

FUNCIONALIDADE E QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS

FUNCTIONALITY AND QUALITY OF LIFE INSTITUTIONALIZED ELDERLY

*Rayana Santos Cristianismo*¹³

*Fernanda Graciela Ferreira*¹³

*Malu Emanuelle Silva*¹⁴

*Antônio Moacir de Jesus Lima*¹⁵

*Izabela Rocha Dutra*¹⁶

RESUMO:

Objetivo: Trata-se de um estudo epidemiológico, descritivo e transversal cujo objetivo foi descrever a relação entre a independência funcional e a qualidade de vida de idosos de uma Instituição de Longa Permanência em um município do Vale do Jequitinhonha, Minas Gerais. Foram utilizados questionários sociodemográficos, de condições de saúde, de Medida de Independência Funcional e WHOQOL-OLD. O estudo foi realizado com 15 idosos, sendo 86,7% do sexo feminino, com a média de idade de 78,73 anos, portadores de pelo menos uma doença crônica, em uso constante de medicação, e com a auto percepção de saúde muito ruim (46,7%). Segundo a MIF, 20,0% foram classificados como dependência modificada, 33,3% como dependência modificada e por fim, 46,7% como independência completa. De acordo com o WHOQOL-OLD a faceta que mais contribuiu na QV dos idosos foi o funcionamento sensorio (13,4), seguida das facetas: participação social (12,8) e atividades passadas, presentes e futuras (12,4), ressalta-se que a faceta de menor média foi a de autonomia (9,86). O estudo merece destaque por reconhecer a importância dos resultados em busca de estratégias que favoreçam aos idosos institucionalizados alcançar uma vida mais saudável em busca de autonomia e independência funcional refletindo na melhoria da qualidade de vida

Descritores: Saúde do idoso; Instituição de longa permanência para idosos; Qualidade de vida.

ABSTRACT:

Objective: It is an epidemiological, cross-sectional descriptive study aimed to describe the relationship between the functional independence and quality of life of seniors in a long-stay institution in a municipality Jequitinhonha Valley, Minas Gerais. Sociodemographic questionnaire, the health conditions of the Functional Independence Measure and WHOQOL-OLD were used. The study was conducted with 15 elderly, 86.7% female, with mean age of 78.73 years, carriers of at least one chronic disease, in constant medication, and the self perception of very poor health (46.7%). According to MIF, 20.0% were classified as modified dependence, as modified dependence 33.3% and finally to 46.7% complete independence. According to the WHOQOL-OLD facet that contributed most QOL of the elderly was the sensory functioning (13.4), then the facets: social participation (12.8) and past, present and future activities (12.4), it is noteworthy that the facet was the lowest average of autonomy (9.86). The study deserves mention for recognizing the importance of the results in search of strategies that enhance the institutionalized elderly to achieve a healthier life in search of autonomy and functional independence reflected in improved quality of life

Descriptors: Health of the elderly; Homes for the aged; Quality of life.

INTRODUÇÃO

O crescimento da população idosa tem sido tema constante de debate entre pesquisadores, gestores sociais e profissionais da saúde. Trata-se de uma realidade mundial,

¹³ Acadêmica do curso de graduação em enfermagem da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri.

¹⁴ Enfermeira pela Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri. Especialização em Saúde da Família pela Unimontes em andamento.

¹⁵ Enfermeiro. Mestre em Ensino em Saúde pela Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri. Professor Assistente I do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri.

¹⁶ Enfermeira. Doutoranda em enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Professora Assistente II do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri. E-mail: izabelardutra@gmail.com

que determina importantes repercussões nos âmbitos social e econômico, devido a um declínio das taxas de natalidade e de mortalidade, resultante de alterações no perfil da morbidade, conseqüente a melhoria da qualidade de vida e aos avanços da área de saúde (SILVA *et al.*, 2009; DUARTE *et al.*, 2013).

No Brasil, o envelhecimento populacional, vem ocorrendo de forma progressiva e acelerada. O censo demográfico de 2000 evidenciou que 15,5 milhões de pessoas tinham 60 anos ou mais, projetando um crescimento para 18 milhões até 2010. Porém, este crescimento foi maior do que o esperado, sendo este 20.590.597 em 2010. Ainda, estimativas apontam que entre 1950 e 2025 a quantidade de idosos no país aumentará quinze vezes, contra cinco vezes a população total. Com isso, o Brasil ocupará o sexto lugar quanto ao número de idosos, alcançando, em 2025, aproximadamente 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais de idade (BRASIL, 2010).

