



AUTOPERCEÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE E SATISFAÇÃO DOS SERVIÇOS OFERECIDOS A IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS

Fabiana Medeiros de Brito¹; Wiliana Aparecida Alves de Brito Fernandes²; Amanda Melo Fernandes³; Keylla Talitha Barbosa Fernandes⁴; Fabiana Maria Rodrigues Lopes de Oliveira⁵

¹Universidade Federal da Paraíba/ fabianabrito_@hotmail.com; ²Universidade Federal da Paraíba/ wiliana_alves@hotmail.com; ³Universidade Federal da Paraíba/ amanda_motiva@hotmail.com; ⁴Universidade Federal da Paraíba/ keyllafernandes@gmail.com; ⁵Universidade Federal da Paraíba/ fabianarodriguesenf@yahoo.com.br

Resumo: objetivou-se identificar a autopercepção da saúde dos idosos que vivem em Instituições de Longa Permanência, como a satisfação dos serviços ofertados a tais indivíduos nesses locais. Trata-se de uma pesquisa exploratória, de natureza qualitativa, que envolveu 87 idosos moradores de Instituições de Longa Permanência. A coleta dos dados foi realizada entre abril e maio de 2014, através de entrevista gravada. Para análise dos dados, utilizou-se a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo. Quanto aos resultados, 27 indivíduos entrevistados, 7 eram do sexo masculino e 20 do sexo feminino. As idades variaram entre 60 e 104 anos, prevalecendo uma média de 79 anos. Com relação a autopercepção de saúde as ideias centrais foram: “eu não sinto nada, é muito boa pra minha idade”; “sofrer não é bom sabe, mas não me queixo de nada, minha saúde é boa”, “minha saúde é dificultada, não é boa não”. No que se refere a assistência à saúde dentro desta instituição, as ideias centrais foram: “aqui tem muitos velhos e pouca gente pra cuidar”; “eles dão muitos remédios a gente, se for alguma coisa mais grave só indo pro hospital”; “saúde é paz de espírito, eu queria estar em casa com a minha família”. Conclui-se que a essência de uma assistência efetiva ao idoso institucionalizado é a compreensão da multidimensionalidade do ser, que se traduz na visão biopsicossocial e espiritual. A valorização do processo de autopercepção emerge como um eixo fundamental, um instrumento imprescindível, no sentido de melhorar a qualidade de vida deste indivíduo, e de preservar concomitantemente sua autonomia.

Palavras-chave: idoso, autopercepção, instituição de longa permanência, saúde, enfermagem.

INTRODUÇÃO

O ato de envelhecer pode refletir em sérias consequências para o indivíduo, estando este mais susceptível a afecções e agravos, configurando um novo espelho epidemiológico da prevalência de doenças crônicas (OLIVEIRA; GOMES; PAIVA, 2011). Nesse sentido, o idoso configura-se como um ser totalmente propenso a diversos tipos de enfermidades, não somente física, mas também mental ou social (MACIEL; ARAÚJO, 2010). Dificultando, desta forma, o ato de cuidar-se, que precisa ser trabalhado e estimulado, para que no decorrer do envelhecimento este não se perca, nem seja esquecido.

No que concerne a autopercepção da saúde, um estudo realizado com idosos comparou e demonstrou a relevância desse elemento para a melhoria da qualidade de vida nessa faixa etária, no sentido de combater práticas como a polifarmácia, a automedicação e o consumo de medicamentos impróprios (SANTOS et al., 2013). A falta do aspecto da autopercepção em idosos institucionalizados está diretamente associada a episódios de hospitalização, juntamente com outros fatores, o que corrobora também para a necessidade de planejamento no que diz respeito a assistência de saúde (DEL DUCA et al., 2010).

Nessa perspectiva, também como consequência do referido aumento da longevidade, no Brasil, surgem outros problemas, como por exemplo, as dificuldades socioeconômicas e culturais, a ausência de suporte nesses pilares influencia de forma significativa cada vez mais a busca por Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) (RISSARDO et al., 2012).

