

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
Centro de Educação e Saúde
Curso de Bacharelado em Enfermagem

Anderson Araújo Lima

**QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS E NÃO-
INSTITUCIONALIZADOS: um estudo comparativo**

Cuité – PB
2013

Anderson Araújo Lima

**QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS E NÃO-
INSTITUCIONALIZADOS: um estudo comparativo**

Monografia apresentada à Coordenação do Curso de Bacharelado em Enfermagem do Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande – Campus Cuité, como requisito obrigatório à obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof. Ms. Matheus Figueiredo Nogueira

Cuité – PB
2013

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA NA FONTE
Responsabilidade Jesiel Ferreira Gomes – CRB 15 – 256

L732q Lima, Anderson Araújo.

Qualidade de vida de idosos institucionalizados e não-institucionalizados: um estudo comparativo. / Anderson Araújo Lima. – Cuité: CES, 2013.

77 fl.

Monografia (Curso de Graduação em Enfermagem) – Centro de Educação e Saúde / UFCG, 2013.

Orientador: Matheus Figueredo Nogueira.

1. Idosos - qualidade de vida. 2. Idoso - institucionalizados. 3. Idosos - não-institucionalizados.
I. Título.

Biblioteca do CES - UFCG

CDU 616-07(053.9)

Anderson Araújo Lima

**QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS E NÃO-
INSTITUCIONALIZADOS: um estudo comparativo**

Monografia apresentada à Coordenação do Curso de Bacharelado em Enfermagem do Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande – Campus Cuité, como requisito obrigatório à obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Prof. Ms. Matheus Figueiredo Nogueira
Orientador – UFCG

Profa. Ms. Isolda Maria Barros Torquato
Membro – UFCG

Profa. Ms. Janaína von Söhsten Trigueiro
Membro – UFCG

Cuité – PB, 29 de abril de 2013.

Aos meus familiares, por todo amor e apoio dispensado durante a minha busca pessoal e profissional.

DEDICO

AGRADECIMENTOS

A Deus pelo dom da vida e pelas graças alcançadas ao longo da minha trajetória.

Ao Centro de Educação e Saúde (CES) da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), pela oportunidade de realização deste curso.

Ao meu orientador, Professor Matheus Figueiredo Nogueira, pelos ensinamentos passados, pela paciência durante o esclarecimento de dúvidas e pelo exemplo de competência, garra e determinação.

A todos os Professores que participaram da minha formação acadêmica, pois eles me auxiliaram para que esse momento fosse possível, em especial às Professoras Janaína e Isolda pela participação na banca examinadora da monografia e pelas valiosas colaborações no engrandecimento desta pesquisa.

À Secretária Municipal de Assistência Social Vanderlânia de Macedo pela autorização do desenvolvimento da pesquisa.

Aos idosos participantes desta pesquisa pela atenção e sinceridade durante a aplicação dos questionários.

Aos funcionários da Instituição de Longa Permanência para Idosos “Casa do Idoso Vó Filomena Maria da Conceição”, pela receptividade e carinho dispensados à minha pessoa e pelo amor com que cuidam dos idosos.

Aos meus queridos pais, Zilda e José Demá, pelo incentivo e dedicação para que os filhos seguissem a busca pelo conhecimento e ainda pelo exemplo de humildade, honestidade e sabedoria.

Aos meus irmãos Allyson e Andrey, pelos momentos de descontração e pela força e incentivo para continuar minha busca pelo aprendizado.

À minha companheira Magnólia, pelo apoio durante minha jornada, pela paciência e por partilhar momentos de tristeza e alegria.

Ao meu querido tio e padrinho Arnaldo, *in memoriam*, que seria uma das pessoas mais orgulhosas com esta conquista. Saudades eternas!

Aos meus tios, tias e primos pelo apoio moral dispensado durante o período de graduação.

Aos meus colegas de curso pelos momentos de felicidades, de tensão e de aventuras. Mais que colegas, são grandes amigos e porque não dizer minha segunda família. Obrigado a todos vocês.

"A menos que modifiquemos a nossa maneira de pensar, não seremos capazes de resolver os problemas causados pela forma como nos acostumamos a ver o mundo".

