, 1999.

EVANGELISTA, R. A., BUENO, A. A., CASTRO, P. A., NASCIMENTO, J. N., ARAÚJO, N. T. D. E, AIRES, G. P. Percepções e vivências dos idosos residentes de uma instituição asilar. *Rev Enferm USP*, 48(2):81-86, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342014000800081&lng=em. Acesso em: 26 de Junho de 2021.

FAGUNDES K. D. L; ESTEVES, M. R.; RIBEIRO, J. H. M.; SIEPIERSKI, C. T.; SILVA, J. V.; MENDES, M. Instituições de longa permanência como alternativa no acolhimento das pessoas idosas. *Rev. Salud Pública*, 19(2):210-4, 2017.

FALEIROS, V. de P., MORANO, T. *Revista Textos & Contextos*, Porto Alegre, v. 8, n. 2, p. 319-338, jul./dez. 2009. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/fass/ojs/index.php/fass/article/viewFile/6347/4646>. Acesso em: 14 jun. 2020.

FECHINE, B. R. A.; TROMPIERI, N. O processo de envelhecimento: as principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. *InterSciencePlace*, 20 ed., v. 1, artigo nº 7, jan./mar., 2012.

FELICIANO, A., GALINHA, S. Percepções dos idosos sobre a sexualidade em idades avançadas: estudo exploratório. Santarém (PA): *Rev UIIPS*. doi: 10.25746/ruiips.v5.i3.14532, 2017.

FERNANDES, P. *A Depressão no Idoso* (2.^a ed.). Coimbra: Quarteto Editora, 2002.

FERNANDES, A. M. B. L.; FERREIRA, J. J. A.; STOLT, L. R. O G.; BRITO, G. E. G.; CLEMENTINO, A. C. C. R.; SOUSA, N. M. Efeitos da prática de exercício físico sobre o desempenho da marcha e da mobilidade funcional em idosos. *Fisioterapia em Mov.*, v. 25 (4):487-95, 2017.

FERRANTIN, Ana Carolina et al. A EXECUÇÃO DE AVDS E MOBILIDADE FUNCIONAL EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS E NÃO-INSTITUCIONALIZADOS. *Fisioterapia em Mov.*, v. 20, n. 3, 2017. Disponível em: <https://periodicos.pucpr.br/index.php/fisio/article/view/18933/18309>. Acesso em: 27 de abril de 2021.

FERREIRA, A. P. Capacidade e desempenho para a realização das atividades básicas de vida diária (básicas e instrumentais) em idosos dependentes. *Rev. Baiana de Saúde Pública*, 39(1):25-37, 2015.

- FIDELIS, L. T.; PATRIZZI, L. J.; WALSH, I. A. P. Influência da prática de exercícios físicos sobre a flexibilidade, força muscular manual e mobilidade funcional em idosos. *Rev. Brasileira Geriatria e Gerontologia*, 16(1):109-16, 2013.
- FIEDLER, M. M.; PERES, K. G. Capacidade funcional e fatores associados em idosos do Sul do Brasil: um estudo de base populacional. *Cad. Saúde Pública*, 24(2): 409-415, 2008.
- FILHO, C. T. Fisiologia do Envelhecimento. In: PAPALÉO NETTO, M. (org.). *Gerontologia: A Velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada*. São Paulo: Atheneu, 2000.
- FLETCHER, Robert H.; FLETCHER, Suzanne; WAGNER, Edward H. Epidemiologia clínica: elementos essenciais. In: *Série Médica*. Artes médicas, 2006.
- FLETCHER, R. H; FLETCHER S. E; FLETCHER, G.S. *Epidemiologia clínica: elementos essenciais*. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- FONSECA A. C. C, SCORALICK F., SILVA, C. L., BERTOLINO, A, PALMA D, PIAZZOLLA, L. Perfil epidemiológico de idosos e fatores determinantes para a admissão em instituições de longa permanência do Distrito Federal. *Brasília Méd.*, 48(4):366-71, 2011.
- FONSECA, C. C., CHAVES, E. C. L., PEREIRA, S. S., BARP, M, MOREIRA, A. M., NOGUEIRA, D. A. Autoestima e satisfação corporal em idosos praticantes e não praticantes de atividades corporais. *Rev. Educ. Fís/UEM*; v. 25, n. 3, 429-439, 2014. Disponível em: [http:// www.scielo.br/pdf/refuem/v25n3/1983-3083-refuem-25-03-00429.pdf](http://www.scielo.br/pdf/refuem/v25n3/1983-3083-refuem-25-03-00429.pdf). Acesso em: 9 de agosto de 2020.
- FONTES, A. P, BOTELHO, M. A, FERNANDES, A. A. Comparação de conteúdo de um método de avaliação biopsicossocial e a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. *Educação Gerontológica*, 2011.
- FOUCAULT, M. *A história da sexualidade I: a vontade de saber*. 1. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2014.
- FRANK, S. et al. Avaliação da capacidade funcional: repensando a assistência ao idoso na Saúde Comunitária. *Estud. interdiscip. Envelhec.*, v. 11, 123-134, 2007.
- FREITAS, E. V., PY, L.(Eds.). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 3. ed. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan, 2011.
- FREITAS, R. S.; FERNANDES, M. H.; COQUEIRO, R. S.; REIS JÚNIOR, W. M.; ROCHA, S. V.; BRITO, T. A. Capacidade funcional e fatores associados em idosos: estudo populacional. *Acta Paul Enferm.*, v. 25, n. 6, p. 933-939, 2012.
- FREITAS, M. H. Relações entre religiosidade e saúde mental em imigrantes: implicações para a prática. *Revista Psico-USF*, v. 18, n. 3, p. 437-444, 2013.
- FREITAS, R.P.A. et al. Impacto do apoio social sobre os sintomas de mulheres brasileiras com fibromialgia. *Rev Bras Reumatol.*, 2016.

GARCIANDÍA, BN. Intimidade, senilidade, sexualidade de idosos dependentes. O trabalho de cuidado a domicílio em contextos desestabilizantes. Comunicação apresentada no *Seminário Gênero, trabalho, cuidado: pistas e desafios*, realizados pelo Departamento de Sociologia-USP, São Paulo, 19 out. 2015.

GAVA, A. A.; ZANONI, J. N. Envelhecimento celular. *Arq. Ciênc. Saúde Unipar*, v. 9, n. 1, p. 41-46, 2005.

GOFFMAN, Erving. *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Editora Perspectiva, 2010.

GOLDEN, J.; CONROY, R. M.; LAWLOR, B. A. Estrutura da rede de apoio social em idosos: dimensões subjacentes e associação com a saúde física e psicológica. *Psicologia, Saúde e Medicina*, n.14, v.3, p. 280-90, 2009.

GONÇALVES, T. R. et al. Avaliação de apoio social em estudos brasileiros: aspectos conceituais e instrumentos. *Ciênc. Saúde Coletiva*, v. 16, n. 3, p. 1755-1769, 2011.

GRIEP, R. H. *Confiabilidade e validade de instrumentos de medida de rede social e de apoio social utilizados no estudo pró-saúde*. 2003. 128 p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.

GRIEP, R. H. et al. Validade de constructo de escala de apoio social. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 21, n 3, p.703-714, 2005.

GROISMAN, D. A velhice, entre o normal e o patológico. *Hist. Ciência e Saúde Manguinhos* v. 9, n. 1, p. 61-78, 2002.

GUEDES, M. B. O. G, LIMA, K. C, CALDAS, C. P, VERAS, R. P. Apoio social e o cuidado integral à saúde do idoso. *Physis*, v. 27, n. 4, p. 1185-1204, 2017. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010373312017000401185&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312017000400017>. Acesso em: 13 nov. 2020.

GUTZ, L., CAMARGO, B. V. Espiritualidade entre idosos mais velhos: um estudo de representações sociais. *Revista Bras. Geriatria e Gerontologia*, v. 16, n. 4, p. 793-804, 2013.

HAJJAR, R. R., KAMEL, H. K. Sexualidade no lar de idosos, parte 1: atitudes e barreiras à expressão sexual. *J. Am. Med. Dir. Assoc.*, v. 4, n. 3, p. 152-156, 2003.

HAMACHEK, D. E. *Encontros com o self*. Rio de Janeiro: Interamericana, 1979.

HAREVEN, T. A mudança das imagens do envelhecimento e a construção social do percurso de vida. In: FEATHERSTONE, M; WERNICK, A. (Orgs.). *Imagens do envelhecimento: representações culturais da velhice*. London: Routledge. p.119-135, 1995.

HARTMANN, Junior J. A. S., GOMES, G. C. Depressão em idosos institucionalizados: as singularidades de um sofrimento visto em sua diversidade. *Rev SBPH*, v. 17, n. 2, p. 83-105, 2014. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151608582014000200006&lng=pt&nrm=isso. Acesso em: junho de 2021.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Censo 2010*. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao. Acesso em: 22 de março de 2020.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Censo 2010*. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2013. Acesso em: 16 de setembro de 2019.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Censo 2014*. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/home/estatisticapopulacao/per>. Acesso em: 13 de maio de 2019.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira*. Rio de Janeiro: IBGE; 2016. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv98965.pdf2>. Acesso em: 28 de setembro de 2019.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). *Infraestrutura social e urbana no Brasil: Subsídios para uma agenda de pesquisa e formulação de políticas públicas. Condições de funcionamento e infraestrutura das instituições de longa permanência para idosos no Brasil*. Brasília (DF): IPEA/Presidência da República, 2011. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/comunicado/110524_comunicadoipea93.pdf. Acesso em: 11 de agosto de 2021.

JACONDINO, C. B.; BORGES, C. A.; GOTTLIEB, M. G. V. Associação dos polimorfismos rs53576 e rs2254298 do gene receptor da ocitocina com depressão: uma revisão sistemática. *Scientia Medica* (Online), Porto Alegre., v. 24, p. 411-419, 2014.

