

Dignidade na perspectiva de idosos institucionalizados e familiares: revisão integrativa

Júlia Brombila Blumentritt¹, Franciele Roberta Cordeiro¹, Manuela Stiff Przybylski¹, Julia Marlow Hall¹

1. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas/RS, Brasil.

Resumo

A dignidade humana se constitui naquilo que é vivido e sentido, portanto é relevante investigar as relações entre o senso de dignidade dos idosos e a institucionalização. Esta revisão teve como objetivo identificar produções internacionais sobre dignidade em instituições de longa permanência na perspectiva de idosos institucionalizados e seus familiares. O material empírico, selecionado em junho de 2024, foi composto por 18 estudos publicados entre 1998 e 2023. Os dados foram codificados e analisados quanto a similaridade temática. Duas unidades temáticas foram estabelecidas: dignidade para idosos e seus familiares na perspectiva da dimensão exterior e dignidade para idosos e seus familiares na perspectiva da dimensão interior. Conclui-se que a qualidade do cuidado, as condições do ambiente, o suporte familiar e as experiências psicoemocionais e espirituais têm papel fundamental na preservação (ou não) da dignidade.

Palavras-chave: Instituição de longa permanência para idosos. Respeito. Idoso. Revisão.

Resumen

Dignidad en la perspectiva de adultos mayores institucionalizados y sus familiares: revisión integradora

La dignidad humana se constituye en aquello que se vive y se siente; por ello, resulta relevante investigar las relaciones entre el sentido de dignidad de los adultos mayores y la institucionalización. Esta revisión tuvo como objetivo identificar producciones internacionales sobre la dignidad en instituciones de larga estancia desde la perspectiva de los adultos mayores institucionalizados y sus familiares. El material empírico, seleccionado en junio de 2024, estuvo compuesto por 18 estudios publicados entre 1998 y 2023. Los datos fueron codificados y analizados según la similitud temática. Se establecieron dos unidades temáticas: la dignidad para los adultos mayores y sus familiares desde la perspectiva de la dimensión exterior, y la dignidad para los adultos mayores y sus familiares desde la perspectiva de la dimensión interior. Se concluye que la calidad del cuidado, las condiciones del entorno, el apoyo familiar y las experiencias psicoemocionales y espirituales desempeñan un papel fundamental en la preservación (o no) de la dignidad.

Palabras clave: Hogares para ancianos. Respeto. Anciano. Revisión.

Abstract

Dignity from the perspective of institutionalized elderly and their families: an integrative review

Human dignity is constituted by what is lived and experienced; therefore, it is relevant to investigate the relationships between sense of dignity by elderly and institutionalization. This review aimed to identify international articles on dignity in long-term care institutions from the perspective of institutionalized elderly and their families. The empirical material, selected in June 2024, consisted of 18 studies published between 1998 and 2023. The data were coded and analyzed according to thematic similarity. Two thematic units were established: dignity for aged adults and their families from the perspective of the external dimension, and dignity for elderly and their families from the perspective of the internal dimension. It is concluded that the quality of care, environmental conditions, family support, and psycho-emotional and spiritual experiences play a fundamental role in the preservation (or not) of dignity.

Keywords: Homes for the aged. Respect. Aged. Review.

Declararam não haver conflito de interesse.

Dignidade diz respeito ao valor intrínseco e à humanidade de cada ser, representa aquilo que determina o caráter de pessoa e que atribui valor à existência. É uma qualidade inata, independente de condições biológicas, que pode variar conforme as moralidades, concessões sociais ou comportamentais e que perdura durante toda a vida. A dignidade humana, que é sobretudo existencial e constituída por experiências, está atrelada à individualidade, ao caráter único de cada ser e à distinção de outros seres, marcada pela capacidade de regulação de si por meio da autonomia e da liberdade¹.

A dignidade humana pode ser analisada em duas dimensões principais, a interior e a exterior. A dimensão interior compreende aspectos da identidade, do eu, da autoestima, da própria confiança, do respeito para consigo e da expressão de si. A segunda envolve a relação com o exterior, os valores, o que se partilha e se captura do mundo na interação com o outro e que subjetiva². As experiências relativas à dignidade podem ser apreendidas com base em narrativas e estados emocionais, especialmente aqueles vinculados a situações de remorso, pesar e amor¹.

O remorso permite acessar o valor daquele que foi injustiçado, prejudicado por alguém, por sua característica única. O pesar, especialmente vinculado à perda, traz à consciência o fato de que ninguém pode substituir quem foi perdido, pois este era um ser único. O amor possibilita reconhecer que, se alguém ama uma pessoa, ela o faz não pelas qualidades ou habilidades desta, mas por sua essência. Tais estados refletem a preciosidade e o valor insubstituível, ou seja, a dignidade de cada ser¹.

Nesse sentido, o conceito de dignidade tem sido utilizado em diferentes áreas do conhecimento, como a da saúde. Na medicina, por exemplo, a dignidade contempla um *status* ou valor norteado pela defesa da autonomia e o respeito às escolhas de pessoas doentes ou incapacitadas em suas trajetórias no sistema de saúde. Na avaliação clínica, é importante considerar autonomia, autorrespeito e espiritualidade como elementos intrínsecos a serem mobilizados para preservar a dignidade, além do teor e qualidade do cuidado, elementos extrínsecos. A cultura do cuidado baseada no excesso de burocracia e relações assimétricas entre pacientes e médicos, marcadas por

ações como indiferença, rejeição, objetificação, rotulação, desprezo, discriminação, repulsa e privação, são fatores que fragilizam a promoção da dignidade relacionada à saúde³.

Na enfermagem, a dignidade é considerada a essência do cuidado e está relacionada a características individuais e sociais, sendo as individuais percebidas como um sentimento interior de ser bom, de autoestima, de ser valorizado e respeitado, e as sociais associadas às relações estabelecidas com amigos, familiares e profissionais, mediadas por comunicação, cultura e crenças⁴. Em seus atributos individuais, a dignidade compreende ainda aspectos da personalidade e do valor especial que cada um contém. E, enquanto atributos sociais, respeito e autonomia devem balizar as ações de enfermagem no que tange à promoção da dignidade humana. Tais ações abarcam, por exemplo, o respeito à privacidade, à confidencialidade e à crença e o reconhecimento dos direitos e necessidades daquele que é cuidado⁵.

Ademais, dignidade no cuidado deve considerar as especificidades da fase do adoecimento, a velhice e o fim da vida⁴. Internacionalmente³, ferramentas e intervenções têm sido desenvolvidas para avaliar e promover dignidade. Entre as ferramentas de avaliação, destacam-se a pergunta de dignidade do paciente (*patient dignity question* [PDQ]), o instrumento de medição para dignidade Amsterdam (*measurement instrument for dignity Amsterdam* [MIDAM]), a escala de dignidade do paciente internado (*inpatient dignity scale* [IPDS]) e o inventário de dignidade do paciente (*patient dignity inventory* [PDI]). Quanto às intervenções, a terapia da dignidade (*dignity therapy* [DT]), a abordagem de dignidade no cuidado e a revisão de vida estão entre as mais utilizadas tanto em ambientes hospitalares quanto em instituições de longa permanência de idosos (ILPI).

