



Revista do Departamento de Educação Física e Saúde e do Mestrado em Promoção da Saúde da Universidade de Santa Cruz do Sul / Unisc

>> Ano 17 - Volume 17 - Número 2 - Abril/Junho 2016

ARTIGO ORIGINAL

Nível de qualidade de vida dos idosos em instituição de longa permanência - Lar dos Velhinhos, Maringá/PR

Quality of life level of elderly in nursing homes - Home of Elderly, Maringá/PR

Daiane Yuri Uyeno¹, Maria do Carmo Correia de Lima², José Roberto Andrade do Nascimento Júnior³, Daniel Vicentini de Oliveira²

¹PFaculdade Metropolitana de Maringá (FAMMA), Maringá, PR, Brasil.

²Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Campinas, SP, Brasil.

³Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF), Petrolina, PE, Brasil.

Recebido em: 27/06/2016 / Aceito em: 30/06/2016

d.vicentini@hotmail.com

RESUMO

Objetivo: avaliar o nível de qualidade de vida (QV) de idosos institucionalizados. **Método:** trata-se de uma pesquisa de cunho quantitativo e transversal, realizada entre março a agosto de 2014, na qual foram avaliados 15 idosos institucionalizados do Lar dos Velhinhos da cidade de Maringá/PR, de ambos os sexos, com média de idade de 76,9±10,1 anos. A QV foi avaliada por meio dos questionários WHOQOL-Bref e WHOQOL-Old. **Resultados:** quando avaliado a QV geral, os idosos obtiveram escore 71,3±10,1 no WHOQOL-Bref e 56,9±9,8 no WHOQOL-Old. **Conclusão:** a QV dos idosos institucionalizados mostrou-se baixa e o domínio Relações Sociais se mostrou com o maior escore e o de Autonomia, com o menor. É preciso incentivar e implantar atividades físicas, sociais e de lazer para promover a saúde dos idosos e assim contribuir para uma melhor QV.

Palavras-chave: Envelhecimento; Instituição de Longa Permanência para Idosos; Qualidade de vida.

ABSTRACT

Objective: to evaluate the quality of life level (QOL) of institutionalized elderly. **Method:** this is a quantitative and transversal nature research, carried out between March and August 2014. We evaluated 15 institutionalized elderly from Lar dos Velhinhos in the city of Maringá / Brazil, of both genders, with a mean age of 76.9 ± 10.1. QOL was assessed by the WHOQOL-Bref and WHOQOL-Old questionnaires. **Results:** when assessing the general QoL, the elderly had a score 71.3 ± 10.1

in the WHOQOL-Bref and 56.9 ± 9.8 in the WHOQOL-Old. **Closing remarks:** the QOL of institutionalized elderly was low and the Social Relations domain was shown with the highest score and autonomy, with the lowest. We must encourage and deploy physical, social and leisure activities to promote the health of older people and thus contribute to a better quality of life.

Keywords: Aging; Nursing homes; Quality of life.

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, tem-se observado um ritmo acelerado no crescimento da população idosa em todo mundo. No Brasil, a exemplo de países em desenvolvimento, o aumento do contingente de idosos implica consequências que afetam os serviços de assistência social e de saúde da população idosa, agravado com a precariedade e custo alto dos convênios de saúde, associado ao baixo salário da aposentadoria.^{1,2,3} Além disso, o contexto familiar atual, onde os parentes têm dificuldades para cuidar dos seus idosos, encaminhando-os às Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPIs).³

Devido às mudanças físicas, mas também psicológicas e sociais do envelhecimento, é comum o idoso depender de cuidados especiais, de cuidadores ou familiares para a realização de tarefas cotidianas, como alimentar-se, vestir-se, tomar banho ou até mesmo realizar os hábitos de higiene e necessidades pessoais, o que diminui a qualidade de vida (QV) e a autonomia dos mesmos.^{4,5}

Pode-se verificar o quão importante são, principalmente, as dimensões físicas para as pessoas idosas,



pois estar apto ou capaz fisicamente é a base para a realização de atividades cotidianas e para manter a autonomia e a independência, a qualidade de vida (QV) pode ser indicada pela capacidade que o idoso tem de desempenhar as atividades da vida diária (AVDs) de modo que seja independente.⁶