A extensão de idosos que residem em ILPIs nos países em crescimento atinge cerca de 11%, e quanto ao Brasil essa demanda não supera 1,5%. No entanto, mediante o contínuo crescimento populacional, essa demanda poderá aumentar apesar da premissa de que o cuidado ao idoso esteja ligada a família, a fatores demográficos sociais e de saúde, refletindo em causas que levam os idosos a residir em tais locais (GAUTÉRIO et al., 2012).

Duca et al. (2010) enfatizam que dados acerca das condições de saúde de idosos residentes em ILPIs e de suas demandas por serviços médicos são necessários para o planejamento da assistência à saúde, culminando no atendimento das necessidades individuais e na manutenção dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), principalmente, a equidade e a integralidade.

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

Neste contexto é imprescindível a necessidade de investigar a autopercepção de idosos atrelada à necessidade de uma assistência mais efetiva, tendo em vista a melhoria

da qualidade de vida destes, e o quantitativo de estudos relacionados à essa temática. É oportuno destacar que os idosos institucionalizados possuem necessidades específicas, demandando uma assistência de saúde que não pode ser abordada facilmente, pois muitas vezes perpassam o universo físico e a subjetividade do ser.

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

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa exploratória, de natureza qualitativa. O cenário da investigação foram duas ILPIs, localizadas em João Pessoa – Paraíba. A população foi composta por todos moradores das ILPIs selecionadas, totalizando um número de 87 idosos, dos quais: 64 de eram de uma ILPI e; 23 de outra instituição escolhida.

A amostra foi obtida por conveniência e saturação dos dados, totalizando 20 idosos, a participação destes deu-se pelo interesse em colaborar com a pesquisa através da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), sendo necessário que os participantes tivessem capacidade cognitiva preservada, para tal identificação cognitiva, aplicou-se o *Mini Exame do Estado Mental* – MEEN (BERTOLUCCI et.al.,1994), os quais deveriam residir em uma ILPI a mais de um ano.

A coleta de dados foi realizada entre abril e maio de 2014, utilizando a técnica de entrevista gravada subsidiada por um instrumento semiestruturado, contemplando questões referentes aos dados socioeconômicos, clínicos e aos objetivos propostos no estudo. Cumpre assinalar que as entrevistas foram realizadas em salas privativas.

Para análise dos dados, utilizou-se a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo proposto por Lefèvre, Lefèvre e Marques (2009). Esta técnica permite que se conheça os pensamentos, representações, crenças e valores de uma coletividade sobre um determinado tema utilizando-se de métodos científicos (FIGUEIREDO; CHIARI; GOULART, 2013). A operacionalização da referida técnica obedeceu aos seguintes passos: agrupamento dos discursos individuais relacionados a cada pergunta/tema; seleção das expressões-chave (ECHs) de cada discurso particular; identificação da ideia central (IC) de cada uma das ECHs; identificação e; reunião das ECHs referentes às ideias centrais, semelhantes ou complementares, em um discurso síntese, que é o DSC (LEFÈVRE; LEFÈVRE; MARQUES, 2009).



A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba e aprovada sob número de protocolo 015/2014. Foram respeitados os aspectos éticos e legais da pesquisa envolvendo seres humanos, preconizados pela Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, principalmente o princípio ético da autonomia. Ressalta-se que a autorização para a participação da pesquisa foi por meio de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sendo os investigados, informados quanto ao conteúdo, objetivo, garantia do anonimato, fidedignidade, respeitando o direito à liberdade de participar ou declinar do estudo a qualquer momento, além da garantia de privacidade, respeito à dignidade e vulnerabilidade do participante.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Verificou-se que, dos 27 indivíduos entrevistados, 7 eram do sexo masculino e 20 do sexo feminino. As idades variaram entre 60 e 104 anos, prevalecendo uma média de 79 anos. Esses achados corroboram com o entendimento de que a feminização da velhice é atualmente uma evidência significativa, e se justifica pela maior expectativa de vida para as mulheres no Brasil (MENEZES; BACHION, 2012).

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

QUADRO 1. Ideia central e Discurso do Sujeito Coletivo em relação ao questionamento: Fale-me um pouco sobre como você vê a sua saúde hoje.

