

## INSTITUCIONALIZAÇÃO, QUALIDADE DE VIDA E AUTOESTIMA DE MULHERES IDOSAS: UM ESTUDO QUALITATIVO

Institutionalization, quality of life and self-esteem of elderly women: a qualitative study

Institucionalización, calidad de vida y autoestima de ancianas mujeres: un estudio cualitativo

Larissa Madeira Gonçalves

<https://orcid.org/0009-0002-6004-3945>

Universidade Federal de Pelotas, Curso de Terapia Ocupacional, Pelotas, RS, Brasil.

Zayanna Christine Lopes Lindôso

<https://orcid.org/0000-0003-1999-5442>

Universidade Federal de Pelotas, Curso de Terapia Ocupacional, Pelotas, RS, Brasil.

**Resumo: Introdução:** As mulheres brasileiras ao longo de suas vidas possuem muitas questões que influenciam na qualidade de vida e autoestima, e na velhice não seria diferente. Dentre os fatores que podem influenciar na qualidade de vida está a institucionalização, que gera uma ruptura de vida e de ocupações. Diante disso, o terapeuta ocupacional é o profissional habilitado para intervir e, conseqüentemente, melhorar a qualidade de vida e a autoestima das mulheres idosas. **Objetivo:** Compreender o impacto da institucionalização na qualidade de vida e na autoestima de idosas residentes em uma Instituição de Longa Permanência para Idosos na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul. **Métodos:** Estudo transversal de caráter qualitativo, com utilização de entrevista semiestruturada como instrumento e, para análise de dados, a metodologia proposta por Gibbs. **Resultados:** Através das respostas das entrevistadas analisou-se que: as participantes do estudo, em grande maioria, possuem percepções negativas sobre velhice e envelhecimento; deixaram de desempenhar alguns papéis e ocupações depois da institucionalização; os resultados não demonstraram relação entre o tempo de institucionalização com a percepção de qualidade de vida e autoestima; e que a percepção que as idosas possuem acerca da autoestima e qualidade de vida é influenciada por experiências passadas. **Conclusão:** A institucionalização poderá ser um fator com impacto positivo ou negativo, de acordo com a vida pregressa e experiência de cada idosa.

**Palavras-chave:** Terapia Ocupacional. Idosos. Instituição de Longa Permanência para Idosos. Qualidade de Vida. Autoimagem.

**Abstract: Introduction:** Brazilian women throughout their lives have many issues that influence quality of life and self-esteem, and old age would not be different. Among the factors that can influence quality of life is institutionalization, which generates a rupture in life and occupations. In light of this, the occupational therapist is the qualified professional to intervene and consequently improve the quality of life and self-esteem of elderly women. **Objective:** To understand the impact of institutionalization on the quality of life and self-esteem of elderly women residing in a Long-Term Care Facility for the Elderly in the city of Pelotas, Rio Grande do Sul. **Methods:** A qualitative cross-sectional study, using a semi-structured interview as the instrument and data analysis through the methodology proposed by Gibbs. **Results:** Through the answers of the interviewees, it was analyzed that: the study participants, for the most part, hold negative perceptions about old age and aging; they stopped playing some roles and occupations after institutionalization; the results did not show a relationship between the length of institutionalization and the perception of quality of life and self-esteem; and the perception that elderly women have about self-esteem and quality of life is influenced by past experiences. **Conclusion:** Institutionalization can be a factor with a positive or negative impact, according to the previous life and experience of each elderly woman.

**Keywords:** Occupational Therapy. Elderly. Long-Term Care Facility for the Elderly. Quality of Life. Self-image.

**Resumen: Introducción:** A lo largo de sus vidas, las mujeres brasileñas enfrentan numerosas cuestiones que influyen en la calidad de vida y la autoestima, y la vejez no sería una excepción. Entre los factores que pueden influir en la calidad de vida se encuentra la institucionalización, que genera una ruptura en la vida y en las ocupaciones. Ante esto, el terapeuta ocupacional es el profesional capacitado para intervenir y, en consecuencia, mejorar la calidad de vida y la autoestima de las mujeres mayores. **Objetivo:** Comprender el impacto de la institucionalización en la calidad de vida y la autoestima de las mujeres mayores residentes en una Institución de Larga Estadía para Ancianos en la ciudad de Pelotas, Rio Grande do Sul. **Métodos:** Estudio transversal de carácter cualitativo, utilizando una entrevista semiestruturada como instrumento y analizando los datos mediante la metodología propuesta por Gibbs. **Resultados:** A través de las respuestas de las entrevistadas, se analizó que: las participantes del estudio, en su mayoría, tienen percepciones negativas sobre la vejez y el envejecimiento; dejaron de desempeñar ciertos roles y ocupaciones después de la institucionalización; los resultados no mostraron una relación entre la duración de la institucionalización y la percepción de la calidad de vida y la autoestima; y que la percepción que tienen las mujeres mayores sobre la autoestima y la calidad de vida está influenciada por experiencias pasadas. **Conclusión:** La institucionalización puede ser un factor con un impacto positivo o negativo, según la vida anterior y la experiencia de cada mujer mayor.

**Palabras-clave:** Terapia Ocupacional. Personas mayores. Institución de Larga Estadía para Ancianos. Calidad de Vida. Autoimagen.

### Como citar:

Gonçalves, L. M.; Lindôso, Z. C. L. (2024). Institucionalização, qualidade de vida e autoestima de mulheres idosas: um estudo qualitativo. Rev. Interinst. Bras. Ter. Ocup. 8(3), 10.47222/2526-3544.rbto61152.

## Introdução

O envelhecimento é um processo inerente a todo ser humano e ele começa a partir do nascimento. Porém, as pessoas, na grande maioria das vezes, só percebem que estão envelhecendo quando chegam na chamada meia-idade, geralmente entre os 40 e 50 anos. Esse processo ocorre de maneira “irreversível, natural e individual” (Camarano & Kanso, 2013, p. 134), ou seja, nunca será igual para todas as pessoas, visto que é um processo influenciado pelo estilo de vida de cada indivíduo. Para Oliveira (2019), o envelhecimento ocorre de maneira heterogênea, uma vez que o processo de envelhecimento muda de acordo com as diferentes regiões do Brasil, pois, segundo o autor, regiões com maior nível econômico e desenvolvimento social têm a tendência de possuir mais idosos. Assim é gerado o envelhecimento populacional, pois quanto maior a longevidade das pessoas idosas, conseqüentemente, maior será o número dessa população no país.