Junior e Guerra⁷ cita que, como consequência da diminuição na realização das AVDs pelos idosos, além de diversas outras causas próprias do envelhecimento, é provável um aumento do número dessa população residente em ILPIs. No contexto da institucionalização, grande parte dos idosos que se encontram nas ILPIs são por problemas físicos e de abandono.¹ Nestas instituições é muito comum nos depararmos com o isolamento, a inatividade física e a solidão dos idosos, o que afeta diretamente a QV destes indivíduos.⁴

Segundo Neri,⁸ QV na velhice é definida como um construto multidimensional e depende da inter-relação de múltiplos fatores como a saúde, a funcionalidade (física e cognitiva), a atividade, a produtividade, a regulação emocional, o bem-estar subjetivo e os recursos sócio-econômicos e ambientais compatíveis com as necessidades dos idosos. Refere-se ao nível de satisfação com a vida, onde há fortes influências dos hábitos e percepção de vida de cada pessoa, do relacionamento familiar, das amizades e dos aspectos espirituais e religiosos, da autonomia.^{9,10}

Segundo Miranda e Godeli,¹¹ fatores como manter um estilo de vida fisicamente ativo e a capacidade de executar as AVDs podem ter impacto positivo sobre como um indivíduo idoso se sente e como os outros o vêem, contrariamente, a falta de domínio motor pode influenciar negativamente a saúde psicológica e consequentemente a QV.

Apesar dos benefícios da prática de atividade física serem amplamente divulgados, poucos são os idosos que realizam tais atividades regularmente, principalmente, no que se refere a idosos mais frágeis e/ou institucionalizados.¹²

É necessário estudar os fatores que ajudem o contingente de idosos a ter uma vida mais digna e de qualidade.² A presente pesquisa teve como objetivo avaliar o nível de QV de idosos institucionalizados do Lar dos Velhinhos, do município de Maringá, estado do Paraná.

MÉTODO

Este estudo caracteriza-se por ser quantitativo transversal e de caráter descritivo e analítico, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Maringá (UEM), por meio do parecer 238/2011.

A amostra foi escolhida por conveniência e os voluntários foram informados quanto à justificativa, objetivos e procedimentos a serem realizados, conforme orientações para pesquisa com seres humanos constantes na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, após esses procedimentos, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Foram incluídos no estudo idosos de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 60 anos, institucionalizados há no mínimo três meses em uma instituição de longa permanência para idosos- Lar dos Velhinhos, do

município de Maringá, estado do Paraná. Foram excluídos idosos que apresentaram alterações neurológicas (com sinais e sintomas motores e psíquicos) limitantes para a realização dos questionários, segundo indicação da equipe de profissionais da saúde, que compunham a ILPI. A amostra foi composta por 15 voluntários, selecionados por conveniência.

Com o objetivo de caracterizar a amostra, foi utilizado um questionário semiestruturado, composto por informações referentes à idade (60 a 70 anos; 71 a 80 anos, 81 a 90 anos e mais de 91 anos), sexo (feminino e masculino) e tempo de moradia na instituição asilar (3 meses a 1 ano; 1 a 5 anos; mais de 5 anos).

A avaliação da QV foi realizada por meio dos questionários WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD. O WHOQOL-BREF é composto por 26 questões das quais duas referem-se à percepção individual da QV e da percepção de saúde e as demais (24) são subdivididas em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. Quanto mais próximo de 20 melhor a QV no domínio avaliado e, quanto mais próximo de 100, melhor a QV global.²⁰

O WHOQOL-OLD representa uma ferramenta adicional e, juntamente com o WHOQOL-BREF, é uma alternativa útil na investigação da qualidade de vida em adultos mais velhos, incluindo aspectos relevantes não abordados pelos instrumentos originalmente projetados para populações de indivíduos não idosos. Sendo assim, complementou-se a avaliação da QV aplicando, também, o WHOQOL-OLD.²⁰ Este consiste de 24 facetas, atribuídos à seis domínios: funcionamento dos sentidos, autonomia, atividades passadas, presentes e futuras, participação social, morte e morrer e intimidade. Cada item é composto por quatro questões.

Para análise dos dados deste último instrumento, foi utilizado o escore transformado, que é calculado a partir da conversão do escore bruto (apresentado a partir da somatória de cada questão, variando o resultado entre 4 e 20) para uma escala de 0 a 100. Quanto mais próximo de 100, melhor a QV no domínio aliado. O escore total do WHOQOL-OLD pode ser calculado por meio da soma das 24 questões do instrumento e é obtido o escore bruto, variante entre 24 e 120. A conversão do escore bruto para uma escala de 0 a 100 representa o escore transformado.²⁰ Optou-se pela entrevista direta na aplicação de todos estes instrumentos, em razão da possível dificuldade de leitura, problemas visuais e de compreensão dos questionamentos dos participantes. Os dados foram coletados na dependência da instituição.