JOHNSON, E. R. et al. Relação entre o apoio social e o índice de massa corporal entre mulheres afro-americanas com sobrepeso e obesas de áreas rurais. *Prev Chronic Dis*, v. 11, p. 14-34, 2014.

JORDÃO NETTO, A. *Gerontologia Básica*. São Paulo: Lemos, 1997.

KATZ, S. et al. Estudos de doenças nos idosos. O índice de AVD: uma medida padronizada da função biológica e psicossocial. *JAMA*, 1996.

KAGAWA C. A, CORRENTE J. E. Análise da capacidade funcional em idosos do município de Avaré-SP: fatores associados. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, 18(3):577-86, 2015.

KHOURY, H. T. T., GÜNTHER, I. A. (2009). Processos de auto-regulação no curso de vida: controle primário e controle secundário. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 22, 1, 144152. doi: 10.1590/S0102-79722009000100019.

KOENIG, H. G.; GEORGE, L. K.; TITUS, P. Religião, espiritualidade e saúde em pacientes idosos internados. *Journal of American Geriatrics Society*, v. 52, n. 4, p. 54-562, 2004.

KOENIG, H. G.; MCCULLOUGH, M. E., LARSON, D. B. *Manual de religião e saúde*. New York: Oxford University, 2001.

LAWTON, M. P.; BRODY, E. M. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*, v. 17, n. 9, p. 179-186, 1969.

LEAL, J. C. G. P. S et al. Análise da espiritualidade dos idosos institucionalizados: um olhar do *coping* religioso espiritual. *Anais CIEH* – Vol. 2, N.1 ISSN 2318-0854, 2015.

LEME, Luiz Eugênio Garcez. A gerontologia e o problema do envelhecimento. Visão histórica. In: PAPALÉO NETTO, Matheus. *Gerontologia*. São Paulo: Editora Atheneu, 1996.

LICHTENBERG, P. A. et al. Uma investigação preliminar do papel da cognição e da depressão na previsão da recuperação funcional em pacientes geriátricos em reabilitação. *Adv. Med. Psychol.*, v. 7, p. 109-124, 1994.

LOPES, D. M. da S. Solidão e bem-estar subjetivo na terceira idade: estudo comparativo de idosos institucionalizados e não institucionalizados. *Dissertação* de mestrado em Psicologia da Educação, Desenvolvimento e Aconselhamento, apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, 2012. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10316/22479>

LOPES DE ALENCAR, Danielle et al. Exercício da sexualidade em pessoas idosas e os fatores relacionados. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 19, n. 5, 2016.

LOPES, G. L., SANTOS, M. I. P. de O. Funcionalidade de idosos cadastrados em uma unidade da Estratégia Saúde da Família segundo categorias da Classificação Internacional de Funcionalidade. *Rev. bras. geriatr. gerontol.*, v. 18, n. 1, p. 71-83, 2015.

LOURO, G. L. Gênero e sexualidade: pedagogias contemporâneas. *Revista Pro-Posições*, Porto Alegre, v. 19, n. 2, mai./ago. 2008.

LOURO, G. L. *O Corpo Educado* – pedagogias da sexualidade. Belo Horizonte: Autêntica, 2001.

LUCCHETTI, G. Medical students, spirituality and religiosity: results from the multicenter study. *BMC Med Educ.*,13:162-75, 2013.

MACHADO, D. C.; SUDO, N.; PINTO, A. H. G. Imagem corporal de idosas que residem em uma instituição de longa permanência de Porto Alegre - RS, *Ceres*, Viçosa, v. 5, n. 3, p. 75-85, 2010.

MACHADO PAIS, José. *Nos Rastos da Solidão*. Deambulações Sociológicas, Porto, Âmbra, 2006.

MACIEL, A. C. C.; GUERRA, R. O. Limitação funcional e sobrevivência em idosos da comunidade. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, 54(4):347-52, 2008.

MAHIEU, L, GASTMANS, C. Older residents' perspectives on aged sexuality in institutionalized elderly care: a systematic literature review. *Int J Nurs Stud.*, v. 52, n. 12, p. 1891-1905, 2015.

- MAHIEU, L.; VAN ELSSSEN, K.; GASTMANS, C. Nurses perceptions of sexuality in institutionalized elderly: a literature review. *Int. J. Nurs Stud.*, 2011.
- MAIA, C. M. L et al. Redes de apoio social e de suporte social e envelhecimento ativo. International Journal of Developmental and Educational Psychology INFAD. *Revista de Psicologia*, v. 1, n. 1, p. 293-303, 2016.
- MARQUES, C. A. et al. Associação entre depressão, níveis de dor e falta de apoio social em pacientes internados em enfermarias de clínica médica. *J Bras Psiquiatr*, v. 62, n. 1, p. 1-7, 2013.
- MARQUES, F., CORREIA, F., PIRES, R., PEREIRA, P. A. Apoio social em idosos institucionalizados. *Gestão e Desenvolvimento*, v. 17-18, p. 99-121, 2010.
- MARTINS, Gilberto de Andrade. *Metodologia da investigação científica para ciências sociais aplicadas*. 2.ed. São Paulo: Atlas, 2009.
- MASORO, E. J.; STEVEN, N. A. Handbook of the Biology of Aging. *Elsevier*, 7 ed., pp. 177-202, 2011.
- MATSUO, R. F.; VELARDI, M.; BRANDÃO, R. M. F.; MIRANDA, M. L. J. Imagem corporal de idosas e atividade física. *Revista Mackenzie de Educação Física e Esporte*, São Paulo, v. 6, n. 1, p. 37-43, 2007.
- MELCHIORRE, M. G. et al. Apoio social, status socioeconômico, saúde e abuso entre pessoas idosas. *Seven European Countries*, v. 8, n. 1, 2013.
- MELO, R. L. P.; EULÁLIO, M. C.; SILVA, H. D. M.; SILVA FILHO, J. M.; GONZAGA, P. S. Sentido de vida, dependência funcional e qualidade de vida em idosos. *Rev Bras Geriatr Gerontol.*, 16(2):239-50, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v16n2/04.pdf>. Acesso em: 10 de junho de 2019.
- MEURER, S. T.; BENEDETTI, T. R. B.; MAZO, G. Z. Aspectos da autoimagem e autoestima de idosos ativos. *Motriz*, Rio Claro, v. 15, n. 4, p. 788-796, 2009.
- MEURER, ST, LUFT, C. B, BENEDETTI, T. R, MAZO, G. Z. Construct validity and reliability in Rosenberg's selfsteem scale for Brazilian older adults who practice physical activities. *Motricidade*, v. 8, n. 4, p. 5-15, 2012.
- MIRANDA, F. A., FUREGATO, A. R., AZEVEDO, D. M. Práticas discursivas e silêncio do doente mental: sexualidade negada? *Esc. Anna Nery Rev. Enferm.*, v. 12, n. 1, p. 136-42, 2008.
- MONTEIRO, D. M. R. *Puer-senex: dinâmicas relacionadas*. Petrópolis, RJ: Vozes, (2008).
- MORAES, M. P. I.; SOUSA, I. A. F. C.; VASCONCELOS, T. Relação entre a capacidade funcional e mobilidade com a prática de atividade física em idosos participantes de uma associação. *Ciência Saúde*, v. 9, n. 2, p. 90-95, 2016.

- MOSQUERA, J. J. M. *Vida adulta: personalidade e desenvolvimento*. 3. ed. Porto Alegre: Sulina, 1987.
- MOSQUERA, J. J. M., STOBAUS, Claus D. Auto-imagem, auto-estima e auto-realização: qualidade de vida na universidade. *Psic., Saúde & Doenças*, Lisboa, v. 7, n. 1, p. 83-88, 2006.
- NEGREIROS, T. C. G. M. Sexualidade e gênero no envelhecimento. *Alceu*. Rio de Janeiro, v. 5, n. 9, jul/dez., p.77-86, 2004.
- NERI, A. L. *Palavras-chave em gerontologia*. Campinas, SP: Editora Alínea, 2001.
- NERI, A. L.; VIEIRA, L. A. M.. Envolvimento social e suporte social percebido na velhice. *Rev. bras. geriatr. gerontol.*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 419-432, 2013. Disponível:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S18098232013000300002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17 agosto de 2020.
- NETO, F. A escala de solidão da UCLA: adaptação portuguesa. *Psicol Clín*, 2:65-79, 1989.
- NETO, F. *Psicologia Social (Vol.II)*. Lisboa: Universidade Aberta, 2000.
- OKUMA, S. S. *O idoso e a atividade física: Fundamentos e pesquisa*. 4. ed. Campinas, SP: Papirus, 1998.
- OLIVEIRA, Ludmila Barbosa et al. Sexualidade e envelhecimento: avaliação do perfil sexual de idosos não institucionalizados. *Rev Ciênc Saúde Nova Esperança*, v. 13, n. 2, p. 42-50, 2015.
- OLIVEIRA, R. M. F. A influência comportamental religiosa na qualidade de vida do método Pilates em idosos. In: *Totum*, 2019. Disponível em: <https://bit.ly/3zZO6eX>. Acesso em: 12 de julho de 2021.
- ONGARATTO, G. L., GRAZZIOTIN J. B. D, SCORTEGAGNA, S. A. Habilidades sociais e autoestima em idosos participantes de grupos de convivência. *Psicol Pesq.*, v. 10, n. 2, p. 12-20, 2016.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Os usos da epidemiologia no estudo dos idosos. Genebra: OMS, 1984.
- PAGOTTO V, BACHION M. M, SILVEIRA E. A. Autoavaliação da saúde por idosos brasileiros: revisão sistemática da literatura. *Rev. Panam. Salud Publica*, v. 33, n. 4, p. 302–10, 2013.
- PAPALÉO NETTO, M. *Gerontologia: a velhice e envelhecimento em uma visão globalizada*. São Paulo: Atheneu, 1996.
- PERRACINI M. R, FLÓ C. M., GUERRA R. O. *Funcionalidade e envelhecimento*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011, p. 3-7.