ILPI são instituições públicas ou privadas que têm por característica o acolhimento e a assistência a pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, ou seja, idosos, normalmente com alguma dependência, com ou sem apoio familiar⁶. Na maioria dos casos, especialmente em instituições públicas, identificam-se residentes com risco social devido a violência, abandono e dependência oriunda do adoecimento, sobretudo psíquico e/ou neurológico⁷. Em tais instituições, deve ser

assegurado o direito de viver a vida (ou o final dela) com liberdade, cidadania e dignidade⁶.

Em uma perspectiva global, a definição cronológica mais aceita para pessoa idosa considera a idade superior a 65 anos para quem vive em países desenvolvidos e 60 para quem vive em países em desenvolvimento⁸. Estudo japonês⁹ propôs a alteração desse limitador para 75 anos, tendo em vista a mudança do estilo de vida nessa fase, que passou a ser mais ativo e saudável, em especial nos países desenvolvidos. Tal mudança propiciou aumento dos anos de vida em virtude de melhores habilidades físicas, rejuvenescimento e redução de doenças neurovasculares e circulatórias, o que, por sua vez, exige reformas dos sistemas de seguridade social para melhor assistir a população idosa. Independentemente do delimitador, é fundamental que conceituações baseadas em parâmetros cronológicos observem os contextos sociais, econômicos e históricos de cada país⁹.

Ainda assim, pessoas idosas costumam apresentar declínio funcional associado a progressão de doenças crônicas e multimorbidade, o que resulta na maior probabilidade de institucionalização conforme a progressão etária, especialmente na ausência de companheiro e filhos, ou na presença de baixa escolaridade, sedentarismo, uso de medicamentos, necessidade de suporte para mobilidade, além de diagnóstico de Alzheimer ou outras demências, de comprometimento cognitivo e de dependência para realizar atividades básicas da vida diária¹⁰.

Sob esse prisma, a promoção da dignidade em pessoas idosas com demência, por exemplo, requer a identificação de valores pessoais e da autoidentidade precocemente, isto é, antes da perda completa das funções cognitivas. Com isso, é possível promover respeito às preferências mesmo diante do comprometimento e assegurar o mínimo de autonomia pela adaptação dos cuidados e do ambiente às habilidades preservadas¹¹.

Em contrapartida, a institucionalização pode provocar depressão, sentimento de solidão, isolamento, falta de propósito e sensação de inutilidade, decorrências que podem ser reduzidas com estratégias de socialização que visem a partilha de momentos, histórias de vida, conhecimentos pessoais e/ou intergeracionais¹². De igual modo, a estadia em ILPI pode comprometer necessidades

humanas básicas psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais dos idosos e repercutir em diagnósticos de enfermagem, tais como eliminação urinária prejudicada, mobilidade física prejudicada, déficit no autocuidado para banho, síndrome do idoso frágil, desesperança, baixa autoestima situacional, risco de solidão, medo e relacionamento ineficaz¹³.

Justifica-se, portanto, a relevância de investigar as relações entre institucionalização e comprometimento do senso de dignidade dos idosos tanto em relação a atributos individuais ou interiores quanto a sociais ou exteriores. O objetivo deste estudo foi identificar produções internacionais sobre dignidade em instituição de longa permanência na perspectiva de idosos institucionalizados e seus familiares.

Método

Trata-se de revisão integrativa sustentada em seis etapas: identificação do tema e definição da pergunta norteadora; estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão; definição das informações a serem extraídas; análise dos estudos incluídos; interpretação e discussão dos resultados; e apresentação da revisão¹⁴.

Para definir a questão norteadora, teve-se como base a estratégia PICO: no caso, população (P) corresponde a idosos institucionalizados e seus familiares; interesse (I), a dignidade; e contexto (Co), a institucionalização. Dessa forma, elaborou-se a seguinte questão de pesquisa: “Quais são as produções sobre dignidade de idosos em instituição de longa permanência?”.

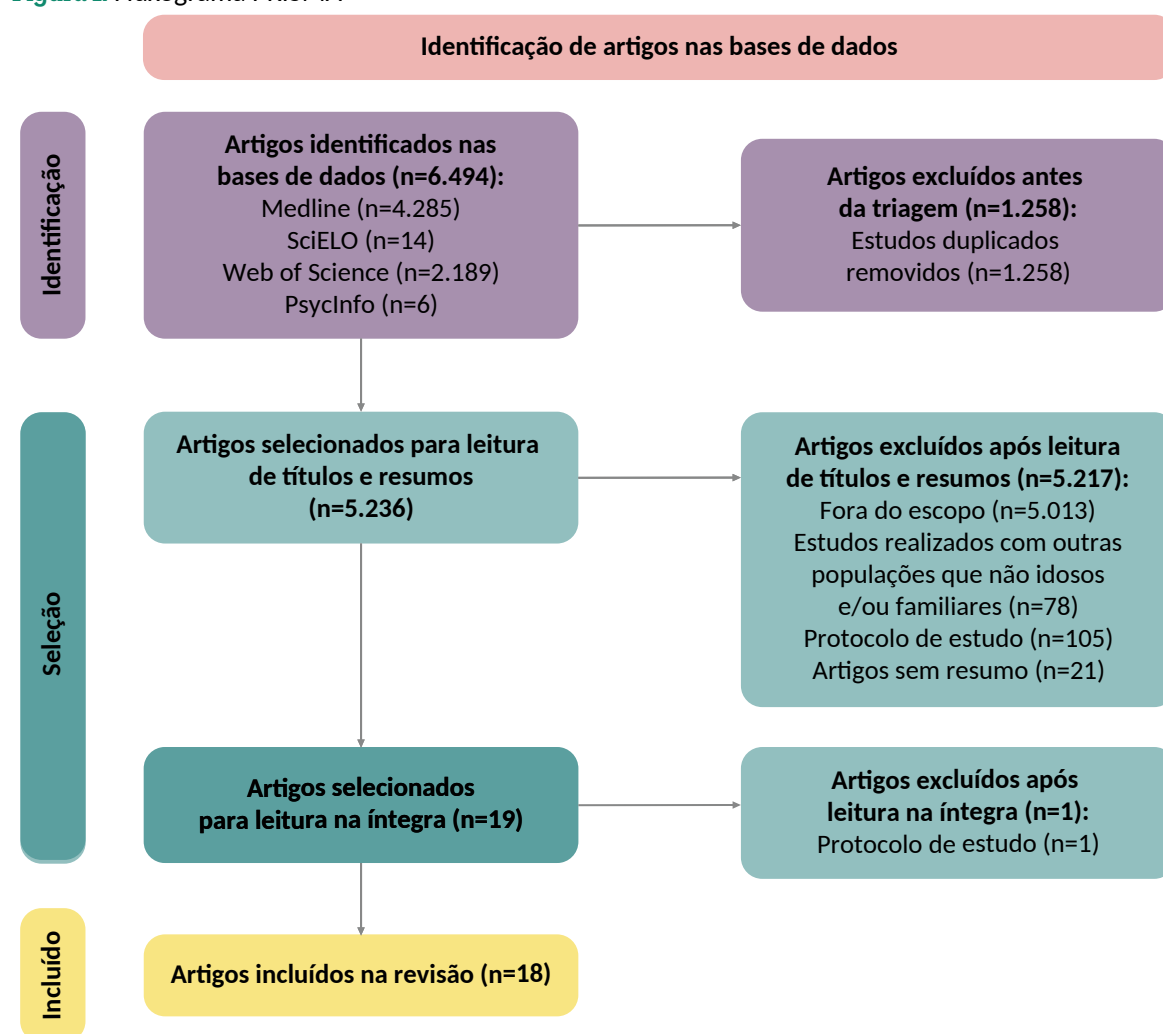
O levantamento dos estudos ocorreu no mês de junho de 2024, nas bases de dados eletrônicas Medical Literature and Retrieval System Online (Medline), Scientific Electronic Library Online (SciELO), Web of Science, da Clarivate Analytics, e PsycINFO, da American Psychological Association. Foram utilizados os descritores indexados Medical Subject Headings (MESH) “*respect*”, “*dignity therapy*”, “*aged*”, “*homes for the aged*”, “*family e health of institutionalized elderly*” com o operador booleano “*and*”.