Para análise estatística foi utilizado o *Software Statistica 8.0*. Os dados dos domínios de qualidade de vida dos questionários WHOQOL-BREF e das facetas do WHOQOL-OLD foram expressos em valores de média e desvio padrão e apresentados em tabelas. Ao utilizar o teste *Shapiro-Wilk* (SW) não foi possível identificar normalidade nos dados, sendo assim para comparação dos dados foi utilizado o teste de *Mann-Whitney*, quando disponíveis dois grupos ou o teste de *Kruskal Wallis*, quando disponíveis três ou mais grupos para comparação. No caso de três ou mais grupos o teste *post-hoc* utilizado foi o teste de *Dunn*. Para todos os testes, o nível de significância adotado foi de $p < 0,05$.

RESULTADOS

Foram avaliados 15 idosos institucionalizados, sendo 40% deles do sexo feminino e 60% do sexo masculino. Em relação à faixa etária, 33,3% dos idosos tem entre 60 e 70 anos, 26,7% tem entre 71 a 80 anos, o mesmo percentual entre 81 a 90 anos e 13,3% com 91 anos ou mais. A média de idade dos idosos foi de $76,9 \pm 10,1$ anos. Em relação ao tempo de institucionalização, 80% dos idosos estão institucionalizados entre três meses até cinco anos.

Quando avaliado a QV geral, os idosos institucionalizados obtiveram escore $71,3 \pm 10,1$ no WHOQOL-Bref e $56,9 \pm 9,8$ no WHOQOL-Old. Quando avaliados os domínios e facetas dos questionários WHOQOL-BREF e OLD, o domínio que apresentou maior escore foi o de Relações sociais ($14,8 \pm 2,$) e o menor o de Auto avalia-

ção da QV ($13,5 \pm 3,2$). Já, com relação às facetas, a que apresentou maior escore foi a de Morte ou morrer ($85,0 \pm 8,8$) e a de menor escore foi a de Autonomia ($37,9 \pm 16,9$) (Tabela 1).

Ao avaliar o gênero dos idosos não ficou evidenciado diferença estatisticamente significativa entre a QV (Tabela 2). A média para homens foi de $14,2 \pm 0,6$ para $14,5 \pm 0,7$ para mulheres.

Ao avaliar a relação entre a idade dos idosos e a QV não ficou evidenciado diferença estatisticamente significativa. A média e o desvio padrão de todos os grupos a diferença foi mínima, idoso entre 60 a 70 anos a média foi de $14,1 \pm 0,6$, idosos de 71 a 80 anos $14,6 \pm 0,8$, 81 a 90 anos $14,2 \pm 0,7$ e de 91 anos ou mais foi de $14,4 \pm 0,3$.

Ao avaliar o tempo de institucionalização dos idosos não ficou evidenciado diferença estatisticamente (Tabela 4).

Tabela 1 - Distribuição dos escores dos domínios da qualidade de vida, WHOQOL-BREF e OLD dos idosos avaliados.

| WHOQOL | (n = 15) | Pós-intervenção | |
|--|----------|-----------------|-----------------------|
| | | WHOQOL BREF | Média ± Desvio Padrão |
| Físico | | | 14,7 (±0,7) |
| Psicológico | | | 14,4 (± 1,3) |
| Relações Sociais | | | 14,8 (± 2,2) |
| Meio Ambiente | | | 13,9 (± 1,1) |
| Auto avaliação da QV | | | 13,5 (± 3,2) |
| | | WHOQOL OLD | |
| Funcionamento do Sensório | | | 58,8 (± 6,6) |
| Autonomia | | | 37,9 (± 16,9) |
| Atividades Passadas, Presentes e Futuras | | | 57,5 (± 11,4) |
| Participação Social | | | 46,7 (± 8,5) |
| Morte e Morrer | | | 85,0 (± 8,8) |
| Intimidade | | | 60,0 (± 22,9) |

QV: qualidade de vida

Tabela 2 - Distribuição do gênero segundo a qualidade de vida dos idosos avaliados.