PERKINS et al.. Relações sociais e saúde do residente na vida assistida: uma aplicação do modelo de comboio. *O gerontologista*, v. 53, p. 495-507, 2013.

PESSINI, L. *Bioética, espiritualidade e a arte de cuidar em saúde*. In: Siviero I, Rosin N, organizadores. *Envelhecimento humano, espiritualidade e cuidado: Vol. 2*, p. 31-83. *Espiritualidade e Missão*. Passo Fundo: IFIBE; 2014.

PINHEIRO, A. A. A., TAMAYO A. Escala UCLA de Solidão: adaptação e validação. *Arq Bras Psicol.*, v. 36, n. 1, p. 36-44, 1984.

PINTO, E. Espiritualidade e Religiosidade: Articulações. *Revista de Estudos da Religião*. ISSN: 1677-1222, 2009.

PODSIADLO, D.; RICHARDSON, S. *The Timed "Up & Go": a test of basic functional mobility for frail elderly persons*. *Journal American Geriatric Society*, 1991.

PRADO, S. D., SAYD, J. D. A gerontologia como campo de conhecimento científico: conceito, interesses e projeto político. *Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v.11, n.2, p.491-501, 2006.

PRADO, Shirley Donizete; SAYD, Jane Dutra. Como poderia a Gerontologia, um campo multidisciplinar do saber, estar presente na tabela das áreas do conhecimento do CNPq. *Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v.12, n.6, p.1725-1735, 2007.

RAMOS, L. R. A mudança de Paradigma na Saúde e o Conceito de Capacidade Funcional. Em: Ramos, L. R., e Cendoroglo, M. S. *Guia de Geriatria e Gerontologia*. 2 ed., Barueri: Manole, 2011.

RANUZI, C. et al. Sexualidade e autoestima em idosos. *Anais V CIEH 1* (2017).

REZENDE, E. G., LODOVICI, F. M. M., CONCONE, M. H. V. B. Infinitude na religião: quando uma vida não é suficiente. *Revista Temática Kairós-Gerontologia*, n. 17, p. 181-197. Print ISSN 1516-2567. São Paulo, SP, Brasil: PUC-SP, 2014.

RIKLI, R. E.; JONES, C. J. Parâmetros do TAFI. In: RIKLI, R. E.; JONES, C. J. (Eds). *Teste de aptidão física para idosos*. Barueri: Manole, 2008.

ROCHA, L. M. B. C. M. da; TERRA, N. Imagem corporal em idosos: uma revisão. *Scientia Medica*, Porto Alegre, v. 23, n. 4, out./dez. 2013.

RODRIGUES, A .G.; SILVA A. A. A rede social e os tipos de apoio recebidos por idosos institucionalizados. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 159-170, 2013.

ROSA, T. E. C. Redes de apoio social. In: LITVOC, J.; BRITO, F. C., org. *Envelhecimento: prevenção e promoção da saúde*. São Paulo: Editora Atheneu; p. 203-217, 2004.

RUBIN, G. Pensando sexo: notas para uma teoria radical da política da sexualidade. In: VANCE, C. S. (org.). *Prazer e perigo: explorando a sexualidade feminina*. Londres: Routledge and Kegan Paul, 1984.

- RUSSELL, D, PEPLAU, L.A, CUTRONA, C. E. The revised UCLA Loneliness Scale: concurrent and discriminant validity evidence. *Journal Pers. Soc. Psychol.*, v. 39, n. 3, p. 472-80, 1980.
- SALERNO, M. C. et al. Autoestima de idosos comunitários e fatores associados: Estudo de base populacional. *Cogitare Enfermagem*, v. 20, n. 4, p. 775-782, 2015. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/4836/483647681013>. Acesso em: 24 de fevereiro de 2020.
- SANFORD, A. M. et al. Uma definição internacional para "lar de idosos". *Journal Am. Med. Dir. Assoc.*, v. 16, n. 3, p. 181-184, 2015.
- SANT'ANA, L. A. J. de; D'ELBOUX, M. J. Suporte social e expectativa de cuidado de idosos: associação com variáveis socioeconômicas, saúde e funcionalidade. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 43, n. 121, p. 503-519, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01031042019000200503&lng=er. Acesso em: 18 de abril 2020.
- SANTOS, A. A.; PAVARINI, S. C. Funcionalidade de idosos com déficits cognitivos em diferentes contextos de vulnerabilidade social. *Acta Paul Enferm.*, v. 24, n. 4, p. 520-526, 2011.
- SANTOS, G. S.; CUNHA, C. K. O. Capacidade funcional e sua mensuração em idosos: uma revisão integrativa. *Revista REFACS*, v. 2, n. 3, p. 219-29, 2014.
- SBICIGO, B. J.; BANDEIRA, R. D.; DELL'AGLIO, D. B. Escala de autoestima de Rosenberg (EAR): Validade fatorial e consistência interna. *Psico – USF*, v. 15, n. 3, p. 395-403, 2010.
- SBGG. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. *Instituição de Longa Permanência para Idosos: manual de funcionamento*. São Paulo, 2003. Disponível em: <https://sbgg.org.br/espaco-cuidador/o-que-e-geriatria-e-gerontologia/>. Acesso em: 12 de outubro de 2019.
- SCORTEGAGNA, H. de M. N., PICHLER, A., FÁCCIO, L. F. Vivência da espiritualidade por idosos institucionalizados. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 304-311, 2018.
- SHIGUEMOTO, G. E. Avaliação do idoso: anamnese e exame da performance física. In: REBELATO, J. R., MORELLI, J. G. S. *Fisioterapia Geriátrica: A prática de assistência ao idoso*. 2 ed., Barueri, SP: Manole, 2007.
- SHYAM, R., YADEV, S. Índices de Bem-Estar de Adultos Idosos: um estudo entre idosos institucionalizados e não institucionalizados. *Pakistan Journal of Psychological Research*, v. 21, p. 79-84, 2006.
- SINGH, K., SRIVASTAVA, S. K. Solidão e qualidade de vida em pessoas idosas. *Journal of Psychosocial Research*, v. 9, n. 1, p. 11-18, 2014.
- SCHIRRMACHER, F. *A revolução dos idosos*. O que muda no mundo com o aumento da população mais velha. Rio de Janeiro (RJ): Elsevier, 2005.

STEGLICH, L. A. Terceira idade, aposentadoria, auto-imagem e auto-estima. 1978. *Dissertação* (Mestrado em Educação) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1978.

STENGERS, I. Da racionalidade científica: capturas, eventos, interesses. In: Stengers I. *Quem tem medo da ciência: ciências e poderes*. São Paulo: Siciliano, p. 77-109, 1990.

SILVA, C. A.; MENEZES, M. R.; SANTOS, A. C. P. O.; CARVALHO, L. S.; BARREIROS, E. X. Relacionamento de amizade na instituição asilar. *Rev. Gaúcha Enferm.*, v. 27, n. 2, p. 274 -83, 2006.

SILVA, Luna Rodrigues Freitas. Da velhice à terceira idade: o percurso histórico das identidades atreladas ao processo de envelhecimento. *História, Ciências, Saúde*. Rio de Janeiro, v.15, n. 1, p.143-159, 2008.

SIVIERO, I.; ROSIN, N. Envelhecimento humano, espiritualidade e cuidado. Vol. 2, *Espiritualidade e missão*. Passo Fundo: IFIBE; 2014.

SOMMERHALDER, C., GOLDSTEIN, L. L. O papel da espiritualidade e da religiosidade na vida adulta e na velhice. In: FREITAS, E. V., PY L., CANÇADO, F. A. X., GORZONI, M. L. (Eds.). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*, 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

SOUZA, E. de; BALDWIN, J., ROSA, F. da. A construção social dos papéis sexuais femininos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, Porto Alegre , v. 13, n. 3, p. 485-496, 2000 .

SOUSA, Jailson L. Sexualidade na terceira idade: uma discussão da AIDS, envelhecimento e medicamentos para disfunção erétil. DST – *Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis*. Rio de Janeiro, p. 59-64, 2008.

SOUZA, C. C. de, VALMORBIDA, L. A., OLIVEIRA, J. P. de, BORSATTO, A. C., LORENZINI, M., KNORST, M. R., MELO, D., CREUTZBERG, M., RESENDE, T. de L. Mobilidade funcional em idosos institucionalizados e não institucionalizados. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 285-293, 2013.

STOBÄUS, C. D. *Desempenho e Autoimagem em amadores e profissionais de futebol: Análise de uma realidade e implicações educacionais*. Dissertação (Mestrado em Educação) - Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1983.

STUNKARD, A. J., SORENSON, T., SCHULSINGER, F. Use of the Danish Adoption Register for the study of obesity and thinness. In: KETY, S. S., ROWLAND, L. P., SIDMAN, R. L., MATTHYSSE, S.W., editores. *The genetics of neurological and psychiatric disorders*. New York: Raven Press; p.115-20, 1983.

TAVARES, D. M. S., MATIAS, T. G. C., FERREIRA, P. C. S., PEGORARI M. S., NASCIMENTO, J. S., PAIVA, M. M. Qualidade de vida e autoestima de idosos na comunidade. *Ciênc Saúde Coletiva*, v. 21, n. 11, p. 3557-3564, 2016.

TEIXEIRA, F. R., MELO, V. de E. O impacto da maquiagem na autoestima de mulheres com câncer de mama. *Revista Riuni*, 2019. Disponível em: <https://riuni.unisul.br/bitstream/handle/12345/7740/Artigo%20Final.pdf?sequence=1&isAllowed=y#:~:text=Sendo%20assim%2C%20acredita%2Dse%20que,c%C3%A2ncer%20de%20pele%20n%C3%A3o%20melanoma>. Acesso em: 6 de setembro de 2020.

