

DEPRESSION IN THE THIRD AGE IN INSTITUTIONALIZED PATIENTS: PERSPECTIVE OF LIFE BEFORE AGING

FERNANDA SOARES DE SOUZA SANTOS*

JOSÉ RODRIGUES LUZ PACHECO*

EDNA DE MELO PERES**

RESUMO

O processo de envelhecimento pode ser compreendido por diversas alterações estruturais físicas e funcionais no organismo do indivíduo. Isso engloba diversos fatores e meios dos quais este pertença. A preocupação relacionada ao envelhecimento do idoso tem se mostrado muito expressiva, devido ao aparecimento de diversas, das quais à depressão se destaca. O objetivo geral deste estudo foi de avaliar as perspectivas de vida dos idosos institucionalizados no município de Anápolis-GO. Objetivos específicos descrever os fatores que levam os idosos à terem qualidade de vida durante o envelhecimento e identificar os aspectos que interferem no envelhecimento saudável dos idosos institucionalizados. Trata-se de uma pesquisa de campo com abordagem qualitativa de método descritivo. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista individual com aplicação de um questionário com perguntas abertas. Os resultados obtidos na 1ª categoria foram que a qualidade de vida na terceira idade está ligada a ter saúde, ter uma boa alimentação e ter apoio familiar. A 2ª categoria está relacionada aos sentimentos vivenciados pelos idosos institucionalizados que são: sentimentos de isolamento social, sentimento de abandono familiar, sentimento de saudade da família e sentimento de desesperança. A 3ª categoria está relacionada a perspectivas para o futuro que são a morte, viver o máximo possível e esperança. A 4ª categoria esteve relacionada a dependência demonstrada pelos idosos institucionalizados. E a 5ª categoria a fé como suporte na vida dos idosos. Durante todo o ciclo vivídico passamos por diversos processos de transformações fisiológicas e estruturais no nosso corpo. E a medida que envelhecemos ficamos mais suscetíveis à diversas comorbidades que não só interferem na capacidade funcional, mas também na qualidade de vida. Apesar do aumento expressivo da expectativa de vida dos idosos nos últimos anos, não houve um preparo social para cuidar e manter da integridade física e mental destes. Portanto, envelhecer significa de certa forma perder à autonomia de si próprio, e depender parcialmente ou literalmente dos cuidados dos outros.

Palavras-chave: Envelhecimento, Perspectiva de vida, depressão, instituição de longa permanência

* Graduando de Enfermagem da Faculdade Metropolitana de Anápolis

**Orientador (a): Edna de Melo Peres

ABSTRACT

The process of aging can be understood by various physical and functional structural alterations in the individual's organism. This includes a lot of different factors and means in which it belongs. The worry related to aging of the elderly people has been shown very expressive due to showing that depression is the biggest cause. The main objective of this study is to evaluate the life perspectives of the elderly institutionalized in the county of Anápolis-Go. Specific objectives describe the factors that take the elderly people in having a quality of life during their aging and identify the aspects that interfere in the healthy aging of institutionalized elderly people. It's about a field research with a qualitative approach with a descriptive method. The data collection was fulfilled by individual interview using open ended questions questionnaires. The results obtained in the first category was that the quality of life in the third age is related to having a good health, eating healthy food and having family support. The second category is related with feelings lived by the institutionalized elderly that are: lonely social feeling, feeling of abandoning the family, feeling of missing the family and feeling of hopelessness. The third category is related to the future that is death, live the longest as possible and hope. The fourth category was related to dependency shown by the institutionalized elderly. And the fifth category the faith as a support in the life of the elderly. During the life cycle we pass through a lot of physiological and structural transformation process in our body. And as we get older we become more susceptible to diverse comorbidities that not only interfere in the functional aspect, but also in the quality of life. Even though the increase in the life expectancy of the elderly has grown in the last years, there wasn't a right social preparation to take care and maintain the physical and mental integrity of the elderly. So therefore, getting old means in a certain way to lose your own self autonomy, and to depend partially and literally on the care of others.

Key-words: Aging, life perspective, depression, long permanence institution.

1. INTRODUÇÃO

O processo de envelhecimento pode ser compreendido por diversas alterações estruturais físicas e funcionais no organismo do indivíduo. Isso engloba diversos fatores e meios dos quais este pertença. A preocupação relacionada ao envelhecimento do idoso tem se mostrado muito expressiva, devido ao aparecimento de diversas doenças, das quais à depressão se destaca (SILVA *et al.*, 2012a).

Em idosos, a depressão está entre as desordens psíquicas mais frequentes, e ocupa o 1º lugar das principais comorbidades que causam incapacidade funcional. Geralmente à depressão está associada a doenças somáticas crônicas (GONZÁLEZ *et al.*, 2016).

Segundo Brasil (2008), a depressão é um problema de saúde pública, e pode-se ser denotada por uma desordem afetiva e mental. Há múltiplos relatos que descrevem modificações químicas no cérebro do indivíduo depressivo, principalmente em junção com os neurotransmissores: serotonina, noradrenalina e dopamina.

Segundo Silva *et al.* (2012b), os idosos com depressão são regularmente desleixados quanto ao prognóstico e ao tratamento. E isso tem como consequência a péssima qualidade de vida e o aumento dos custos socioeconômicos dos serviços públicos de saúde.

A população brasileira está envelhecendo mais, a expectativa de vida em 1970 era 52,7 anos, passou para 66,1 anos em 1991, segundo dados do censo de 2005. Em 2025, o Brasil deverá ter 32 milhões de pessoas com mais de 60 anos, o que significará 15% da população total (SOUZA, 2002).

Segundo Kuchemann (2012), o expressivo crescimento da expectativa de vida, é devido ao acesso à diversos serviços como: a saúde, alimentação, moradia e a conseqüente diminuição da taxa de fecundidade, e com isso, o número de idosos tende a crescer a cada dia mais. A prevalência do sexo feminino entre os idosos é notória, principalmente entre idosos com mais de 80 anos, isso faz compreender que seja maior o grau de dependência de cuidados com repercussões significativas nas demandas por políticas públicas.

De acordo com o mesmo autor, a Constituição de 1988, a Política Nacional da Saúde do Idoso de 1999 e o Estatuto do idoso de 2003 ponderam que a responsabilidade do idoso seja de obrigação da família, estado e sociedade. A cooperação do estado e sociedade é apenas substancial com reduzida responsabilidade, quão equiparada a da família. No Brasil a Política Nacional do Idoso e o Estatuto do Idoso definem que idoso são pessoas com ou mais de 60

anos de idade, porém em países em desenvolvimento só é considerado idoso pessoas com idade igual ou superior há de 65 anos.

O cuidado a idosos institucionalizados vem preocupando a sociedade devido ao acrescido aumento da população idosa, contudo, isso mostra o aumento contingencial da demanda por instituições e das denúncias frequentes que indicam a precariedade destas (SILVA *et al.*, 2013).

Com o aumento dessa perspectiva de vida aumentam-se também as doenças psíquicas, neste contexto, a enfermagem faz-se necessária e fundamental, subsidiando assim, métodos para o envelhecimento saudável. Compreendendo os fenômenos que os idosos apresentam diante do envelhecimento em abrigos, desta maneira salvaguardar a integridade física e mental expondo condições de autonomia e dignidade a todos (SILVA *et al.*, 2012a).

Portanto, ao discorrer sobre o presente trabalho chegou-se ao seguinte questionamento: “Quais as perspectivas de vida dos idosos com depressão diante do envelhecimento em uma instituição de longa permanência?”.

O presente trabalho é de grande relevância para os profissionais de saúde, acadêmicos de enfermagem, cuidadores, familiares e educadores em geral, em razão de possibilitar avaliar as perspectivas de vida dos idosos com depressão diante do processo de envelhecimento em uma instituição. Podendo desta maneira, subsidiar intervenções que venham propiciar melhorias na qualidade de vida e diminuir fatores agravantes que interferem no envelhecimento digno e saudável destes internos.

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GERAL

Avaliar as perspectivas de vida dos idosos institucionalizados no município de Anápolis-GO.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Descrever os fatores que levam os idosos à terem qualidade de vida durante o envelhecimento;
- ✓ Identificar os aspectos que interferem no envelhecimento saudável dos idosos institucionalizados.

3. REVISÃO DA LITERATURA

3.1 HISTÓRIA DO ENVELHECIMENTO NO BRASIL

Atualmente no Brasil são considerados idosos indivíduos com 60 anos ou mais de idade. A expectativa de vida para ambos os sexos era menor de 50 anos de idade em 1950, houve de fato nos últimos anos uma significativa redução da taxa de mortalidade devido ao acesso das pessoas à bens e serviços de saúde, principalmente ao acesso de idosos à estes serviços. Na análise desse crescimento na expectativa de vida são avaliados componentes essenciais para destacar esse aumento da taxa de sobrevivência desses idosos nos últimos anos, entre estes componentes destacam-se anos vividos com saúde e anos vividos sem saúde (CAMARGOS; GONZAGA, 2015).

O interesse em estudar o processo gradual do envelhecimento passou a ganhar maior destaque recentemente nos países em desenvolvimento. Isso decorreu, por conta do aumento acelerado da população acima de 60 anos em relação à população geral. O papel do idoso mostrou-se divergente na sociedade atual, visto que a representação da velhice é vista como processo gradual de perdas. Observa-se também atualmente que essa etapa da vida é valorizada e privilegiada, tendo em vista todas as conquistas em busca de prazer, da satisfação e da realização pessoal, o que faz da gerontologia objeto de crescente pesquisa (BEZERRA *et al.*, 2012).

No contexto histórico o Brasil mostrou um índice elevadíssimo no crescimento da população idosa nas últimas décadas, porém, isso nem sempre é visto como um sinal de viver bem e com saúde. A velhice na maioria das vezes está associada ao sofrimento, aumento da dependência física, declínio funcional, isolamento social e depressão (FERREIRA *et al.*, 2012).

Mensurar as mudanças da expectativa de vida entre os idosos podem ser mais bem compreendidas através de diversas transformações desde o planejamento de políticas públicas e até mesmo ao se pensar nas necessidades reais da população (CAMARGOS; GONZAGA, 2015).

3.2 ENVELHECIMENTO EM INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA

Os ciclos de vida de diversos indivíduos e da sociedade são descritos de forma cronológica, e compreendida no decorrer do envelhecimento. Durante estes ciclos há uma

suscetiva progressão advinda da debilidade da saúde, dependência, isolamento e solidão dos idosos. Com base nisso, foi implantada e legitimada pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia as Instituições de longa Permanência (OLIVEIRA *et al.*, 2008).

As instituições de longa permanência ou abrigos são de caráter residencial podem ser particulares, filantrópicas ou governamentais. Seu surgimento originou-se no império britânico no século V a.c., pelo Papa Pelágio II esteve especificamente ligado a asilos inicialmente destinados a população mais carente, que basicamente eram subsidiados pela caridade cristã, de cunho filantrópico, ou seja, mantidos integralmente por doações. Mesmo no atual cenário do século XXI, muitos idosos são colocados às margens do convívio social, vivendo em instituições asilares, justamente pela instabilidade e deficiência do constituinte basal familiar, estado e sociedade. Sendo incapazes de garantir a manutenção integral do envelhecimento digno e saudável no ambiente familiar (CAMARO; KANSO, 2010).

Com o surgimento de novos paradigmas familiares, oriundos por efeitos econômicos, demográficos, de saúde, mortalidade, viuvez e migrações diminuem a perspectiva de envelhecimento em ambiente familiar. E isso, faz com que muitos idosos morem sozinhos, com parentes ou até mesmo em instituições de longa permanência. A grande realidade da maioria dessas instituições é que muitas são inapropriadas ou inadequadas, não suprem as necessidades básicas e fundamentais de seus internos, como higiene e alimentação o que acaba agravando o estado de debilidade dos internos destes lugares (QUEIROZ, 2010).