| WHOQOL | Gênero | | p* |
|--|-----------------------|-----------------------|---------|
| | Masculino (n=8) | Feminino (n=6) | |
| | Média ± Desvio padrão | Média ± Desvio padrão | |
| WHOQOL BREF | | | |
| Físico | 14,6 ± 0,8 | 15,0 ± 0,6 | 0,47950 |
| Psicológico | 14,1 ± 1,2 | 14,7 ± 1,4 | 0,76828 |
| Relações Sociais | 14,5 ± 2,2 | 15,1 ± 2,5 | 0,51687 |
| Meio Ambiente | 13,6 ± 1,0 | 14,3 ± 1,2 | 0,37676 |
| Auto avaliação da QV | 14,2 ± 2,5 | 12,3 ± 3,9 | 0,31647 |
| WHOQOL OLD | | | |
| Funcionamento do Sensório | 61,1 ± 6,1 | 55,2 ± 6,1 | 0,11161 |
| Autonomia | 38,2 ± 16,4 | 37,5 ± 19,4 | 0,85968 |
| Atividades Passadas, Presentes e Futuras | 57,6 ± 10,3 | 57,3 ± 13,9 | 0,67999 |
| Participação Social | 49,3 ± 9,6 | 42,7 ± 4,7 | 0,19485 |
| Morte e Morrer | 84,0 ± 7,7 | 86,5 ± 10,8 | 0,59588 |
| Intimidade | 51,4 ± 17,6 | 72,9 ± 25,2 | 0,07710 |

QV: qualidade de vida / * Teste de Mann-Whitney, considerando nível de significância < 0,05

Tabela 3 - Distribuição da qualidade de vida segundo a idade dos idosos avaliados.

| WHOQOL | Idade | | | | p* |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|--------|
| | 60 a 70 anos (n=5) | 71 a 80 (n=4) | 81 a 90 anos (n=4) | 91 anos ou mais (n=4) | |
| | Média ± Desvio padrão | Média ± Desvio padrão | Média ± Desvio padrão | Média ± Desvio padrão | |
| WHOQOL BREF | | | | | |
| Físico | 14,7 ± 0,8 | 14,7 ± 1,2 | 14,7 ± 0,3 | 14,9 ± 0,0 | 0,9690 |
| Psicológico | 14,5 ± 1,8 | 14,2 ± 0,6 | 14,3 ± 1,6 | 14,3 ± 0,5 | 0,6889 |
| Relações Sociais | 13,9 ± 2,6 | 16,0 ± 1,5 | 14,7 ± 2,9 | 14,7 ± 0,0 | 0,4936 |
| Meio Ambiente | 13,6 ± 0,8 | 14,3 ± 1,6 | 13,9 ± 1,3 | 13,8 ± 1,1 | 0,9351 |
| Auto avaliação da QV | 12,8 ± 4,1 | 14,5 ± 1,0 | 12,5 ± 4,1 | 15,0 ± 1,4 | 0,8964 |
| WHOQOL OLD | | | | | |
| Funcionamento do Sensório | 61,3 ± 6,8 | 57,8 ± 6,0 | 57,8 ± 9,4 | 56,3 ± 0,0 | 0,7118 |
| Autonomia | 41,3 ± 18,0 | 29,7 ± 10,7 | 39,1 ± 23,6 | 43,8 ± 17,7 | 0,7678 |
| Atividades Passadas, Presentes e Futuras | 56,3 ± 11,7 | 60,9 ± 6,0 | 56,3 ± 18,4 | 56,3 ± 8,8 | 0,8152 |
| Participação Social | 50,0 ± 9,9 | 43,8 ± 5,1 | 43,8 ± 5,1 | 50,0 ± 17,7 | 0,7412 |
| Morte e Morrer | 85,0 ± 9,5 | 82,8 ± 11,8 | 85,9 ± 9,4 | 87,5 ± 0,0 | 0,9276 |
| Intimidade | 60,0 ± 11,4 | 68,8 ± 29,3 | 64,1 ± 29,0 | 34,4 ± 4,4 | 0,1900 |

QV: qualidade de vida / * Teste de Kruskal-Wallis, considerando nível de significância < 0,05

Tabela 4 - Distribuição da qualidade de vida dos idosos e QV, avaliados segundo o tempo de institucionalização.