Logo, o envelhecimento populacional brasileiro advém do processo de transição demográfica que ocorre no país. E este processo ocorre devido ao aumento da expectativa de vida e das diminuições das taxas de natalidade e mortalidade (Oliveira, 2019). Portanto, pode-se dizer que o Brasil está envelhecendo, visto que há o aumento de pessoas acima dos 60 anos, ou seja, da população idosa.

Contudo, a expectativa de vida entre homens e mulheres no Brasil não é igual, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2021), enquanto a expectativa de vida dos homens é de 73,1 anos, a expectativa de vida das mulheres é de 80,1 anos. Sendo essa prevalência de mulheres idosas em relação aos homens idosos chamada de feminização da velhice.

A feminização da velhice é muito mais do que apenas a predominância do sexo feminino em relação ao masculino, o termo engloba questões mais amplas e complexas (Cepellos, 2021), pois se faz necessário compreender as questões de gêneros e como isso também afeta o envelhecer das mulheres (Maximiano-Barreto et. al., 2019). As mulheres ao envelhecer, por exemplo, continuam tendo responsabilidades com os afazeres domésticos (Lins & Andrade, 2018), além de sofrerem uma pressão estética maior do que os homens, uma vez que até alguns anos atrás mulheres com cabelos brancos eram vistas como desleixadas e os homens grisalhos eram vistos como charmosos e atraentes.

Contudo, atualmente, os cabelos brancos estão deixando de ser tabu, porém as mulheres continuam a sofrer com a pressão estética e com o “fantasma” do envelhecimento, visto que o processo de envelhecer ainda impacta na autoestima e na qualidade de vida das mulheres. Muitas vezes a mulher idosa acha que não tem mais idade para fazer determinada atividade, como por exemplo, acha que está muito velha para dançar, para sair com as amigas e até mesmo para namorar. No entanto, este pensamento já está mudando e as mulheres estão se sentindo mais empoderadas, independentemente da idade, mas ainda assim é um assunto que precisa ser debatido, principalmente visto que a qualidade de vida afeta diretamente a forma de viver e até mesmo de se vincular com as pessoas.

Nesse contexto, a Terapia Ocupacional sendo uma profissão que trabalha diretamente com o fazer humano e com as ocupações, pode intervir para que haja um melhor engajamento nas ocupações, logo, também melhorando a qualidade de vida. Sendo assim, são consideradas ocupações para Terapia Ocupacional: Atividades de Vida Diária (AVDs); Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVDs); gestão

de saúde; descanso e sono; educação; trabalho; brincar/jogar; lazer; e participação social (Gomes *et al.*, 2021).

Uma vez que o profissional formado em Terapia Ocupacional trabalha para promover bem-estar, participação social e qualidade de vida através do engajamento em ocupações que sejam significativas para aquela pessoa que está sendo atendida por ele (Gomes *et al.*, 2021), se o desempenho e o engajamento nas ocupações estão sendo afetados pela baixa qualidade de vida, se faz necessário o acompanhamento de um terapeuta ocupacional.

A qualidade de vida é um conceito amplo e envolve diversos componentes, como os componentes físicos, mentais, sociais e espirituais (Pereira *et al.*, 2012). Ruidiaz-Gómez & Cacante-Caballero (2021) mostram que não existe uma única de definição de qualidade de vida, dada a multidimensionalidade deste termo que favorece uma ampla reflexão entre diversos autores combinando aspectos objetivos e subjetivos, aspectos esses que estão interligados com as percepções individuais (Ruidiaz-Gómez & Cacante-Caballero 2021).

Sendo assim, a qualidade de vida não deve ser avaliada apenas sob uma perspectiva. Cada sujeito avalia a qualidade da sua vida com base em suas próprias percepções dos componentes presentes em sua vida. Nesta mesma perspectiva, o conceito de autoestima também se refere às vivências e experiências de cada indivíduo, Felicíssimo e colaboradores (2013), citam Branden (1994), ao definirem autoestima como aquilo que o indivíduo pensa e sente em relação a ele próprio.

Com isso, dentre os fatores que levam as mulheres idosas a terem uma baixa qualidade de vida e autoestima podem estar a desvalorização da mulher idosa, a autopercepção negativa de sua imagem, a quebra de vínculos e a ruptura de vida, sendo essas percepções individuais de cada idosa. A quebra de vínculos e a ruptura de vida, especialmente, ocorrem principalmente quando essas idosas deixam de viver em suas casas e de conviverem com as pessoas que já estavam acostumadas e vão morar em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs). A família, geralmente, representa a rede de apoio, proporcionando afeto, cuidado e está relacionada com a identidade individual, desse modo, quando a pessoa idosa vai para uma ILPI, muitas vezes além das lembranças, há também o desejo de retornar para suas casas (Batista & Silva, 2022), sendo assim, essa mudança poderá impactar o engajamento e a participação da pessoa idosa no novo espaço de moradia.

Em muitos casos a família é o meio de onde vem sua identidade social e individual, independentemente da etapa da vida, portanto ainda que o indivíduo não conviva com seus familiares, esses referenciais bem como suas lembranças sempre o acompanharão.

As ILPIs são instituições privadas, públicas ou filantrópicas, que servem como moradia para as pessoas idosas, garantindo a liberdade, dignidade e a cidadania de seus moradores (Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2023). Contudo, dentro dessas instituições há regras a serem seguidas e, sendo assim, muitas vezes há a perda de autonomia, independência, papéis ocupacionais e ocupações, bem como podem existir sentimentos de tristeza e solidão. Conseqüentemente, a ida para tais instituições pode impactar de forma geral a vida das pessoas idosas, acarretando, muitas vezes, em prejuízos ocupacionais.

O trabalho do terapeuta ocupacional com a população idosa ganhou reforço com a aprovação da Resolução nº 477, de 20 de dezembro de 2016, que reconhece a especialidade da Terapia Ocupacional em Gerontologia. De acordo com ela, são atribuições do terapeuta ocupacional: promover a adequação e gerenciamento de rotinas; prescrever, analisar e intervir no desempenho ocupacional, considerando os contextos pessoais e ambientes de cada indivíduo. Para mais, o profissional também necessita conhecer os processos de envelhecimento, bem como envelhecimento e qualidade de vida da pessoa idosa (COFFITO, 2017).