Diante deste contexto, houve um interesse dos profissionais da área de saúde para o desenvolvimento de pesquisas que abordem essa temática (NAHAS; GARCIA, 2010). Diante disso, é necessário que as ações dos profissionais da área da saúde e das ciências humanas sejam dirigidas à transformação dessa realidade, não apenas enfocando a velhice, mas todas as fases da vida nas suas diferentes abrangências, pois, sabe-se que apesar do aumento da expectativa de vida e do avanço da ciência, ainda há uma disparidade entre longevidade, qualidade de vida e independência funcional (COSTA; CIOSAK, 2010).

Em relação à funcionalidade, o idoso experimenta um aumento progressivo das limitações para as atividades cotidianas, o que afeta a autonomia e a sua independência. A independência funcional é definida como capacidade de determinar e executar atividades da vida diária, considerando-se as funções dos órgãos ou sistemas e estruturas do corpo, assim como as limitações das atividades e da participação social no meio ambiente onde a pessoa vive. O termo incapacidade, em contraponto, abrange deficiências, limitação de atividades ou restrição na participação do convívio social (HANSEN *et al.*, 2011).

Em função disso, torna-se importante a avaliação da capacidade funcional do idoso para que possa ser escolhido o melhor tipo de intervenção em busca da qualidade de vida proposta pela Política Nacional do Idoso. O protocolo mais indicado para tal avaliação é o de medida de independência funcional (MIF). Segundo a literatura, esse protocolo atende os critérios de confiabilidade, validade, precisão, praticidade e facilidade (MURAKAMI; SCATTOLIN, 2010).

A avaliação da Qualidade de Vida (QV) aparece como um diferencial importante, que busca considerar a percepção e as preferências do sujeito. Segundo pesquisadores da Organização Mundial da Saúde (OMS), qualidade de vida é definida como sendo a percepção do indivíduo acerca de sua posição na vida, de acordo com o contexto cultural e o sistema de valores com os quais convive e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1995; FREITAS; SCHEICHER, 2010).

Ainda, segundo a literatura QV é a combinação de indicadores subjetivos, que são demonstrados por meio de sensações de relações afetivas como felicidade e satisfação, saúde percebida, autocontrole, estresses e competência social. Embora seja influenciada também por condições objetivas, tais como as condições de saúde, funcionalidade, relações sociais, realização de atividades, entre outras, que influenciam diretamente a satisfação com viver (SPOSITO *et al.*, 2013)

Com o aumento da proporção de idosos, a emersão das doenças crônicas não

transmissíveis, incapacidades, perda da autonomia e na qualidade de vida desses sujeitos torna-se um fator preocupante, e com isso, viver mais pode significar o confronto com a dependência, perda de papéis sociais, isolamento, solidão, depressão e falta de um sentido para a própria vida, necessidade de cuidados prolongados e da procura por instituições de longa permanência (CAMARANO; KANSO, 2009; MAUÉS *et al.*, 2010; CORNÉLIO; GODOY, 2013).

De acordo com a RDC/ANVISA nº 283, de 26 de setembro de 2005, Instituições de Longa Permanência (ILPIs) são instituições governamentais ou não governamentais, de caráter residencial, destinadas a domicílio coletivo de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar, em condição de liberdade e dignidade e cidadania (ANVISA, 2005). Outra definição de ILPI a considera como um sistema social organizacional, com a função de assistir ao idoso que se apresenta destituído de grupo familiar, sem casa ou lar, que não apresente recursos financeiros próprios ou em situação de abandono pela família (ALENCAR *et al.*, 2012).

Fatores como morar só, suporte social precário e baixa renda associada à viuvez, aposentadoria, aumento de incapacidades e fragilidades, redução da disponibilidade de cuidado familiar, inexistência de serviços de apoio social e de saúde, aumento dos gastos com a própria saúde, moradias com espaço físico reduzido e estruturas com riscos para quedas e a violência contra o idoso também são fatores de risco para a institucionalização cada vez mais frequentes no Brasil (ALENCAR *et al.*, 2012). Entretanto, estudos retratam como um local onde convivem idosos que, por motivos variados, preferem morar em uma ILPI (FREITAS; NORONHA, 2010; MELLO *et al.*, 2013).