| WHOQOL | Tempo de institucionalização | | | p* |
|--|------------------------------|-----------------------|-----------------------|--------|
| | Até 5 anos (n=12) | 5,1 a 10 anos (n=1) | > 10 anos (n=2) | |
| | Média ± Desvio padrão | Média ± Desvio padrão | Média ± Desvio padrão | |
| WHOQOL BREF | | | | |
| Físico | 14,6 ± 0,7 | 16,0 ± - | 14,9 ± 0,0 | 0,2005 |
| Psicológico | 14,5 ± 1,4 | 13,3 ± - | 14,0 ± 0,9 | 0,3824 |
| Relações Sociais | 14,3 ± 2,2 | 17,3 ± - | 16,0 ± 1,9 | 0,2508 |
| Meio Ambiente | 13,6 ± 0,9 | 16,0 ± - | 14,3 ± 1,8 | 0,2185 |
| Auto avaliação da QV | 13,0 ± 3,2 | 14,0 ± - | 16,0 ± 2,8 | 0,4662 |
| WHOQOL OLD | | | | |
| Funcionamento do Sensório | 58,9 ± 7,3 | 56,3 ± - | 59,4 ± 4,4 | 0,8884 |
| Autonomia | 41,7 ± 16,5 | 25,0 ± - | 21,9 ± 13,3 | 0,1887 |
| Atividades Passadas, Presentes e Futuras | 56,3 ± 10,3 | 56,3 ± - | 65,6 ± 22,1 | 0,8929 |
| Participação Social | 47,9 ± 8,6 | 37,5 ± - | 43,8 ± 8,8 | 0,3562 |
| Morte e Morrer | 82,8 ± 8,1 | 100,0 ± - | 90,6 ± 4,4 | 0,1278 |
| Intimidade | 55,2 ± 17,4 | 100,0 ± - | 68,8 ± 44,2 | 0,2963 |

QV: qualidade de vida / * Teste de Kruskal-Wallis, considerando nível de significância < 0,05

DISCUSSÃO

Como salientado, dos 15 idosos institucionalizados avaliados, 40% eram sexo feminino e 60% do sexo masculino. Na maior parte dos estudos encontrados, é maior o número de mulheres institucionalizadas pesquisadas.¹³⁻¹⁶ A participação idosa masculina raramente ultrapassa os 20% parecendo ser, no Brasil, uma experiência essencialmente feminina.⁴

Em relação à faixa etária, resultados semelhantes foram encontrados no estudo realizado por Gonçalves et al.¹⁵; em que a média de idade foi de 79,09±8,5 anos. Pesquisa de Pereira e Guerra¹⁶ estudou idosos institucionalizados, em que a média de idade foi de 72,1±8,0 anos, e a maior parte (48,2%) também se encontravam na faixa etária de 60 a 70 anos.

Em relação ao tempo de institucionalização, 80% dos idosos estão institucionalizados entre três meses até cinco anos. A menor parte dos entrevistados não estavam nas instituições por mais de cinco anos, pois quando são internados nas mesma, podem ser que já

possuíam idade mais avançada; muitos já possuíam doenças crônicas, que podem levar à morte, ou o surgimento de novas doenças, reduzindo assim uma vida mais longa dentro destas instituições, o que poderia explicar o fato que a minoria dos idosos possuem mais de 80 anos.

Muitas das pesquisas que avaliam a QV de idosos por meio dos questionários do grupo WHOQOL, utilizam somente WHOQOL-BREF,^{17,18} ou o WHOQOL-OLD,^{19,20} no entanto, cada instrumento apresenta domínios diferentes e devem ser aplicados concomitantemente conforme preconizado pelos seus elaboradores.²¹ Quando avaliado a QV geral, os idosos institucionalizados obtiveram escore 71,3±10,1 no WHOQOL-Bref e 56,9±9,8 no WHOQOL-Old, valores considerados baixos, já que a melhor QV é aquela mais próxima de escore 100, em ambos os instrumentos.

Quando avaliados os domínios e facetas dos questionários WHOQOL-BREF e OLD, o domínio que apresentou maior escore foi o de Relações sociais (14,8±2,) e o menor o de Auto avaliação da QV (13,5±3,2). Já,

com relação às facetas, a que apresentou maior escore foi a de Morte ou morrer ($85,0 \pm 8,8$) e a de menor escore foi a de Autonomia ($37,9 \pm 16,9$).