Logo, o terapeuta ocupacional que trabalha numa ILPI possui um importante papel no início do processo de institucionalização, uma vez que esse profissional pode contribuir durante o processo de adaptação, através da realização de avaliações e intervenções terapêuticas ocupacionais. As avaliações visam acompanhar os impactos que a ruptura pode causar na vida e, conseqüentemente, nas ocupações das pessoas idosas e as intervenções serão feitas de acordo com a necessidade de cada pessoa, mas sempre visando uma melhor adaptação, engajamento em ocupações e realizações de atividades significativas, com o objetivo de melhorar, dentre muitos fatores, a qualidade de vida e autoestima. Freitas e colaboradores (2022) corroboram ao discorrer que entre as intervenções da Terapia Ocupacional em uma ILPI estão: acolhimento das pessoas idosas e seus familiares; prevenção do risco de acidentes; confecção de órteses; entre outros. Os autores ainda citam no estudo que há preferência por atendimentos grupais.

Todavia, não são todas as ILPIs que possuem terapeutas ocupacionais trabalhando nestas instituições e assim, esse estudo buscará ampliar o debate da importância deste profissional dentro das ILPIs, além de analisar os relatos de idosas institucionalizadas nestes locais. Logo, o objetivo deste estudo é compreender o impacto da institucionalização na qualidade de vida e na autoestima de idosas residentes em uma ILPI na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul.

## **Métodos**

Trata-se de um estudo transversal de caráter qualitativo. Dessa maneira, utilizou-se o método de análise qualitativa de Gibbs (2009) para obtenção dos resultados e assim, as entrevistas foram transcritas, codificadas e categorizadas, tendo a Abordagem Nomotética como referencial para análise dos resultados. Durante o processo de codificação, que é caracterizado como uma etapa descritiva, os códigos são criados com o objetivo de identificar de forma sucinta as respostas obtidas durante uma entrevista, ou seja, os códigos ajudam a identificar e a relacionar ideias. Já na categorização, os códigos são agrupados em categorias de acordo com a sua natureza e/ou similaridade, constituindo-se num processo mais analítico. A Abordagem Nomotética visa encontrar as semelhanças entre eventos, contextos ou respostas tendo como objetivo analisar, relacionar, interpretar e discutir esses resultados que são comuns a todos (Gibbs, 2009).

Também, utilizou-se um site online para criação de uma nuvem de palavras com o objetivo destacar as ocupações mais presentes ao longo da vida das idosas. Para isso, as ocupações foram colocadas uma a uma no site, que posteriormente gerou a nuvem destacando as ocupações mais recorrentes durante a vida das entrevistadas.

O local escolhido para o estudo não tem terapeuta ocupacional na equipe e a escolha se deu pela acessibilidade mais favorável à instituição. Portanto, nenhuma participante do estudo realizou atendimentos de Terapia Ocupacional. A pesquisadora responsável pelo estudo é graduanda do curso de Terapia Ocupacional e não possui vínculo com a instituição.

A amostra do estudo, que se deu por conveniência, foi formada por mulheres acima de 60 anos institucionalizadas numa ILPI na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul. Logo, os critérios de inclusão eram mulheres com 60 anos de idade ou mais, sem exigência de tempo mínimo de institucionalização e apresentarem função cognitiva preservada.

A avaliação cognitiva ocorreu por meio da aplicação do Mini Exame do Estado Mental (MEEM), cuja pontuação foi avaliada seguindo os pontos de cortes para os níveis de escolaridade, além da interpretação subjetiva da pesquisadora, que verificou a relação entre a pontuação e o comportamento da idosa quando da utilização do referido instrumento.

Toda a coleta das informações aconteceu nas dependências da ILPI, ao longo de quatro visitas, no período de maio a junho de 2023. A coleta de dados foi organizada da seguinte maneira: nas duas primeiras visitas foram realizadas a aplicação do MEEM e nas duas últimas a aplicação da entrevista semiestruturada, elaborada especificamente para o presente estudo. O tempo médio de permanência de cada entrevista foi de 40 minutos.

A entrevista semiestruturada continha 10 questões com informações sobre: Onde e com quem a idosa morava antes da institucionalização, informações de como era a sua vida antes da chegada na instituição, se recebia visitas no momento, ocupações que deixou de realizar, percepção sobre qualidade de vida antes e após a institucionalização, sentimento de felicidade, rotina dentro da instituição, percepção sobre velhice e envelhecimento e sobre sua percepção como mulher idosa.

Todas as perguntas foram elaboradas pelas pesquisadoras com o objetivo de obter informações sobre a qualidade de vida e autoestima, assim as perguntas criadas visavam contemplar aspectos da vida pregressa e atual, da autopercepção, da rotina na ILPI e dos momentos de lazer. Logo, através das respostas de cada idosa foi possível analisar como estava a qualidade de vida e autoestima no momento, em comparação com a vida pregressa à institucionalização. As perguntas foram as seguintes: 1 - Onde e com quem a senhora morava antes de vir para cá? 2 - Como era a sua vida antes de vir morar aqui? 3 - A senhora recebe visitas? 4 - O que costumava fazer e hoje em dia não faz mais? 6 - O que é ter uma boa qualidade de vida? 7 - Como você avalia a sua qualidade de vida antes de vir morar aqui? E agora, como você percebe a sua qualidade de vida? 8 - A senhora é feliz? 9 - Como é a sua rotina aqui dentro? O que costuma fazer e o que gosta de fazer? 10 - O que significa envelhecimento para a senhora? E velhice? 11 - Como a senhora se percebe enquanto mulher idosa?

Com relação aos aspectos éticos, a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas através do parecer nº 6.211.366 e foram respeitados os critérios dispostos na Resolução nº 466 de 2012, sobre pesquisas com seres humanos. Todas as participantes concordaram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## **Resultados**

Foram incluídas inicialmente no estudo dez idosas que realizaram o MEEM e conversaram com a pesquisadora, porém, mediante os critérios de inclusão, apenas quatro foram selecionadas para fazer parte do estudo. E para garantia da confidencialidade elas foram chamadas de I1, I2, I3 e I4.