Os idosos institucionalizados sofrem com diversas alterações durante o processo em si do envelhecimento o que pode acarretar em diversas alterações tais como: na percepção, nos sentimentos, nos pensamentos, nas ações, nas reações e até no modo de se ver-se no próprio mundo (AFFELDT, 2013).

Atualmente no Brasil a pesquisa sobre institucionalização é pouco sistematizada. Contudo, a origem de grande parte da população idosa ser residente em abrigos é por causa de diversos fatores tais como: dependência, disfunções físicas e psíquicas, entretanto, a miséria e o abandono são as suas principais causas (ROSA *et al.*, 2011).

3.3 FISILOGIA DO ENVELHECIMENTO

O processo de vida de todos os seres humanos é composto por três fases distintas: a fase de crescimento e desenvolvimento, a fase reprodutiva e a fase de senescência. A fase de

senescência é designada como uma declinação natural do mecanismo fisiológico celular de todo ser vivo até a sua total deterioração e morte (RUIVO, 2014).

De acordo com o mesmo autor, a fase de senescência celular representa então o período de transição que a célula se mantém viva após encerrar sua fase replicativa. Essa sucessão é observada em todas as células eucariotas que possuem vida clonal. Além disso, pode haver a perda da função de segmentação celular e a ausência da atividade da telomerase, as células também expressam stress oxidativo, o que está ligado com o acúmulo de radicais livres. Que com isso, pode desencadear sucessiva diminuição das funções celulares e conseqüente morte celular.

O envelhecimento é composto por base celular, da qual constituem vários genes em um processo de distinção, manutenção e reaproveitamento de componentes celulares que apresentam papel crucial na modulação do processo de envelhecimento. O termo envelhecimento é constante definido para demonstrar mudanças de forma e função ao longo da vida, que ocorrem em diversos organismos no decorrer da maturação sexual e comprometem continuamente a capacidade de resposta do indivíduo ao meio e a manutenção homeostática (FREITAS *et al.*, 2013).

Contudo, a senescência celular é o efeito da exposição continuada das células á fatores que acumulam danos as suas estruturas celular e molecular. Fisiologicamente isso irá depender significativamente do estilo de vida do indivíduo desde a infância até a sua juventude (CANCELA, 2008).

3.4 CARACTERÍSTICAS DO ENVELHECIMENTO

No século XX estudiosos começaram a analisar o processo gradual e natural da velhice. Em 1903 cientistas tiveram o interesse de criar uma especialidade específica para o processo do envelhecimento dentro da medicina, logo mais, surgiu à gerontologia que foi criada com o objetivo de compreender melhor as mudanças físicas e fisiobiológicas do ser humano. Logo em seguida foi criada a geriatria que é a área da medicina que visa os cuidados de pessoas idosas (NETTO *et al.*, 2011).

O envelhecimento pode ser definido como um processo orgânico e fisiológico modificável ao longo da vida. Tem como principais características: o grau elevado de comprometimento funcional, dependência e solidão. Envelhecer é considerado um fator

progressivo e multifatorial, e a velhice é uma experiência potencialmente bem sucedida, entretanto, heterogênea, vivenciada com maior ou menor qualidade de vida entre idosos em abrigos (DAWALIBI *et al.*, 2013).

3.4.1 Perca da Capacidade Funcional

A capacidade funcional ativa pode ser caracterizada como um significativo potencial que os idosos apresentam para decidir e praticar atividades em suas vidas de forma independente, no seu cotidiano. Esta completamente ligada à autonomia do idoso de desenvolver tarefas simples, básicas e complexas do dia-a-dia sem qualquer influência de outrem. Um dos principais fatores que contribuem para a incapacidade funcional é a deficiência cognitiva, deficiência física e emocional grandemente afetados pelo avanço da idade, por isso, se faz necessário implementar medidas preventivas que visem diminuir essas percas através de ações que envolvam políticas públicas e comprometimento psicossocial (ROSA *et al.*, 2003).

O Índice de Katz é a ferramenta mais utilizada para avaliar a capacidade funcional do idoso. Katz definiu uma lista com seis elementos que são hierarquicamente relacionados onde a perda da função no idoso começa pelas atividades mais complexas, como: vestir-se, banhar-se, até chegar as de autorregulação, como alimentar-se e as de eliminação ou excreção. Portanto, baseia-se no princípio de que o declínio funcional e a perda da capacidade para executar as atividades da vida diária nos pacientes idosos seguem um mesmo padrão de evolução (BARBOSA *et al.*, 2014).

3.4.2 Disfunções Neuroendócrinas

Essas alterações estão interligadas a expressiva diminuição do tamanho e do número de neurônios, ocasionado pela progressiva e rápida redução de neurotransmissores químicos no cérebro. Com isso, desencadeia o comprometimento dos movimentos instigados por lentidão e reação da memória recente. Outros aspectos relevantes afetados a serem ressaltados da função neurológica são os comportamentais, os de comunicação, afetivo e o de personalidade (FREITAS, 2013).

Entre o processo comum de envelhecimento está a deficiência significativa de diversos hormônios, dos quais podem ser revertidos através de reposição hormonal. Diversos

pesquisadores relatam que a maioria dos idosos enfrentam dificuldades relacionadas à glicose circulante na corrente sanguínea, o que compromete na qualidade de vida destes, principalmente pelo surgimento de doenças cardiovasculares. A má alimentação e o sedentarismo são fatores precursores que contribuem para a diminuição de insulina provocando mudanças nos receptores e pós-receptores deste hormônio (GARCIA *et al.*, 2006).

3.4.3 Alterações Cardiorrespiratórias

Com o decorrer dos anos ocorre uma degradação das capacidades funcionais, atingindo ativamente a capacidade cardiorrespiratória. Algumas das diversas modificações que ocorrem no coração do indivíduo senil são alterações nos aspectos anatômicos ou bioquímicos, e o indivíduo quando submetido a determinado esforço pode vir sentir diminuição da performance na atividade. As alterações mais expressivas ocorrem no miocárdio, desencadeada por um acúmulo maior de gordura nessa região (KOHLENER, 2014).

De acordo com o mesmo autor, durante o processo de envelhecimento são significativas as alterações no músculo cardíaco, tais como: diminuição do tônus vagal e a diminuição da frequência cardíaca máxima, tais alterações tem reflexo na pressão arterial do idoso, com progressivo aumento dos valores basais. As causas periféricas que podem estar relacionadas ao declínio do sistema cardiorrespiratório é a perda de massa muscular, a menor capacidade de captação e redirecionamento do fluxo sanguíneo e como consequência irá resultar em um menor consumo da demanda de oxigênio, provocando assim, dispneia.

3.4.4 Alterações Gastrointestinais

Durante o processo de envelhecimento ocorrem diversas mudanças consideráveis nos diversos sistemas no organismo humano. O sistema digestivo não poderia ficar de fora, a boca por exemplo, sofre compactação na região gengival, a mastigação se torna menos eficaz, a também redução da salivação, redução da ação enzimática na boca e estômago, e redução no ácido clorídrico no estômago (CORDEIRO *et al.*, 2015).

A diminuição da sensibilidade de sabores primários, como o doce, o amargo e o ácido, na terceira idade mostra considerável influência na diminuição da alimentação. Justamente

pela perda das papilas gustativas, isso faz com que ocorra um declínio no paladar e conseqüentemente perda de peso (CATÃO *et al.*, 2011).

Segundo Cordeiro *et al* (2015), há também diversas alterações no esôfago como: na motilidade, menor amplitude, não relaxamento do esfíncter inferior após a alimentação e a demora para o enchimento esofágico. Também é de grande relevância destacar os inúmeros distúrbios intestinais que acometem os idosos nesta fase sênica, tais como: o aumento de verminoses e toxi-infecções alimentares, a dispepsia não ulcerativa, a síndrome do intestino irritável, dor abdominal psicogênica, má absorção de nutrientes pelo intestino e até mesmo incontinência fecal.

3.4.5 Alterações Musculoesqueléticas

No decorrer da vida adulta, todas as funções fisiológicas tendem a diminuir ou declinar. A capacidade de síntese de proteínas diminui, a um declínio nas funções imunológicas, aumento da massa gorda, perda de força e massa muscular e perda da densidade de cálcio nos ossos, esta deficiência decorrente da idade é conceituada por uma fraqueza generalizada, de mobilidade e equilíbrio. Na terceira idade, esse estado é conhecido como fragilidade física. Isso pode acarretar em quedas, fraturas, debilidade nas atividades do dia-a-dia e perda da independência (CLARES *et al.*, 2014).

As diversas alterações musculoesqueléticas recorrentes em idosos são: a redução da flexibilidade, redução da força e potência da musculatura, redução da articulação sobre a elasticidade, a articulação fica mais rígida ocasionando dificuldade nos movimentos, a marcha fica mais curta e lenta, a diminuição do movimento braçal, perda da massa óssea e encurvamento da coluna. Essas modificações são as que mais interferem e comprometem a qualidade de vida dos idosos, devido as frequentes dores e conseqüente diminuição do líquido sinovial e da camada articular (NETTO *et al.*, 2011).

3.4.6 Alterações Geniturinárias

Diversas alterações são apresentadas no decorrer do envelhecimento, que podem ocorrer com ou sem ausência de doenças de base. A força da contratatura da musculatura detrusora da bexiga, a capacidade vesical e a habilidade de adiar a micção tendem a diminuir

em ambos os sexos. No decorrer dessas alterações é comum que os idosos façam uso de fraldas e sondas, devido o relaxamento da musculatura do esfíncter uretral e anal. A pressão máxima de fechamento uretral, o comprometimento uretral e as células da musculatura do esfíncter alteram-se predominantemente nas mulheres. Das diversas alterações provenientes da senilidade dos tecidos, doenças do próprio idoso também agregam para o desenvolvimento da incontinência urinária (REIS *et al.*, 2013).

De acordo com o mesmo autor, a noctúria é a alteração mais comum relacionada ao hábito urinário do idoso. As alterações hormonais são bastante comuns durante o envelhecimento, pois há um aumento na secreção de vasopressina e o hormônio natriurético, resultando assim na grande eliminação de fluídos e líquidos ingeridos ao longo do dia.

3.4.7 Nutrição e Imunossenescência

O processo gradual de envelhecimento atinge notoriamente o estado nutricional de determinado indivíduo, seja por questões fisiológicas ou não. Essas alterações ocorrem de forma natural e gradual, modificam e alteram o estado nutricional da maioria dos idosos. Diversas alterações fisiológicas podem ser percebidas no decorrer da velhice, como por exemplo, durante o simples processo de mastigação e deglutição de determinados alimentos (WACHHOLZI *et al.*, 2011).

A alimentação adequada é nutricionalmente essencial para a manutenção, equilíbrio e reabilitação da saúde dos idosos. Diversos fatores podem interferir no estado nutricional do indivíduo, dentre estes estão: alterações fisiológicas, alterações patológicas e fatores socioeconômicos (MALAFAIA, 2008).

De acordo com o mesmo autor, a resposta imune celular e resposta imune humoral são proporcionalmente atingidas pela desnutrição. O déficit nutricional afeta vigorosamente a função fagocitária, produção de anticorpos, citocinas, afinidade do anticorpo para com o antígeno e o sistema complementar.

A senescência pode desencadear diversas alterações hormonais induzidas ou não, e isso pode agregar mudanças nos perfis antropométricos desta população, estas modificações estão relacionadas a perda da massa muscular magra, redução na estatura comprometimento ósseo, redução da quantidade de água no corpo, dentre diversas outras alterações (WACHHOLZI *et al.*, 2011).