O alto escore no domínio Relações sociais pode ser explicado pelo fato que, para alguns idosos, estar em uma ILPI pode ser mais prazeroso do que estar em casa. Alguns idosos moravam sozinhos, outros não possuem familiares presentes ou não dão a atenção necessária ao idoso. Na instituição pesquisada, os idosos fazem novas amizades e possuem uma assistência multidisciplinar de nutricionista, enfermeiros, técnicos em enfermagem, fisioterapeutas e médicos. Além disso, atividades recreativas como jogos, bailes e lanches comunitários são realizadas frequentemente, aumentando a relação social destes idosos. Porém, essa ainda não é realidade em todas as instituições asilares do Brasil. Grande parte das ILPIs ainda possui um modo assistencialista que basicamente concentra o oferecimento de abrigo, alimentação e cuidados básicos.^{3,22}

O baixo escore encontrado para o domínio Auto avaliação da QV, deve-se ao fato que a maioria dos idosos acreditam que não podem contribuir com mais nada, e com o avanço da idade, essa percepção aumenta, pois acaba ficando cada vez mais difícil a realização das AVDs. Muitos dos entrevistados relataram já se sentirem "imprestáveis", pois quando viviam em casa, muitos realizavam as AVDs normalmente, sem auxílio e algumas com facilidade, e estando em uma instituição não as realizam mais, pois os colaboradores da instituição e a equipe de saúde faz esse papel. Alguns também citaram o fato de não realizarem atividade física regularmente, pois não há um profissional de Educação Física contratado pelo local. A instituição possui uma Academia da Terceira Idade (ATI), porém com a falta de conhecimento para realização dos exercícios, muitos idosos acabam não as frequentando.

A atividade física tem sido apontada como uma das soluções para o problema do idoso, contribuindo para a manutenção da saúde e prevenção de doenças e quando realizadas em grupos favorece à socialização.^{2,23} Um fator preocupante é que, na maioria das ILPIs e casas de apoio aos idosos, não há um incentivo à prática de atividades físicas, nem sequer espaço para a realização das mesmas, contribuindo, cada vez mais, para o sedentarismo desses idosos.¹⁶ Também, não favorece estímulos para uma vida mais ativa e engajada, como é preconizado pela política do Envelhecimento Ativo,²⁴ trabalhar na direção da construção de uma representação mais otimista da velhice, que restitui o lugar do idoso na família e na sociedade e assim promover QV, à medida que se envelhece.^{24,25}

No que se refere ao menor escore encontrado na faceta Autonomia, Vitorino²⁶ relatou que a autonomia está relacionada à capacidade de tomar decisões e independência funcional, ou seja, a capacidade própria de realizar algo. A qualidade da população idosa está envolvida com a manutenção não só da capacidade funcional, mas também com a perda de autonomia, que se manifesta com o comprometimento dos sentidos, que poderá desencadear redução da capacidade funcional e conseqüentemente prejuízo na QV.²⁶

Como já citado, quando um idoso deixa seu convívio social e é levado para uma instituição, sua vida muda completamente, lá ele deixa de realizar seus afazeres

domésticos que realizava no dia-a-dia, precisa seguir regras. O menor escore no domínio Auto avaliação da QV e na faceta Autonomia, parece ter ligação direta. Carneiro et al.¹³ mostraram que a QV do idoso pode estar relacionada aos seguintes componentes: capacidade funcional, estado emocional, interação social, atividade intelectual e autoproteção de saúde.

Segundo Araujo, Coutinho e Santos,²⁷ as ILPIs se por um lado desempenham seu papel de acolhedora dos idosos em processo de exclusão social, por outro lado, suas normas internas contribuem para o afastamento dos problemas sociais externos, proporcionando um confinamento social, na medida em que restringe à vida dos idosos, apenas à vida asilar, caracterizando-se como uma forma de ruptura dos elos que os ligavam à vida familiar e social.

Esses dados sustentam a importância dos relacionamentos sociais para o bem-estar físico e mental na velhice e conseqüentemente para uma vida com qualidade. Oliveira, Passian e Jacquemin²⁸ ressaltam que a qualidade dos contatos sociais é mais importante do que a quantidade; assim parece que a capacidade de interagir socialmente é fundamental para o idoso, para conquistar e manter rede de apoio social e conseqüentemente garantir melhor QV.

A QV em ILPIs é um produto de pelo menos quatro fatores: o estado do residente, a sua situação social (incluindo apoio da família), a sua personalidade e os cuidados oferecidos pela instituição, sendo ou não capazes de influenciar todos esses fatores da mesma forma.²⁹

Em estudo¹³ que comparou alguns aspectos com três grupos diferentes de idosos, asilados, que conviviam com seus familiares e idosos que frequentavam uma instituição de ensino e pode-se observar que o grupo do asilo apresentou maior porcentagem de idosos com depressão. Tais dados são concordantes com a revisão de estudos de Merlin,³⁰ na qual enfatiza que o modo de vida em uma instituição está amplamente relacionada ao aumento da vulnerabilidade do idoso, à depressão e prejuízo da QV. Para Agostinho,³¹ a forma que estipulamos do conceito de modo de vida, como norteamos a vida, nossos valores, medos, papéis sociais, regras e sonhos são expressadas pelas motivações essenciais do indivíduo, sob influência da QV.