Visto que há uma grande demanda de ILPI, deve-se existir um esforço da ciência em pesquisar e intervir junto à população idosa institucionalizada descobrindo formas de melhorar a qualidade de vida destes que ali vivem, encontrando maneiras de prevenir as doenças comuns do envelhecimento e de manter o idoso mais independente e, fisicamente e cognitivamente saudável por mais tempo. A descrição da QV e a independência funcional de idosos podem auxiliar na abordagem clínica desse grupo populacional com características tão semelhantes e ao mesmo tempo, tão heterogêneas (MAUÉS *et al.*, 2010; CORNÉLIO; GODOY, 2013)

81

Neste sentido, o presente estudo objetivou descrever a relação entre a independência funcional e a qualidade de vida de idosos de uma Instituição de Longa Permanência para Idosos em Diamantina, Minas Gerais.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo epidemiológico, descritivo e transversal que buscou descrever a independência funcional e a qualidade de vida de idosos institucionalizados em uma Instituição de Longa Permanência para Idosos de caráter filantrópico, em um município do Vale do Jequitinhonha, Minas Gerais.

Esta instituição atende um total de 36 idosos e tem por objetivo proteger e incluí-los socialmente, mesmo com diferentes graus de autonomia, independência e funcionalidade, estimulando sua vida social e emocional, oferecendo condições dignas de convivência, além de moradia, alimentação, cuidados higiênicos e de saúde.

A população em estudo foi composta de uma amostra intencional de quinze indivíduos de ambos os sexos, com idade maior ou igual a 60 anos, dos quais 21 foram

R
E
V
I
S
T
A

excluídos por apresentarem perda cognitiva durante o teste Mini Exame do Estado Mental (MEEM), realizado no ano de 2013.

A coleta de dados foi realizada entre os meses de agosto de 2013 a maio de 2014 a partir de um questionário de questões fechadas aos idosos e análise retroativa dos prontuários pelos pesquisadores. Para a coleta de dados foi utilizada a técnica de entrevista semiestruturada realizada de forma individual. Foram utilizados quatro instrumentos para a coleta de dados: dados sociodemográficos, condições de saúde, Medida de Independência Funcional (MIF) e WHOQOL-OLD (instrumento utilizado na QV em idosos). Ressalta-se que os pesquisadores estiveram presentes durante todo o tempo necessário para o preenchimento e esclarecimento de possíveis dúvidas, bem como foi garantida a privacidade dos sujeitos que responderam aos questionários, uma vez que os mesmos foram preenchidos em local livre da presença de outros.

A análise dos dados foi realizada a partir da comparação de achados da literatura atualizada nacional e internacional sobre a temática com os dados identificados através do questionário utilizado e a coleta nos prontuários. Para a construção e análise do banco de dados foi utilizando o programa SPSS versão 21.0. Anteriormente, foi realizada dupla digitação dos dados, já revisados e codificados, checagem automática de amplitude e análise de inconsistências para evitar possíveis erros. Foram construídos quadros e tabelas, os quais apresentam os dados emergidos da pesquisa.

A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM), sob o número de protocolo 046/12. Foram obtidas as assinaturas dos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido para a participação em pesquisa, garantindo-se o anonimato e a liberdade de ausência na pesquisa, bem como a realização de esclarecimento aos sujeitos a respeito da mesma. Ressalta-se que os participantes analfabetos tiveram suas impressões digitais coletadas junto à assinatura de uma testemunha.

82

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O estudo foi realizado com 15 idosos, sendo 13 do sexo feminino correspondendo a 86,7% da população em estudo, com idade entre 60 a 105 anos, com a média de idade de 78,73 anos (DP \pm 11,80) e da raça parda (53,3%) (Tabela 1). Constatamos, nesse estudo, a maior prevalência do sexo feminino. Este fato pode ser explicado devido a elas constituírem a principal parcela da população idosa. Outra explicação possível seria a de que as mulheres são as principais prestadoras de cuidados informais, mas podem não ter quem as cuide (FERREIRA *et al.*, 2010; BENEDETTI; MAZO; BORGES, 2012; ARAGONI *et al.*, 2013; SILVA *et al.*, 2013). Ressalta-se, portanto, a importância de ações públicas voltadas para a população de idosos longevos. Esta faixa etária é a que mais cresce, sendo este um fenômeno mundial, e tem como características peculiares a tendência ao isolamento e perda de contato social (CELICH, 2008) (Tabela 1).