TEIXEIRA, L. M., SANTOS, Y. M. M., OLIVEIRA, M. V. M. Perfil cognitivo de idosos institucionalizados em Francisco Sá/MG e São Romão/MG. *Revista Bionorte*, v. 4, n. 1, p. 70-75, 2015.

TORRISI, M, et al. Comportamentos inadequados e hipersexualidade em indivíduos com demência: uma visão geral de um problema negligenciado. *Geriatrics e Gerontologia Int.*, v. 17, n. 6, p. 865-874, 2017.

VAREJÃO, R. V.; DANTAS, E. H. M.; MATSUO, S. M. M. Comparação dos efeitos do alongamento e sobre os níveis de flexibilidade, capacidade funcional e qualidade de vida do idoso. *Revista Brasileira Ciência e Movimento*, Brasília, v. 15, n. 2, p. 87-95, 2007.

VITORELI, E.; PESSINI, S.; SILVA, M. J. P. A auto-estima de idosos e as doenças crônico-degenerativas. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, Passo Fundo, p. 102-114, 2005.

VERAS R. P. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. *Cadernos Saúde Pública*, v. 19, n. 3, p. 705-15, 2003.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev. Saúde Pública*, v. 43, n. 3, p. 548-554, 2009.

VIANA, H. B., MADRUGA, V. A. Sexualidade, qualidade de vida e atividade física no envelhecimento. *Conexões*, v. 6, p. 222-233, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.20396/conex.v6i0.8637827>. Acesso em: 21 de outubro de 2019.

VIEIRA, K. F. L.; COUTINHO, M. P. L.; SARAIVA, E. R. A. A sexualidade na velhice: representações sociais de idosos frequentadores de um grupo de convivência. *Psicol. Ciência Prof.*, v. 36, n. 1, p. 196-209, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v36n1/1982-3703-pcp-36-1-0196.pdf>. Acesso em: 02 de setembro de 2020.

VIEIRA, D. L. F. C; Sobral, B. O corpo envelhece, a sexualidade não: AIDS no diagnóstico diferencial entre as doenças comuns nos idosos. *Int. Clin. Med.*, 2009.

WEEKS, Jeffrey. O corpo e a sexualidade. In: LOURO, Guacira L. *O Corpo Educado – pedagogias da sexualidade*. Belo Horizonte: Autêntica, 2001.

WEISS, C. O. Fragilidade e doenças crônicas em idosos. *Clin. Geriatr. Med.*, v. 27, n. 1, p. 39-52. Doi: 10.1016/j.cger.2010.08.003, 2011.

WHO. World Health Organization. International Classification of Functioning. Deficiência e Saúde. Geneve: WHO; 2001.

APÊNDICES**APÊNDICE I - FICHA DE AVALIAÇÃO SÓCIO DEMOGRÁFICA**

Data da avaliação: ___/___/____.

Número do participante: _____

Data de nascimento: ___ / ___ / _____. Idade: ___ anos.

Sexo: () feminino () masculino

ILPI: _____

Tempo que reside na instituição: _____

Motivo pelo qual foi morar na ILPI: _____

Estado civil: _____

Espiritualidade/religião: _____

Ocupação atual: _____

Ocupação/profissão: _____

Renda mensal: _____

Escolaridade: _____

Origem étnica: _____

APÊNDICE II - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



Pontifícia Universidade Católica do
Rio Grande do Sul
Programa de Pós-graduação em
Gerontologia Biomédica

O senhor (a) está sendo convidado a participar de um estudo de pesquisa chamado “VERIFICAÇÃO DA OCORRÊNCIA DE ASSOCIAÇÃO ENTRE FUNCIONALIDADE, SEXUALIDADE, AUTOESTIMA, AUTOIMAGEM, SOLIDÃO, APOIO SOCIAL E ESPIRITUALIDADE EM PESSOAS IDOSAS INSTITUCIONALIZADAS” desenvolvido pelo Programa de Pós Graduação em Gerontologia Biomédica da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS).

O processo de envelhecimento produz transformações, mudanças e adaptações na vida das pessoas em diferentes aspectos, desde o nível molecular, passando pelo morfofisiológico, psicológico, afetivo, sexual e sociocultural. E essas alterações podem ter um impacto importante em diferentes aspectos, como na funcionalidade, bem como, em questões mais subjetivas, como sexualidade, autoestima, autoimagem, solidão, apoio social e espiritualidade.

Todas essas alterações em conjunto podem levar a pessoa idosa a perda de independência e autonomia e doenças crônicas não transmissíveis, tornando-o mais susceptível a institucionalização. Isto porque, as configurações familiares da vida moderna estão cada vez mais voltadas para o indivíduo jovem, produtivo e multifacetado, que na maioria das vezes não tem condições de cuidar em casa do seu idoso. Contudo, qual o perfil biológico, corporal, funcional, sexual e psicossocial desses sujeitos e qual o impacto da institucionalização nessas variáveis ainda é um quebra-cabeças a ser montado.

Os participantes desta pesquisa serão submetidos a responder uma ficha de avaliação sócio demográfica, e questionários sobre sexualidade, autoimagem, autoestima, apoio social, solidão e práticas religiosas sociais e privadas. Posteriormente serão aplicados testes que avaliam a funcionalidade e mobilidade.

Todos os resultados obtidos serão confidenciais e ficarão sob a tutela e total responsabilidade das pesquisadoras deste projeto, podendo a qualquer momento ser consultados e/ou eliminados da pesquisa caso você desista da sua participação como voluntária. Você tem a liberdade de abandonar a pesquisa em qualquer fase desta, sem que isto leve a penalização alguma ou qualquer prejuízo posterior a você ou a sua família.

Assinatura Pesquisadora

Assinatura Participante/representante legal

Esta pesquisa praticamente não determina risco adicional ou dano à sua saúde e sua participação é isenta de remuneração ou ônus. As pesquisadoras envolvidas no Projeto garantem a você o direito a qualquer pergunta e/ou esclarecimentos mais específicos dos procedimentos realizados e/ou interpretação dos resultados obtidos nos exames. Você participando desta pesquisa estará contribuindo na identificação de possíveis fatores que associados podem influenciar o bem estar integral da pessoa idosa, possibilitando a melhoria do conhecimento e entendimento dos fatores pesquisados.

Após ter recebido todas as informações relacionadas ao estudo eu, _____ portadora da CI _____ certifico que as responsáveis pelo projeto, Tatiane Rocha Razeira e a Dr.^a Maria Gabriela Valle Gottlieb responderam a todas as minhas perguntas sobre o estudo e minha condição, e eu, voluntariamente, aceito participar dele, pois reconheço que:

1º) Foi-me fornecida uma cópia das informações ao participante, a qual eu li e compreendi por completo.

2º) Fui informada(o) dos objetivos específicos e da justificativa desta pesquisa de forma clara e detalhada. Recebi informações sobre cada procedimento no qual estarei envolvida, dos riscos ou desconfortos previstos, tanto quanto os benefícios esperados.

3º) Está entendido que eu posso retirar-me do estudo a qualquer momento, e isto não afetará meus cuidados médicos ou de parentes meus no presente e no futuro.

4º) Todas as informações a meu respeito serão confidenciais.

5º) Fui informada que caso existam danos à minha saúde, causados diretamente pela pesquisa, terei direito a tratamento médico e indenização conforme estabelece a lei. Também sei que caso existam gastos adicionais, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa.

6º) Foi-me garantido que não terei gastos em participar do estudo.

7º) Foi-me dada à garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou qualquer dúvida acerca dos riscos e benefícios da pesquisa e o meu tratamento. Caso tiver novas perguntas sobre este estudo, poderei chamar os pesquisadores integrantes da equipe de pesquisa pelo telefone (55) 99926-4258. Para qualquer pergunta sobre os meus direitos como participante deste estudo ou se penso que fui prejudicada pela minha participação, poderei chamar Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS no telefone (51)33 20 33 45 e/ou Tatiane Rocha Razeira no telefone (55) 99926-4258 e/ou Maria Gabriela Valle Gottlieb (51) 98111-6078.

Concordo que os meus dados obtidos neste estudo sejam documentados. Declaro, ainda que recebi cópia do presente Termo de Consentimento.

Nome do Participante: _____

Assinatura do Participante/Representante Legal: _____ Data _____

Pesquisador(a) Responsável: _____

Assinatura Pesquisadora: _____ Data _____

Este formulário foi lido para _____ em ____/____/____, _____-RS, por _____, enquanto eu estava presente. Nome da

Testemunha _____ Assinatura da Testemunha

_____ Data: _____

Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

Av. Ipiranga 6690 - Prédio 60 - Sala 314

Porto Alegre - RS – Brasil CEP: 90610-900

Fone/Fax: (51) 3320.3345 E-mail: cep@pucls.br

APÊNDICE III – ARTIGO CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA
SEXUALIDADE, ALZHEIMER E INSTITUCIONALIZAÇÃO: O SILÊNCIO GRITANTE

TATIANE ROCHA RAZEIRA¹ E MARIA GABRIELA VALLE GOTTLIEB^{1,2}

1 Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica da Escola de Medicina de Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. 2 Instituto de Geriatria e Gerontologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul- PUCRS, Brasil.