Foram incluídos artigos originais nos idiomas inglês, português ou espanhol com idosos institucionalizados ou seus familiares, disponíveis para

acesso na íntegra gratuitamente ou via portal de periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), vinculado à plataforma Comunidade Acadêmica Federada, provida pela Rede Nacional de Ensino e Pesquisa. Não foi estabelecida delimitação temporal, a fim de obter maior número de estudos. Foram excluídos documentos como teses, dissertações, editoriais, artigos de revisão, protocolos de pesquisa, ensaios, comentários, relatos de experiência e resumos ou artigos publicados em anais de evento.

Após a associação dos descritores, foram identificados 6.494 documentos. Os arquivos extraídos das bases de dados foram transferidos para o aplicativo *on-line* gratuito Rayyan – Intelligent Systematic Review. A leitura foi realizada utilizando o método de dupla verificação às cegas. Em caso de conflito, uma terceira revisora foi acionada para determinar a inclusão ou não do documento. O fluxograma apresentado na Figura 1, baseado no modelo *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA)¹⁵, mostra o passo a passo desta etapa.

Figura 1. Fluxograma PRISMA



Para extração de dados e caracterização, utilizou-se formulário construído no aplicativo de gerenciamento de pesquisas do Google. As seguintes

informações foram extraídas: título, autores, ano, país, revista, abordagem do estudo, área de atuação dos autores, participantes do estudo,

técnica de produção dos dados, referencial ou marco teórico, delineamento de pesquisa, objetivo do estudo, doença do participante do estudo e dignidade e aspectos envolvidos na dignidade.

Os dados coletados sobre dignidade e aspectos envolvidos na dignidade foram armazenados no programa *Atlas.ti* para codificação e análise por similaridade temática¹⁶. Ao final, 16 códigos compuseram o livro de códigos selecionados em 153 excertos, os quais foram agrupados para composição das duas unidades temáticas: dignidade para idosos e seus familiares na perspectiva da

dimensão exterior; e dignidade para idosos e seus familiares na perspectiva da dimensão interior, baseadas no modelo em que a dignidade humana é dividida em dois conceitos principais (dignidade na perspectiva da dimensão exterior e dignidade na perspectiva da dimensão interior)².

Resultados

Os 18 estudos analisados estão caracterizados no Quadro 1.

Quadro 1. Caracterização do material empírico

Título	Método	Aspectos envolvidos na dignidade em ILPI
Oral care, loss of personal identity and dignity in residential care homes (2023) ¹⁷	Qualitativo/descritivo	Positivos: higiene oral realizada com privacidade, independência, de forma respeitosa e mantendo a identidade pessoal (seja com próteses dentárias ou dentes naturais). Negativos: perda de identidade pessoal, abandono, vergonha com as próteses dentárias.
Dignity and the provision of care and support in 'old agehomes' in Tamil Nadu, India: a qualitative study (2022) ¹⁸	Qualitativo/descritivo	Positivos: melhores cuidados de saúde e suporte pessoal, liberdade de movimento e promoção de sensação de autonomia, lazer e socialização, qualidade no atendimento, assistência médica e apoio social. Negativos: escassez de profissionais, liberdade limitada, ausência de atividades recreativas e ambientes precários.
Dignity in bodily care at the end of life in a nursing home: an ethnographic study (2022) ¹⁹	Qualitativo/etnografia	Positivos: lazer e socialização, reforço da autonomia e incentivo do autocuidado. Negativos: sofrimento pelos sintomas físicos, limitação física, dependência, solidão, longos tempos de espera para receber atendimento, falta de integralidade no atendimento e rotinas deterioradas, falta de interações sociais, preocupações com a doença.
Experiences with dignity among older people confined to beds living in a nursing home: a qualitative descriptive study (2022) ²⁰	Qualitativo/descritivo	Positivos: cuidado individualizado, comunicação, respeito, incentivo à autonomia, sensação de ser ouvido. Negativos: falta de autonomia, dependência, desrespeito por parte da equipe, desumanização, falha na manutenção do cuidado, equipe despreparada.
Concept synthesis of dignity in care for elderly facility residents (2019) ²¹	Revisão integrativa/qualitativo/hermenêutico descritivo	Positivos: preferência individual respeitada, cuidado com valorização e igualdade, preservação nos relacionamentos com a rede de apoio externa. Negativos: falta de reconhecimento e envolvimento com a equipe, ausência de comunicação e sensibilidade, falta de escuta ativa, abordagem insensível, sentimentos de abandono, regras rígidas e falta de privacidade.
Factors influencing the quality of life perceptions of cognitively impaired older adults in a nursing home and their informal and professional caregivers: a mixed methods study (2018) ²²	Métodos mistos/descritivo e baseado no questionário quantitativo de qualidade de vida-doença de Alzheimer (QoL-AD)	Positivos: interação social, cuidadores gentis e respeitosos, visitas, momentos de lazer, respeito pela privacidade, preservação da identidade. Negativos: falta de interação com a equipe e falha no cuidado.

continua...

Quadro 1. Continuação

Título	Método	Aspectos envolvidos na dignidade em ILPI
Tension between freedom and dependence: a challenge for residents who live in nursing homes (2018) ²³	Qualitativo/ hermenêutico e descritivo	Positivos: liberdade, autonomia, respeito e preservação pela integridade, autonomia e fé. Negativos: desamparo, sentimento de ser ignorado, falta de liberdade, negligência na autonomia, dependência, insegurança, cuidadores despreparados.
Manifestation of respect in the care of older patients in long-term care settings (2015) ²⁴	Qualitativo/ descritivo	Positivos: enfermeiras respeitosas e empáticas, cuidado humano, boa interação profissional-paciente, necessidades básicas atendidas, conforto, incentivo ao autocuidado e independência. Negativos: enfermeiras focadas nas rotinas e não no cuidado, pressa, falta de interesse e atenção.
Instituição de longa permanência para idosos: um lugar de cuidado para quem não tem opção? (2014) ²⁵	Qualitativo/ descritivo	Positivos: necessidades básicas atendidas, acesso a serviços de saúde. Negativos: lugar sem significado, destinado para aguardar a morte.
Patterns of dignity-related distress at the end of life: a cross-sectional study of patients with advanced cancer and care home residents (2014) ²⁶	Qualitativo/análise secundária de dados de base mesclados de dois ensaios clínicos randomizados	Positivos: não identificados. Negativos: dependência, falta de valorização, angústia pelos sintomas físicos, dificuldade em lidar com as doenças, limitações funcionais, perda da continuidade do eu, preocupação com o futuro.
The meaning of dignity in nursing home care as seen by relatives (2014) ²⁷	Qualitativo/ hermenêutico	Positivos: sentimento de “estar em casa”, cuidadores atentos e interessados, respeito à individualidade e autonomia, ambiente seguro e familiar, interação positiva com a equipe. Negativos: infantilização, desempoderamento, falta de atenção às necessidades, interação desrespeitosa, desamparo.
Dignity and the factors that influence it according to nursing home residents: a qualitative interview study (2014) ²⁸	Qualitativo/ descritivo	Positivos: manutenção do sentido de vida, aceitação da situação, capacidade de tomar decisões, comunicação significativa, acuidade cognitiva, religião, participação na vida dos entes queridos, cuidado adequado e de qualidade, autoestima preservada. Negativos: perda de identidade, sentimento de inutilidade, regras rígidas, dependência, perda de controle, perda de memória, desvalorização, sentimento de sobrecarga econômica, falta de profissionais, dificuldade no relacionamento com a equipe, ambiente de pressa e falta de atenção.
Feasibility, acceptability and potential effectiveness of Dignity Therapy for older people in care homes: a phase II randomized controlled trial of a brief palliative care psychotherapy (2011) ²⁹	Quantitativo/ensaio clínico controlado randomizado	Positivos: grupos que recebem a TD mostram níveis de angústia reduzidos e boa esperança, qualidade de vida, redução de sofrimento, maior sentido de propósito e benefícios para a família. Negativos: não identificados.
How respect and kindness are experienced at the end of life by nursing home residents (2011) ³⁰	Métodos mistos/ pesquisa retrospectiva	Positivos: respeito e gentileza, morte em ambiente respeitoso, comunicação clara e inclusiva, cuidados íntimos adequados, apoio emocional, suporte à família. Negativos: falta de comunicação, falta de envolvimento familiar, cuidados inadequados e impessoais, falta de apoio à família.