TABELA 1- Distribuição da população do estudo de acordo com as variáveis demográficas e socioeconômicas. Diamantina, Minas Gerais, 2014 (n = 15).

Variáveis	N	%
Sexo		
Masculino	2	13,3

Feminino	13	86,7
Faixa etária (anos)		
60 – 69	3	20,0
70 - 79	5	33,3
80 - 89	5	33,3
90 - 99	1	6,7
100 – 109	1	6,7
Raça		
Parda	8	53,3
Branca	4	26,7
Negra	3	20,0
Escolaridade		
Analfabeto	6	40,0
Semianalfabeto	6	40,0
Alfabetizado	3	20,0
Aposentaria		
Sim	15	100,0
Valor Aposentadoria ^a		
Um salário mínimo	15	100,0

Fonte: Dados da pesquisa;

Nota: a Salário mínimo vigente em 2012

Em geral os entrevistados são analfabetos (40,0%) e semianalfabetos (40,0%) (Tabela 1). Este fato reflete as condições sociais apresentadas no século passado, onde o acesso à educação era restrito (CELICH, 2008), estando estes indivíduos precocemente exposto aos riscos do trabalho, situação mais comum entre as mulheres (DAVIM *et al.*, 2004).

Uma característica marcante dos idosos no Brasil é a pobreza. Entre as principais fontes de renda, nesta faixa etária, estão as pensões e a aposentadoria, que para a maioria, chegam apenas a 2,5 salários mínimos representando uma condição socioeconômica injusta e inadequada (REZENDE, 2001). Tal fato tem gerado grandes impactos sobre o idoso, a família, a sociedade e o Estado. Neste estudo, os idosos recebem apenas um salário mínimo, fazendo com que o mesmo tenha dificuldades em custear suas despesas (Tabela 1).

TABELA 2- Distribuição da população do estudo de acordo com as características de saúde. Diamantina, Minas Gerais, 2014 (n = 15).

Variáveis	N	%
Auto percepção estado de saúde		
Bom	2	13,3
Ruim	6	40,0
Muito Ruim	7	46,7
Doenças crônicas		
Sim	15	100,0

Tipo de doença crônica ^c		
Diabetes Mellitus	7	46,6
Hipertensão Arterial	14	93,3
Distúrbio Psiquiátrico	6	40,0
Faz uso de Medicamento		
Sim	15	100,0
Número de medicamento ^c		
1	2	14,3
2	4	28,6
≥ 3	9	57,1
Atendimento Fisioterápico		
Não	7	46,7
Sim	8	53,3

Fonte: Dados da pesquisa;

Nota: c Mais de uma resposta por indivíduo

84

A auto percepção da saúde tem sido muito utilizada em pesquisas que visam estabelecer o estado de saúde do indivíduo. Apesar da sua natureza subjetiva, estudos têm demonstrado que a percepção sobre a saúde apresenta boa confiabilidade e é uma medida válida para avaliar o estado de saúde das pessoas (DUTRA, 2009; SILVA *et al.*, 2013). Neste estudo, a maior parte a considerou como muito ruim, talvez justificado pela presença de doenças crônicas (93,3%), fato decorrente da perda contínua da função de órgãos e sistemas biológicos.

Outro fato importante é o uso regular de medicamentos. Os idosos são, especialmente, propensos à polifarmácia pelas doenças múltiplas que apresentam. Pôde-se constatar a utilização concomitante de mais de três medicamentos. A média de medicamentos por idoso foi de 2,87 e os mais utilizados estão relacionados às patologias mais prevalentes (Tabela 2). Ressalta-se que, a fim de reduzir o acometimento de iatrogenias, internações e gasto desnecessários, a polifarmacoterapia no idoso deve ser minuciosamente supervisionada já que a mesma aumenta o risco de efeitos colaterais, interações medicamentosas e redundância terapêutica (SILVA *et al.*, 2013).