RESUMO

O presente estudo objetivou realizar uma revisão narrativa sobre a sexualidade de pessoas idosas portadoras de Alzheimer e institucionalizadas, bem como fomentar a discussão sobre a formação dos profissionais em saúde. A pesquisa foi embasada em artigos científicos publicados em periódicos nacionais e internacionais nos últimos dez anos. Foram utilizados os seguintes descritores: sexualidade/sexuality, doença de Alzheimer/Alzheimer disease, institucionalização/institucionalization e sexualidade/sexuality, demência/dementia, institucionalização/institucionalization. A análise dos estudos demonstrou que a expressão da sexualidade por pessoas idosas com doença de Alzheimer (DA) nas Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) ainda se revela como tabu, permeada por preconceitos, evitada e configura-se como um silêncio gritante. As ILPIs devem proporcionar ambiente seguro para que o idoso (portador ou não de DA) possa expressar e viver sua sexualidade sem culpabilidade, com possibilidades e fluidez, de forma saudável e protegida. Contudo, para que isso ocorra é fundamental que os profissionais, familiares e cuidadores envolvidos tenham conhecimento e a compreensão de que preservar a saúde global da pessoa idosa também significa respeitar a sua sexualidade, à liberdade de expressão, à autonomia, os seus corpos e vontades. Contudo, para essa pessoa idosa é essencial que exista cuidado e conhecimento dos sintomas e alterações que a doença desencadeia e um monitoramento cauteloso, por parte dos agentes envolvidos na preservação de preceitos bioéticos universais.

Palavras-chave: Sexualidade; Alzheimer; Institucionalização; Pessoa Idosa.

APÊNDICE IV – ARTIGO ENCAMINHADO PARA REVISTA KAIRÓS
GERONTOLOGIA

SEXUALIDADES E INSTITUCIONALIZAÇÃO: O *INVISÍVEL*

RESUMO

Essa pesquisa constitui-se como qualitativa com enfoque etnográfico, deu-se através de observação participante e conversas informais descritas no diário de campo. Objetivou investigar as vivências da sexualidade de pessoas idosas institucionalizadas. Esse estudo evidenciou a sexualidade como um aspecto de foro íntimo e privado, ela se faz presente, mas encoberta, o que demonstra que esse disfarce é atravessado por conceitos preestabelecidos e pela ideia (ainda persistente) de velhice assexuada.

Palavras-chave: Sexualidade; Institucionalização; Gerontologia.

APÊNDICE V- CAPÍTULO DO LIVRO: “TEMAS PARA UM ENVELHECIMENTO BEM-SUCEDIDO”.

Sexualidade e Institucionalização

O processo de envelhecimento produz transformações, mudanças e adaptações na vida das pessoas em diferentes aspectos, revelando uma ampla e complexa área de conhecimento. Nesse sentido, conforme avança o processo de envelhecimento, a sexualidade também vai assumindo novos contornos. E se o envelhecimento produz transformações, mudanças e requer adaptações na vida das pessoas, a sexualidade assim também o é.

Entende-se muito mais que um fenômeno biológico, a vivência da sexualidade é resultado de uma série de crenças, comportamentos, relações e identidades socialmente e historicamente construídas; a sexualidade está circunscrita às formas pelas quais homens e mulheres expressam seus desejos e prazeres, em diferentes tempos e lugares e nas diversas fases da vida (WEEKS, 2001; LOURO, 2001).

O amor e a vivência da sexualidade podem significar aspectos positivos para pessoas de mais idade, pois é uma oportunidade de carinho, afeto, admiração por alguém; é autoafirmação de si, de seu corpo, autoestima elevada, bom humor e melhor qualidade de vida (ALMEIDA e LOURENÇO, 2007).

A sexualidade pode ser compreendida a partir de um enfoque amplo e abrangente, manifesta-se por toda vida, e, dentro de um contexto mais amplo, pode-se considerar que a influência da sexualidade permeia todas as manifestações humanas, do nascimento até a morte. Não é benefício de um determinado grupo etário, o das pessoas jovens, todas as pessoas têm liberdade para viverem ou não sua sexualidade da maneira que quiserem, de acordo com suas necessidades, vontades, disponibilidade e criatividade (RAZEIRA, 2016).

Quando se trata de envelhecimento, diferentes saberes especializados concordam que a sexualidade não se esgota com o passar dos anos, apenas ocorre um declínio da frequência da atividade sexual. A gerontologia e outras áreas do conhecimento afirmam que esse decréscimo é substituído por uma intensidade ampliada do prazer sexual (DEBERT e BRIGEIRO, 2012).

Percebe-se a vivência das sexualidades como característica fundamental para qualidade de vida das pessoas idosas de forma integral, mas ainda existe o pensamento da velhice assexuada, resistindo assim, com repressão dos desejos, sentimentos, emoções e

prazeres. A falta de informação a respeito da temática acaba contribuindo para a produção de uma visão única sobre o assunto, e o significado da sexualidade vai além do ato sexual; ela aparece expressa pelo toque, olhares, emoções, evidenciados por sentimentos que são vivenciados pelas pessoas idosas.

Com o aumento da população idosa e da expectativa de vida, mudanças nas configurações familiares (homens e mulheres estudam e trabalham fora) acarretam novas demandas no que se refere ao cuidado e atenção aos familiares idosos. Há algumas décadas idosos(as) eram cuidados em casa pelos familiares, somente as pessoas sem família iam para asilos ou lares, ou seja, os familiares tinham obrigação de cuidar de seus entes idosos.

As instituições de longa permanência para idosos podem ser entendidas como “residência coletiva, que atende tanto idosos independentes em situação de carência de renda e/ou de família quanto aqueles com dificuldades para o desempenho das atividades diárias, que necessitem de cuidados prolongados” (CAMARANO; KANSO, 2010, p. 234).

De acordo com as normas técnicas para o funcionamento das instituições, estas devem propiciar o exercício dos direitos humanos civis, políticos, econômicos, sociais, culturais e individuais de seus residentes (BRASIL, 2005).

A regulamentação do funcionamento dessas instituições é algo recente, visto que as normatizações que regulam o funcionamento das casas de repouso, clínicas geriátricas e outras instituições que prestam atendimento de idosos, consta na Portaria nº. 810 de 22 de setembro de 1989 (BRASIL, 1989). Alguns anos depois, foram nomeadas de ILPI na legislação vigente da RDC nº. 283 de 26 de setembro de 2005, que institui os critérios mínimos para o funcionamento (BRASIL, 2005).

Dentre as alternativas oferecidas no panorama atual, ILPI, casas e residenciais geriátricos, centros de convivência, asilos etc., mostram-se por vezes, como uma opção (ou por falta de outra opção) em meio às necessidades exigidas pela pessoa idosa e/ou da organização e constituição familiares contemporâneas.

A questão da velhice institucionalizada ainda é percebida com olhar desconfiado e de forma estigmatizada, existe uma associação entre asilo (lar, casa de repouso, etc.) e abandono, exclusão, e até mesmo, lugar de espera da morte.

Da mesma forma que a velhice institucionalizada, as questões sobre sexualidade também são melindrosamente observadas e pesquisadas em âmbito acadêmico, as temáticas ainda provocam olhares curiosos e receosos, e quando se fala em sexualidade de pessoas idosas institucionalizadas, além da curiosidade, percebem-se olhares desconfiados.

Em virtude disso, as temáticas tornaram-se foco de pesquisas em diferentes áreas do conhecimento, tanto no campo das ciências da saúde como das sociais. No estudo de Fernandes et al. (2015), as análises demonstraram variadas abordagens e pressupostos teórico metodológicos, além de, expor a necessidade de políticas públicas e ações voltadas para as pessoas que vivenciam a sexualidade no envelhecimento.

Atitudes positivas relacionadas à sexualidade em instituições foram correlacionadas com um maior nível de conhecimento sobre a sexualidade e os obstáculos para sua abordagem são a falta de privacidade e o desconforto da equipe, os quais geram solidão e falta de intimidade nos lares (AGUILAR, 2017).

Para acabar com os obstáculos para vivência da sexualidade em instituições, é importante compreender profundamente as experiências e reações da equipe de enfermagem em relação à intimidade e à sexualidade no cuidado com as pessoas idosas (MAHIEU et al., 2018).

Existem questões principais que influenciam a qualidade de vida de idosos institucionalizados, como a construção e a conservação de vínculos significativos e a necessidade de que a intimidade seja respeitada. E a instituição deve ser um ambiente seguro em que a velhice possua valores positivos e os idosos sejam gestores da própria vida (MOREIRA, 2014).

Diante dessas constatações, percebe-se movimentos e mudanças que desafiam o *status quo* (re)modelando as formas como a sexualidade é configurada e conceituada, proporcionando outros olhares. E assim, reafirmam a importância em pensar a sexualidade como componente constante e inextricável da vida das pessoas idosas, a qual muitas vezes demanda adaptações, e se reconstrói conforme a necessidade ou desejo de suas vivências. No caminho desses conhecimentos, podem-se pensar os diferentes matizes e possibilidades que a sexualidade assume na vivência dos desejos e prazeres dessas pessoas idosas.

É provável que vejamos uma nova e radical mudança nos modos como nos relacionamos com nossos corpos e necessidades sexuais. O desafio será compreender, de forma mais efetiva, os processos que estão em ação nesse campo. Ao pensarmos a respeito da sexualidade da pessoa idosa, portanto, é preciso discutir vários aspectos, os quais possuem raízes profundas e pressupostos fixos, aceitos, difundidos, controlados e institucionalizados. A sexualidade está vinculada aos corpos, às relações, afetos, dentre outros aspectos importantes na compreensão hodierna do processo de envelhecimento.

Em meio aos numerosos discursos, desponta a sexualidade transcendendo a idade, tangenciando a linha entre o permitido e o proibido, que nessas novas configurações de relações vivenciadas pela população idosa contemporânea, faz-se necessário o acesso a informações e a superação de tabus e preconceitos relacionados à expressão e às vivências da sexualidade na velhice.

O envelhecimento não pode ser entendido apenas por fatores demográficos e econômicos, pois estes não conseguem abranger a complexidade do processo nem contemplar a diversidade das experiências individuais e grupais cingidas com a velhice enquanto categoria analítica. Assim, a velhice é uma construção social caracterizada pelas diferenças e não mais a consequência do ciclo de vida (DEBERT, 1999).