IDEIA CENTRAL I	DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO I
Eu não sinto nada, é muito boa pra minha idade.	<i>[...] é normal, nem muito boa nem muito ruim [...] Graças a Deus ela é ótima, não sinto nada [...] minha saúde é boa [...] eu acho que pra minha idade minha saúde é muito boa, eu ando, corro [...] eu considero boa, porque a gente vê crianças que já nascem com problemas hoje em dia e eu nunca tive problemas de saúde [...] eu vivo bem graças a Deus, minha saúde é muito boa [...] é muito boa pra minha idade, minha estrutura óssea é muito boa ainda [...].</i>
IDEIA CENTRAL II	DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO II
Sofrer não é bom sabe, mas não me queixo de nada, minha saúde é boa.	<i>[...] é média, porque com essas doenças todas ainda consigo raciocinar bem [...] eu acho que não é boa, mas também não chega a ser ruim não, é que esse negócio dessas doenças, elas me atrapalham um pouco, principalmente a labirintite [...] antes eu só vivia doente sabe, dor de cabeça, no corpo, mas hoje mesmo a diabetes não me prejudica muito</i>



	<p><i>não sabe, ela não é ruim, mas porque sou forte não sou como esse povo que fica se lamentando quando sente alguma coisinha sabe [...] eu tenho saúde, mas tenho problemas no corpo [...] posso dizer que é média, eu tenho um monte de doenças, só que eu controlo sabe [...] eu consigo controlar, eu sofro do coração, e sofrer não é bom, nem que seja de um resfriado [...] é boa, mas eu sinto muita dor nas pernas principalmente [...] estou me sentindo melhor agora, eu nunca tive infância, mocidade, sempre trabalhei, agora que estou podendo descansar [...] sou doente, mas não me queixo de nada, ela é boa [...] eu tenho muitos problemas de saúde, uma pessoa com todos esses problemas não pode dizer que é boa né? Acho que é regular [...].</i></p>
IDEIA CENTRAL III	DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO III
Minha saúde é dificultada, não é boa não.	<p><i>[...] eu sofro da coluna, não acho que é boa não, é péssima [...] ela é ruim, sou toda queimada da fralda, suada, minha idade é muito avançada [...] é ruim [...] sou doente, não tenho saúde, minha situação é ruim [...] minha saúde é muito dificultada, tenho dores nas pernas, falta de vontade de comer, a gente velho nunca fica bom né? [...] só vivo deitada, as pessoas é quem me levantam [...] não é legal, então não posso dizer que é boa né? [...] quando a gente vai envelhecendo vai piorando tudo, minha saúde não é boa não [...]</i></p>

Percebe-se que, o DSC I dos idosos envolvidos no estudo evidencia acerca do mesmo considerar-se saudável “*eu não sinto nada, é muito boa pra minha idade*” (Quadro I), o qual, também tenta avaliar sua saúde, ainda que de forma empírica, fator importante, pois a autopercepção de saúde pode ser entendida como aspecto subjetivo e particular dos indivíduos e sua relação com outros aspectos do cotidiano. Entende-se que esta autoavaliação da saúde merece ser investigada mais profundamente e o modo como essas avaliações podem orientar comportamentos e atitudes, particularmente na terceira idade (PILGER et al., 2011).

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

Percebe-se ainda nas entrelinhas do seu discurso [...] *eu considero boa, porque a gente vê crianças que já nascem com problemas hoje em dia e eu nunca tive problemas*



de saúde [...] eu vivo bem graças a Deus, minha saúde é muito boa [...] que o sujeito tenta enfatizar, seu bom estado de saúde, considerando que ao longo de sua vida não apresentou problemas relacionados à saúde, e nesta tentativa, o mesmo compara-se a indivíduos de diferente faixa etária, como com crianças.