### **Processo de codificação e categorização**

Posterior ao processo de transcrição das entrevistas, foram realizadas leituras na íntegra de todas as respostas para que fosse possível criar os códigos. Portanto, os códigos foram identificados através de trechos em comum a todas participantes, seguindo o que é descrito na Abordagem Nomotética. Sendo assim os seguintes códigos foram elaborados: antes da institucionalização; trabalho anterior; participação social ativa; mobilidade reduzida; falta de ser dona de casa; participação social; qualidade de vida; felicidade; infelicidade; momentos de tristeza; não possuir rotina; AVD e AIVD; participação no lazer; autonomia; espiritualidade; percepções sobre velhice e envelhecimento e percepção sobre si.

O processo de categorização iniciou-se na sequência, onde houve o agrupamento dos códigos e definição das categorias a serem analisadas no presente estudo. As categorias foram assim definidas: Percepção dos termos velhice e envelhecimento; Papéis ocupacionais e Ocupações; Relação entre idade, tempo de institucionalização e qualidade de vida; e Percepção em relação a qualidade de vida e autoestima.

### **Percepção dos termos velhice e envelhecimento**

Ao serem perguntadas sobre os termos velhice e envelhecimento, a maioria possui uma percepção negativa dos termos, com exceção de uma que falou que a velhice possui dois lados, um bom e um ruim.

“Envelhecimento é quando a pessoa não faz mais nada...não tem ação. [...] Quando a pessoa faz alguma coisa é só idoso, mas velho não faz mais nada. Agora, a gente usa muito essa expressão de idoso pra todo mundo, mas para as pessoas não se ofenderam, não se deve dizer aquele velho, mas sim aquele senhor idoso.” (I1).

“Envelhecimento é porcaria! Se eu pudesse eu matava quem inventou que é a melhor idade, melhor idade coisa nenhuma, porque surge tudo que não presta. E velhice é a mesma coisa, porque é na velhice que vem tudo...tudo que não presta vem na velhice.” (I2).

“Envelhecimento pra mim é ‘tomara que eu fique velha de uma vez e morra’. E velhice pra mim é ficar quieta, ninguém falando comigo já tá bom.” (I3).

“O envelhecer pra mim é o envelhecer com saúde, se tiver saúde eu acho que o envelhecer não é o temor. Tem gente que diz que tem medo de envelhecer...eu acho que o envelhecer pra mim, tendo saúde e paz, vai ser muito bom. [...] Tem um lado da velhice que não é muito bom, ficar em casa, cheia de dor, fazendo crochê..essa velhice pra mim, eu não gostei. Eu gosto de uma velhice saudável, têm pessoas idosas que dançam, vão a baile... Esse outro lado da velhice, uma velhice saudável, é a melhor coisa que tem, a velhice com saúde, né?” (I4).

## Papéis ocupacionais e ocupações

Os papéis ocupacionais, segundo a Associação Americana de Terapia Ocupacional (AOTA), estão relacionados com a identidade dos indivíduos e estão associados a alguma atividade ou ocupação (Gomes et al., 2021). A lista de papéis ocupacionais, criada por Oakley, contempla os seguintes papéis: estudante, trabalhador, voluntário, cuidador, serviço doméstico, religioso, amigo, passatempo/amador, membro de família e participante em organizações (Santi et al., 2012). Durante toda entrevista diversos papéis ocupacionais foram citados, alguns não estão mais presentes nas vidas dessas idosas, mas outros continuam presentes. A seguir serão mencionados os papéis que não são mais exercidos e os que ainda estão presentes na vida dessas idosas, respectivamente.

Papéis que deixaram de ser exercidos: trabalhadora, voluntária, cuidadora e serviço doméstico

Papéis que elas ainda exercem: membro de família (mãe, avó, bisavó, irmã), religioso e amiga.

Já entre as ocupações, durante as falas, notou-se que a ocupação trabalho que foi presente durante muito tempo na vida dessas idosas, hoje não se faz mais presente e houve a diminuição de algumas AIVDs, tais como: montar e gerir residência, preparação de refeição e limpeza, entre mudanças em outras ocupações. Contudo, algumas ocupações continuam presentes, como participação social e lazer. A principal ocupação citada pelas idosas foi a AIVD expressão religiosa e espiritualidade, esta ocupação era presente antes da institucionalização e ainda se faz presente nas vidas das idosas. Veja alguns relatos:

“Eu comecei a trabalhar com 15 anos incompletos, fiquei trabalhando durante trinta e três anos e depois eu me aposentei. E quando eu me aposentei, eu fiz algumas missões, porque eu sou católica e em casa, quando eu estava bem, eu fazia almoço e lavava a louça. [...] Hoje, eu leio a bíblia, o evangelho, todos os dias” (I1).

“O que eu gosto de fazer é ver televisão, porque eu trabalhei a minha vida toda de dia, à noite eu estudava e aos fins de semana eu fazia faxina em casa. Agora eu vejo televisão a hora que eu quero, eu durmo a hora que eu quero. Às vezes eu durmo de tarde para ver os filmes de noite na televisão, fico até de madrugada vendo os filmes. Então agora eu faço o que eu tenho vontade, o que eu quero” (I2).

“O que eu costumava fazer era ser dona da minha casinha. Fazer comida, comer, limpar, ir no centro, consultar, comprar meus remédios. [...] Hoje eu não tenho rotina nenhuma...ultimamente não gosto de fazer nada, gosto só de ficar quieta...”(I3).

“Gosto de arrumar o meu quarto bem arrumadinho, arrumar as minhas coisas...eu adoro deixar tudo prontinho, tudo arrumadinho, cheirosinho. [...] E aqui também tem a ginástica e o culto que eu gosto...”(I4).

Por fim, com base em todas as respostas dadas pelas idosas durante a entrevista, criou-se uma nuvem (figura 1) das ocupações que mais vezes foram citadas por elas, ou seja, uma nuvem com as ocupações que elas relataram ter desempenhado em algum momento da vida ou que ainda desempenham.



**Figura 1:** Nuvem de Ocupações

**Fonte:** As autoras.

### Relação entre a idade, tempo de institucionalização e qualidade de vida

A média de idade das idosas foi de 78,25 anos, sendo que a mais nova possuía 61 anos e a mais velha 87 anos. Já o tempo médio de institucionalização era de 6,5 anos, sendo que a idosa a mais tempo institucionalizada estava há 18 anos e a de menos tempo institucionalizada estava há 2 anos. Tanto a idosa mais velha, I2, quanto a mais nova, I4, relatam possuir uma boa qualidade de vida em relação às idosas com idades intermediárias, logo, neste estudo a idade não pode ser apontada como um fator que interfere na qualidade de vida das idosas institucionalizadas, uma vez que as idosas que estão em pontas opostas observaram e sinalizaram que possuem boa qualidade de vida, ou seja, a idade de ambas não foi um fator determinante para esta relação.