3.4.8 Alterações na Pele e Anexos

O envelhecimento é um seguimento genuíno e imutável de diversos órgãos. A pele, por ser o maior órgão do corpo humano estar exposta, e sujeita a prejuízos ambientais, como por exemplo, causados pelos raios ultravioleta, que exercem relevante papel no envelhecimento extrínseco ou foto envelhecimento. As principais alterações percebidas na pele envelhecida é sem sombra de dúvida, a diminuição do colágeno dérmico; levando às modificações de suas especificidades biomecânicas; ocasionando desta forma na demora da reconstituição celular, e na expressiva acentuação notória de rugas e manchas pelo corpo (CLÁUDIA *et al.*, 2013).

Os cabelos e as unhas apresentam diversas transformações e mudanças durante o ciclo de vida do qual envelhecemos. No decorrer deste ciclo, aparecem fatores que contribuem para a queda e enfraquecimento destes anexos, dos quais podemos destacar os fatores: ambientais e alimentícios que cooperam significativamente para a redução de colágeno e queratina, provocando desta maneira: pele seca, rugas, alopecia, unhas fracas e quebradiças, menor crescimento capilar, diminuição de pelos pelo corpo e cabelos brancos ou grisalhos (BATTISTI *et al.*, 2014).

3.4.9 Fragilidade e Vulnerabilidade

A fragilidade em idosos pode ocorrer por diversas formas e traz diversas limitações, algumas tornam-se mais propícias, devido a doenças, outras decorrentes de quedas e outras por sedentarismo, que como fatores agravantes tem a exaustão e a fadiga. Vale ressaltar que muitos idosos já possuem a fragilidade de forma inativa e necessitam de diversos cuidados ao decorrer de sua vida (COELHO, 2010).

A fragilidade pode ser conceituada como uma síndrome de diminuição de energia, pautada por diversas alterações que ocorrem com o decorrer do envelhecimento, como: sarcopenia, desregulação neuroendócrina e disfunção imunológica, que predispõe os idosos a diminuição acentuada da massa muscular e a um processo inflamatório crônico, que, caso associado a fatores externos de diversas ordens, como doenças, imobilidade, diminuição da alimentação, entre outros, provoca um ciclo de redução de energia, aumentando o grau de dependência e susceptibilidade (SANTOS *et al.*, 2014).

Diversos estudos demonstram que o suporte social na velhice é de crucial importância, pois traz conforto emocional, instrumental e material, principalmente em situações de incapacidade funcional, dependência e vulnerabilidade (SILVA *et al.*, 2012a).

3.4.10 Sentimentos

A Terceira Idade vem geralmente acompanhada de associações a sentimentos destrutivos de inutilidade e perda, que acentuam grandemente a condição existencial do idoso, pois acarreta conflitos internos. Esses conflitos estão correlacionados às mudanças psicológicas mais notáveis com o avanço da idade, como: dificuldade de adaptação a novos papéis; desmotivação e dificuldade de planejar o futuro; necessidade de trabalhar as perdas e adaptar-se a mudanças; afetividade mal sucedida durante toda a vida, que se agravam no linear da idade mais avançada (SEHN; CARRÉR, 2014).

Durante o desenvolvimento sênico são destacados os efeitos notórios das vivências sexuais. Pois a sexualidade é descrita como uma atividade que agrega positivamente para beneficiar a qualidade de vida dos idosos. É observado como um processo natural que cumpre a necessidade fisiológica e emocional do idoso e que se manifesta de maneira idônea e divergente em diversas fases de desenvolvimento (VIEIRA *et al.*, 2015).

3.5 DEPRESSÃO EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS

A depressão de modo geral pode ser definida por um transtorno psíquico de afetividade e humor mais expressivo durante a velhice. Muitas das vezes a depressão geriátrica pode ser confundida com demência, no entanto, a depressão é uma consequência da apatia e não da diminuição da função cerebral (SMELTZER *et al.*, 2008).

Na maioria das vezes a depressão está relacionada a distúrbios somáticos como: doenças crônicas, perda na habilidade física, aparência, papel social, morte de parentes e insegurança financeira. Dentre as principais doenças comuns do envelhecimento podemos destacar: Alzheimer, depressão, hipertensão, diabetes, osteoporose. É imprescindível, e fundamental diagnosticar e tratar a depressão em idosos, especialmente quando aparece em distintos graus e com pensamento suicida (CAVALCANTE *et al.*, 2013).

Por ser um transtorno mais comum na população idosa, a depressão agrega grandes prejuízos funcionais para o próprio portador e sociedade. O seu diagnóstico é realizado através de sinais e sintomas dos quais incluem: tristeza, fadiga, diminuição da memória, sentimentos de culpa, insônia, distúrbios de apetite, inquietação e ideação suicida. O seu tratamento é basicamente através de antidepressivos, e a base de psicoterapia, em junção são extremamente eficazes (MATOS *et al.*, 2006).

3.5.1 Tipos de depressão mais presentes em idosos

Segundo Moraes *et al.* (2016), a depressão pode ser classificada como:

- **Depressão atípica:** presente em indivíduos que demonstram ganho de peso e letargia extrema. Apesar de irem a médicos, os idosos acreditam que nenhum deles conseguem descobrir a origem de seus problemas.
- **Depressão-psicótica:** associam-se à paranoia, delírios pertinentes com o humor, ilusões auditivas e visuais. É primordial estabelecer um tratamento frenético, pelo risco de suicídio.
- **Depressão-somatização:** conhecida como depressão mascarada, representada por queixas de dor não justificada fisicamente, plenitude, perda da libido, anorexia, insônia.
- **Distímia ou depressão menor:** depressão crônica de humor que tem início de forma ágil, permanecendo pelo mínimo de 2 anos, onde o indivíduo dificilmente está alegre, sente-se cansado e deprimido sem qualquer motivo aparente na maior parte do tempo.

3.6 POLÍTICAS PÚBLICAS E DIREITOS DOS IDOSOS

A idealização de uma política pública de saúde com base no envelhecimento e na saúde do idoso determina que seja de grandeza fundamental às diversas mudanças da sociedade e a estruturação do SUS (Sistema Único de Saúde). O envelhecimento populacional demonstra-se como um fenômeno de cunho atual de grande significância em todo o globo, portanto à medida que a população envelhece surgem os problemas de saúde no qual desafiam os sistemas de saúde e de seguridade social (LOUVISON; BARROS., 2009).

Segundo Oliveira (2005), a PNSI (Política Nacional da Saúde do Idoso) foi decretada em 10 de dezembro de 1999 a qual se baseia no julgamento da atenção integral à saúde da população em processo de envelhecimento, em consonância com a Lei Orgânica da Saúde 8.080 de 19 de setembro de 1990 e a Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990 que rege o SUS (Sistema Único de Saúde). A Política Nacional de Saúde do Idoso têm os seguintes arcabouços:

[...] A promoção do envelhecimento saúde, manutenção da capacidade funcional, a assistência às necessidades de saúde do idoso, a reabilitação da capacidade funcional comprometida, a capacitação de recursos humanos especializados, apoio ao desenvolvimento de cuidados informais e o apoio a estudos e pesquisas.

Segundo Tebet (2003), o estatuto do idoso foi criado no dia 1º de outubro de 2003 sob a lei nº 10.741 com intuito de salvaguardar os direitos civis dos idosos sob pena da lei qualquer violação o descumprimento aos seus direitos civis em estado democrático. Tem como princípio básico e fundamental garantir os direitos civis dos indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos sem nenhum prejuízo funcional, integral ou quaisquer outros danos à pessoa física.

De acordo com o mesmo autor, a lei nº 8.842 de 4 de janeiro de 1994 do CNI (Conselho Nacional do Idoso) foi justamente promulgada para garantir, preservar e garantir todos os direitos dos idosos sob a fiscalização contínua e severa das três esferas de poder: união, estado e município. Dentre vários direitos podemos destacar:

[...] O direito à vida, o direito à liberdade, ao respeito e a dignidade, dos alimentos, do direito à saúde, da educação, cultura, esporte e lazer, da profissionalização e do trabalho, da previdência, da assistência social, da habitação, do transporte, das medidas de proteção, da política de atendimento ao idoso, das entidades de atendimento ao idoso, da fiscalização das entidades ao atendimento, do acesso à justiça, do ministério público, da Proteção judicial dos interesses difusos, coletivos e individuais indisponíveis ou homogêneos.

3.7 CONDUTAS DE ENFERMAGEM

Um dos principais desafios enfrentados pelos profissionais de enfermagem é de melhorar a qualidade de vida dos idosos em situação de risco e abandono. O outro desafio enfrentado por estes profissionais é de trabalhar a família e o idoso em sua totalidade, com percepção, discernimento, respeito e amor. Criando laços de vínculo, gratidão e reconhecimento. Pautando e demonstrando que independentemente da classe e cor todos

iremos envelhecer e precisaremos de assistência um dia. E que a institucionalização pode ter como consequência o adoecimento destes indivíduos através de transtornos depressivos (SANTOS *et al.*, 2014).

A utilização da SAE (Sistematização da Assistência de Enfermagem) é fundamental para o enfermeiro implementar e desenvolver ações por meio do processo intervencional do cuidar. Ressaltando que o idoso deve ser visto com um olhar mais sensível, holístico e humanizado, voltado para as suas necessidades. Essa percepção de cuidar prevê a interação das multidimensões do viver do ser idoso, voltado para a promoção e qualidade de vida deste grupo (NUNES *et al.*, 2014).

Segundo o mesmo autor, na atenção a saúde do idoso, no contexto geral, o enfermeiro deverá sempre procurar evidências de funcionamento atípico ou de fatores de riscos que contribuam para o agravamento da saúde do idoso. Portanto, torna-se imprescindível o emprego de cuidados bem idealizados, capazes de orientar o registro de dados notáveis a situação atual dos internos. Além disso, é essencial considerar a quantidade e a qualidade das informações disponíveis, pois o enfermeiro encontra diversidade de sintomas e sinais regularmente manifestos pelos idosos, que são particularmente menos característicos e evidentes do que nos jovens, exigindo constante atenção e percepção a fim de não subestimar os indícios menos implícitos e, por outro lado, valorizar excessivamente aspectos decorrentes do processo natural e gradual do envelhecimento com ou sem depressão .

Com base nisso, cabe aos profissionais de enfermagem juntamente com a sociedade em geral assegurar os direitos dos idosos através de políticas públicas que visam o acesso aos serviços do SUS (Sistema único de Saúde). Dando ênfase na prioridade no atendimento destes indivíduos com base na nova realidade demográfica e epidemiológica do Brasil. Fundamentando desta forma, as projeções cabíveis para prevenir, promover e reabilitar a saúde destes indivíduos (ROCHA, 2014).

4. METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de campo com abordagem qualitativa de método descritivo. A pesquisa qualitativa tem aproximação naturalística como meio direto para obtenção de dados e o pesquisador como o seu principal instrumento. Pressupõe o contato direto e contínuo do

pesquisador com o ambiente e a circunstância que está sendo investigada (LUDKE; ANDRÉ, 2008).

Segundo o mesmo autor, a pesquisa descritiva tem como principal foco à descrição de pessoas, situações e acontecimentos. É utilizada para elucidar ou esclarecer o ponto de vista que está sendo estudado.

4.1 COLETA DE DADOS

A coleta de dados deu-se através de pesquisa de campo com entrevista e aplicação de um questionário com perguntas abertas gravadas em mp3 em aparelho celular e transcritas na íntegra, com todos idosos com depressão ou em uso de ansiolítico e antidepressivo institucionalizados no município de Anápolis-GO, especificamente no Abrigo Evangélico Jesus Cristo é o Senhor. Conforme apêndice C, entre os meses de novembro e dezembro de 2018. Os horários e os dias foram estabelecidos pelo pesquisador e os entrevistados desta pesquisa após a aprovação do comitê de ética. A entrevista se deu em uma sala reservada com cada idoso institucionalizado de forma individual e simultânea.