continua...

Quadro 1. Continuação

Título	Método	Aspectos envolvidos na dignidade em ILPI
Living and dying with dignity: a qualitative study of the views of older people in nursing homes (2009) ³¹	Qualitativo/descritivo	Positivos: gerenciamento de sintomas, respeito à privacidade, incentivo à independência e respeito às necessidades sociais e emocionais. Negativos: dependência, angústia e preocupações com a doença, com a morte e perda de valor.
Dignity and the challenge of dying in nursing homes: the residents' view (2007) ³²	Qualitativo/descritivo	Positivos: relações sociais. Negativos: impacto das doenças cognitivas nas relações sociais, dependência, perda de identidade, cuidados insuficientes, falta de controle sobre o processo de morrer.
Dimensions of quality in long-term care facilities in Taiwan (2005) ³³	Qualitativo/descritivo	Positivos: reconhecimento das necessidades por parte da equipe, respeito por preferências individuais, suporte emocional, interação social, ambiente de apoio, cuidados acessíveis. Negativos: sentimento de negligência, necessidades alimentares e culturais não atendidas, sentimentos de solidão, repressão emocional, falta de confiança, dificuldades na interação social, ambiente de apoio falho e cuidados inacessíveis.
The experience of living-dying in a nursing home: self-reports of black and white older adults (1998) ³⁴	Qualitativo/descritivo	Positivos: religião como fonte de conforto, cuidados dos moradores uns com os outros. Negativos: ansiedade, alívio inadequado da dor (residentes pretos), desamparo, desesperança, perda de apetite, equipe despreparada e sem interesse ou compreensão, raiva como forma de enfrentar as situações.

Em 14 estudos^{17-23,25,26,28,31-34}, os participantes eram idosos institucionalizados; dois^{27,30} foram realizados com familiares; e dois^{24,29}, com idosos institucionalizados e familiares. A principal técnica de produção de dados foi a entrevista^{17-26,28,30-34}, e apenas um estudo utilizou a ferramenta terapêutica TD²⁹. Entre os países de realização dos estudos estão Brasil²⁵, Alemanha³², Canadá³⁰, Eslovênia²⁰, Estados Unidos³⁴, Finlândia²⁴, Holanda²⁸, Japão²¹, Suíça²², Suécia¹⁹, Taiwan³³, Índia¹⁸, Reino Unido^{17,26,29,31}, Dinamarca, Suécia e Noruega^{23,27}.

Dignidade para idosos e familiares

Perspectiva da dimensão exterior

O comportamento dos profissionais de saúde impacta a percepção de dignidade dos idosos institucionalizados¹⁹. Palavras ríspidas, longos períodos de espera por cuidados, falta de atenção e de integralidade no atendimento, despreparo e rigidez da equipe nas rotinas^{19,20} constituem atitudes que negligenciam a dignidade e geram sentimentos negativos nos residentes, como impotência²⁰ e

desamparo²³. Além disso, práticas de cuidado que desconsideram a privacidade e a autonomia do indivíduo podem diminuir ainda mais a sensação de dignidade³¹.

Os artigos mostraram que a ausência ou escassez de profissionais nas instituições agrava o sentimento de desamparo^{18,28}. Falta de tempo, ausência de pessoal e sobrecarga de tarefas dificultam a construção de relações entre os idosos e seus cuidadores e comprometem a atenção e a qualidade do cuidado^{18,28,32}, resultando no rompimento da dignidade dos idosos institucionalizados, que frequentemente se veem obrigados a esperar por ajuda ou a receber cuidados em condições de pressa e descaso²⁸.

O cuidado individualizado é fundamental para garantir a dignidade dos idosos²⁷. Quando a equipe é sensível, gentil, atenciosa, disposta a ouvir e a encorajar o idoso a realizar atividades cotidianas de forma independente, a qualidade do cuidado melhora e permite que os idosos se sintam valorizados e respeitados^{22,24}. Profissionais que priorizam o diálogo²¹, que flexibilizam as rotinas para atender a necessidades específicas²⁴ e que

incentivam a independência²⁶ demonstram compromisso com a dignidade.

Além disso, quando as necessidades básicas são atendidas com empatia e respeito, a percepção de dignidade aumenta. Cuidados com alimentação, higiene, ajuda para realizar independentemente as atividades diárias²⁵, gerenciamento de sintomas³¹ e ajuda para manter a saúde física e psicológica²², quando realizados de forma respeitosa, sensível e individual, proporcionam bem-estar e satisfação com o cuidado e, com isso, favorecem nos residentes a percepção de estarem vivendo uma vida digna, apesar das limitações físicas^{27,30}.

O uso da TD pode tornar a vida de idosos institucionalizados mais significativa e melhorar a qualidade de vida, aumentar o senso de propósito e a vontade de viver e diminuir o sofrimento. Ademais, pode ajudar famílias, pois se mostrou prática eficaz para promover boa experiência de fim de vida²⁹.

O respeito também se manifesta quando as decisões sobre a vida dos residentes são compartilhadas não só com eles, mas também com suas famílias. A participação ativa dos idosos e seus entes nas decisões sobre os cuidados e no recebimento de informações claras e contínuas é essencial para preservar a dignidade e garantir que as necessidades dos idosos sejam atendidas³⁰.

Além disso, interações sociais e apoio familiar têm papel crucial na preservação da dignidade dos idosos institucionalizados³³. Reencontros familiares, relação com outros residentes e encontros sociais foram relatados como requisitos básicos para a construção e manutenção da dignidade³². Também, a comunicação eficaz, que muitas vezes envolve superação de barreiras linguísticas e culturais, foi retratada como fundamental para evitar o isolamento social³³.

ILPI podem ser bons lugares para viver²⁵, e, ainda que confinados, alguns residentes sentem que a vida preserva seu significado, o que fortalece a dignidade²⁸. Em contrapartida, para outros, a instituição nada mais é que um lugar para esperar a morte²⁵, carregada de sentimentos de abandono, não pertencimento, inutilidade perante a sociedade e desvalorização, onde devem seguir regras e vontades impostas por terceiros²⁸.