Portanto, além dos conhecimentos históricos sobre o processo de envelhecimento humano, para analisar qualquer prática vinculada à sexualidade, é essencial entender seu significado para quem a exerce, considerando o momento histórico e o contexto cultural.

Sendo assim, entende-se que algumas mudanças de atitudes, pensamentos e comportamentos são necessárias para que ocorra a desconstrução dos mitos e tabus que cercam o tema da sexualidade, superando a ideia de vivê-la apenas para a reprodução, sem satisfação sexual e prazer. A sexualidade influencia a saúde, a qualidade de vida e a satisfação de viver a vida – por parte de mulheres e homens que estão envelhecendo, mudando e se adaptando no que se refere à sexualidade.

Penso que a produção acadêmica e as intervenções estejam pautadas no respeito ao pluralismo que as sexualidades contêm, para que possamos fornecer novas proposições para modelos sexualmente instituídos. A sexualidade possui uma dimensão ampla, é histórica, social, inacabada e permite novas significações, e, talvez, ainda, configure-se como um silêncio gritante. O principal enfoque que envolve a temática é proporcionar às pessoas idosas manifestar sua sexualidade sem culpabilidade, com possibilidades e fluidez.

As instituições devem primar pelo respeito à individualidade e à diversidade, esse se evidencia como principal desafio das instituições para pessoas idosas é preciso olhar cada pessoa e seu contexto com intento de proporcionar o acolhimento, coletivo individualizado, com qualidade. De um ponto de vista amplo, anseio que a partir das interpretações e reflexões apresentadas, as perspectivas das pessoas idosas institucionalizadas sejam valorizadas e visibilizadas, e que também contribuam na construção de conhecimentos gerontológicos.

Referências:

AGUILAR, R. A. **Expressão Sexual de Residentes do Lar de Enfermagem: Revisão Sistemática da Literatura.** J. Nurs Scholarsh, 2017; 49 (5): 470-477. doi: 10.1111 / jnu.12315.

ALMEIDA, Thiago de; LOURENÇO, Maria Luiza. **Envelhecimento, amor e sexualidade: utopia ou realidade.** Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p.101-113, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 810/GM/MS**, de 22 de setembro de 1989. Disponível em:<<http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/organiza/legis.htm>
Acesso em: 08 de setembro de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução da Diretoria Colegiada nº 283**, de 26 de setembro de 2005. ANVISA. Disponível em: <<http://www20.anvisa.gov.br/seguranca/dopaciente/index.php/legislacao/item/rdc-283-de-26-de-setembro-de-2005>>. Acesso em: 08 de setembro de 2014.

CAMARANO, A. A.; KANSO, Solange. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. **Revista Bras. Est. Pop.**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 233-235 jan./jun. 2010.

DEBERT, G. G. **A reinvenção da velhice.** São Paulo: Edusp/Fapesp, 1999.

_____. BRIGEIRO, Mauro. Fronteiras de gênero e a sexualidade na velhice. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 27, n. 80, 2012.

FERNANDES, J.; BARROSO, K.; ASSIS, A.; POCAHY, F. Gênero, sexualidade e envelhecimento: uma revisão sistemática da literatura. **Clínica & Cultura**, v. 4, n. 1, p. 14-28, 2015.

LOURO, Guacira L. **O Corpo Educado – pedagogias da sexualidade.** Belo Horizonte: Autêntica, 2001.

MOREIRA, P. de A. **Qualidade de vida de idosos institucionalizados.** 2014. 185 f. Dissertação (Mestrado) Mestrado em Alimentos, nutrição e saúde - Universidade Federal da Bahia. Escola de Nutrição, Salvador, 2014.

RAZEIRA, T. R., **Cenas do cotidiano e da sexualidade de pessoas idosas institucionalizadas.** 99 f. Dissertação (Mestrado) Mestrado em Gerontologia – Universidade Federal de Santa Maria. Centro de Educação Física e Desportos, Santa Maria, 2016.

ROSENBERG, M. *Society and the adolescent selfimage.* New Jersey: Princeton University Press; 1965.

THYS, K., MAHIEU, L., CAVOLO, A., HENSEN, C., DIERCKX, C. B., GASTMANS, C. **Experiências e reações de enfermeiros frente às expressões de intimidade e sexualidade de residentes em asilos: um estudo qualitativo.** J. Clin Nurs; 28 (5-6): 836-849. doi: 10.1111 / jocn.14680. Epub, 2018.

VISCARDI, A. A. F., CORREIA, P. M. S. Questionários de avaliação da autoestima e/ou da autoimagem: vantagens e desvantagens na utilização com idosos. Rev Bras Qual Vida, 9:261-80, 2017. Disponível em: <https://periodicos.utfpr.edu.br/rbqv/article/view/5845/4574> Acesso em: julho de 2021.

ANEXOS

ANEXO I - INDEX DE INDEPENDÊNCIA NAS ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA DE KATZ

Fonte: Caderno de Atenção básica a saúde do idoso, Ministério da Saúde, 2009.

O Index de Independência nas Atividades Básicas de Vida Diária de Sidney Katz é um dos instrumentos mais utilizados para avaliar as AVD. Avalia a independência no desempenho de seis funções (banho, vestir-se, ir ao banheiro, transferência, continência e alimentação) classificando as pessoas idosas como independentes ou dependentes.

Objetivo: avaliar a independência funcional das pessoas idosas no desempenho das AVD.
Avaliações dos resultados: as pessoas idosas são classificadas como independentes ou dependentes no desempenho de seis funções a partir da utilização de um questionário padrão.
Providências com os achados/resultados: para os idosos mais dependentes deverá ser elaborado um projeto terapêutico singular.

Segundo os autores haveria uma regressão ordenada como parte do processo fisiológico de envelhecimento, em que as perdas funcionais caminhariam das funções mais complexas para as mais básicas, enquanto as funções que são mais básicas e menos complexas poderiam ser retidas por mais tempo. A escala mostra-se útil para evidenciar a dinâmica da instalação da incapacidade no processo de envelhecimento, estabelecer prognósticos, avaliar as demandas assistenciais, determinar a efetividade de tratamentos além de contribuir para o ensino do significado de “ajuda” em reabilitação.

Index de AVDs (Katz)	TIPO DE CLASSIFICAÇÃO
A	Independente para todas as atividades.
B	Independente para todas as atividades menos uma.
C	Independente para todas as atividades menos banho e mais uma adicional
D	Independente para todas as atividades menos banho, vestir-se e mais uma adicional.
E	Independente para todas as atividades menos banho, vestir-se, ir ao banheiro e mais uma adicional.
F	Independente para todas as atividades menos banho, vestir-se, ir ao banheiro, transferência e mais uma adicional
G	Dependente para todas as atividades.
Outro	Dependente em pelo menos duas funções,

	mas que não se classificasse em C,D,E e F.
--	--

Nome _____		Data da avaliação: ___/___/___	
Para cada área de funcionamento listado abaixo assinale a descrição que melhor se aplica. A palavra “assistência” significa supervisão, orientação ou auxílio pessoal.			
Banho - a avaliação da atividade “banhar-se” é realizada em relação ao uso do chuveiro, da banheira e ao ato de esfregar-se em qualquer uma dessas situações. Nessa função, além do padronizado para todas as outras, também são considerados independentes os idosos que recebem algum auxílio para banhar uma parte específica do corpo, como por exemplo, a região dorsal ou uma das extremidades.			
Não recebe assistência (entra e sai do banheiro sozinho se essa é usualmente utilizado para banho) <input type="checkbox"/>	Recebe assistência no banho somente para uma parte do corpo (como costas ou perna) <input type="checkbox"/>	Recebe assistência no banho em mais de uma parte do corpo. <input type="checkbox"/>	
Vestir-se para avaliar a função “vestir-se” considera-se o ato de pegar as roupas no armário, bem como o ato de se vestir propriamente dito. Como roupas íntimas, roupas externas, fechos e cintos. Calçar os sapatos está excluído da avaliação. A designação de dependência é dada às pessoas que recebem alguma assistência pessoal opu que permanecem parcial ou totalmente despidos.			
Pega as roupas e se veste completamente sem assistência. <input type="checkbox"/>	Pega as roupas e se veste sem assistência, exceto para amarrar os sapatos. <input type="checkbox"/>	Recebe assistência para pegar as roupas ou para vestir-se ou permanece parcial ou totalmente despido. <input type="checkbox"/>	
Banheiro - a função “ir ao banheiro” compreende o ato de ir ao banheiro para excreções, higienizar-se arrumar as próprias roupas. Os idosos considerados independentes podem ou não utilizar algum equipamento ou ajuda mecânica para desempenhar a função sem que isso altere a classificação. Dependentes são aqueles que recebem qualquer auxílio direto ou que não desempenham a função. Aqueles que utilizam “papagaios” ou “comadres” também são considerados dependentes.			
Vai ao banheiro, higienizar-se se veste após as eliminações sem assistência(pode utilizar objetos de apoio como bengala, andador, barras de apoio ou cadeira de rodas e pode utilizar comadre ou urinol á noite esvaziando por si mesmo pela manhã) <input type="checkbox"/>	Recebe assistência para ir ao banheiro ou para higienizar-se ou para vestir-se após as eliminações ou para usar o urinol ou comadre à noite. <input type="checkbox"/>	Não vai ao banheiro para urinar ou evacuar. <input type="checkbox"/>	
Transferência - a função “transferência” é avaliada pelo movimento desempenhado pelo idoso para sair da cama e sentar-se em uma cadeira e vice-versa. Como na função anterior, o uso de equipamentos ou suporte mecênico não altera a classificação de indepedência para a função. Dependentes são as pessoas que recebem qualquer auxílio em qualquer das transferências ou que não executam uma ou mais transferências.			
Deita-se e levanta-se da <input type="checkbox"/>	Deita-se e levanta-se da <input type="checkbox"/>	Não sai da cama. <input type="checkbox"/>	

cama ou da cadeira sem assistência (pode utilizar um objeto de apoio como bengala ou andador)	cama ou cadeira com auxílio.	
<p>Continência – “continência” refere-se ao ato inteiramente autocontrolado de urinar ou defecar. A dependência está relacionada à presença de incontinência total ou parcial em qualquer das funções. Qualquer tipo de controle externo como enemas, caracterização ou uso regular de fraldas classifica a pessoa como dependente.</p>		
Tem controle sobre as funções urinar e evacuar <input type="checkbox"/>	Tem “acidentes” * ocasionais. *acidentes = perdas urinárias ou fecais. <input type="checkbox"/>	Supervisão para controlar urina e fezes, utiliza cateterismo ou <input type="checkbox"/> é incontinente.
<p>Alimentação - a função “alimentação” relaciona-se ao ato de dirigir a comida do prato (ou similar) à boca. O ato de cortar os alimentos ou prepará-los está excluído da avaliação. Dependentes são as pessoas que recebem qualquer assistência pessoal. Aqueles que não se alimentam sem ajuda ou que utilizam sondas para se alimentarem são considerados dependentes.</p>		
Alimenta-se sem assistência. <input type="checkbox"/>	Alimenta-se sem assistência, exceto para cortar carne ou passar manteiga no pão. <input type="checkbox"/>	Recebe assistência para se alimentar ou é alimentado parcial ou totalmente por sonda enteral ou parenteral. <input type="checkbox"/>