4.1.1 Princípios Éticos

A pesquisa foi regulamentada sobre as recomendações da resolução nº510/2016 do CNS (Conselho Nacional de Saúde), com base no respeito aos critérios éticos da pesquisa com seres humanos. Fundamentada através do respeito, confiabilidade, confidencialidade, fidedignidade, sigilo, veracidade e validade dos dados coletados. Contudo, a entrevista com o questionário e foi aplicada após a submissão ao CEP (Comitê de Ética e Pesquisa). Aos participantes desta pesquisa fica garantido o direito de recusarem a qualquer momento e instante a não participarem da presente pesquisa, sem quaisquer prejuízos: físico, financeiro, moral e ético. Será apresentado aos participantes da pesquisa o TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido) para à autorização e participação da entrevista, conforme anexo A.

4.1.2 Riscos e Benefícios

A resolução Nº 510/2016 homologada pelo CNS (Conselho Nacional de Saúde) do Ministério da Saúde, relata que toda e qualquer pesquisa com seres humanos envolve riscos os quais devem ser previstos e descritos no protocolo de pesquisa a ser avaliado pelo CEP (Conselho de ética e Pesquisa). Os riscos são: negação dos participantes a prezada pesquisa e danos psicológicos. Estes fatores serão sanados pelo caráter da abordagem do pesquisador com os entrevistados, através da confiabilidade e confidencialidade da pesquisa. Os benefícios serão diversos, como: avaliar, identificar, descrever e os fatores que levam os idosos à terem perspectiva de vida diante do envelhecimento em um abrigo.

4.1.3 Local

Abrigo Evangélico Jesus Cristo é o Senhor foi fundado em 19/12/1995, é de natureza privada e filantrópica esta localizado no Sítio de Recreio Jardim Boa Vista em Anápolis-Go. Tem sua principal atividade **relacionada à defesa dos direitos dos idosos e inserção de políticas públicas sociais. Atualmente**, dispõe de um quadro expressivo de profissionais capacitados para atender às necessidades básicas diárias e fundamentais dos idosos, tais como: o cuidado à saúde, alimentação, higiene, repouso e lazer. Além, é claro, de desenvolverem outras atividades que garantam de fato a qualidade e aumento da expectativa de vida desses idosos. A princípio o atendimento inicial é prestado prioritariamente aos idosos em situação de risco e vulnerabilidade, a institucionalização em si, dependerá do quadro clínico e o pagamento das mensalidades ou não. Atualmente está em processo de reformar e ampliação para justamente suportar as necessidades básicas dos internos. O ambiente é amplo, acolhedor e agradável, cercado por árvores frutíferas e espaço amplo para os internos passearem.

4.1.4 Participantes

Para realização dessa pesquisa foram entrevistados todos os idosos lúcidos e orientados que estejam com depressão ou em uso de ansiolíticos e antidepressivos que estejam dispostos a participarem do presente trabalho, desde que sejam internos do Abrigo

Evangélico Jesus é o Senhor. A pesquisa foi realizada após a autorização do CEP (Comitê de Ética e Pesquisa).

Critérios de Inclusão:

- Indivíduos que tenham idade igual ou superior a 60 anos;
- Indivíduos que tenham autonomia e sejam lúcidos e orientados;
- Indivíduos institucionalizados;
- Indivíduos que queiram participar da pesquisa;
- Indivíduos com depressão ou em uso de ansiolíticos-antidepressivos.

Critérios de Exclusão:

- Indivíduos que não tenham idade igual ou superior a 60 anos;
- Indivíduos que não queiram participar da pesquisa;
- Indivíduos que não sejam internos;
- Indivíduos desorientados em tempo e espaço;
- Indivíduos agressivos e não cooperativos;
- Não serão excluídos indivíduos por classe social, raça, credo ou sexo.

4.1.5 Entrevista

A entrevista foi realizada através da aplicação de um questionário com perguntas abertas, conforme o apêndice C. Segundo Ludke e André (2008), a entrevista é um objeto fundamental para a coleta de dados. Onde há uma relação de interação entre o entrevistado e o entrevistador. Sua principal vantagem é de permitir a captação das informações desejadas de forma imediata, além de estimular o direcionamento natural dessas informações, lembrando que, o entrevistado deve ser sempre informado do motivo da entrevista e de sua escolha, o pesquisador deve manter a confiança e simpatia do entrevistado evitando assim, conflitos ou interrupções de suas atividades cotidianas.

4.1.6 Análise dos Dados

Segundo Gil (2008), a análise dos dados resulta de múltiplos fatores, como a natureza dos dados coletados, a extensão da amostra, os instrumentos de pesquisa e os pressupostos teóricos que subsidiaram a pesquisa. Para analisar os dados é necessário seguir alguns passos aleatórios, tais como: a redução dos dados, a categorização desses dados, interpretação e a redação do relatório final.

- **1° Passo-Redução dos Dados:** Baseia-se na seleção, simplificação, abstração e transformações dos dados originais oriundos da coleta da pesquisa de campo.
- **2° Passo-Codificação ou Categorização dos Dados:** A categorização se baseia na disposição dos dados de forma organizacional sistêmica para que os pesquisadores consigam achar e tirar conclusões a partir destes. Para que isso ocorra, é necessário criar um conjunto de categorias descritivas. Ou seja, é preciso ler e reler exaustivamente todo material coletado, essas leituras excessivas possibilitam a separação e análise dos dados coletados e seus componentes.
- **3° Passo- Interpretação dos Dados:** Se dará após a categorização dos dados e sua descrição para dessa forma tentar elucidar suas possíveis causas ou efeitos.
- **4° Redação do Relatório:** Tentar explicar e expor as verdadeiras causas de determinados fenômenos e mostrar os fatores que as influenciam, para que isso ocorra, é preciso ter objetividade, clareza e precisão na análise e interpretação dos dados.

5. RESULTADOS E DISCUSSÕES

5.1 O SIGNIFICADO DA QUALIDADE DE VIDA NA VISÃO DOS IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS

Nesta categoria os idosos relataram que para ter perspectiva de vida na 3° idade é necessário e fundamental adquirir qualidade de vida, sendo assim, foram dispostas três subcategorias. Conforme descritas a seguir:

5.1.1 Ter saúde como qualidade de vida

Ter saúde! Uai! Saúde eu até tô bom [...]

(PAU-BRASIL)

Viver a vida muito longe e ter saúde, uai [...]

(SEQUOIA)

Viver com saúde, a saúde nos ajudar a não ficar em cima de uma cama dependendo dos outros [...]

(CEDRO-ROSA)

[...] Saúde porque ela determina se a gente vai viver bem. Não importa o tipo de coisa que vier você tendo a saúde boa faz a total diferença, só!

(JACARANDÁ)

É bom ter saúde, conforto, tá com as pessoas que a gente goste. Eu sinto vontade de fazer um check-up pra ver se tá tudo bem com a minha saúde, a saúde faz parte disso que você perguntou [...]

(FIGUEIRA DAS LÁGRIMAS)

Ter saúde boa [...]

(SEQUOIA)

E ter saúde, porque a saúde é fundamental para o nosso dia-a-dia [...]

(JACARANDÁ)

Então qualidade de vida é ter uma alimentação boa, paz de espírito, saúde, ver pessoas, é muito bom [...]

(JATOBÁ)

A saúde é muito importante, eu tenho até muita saúde, mas a saúde é uma prioridade na nossa vida. Na vida de todas as pessoas, principalmente nós que já é de melhor idade, então a saúde é muito importante porque quando você perde também você fica limitado, né!

(CEDRO-ROSA)

A saúde é um fator que excede os aspectos biológicos e com foco na ausência de doenças. Tem uma variante mais ampliada e dinâmica; a saúde vem como um advento social resultante da ação de diversos fatores, tais como: educação, moradia, alimentação, lazer, trabalho e acesso a bens e serviços de saúde. A saúde não está somente ligada à inexistência de dor, mas também na perda da autonomia e o fato dos idosos não se sentirem mais úteis na sociedade (SILVA *et al.*, 2013).

A percepção sobre a saúde detêm de aspectos subjetivos e objetivos, desde o modo que as pessoas se sentem ou se veem sobre suas próprias vidas. Uma visão negativa sobre a falta de saúde pode ser observada em sinais de desconforto e mal estar. A saúde pode estar ligada parcialmente ou literalmente na qualidade de vida, principalmente percebida na melhor idade. O envelhecimento sem nenhum tipo de patologia ajuda no equilíbrio homeostático do corpo e mente, aumentando o tempo de sobrevivência dos idosos. Na terceira idade a saúde é um fator condicionante para se viver com conforto e bem estar (MARI *et al.*, 2016).

Embora que nos últimos anos houve uma melhoria nos fatores ligados à saúde, constatou-se que a assistência prestada aos idosos continua deficitária. A atenção voltada para a saúde dos idosos tem que ser embasada para suas reais necessidades, e de acordo com a realidade que vivem. Para desta forma melhorar a qualidade de vida destes indivíduos, promovendo e fortalecendo o envelhecimento digno e saudável (BRAGA *et al.*, 2015).

A saúde física e psíquica na fase sênica são fatores fundamentais para se viver com dignidade em ambiente institucional. Ter equilíbrio sobre suas funções corporais e seu estado mental ajudam os idosos a manter-se no patamar mais elevado, deixando perdurar sua hombridade, e sua essência. O idoso consegue permanecer sereno, lúcido, se sente mais vivo e se mantém por vários e vários anos.

5.1.2 Ter uma boa alimentação como qualidade de vida

[...] Ter uma boa alimentação é muito importante porque eu acho que se você se alimentar bem você gasta menos com remédio. Pra você se sentir bem não é a quantidade de comida, mas a qualidade dela.

(CEDRO-ROSA)

Então qualidade de vida é ter uma alimentação boa, paz de espírito, saúde, ver pessoas, é muito bom. E principalmente ter Deus [...]

(JATOBÁ)

O que eu entendo é a gente ter assim uma boa convivência, uma boa alimentação, um bom sono, dormi bem, tá junto com a família, comer aquilo que a gente sente vontade. É bom ter saúde, conforto, tá com pessoas que a gente goste [...]

(FIGUEIRA DAS LÁGRIMAS)

Os maus hábitos alimentares dos idosos interferem diretamente no seu estado de saúde. Principalmente ocasionado pela desnutrição que acarreta um declínio na qualidade de vida destes indivíduos. Também é imprescindível relatar que a inexistência de um nutricionista colabora para o agravamento do estado de saúde destes internos. Tendo em vista que a quantidade e a qualidade destes alimentos são insuficientes para o fornecimento adequado de energia (CAMARGOS *et al.*, 2015b).

Com ingestão inadequada de alimentos vão aparecendo diversas alterações fisiológicas no organismo senio, decorrentes da má alimentação e da inadequação no consumo de carboidratos, gorduras e nutrientes. O organismo se torna mais susceptível ao aparecimento de diversas doenças. Das quais, interferem diretamente na qualidade de vida dos idosos (MALTA; PAPINI; CORRENTE, 2011).

A importância da promoção e do incentivo a alimentação saudável ajuda a diminuir fatores de risco, como o aparecimento de doenças crônicas e cardiovasculares, melhora a disposição humoral e aumenta a expectativa de vida dos idosos institucionalizados.

5.1.3 Ter apoio familiar como qualidade de vida

Eu sou casado, a minha esposa mora aqui. Ela gosta muito de mim. Ter qualidade de vida é ter ela do meu lado, cuidar de mim [...]

(SEQUOIA)

Eu acho que a qualidade de vida está relacionada a morar com parentes e estar com a família [...]

(FIGUEIRA DAS LÁGRIMAS)

E ter assim, o apoio da família por perto. Porque a família é a base de tudo, é! A família é o nosso alicerce, sabe!