Discursos acerca da institucionalização versam desde “Iar é onde você o faz”, em uma tentativa de ressignificar o ambiente, até outros associados

ao sentimento de abandono, como “acabei de ser jogada”²¹. Nesse contexto, alguns idosos conseguem se adaptar à nova rotina e aceitar a institucionalização e a dependência, os quais mantêm senso de dignidade maior do que aqueles que se recusam a aceitar a nova realidade²⁸.

Um dos principais benefícios da institucionalização é o acesso garantido a serviços de saúde. O acesso contínuo e a disponibilidade de assistência são fatores essenciais para a melhoria da qualidade de vida de muitos idosos. Para aqueles que têm condições de saúde frágeis, a ILPI pode representar ambiente seguro e adequado para o tratamento de doenças, o que se traduz em melhora significativa em suas condições físicas^{25,33}.

Outro fator importante para a dignidade é o ambiente e a qualidade (ou não) das instalações. Condições precárias influem no bem-estar dos moradores e comprometem o senso de dignidade¹⁸. Alguns idosos relatam que a convivência em quartos compartilhados oferece sensação de segurança e companhia²⁸. No entanto, outros manifestam que a privacidade é fator essencial para a manutenção da dignidade³¹.

O lazer também ocupa espaço importante na rotina dos idosos institucionalizados. Funciona não só como forma de distração, mas como meio de preservar a dignidade, seja com atividades como exercícios físicos e caminhadas¹⁹ ou até mesmo com encontros sociais ou eventos religiosos¹⁸, na medida em que proporcionam momentos de prazer e interação²².

Perspectiva da dimensão interior

A dependência, seja para realizar atividades diárias ou para cuidar da própria saúde, é vivenciada pelos residentes como uma ameaça constante, já que se veem incapazes de cuidar de si^{19,23,32}. Problemas físicos como cansaço, dor e perda de funções são os principais responsáveis por essa sensação de perda de dignidade, pois a perda das habilidades para cuidar de si mostra-se progressiva¹⁹.

A dependência acarreta sentimentos de ser um fardo para quem cuida^{20,23}, solidão^{19,28}, angústia e incapacidade²⁶, falta de propósito¹⁹, constrangimento³¹, raiva e tristeza²⁰. Além disso, os idosos institucionalizados consideram que ser dependente é uma ameaça à autonomia²³ e à própria identidade¹⁷, já que a saúde declina enquanto a

doença progride, o corpo e a força já não são mais os mesmos e a necessidade de ajuda aumenta¹⁷.

Idosos apresentam certa resistência em solicitar ajuda, pois isso os faz lembrar constantemente do peso da dependência e da perda de autonomia³³. Estudo mostrou que ensinar e estimular os idosos a cuidar de sua higiene pessoal de forma independente gerou esforços contínuos para participar ativamente dos próprios cuidados¹⁹. Essa busca em manter a autonomia e o senso de dignidade nos idosos permite-lhes sentir que ainda detêm controle sobre aspectos importantes de suas vidas²³.

O ato de depender de outras pessoas para cuidados tão íntimos como higiene pessoal e higiene oral pode ser visto como uma invasão da privacidade. Para muitos desses idosos, a manutenção da higiene dental, seja com dentes naturais ou próteses dentárias, está diretamente ligada à manutenção da identidade pessoal e da aparência, parte fundamental do que consideram sua dignidade¹⁷.

Em nível emocional, a dependência não se restringe ao impacto físico, mas também afeta a saúde mental e a autoestima dos idosos. A sensação de não ser mais capaz de desempenhar papéis importantes, de não conseguir lutar contra os desafios da doença e de estar preso a uma rotina que não mais reflete quem eram gera profunda angústia²⁶. Solidão, falta de perspectiva de melhora na saúde²⁸ e medo da morte³¹ contribuem para sentimentos de depressão e desesperança. Esse declínio na saúde e na funcionalidade corporal é frequentemente acompanhado por um sentimento de que a vida perdeu o valor e pela perda da continuidade de si²⁶.

A manutenção das características pessoais apesar da doença, a comunicação e a preservação de habilidades cognitivas são consideradas essenciais para manter a dignidade^{19,28}. Para muitos, a perda da capacidade de se comunicar ou o desenvolvimento de doenças cognitivas como esquecimento, sentimento de desempoderamento, violação, infantilização e subvalorização são vistos como fatores que afetam a dignidade²⁷. Apesar disso, alguns idosos ainda conseguem manter um nível de autoestima ao se defenderem ou mostrarem-se indiferentes às opiniões externas²⁸.

A busca por dignidade se transforma em busca por reconhecimento devido à velhice a partir de uma tentativa de manter a dignidade apesar dela,

seja por meio da adaptação às regras organizacionais ou à gestão das implicações econômicas e pessoais, ao autocuidado e à tomada de decisões³².

Ter uma morte digna também é algo considerado importante por idosos. Ser ativo até o último momento, ter respeito pelas vontades, não sentir dor, estar próximo a pessoas importantes para si, dizer adeus em particular e morrer na hora certa significa manutenção da dignidade até o último minuto de vida³².

Além disso, a fé religiosa oferece uma fonte de conforto e esperança diante das dificuldades da doença e da perda de autonomia^{28,34}. Crenças religiosas podem atenuar o medo da morte e proporcionar um sentido de paz e aceitação. Sentir-se apoiado por sua fé ajuda os idosos a preservarem a dignidade e a se resignarem para seguir em frente²⁸.

Ainda, a relação dos idosos com respeito e liberdade é essencial para a preservação da dignidade, especialmente no contexto da institucionalização. Mesmo enfrentando transtornos neurocognitivos e diminuição na capacidade de realizar tarefas diárias, idosos ainda expressam necessidade de respeito a privacidade, autonomia e história de vida. O respeito por suas vidas privadas foi destacado como fator crucial, já que os conecta a sua identidade e personalidade²².

A violação da dignidade e do respeito ocorre quando os idosos não são vistos pelos outros como indivíduos únicos, mas como parte de um grupo, o que desconsidera suas necessidades e desejos²⁷. Quando suas promessas não são cumpridas ou quando não têm a oportunidade de tomar as próprias decisões, a sensação de desrespeito se intensifica^{27,28}.

Finalmente, ter liberdade é importante para manter a dignidade²³. ILPI, especialmente privadas, impõem severas restrições que levam a sentimentos de aprisionamento e falta de liberdade¹⁸. Além disso, os idosos sentem-se privados da capacidade de decidir por si mesmos²⁰, ainda que tenham liberdade para pensar o que querem²³. Embora mantenham a liberdade de pensar, essa autonomia é anulada por limitações físicas e falta de escolha em ações cotidianas. Portas trancadas, por exemplo, simbolizam a perda da liberdade e da autonomia, enquanto dividir quarto com alguém desconhecido também representa uma violação de sua liberdade pessoal e espaço íntimo²³.

Discussão

A promoção da dignidade na perspectiva da dimensão exterior abrange tanto as práticas desenvolvidas por profissionais de saúde quanto os fatores socioestruturais que permeiam a vivência dos idosos institucionalizados em ILPI, os quais influenciam diretamente a percepção de respeito, valor e reconhecimento do idoso como sujeito singular.