Com relação à idade e ao tempo de institucionalização com a autoestima e a qualidade de vida, os resultados indicam que não há uma relação entre os fatores, pois a idosa que está a mais tempo institucionalizada relata ter uma qualidade de vida melhor do que as idosas que estão a menos tempo.

“Eu morava com as minhas irmãs, elas eram muito boas, mas elas eram muito rígidas, qualquer coisa me xingavam, eu chorava e sentia que estava incomodando. E agora não, agora mudou a minha vida. Bah! Tenho o meu canto, eu saio [...] Estou bem de saúde, eu me sinto feliz.” (I4).

Para idosa que está a mais tempo institucionalizada, sua qualidade de vida melhorou depois que ela passou a morar na ILPI, como foi possível analisar no relato acima. Porém, as idosas que estão a menos tempo institucionalizadas possuem opiniões diferentes. Enquanto uma relata que atualmente está muito parada, a outra fala que não gostaria de estar morando na instituição, que foi para lá obrigada e que se considera infeliz. Veja os respectivos relatos a seguir.

“Não tem como ter uma qualidade de vida boa, porque eu to muito parada. Mais ou menos, não é uma qualidade de vida boa assim...que possa dizer que é boa. Pelo menos eu estou viva, né?” (I1).

“Me trouxeram pra cá obrigada, não por vontade, eu não queria ter vindo. Minha qualidade de vida está muito mal, muito ruim desde que coloquei meus pés aqui dentro. Só fico dentro do meu quarto e nesse salão [sala de televisão]. Hoje mesmo minha irmã que me botou aqui veio pagar a casa. Ela paga a casa

e não me dá dinheiro, não tenho dinheiro para comprar uma fruta, para comprar nada...Te dizendo tudo isso eu só posso ser infeliz." (I3).

### **Percepção sobre qualidade de vida e autoestima**

Para compreender o que cada idosa pensa sobre qualidade de vida, foi pedido para elas a definição desse termo. Não se buscou pontuar quem definiu certo ou errado, mas entender a relação subjetiva que cada uma tem com o termo. Assim, as respostas foram divergentes e a única semelhança foi a participação social como fator para uma boa qualidade de vida, citada por duas das quatro idosas.

"Eu acho que uma boa qualidade de vida é que uma pessoa possa se alimentar bem, possa caminhar, possa fazer alguma coisa...algo positivo pras pessoas, né? Amando as pessoas, conversando..." (I1).

"Eu acho que o bom é a pessoa morar num lugar simples, mas confortável, com a sua família na volta. Ter um bom emprego que possa receber um dinheiro bom para se sustentar e puder ajudar as pessoas que precisam." (I2).

"Ter uma boa qualidade era o que eu tinha. Ninguém me incomodava...Ninguém me incomodava mesmo." (I3).

"Olha, eu acho que é viver em paz, viver com Deus, dançar e me divertir. [...] Agora eu tô bem, tô em paz com Deus. Isso aqui é qualidade de vida, eu penso assim." (I4).

Com base nas respostas, destaca-se que, para elas, ter uma boa qualidade de vida envolve fatores como participação social, boa alimentação, ter um emprego, morar em um local confortável, não ser incomodada, ter lazer, poder expressar-se espiritualmente, entre outros fatores. Porém, ao responderem como era a qualidade de vida antes da institucionalização e de como é agora, as respostas foram divergentes. Para I1 a qualidade de vida piorou depois da institucionalização, já a I2 percebe que ainda possui qualidade de vida, principalmente quando comparada com a de outros idosos, já para I4 a sua qualidade de vida melhorou depois da institucionalização. Veja a seguir os relatos.

"Antes de eu morar aqui era muito boa. A gente vivia muito bem. [...] Agora eu acho que mais ou menos." (I1).

"Eu fervia muito e viajava muito [...] Conheci muitos lugares bons, eu adorava viajar, às vezes chegava de uma viagem, largava no chão a bolsa com as roupas, nem guardava, só trocava alguma coisa e saía com outra bolsa [...] Olha, não pode ser melhor do que é. Porque eu vejo na televisão pessoas idosas passando trabalho, inclusive pra fazer uma vacina tem que entrar numa fila, às vezes até com chuva. Eu me vacino aqui no quarto ou então ali na sala de refeição. Tenho todo o atendimento, né? ..." (I2).

"Eu vivia triste, sentia que eu estava incomodando as minhas irmãs. [...] E agora não, agora mudou a minha vida [...] Tenho o meu canto, eu saio. [...] O que me relaxa o coração é cantar, é tocar..." (I4).

Para compreender a relação delas com a autoestima foi perguntado como elas se percebiam enquanto mulheres idosas e em suma maioria a percepção foi positiva, apenas uma divergiu.

"Me percebo relativamente bem. [...] Uma idosa que até gosta de ser idosa, que a gente precisa ser." (I1).

"Eu percebo que não estou com 'os pinos frouxos', porque a minha cabeça ainda está boa. Inclusive, muita gente me procura para me pedir ideias das coisas, porque sabe que a minha cabeça ainda tá boa e eu faço o que eu posso dentro das minhas condições." (I2).

"Me sinto na miséria, sozinha. [...] Me meteram nessa casa e eu não recebo nada." (I3).

"Olha, eu percebo assim, só a idade chegando, porque eu me olhando no espelho, como eu lhe disse, não me acho idosa. Mas já sei que sou idosa, mas com muita saúde." (I4).

## **Discussão**

Apesar de serem palavras parecidas, velhice e envelhecimento possuem significados diferentes; enquanto o primeiro termo refere-se a fase da vida, o segundo refere-se ao processo de envelhecer e este processo pode ser dividido em dois tipos: o envelhecimento primário ou senescência e o envelhecimento secundário ou senilidade. Sendo assim, o primeiro termo refere-se ao processo natural de envelhecimento, sendo ele saudável e comum a todos, já o segundo termo refere-se a processos patológicos do envelhecimento, ou seja, o envelhecimento causado por afecções (Netto, 2013).