(JACARANDÁ)

A adaptação ou adequação para ter uma boa qualidade de vida para os idosos está correlacionada ao alicerce familiar. É no seio familiar onde estes indivíduos conseguem trabalhar a identificação, a construção da individualidade, o companheirismo, o respeito, a dignidade e o amor. O apoio familiar não só consegue melhorar os níveis de concentração dos idosos, como também consegue diminuir os fatores comórbidos que afetam diretamente a saúde destes (OLIVEIRA; SOUZA; FREITAS, 2006a).

A família é o recinto tradicional de acolhimento e apoio dos idosos, entretanto, a cada dia que passa está menos disponível para atender as demandas que os idosos necessitam, que muitos já se encontram totalmente, dependentes e fragilizados. Nestas horas que a família deve mostrar-se como suporte social básico, afim de garantir a integridade física e mental de seus semelhantes (VIEIRA *et al.*, 2012).

A família tem papel de afeto e solidariedade, isso ultrapassa laços sanguíneos. A medida que os idosos vão envelhecendo a posição de líder no leito familiar vai se modificando. O provedor se torna impotente e indefeso, a postura se converte, e o sentimento de aflição e angústia tomam conta da sua vida (AGUIARO, 2016).

A qualidade de vida advém de diversos fatores que determinam se cada indivíduo vai ter ou não qualidade de vida. Ao chegar na 3^o idade é complicado achar somente um fator que interfira no envelhecimento saudável. Portanto envelhecer ao lado de seus familiares significa somatizar tudo que cada ser humano viveu durante toda sua juventude até sua fase sênica e condicionar-se a “aceitá-la” até o fim de seus dias.

5.2 SENTIMENTOS VIVENCIADOS PELOS IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS

Nesta categoria os idosos relataram que viver em uma instituição de longa permanência geram diversos sentimentos. Portanto, com base nos relatos foram geradas quatro subcategorias. Conforme descritas a seguir:

5.2.1 Sentimento de isolamento social

[...] Eu fico aqui isolada, não saio pra nada, isso é ruim, ninguém gostar de viver isolado e preso. Meu sonho era sair daqui e ser livre, ter a minha vida de volta.

(CEDRO-ROSA)

[...] Eu sinto saudade de ver o mundo lá fora.

(FIGUEIRA DAS LÁGRIMAS)

[...] Eu só queria sair as vezes, mas gosto de todos daqui.

(SEQUOIA)

[...] Mas sabe aquele sentimento de vazio que parece que estar faltando algo dentro de mim. Eu me sinto como numa prisão, as vezes dói se eu pensar ou ficar pensando muito nisso.

(JACARANDÁ)

Eu queria assim, uma coisa era sair um pouco de vez em quando pra gente ver o mundo. Aqui a gente não vê [...]

(EMBOEIRO)

Uai, sô! Eu acho que é um dever da gente morar aqui, porque não tem outro espaço pra gente pra lá, pra viver fora daqui. Então a gente é obrigado a ficar aqui [...]

(PAU-BRASIL)

Era ir embora daqui, sair daqui[...]

(JEQUITIBÁ)

Uns detalhes principalmente a liberdade, aqui nós ficamos presos. É essa parede, esse muro, é que eu sinto triste, certo. A gente queria tá lá fora pra conviver com a sociedade, A gente vive em um mundo aqui dentro que a gente não convive com a sociedade, a sociedade que convive com nós. Nos limitou esse muro. Eu me sinto preso. É aquela história, põe um passarinho na gaiola, você dá comida pra ele e tudo. Mas quando abre a gaiola ele parte [...]

(JATOBÁ)

Cê sabe, que todo mundo queria tá lá fora, mas não pode, ninguém quer cuidar da gente [...]

(PINUS)

Quando a gente tava lá fora a gente via muitas coisas do mundo. Aqui a gente não ver [...]

(EMBOEIRO)

A institucionalização traz consigo diversos sentimentos conflitantes para os idosos, entre estes estão os sentimentos de isolamento social, abandono, saudade da família e desesperança. O ambiente institucional a que os internos são dispostos são cercados por paradigmas no que se diz respeito ao isolamento social. Tendo em vista que os sentimentos como: tristeza, solidão, abandono, isolamento e apatia são reafirmados por estes internos quando relatam que sentem saudade do tempo que viviam fora da instituição, do tempo que conversavam com pessoas, e que iam ao mercado sozinhos (LIMA *et al.*, 2016).

O isolamento social e solidão evidenciam uma série de perdas na identidade e na auto-estima destes indivíduos, estes fatores contribui para muitas vezes para tentativa de suicídio. Estes sentimentos repercutem de forma negativa para o envelhecimento saudável dos internos, aumentando o nível de dependência e fragilidade (PINHEL, 2011).

O sentimento de prisão e de exclusão da sociedade após a internação são vividos pelos idosos quase que diariamente. A tristeza e a apatia vão tomando conta de sua vida; todo aquele vigor de antes se foi. “O passarinho” que antes era forte agora se encontra sem destino, deixado ao léu, a própria sorte; vivendo dias diferentes, porém todos iguais.

5.2.2 Sentimento de abandono familiar

A minha família não vem me visitar. Eles demoram muito. O restante vem, eles são revoltados porque eu saí de casa, foi eu que saí de casa, ninguém acreditava que eu estava doente. Eu não conhecia meus filhos, eu não conhecia meus netos, eu vivia aqui pra cu lá [...]

(FIGUEIRA DAS LÁGRIMAS)

Está do lado da família, apesar de quase todos não virem me ver [...]

(CEDRO-ROSA)

[...] Não queria me ligar a minha família. Morar com família é complicado.

(JATOBÁ)

Era voltar no tempo e ter todo mundo da minha família do meu lado. Os parentes ninguém quer, ficar na casa deles é ruim a gente atrapalha, dá trabalho [...]

(PINUS)

Com o abandono familiar ou com a perda de seus cônjuges, os idosos enfrentam-se em situações de vulnerabilidade como: risco de vida e abandono. Esses se tornam um dos principais motivos da institucionalização. Além disso, os idosos relembram diariamente das suas histórias de vida, hábitos e valores culturais, inclusive dos reais motivos que seus familiares os deixarem ali (CARLI *et al.*, 2011).

A maioria dos membros familiares relatam que não possui condições financeiras para proporcionar os cuidados necessários que um idoso necessita. Outro fator interessante a ser discorrido, seria as diversas atividades que os familiares têm no decorrer do dia- a dia, não dispondo de tempo para os cuidados necessários de seus idosos (CARLI *et al.*, 2011).

Além do abandono familiar, há o abandono afetivo. A falta de amor e carinho causa sofrimento, agrava ainda o estado psicológico destes internos; diminuindo as funções cognitivas e de motricidade. Todo o processo de experiências vividas por anos se tornam conflitantes, a memória de um antigo lar se perpetua, e aos poucos a sua identidade vai desaparecendo (CALDAS; PAMPLONA, 2013).

A família simbolicamente continua e continuará sendo o azeite de todos os seus membros, mesmo nos dias atuais tem papel relevante como centro das atenções. O abandono familiar pode ser provocado por substantivos causuais, como: ressentimento, mágoa, falta de tempo ou até mesmo por falta de amor. A forma de como os filhos foram criados e cuidados colaboram grandemente para este abandono. Assimilando e retratando sentimentos estes ruins como justificativa tal ato.

5.2.3 Sentimento de saudade da família

[...] Mas aqui não é meu lugar, o meu lugar é do lado da minha família na minha casa.

(CEDRO-ROSA)

[...] Eu sinto falta da minha família, eu sinto falta dos meus filhos, dos meus netos, noras, bisnetos, de tudo. Chega dói, a saudade é um tanto, chega dói.

(FIGUEIRA DAS LÁGRIMAS)

Os parentes ninguém quer, ficar na casa deles é ruim a gente atrapalha, dá trabalho. Eu não tenho mais pai e mãe, já morreram, eu sinto uma falta. Dói ao lembrar de tudo [...]

(PINUS)

O sentimento de saudade da família acompanha o idoso desde a sua institucionalização. Muitos tentam demonstrar força e dizem que estão lá por vontade própria, pois não querem atrapalhar a vida de seus filhos, netos e bisnetos por se sentirem como um estorvo (MARTINS, 2013).

Se os familiares soubessem das principais alterações apresentadas pelos idosos durante o seu envelhecimento, certamente agiriam de outra forma. Seria mais fácil entendê-las, analisando suas reais necessidades. Após a interdição os idosos se veem em uma realidade triste e desmotivadora, o sentimento de saudade dos seus parentes só aumenta, ainda mais quando estes não se fazem presente na instituição (SANTOS, 2013).

A maioria relembra do tempo que eram jovens, dos passeios em família, das brincadeiras, até mesmo dos nomes dos animais de estimação. As mudanças no leito familiar foram tantas que muitos abordam isso diretamente no modo de interação familiar, fazendo alusão de como o idoso hoje em dia fosse visto como um simples objeto a ser esquecido ou descartado em um determinado lugar.

5.2.4 Sentimento de desesperança

Quando chega minha idade lá fora sonhos são limitados [...]

(JATOBÁ)

[...] Eu não tenho o que esperar para o futuro

(FIGUEIRA DAS LÁGRIMAS)

Velho não pode sonhar, velho só tem que esperar findar seus dias [...]

(CEDRO-ROSA)

A maioria das vezes a desesperança está ligada aos sentimentos de fracasso, derrotista e pessimista, e ocorre em maior intensidade na fase sênica. Ao realizar determinada tarefa o idoso fica com receio e com medo do fracasso daí sentimento de desesperança é inevitável. O sentimento de envelhecer e ter que depender da ajuda dos outros aumentam o sentimento de desesperança, acompanhado de sintomas depressivos (OLIVEIRA *et al.*, 2006b).

A desesperança se define como sentimento de expectativa de vida negativa resultante de derivados substancialmente valorizados pelo indivíduo em consonância com a falta de autocontrole sobre suas possíveis circunstâncias prováveis para o futuro (FERNANDES *et al.*, 2017).

Após a institucionalização a maioria dos idosos adquirem sentimentos negativos, que muitas das vezes são conflitantes que gera mágoa e ressentimento. A senescência é um momento muito complicado de se enfrentar, pois geralmente está associada a dependência parcial ou total do indivíduo. Desta forma é essencial que haja acompanhamento psicológico dos internos durante toda a institucionalização para minimizar fatores agravantes que afetam o estado de saúde mental destes pacientes.

5.3 EXPECTATIVAS PARA O FUTURO

Nesta categoria os idosos relataram que vivenciar e criar expectativas de um futuro na 3ª idade é complicado, ainda mais tendo que suportar um desgaste de um corpo em deterioração. Sendo assim, com base nos relatos dos idosos foram geradas três subcategorias. Conforme descritas a seguir:

5.3.1 Morte

Uai, eu não espero mais nada sô! Só espero o resto da vida. Mas nada. Mas nada. Mas nada eu tenho pra dizer, sabe. Só esperar a morte chegar, sabe [...]

(PAU-BRASIL)

Eu acho que nada, aqui a gente não tem futuro, eu acho que a gente não tem nada pra esperar, só o fim da vida [...]

(SEQUOIA)

[...] Velho, doente, você acha o que eu devo esperar, a não ser o meu fim. Vocês jovens têm sonhos, projetos e planos. A gente só espera uma coisa, aos poucos cada um vai indo, a tristeza vem, isso só piora e nos leva mais rápido.

(PINUS)

É duro te falar, mas eu vou te falar. A morte!! (choro)

(FIGUEIRA DAS LÁGRIMAS)

Sair daqui, ter a minha roça e morrer do lado dos meus bichos. Não tenho muito que esperar e desejar, só mesmo esperar o resto da minha etapa [...]