Albert Einstein

RESUMO

A avaliação da qualidade de vida em idosos relaciona-se à investigação da percepção individual da autoestima e do bem-estar, envolvendo elementos como estilo de vida, estado de saúde, dependência física, capacidade funcional, nível socioeconômico, interação social, estado emocional, atividade intelectual, suporte familiar, satisfação com atividades realizadas e ambiente de convivência. Considerando a subjetividade e amplitude da temática, bem como o desconhecimento sobre a qualidade de vida de idosos que vivem em diferentes contextos sociais, objetiva-se com este estudo mensurar de modo comparativo a qualidade de vida de idosos institucionalizados e não institucionalizados do município de Cuité – PB. Trata-se de um estudo do tipo exploratório-descritivo comparativo de natureza quantitativa realizado com 40 idosos, subdivididos igualmente em cada categoria. Após aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba (CCS/UFPB) sob parecer nº 202.260, os dados foram coletados com a utilização dos questionários WHOQOL-Bref e WHOQOL-Old desenvolvidos pela Organização Mundial de Saúde. Os resultados foram analisados descritivamente e apresentados sob a forma de gráficos e tabelas. Os resultados apontam que os idosos não institucionalizados apresentam melhores níveis de qualidade de vida. Conforme aplicação do WHOQOL-Bref, os idosos não institucionalizados obtiveram os maiores percentuais que traduzem o melhor nível de satisfação em todos os domínios: físico, psicológico, ambiente e relações sociais. Quanto ao WHOQOL-Old, os idosos não institucionalizados também apresentaram os maiores percentuais relativos à satisfação de cinco domínios: funcionamento sensorio; autonomia; atividades passadas, presentes e futuras; participação social; e intimidade, excetuando-se apenas o domínio relacionado à morte e morrer, em que os idosos institucionalizados obtiveram maiores pontuações. Fica evidente, portanto, a necessidade de criação e implementação de políticas públicas direcionadas aos idosos, sobretudo àqueles institucionalizados, a fim de promover melhores níveis de qualidade de vida para este segmento populacional, principalmente quando considera-se que o Brasil será, em futuro próximo, um dos países com maior contingente de idosos, e grande parte destes vivendo em instituições de longa permanência.

Descritores: Qualidade de vida. Idosos. Institucionalização.

ABSTRACT

The evaluation of quality of life in the elderly is related to the investigation of individual perception of self-esteem and well-being, involving factors such as lifestyle, health status, physical dependence, functional ability, socioeconomic status, social interaction, emotional state, intellectual activity, family support, satisfaction with realized activities and living together environment. Considering the breadth of the theme and subjectivity, as well as lack of knowledge about the quality of life of elderly people living in different social contexts, the objective of this study was to measure so the comparative quality of life of elderly institutionalized and non-institutionalized of the Cuité city, Paraíba state. This is a comparative exploratory descriptive study of quantitative nature conducted with 40 elderly people, grouped equally by categories. After authorization of the research by the Ethics Committee of the Centre for Health Sciences, of the Federal University of Paraíba (CCS/UFPB), process nº 202.260, the data were collected by using the WHOQOL-Bref and WHOQOL-Old questionnaires developed by the World Health Organization. Results were descriptively analyzed and presented in the form of graphs and tables. The results point that the non-institutionalized elderly have higher levels of quality of life. According to WHOQOL-Bref research application, the non-institutionalized elderly people had the highest percentages that reflect the highest level of satisfaction in all domains: physical, psychological, social relationships and environment. In relation to WHOQOL-Old research instrument, the non-institutionalized elderly people also had the highest percentages regarding satisfaction in five domains: sensory functioning; autonomy; activities past, present and future; social participation and intimacy, excepting only the domain related to die and death in which institutionalized elderly had higher scores. It was evident from results, therefore, the need for creating and implementing of public policies toward to the elderly, particularly those institutionalized in order to promote the highest levels of quality of life for this population segment, especially when it is considered that the Brazil will be in the near future, one of the countries with the highest number of elderly people, and most of those living in long-permanence institutions.

Descriptors: Quality of life. Elderly. Institutionalization.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

GRÁFICO 1 - Distribuição percentual da autoavaliação da Qualidade de Vida por idosos. Cuité – PB, 2013	43
GRÁFICO 2 - Distribuição percentual da satisfação de idosos com a saúde. Cuité – PB, 2013	44
GRÁFICO 3 - Distribuição percentual relativa ao domínio Físico. Cuité – PB, 2013	45
GRÁFICO 4 - Distribuição percentual relativa ao domínio Psicológico. Cuité - PB, 2013.	47
GRÁFICO 5 - Distribuição percentual relativa ao domínio Relações Sociais. Cuité – PB, 2013	48
GRÁFICO 6 - Distribuição percentual relativa ao domínio Meio ambiente. Cuité – PB, 2013	50
GRÁFICO 7 - Distribuição percentual relativa ao domínio Funcionamento Sensorio. Cuité – PB, 2013.....	51
GRÁFICO 8 - Distribuição percentual relativa ao domínio Autonomia. Cuité – PB, 2013.	53
GRÁFICO 9 - Distribuição percentual relativa ao domínio Atividades Passadas, Presentes e Futuras. Cuité – PB, 2013	54
GRÁFICO 10 - Distribuição percentual relativa ao domínio Participação Social. Cuité – PB, 2013	56
GRÁFICO 11 - Distribuição percentual relativa ao domínio Morte e Morrer. Cuité – PB, 2013	57
GRÁFICO 12 - Distribuição percentual relativa ao domínio Intimidade. Cuité – PB, 2013..	59