ANEXO II - TIMED UP AND GO TEST

Timed Up and Go

Autores: O Time Up and Go Test (TUGT) é uma versão modificada do 'Get-up and Go' (PODSIADLO & RICHARDSON, 1991) desenvolvido por Mathias, Nayak e Isaacs (1986).

Objetivo: avaliar a mobilidade e o equilíbrio. É amplamente utilizado por ser de fácil aplicação. O teste quantifica em segundos a mobilidade funcional através do tempo que o indivíduo realiza a tarefa, ou seja, em quantos segundos ele levanta de uma cadeira padronizada com apoio e braços e de aproximadamente 46 cm de altura e braços de 65 cm de altura, caminha 3 metros, vira, volta rumo à cadeira e senta novamente. Alguns autores têm usado uma versão modificada do TUG associado a uma tarefa cognitiva para se avaliar a influência da demanda atencional sobre o equilíbrio dos idosos.

Procedimento de Avaliação: o teste é realizado com o uso de seus calçados habituais e se necessário de bengala. No TUG, o idoso parte da posição inicial com as costas apoiadas na cadeira, e é instruído a se levantar, andar um percurso linear de 3 metros até um ponto pré-determinado marcado no chão, regressar e tornar a sentar-se apoiando as costas na mesma cadeira. O paciente é instruído a não conversar durante a execução do teste e realizá-lo numa velocidade habitual autoselecionada, de forma segura.

O teste tem início após o sinal de partida representado simultaneamente pela flexão do braço esquerdo do avaliador e pelo comando verbal "vá" (instante em que inicia a cronometragem). A cronometragem será parada somente quando o idoso colocar-se novamente na posição inicial sentado com as costas apoiadas na cadeira. Versão: Timed Up & Go Test (TUG)

Instrução: sujeito sentado em uma cadeira com braços, com as costas apoiadas, usando seus calçados usuais e seu dispositivo de auxílio à marcha. Após o comando "vá", deve se levantar da cadeira e andar um percurso linear de 3 metros, com passos seguros, retornar em direção à cadeira em sentar-se novamente.

TEMPO GASTO NA TAREFA TENTATIVA 1: _____ segundos

TEMPO GASTO NA TAREFA TENTATIVA 2: _____ segundos

TEMPO GASTO NA TAREFA TENTATIVA 3: _____ segundos

Gait speed tentativa 1 _____

Gait speed tentativa 2 _____

Gait speed tentative 3 _____

ANEXO III- LAGESC/ UDESC

Questionário sobre a sexualidade na Terceira Idade (QSTI).

Nome: _____ Sexo: _____ Idade: _____.

1. O quanto sexo foi importante para você na sua juventude?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
nada	pouco			medianamente			razoavelmente			muito

2. Qual era a sua frequência sexual por semana na sua juventude (incluindo a masturbação)? _____.

3. O quanto você se considera sexualmente satisfeita/o atualmente?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
nada	pouco			medianamente			razoavelmente			muito

4. Você tem um parceiro/a sexual fixo atualmente? () sim () não
Em caso, positivo é: seu marido (), namorado (), ou apenas ficante ()

5. O quanto você se considera sexualmente ativa/o atualmente (incluindo a masturbação)?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
nada	pouco			medianamente			razoavelmente			muito

6. Qual a sua frequência sexual por semana atualmente (incluindo a masturbação)? _____

7. O quanto sexo é importante para você atualmente?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
nada	pouco			medianamente			razoavelmente			muito



ANEXO IV - ESCALA DE AUTOESTIMA

Como você avalia estas questões:

- 1) De uma forma geral (apesar de tudo), estou satisfeito(a) comigo mesmo(a).
a) Concordo plenamente b) Concordo c) Discordo d) Discordo plenamente

- 2) Às vezes, eu acho que eu não sirvo para nada (desqualificado(a) ou inferior em relação aos outros)
a) Concordo plenamente b) Concordo c) Discordo d) Discordo plenamente

- 3) Eu sinto que eu tenho um tanto (um número) de boas qualidades.
a) Concordo plenamente b) Concordo c) Discordo d) Discordo plenamente

- 4) Eu sou capaz de fazer coisas tão bem quanto a maioria das outras pessoas (desde que me ensinadas).
a) Concordo plenamente b) Concordo c) Discordo d) Discordo plenamente

- 5) Não sinto satisfação nas coisas que realizei. Eu sinto que não tenho muito do que me orgulhar.
a) Concordo plenamente b) Concordo c) Discordo d) Discordo plenamente

- 6) Às vezes, eu realmente me sinto inútil (incapaz de fazer as coisas)
a) Concordo plenamente b) Concordo c) Discordo d) Discordo plenamente

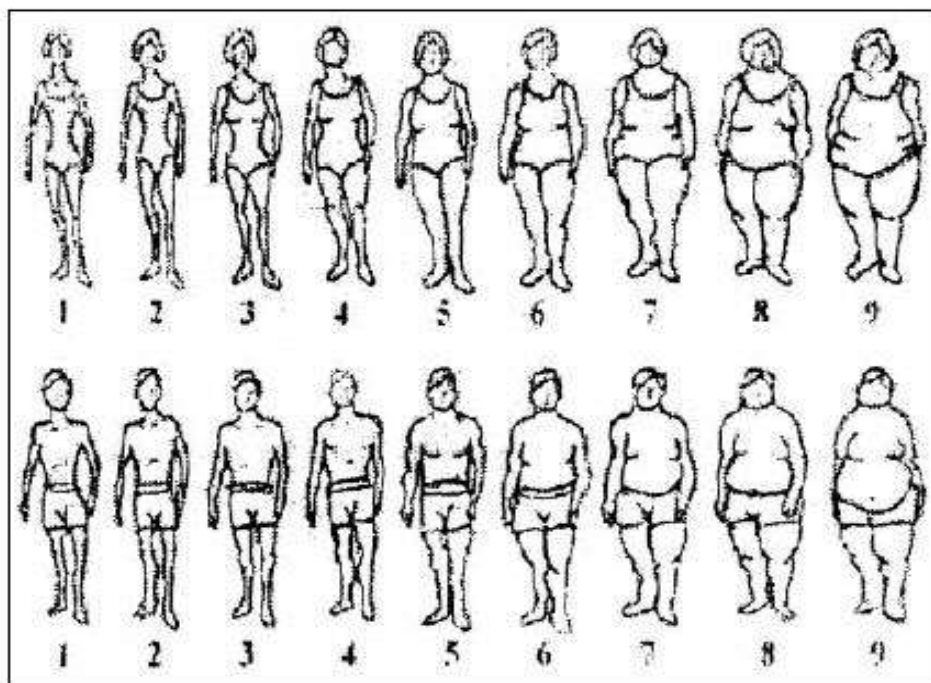
- 7) Eu sinto que sou uma pessoa de valor, pelo menos num plano igual (num mesmo nível) as outras pessoas.
a) Concordo plenamente b) Concordo c) Discordo d) Discordo plenamente

- 8) Não me dou o devido valor. Gostaria de ter mais respeito por mim mesmo(a).
a) Concordo plenamente b) Concordo c) Discordo d) Discordo plenamente

- 9) Quase sempre eu estou inclinado(a) a achar que sou um(a) fracassado(a).
a) Concordo plenamente b) Concordo c) Discordo d) Discordo plenamente

- 10) Eu tenho uma atitude positiva (pensamentos, atos e sentimentos positivos) em relação a mim mesmo(a).
a) Concordo plenamente b) Concordo c) Discordo d) Discordo plenamente

ANEXO V - ESCALA DE SILHUETAS DO STUNKARD, SORENSEN e SCHLUSINGER (1983)



ANEXO VI - ESCALA BRASILEIRA DE SOLIDÃO UCLA (UCLA-BR)

Nome: _____

Data de nascimento: _____ Estado civil: _____

Sexo: () Feminino () Masculino Escolaridade: _____

INSTRUÇÕES: Abaixo se encontram várias afirmativas sobre a forma que alguém pode se sentir. Pedimos que leia com atenção e marque com que frequência você se sente como descrito em cada uma das afirmativas abaixo.