Diante destes conceitos, entende-se que, em suma, as idosas conhecem e definem o envelhecimento através do envelhecimento secundário, ou seja, aquele associado a fatores negativos, visto que elas, em grande maioria, associaram o processo de envelhecimento a palavras e frases como "porcaria", "sem ação" e "ficar velha e morrer", apenas uma relata que o envelhecimento possui um lado positivo também. Essas definições negativas podem estar associadas a forma como elas estão envelhecendo, bem como ao local em que elas estão, uma vez que a institucionalização as priva de algumas coisas, como serem donas de suas casas e desempenhar esses papéis e ocupações eram importantes para elas e agora, o máximo que elas podem ser é serem donas dos seus quartos, uma vez que os ambientes comuns da instituição pertencem a todos os institucionalizados.

Contudo, esta visão negativa sobre o processo de envelhecer não é exclusiva destas idosas, pois alguns idosos que participaram dos estudos de Jardim *et al.* (2006) e de Freitas *et al.* (2010) também compartilham da mesma visão negativa. Logo, percebe-se que relacionar o envelhecimento a fatores negativos é uma prática recorrente no Brasil ao longo dos anos e isso advém de um pensamento comum no país cultivado na cultura do imaginário sobre o envelhecimento. Uchôa (2003) destaca que o significado atribuído pela população ao envelhecimento é influenciado por características sociais e culturais presentes nesta sociedade, o que confirma a relevância do imaginário anteriormente citado.

Consequentemente, é necessário desmistificar essa visão errônea sobre o envelhecimento e para isso, é preciso entender e refletir sobre o que os idosos entendem por velhice e envelhecimento; visto que, apenas dessa maneira, será possível mudar a forma de pensar da sociedade e mostrar que envelhecer traz consigo novas formas de vida e cria novas possibilidades e potencialidades permitindo a esta população ser protagonista de um processo lento, porém possível, de atenuar os rótulos relacionados à velhice, apesar das mudanças inevitáveis que ocorrem neste período da vida (Freitas *et al.*, 2010;

Pinheiro, 2018). A aceitação da velhice foi um fator notório nos resultados do presente estudo. Eles mostram a insatisfação de envelhecer por parte de algumas idosas e que se acentua com o processo de institucionalização. Fatores como esse reforçam os rótulos e mantêm viva a cultura negativa predominante acerca do envelhecimento. Cabe à população em geral, profissionais de saúde e das demais áreas do conhecimento buscar informações mais precisas e adequadas que permitam novas reflexões sobre essa etapa de vida de maneira equilibrada.

Os terapeutas ocupacionais também são responsáveis por compreender e intervir para um melhor engajamento nas ocupações, bem como no desempenho dos papéis ocupacionais. Contudo, antes disso, é imprescindível entender que as ocupações e quaisquer atividades humanas ocorrem associadas a um contexto sociocultural e possuem interferência do ambiente em que a pessoa está inserida. A Associação Americana de Terapia Ocupacional (AOTA), quando descreve o Domínio e Processo em Terapia Ocupacional, indica que o envolvimento e a participação nas ocupações são influenciados pelos contextos ambientais e pessoais (Gomes *et al.*, 2021).

Frances Oakley, em 1985, criou a Lista de Papéis Ocupacionais que posteriormente teve sua versão traduzida no Brasil contendo os seguintes papéis: estudante, trabalhador, voluntário, cuidador, serviço doméstico, religioso, amigo, passatempo/amador, membro de família e participante em organizações (Santi *et al.*, 2012). A presença desse instrumento na prática da terapia ocupacional brasileira reforça a importância dos papéis ocupacionais para a vida cotidiana e o quanto eles impactam na maneira como as pessoas conduzem sua vida estejam elas onde estiverem. Logo, perante o exposto e após a análise das respostas das idosas em relação às ocupações e aos papéis ocupacionais, entende-se que as AIVDs referentes a montar e gerir uma residência, bem como preparação de refeições e limpeza eram muito significativas para elas e que atualmente ambas não são mais exercidas, conseqüentemente, o papel de serviço doméstico também deixou de ser desempenhado. Uma vez que as ocupações são atividades que possuem o objetivo de trazer propósito à vida (Gomes *et al.*, 2021), o terapeuta ocupacional deve intervir com o propósito de encontrar, junto às idosas, outras ocupações que sejam significativas para elas e assim contribuir para que elas tenham outros papéis a desempenhar.

Para Santos & Santos (2015) as transformações ao longo da vida são compreendidas por meio dos papéis ocupacionais que uma pessoa desempenha, logo, as mudanças de papéis também estão relacionadas com as mudanças de vida, em virtude destes papéis, como discorre Rebellato (2012), são importantes para direcionar a participação de um indivíduo na sociedade e assim eles também são importantes para adaptação biopsicossocial, bem como para a produtividade e satisfação. Ou seja, quando não há o desempenho de papéis ocupacionais ou quando ocorrem mudanças significativas nos papéis sem que haja a vontade do indivíduo, pode ser que ele se prive de sua participação social ou que não fique satisfeito com a sua vida. No relato da I3, por exemplo, ela se privou do papel de serviço doméstico e isso era algo significativo para ela, já que ela sente falta de ser dona da sua casa e como consequência dessa privação ela diz não ter rotina, logo não tem produtividade, além de ter uma participação social bastante prejudicada.

Portanto, destaca-se a importância da atuação do terapeuta ocupacional ao intervir para que haja a descoberta de novos papéis e interesses, para que assim as mudanças de vida continuem colaborando

para que o indivíduo se mantenha ativo na sociedade. É importante ressaltar que os papéis ocupacionais e as ocupações necessitam possuir significado para cada pessoa individualmente. Ou seja, nenhuma ocupação terá o mesmo significado ou será desempenhada da mesma forma por todos, uma vez que, segundo a AOTA, as ocupações são centrais para saúde, além de serem atividades personalizadas, com significados e valores individuais (Gomes *et al.*, 2021) que influenciarão na qualidade de vida de cada indivíduo.