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Caracterização socioeconômica e demográfica dos idosos institucionalizados e não institucionalizados. Cuité – PB, 2013	39
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVE	Acidente Vascular Encefálico
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CES	Centro de Educação e Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
DNA	Ácido desoxirribonucleico
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
ILPI	Instituição de Longa Permanência para Idosos
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
QV	Qualidade de Vida
SP	São Paulo
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFCG	Universidade Federal de Campina Grande

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
1.1 Objetivos	18
1.1.1 Objetivo Geral	18
1.1.2 Objetivos Específicos	18
2 REVISÃO DA LITERATURA	19
2.1 Processo de Envelhecimento	20
2.2 Considerações gerais sobre qualidade de vida	24
2.3 Qualidade de vida do idoso	28
3 METODOLOGIA	31
3.1 Tipo de Estudo	32
3.2 Local do Estudo	32
3.3 População e Amostra	33
3.4 Instrumento de Coleta de Dados	34
3.5 Procedimentos de Coleta de Dados	35
3.6 Análise dos Dados	35
3.7 Aspectos Éticos	36
4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	38
4.1 Caracterização socioeconômica e demográfica da amostra	39
4.2 Avaliação comparativa da qualidade de vida de idosos segundo WHOQOL-Bref ..	43
4.3 Avaliação comparativa da qualidade de vida de idosos segundo WHOQOL-Old ...	51
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	62
REFERÊNCIAS	66

APÊNDICES

Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Apêndice B – Questionário sociodemográfico e econômico

ANEXOS

Whoqol-Old

Whoqol-Bref

Termo de Autorização Institucional

Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

1 Introdução

O crescimento numérico da população idosa é uma tendência mundial, considerando idosos àqueles com idade igual ou acima de 60 anos (BRASIL, 2003). No Brasil, a mudança do padrão demográfico é responsável por uma das mais importantes mudanças na estrutura da sociedade, tendo como consequência o aumento da população com idade avançada (IBGE, 2009). Esse significativo crescimento ocorreu devido a vários fatores, incluindo acesso à assistência de saúde e saneamento básico, melhorias socioeconômicas e surgimento de novas tecnologias, tanto na saúde como em outras áreas (ALMEIDA; MAIA, 2010).

De acordo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o Brasil ocupará o sexto lugar no mundo até o ano de 2025, em número de indivíduos com idade de 60 anos ou mais. Isto ocorrerá devido à diminuição das taxas de fecundidade e mortalidade, resultando no aumento da expectativa de vida (BRASIL, 1999; UCHÔA et al., 2002). Contudo, o envelhecimento traz consigo um conjunto de transformações biológicas e psíquicas nos indivíduos, além do eventual surgimento de doenças e agravos, tais como os cardiovasculares e osteoarticulares, distúrbios neurológicos e endócrinos. Como consequência, ao longo dos anos, a saúde, o estilo de vida e as perspectivas das pessoas se modificam e requerem maior atenção, muitas vezes acompanhamento profissional e familiar (SOUZA; LAUTERT; HILLESHEIN, 2011).

Segundo Camarano e Kanso (2011), o envelhecimento ocorre à medida que a idade do indivíduo aumenta, sendo um processo irreversível, natural e individual. Este é um fenômeno universal e progressivo, tendo como consequência a redução na capacidade de resposta dos indivíduos ao estresse ambiental e à manutenção da homeostasia. O envelhecimento normal leva a uma série de alterações no organismo, que incluem o aparecimento de flacidez muscular, rugas, cabelos brancos, diminuição da mobilidade e redução na capacidade de memorização. O processo tem como consequência final a falência dos órgãos e sistemas, resultando na morte do indivíduo (CUNHA, 2011).

Além das alterações fisiológicas, de acordo com Neri e Yassuda (2004), o envelhecimento pode gerar consequências na saúde geral do ser humano, de tal modo que eleva a suscetibilidade a afecções e agravos, resultando na prevalência de doenças crônicas. Estas últimas caracterizam o novo quadro epidemiológico da sociedade contemporânea, incluindo as doenças degenerativas em contraste com aquelas infecto-contagiosas. Uma vez que as doenças crônicas contribuem para a redução da capacidade física e biológica do indivíduo, a qualidade de vida dos idosos fica comprometida devido ao aumento da dependência e diminuição de seu auto-cuidado.

Diante dessa realidade, não basta apenas garantir uma maior expectativa de vida à população idosa, mas também uma melhor qualidade de vida (REIS et al., 2008). A expressão Qualidade de Vida (QV) é subjetiva e complexa de ser descrita. Segundo o Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL GROUP, 1995), a QV é a percepção do indivíduo em relação à vida, envolvendo cultura e sistema de valores onde ele está inserido bem como em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.