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

O sujeito coletivo ao declarar [...] *só vivo deitada, as pessoas é quem me levantam [...]* (Quadro I) traça um perfil de saúde deteriorada, ao sentir limitações para realizar atividades do cotidiano além dos desconfortos que as dores lhe causam. Baseando-se na seguinte declaração [...] *minha saúde é muito dificultada, tenho dores nas pernas, falta de vontade de comer, a gente velho nunca fica bom né? [...]* o que reforça que a autopercepção é de um estado de saúde deteriorado e que para sua situação não existe solução. Este fato causa preocupação, pois, este estado emocional instável, poderá evoluir acarretando em agravamento do estado de saúde e conseqüente aumento do risco de mortalidade, além de interferir na satisfação com a vida e no bem-estar. Todavia, sabe-se que, dependendo da real condição clínica, esta situação poderá se reverter, pois idosos que são fisicamente limitados, podem melhorar sua capacidade funcional através de atividade física. Ressalta-se que, a maioria dos componentes da aptidão física pode estar relacionada a um estado positivo de saúde, assim, a importância da adoção de um estilo de vida ativo pode melhorar e/ou conservar o estado de saúde (VITÓRIO et al., 2012).

Apresenta-se a seguir a interface entre o discurso do sujeito coletivo frente ao objeto de estudo e a ancoragem desses discursos na literatura e na visão dos autores



deste manuscrito. O aspecto analisado nos DSC a seguir, diz respeito à assistência a saúde dentro da ILPI, como é e de que forma ela acontece ([Quadro2](#)).

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

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

O DSC IV dos idosos envolvidos no estudo demonstra a ausência de assistência à saúde dentro da ILPI, onde muitas vezes essa prática necessita vir de outras



instituições[...] raramente aqui tem médico, eu me trato com uma médica de fora [...]. Evidencia-se na literatura que a percepção de saúde para os idosos perpassa o conceito de ausência de doenças. Dentro de suas limitações socioculturais e do nível de escolaridade, bem-estar físico, mental e social, incluindo até mesmo a importância da espiritualidade e religiosidade, fatores bastante influentes no enfrentamento de vários sofrimentos e dificuldades da vida (DIAS; CARVALHO; ARAÚJO, 2013). No entanto, este pensamento é confrontado pela afirmação deste DSC, quando os idosos colaboradores relacionam a assistência a saúde apenas à presença do profissional médico [...] *aqui não tem não, tem uma médica que vem como voluntária uma vez na semana, você tem que adoecer no dia que ela está [...] a médica do ESF vem a cada 15 dias, não acho que isso é ter quem zelo pela saúde não [...]*.

Muitas vezes o idoso adentra em uma ILPI pelas dificuldades econômicas e psicossociais encontradas pelas famílias para o cuidado dele. Principalmente aqueles que já apresentam redução da capacidade funcional, os quais, tornam-se dependentes para realizar atividades cotidianas cada vez mais com, assim, requerendo cada vez mais, cuidados de maior complexidade e maior custo (OLIVEIRA; NOVAES, 2013).

Destarte, quando o idoso é submetido ao convívio em ILPIs, suas relações sociais sofrem um impacto significativo. Sua característica lenta pode ser efeito do envelhecimento, como também de patologias de base como a de deficiência auditiva, a qual é notada, muitas vezes, quando atinge alto grau de comprometimento. Somado à isso, há dificuldade de integração social e desinteresse em manter relações interpessoais, intensificando barreiras, declínios cognitivos e sintomas depressivos (SANTOS et al., 2012). Como evidenciado no DSC IV [...] *vivo doente da coluna e nunca me levaram no médico pra tratar; bati um RX uma vez particular, só que o médico disse que não tinha mais jeito, que já tinha virado um bico de papagaio [...]*. Em média cada idoso possui 2,1 diagnósticos médicos, que exigem maior atenção por parte dos profissionais que cuidam deste público. Por serem diagnosticados, muitas das vezes, com doenças crônicas nem sempre são assistidos de maneira digna. Outro ponto relevante nesse contexto é que, tais doenças demandam alto custo e grandes chances de complicações interferindo no grau de dependência e qualidade de vida (GAUTÉRIO, 2012).

Uma das dificuldades enfrentadas diante das múltiplas patologias é o uso de diversos medicamentos, fato evidenciado no DSC V ao mencionar que [...] *eles dão muitos remédios pra a gente, tem azedo, doce, tem de todo gosto [...]*. Outra dificuldade perceptível são as quedas [...] *essa semana uma caiu e quebrou a bacia [...]* problemas

que muitas vezes são causados pelo comprometimento visual, o qual aumenta o risco de tropeçar, perda do equilíbrio, incerteza da localização de objetos no ambiente o que reflete em adoção de uma marcha insegura e lenta. Além disso, o risco de queda é agravado em certos grupos, como em idosos, os quais tendem a ser mais dependentes da visão para a manutenção da postura ortostática (MENEZES; BACHION, 2012).