A assistência da equipe multiprofissional é central para essa promoção, pois favorece atenção em saúde mais efetiva e integral, desde que assista e priorize o indivíduo em todas as dimensões, sejam elas físicas, sociais, emocionais ou psíquicas³⁵. Além disso, o modo de agir e cuidar, se pautado no domínio do processo de envelhecimento, avaliação das condições de saúde, gestão dos agravos crônicos e, sobretudo, em atitudes relacionais como comunicação empática e respeito, exerce impacto significativo na percepção de qualidade de vida, bem-estar, autonomia e dignidade³⁶. Por outro lado, a ausência ou escassez de profissionais compromete a qualidade do cuidado, intensifica sentimentos de angústia e desamparo entre idosos institucionalizados e sobrecarrega os trabalhadores, causando danos à saúde, principalmente mental, dos trabalhadores das instituições³⁷.

O respeito à individualidade constitui elemento essencial para a preservação da dignidade. Ações voltadas a demandas nutricionais, de higiene e conforto, quando realizadas de forma adequada e respeitosa, transcendem a dimensão técnica e reafirmam o reconhecimento do idoso como ser humano, contribuindo para a preservação de sua identidade e autoestima³⁸. Nesse sentido, intervenções terapêuticas como a terapia da dignidade destacam-se por favorecer reflexão sobre a trajetória de vida, o enfrentamento do sofrimento psicossocial e a atribuição de sentido à existência³⁹.

A institucionalização pode suscitar sentimentos ambíguos, que oscilam entre aprovação e contentamento com o ambiente e desconforto, impotência e perda de autonomia. Mudanças nas rotinas e nas relações sociais e a necessidade de seguir normas institucionais podem impactar negativamente a percepção de liberdade e dignidade⁴⁰. Nesse contexto, a relação dos profissionais de

saúde com os familiares, principalmente no que diz respeito ao diálogo, assume papel fundamental pois fortalece vínculos, favorece a tomada de decisões compartilhadas e reduz angústias e incertezas relacionadas ao cuidado e à institucionalização⁴¹. Além disso, atividades de lazer constituem estratégia relevante dentro das ILPI, já que promovem bem-estar e satisfação e auxiliam no afastamento da solidão⁴².

Na perspectiva interior, a dignidade está fortemente associada à manutenção da autonomia e independência. Limitações físicas e funcionais intensificam sentimentos de incapacidade e perda de propósito, de modo que afetam a autoestima e o valor atribuído a si⁴³. Sob a ótica emocional, a dependência produz efeitos negativos tanto na saúde mental, principalmente atrelados a depressão, quanto na autoestima de idosos, agravados por isolamento social e rotina institucional⁴⁴. Além disso, a dignidade está relacionada a subjetividade e individualismo, e, por isso, estereotipar idosos como grupo homogêneo afasta sua individualidade e contribui para o desprezo do direito da dignidade⁴⁵, noção corroborada pelos resultados obtidos nesta revisão, segundo os quais manter as características próprias e preservar a autoestima é modo de cultivar a dignidade.

Nessa perspectiva, a autonomia emerge como expressão de relações sociais e programáticas que revelam diferentes formas de vulnerabilidade (interpessoal, social e programática) no cotidiano do cuidado. Os desafios comuns enfrentados pelos idosos, como isolamento social e inadequações nas rotinas dos serviços, funcionam como marcadores dessa vulnerabilidade e exigem estratégias de atenção que respeitem as necessidades singulares de cada indivíduo, ao mesmo tempo que promovem uma prática de cuidado ética e responsiva às circunstâncias de vida dos idosos⁴⁶.

Viver com dignidade implica também morrer com dignidade. Morte digna é entendida como aquela que prioriza alívio do sofrimento, controle da dor, respeito ao curso natural da vida e suporte emocional, espiritual e familiar e, assim, promove conforto e serenidade no fim da vida⁴⁷. Nesse processo, crenças religiosas oferecem conforto e atenuam o medo da morte, uma vez que auxiliam na preservação da dignidade⁴⁸.

Por fim, a dignidade é percebida quando o respeito é mantido e história de vida, liberdade e

privacidade são preservadas. A dignidade no cuidado aos idosos é vista quando há experiência de respeito, confiança, segurança e caridade, sendo que o cuidado digno é baseado no respeito e na gentileza. Dignidade e respeito são violados quando os idosos são vistos como pertencentes a um grupo e não participam de decisões sobre sua própria saúde, quando há sentimento de abandono, não pertencimento, esquecimento e solidão⁴⁹.

Considerações finais

Ao identificar e analisar produções internacionais acerca da dignidade em instituições de longa permanência na perspectiva de idosos institucionalizados e seus familiares, esta revisão evidenciou importante lacuna na literatura, sobretudo no contexto brasileiro. Destacam-se como limitação deste trabalho os idiomas privilegiados; o fato de apenas um estudo ter sido realizado no contexto nacional; e a pouca quantidade de pesquisas que investigam a opinião dos idosos acerca da dignidade no contexto da institucionalização. Ainda assim, esta revisão promove avanço pela sistematização e integração de evidências, que contribui para a compreensão da dignidade enquanto fenômeno multidimensional, atravessado por fatores individuais, relacionais e institucionais.

Os achados indicam que a qualidade do cuidado, as condições do ambiente e suporte familiar são centrais na preservação ou violação da dignidade dos idosos institucionalizados. A atuação de equipes de saúde atentas, empáticas e respeitosas, aliada à satisfação das necessidades básicas,

favorece o bem-estar, a autoestima e o reconhecimento do idoso como sujeito digno. Ademais, a interação social, especialmente com familiares e outros residentes, fortalece o senso de pertencimento e continuidade dos vínculos afetivos e, portanto, também se configura como fator protetivo da dignidade.

Em contrapartida, falta de atenção, desconsideração das necessidades individuais, sobrecarga de tarefas dos profissionais e condições precárias nas ILPI podem intensificar sentimentos de desamparo, impotência e exclusão e comprometer a dignidade física e emocional dos residentes. O ambiente institucional, portanto, emerge não apenas como espaço de cuidado, mas como elemento estruturante da experiência de dignidade.

Além disso, esta revisão evidencia que experiências psicoemocionais e espirituais podem impactar a preservação da autonomia e a capacidade de atribuir sentido e valor à vida. Crenças religiosas são fonte de consolo, aliviam o medo da morte e proporcionam sensação de paz, aceitação e força. A fé permite aos idosos encontrar um sentido de continuidade e pertencimento, essencial para manter a dignidade interna até o fim da vida.

Finalmente, os resultados ampliam a compreensão da dignidade para além de um atributo individual, na medida em que ressaltam seu caráter relacional e contextual. Esses achados oferecem subsídios relevantes para a qualificação das práticas assistenciais, a formação de profissionais de saúde e a formulação de políticas públicas voltadas à promoção de um cuidado ético, humanizado e centrado na singularidade dos idosos institucionalizados.