Quanto ao atendimento fisioterápico, apesar do mesmo está diretamente relacionado à manutenção e a melhoria da capacidade funcional do idoso, apenas pouco mais da metade dos participantes (53,3%) relatou a prática desta atividade (Tabela 2).

TABELA 3- Distribuição da população do estudo de acordo com o teste de medida de independência funcional. Diamantina, Minas Gerais, 2014 (n = 15).

Variáveis	Média	Desvio Padrão
Dimensões específicas		
Auto Cuidado	31,40	11,9
Controle de Esfíncter	10,67	4,7
Mobilidade	14,07	7,1
Locomoção	7,40	4,0
Comunicação	12,80	1,6

Cognição Social	17,53	3,3
<i>Total das Dimensões</i>	94,93	30,4
Medida de Independência Funcional	N	%
Dependência total	0	0,0
Dependência modificada - 50% na tarefa	3	20,0
Dependência modificada - 25% na tarefa	5	33,3
Independência completa	7	46,7

Fonte: Dados da pesquisa

A manutenção da autonomia e funcionalidade do idoso são fatores essenciais para um envelhecimento bem-sucedido. Considerando o teste de MIF, observou-se um escore total de $94,93 \pm 30,49$, ou seja, os indivíduos entrevistados obtiveram uma pontuação muito próxima do valor máximo, indicando pouca dependência do cuidado de terceiros (conseguem realizar sozinhos atividades básicas da vida diária) (Tabela 3).

No entanto, o desvio padrão também foi alto, o que indica que houve discrepância nos valores atribuídos para cada tarefa avaliada (variação de 1 a 7 para as dimensões), ou grande diferença entre os escores das tarefas avaliadas. De acordo com o instrumento utilizado, e com base na coleta dos dados, pode-se inferir que a discrepância ocorreu nos valores atribuídos para cada tarefa avaliada. O valor mínimo observado na MIF total foi 18, e o máximo, 126, de maneira que foi atingido todo o intervalo de variação possível. Nota-se, portanto, que havia idosos completamente dependentes, bem como idosos completamente independentes, de acordo com os escores da MIF.

Nas dimensões específicas do teste obtiveram-se os seguintes dados: para o auto cuidado que compreende alimentação, higiene pessoal, banho, vestir metade superior e inferior e utilização do vaso sanitário, $31,40 \pm 11,90$; para controle de esfíncter (fezes e urina), $10,67 \pm 4,70$; mobilidade relacionado à transferências (leito, vaso sanitário, chuveiro), $14,07 \pm 7,19$; comunicação (compreensão e expressão) $12,80 \pm 1,69$; cognição social que compreende interação social, resolução de problemas e memória, $17,53 \pm 3,31$ (Tabela 3).

Ainda neste contexto, o MIF também pode ser interpretado pelos seus subescores. Dos 15 idosos participantes 20,0% foram classificados como dependência modificada (assistência de até 50% nas atividades), 33,3% como dependência modificada (assistência de até 25% nas atividades) e por fim, 46,7% como independência completa (Tabela 3). Estes dados corroboram com o encontrado em diversos estudos que retratam a independência completa na maioria dos idosos institucionalizados (LOURENÇO, 2001; BENEDETTI; MAZO, 2012; ARAGONI *et al.*, 2013).

Outro dado relevante a ser discutido é que, embora a maioria dos idosos participantes do estudo fossem independentes para funcionalidade e ativos, a maior parte deles relataram auto percepção muito ruim. Destaca-se a possibilidade de estudos que investiguem em idosos os fatores relacionados com uma percepção positiva ou negativa de saúde (ARAGONI *et al.*, 2013).

Inferese, que embora os longevos se apresentem majoritariamente independentes nas dimensões da MIF, 43,3% precisam de supervisão ou assistência (25% a 50% nas atividades) para a realização das atividades diárias. Essas condições sugerem indivíduos que se apresentam frágeis e que é considerado um estado que favorece o declínio

funcional e remete à demanda de cuidados cada vez maior. Esta condição de declínio funcional dos longevos exige orientações aos responsáveis pelos cuidados, principalmente aquelas relacionadas a “quando ajudar” e “como ajudar”; favorecendo a manutenção da independência em níveis mais elevados.