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente
Eu me sinto infeliz por fazer tantas coisas sozinho(a).				
Eu não tolero ficar tão sozinho(a).				
Eu sinto que não tenho companhia.				
Eu sinto que ninguém me compreende.				
Eu fico esperando as pessoas me ligarem ou escreverem.				
Eu sinto que não tenho ninguém a quem eu possa recorrer.				
Eu não me sinto próximo(a) a ninguém.				
Sinto que meus interesses e ideias não são compartilhados por aqueles que me rodeiam.				
Eu me sinto excluído(a).				
Eu me sinto completamente sozinho(a).				
Eu sou incapaz de me aproximar e de me comunicar com as pessoas ao meu redor.				
Eu sinto que minhas relações sociais são superficiais.				
Eu me sinto carente de companhia.				
Eu sinto que ninguém me conhece realmente bem.				
Eu me sinto isolado(a) das outras pessoas.				
Sou infeliz estando tão excluído(a).				
Para mim é difícil fazer amigos.				
Eu me sinto bloqueado(a) e excluído(a) por outras pessoas.				
Sinto que as pessoas estão ao meu redor, mas não estão comigo.				
Eu me sinto incomodado(a) em realizar atividades sozinho(a).				

ANEXO VII - ESCALA CRE (ESCALA DE COPING RELIGIOSO E ESPIRITUAL)

Estamos interessados em saber se e o quanto você utiliza a religião e a espiritualidade para lidar com o estresse em sua vida. O estresse acontece quando você percebe que determinada situação é difícil ou problemática, porque vai além do que você julga poder suportar, ameaçando seu bem-estar. A situação pode envolver você, sua família, seu trabalho, seus amigos ou algo que é importante para você.

Neste momento, pense na situação de maior estresse que você viveu nos últimos três anos. Por favor, descreva-a em poucas palavras:

As frases abaixo descrevem atitudes que podem ser tomadas em situações de estresse. Circule o número que melhor representa o quanto VOCÊ fez ou não o que está escrito em cada frase para lidar com a situação estressante que você descreveu acima.

Exemplo:

Tentei dar sentido à situação através de Deus.

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

Se você não tentou, nem um pouco, dar sentido à situação através de

Deus, faça um círculo no número (1)

Se você tentou um pouco, circule o (2)

Se você tentou mais ou menos, circule o (3)

Se você tentou bastante, circule o (4)

Se você tentou muitíssimo, circule o (5)

Lembre-se: Não há opção certa ou errada. Marque só uma alternativa em cada questão. Seja sincero(a) nas suas respostas e não deixe nenhuma questão em branco!

1. Orei pelo bem-estar de outros

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

2. Procurei o amor e a proteção de Deus

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

3. Pedi a ajuda de Deus para perdoar outras pessoas

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

4. Revoltei-me contra Deus e seus desígnios

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

5. Procurei uma ligação maior com Deus

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

6. Questionei o amor de Deus por mim

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

7. Não fiz muito, apenas esperei que Deus resolvesse meus problemas por mim

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

8. Procurei uma casa religiosa ou de oração

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

9. Imaginei se o mal tinha algo a ver com essa situação

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

10. Procurei trabalhar pelo bem-estar social

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

11. Supliquei a Deus para fazer tudo dar certo

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

12. Busquei proteção e orientação de entidades espirituais (santos, espíritos, orixás, etc)

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

13. Procurei em Deus força, apoio e orientação

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

14. Tentei me juntar com outros que tivessem a mesma fé que eu

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

15. Senti insatisfação com os representantes religiosos de minha instituição

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

16. Li livros de ensinamentos espirituais/religiosos para entender e lidar com a situação

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

17. Pedi a Deus que me ajudasse a encontrar um novo propósito na vida

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

18. Tive dificuldades para receber conforto de minhas crenças religiosas

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

19. Procurei por amor e cuidado com os membros de minha instituição religiosa

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

20. Tentei parar de pensar em meus problemas, pensando em Deus

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

21. Fui a um templo religioso

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

22. Fiz o melhor que pude e entreguei a situação a Deus

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

23. Fiquei imaginando se Deus estava me castigando pela minha falta de fé

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

24. Pratiquei atos de caridade moral e/ou material

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

25. Senti que Deus estava atuando junto comigo

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

26. Roguei a Deus para que as coisas ficassem bem

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

27. Pensei em questões espirituais para desviar minha atenção dos meus problemas

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

28. Através da religião entendi porque sofria e procurei modificar meus atos para melhorar a situação

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

29. Procurei me aconselhar com meu guia espiritual superior (anjo da guarda, mentor, etc.)

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

30. Voltei-me a Deus para encontrar uma nova direção de vida

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

31. Tentei proporcionar conforto espiritual a outras pessoas

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

32. Fiquei imaginando se Deus tinha me abandonado

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

33. Pedi para Deus me ajudar a ser melhor e errar menos

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

34. Pensei que o acontecido poderia me aproximar mais de Deus

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

35. Não tentei lidar com a situação, apenas esperei que Deus levasse minhas preocupações embora

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

36. Senti que o mal estava tentando me afastar de Deus

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

37. Entreguei a situação para Deus depois de fazer tudo que podia

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

38. Orei para descobrir o objetivo de minha vida

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

39. Realizei atos ou ritos espirituais (qualquer ação especificamente relacionada com sua crença: sinal da cruz, confissão, jejum, rituais de purificação, citação de provérbios, entoação de mantras, psicografia, etc.)

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

40. Agi em colaboração com Deus para resolver meus problemas

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

41. Imaginei se minha instituição religiosa tinha me abandonado

- (1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
42. Focalizei meu pensamento na religião para parar de me preocupar com meus problemas
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
43. Procurei por um total re-despertar espiritual
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
44. Procurei apoio espiritual com os dirigentes de minha comunidade religiosa
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
45. Rezei por um milagre
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
46. Segui conselhos espirituais com vistas a melhorar física ou psicologicamente
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
47. Confiei que Deus estava comigo
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
48. Busquei ajuda espiritual para superar meus ressentimentos e mágoas
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
49. Procurei a misericórdia de Deus
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
50. Pensei que Deus não existia
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
51. Questionei se até Deus tem limites
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
52. Assisti a programas ou filmes religiosos ou dedicados à espiritualidade
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
53. Convenci-me que forças do mal atuaram para tudo isso acontecer
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
54. Busquei ajuda ou conforto na literatura religiosa
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
55. Ofereci apoio espiritual a minha família, amigos...
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
56. Pedi perdão pelos meus erros
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
57. Participei de sessões de cura espiritual
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
58. Agi em parceria com Deus, colaborando com Ele

- (1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
59. Imaginei se Deus permitiu que isso me acontecesse por causa dos meus erros
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
60. Assisti cultos ou sessões religiosas/espirituais
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
61. Tentei fazer o melhor que podia e deixei Deus fazer o resto
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
62. Envolvi-me voluntariamente em atividades pelo bem do próximo
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
63. Ouvi e/ou cantei músicas religiosas
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
64. Sabia que não poderia dar conta da situação, então apenas esperei que Deus assumisse o controle
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
65. Avaliei meus atos, pensamentos e sentimentos tentando melhorá-los segundo os ensinamentos religiosos
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
66. Recebi ajuda através de imposição das mãos (passes, rezas, bênçãos, magnetismo, reiki, etc.)
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
67. Procurei auxílio através da meditação
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
68. Procurei ou realizei tratamentos espirituais
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
69. Tentei lidar com a situação do meu jeito, sem a ajuda de Deus
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
70. Tentei encontrar um ensinamento de Deus no que aconteceu
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
71. Tentei construir uma forte relação com um poder superior
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
72. Comprei ou assinei revistas periódicas que falavam sobre Deus e questões espirituais
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
73. Senti que meu grupo religioso parecia estar me rejeitando ou me ignorando
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
74. Participei de práticas, atividades ou festividades religiosas ou espirituais
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

75. Montei um local de oração em minha casa

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

76. Tentei lidar com meus sentimentos sem pedir a ajuda de Deus

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

77. Procurei auxílio nos livros sagrados

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

78. Imaginei o que teria feito para Deus me punir

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

79. Tentei mudar meu caminho de vida e seguir um novo – o caminho de Deus

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

80. Procurei conversar com meu eu superior

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

81. Voltei-me para a espiritualidade

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

82. Busquei ajuda de Deus para livrar-me de meus sentimentos ruins/negativos

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

83. Culpei Deus pela situação, por ter deixado acontecer

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

84. Questionei se Deus realmente se importava

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

85. Orei individualmente e fiz aquilo com que mais me identificava espiritualmente

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

86. Refleti se não estava indo contra as leis de Deus e tentei modificar minha atitude

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

87. Busquei uma casa de Deus

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

OBRIGADO POR PARTICIPAR!

ANEXO VIII – ESCALA DE APOIO SOCIAL

Tabela 1

Questionário de apoio social, itens e dimensões propostas na versão original aplicada no *Medical Outcomes Study*, adaptadas para o português.

Tipo de apoio	Item Se você precisar, com que frequência conta com alguém...
Material	que o ajude, se ficar de cama? para levá-lo ao médico? para ajudá-lo nas tarefas diárias, se ficar doente? para preparar suas refeições, se você não puder prepará-las?
Afetivo	que demonstre amor e afeto por você? que lhe dê um abraço? que você ame e que faça você se sentir querido?
Emocional*	para ouvi-lo, quando você precisar falar? em quem confiar ou para falar de você ou sobre seus problemas? para compartilhar suas preocupações e medos mais íntimos? que compreenda seus problemas?
Informação*	para dar bons conselhos em situações de crise? para dar informação que o ajude a compreender uma determinada situação? de quem você realmente quer conselhos? para dar sugestões de como lidar com um problema pessoal?
Interação social positiva	com quem fazer coisas agradáveis? com quem distrair a cabeça? com quem relaxar? para se divertir junto?

* Dimensões não discriminadas em avaliações empíricas do estudo original, tratadas como uma única dimensão ¹⁸.



Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
Pró-Reitoria de Graduação
Av. Ipiranga, 6681 - Prédio 1 - 3º. andar
Porto Alegre - RS - Brasil
Fone: (51) 3320-3500 - Fax: (51) 3339-1564
E-mail: prograd@pucrs.br
Site: www.pucrs.br