A alta ocorrência de quedas merece atenção por parte das entidades que ofertam serviços à população idosa, bem como das políticas públicas e órgãos fiscalizadores. Para isso estes locais precisam estar preparados com ambientes físicos adequados e profissionais capacitados para o cuidado auxiliando na redução desses eventos (DEL DUCA et al., 2013). Ressalta-se que, os profissionais precisam estar munidos de estratégias que promovam a qualidade de vida destes idosos.

Nesse sentido, é indicado o estímulo a prática regular de exercícios físicos, pois, mantém a capacidade funcional (DIAS; CARVALHO; ARAÚJO, 2013). É encontrado facilmente na literatura estudos acerca dos efeitos positivos que um estilo de vida ativo pode trazer a esta etapa da vida, sobretudo dos benefícios do envolvimento dos indivíduos em programas de atividade física, destacando a minimização das perdas decorrentes do processo de envelhecimento (VITÓRIO et al., 2012).

É percebido ainda que as ILPIs não são ambientes preparados para o cuidado integral ao idoso, nem para atender a todas as suas necessidades de saúde, como pode ser claramente identificado no DSC V ao afirmar que *[...]se for alguma coisa mais grave só indo pro hospital mesmo [...]*, percebe-se também que a assistência à saúde e as necessidades básicas são atendidas, porém, sem possuir assistência ativa *[...] tenho porque não me deixam faltar remédio [...] fazem o teste do dedo, verifica a pressão [...] eles verificam meu corpo todo, quando eu sinto alguma coisa eles me acodem [...]*.

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

É nítida também a ausência que a família representa diante da institucionalização *[...] Eu queria estar em minha cidade natal, lá eu era feliz, tinha meus parentes, minha família perto de mim [...] eu queria estar em casa com minha*

família [...] contudo, o que a literatura mostra é que a maioria dos idosos são vistos pelos familiares como confusos, desorientados, distraídos, não comunicativos, não colaboradores, zangados, velhos, senis, ansiosos, frustrados, seres que apenas cometem falhas, e por estes motivos são suficientes para induzir a institucionalização. Porém essas características apontadas são reflexos das várias formas de sofrimento que estão ligadas a doenças ou situações do dia a dia que o fazem perceber suas próprias limitações (SANTOS et al., 2012).

O papel de família é frequentemente ausente durante a institucionalização, a maioria dos idosos são pouco visitados ou simplesmente abandonados por parte de seus parentes, o que pode refletir no aumento das perdas cognitivas e sensoriais. Dessa forma os profissionais, especialmente, os de Enfermagem, na maioria das vezes ocupam também o papel de família, auxiliando no enfrentamento dos eventos decorrentes do envelhecimento e da institucionalização (RODRIGUES; SILVA, 2013). Além disso, o apoio social tem papel importante no cuidado e na assistência à saúde, nesse sentido, o profissional de Enfermagem pode e deve auxiliar no processo de reabilitação da autonomia do indivíduo, ensinando a pessoa idosa a desenvolver ações de autocuidado (FROTA, 2012).

Diante do exposto, fica evidente a relevância da autopercepção de idosos institucionalizados para a sua própria saúde, e que a assistência à tais indivíduos ainda não acontece de maneira adequada, pautada nas necessidades específicas do idoso. Fica claro também o papel que a família exerce sobre a institucionalização e o suporte que ela presta após um acontecimento tão impactante como este.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

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

Desse modo, o presente estudo reforça a importância de discussões que versem à institucionalização do idoso, visando à valorização e manutenção da saúde do idoso de forma integral e efetiva. O presente estudo é também útil como fonte de dados atuais e significativos, servindo como aporte para possíveis políticas públicas benéficas à



população investigada, respaldando também novos estudos. Além disso, os achados podem favorecer a compreensão da coletividade sobre a temática abordada e possibilitar a ampliação do conhecimento dos profissionais de saúde acerca do tema em questão visando a qualidade de vida e promoção de cuidados de saúde igualitários e integrais para a pessoa idosa.