A qualidade de vida para o idoso pode variar entre os dois extremos (muito boa e péssima). Esta associação está relacionada com a forma como cada indivíduo vivencia a velhice, ou seja, depende da interpretação emocional que cada indivíduo faz. Na avaliação da QV, inicialmente foram descritas as médias atingidas em cada questão (Tabela 4), seguidas pela média das seis facetas do questionário WHOQOL-OLD (Tabela 5). Estes dados mostraram que a faceta que mais contribuiu na qualidade de vida dos idosos foi o funcionamento sensorio (13,4), seguida das facetas participação social (12,8) e atividades passadas, presentes e futuras (12,4) (Tabela 5). Ressalta-se que a faceta de menor média foi a de autonomia (9,86).

De acordo com a literatura, na classificação categórica do WHOQOL-OLD, os escores estão divididos entre QV alta (14,1 a 20), QV média (11 a 14) e QV baixa (abaixo de 10,9). Dessa forma, os resultados do estudo mostraram que apesar dos idosos se apresentarem independentes de acordo com o MIF, o domínio que menos contribuiu para a qualidade de vida dos idosos foi a morte e morrer (8,06) seguida de autonomia (9,68) (MELLO *et al.*, 2013) (Tabela 3 e 5).

Este dado difere do esperado, visto que, aqueles que apresentassem maior nível de independência também apresentariam maior nível de satisfação com suas vidas (TSANG; LIAMPUTTONG; PIERSON, 2004). Estes dados podem ser justificados por quase metade dos participantes apresentarem dependência moderada (25 a 50% das atividades) (Tabela 3 e 5). E para faceta morte e morrer, este achado pode estar relacionado às preocupações, inquietações e temores sobre a morte e o morrer.

86

R
E
V
I
S
T
A

TABELA 4- Distribuição da população do estudo de acordo com as questões de cada faceta e médias do WHOQOL – OLD*. Diamantina, Minas Gerais, 2014 (n = 15).

Variáveis	Média	Desvio Padrão
Funcionamento Sensorio		
Impacto da perda dos sentidos na vida diária	3,67	1,34
Perda dos sentidos afeta participação nas atividades	4,07	1,10
Funcionamento dos sentidos afeta habilidade de interação	3,87	1,18
Como avalia os sentidos	1,87	0,74
Autonomia		
Liberdade para tomar as decisões	2,13	0,83
Sente que controla o próprio futuro	1,80	0,86
Pessoas ao redor respeitam a sua liberdade	3,60	0,91
Consegue fazer as coisas que gostaria	2,33	0,90
Atividades passadas, presentes e futuras		
Satisfação com oportunidades para realizações na vida	2,20	0,56
Recebeu o reconhecimento que merece na vida	2,80	1,08
Satisfação com aquilo que alcançou na vida	3,80	0,94
Quão feliz com coisas a esperar daqui pra frente	3,60	0,73
Participação Social		

Tem o suficiente para fazer em cada dia	2,40	1,05
Satisfação com a maneira com a qual usa seu tempo	3,67	0,90
Satisfação com o nível de atividades	3,40	0,73
Satisfação com oportunidades de participar de atividades na comunidade	3,40	0,73
Morte e Morrer		
Preocupação com a maneira que irá morrer	1,93	1,28
Medo de não poder controlar a morte	2,13	1,30
Medo de morrer	2,00	1,46
Temer sofrer dor antes de morrer	2,00	1,30
Intimidade		
Sentimento de companheirismo na vida	2,87	1,60
Sentimento de amor em sua vida	3,27	0,79
Oportunidade para amar	3,00	0,84
Oportunidade para ser amado	2,53	0,74

Fonte: Dados da pesquisa

Nota: * WHOQOL-OLD (World Health Organization Quality of Life-OLD): instrumento para medir a Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde, para idosos

As correlações verificadas entre o grau de independência funcional e qualidade de vida em idosos institucionalizados também foram documentadas em outros estudos (MURAKAMI; SCATTOLIN, 2010). Essa situação reforça a importância da manutenção da independência funcional na velhice como aspecto promotor de qualidade de vida.

87

TABELA 5- Distribuição da população do estudo de acordo com as médias de cada faceta e médias do WHOQOL – OLD*. Diamantina, Minas Gerais, 2014 (n = 15).