O estudo apresenta algumas limitações como a ausência de um grupo controle constituído por idosos não institucionalizados. Outro aspecto que deve ser destacado refere-se a um único local de coleta de dados e amostra reduzida, fato que pode resultar em diferentes mensurações e classificações. Entretanto, mesmo com as limitações apontadas, esta pesquisa poderá fornecer aos profissionais da área da gerontologia, importantes conhecimentos sobre a relação da ILPIs e QV e mostrar a importância de se incentivar e intensificar a prática da atividade física, atividades sociais e de lazer em ILPIs, para promoção da saúde do idoso.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É baixa a QV dos idosos institucionalizados e mesmo se tratando de idosos, em sua maioria, solitários, o domínio Relações Sociais se mostrou com o maior escore e o de Autonomia, com o menor. Pelos fatores

discutidos, mostramos a importância de se avaliar a QV de idosos residentes em ILPIs e indícios de que para promover a saúde dos idosos residentes em ILPIs é preciso incentivar e implantar atividades físicas, sociais e de lazer e assim contribuir para uma melhor QV.

REFERÊNCIAS

1. Mendonça JA, Neto JFM. Qualidade de vida do idoso institucionalizado frente aos grupos de afecções crônicas. *Rev Ciê Méd* 2003;12(4):299-306. doi: 10.1590/S1809-98232010000300006.
2. Rolim F S, Forti V A M. Envelhecimento e Atividade Física: auxiliando na melhoria e manutenção da Qualidade de Vida. In: D'ÉIBoux, MJ ; Neri AL; Cachioni, M. Saúde e Qualidade de vida na velhice. Campinas, SP: Editora Alínea 2009;57-74.
3. Freitas, MAV; Scheicher, ME. Qualidade de vida de idosos institucionalizados. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* Rio de Janeiro 2010;13(3):395-401. doi: 10.1590/S1809-98232010000300006.
4. Darvim, RMB, Torres GV, Dantas SMM, Lima VM. Estudo com idosos de instituições asilares no município de Natal / RN: características socioeconômicas e de saúde. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2004;12(3):518-524. doi: 10.1590/S0104-11692004000300010.
5. Mincato PC, Freitas CLR. Qualidade de vida dos idosos residentes em instituições asilares da cidade de Caxias do Sul – RS. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, Passo Fundo 2007;4(1):127-138.
6. Oliveira EA, Passian SR, Jacquemin A. A vivência afetiva em idosos. *Psicologia Ciência e Profissão* 2001;21(1):68-83. doi: 10.1590/S1414-98932001000100008.
7. Junior, JSV, Guerra RO. Fatores associados às limitações funcionais em idosos de baixa renda. *RAMB* 2008;5(54):430-435. doi: 10.1590/S0104-42302008000500017.
8. Neri AL. Palavras-chave em Gerontologia. Campinas, SP: Editora Alínea, 2014.p.282-288.
9. Nahas MV. Atividade física e qualidade de vida. 2º Ed. Londrina. Midiograf, 2001.
10. Conte EMT; Lopes AS. Qualidade de vida e atividade física em mulheres idosas. *RBCEH* 2005;61-75. doi: 10.5007/3967.
11. Miranda MLJ, Godeli MRCS. Música, atividade física e bem - estar psicológico em idosos. *RBCM* 2003;11(4). doi: 10.18511/rbcm.v11i4.532.
12. Alencar NA; Bezerra JCP, Dantas EHM. Avaliação dos níveis de atividade física, autonomia funcional e qualidade de vida de idosas integrantes do programa de saúde da família. *Fit Perf J* 2009;8(5):315-321. doi: 10.1590/S0103-51502010000300014.
13. Carneiro RS, Falcone E, Clark C, Prette ZD, Prette AD. Qualidade de vida, apoio social e depressão em idosos: relação com habilidades sociais. *Psicologia: Reflexão e Crítica* 2006;20(2):229-237. doi: 10.1590/S0102-79722007000200008.
14. Junior ACQ, Santos RF, Lamonato ACC, Toletto NAS, Coelho FGM, Gobbi S. Estudo do nível de atividade física, independência funcional e estado cognitivo de idosos institucionalizados: análise por gênero. *Jornal Brasileiro de Biomtricidade* 2008;2(1):39-50.