Nesse sentido, mesmo as idosas participantes deste estudo serem residentes de uma ILPI, elas possuem vivências diferentes, pois seus contextos ambientais e pessoais não eram os mesmos antes da institucionalização, do mesmo modo que as experiências e significados atribuídos por elas também são diferentes. Tendo em vista essas diferenças, não é possível afirmar que há relação entre o tempo de institucionalização, qualidade de vida e autoestima. Com base na vida pregressa, as idosas apresentam percepções diferentes sobre os termos qualidade de vida e autoestima, isso fica explícito quando a I4, fala que sua vida está melhor agora e a I3, por sua vez, diz que sente falta de morar na sua casa. Mesmo os resultados não dando parâmetros contundentes de que não há tal relação, o impacto desse processo fica evidente e inclusive mantendo a individualidade aqui destacada, ou seja, o impacto da institucionalização foi percebido de maneira única por cada participante. Ainda assim, trata-se de um importante resultado não apenas para os profissionais que atuam nas ILPIs como também para as próprias residentes que podem compartilhar suas realidades e processo de adaptação na instituição tendo como suporte o terapeuta ocupacional que, ao planejar sua intervenção, poderá formar grupos terapêuticos em que essas trocas possam ser viabilizadas.

Diante disso, é preciso realizar uma análise mais complexa para compreender o real impacto da institucionalização, para saber se ele será negativo ou positivo, pois ela pode impactar de ambas as formas. Por exemplo, relacionando o impacto da institucionalização com a volição, ou seja, com o desejo e autonomia em escolher o que fazer, a I2 foi impactada positivamente, pois discorre que gosta de assistir televisão e que assiste quando quer, por outro lado, a I3 sofreu um impacto negativo, pois diz que não tem rotina e que não gosta de fazer nada.

Ademais, I3 também relatou que se sente na miséria, que possui vontade de morrer e que foi morar na ILPI por obrigação. Em relação a isso, é preciso questionar-se: até que ponto a institucionalização pode ser positiva para o idoso? Talvez represente um conforto para a família cuja dinâmica não oferece um cuidado domiciliar de qualidade ao idoso, ou ainda conforto no sentido de delegar a responsabilidade de cuidado para a instituição pelo desejo de não manter esse cuidado em casa, o que também gera fator de impacto na adaptação desse idoso. Todavia, reconhece-se que muitas vezes a institucionalização é a única solução encontrada, no entanto é preciso realizar alguns questionamentos perante essa escolha, tais como: Essa idosa precisa mesmo ir para este lugar? Essa é a única solução? Não existe a possibilidade de contratar alguém para realizar os cuidados em casa? Ela deseja ir? Ela compreende o motivo de estar indo? Quais são os possíveis impactos que essa decisão gerará em sua vida? É de conhecimento que na realidade brasileira esses questionamentos nem sempre são levados em consideração pelos familiares e, por vezes, pelo próprio idoso que desconhece essa necessidade.

A qualidade de vida e a autoestima também são outros fatores impactados pela institucionalização. Para a literatura, qualidade de vida deve ser definida por meio de percepções individuais e assim, são considerados fatores como: satisfação de vida, esperança, autoconceito, saúde, funcionalidade e fatores socioeconômicos do sujeito (Gill & Feinstein, 1994 apud Pereira *et al.*, 2012; Radomski, 1995 apud Gomes *et al.*, 2021). Já a autoestima refere-se ao autoconceito que a pessoa tem de si através de um conjunto de pensamentos e sentimentos (Hutz & Zanon, 2011). Desse modo, considerando que esses termos são conceitos subjetivos e analisando a percepção das idosas, entende-se que elas avaliam tanto a qualidade de vida quanto a autoestima por percepções ao longo da vida e não apenas através do momento atual. Essa afirmação pode ser justificada por meio dos relatos da I4 e da I3, visto que a primeira possui uma percepção positiva em relação a qualidade de vida e a segunda possui uma percepção extremamente negativa.

Entretanto, quando a institucionalização se apresentar como impacto negativo, medidas e estratégias devem ser tomadas para minimizar ou acabar com os efeitos prejudiciais na vida das pessoas idosas. Nesse contexto, os terapeutas ocupacionais devem realizar intervenções considerando o momento atual e todo o histórico ocupacional de cada indivíduo com o objetivo de encontrar o cerne do problema e posteriormente intervir para promover engajamento em ocupações, de forma a promover uma melhor qualidade de vida. Como previsto no Art. 3º da Resolução nº 477/2016 compete ao terapeuta ocupacional:

Prescrever, analisar e intervir no desempenho ocupacional nas Atividades de Vida Diária (AVDs) básicas, intermediárias e avançadas; nas Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVDs); na produtividade envolvendo trabalho remunerado ou não; no manejo das atividades domésticas, educação, descanso, sono, lazer e participação social e, em seus padrões de desempenho (rotinas e hábitos, rituais e papéis ocupacionais), considerando os diferentes contextos culturais, pessoais, físicos, sociais, temporais e virtuais. (COFFITO, 2017, Art. 3).

Tendo em vista as respostas das idosas em relação às suas ocupações, papéis ocupacionais, bem como suas percepções mediante os conceitos de velhice, envelhecimento, qualidade de vida e autoestima, compreende-se que é necessário e seria fundamental a presença de um terapeuta ocupacional dentro desta e de todas as outras ILPIs.

## **Conclusão**

Uma vez que o objetivo do estudo foi compreender o impacto da institucionalização na qualidade de vida e na autoestima de idosas, através dos relatos das entrevistadas foi possível analisar que mesmo elas estando na mesma fase de vida e morando no mesmo local, os contextos vividos por cada uma impactam a forma como elas percebem e descrevem o mundo ao seu redor atualmente. Logo, compreende-se que o impacto da institucionalização na qualidade de vida e autoestima será positivo ou negativo de acordo com a percepção individual das idosas mediante suas experiências na vida pregressa à institucionalização. Com isso, compreende-se que apenas o fator instituição analisado de forma individual não deve ser usado como base para analisar e avaliar a qualidade vida e autoestima, visto que estes são influenciados por diversos fatores.

Desse modo, analisar somente o fator institucionalização e não considerar outros fatores, como família, amigos, contextos e todo o processo de institucionalização, não demonstrará se o que realmente está impactando tanto na qualidade de vida quanto na autoestima é de fato a institucionalização. Portanto, recomenda-se que outros estudos sejam feitos avaliando de uma maneira mais aprofundada todos estes fatores citados e inclusive realizando estudos quantitativos e longitudinais. Apesar do público deste estudo ser formado apenas por mulheres institucionalizadas, também se recomenda que novos estudos também incluam os homens e demais identificações de gêneros, pois assim a população atingida poderá ser maior e o debate em volta da institucionalização poderá ser mais robusto.