REFERÊNCIAS

BERTOLUCCI, P.H.; BRUCKI, S.M.; CAMPACCI, S.R.; JULIANO, Y. O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. **Arquivos de Neuro-psiquiatria**, v.52, n.1, pp.1-7, 1994.

BRASIL. Ministério da saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Comissão de Ética e Pesquisa**. Resolução nº 466/2012 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, DF: 2012.

DEL DUCA, G.F.; NADER, G.A.; SANTOS, I.S.; HALLAL, P.C. Hospitalização e fatores associados entre residentes de instituições de longa permanência para idosos. **Cadernos de Saúde Pública**, v.26, n.7, pp. 1403-10, jul, 2010.

DEL DUCA, G.F.; ANTES, D.L.; HALLALI, P.C. Quedas e fraturas entre residentes de instituições de longa permanência para idosos. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v.16, p.68-76, 2013.

DIAS, D.S.G.; CARVALHO, C.S.; ARAÚJO, C.V. Comparação da percepção subjetiva de qualidade de vida e bem-estar de idosos que vivem sozinhos, com a família e institucionalizados. **Revista brasileira de geriatria e gerontologia**, v.16, pp.127-138, 2013.

FIGUEIREDO, M.; CHIARI, B.; GOULART, B. Discurso de sujeito coletivo: uma breve introdução à ferramenta de pesquisa quali-quantitativa. **Distúrbio de comunicação**, v.25, pp.129-36, 2013.

FROTA, N.M.; SANTOS, Z.M.S.A.; SOARES, E.; MOURA, J.M.G.; CAETANO, J.A. Déficits de autocuidado de idosas institucionalizadas. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v.13, n.5, pp.983-94, 2012

GAUTÉRIO, D.P.; SANTOS, S.S.C.; PELZER, M.T.; BARROS, E.J.; BAUMGARTEN, L. Caracterização dos idosos usuários de medicação residentes em instituição de longa permanência. **Revista da escola de enfermagem da USP**, v.46, n.6, pp. 1394-9, 2012.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C.; MARQUES, M. C. C. Discurso do sujeito coletivo, complexidade e auto-organização. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.14, n.4, p. 1193-204, 2009.

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

MARTINS, A.M.E.B.L.; BARRETO, S.M.; SILVEIRA, M.F.; ROSA, T.T.A.; PEREIRA, R.D. Autopercepção da saúde bucal entre idosos brasileiros. **Revista de Saúde Pública**, v.44, n.5, pp.912-22, 2010.

MENEZES, R.L.; BACHION, M.M. Condições visuais autorrelatadas e quedas em idosos institucionalizados. **Revista brasileira de oftalmologia**, v.71, pp. 23-7, 2012.

OLIVEIRA, E.R.A.; GOMES, M.J.; PAIVA, K.M. Institucionalização e qualidade de vida de idosos da região metropolitana de vitória – ES. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v.15, n.3, pp.518-23, 2011.

OLIVEIRA, M.P.F.; NOVAES, M.R.C.G. Perfil socioeconômico, epidemiológico e farmacoterapêutico de idosos institucionalizados de Brasília, Brasil. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v.18, n.4, pp.1069-78, 2013.

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

RISSARDO, L.K.; FURLAN, M.C.R.; GRANDIZOLLI, G.; MARCON, S.S.; CARREIRA, L. Sentimentos de residir em uma instituição de longa permanência: percepção de idosos asilados, **Revista enfermagem UERJ**, v.20, n.3, pp. 380-5, 2012.

RODRIGUES, A.G.; SILVA, A.A.A. Rede social e os tipos de apoio recebidos por idosos institucionalizados. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v.16, pp.159-70, 2013.

SANTOS, S.B.; OLIVEIRA, L.S.B.; MENEGOTTO, I.H.; BÓS, A.J.G.; SOLDERA, C.L.C. Dificuldades auditivas percebidas por moradores longevos e não longevos de uma instituição de longa permanência para idosos. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, v.17, pp.125-43, 2012.

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

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