Variáveis	Média	Desvio Padrão
Funcionamento Sensorio	13,4	3,18
Autonomia	9,86	2,03
Atividades passadas, presentes e futuras	12,4	1,54
Participação Social	12,8	2,20
Morte e Morrer	8,06	4,84
Intimidade	11,6	2,35
Total	68,2	6,71

Fonte: Dados da pesquisa

Nota: * WHOQOL-OLD (World Health Organization Quality of Life-OLD): instrumento para medir a Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde, para idosos

Contudo, embora os domínios isoladamente não possam ser utilizados como parâmetro de comparação com as facetas do WHOQOL-OLD, o escore total de qualidade de vida apresenta-se satisfatório (68,2), se comparado a um estudo que encontrou um escore total de 65 de qualidade de vida e a outro que encontrou 69,8. Dessa forma, comparando os escores obtidos junto à população do presente estudo, observa-se que

os valores encontrados assemelham-se aos níveis de QV global das pesquisas citadas (PEREIRA *et al.*, 2006; MURAKAMI; SCATTOLIN, 2010).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve como uma das limitações o tamanho amostral, pois foi pequeno. Contudo, este merece destaque por reconhecer a importância destes resultados em busca de estratégias que favoreçam aos idosos institucionalizados alcançar uma vida mais saudável em busca de autonomia e independência funcional refletindo na melhoria da qualidade de vida, além da importância de se avaliar as percepções dos mesmos em relação a estes desfechos.

Logo, conclui-se que o envelhecimento é um processo extremamente complexo, que tem implicações tanto para a pessoa vivencia, como para a sociedade que o assiste. Compreende-se também que esse é um processo silencioso, dificilmente percebido na sua plenitude e na maior parte das vezes apenas é identificado quando o indivíduo tem comprometimento da sua capacidade funcional. Acreditamos que assegurar o processo de envelhecimento com dignidade será o grande desafio para os movimentos sociais atuais e futuros, os resultados indicam a necessidade da discussão, elaboração e implementação de políticas públicas intersetoriais voltadas para os idosos e para os cuidados em instituições de longa permanência.

REFERÊNCIAS:

88

1. ALENCAR, Mariana Asmar et al . Perfil dos idosos residentes em uma instituição de longa permanência. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro , v. 15, n. 4, p. 785-796, Dec. 2012.
2. ARAGONI, Jaqueline et al. Independência funcional e estágios de mudança de comportamento para atividade física de idosos participantes em grupos de convivência. **Rev. Bras. Qualid. Vida**, 5(2), 31-40. 2013.
3. BENEDETTI, Tânia Rosane Bertoldo; MAZO, Giovana Zarpellon; BORGES, Lucélia Justino. Condições de saúde e nível de atividade física em idosos participantes e não participantes de grupos de convivência de Florianópolis. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 17, n. 8, p. 2087-2093, Aug. 2012.
4. BRASIL. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de Indicadores Sociais: Uma Análise das Condições de Vida da População Brasileira 2010. (On-line). Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindicsois2010/SIS_2010.pdf. Acesso em: 13/08/2014
5. CAMARANO Ana Amélia, KANSO Solange. **Perspectivas de Crescimento para a População Brasileira: Velhos e Novos Resultados**. IPEA: Texto para Discussão nº 1.426, Rio de Janeiro, 2009.
6. CELICH, Kátia Lilian Sedrez. **Domínios de qualidade de vida e capacidade para a tomada de decisão em idosos participantes de grupos da terceira idade** [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Pontifícia Católica; 2008.
7. CORNELIO, Graziela Félix; GODOY, Ilda de. Perfil das instituições de longa permanência para idosos em uma cidade no estado de São Paulo. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 559-568, Sept. 2013.
8. COSTA, Maria Fernanda Baeta Neves Alonso da; CIOSAK, Suely Itsuko. Atenção integral na saúde do idoso no Programa Saúde da Família: visão dos profissionais de saúde. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 44, n. 2, p. 437-444, June 2010.