Referências

1. Ferdynus MP. Is dignity still necessary in health care? From definition to recognition of human dignity. *J Relig Health* [Internet]. 2024 [acesso 16 maio 2025];63(2):1154-77. DOI: 10.1007/s10943-023-01995-1
2. Julião M, Barbosa A. O conceito de dignidade em medicina. In: Barbosa A *et al.*, coordenadores. *Investigação qualitativa em cuidados paliativos* [Internet]. Lisboa: Faculdade de Medicina; 2012 [acesso 16 maio 2025]. p. 239-69. Disponível: <https://bit.ly/4sTS2ci>
3. Grassi L, Nanni MG, Riba M, Folesani F. Dignity in medicine: definition, assessment and therapy. *Curr Psychiatry Rep* [Internet]. 2024 [acesso 16 maio 2025];26(6):273-93. DOI: 10.1007/s11920-024-01506-3
4. Kadivar M, Mardani-Hamoooleh M, Kouhnavard M. Concept analysis of human dignity in patient care: Rodgers' evolutionary approach. *J Med Ethics Hist Med* [Internet]. 2018 [acesso 16 maio 2025];11(4):1-11. Disponível: <https://bit.ly/4ctjKHO>

5. Franco H, Caldeira S, Nunes L. Dignity in nursing: a synthesis review of concept analysis studies. *Nurs Ethics* [Internet]. 2021 [acesso 16 maio 2025];28(5):734-49. DOI: 10.1177/0969733020961822
6. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução RDC nº 502, de 27 de maio de 2021. Dispõe sobre o funcionamento de Instituição de Longa Permanência para Idosos, de caráter residencial. *Diário Oficial da União* [Internet]. Brasília, p. 110, 27 maio 2021 [acesso 16 maio 2025]. Seção 1. Disponível: <https://bit.ly/4w0FCII>
7. Blumentritt JB, Cordeiro FR, Silva NK, Przybylski MS. “Estão aqui porque é o último caminho”: dinâmica em instituição de longa permanência para idosos. *REFACS* [Internet]. 2024 [acesso 16 maio 2025];12(3):1-20. DOI: 10.18554/refacs.v12i3.7986
8. Brasil. Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome. Nota informativa nº 5/2023 – Envelhecimento e o direito ao cuidado [Internet]. Brasília: Secretaria Nacional da Política de Cuidados e Família; 2023 [acesso 16 maio 2025]. p. 27. Disponível: <https://tinyurl.com/28jdr8vn>
9. Orimo H, Ito H, Suzuki T, Araki A, Hosoi T, Sawabe M. Reviewing the definition of “elderly”. *Geriatr Gerontol Int* [Internet]. 2006 [acesso 16 maio 2025];6(3):149-58. DOI: 10.1111/j.1447-0594.2006.00341.x
10. Lini EV, Portella MR, Doring M. Fatores associados à institucionalização de idosos: estudo caso-controle. *Rev Bras Geriatr Gerontol* [Internet]. 2016 [acesso 16 maio 2025];19(6):1004-14. DOI: 10.1590/1981-22562016019.160043
11. Zhang Y, Lingler JH, Bender CM, Seaman JB. Dignity in people with dementia: a concept analysis. *Nurs Ethics* [Internet]. 2024 [acesso 16 maio 2025];31(7):1220-32. DOI: 10.1177/09697330241262469
12. Barbosa MR, Campinho A, Silva G. “Give and receive”: the impact of an intergenerational program on institutionalized children and older adults. *J Intergener Relatsh* [Internet]. 2021 [acesso 16 maio 2025];19(3):283-304. DOI: 10.1080/15350770.2020.1742844
13. Marques FRDM, Ribeiro DAT, Pires GAR, Costa AB, Carreira L, Salci MA. Diagnósticos de enfermagem em idosos institucionalizados vítimas de violência. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2022 [acesso 16 maio 2025];26. DOI: 10.1590/2177-9465-EAN-2021-0335
14. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2008 [acesso 24 abr 2025];17:758-64. DOI: 10.1590/S0104-07072008000400018
15. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD *et al*. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2022 [acesso 26 dez 2024];31(2). DOI: 10.26633/RPSP.2022.112
16. Polit DF, Beck BCT. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. Porto Alegre: Artmed; 2018.
17. Johnson IG, Morgan MZ, Jones RJ. Oral care, loss of personal identity and dignity in residential care homes. *Gerodontology* [Internet]. 2023 [acesso 9 dez 2024];40(2):200-6. DOI: 10.1111/ger.12633
18. Burholt V, Shoemark EZ, Maruthakutti R, Chaudhary A, Maddock C. Dignity and the provision of care and support in ‘old age homes’ in Tamil Nadu, India: a qualitative study. *BMC Geriatr* [Internet]. 2022 [acesso 9 dez 2024];22(1):577. DOI: 10.1186/s12877-022-03272-4
19. Holmberg B, Godsken T. Dignity in bodily care at the end of life in a nursing home: an ethnographic study. *BMC Geriatr* [Internet]. 2022 [acesso 9 dez 2024];22(1):593. DOI: 10.1186/s12877-022-03244-8
20. Fekonja Z, Kmetec S, Lorber M, Lavrac J, McSherry W, Mlinar Reljic N. Experiences with dignity among older people confined to beds living in a nursing home: a qualitative descriptive study. *J Nurs Manag* [Internet]. 2022 [acesso 9 dez 2024];30(7):2362-9. DOI: 10.1111/jonm.13689
21. Hasegawa N, Ota K. Concept synthesis of dignity in care for elderly facility residents. *Nurs Ethics* [Internet]. 2019 [acesso 9 dez 2024];26(7-8):2016-34. DOI: 10.1177/0969733018824763
22. Verloo H, Salina A, Fiorentino A, Cohen C. Factors influencing the quality of life perceptions of cognitively impaired older adults in a nursing home and their informal and professional caregivers: a mixed methods study. *Clin Interv Aging* [Internet]. 2018 [acesso 9 dez 2024];13:2135-47. DOI: 10.2147/CIA.S184329
23. Caspari S, Raholm MB, Saeteren B, Rehnsfeldt A, Lillesto B, Lohne V *et al*. Tension between freedom and dependence – a challenge for residents who live in nursing homes. *Journal of Clinical Nursing* [Internet]. 2018 [acesso 9 dez 2024];27(21-22):4119-27. DOI: 10.1111/jocn.14561