15. Gonçalves LG, Vieira ST, Siqueira FV, Hallai PC. Prevalência de quedas em idosos asilados do município de Rio Grande, RS. *Rev Saúde Publ* 2008;5(42):938-945. doi: 10.1590/S0034-89102008000500021.
16. Pereira DS, Guerra I. Análise do nível de atividade física nos asilos e instituições de apoio aos idosos na cidade de Juazeiro do Norte/CE. *Conexão, Ciência e Tecnologia* 2010;4(1):9-16.
17. Aguiar JB, Gurgel LA. Investigação dos efeitos da hidroginástica sobre a qualidade de vida, a força de membros inferiores e a flexibilidade de idosas: um estudo no Serviço Social do Comércio – Fortaleza. *Rev Bras Educ Fís Esporte* 2009;23(4):335-344. doi: 10.1590/S1807-55092009000400003.
18. Bonganha V, Modeneze DM, Madruga VA, Vilarta R. Effects of resistance training (RT) on body composition, muscle strength and quality of life (QoL) in postmenopausal life. *Arch Gerontol Geriatr* 2012;54:361-365. doi: 10.1016/j.archger.2011.04.006.
19. Castro JC, Bastos FAC, Cruz THP, Giani TS, Ferreira MA, Dantas EHM. Níveis de qualidade de vida em idosas praticantes de dança, musculação e meditação. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2009;12(2):255-265. doi: 10.1590/1809-9823.2009.12028.
20. Leal SMO, Borges EGS, Fonseca MA, Junior EDA, Cader S, Dantas EHM. Efeitos do treinamento funcional na autonomia funcional, equilíbrio e qualidade de vida de idosas. *R bras Ci e Mov* 2009;17(3):61-69.
21. Elias RGM, Gonçalves ECA, Moraes ACF, Moreira CF, Fernandes CAM. Aptidão física funcional de idosos praticantes de hidroginástica. *Rev Bras Geriatr e Gerontol* 2012;15(1):79-89. doi: 10.1590/S1809-98232012000100009.
22. Ferreira PA. Qualidade de vida nas Instituições de Longa Permanência para idosos no Estado de Minas Gerais. [Acesso: 2016 jun 20]. Disponível em: www.mp.mg.gov.br/portal/public/interno/arquivo/id/7191.
23. Lucca IL, Rabelo HT. Influência das atividades recreativas nos níveis de depressão de idosos institucionalizados. *Rev bras Ci e Mov* 2011;19(4):23-30. doi: 10.18511/rbcm.v19i4.2394.
24. Envelhecimento ativo: uma política de saúde / World Health Organization; tradução Suzana Gontijo. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. 60p.: il.
25. Guimarães AA, Simas JN, Farias S F. O ambiente asilar e a qualidade de vida do idoso. *A Terceira Idade* 2005;16(33):54-71.
26. Vitorino VM, Gil CCN, Rocha SV, Cardoso JP, Carneiro LRV, Amorim CR. Fatores associados ao nível de atividade física entre idosos asilares. *Estud interdiscipl envelhec*, Porto Alegre 2012;17(1):75-89.
27. Araújo LF Coutinho MPL, Santos MFS. O idoso nas instituições gerontológicas: um estudo na perspectiva das representações sociais. *Psicol Soc* 2006;18(2):89-98. doi: 10.1590/S0102-71822006000200012.
28. Oliveira EA, Passian SR, Jacquemin, A. A vivência afetiva em idosos. *Psicol Ciênc Prof* 2001;21(1):68-83. doi: 10.1590/S1414-98932001000100008.
29. Martin I, Póvoa VO. Estudo piloto para validação da escala de qualidade de vida para residentes de instituições de longa permanência para idosos. *Estud interdiscipl envelhec*, Porto Alegre 2013;18(2):367-386.
30. Agostinho P. Perspectiva psicossomática do envelhecimento. *Revista Portuguesa de Psicossomática* 2004;6(1):31-36.

Como citar: UYENO, Daiane Yuri et al. *Nível de qualidade de vida dos idosos em instituição de longa permanência - lar dos velhinhos, Maringá/PR. Cinergis, Santa Cruz do Sul, v. 17, n. 2, jun. 2016. ISSN 2177-4005. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/cinergis/article/view/7763>>. Acesso em: 04 jul. 2016. doi:<http://dx.doi.org/10.17058/cinergis.v17i2.7763>.*