Convém destacar algumas limitações do estudo que se refere à amostra pequena e o fato de o estudo ter sido realizado em apenas uma instituição.

E no que tange a atuação da Terapia Ocupacional, entende-se que a presença deste profissional é de grande valia e pode trazer importantes contribuições durante todo o processo de institucionalização, uma vez que o terapeuta ocupacional pode intervir com o objetivo de minimizar os impactos causados por ela.

## Referências

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. (2023). Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs). ANVISA.

Batista, E. R. F. ., & Silva, I. D. e . (2022). Idoso institucionalizado: A atuação do assistente social com as famílias após a institucionalização no Lar São Vicente de Paulo em Santarém-Pará. *Revista Ibero-Americana De Humanidades, Ciências E Educação*, 8(12), 297–317. <https://doi.org/10.51891/rease.v8i12.7975>

Camarano, A. A. & Kanso, S. (2013). Envelhecimento da População Brasileira. In E. V. Freitas & L. Py (Eds) *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. (pp. 133 - 152). Guanabara Koogan.

Cepellos, V. (2021). Feminização do envelhecimento: um fenômeno multifacetado muito além dos números. *Revista de Administração de Empresas*, 61(2), 1-7. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-759020210208>

Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional - COFFITO. (2017). *Resolução nº 477, de 20 de dezembro de 2016*. Reconhece e disciplina a Especialidade Profissional de Terapia Ocupacional em Gerontologia e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília.

Felicíssimo, F. B. et al. (2013). Estigma Internalizado e Autoestima: uma Revisão Sistemática da Literatura. *Revista Psicologia: Teoria E Prática*, 15(1), 116–129. <https://editorarevistas.mackenzie.br/index.php/ptp/article/view/2743>

Freitas, M. C. et al. (2010). O significado da velhice e da experiência de envelhecer para os idosos. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 44(2), 407-412. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342010000200024>

Freitas, I. F. dos S., et al. (2022). Intervenção da terapia ocupacional em instituições de longa permanência para idosos a partir da percepção de terapeutas ocupacionais. *Revista De Terapia Ocupacional Da Universidade De São Paulo*, 32(1-3), e206081. <https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v32i1-3pe206081>

Gibbs, G. (2009). *Análise de Dados Qualitativos*. Artmed.

- Gomes, D., et al. (2021). *Enquadramento da Prática da Terapia Ocupacional: Domínio & Processo (4ª Edição)*. Politécnico de Leiria. <https://doi.org/10.25766/671r-0c18>
- Hutz, C. S., & Zanon, C. (2011). Revisão da adaptação, validação e normatização da escala de autoestima de Rosenberg. *Avaliação Psicológica*, 10(1), 41-49. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-04712011000100005&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712011000100005&lng=pt&tlng=pt)
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2021). Expectativa de vida dos brasileiros aumenta 3 meses chega a 76,6 anos em 2019. *Agência de Notícias do IBGE*.
- Jardim, V. C. F. S. et al. (2006). Um olhar sobre o processo do envelhecimento: a percepção de idosos sobre a velhice. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 9(2), 25-34. <https://www.scielo.br/j/rbgg/a/tzGHq3mphTxJ5jtvX5pRM6z/?format=pdf>.
- Lins, I. L., & Andrade, L. V. R. (2018). A feminização da velhice: representação e silenciamento de demandas nos processos conferencistas de mulheres e pessoas idosas. *Mediações - Revista de Ciências Sociais*, 23(9), 436-465. <https://doi.org/10.5433/2176-6665.2018v23n3p436>
- Maximiano-Barreto, M. A., et al. (2019). A feminização da velhice: uma abordagem biopsicossocial do fenômeno. *Interfaces Científicas - Humanas E Sociais*, 8(2), 239-252.
- Netto, M. P. (2013). O estudo da velhice: histórico, definição do campo e termos básicos. In E. V. Freitas & L. Py. (Eds) *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. (pp. 62 - 75). Guanabara Koogan.
- Oliveira, A. S. (2019). Transição demográfica, transição epidemiológica e envelhecimento populacional no Brasil. *Hygeia - Revista Brasileira De Geografia Médica E Da Saúde*, 15(32), 69-79. <https://doi.org/10.14393/Hygeia153248614>
- Pereira, E. F. et al. (2012). Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. *Revista Brasileira De Educação Física E Esporte*, 26(2), 241-250. <https://doi.org/10.1590/S1807-55092012000200007>
- Pinheiro, C. S. P. (2018). Conceitos relacionados ao envelhecimento. In Dias, L. B. & Raymundo, T. M. (Orgs.). *Terapia Ocupacional e Gerontologia* (pp. 21-30 ). Appris.
- Rebellato, C. (2012). *Relações entre papéis ocupacionais e qualidade de vida em idosos independentes, residentes na comunidade: um estudo seccional*. [Dissertação de mestrado, Universidade Federal de São Carlos]. <https://repositorio.ufscar.br/handle/ufscar/6860>
- Ruidiaz-Gómez, K. S & Cacante-Caballero, J. V. (2021). Desenvolvimento histórico do conceito de Qualidade de Vida: uma revisão da literatura. *Revista Ciência e Cuidado*, 18(3), 86-99. <https://doi.org/10.22463/17949831.2539>
- Santi, A. et al. (2012). Lista de Identificação de Papéis Ocupacionais em um centro de tratamento de Hemodiálise: contribuições para a intervenção de Terapia Ocupacional - estudo piloto. *Revista De Terapia Ocupacional Da Universidade De São Paulo*, 23(3), 289-296. <https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v23i3p289-296>.
- Santos, C. A. V. & Santos, J. L. F. (2015). O desempenho de papéis ocupacionais de idosos sem e com sintomas depressivos em acompanhamento geriátrico. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 18(2), 273-283. <http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2015.14075>
- Uchôa, E. (2003). Contribuições da antropologia para uma abordagem das questões relativas à saúde do idoso. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(3), 849-853. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2003000300017>

**Contribuição das autoras:** L.M.G: Elaboração, coleta de dados, formatação, análise dos dados, revisão do texto. Z.C.L.L.: orientação na coleta dos dados, análise dos dados e revisão do texto.

**Recebido em:** 27/09/2023

**Aceito em:** 24/04/2024

**Publicado em:** 31/07/2024

**Editor(a):** Victor Augusto Cavaleiro Corrêa