24. Koskenniemi J, Leino-Kilpi H, Suhonen R. Manifestation of respect in the care of older patients in long-term care settings. *Scand J Caring Sci* [Internet]. 2015 [acesso 9 dez 2024];29(2):288-96. DOI: 10.1111/scs.12162
25. Oliveira JM, Rozendo CA. Instituição de longa permanência para idosos: um lugar de cuidado para quem não tem opção? *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2014 [acesso 9 dez 2024];67:773-9. DOI: 10.1590/0034-7167.2014670515
26. Hall S, Davies JM, Gao W, Higginson IJ. Patterns of dignity-related distress at the end of life: a cross-sectional study of patients with advanced cancer and care home residents. *Palliat Med* [Internet]. 2014 [acesso 9 dez 2024];28(9):1118-27. DOI: 10.1177/0269216314533740
27. Rehnsfeldt A, Lindwall L, Lohne V, Lillesto B, Slettebo A, Heggstad AKT *et al.* The meaning of dignity in nursing home care as seen by relatives. *Nurs Ethics* [Internet]. 2014 [acesso 9 dez 2024];21(5):507-17. DOI: 10.1177/0969733013511358
28. Oosterveld-Vlug MG, Pasman HRW, Van GIE, Muller MT, Willems DL, Onwuteaka-Philipsen BD. Dignity and the factors that influence it according to nursing home residents: a qualitative interview study. *J Adv Nurs* [Internet]. 2014 [acesso 9 dez 2024];70(1):97-106. DOI: 10.1111/jan.12171
29. Hall S, Goddard C, Opio D, Speck P, Higginson IJ. Feasibility, acceptability and potential effectiveness of Dignity Therapy for older people in care homes: a phase II randomized controlled trial of a brief palliative care psychotherapy. *Palliat Med* [Internet]. 2012 [acesso 9 dez 2024];26(5):703-12. DOI: 10.1177/0269216311418145
30. Thompson GN, McClement SE, Chochinov HM. How respect and kindness are experienced at the end of life by nursing home residents. *Can J Nurs Res* [Internet]. 2011 [acesso 9 dez 2024];43(3):96-118. Disponível: <https://bit.ly/3OTGOXe>
31. Hall S, Longhurst S, Higginson I. Living and dying with dignity: a qualitative study of the views of older people in nursing homes. *Age Ageing* [Internet]. 2009 [acesso 9 dez 2024];38(4):411-6. DOI: 10.1093/ageing/afp069
32. Pleschberger S. Dignity and the challenge of dying in nursing homes: the residents' view. *Age Ageing* [Internet]. 2007 [acesso 9 dez 2024];36(2):197-202. DOI: 10.1093/ageing/afl152
33. Chao SY, Roth P. Dimensions of quality in long-term care facilities in Taiwan. *J Adv Nurs* [Internet]. 2005 [acesso 9 dez 2024];52(6):609-18. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2005.03632.x
34. Engle VF, Fox-Hill E, Graney MJ. The experience of living-dying in a nursing home: self-reports of black and white older adults. *J Am Geriatr Soc* [Internet]. 1998 [acesso 9 dez 2024];46(9):1091-6. DOI: 10.1111/j.1532-5415.1998.tb06646.x
35. Oliveira LMS, Almeida MLS, Silva CPBV, Rosa DOS, Gomes NP, Pedreira LC. Aspectos éticos no cuidado de enfermagem ao idoso em cuidados paliativos. *Enferm Foco* [Internet]. 2021 [acesso 15 maio 2025];12(2):393-9. DOI: 10.21675/2357-707X.2021.v12.n2.3321
36. Silva AB, Custódio C. O enfermeiro no gerenciamento e cuidado ao paciente idoso institucionalizado. *Revistaft* [Internet]. 2023 [acesso 26 mar 2025];27. DOI: 10.5281/zenodo.8049199
37. Damaceno DG, Chirelli MQ, Lazarini CA. The practice of care in long-term care facilities for the elderly: a challenge for the training of professionals. *Rev Bras Geriatr Gerontol* [Internet]. 2019 [acesso 26 mar 2025];22(1). DOI: 10.1590/1981-22562019022.180197
38. Salcher EBG, Portella MR, Scortegagna HDM. Cenários de instituições de longa permanência para idosos: retratos da realidade vivenciada por equipe multiprofissional. *Rev Bras Geriatr Gerontol* [Internet]. 2015 [acesso 9 abr 2025];18(2):259-72. DOI: 10.1590/1809-9823.2015.14073
39. Cuevas PE, Davidson P, Mejilla J, Rodney T. Dignity therapy for end-of-life care patients: a literature review. *J Patient Exp* [Internet]. 2021 [acesso 23 jan 2025];8:1-12. DOI: 10.1177/2374373521996951
40. Flores GC, Ribeiro PCPSV, Anversa ETR, Fonseca ER, Nunes SS, Santos DFD. Conforto do idoso em contexto de instituição de longa permanência para idosos. *Research Society and Development* [Internet]. 2020 [acesso 15 maio 2025];9(9). DOI: 10.33448/rsd-v9i9.6900
41. Rohde J, Areosa SVC. Vínculos e relações familiares de idosos institucionalizados. *RBCEH* [Internet]. 2020 [acesso 15 maio 2025];17(1). DOI: 10.5335/rbceh.v17i1.8141
42. Silva MAG, Silva HS, Chubaci RYS, Gutierrez BAO. Idosos institucionalizados: fatores relacionados às atividades de lazer. *Revista Kairós-Gerontologia* [Internet]. 2021 [acesso 24 jan 2025];24:221-35. DOI: 10.23925/2176-901X.2021v24iEspecial29p221-235

43. Kisvetrová H, Tomanová J, Hanacková R, Greaves PJ, Steven A. Dignity and predictors of its change among inpatients in long-term care. Clin Nurs Res [Internet]. 2022 [acesso 16 fev 2025];31(2):274-83. DOI: 10.1177/10547738211036969
44. Chang HK, Gil CR, Kim HJ, Bea HJ. Factors affecting quality of life among the elderly in long-term care hospitals. J Nurs Res [Internet]. 2021 [acesso 15 maio 2025];29(1):134. DOI: 10.1097/jnr.0000000000000413
45. Banerjee D, Rabheru K, Ivbijaro G, Mendonca Lima CA. Dignity of older persons with mental health conditions: why should clinicians care? Front Psychiatry [Internet]. 2021 [acesso 15 maio 2025];12:1-9. DOI: 10.3389/fpsy.2021.774533/full
46. Carneiro JLS, Ayres JRCM. Saúde do idoso e atenção primária: autonomia, vulnerabilidades e os desafios do cuidado. Rev Saúde Pública [Internet]. 2021 [acesso 6 fev 2026];55:29. DOI: 10.11606/s1518-8787.2021055002856
47. Raffi F, Abredari H. Death with dignity in end-of-life nursing care: concept analysis by Rodgers' evolutionary method. Iran J Nurs Midwifery Res [Internet]. 2023 [acesso 15 maio 2025];28(2):179-87. DOI: 10.4103/ijnmr.ijnmr_440_21
48. Jadidi A, Sadeghian E, Khodaveisi M, Fallahi-Khoshknab M. Spiritual needs of the muslim elderly living in nursing homes: a qualitative study. J Relig Health [Internet]. 2022 [acesso 15 maio 2025];61:1514-28. DOI: 10.1007/s10943-021-01263-0
49. Lindwall L, Lohne V. Human dignity research in clinical practice – a systematic literature review. Scand J Caring Sci [Internet]. 2021 [acesso 18 fev 2025];35(4):1038-49. DOI: 10.1111/scs.12922

Júlia Brombila Blumentritt – Mestranda – juliabrombilablumentritt@gmail.com

 0000-0001-8455-5596

Franciele Roberta Cordeiro – Docente – franciele.cordeiro@ufpel.edu.br

 0000-0001-6194-5057

Manuela Stiff Przybylski – Graduanda – manuelaprzybylski@gmail.com

 0009-0009-5705-4257

Julia Marlow Hall – Graduanda – juliamhall17@gmail.com

 0009-0007-1655-391X

Correspondência

Júlia Brombila Blumentritt – Rua Gomes Carneiro, 1, Balsa. CEP 96010-610. Pelotas/RS, Brasil.

Contribuições dos autores

Júlia Brombila Blumentritt: concepção e planejamento do estudo; coleta, análise e interpretação dos dados; redação do manuscrito; revisão crítica do conteúdo; aprovação da versão final. Franciele Roberta Cordeiro: concepção e planejamento do estudo; coleta, análise e interpretação dos dados; redação do manuscrito; revisão crítica do conteúdo; aprovação da versão final. Manuela Stiff Przybylski: redação do manuscrito; revisão crítica do conteúdo; formatação. Julia Marlow Hall: redação do manuscrito; revisão crítica do conteúdo; formatação.

Disponibilidade de dados: Todos os dados utilizados ou gerados na pesquisa estão integralmente descritos e apresentados no corpo do artigo.

Editora responsável: Dilza Teresinha Ambrós Ribeiro

Recebido: 25.6.2025

Revisado: 1.12.2025

Aprovado: 19.2.2025