-
9. DAVIM, Rejane Marie Barbosa et al . Estudo com idosos de instituições asilares no município de Natal/RN: características socioeconômicas e de saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 12, n. 3, p. 518-524, June 2004
 10. DUARTE, Marcella Costa Souto et al . Prevalência e fatores sociodemográficos associados à fragilidade em mulheres idosas. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 66, n. 6, p. 901-906, Dec. 2013 .
 11. DUTRA, Izabela Rocha. **Acesso e Utilização aos Serviços de Atenção Primária à Saúde pela População Urbana no Município de Jequitinhonha, Minas Gerais** [dissertação]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2009.
 12. FERREIRA, Tereza Christina dos Reis et al. Análise da capacidade funcional de idosos institucionalizados. **RBCEH**, Passo Fundo, v. 8, n. 1, p. 9-20, jan./abr. 2011.
 13. PEREIRA, Renata Junqueira et al . Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. **Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul**, Porto Alegre, v. 28, n. 1, p. 27-38, Apr. 2006 .
 14. FREITAS, Adriana Valéria da Silva; NORONHA, Ceci Vilar. Idosos em instituições de longa permanência: falando de cuidado. **Interface (Botucatu)**, Botucatu , v. 14, n. 33, p. 359-369, June 2010 .
 15. FREITAS, Mariana Ayres Vilhena de; SCHEICHER, Marcos Eduardo. Qualidade de vida de idosos institucionalizados. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro , v. 13, n. 3, p. 395-401, Dec. 2010
 16. HANSEN, Érica de Oliveira et al. Classificação internacional de funcionalidade, de doenças e prognóstico médico em pacientes idosos. **RevMed Minas Gerais** 2011; 21(1): 55-60.
 17. LOURENÇO, Tânia Maria. **Capacidade Funcional Do Idoso Longevo Admitido Em Unidades De Internação Hospitalar Na Cidade De Curitiba** – Pr. 133 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – universidade Federal do Paraná, Curitiba (PR), 2001.
 18. MAUÉS, Christiane Ribeiro et al. Avaliação da qualidade de vida: comparação entre idosos jovens e muito idosos. **Rev Bras Clin Med**. São Paulo, 2010 set-out; 8(5):405-10.
 19. MELLO Danielli Braga. **Influência da obesidade na qualidade de vida de idosos**. [tese]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz. Programa de doutorado em Ciências na área de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2008.
 20. MELLO Jayne de et al. Subjetividade e institucionalização no discurso de idosas. **Distúrb Comun**, São Paulo, 25(1): 35-45, abril, 2013.
 21. MURAKAMI, Luisa; SCATTOLIN, Fatima. **Rev Med Hered**, Lima, v. 21, n. 1, enero 2010 .
 22. NAHAS, Markus Vinicius; GARCIA, Leandro Martin Totaro. Um pouco de história, desenvolvimentos recentes e perspectivas para a pesquisa em atividade física e saúde no Brasil. **Rev. Bras. Educ. Fís. Esporte**, São Paulo, v.24, n.1, p.135-48, jan./mar. 2010.
 23. NOGUEIRA, Silvana L. et al . Fatores determinantes da capacidade funcional em idosos longevos. **Rev. bras. fisioter.**, São Carlos , v. 14, n. 4, p. 322-329, Aug. 2010 .
 24. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC/ANVISA nº 283, de 26 de setembro de 2005.
 25. REZENDE, Carlos. **Desnutrição em idosos institucionalizados em asilos** [tese]. Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP; 2001.
 26. SILVA, Malu Emanuelle et al. Perfil epidemiológico, sociodemográfico e clínico de idosos institucionalizados. **R. Enferm. Cent. O. Min.** 2013 jan/abr; 3(1):569-576.
 27. SILVA, Silvia Lanziotti Azevedo da et al. Avaliação de fragilidade, funcionalidade e medo de cair em idosos atendidos em um serviço ambulatorial de Geriatria e Gerontologia.

Fisioterapia e Pesquisa, [S.l.], v. 16, n. 2, p. 120-125, jan. 2009. ISSN 2316-9117.

28. SPOSITO, Giovana et al. A satisfação com a vida e a funcionalidade em idosos atendidos em um ambulatório de geriatria. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 12, p. 3475-3482, Dec. 2013
29. THE WHOQOL GROUP. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Soc Sci Med**. 1995; 41:1403-9.
30. TSANG, Elaine Yuk Lin; LIAMPUTTONG, Pranee; PIERSON, Jane. The views of older Chinese people in Melbourne about their quality of life. **Ageing and Society** 2004; 24: 51-74.