(CEDRO- ROSA)

[...] O que esperar para o futuro, se a tendência natural da vida é a morte, é uma tendência natural de todas as pessoas daqui do abrigo. Futuro não vamos ter futuro.

(JATOBÁ)

O envelhecimento é um mecanismo imutável de transformações inevitáveis ao longo dos anos. É uma forma mais compreensível, e ampliada de autoaceitação e entendimento para sua própria finitude (CASAGRANDE; AGOSTINI, 2015).

Apesar de todo ser o humano ter consciência que a morte é um caminho inevitável, a sua compreensão na maioria das vezes não é bem aceita. A morte pode ser vivenciada durante todo processo sênico. Os idosos conseguem trabalhar a morte através das diferentes perdas por exemplo, de maneira mais abstrata, desde suas perdas físicas, sociais e culturais (SIMÕES; MOURA; WEY, 2016).

A morte pode melhor ser compreendida através de um fator universal único de cada ser humano, e não meramente exclusivo dos idosos, uma vez que pode ocorrê-la em qualquer fase da vida (SIMÕES; MOURA; WEY, 2016).

A morte tem que ser encarada como uma simples passagem ao encontro de Deus. Com despreendimento da alma e de um corpo desgastado com acúmulo de sofrimento vividos por várias décadas.

5.3.2 Viver o máximo possível

Viver o máximo possível [...]

(JACARANDÁ)

[...] Porque eu acho assim, o ser humano tem que viver, né! A cada dia a gente tem que viver, agora o futuro pra gente é viver o máximo possível.

(EMBOEIRO)

Muitas são as conjunturas que levam os idosos a viverem mais, de maneira distinta de forma melhor ou pior que os outros, em diferentes fases da vida. A incerteza e a insegurança do amanhã fazem com que muitos idosos se abstenham de planejar algo para o futuro. Quando jovens a expectativa de vida, o vigor de se viver é fortemente exaltado (MARIN *et al.*, 2012).

A longevidade é desejada, entretanto, com a experiência do envelhecimento traz uma série de sentimentos ruins como: frustrações, decepções, angústia e tristeza, diminuindo fortemente essa vontade de se viver mais (MARIN *et al.*, 2012).

A satisfação na vida dos idosos após a institucionalização reflete significativamente na perspectiva de se viver o máximo possível. A eficiência em superar as adversidades satisfaz suas realizações, diminuindo fatores depressivos. Aumento o desejo de se viver mais, justamente por conta da sua efetividade em solucionar situações inusitadas (CARVALHO; DIAS, 2011).

O desejo de se viver mais está interligado a conjuntura da autosatisfação, das conquistas, da família conquistada, de relativamente tudo que o indivíduo conseguiu adquirir com suor, com luta durante todos esses anos.

5.3.3 Esperança

Comprar minha fazenda, era comprar uma fazenda pra mim, era bom demais da conta [...]

(JEQUITIBÁ)

A maioria dos idosos ativos tem esperança, entusiasmo e perspectiva de vida para o futuro. A esperança reveste-se assim, como um amuleto de enorme importância na qualidade de vida destes internos. Tem sido objeto de grande valia para o crescimento psicológico e mudança de hábitos. Tem papel fundamental para os idosos sobre determinado tipo de tratamento e alcance da cura. Diversos autores abordam a esperança como poder vital relevante para pacientes em situações críticas, colocando-o no campo positivista e motivacional para o alcance do sucesso (GODINHO, 2013).

O sentimento de revolta e ingratidão estão presentes na vida dos idosos institucionalizados, que muitos se tornam amargos e infelizes. Mas com o passar dos anos estes sentimentos ruins vão sendo esquecidos por conta da própria fragilidade já aumentada. A esperança se torna quase seu único refúgio para almejar dias melhores e superar traumas já vividos. Esperança de ter uma nova oportunidade fora da instituição e de viver ao lado da família é tão desejada que muitos se apegam nisso para tentar viver dias menos sofridos (EVANGELISTA *et al.*, 2014).

Grande parte dos idosos se sentem desprezados, desmotivados por viverem a margem da sociedade. Ter esperança de uma perspectiva de vida melhor quando a sua família lhe abandona em um lugar desconhecido é quase impossível, é uma mistura de sentimentos que muitas das vezes não são expressados por palavras, mas sim por lágrimas. O idoso só se sente entusiasmado para viver quando se sente amado, respeitado, querido por todos em sua volta, principalmente por aqueles que detêm de laços sanguíneos.

5.4 DEPENDÊNCIA DEMONSTRADA PELOS IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS

Nesta categoria os idosos relataram que necessitam de ajuda para a realização de determinadas tarefas. E, que a independência vai se perdendo no decorrer do envelhecimento. Conforme descritos nos relatos a seguir:

Eu dependo por causa da saúde, porque eu tenho problema de vista. Não dou conta de cozinhar, não dou conta de coar um café, de mexer com fogão, eu não dou conta [...]

(FIGUEIRA DAS LÁGRIMAS)

Eu só dependo só de alguém que faça a comida, a comida é boa. A gente depende de um tudo, né [...]

(JATOBÁ)

Eu dependo de quase tudo, depois que ficamos velhos nos tornamos dependentes de todo mundo [...]

(PINUS)

Eu tomo banho sozinha. A menina faz a nossa comida. Ela só cuida da nossa comida e da roupa [...]

(SEQUOIA)

A gente precisa de gente pra limpar, fazer a limpeza, né. Sempre a gente precisa, e pra também pra arrumar a cama, essas coisa a gente precisa [...]

(PAU BRASIL)

Algumas coisas pra mim são limitadas, todos nós precisamos de alguém para realizar né, algum tipo de tarefa [...]

(JACARANDÁ)

Algumas coisas sim, mas a maioria eu que resolvo ainda, graças a Deus [...]

(CEDRO-ROSA)

Sim, sabe! Eu dependo dos meus irmãos, desde quando eu to aqui [...]

(JEQUITIBÁ)

A dificuldade de se adaptar-se a uma nova realidade institucional pode agregar mudanças significativas na vida dos idosos de forma subjetiva, como: baixa influência de interação social, redução ou perda da capacidade funcional e diminuição da capacidade cognitiva, e a perda da motivação para realizar determinado tipo de tarefa (ROZENDO; DONADONE, 2017).

No decorrer do processo de envelhecimento a perda da capacidade funcional, e isso, tem como consequência um grau de dependência parcial ou total. A dependência pode diminuir o exercício da autonomia, pode ocorrer de forma dinâmica, podendo evoluir ou diminuir se houver assistência adequada de saúde. O sentimento de inutilidade por conta da dependência compromete a assistência prestada. Com isso, geram situações desagradáveis provocando a não adesão por parte do idoso a determinado tipo de cuidado a ser prestado (MIGUEL; PINTO; MARCON, 2007).

Foi analisada que a perda da capacidade funcional é mais observada durante o processo de institucionalização. Os prejuízos advindos por conta da internação são diversos, diminuindo significativamente a qualidade de vida dos idosos justamente por conta do maior grau de dependência. Além da capacidade funcional comprometida, os idosos não são estimulados a nenhuma prática de exercício físico por falta de profissionais adequados. Há também a sarcopenia provocada pela desnutrição por conta da má alimentação oferecida por estas instituições, aumentando ainda mais o grau de comprometimento funcional destes internos (SOUZA *et al.*, 2014).

Envelhecer é complexo, envolve diversos fatores de ordem biológica, psicológica e social. Tem a redução da habilidade física e mental. O nível de dependência se eleva provocado por uma série de transformações no organismo senio. O aparecimento de comorbidades e da falta de adesão a nova realidade vivida por estes idosos se agrava. O que culmina a diminuição da autonomia e de suas habilidades físicas e psíquicas (ALMEIDA *et al.*, 2015).

O envelhecimento traz consigo um certo grau de dependência, seja este pelo aparecimento de diversas doenças ou por conta da fragilidade da própria idade. O idoso tem que se sentir entusiasmado, com vigor, com força, com vontade de ser independente em determinadas atividades diárias. E não meramente ser tratado como um ser debilitado ou imprestável. O sentimento de utilidade ajuda a diminuir o nível de dependência e melhorar a auto-estima desses idosos institucionalizados.

5.5 A FÉ COMO SUPORTE NA VIDA DOS IDOSOS

Nesta categoria os idosos relataram que a fé vos ajudam a enfrentar as adversidades decorrentes dos fatores agravantes da 3ª idade. Conforme relatos a seguir:

Nessas horas de dificuldade é bom acreditar em Deus [...]

(JACARANDÁ)

Eu me apego com Deus, eu não acreditava nele, mas preciso crer em algo [...]

(PINUS)

E principalmente ter Deus [...]

(JATOBÁ)

Eu preciso de Deus [...]

(JEQUITIBÁ)

A espiritualidade embora absoleta tem se demonstrado como fator positivista no bem estar dos idosos institucionalizados. É notável compreender que a fé ajuda diretamente na autoaceitação, tem a capacidade de transforma vidas e diminuir o sofrimento, principalmente na 3° idade. Diante disso, a religião vem como suporte regularmente utilizado pelos idosos como sinônimo de segurança, paz e tranquilidade. Ameniza fatores corriqueiros do dia-a-dia, principalmente em situações de grande estresse (SCORTEGAGNA; PICHLER; FÁCCIO, 2018).

É graças à fé em junção com a espiritualidade que os internos conseguem se conectar com Deus. Alcançando desta forma força para viver e continuar lutando sobre as adversidades que o mundo impõe. A religiosidade tem duas vertentes bem distintas a carnal e a espiritual, e isso tem grande valia na vida dos idosos. Auxilia no perdão, na cura, a vencer medos e a enfrentar a morte de forma mais natural possível (OLIVEIRA; ALVES, 2014).

Envelhecer provoca diversas situações de perdas, seja da saúde, da capacidade funcional, da beleza, trabalho, da autonomia e do status social. A um questionamento interno no que diz respeito à origem da vida, buscando analisar o verdadeiro propósito de Deus para com seus filhos. A uma aproximação maior dos idosos com a espiritualidade na tentativa incessante de achar uma resposta para suas indagações ou frustrações (SANTOS; NAVARINE; LOPES, 2015).

A fé na terceira idade vem como suporte básico de vida, alimenta as esperanças dos idosos, de um futuro ou de uma simples melhora no estado de saúde. Ajuda a amenizar o sofrimento do abandono, da saudade da família ou das lembranças do tempo que eram jovens.

A fé é um alicerce para suportar as dores de um corpo que lutou durante toda a sua juventude até os dias atuais. É um acalento condicionante de paz espiritual e amor.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante todo o ciclo vivídico passamos por diversos processos de transformações fisiológicas e estruturais no nosso corpo. E a medida que envelhecemos ficamos mais suscetíveis à diversas comorbidades que não só interferem na capacidade funcional, mas também na qualidade de vida. Apesar do aumento expressivo da expectativa de vida dos idosos nos últimos anos, não houve um preparo social para cuidar e manter da integridade física e mental destes. Portanto, envelhecer significa de certa forma perder à autonomia de si próprio, e depender parcialmente ou literalmente dos cuidados dos outros. Por isso, faz-se necessário aumentar o incentivo às demandas de políticas públicas voltadas à inserção dos direitos dos idosos na sociedade, como forma de assegurar a dignidade e o respeito ao envelhecimento saudável destes.

Portanto, com base neste trabalho espera-se demonstrar aos profissionais de saúde e sociedade em geral que a perspectiva de vida dos idosos está literalmente ligada a diversos fatores como: saúde, alimentação, apoio familiar e a independência para a realização de determinadas atividades diárias. Os sentimentos de inutilidade, desprezo, desesperança e abandono diminuí drasticamente a expectativa de vida dos idosos, pois aumentam os sintomas depressivos e a vontade de viver mais acaba se tornando um martírio. Diante disso, se faz fundamental que haja a identificação e reconhecimento dos fatores depressivos agravantes e com isso, o acolhimento, tratamento e respeito aos idosos em sua totalidade e unicidade. Para desta forma, proporcionar melhorias na qualidade de vida e bem estar destes internos institucionalizados.

REFERÊNCIAS

AFFELDT. M. A. F. O . **Asilo Enquanto Espaço e Lugar: A Institucionalização da Velhice em Santa Maria-RS.** Santa Maria: UFSM, 2013. Disponível em: < <http://w3.ufsm.br/ppggeo/images/mafa.pdf> >. Acesso em: 06/Novembro/2017.

ALMEIDA. R. L. S *et al.* **Instituição de longa permanência para os idosos: avaliação das condições de acessibilidade e da funcionalidade dos idosos.** Revista de saúde complementar: Bahia, 2015. Disponível em: < <http://www.uesb.br/revista/rsc/v11/v11n2a07.pdf> >. Acesso em: 03/novembro/2018.

AGUIARO. F. F. **O idoso como cidadão: enfrentando o abandono familiar da pessoa idosa.** UFF: Rio das Ostras, 2016. Disponível em: < <https://app.uff.br/riuff/bitstream/1/4637/1/TCC%20COMPLETO%20FINAL.pdf> >. Acesso em: 06/novembro/2018.

BARBOSA. B. R. *et al.* **Avaliação da Capacidade Funcional dos Idosos e Fatores Associados a Incapacidade.** Montes Claros: Revista de Ciência e Saúde Coleiva, 2014. Disponível em: < www.scielo.org/pdf/csc/v19n8/1413-8123-csc-19-08-03317.pdf >. Acesso em: 26/Setembro/17.

BRASIL. **Depressão.** São Paulo: Ministério da saúde: biblioteca virtual, 2008. Disponível em: < bvsms.saude.gov.br/bvs/dicas/76depressao.html >. Acesso em: 24/ agosto/2017.

BRAGA. I. B *et al.* **A percepção do idoso sobre a saúde e qualidade de vida na terceira idade.** Revista de psicologia: São Paulo, 2015. Disponível em: < <http://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/338/455> >. Acesso em: 05/novembro/2018.

BATTISTI. B. Z. *et al.* **Nutricosméticos no Processo de envelhecimento de Mulheres.** Passo Fundo: Rev. Brasil. Nutr. Clin, 2014. Disponível em: < <http://www.sbnpe.com.br/wp-content/uploads/2016/12/09-nutricosmeticos.pdf> >. Acesso em: 24/Outubro/2017.

BEZERRA. F. C *et al.* **Estudos sobre Envelhecimento no Brasil: Revisão Bibliográfica.** Rio de Janeiro: Revista brasileira de geriatria e gerontologia, 2012. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v15n1/17.pdf> >. Acesso em: 13/05/2018.

CAMARO. A; KANSO. S. **As Instituições de Longa Permanência para Idosos.** São Paulo: Revista Brasileira de Estudos de População, 2010. Disponível em: < www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttex&pid=s0102-30982010000100014 >. Acesso em: 30/Agosto/2017.

CAMARGOS. M. C. S; CONZAGA. M. R. **Viver Melhor? Estimativas de Expectativa de Vida Saudável para a População Brasileira.** Rio de Janeiro: Cad. Saúde Pública, 2015a. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v31n7/0102-311X-csp-31-7-1460.pdf> > Acesso em: 25/Novembro/2017.

CAMARGOS. M. C. S *et al.* **Aspectos relacionados à alimentação em instituições de longa permanência para idosos em Minas Gerais.** Caderno de saúde coletiva: Rio de Janeiro,

2015b. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v23n1/1414-462X-cadsc-23-01-00038.pdf> >. Acesso em: 01/ novembro/2018.

CARLI. L. *et al.* **Sentimentos e percepções de idosos residentes em uma instituição asilar.** Revista contexto e saúde: Ijuí, 2011. Disponível em: < https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:E79_pU9d0HEJ:https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/view/1570/1316+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br > Acesso em: 02/ novembro/2018.

CARVALHO. M. P. R. S; DIAS. M. O. **Adaptação dos idosos institucionalizados.** Instituto politécnico de Viseu, Portugal, 2011. Disponível em: < <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium40/12.pdf> >. Acesso em: 07/novembro/2018.

CALDAS. C. P; PAMPLONA. C. N. S. **Institucionalização do idoso: percepção do ser numa óptica existencial.** Revista Kairós gerontologia: São Paulo, 2013. Disponível em: < <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/download/18680/13878> >. Acesso em: 06/novembro/2018.

CASAGRANDE. S. L; AGOSTINI. C. L. **Percepção da morte na visão do idoso.** Pesquisa em psicologia: anais eletrônicos: Santa Catarina, 2015. Disponível em: < https://editora.unoesc.edu.br/index.php/pp_ae/article/download/8701/4955 > Acesso em: 06/novembro/2018.

CATÃO. M. H. C. V *et al.* **O Impacto das Alterações do Sistema Estomatognático na Nutrição do Idoso.** Campina Grande: Rev. Brasil. De Ciências da Saúde, 2011. Disponível em: < http://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/viewFile/1349/1067 >. Acesso em: 25/Outubro/2017.

CAVALCANTE. F. G *et al.* **Diferentes Faces da Depressão no Suicídio em Idosos.** Rio de Janeiro: Ciência Saúde Coletiva, 2013. Disponível em: < www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1413-81232013001000023 >. Acesso em: 29/Setembro/2017.

CANCELA. D. M. G. **O processo de envelhecimento.** Porto: Portal dos Psicólogos, 2008. Disponível em: < <http://files.pdfadeup.webnode.com.pt/200000130-1dd221ecbf/Processo%20de%20envelhecimento.pdf> >. Acesso em: 22/Outubro/2017.

CLARES. J. W. B *et al.* **Perfil de Fragilidade e Fatores Associados em Idosos Cadastrados em uma Unidade de Saúde da Família.** Jejuí: Dep. De Saúde da UESB, 2014. Disponível em: < www.scielo.br/pdf/csc/v20n6/1413-8113-8123-csc-20-06-1917.pdf >. Acesso em: 26/Setembro/2017.

CLÁUDIA. M. *et al.* **Influência do Envelhecimento na Qualidade da Pele de Mulheres Brancas: O Papel do Colágeno, da Densidade de Material Elástico e da Vascularização.** Curitiba: Rev. Brasil. Cir. Plástica, 2013. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbcp/v28n1/08.pdf> >. Acesso em: 24/Outubro/2017.

COELHO. F. J. M. **Fragilidade: Trajetórias uma nova Abordagem do Idoso.** Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 2010. Disponível em: <

<http://www.sbgg.org.br/profissionais/arquivo/revista/volume4-numero1/completo.pdf> >. Acesso em: 25/ Agosto/ 2017.

CORDEIRO. L. P *et al.* **Alterações do Sistema Gastrointestinal no Processo de Envelhecimento: Revisão da Literatura**. Paraíba: Rev. Anais. CIEH, 2015. Disponível em: <http://www.editorarealize.com.br/revistas/cieh/trabalhos/TRABALHO_EV040_MD4_SA2_ID1041_24082015183407.pdf >. Acesso em: 25/Outubro/2017.

DAWALIBI. N. W *et al.* **Envelhecimento e Qualidade de Vida: Análise da Produção Científica da Scielo**. São Paulo: Universidade S. Júdas: Programa de Pós- graduação, 2013. Disponível em: < www.scielo.br/pdf/estpse/v30n3/v30n3a09.pdf >. Acesso em: 24/Agosto/2017.

EVANGELISTA. R. A. *et al.* **Percepções e vivências dos idosos residentes de uma instituição asilar**. Revista escola de enfermagem USP: Catalão, 2014. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48nspe2/pt_0080-6234-reeusp-48-nspe2-00081.pdf >. Acesso em: 07/novembro/2018.

FREITAS. E. V. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 3º edição. Rio de Janeiro: Guanabara: KOOGAN, 2013. Pág 3-16.

FERREIRA. O. G. L *et al.* **Envelhecimento Ativo e sua Relação com a Independência Funcional**. Florianópolis: Revista texto e contexto de enfermagem, 2012. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000300004 >. Acesso em: 18/Maio/2018.

FERNANDES. A. L. A. F. *et al.* **O envelhecer e a desesperança: aspectos gerais do processo de desesperança na velhice e uso da escala de desesperança de beck**. Revista diálogos:Pernambuco,2017.Disponível em:<http://www.revistadiologos.com.br/Dialogos_18/Dial_18_Spencer_Fernandes.pdf >. Acesso em: 06/novembro/2018.

GARCIA. A. *et al.* **A depressão e o Processo de Envelhecimento**. Rio de Janeiro: Ciências e Cognição, 2006. Disponível em: < www.cienciasecognicao.org/pdf/v06/m14569.pdf >. Acesso em: 29/Setembro/17.

GIL. A. C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 4º edição. São Paulo: Atlas, 2008.

GONZÁLEZ. A. C. T *et al.* **Transtornos Depressivos e Algumas Comorbidades em Idosos: Um Estudo de Base Populacional**. Rio de Janeiro: Revista Brasileira de Gerontologia, 2016. Disponível em: < www.scielo.br/pdf/rbagg/v19n1/pt_1809-9823-rbagg-19-01-00095.pdf >. Acesso em: 24/Agosto/2017.

GODINHO. S. S. **Esperança, personalidade e qualidade de vida em idosos: A influência da institucionalização**. Escola de psicologia e ciência da vida: Lisboa, 2013. Disponível em: <<http://recil.grupolusofona.pt/bitstream/handle/10437/4895/Esperan%C3%A7a%20personalidade%20e%20qualidade%20de%20vida%20em%20idosos.%20A%20in.pdf?sequence=1> >. Acesso em: 03/novembro/2018.

KOHLER. R. **Efeito do Envelhecimento Cronológico e da Prática Regular de Exercícios Físicos sobre a aptidão cardiorrespiratória de Mulheres Idosas**. Curitiba: Univ. Tec. Fed.

Do Paraná (UTFP), 2014. Disponível em: <
http://repositorio.roca.utfpr.edu.br/jspui/bitstream/1/3924/1/CT_COEFI_2014_2_12.pdf
>. Acesso em: 23/ Outubro/2017.

KUCHEMANN. B. **Envelhecimento Populacional, Cuidado e Cidadania: Velhos dilemas e Novos Desafios**. Brasília: Sociedade e Estado, 2012. Disponível em:<
www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0102-69922012000100010 >. Acesso em: 24/
Agosto/2017.

LOUVISON. M. C. P; BARROS. S. **Políticas Públicas e Envelhecimento: A Construção de uma Política de Direitos e os Desafios da Atenção Integral á Saúde da Pessoa Idosa no SUS**. São Paulo: BIS, Bol. Inst. Saúde Online, 2009. Disponível em: <
http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151818122009000200003&Ing=es&nrm=iso >. Acesso em: 29/ Outubro/2017.

LIMA. T. V. S. *et al.* **Emoções e sentimentos revelados por idosos institucionalizados: revisão integrativa**. Revista Kairós de gerontologia: São Paulo, 2016. Disponível em: <
https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:ThS_3JFDJckJ:https://revistas.pucs.p.br/index.php/kairos/article/download/31448/21922+&cd=2&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br >. Acesso em: 02/ novembro/2018.

LUDKE. M; ANDRÉ. M. E. D. A. **Pesquisa em Educação: Abordagens Qualitativas**. 3º edição. São Paulo: EPU, pág 11, 2008.

MALAFIA. G. **As Consequências das Deficiências Nutricionais Associadas á imunossenescência na Saúde do Idoso**. Minas Gerais: Arq. Brasileiro de Saúde, 2008. Disponível em:<
bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?isisscript=iah/iah.xis&src=google&base=lilacs&long=p&nextaction=ink&exprseach=501343&indexseach:id >. Acesso em: 28/Agosto/17.

MALTA. M. B; PAPINI.S. J; CORRENTE. J. E. **Avaliação de idosos de município paulista aplicação do índice de alimentação saudável**. Revista científica eletrônica online de saúde coletiva: São Paulo, 2011. Disponível em: < https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1413-81232013000500009&script=sci_arttext >. Acesso em: 06/novembro/2018.

MARIN. M. J. S. *et al.* **Compreendendo a história de vida de idosos institucionalizados**. Revista brasileira de gerontologia: Rio de Janeiro, 2012. Disponibilidade em: <
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232012000100016 >. Acesso em: 03/novembro/2018.

MARI. F. R. *et al.* **O processo de envelhecimento e a saúde: o que pensam as pessoas de maia- idade sobre o tema**. Revista brasileira de geriatria e gerontologia: Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v19n1/pt_1809-9823-rbgg-19-01-00035.pdf >. Acesso em: 05/novembro/2018.

MARTINS. E. **Constituição e significado de família para idosos institucionalizados: uma visão histórico-cultural do envelhecimento**. Estudo e pesquisas em psicologia: Rio Janeiro, 2013. Disponível em: < http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812013000100014 >. Acesso em: 02/novembro/2018.

MATOS. E. G *et al.* **Depressão Melancólica e Depressão Atípica: Aspectos Clínicos e Psicodinâmicos.** Campina: Estudos de Psicologia Online, 2006. Disponível em: < www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0103166x2006000200007 > Acesso em: 29/ Agosto/2017.

MORAES. B. S *et al.* **Sintomas da Depressão Associados ao Abandono em Idosos Institucionalizados nos Municípios de Firminópolis e São de Montes Belos-Go.** Montes Belos: Revista FMB, 2016. Disponível em: < www.revista.fmb.edu.br/index.php/article/view/227/204 >. Acesso em 29/ Setembro/ 2017.

NETTO. M. O *et al.* **Trabalho de Geriatria e Gerontologia.** 3ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, pág 5-13 2011.

MIGUEL. M. E. G. B; PINTO. M. E. B; MARCON. S. S. **A dependência na velhice sob ótica de cuidadores formais de idosos institucionalizados.** Revista eletrônica de enfermagem: Maringá, 2007. Disponível em: < <https://www.fen.ufg.br/revista/v9/n3/pdf/v9n3a17.pdf> >. Acesso em: 03/novembro/2018.

NUNES. J. T *et al.* **Reflexões sobre os Cuidados de Enfermagem a Idosos Institucionalizados.** São Paulo: PUC, 2014. Disponível em: < https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:2_dynSibBfAJ:https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/21390+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br >. Acesso em 11/Maio/2018.

OLIVEIRA. D. N *et al.* **Diagnósticos de Enfermagem em Idosos de Instituição de Longa Permanência.** Porto Alegre: Revista Ciência & Saúde, 2008. Disponível em: < revistaeletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faenfi/article/viewfile/4194/3650 >. Acesso em: 30/ Setembro/ 2017.

OLIVEIRA. C. R. M; SOUZA. C. S; FREITAS. T. M. **Idosos e família: Asilo ou casa.** Portal dos psicólogos: Rio de Janeiro, 2006a. Disponível em: < <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0281.pdf> > Acesso em 01/ novembro/ 2018.

OLIVEIRA. M. G. L. **Políticas Públicas e Idoso.** São Paulo: Portal do Envelhecimento, 2005. Disponível em: < <http://www.portaldoenvelhecimento.com/acervo/pforum/eqvspp1.htm> >. Acesso em: 29/Outubro/2017.

OLIVEIRA. K. L. *et al.* **Relação entre ansiedade, depressão e desesperança entre grupos de idosos.** Psicologia em estudo: Maringá, 2006b. Disponível em: < <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0673.pdf> >. Acesso em: 02/novembro/2018.

OLIVEIRA. R. M; ALVES. V. P. **A qualidade de vida dos idosos a partir da influência da religiosidade e da espiritualidade: cuidados prestados aos idosos institucionalizados em Caeté BA.** Revista brasileira de gerontologia: São Paulo, 2014. Disponível em: < <http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/viewFile/23208/16770> > Acesso em: 04/novembro/2018.

PINHEL. M. J. J. M. **A solidão nos idosos institucionalizados em um contexto de abandono familiar.** IPB: Escola superior de educação: Bragança, 2011. Disponível em: < <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/6863/1/Relato%CC%81rio%20final.pdf> >. Acesso em: 02/ novembro/2018.

QUEIROZ. G. A. **Qualidade de Vida em Instituições de Longa Permanência para Idosos: Considerações a partir de um Modelo Alternativo de Assistência.** São Paulo: UFSJ, 2010. Disponível em: < <https://ufsj.edu.br/portal2-repositorio/file/ppgpi/publicacoes/dissertacoes/gleicianara%20araujo%20queiroz.pdf> >. Acesso em: 30/Agosto/2017.

REIS. R. B. R *et al.* **Incontinência Urinária no Idoso.** São Paulo: Acta Cirurgia Brasileira, 2013. Disponível em: < www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttex&pid=s0102-86502003001200018 > Acesso em: 26/Agosto/2017.

ROCHA. M. J. G. **Instrumento de Coleta de Dados para Consulta de Enfermagem em Gerontologia.** Florianópolis: Repositório UFSC, 2014. Disponível em: < <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/167558/mariajosegomesrocha-atencopsicossocial-tcc.pdf?sequence=1&isallawed=y> >. Acesso em: 30/ Setembro/17.

ROSA. T. E. C *et al.* **Fatores Determinantes da Capacidade Funcional entre Idosos.** São Paulo: Revista de Saúde Pública 2003. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0034-89/02003000100008&script=sci_arttex >. Acesso em: 25/Agosto/2017.

ROSA. P. V *et al.* **Perfil dos Idosos Residentes em Instituições de Longa Permanência da região do Sul do País.** Passo Fundo: RBCEH, 2011. Disponível em: < <http://seer.upf.br/index.php/rbceh/article/viewFile/870/pdf> >. Acesso em: 18/ Maio/2018.

ROZENDO. A. S; DONADONE. J. C. **Política públicas e asilos de velhos: grau de dependência em idosos institucionalizados.** Revista Kairós gerontologia: São Paulo, 2017. Disponível em: https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:Xc1nvOtT_C8J:https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/download/33501/23085+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br Acesso em: 03/novembro/2018.

RUIVO. A. P. **Envelhecimento Cutâneo: Fatores Influentes, ingredientes Ativos e Estratégias de veiculação.** Porto: UFP, 2014. Disponível em: < http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/4413/1/PPG_21481.pdf >. Acesso em: 21/outubro/2017.

SANTOS. P. H S *et al.* **Perfil de Fragilidade e Fatores Associados em Idosos Cadastrados em Uma Unidade de Saúde da Família.** Jequi: Dep. De Saúde da UESB, 2014. Disponível em: < www.scielo.br/pdf/csc/v20n6/1413-8113-8123-csc-20-06-1917.pdf >. Acesso em: 26/ Setembro/2017.

SANTOS. E. L; NAVARINE. T. C. R. R; LOPES. M. M. **Espiritualidade, enfermagem e saúde do idoso: cuidando da integralidade do ser.** Congresso nacional de envelhecimento humano:Paraíba,2015.Disponível em:<http://www.editorarealize.com.br/revistas/cneh/trabalhos/TRABALHO_EV054_MD2_SA2_ID1468_10102016154352.pdf >. Acesso em: 04/novembro/2018.

SANTOS. N. O. **Família de idosos institucionalizados: perspectiva de trabalhadores de uma instituição de longa permanência.** UFSM: centro de ciências e saúde: Santa Maria, 2013. Disponível em: <http://coral.ufsm.br/ppgenf/images/Mestrado/Dissertacoes/2012_2013/Dissertacao_Naiana_Oliveira_dos_Santos.pdf>. Acesso em: 06/novembro/2018.

SEHN.E;CARRÉR.J. **Afetividade na terceira idade: repensar os sentimentos, os possibilidades e as relações interpessoais.** Goiânia: revista fragmentos de cultura, 2014. Disponível em: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:T7YU_2PC9rYJ:seer.pucgoias.edu.br/index.php/fragmentos/article/download/3574/2077+&cd=4&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>. Acesso em: 14/Maio/2018.

SILVA. E. R *et al.* **Prevalência e Fatores Associados á Depressão entre Idosos Institucionalizados: Subsídios ao Cuidado de Enfermagem.** São Paulo: Revista da Escola de Enfermagem da USP, 2012a. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0080-62342012000600015>. Acesso em: 24/Agosto/ 2017.

SILVA. H. S *et al.* **Vulnerabilidade na Velhice: Definição e Intervenções no Campo da Gerontologia.** São Paulo: Revista Temática Kairos Gerontologia, 2012b. Disponível em: <<https://revista.pucsp.br/index.php/kairos/article/viewfile/172891/12829>>. Acesso em: 28/Agosto/2017.

SILVA. J. D. A *et al.* **Idosos em instituições de longa permanência: desenvolvimento, condições de vida e saúde.** Porto Alegre: Psicologia: Reflexão e crítica, 2013. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0102-79722013000400023. Acesso em: 24/Agosto/2017.

SIMÕES. R; MOURA. M. M; WEY. M. W. **Esperando a morte: o corpo idoso institucionalizado.** Publicações polêmica: Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/ojs/index.php/polemica/article/view/25202/18035>>. Acesso em: 03/novembro/2018.

SMELTZER. S. C *et al.* **Brunner e Sudarth: Tratado de Enfermagem Médico- cirúrgico.** 11º edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogon, pág 199, 2008.

SOUZA. E. R *et al.* **O Idoso sob o Olhar do Outro.** Rio de Janeiro: Antropologia, saúde e envelhecimento, 2002. Disponível em: <books.scielo.org/id/d2frp/pdf/minayo-9788575413043-11.pdf>. Acesso em: 24/Agosto/2017.

SOUZA. K. T. *et al.* **Baixo peso e dependência funcional em idosos institucionalizados de Uberlândia.** Revista de ciência de saúde coletiva, 2014. Disponível em: <<https://scielosp.org/pdf/csc/v19n8/1413-8123-csc-19-08-03513.pdf>>. Acesso em: 03/novembro/2018.

SCORTEGAGNA. H. M; PICHLER. N.A; FÁCCIO. L. F. **Vivência da espiritualidade por idosos institucionalizados.** Revista brasileira de geriatria e gerontologia, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v21n3/pt_1809-9823-rbagg-21-03-00293.pdf>. Acesso em: 04/novembro/2018.

TEBET. R. **Estatuto do Idoso. 3º edição.** Brasília: Senado Federal, pág 15-22, 2003.

VIEIRA. K. F. L *et al.* **A sexualidade na velhice: representações sociais de idosos frequentadores de um grupo de convivência.** João Pessoa: Psicologia: ciência e profissão, 2015. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v36n1/1982-3703-pcp-36-1-0196.pdf> >. Acesso em: 14/Maio/2018.

VIEIRA. F. P. *et al.* **Caminhos que levam o idoso a conviver em instituições de longa permanência para idosos.** Periódicos vittalle: Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: < <https://periodicos.furg.br/vittalle/article/viewFile/5106/3156> >. Acesso em: 02/ novembro/ 2018.

WACHHOLZI. P. A *et al.* **Estado Nutricional e a Qualidade de Vida em Homens Idosos Vivendo em Instituição de Longa Permanência em Curitiba-PR.** Rio de Janeiro: Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 2011. Disponível em: < www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttex&pid=s1809-98232011000400003 >.