Para Vecchia et al. (2005), o conceito de QV está interligado à aspectos de percepção da autoestima e ao bem-estar pessoal. Portanto, abrange uma série de fatores, tais como estilo de vida, o próprio estado de saúde do indivíduo, nível de dependência física, capacidade funcional, nível socioeconômico, interação social, estado emocional, atividade intelectual, suporte familiar, valores culturais, éticos e religiosos, bem como a satisfação com atividades realizadas diariamente e o ambiente de convivência. Nesta linha de raciocínio, a QV em idosos pode ser compreendida como a manutenção da saúde nos aspectos biopsicossocial e espiritual destes, devendo a mesma ser analisada de maneira particular em cada sujeito, pois cada indivíduo possui um contexto próprio de vida no qual está inserido (MARTINS et al., 2009).

Neste sentido, para melhorar a QV dos idosos brasileiros, assegurando os seus direitos sociais e criando maneiras para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade, várias estratégias foram elaboradas, a exemplo das políticas nacionais direcionadas ao idoso e sua saúde (TAHAN; CARVALHO, 2010). A consolidação destas leis levou à criação do Estatuto do Idoso no ano de 2003. O diferencial do estatuto foi discorrer por tópicos todos os direitos do cidadão com 60 anos ou mais, responsabilizando a família, a comunidade, a sociedade e o Poder Público para efetivação dos seus direitos, os quais incluem direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária (BRASIL, 2003).

Embora os direitos sejam aplicados a todos os idosos, infelizmente, estes não são assegurados em sua integralidade, o que pode provocar interferências na QV dos mesmos. Acredita-se, portanto, que esta realidade pode ser decorrente das influências do contexto social em que os idosos estão inseridos. Sob esta perspectiva é oportuno destacar que vários são os meios de convívio social dos idosos, podendo estes ser no domicílio, com sua família, com cuidadores ou sozinhos, bem como institucionalizados em casas de repouso e asilos.

Diante disso, uma questão precisa ser respondida: existe diferença na QV de idosos institucionalizados e não institucionalizados?

Com base neste questionamento, verifica-se que são raros os relatos de trabalhos comparativos acerca desta temática, realizados em municípios de pequeno número de habitantes na região nordeste. A descoberta da opinião dos idosos sobre a qualidade de sua vida sob condições familiares ou institucionalizadas pode levar à elaboração de práticas resolutivas às suas necessidades, resultando em melhorias da QV, com impacto sobre a longevidade com qualidade.

Os estudos realizados nacional e internacionalmente sobre a QV de idosos, de maneira geral, avaliam as percepções dos idosos sobre o significado dessa temática e fatores determinantes que a influenciam positiva ou negativamente. Com base na complexidade e subjetividade do conceito de QV, alguns instrumentos foram elaborados e validados para avaliar determinados aspectos sobre esse assunto, entre eles estão: o *Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey* (SF-36), e os instrumentos desenvolvidos pelo Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde o WHOQOL-100, WHOQOL-Bref e o WHOQOL-Old (PASKULIN et al., 2010). Aos dois últimos será dispensada uma maior atenção no capítulo da metodologia, uma vez que serão utilizados neste estudo.

O interesse em investigar sobre a temática da QV em idosos surgiu, inicialmente, de duas experiências vivenciadas na formação acadêmica. A primeira delas aconteceu durante a participação no projeto do Programa de Bolsas e Extensão (PROBEX) da Universidade Federal de Campina Grande, no ano de 2009, intitulado: “Cuidadores de portadores de Doenças Crônicas e Debilitantes: orientação e capacitação para realização de cuidadores domiciliares”. Dentre os ganhos da realização deste projeto está a identificação de que muitos portadores de doenças crônicas no município de Cuité - PB eram idosos e estas influenciavam diretamente na sua QV. A segunda experiência advém de atividades práticas desenvolvidas na disciplina Saúde do Idoso, no ano 2010, com idosos em uma instituição de longa permanência do município supracitado. Diante dessas vivências, foi despertada a curiosidade de comparar a QV entre os idosos institucionalizados e não institucionalizados nesta cidade.

Frente ao exposto, o presente estudo buscará atingir os objetivos descritos a seguir.

1.1 Objetivos

1.1.1 *Objetivo Geral*

- Mensurar, de modo comparativo, a qualidade de vida de idosos institucionalizados e não-institucionalizados no município de Cuité – PB.

1.1.2 *Objetivos Específicos*

- Descrever a caracterização sócio-demográfica e econômica dos idosos participantes do estudo;
- Identificar os fatores que interferem na qualidade de vida dos idosos.

2 Revisão da Literatura

2.1 Processo de Envelhecimento

O envelhecimento populacional, que significa um crescimento mais elevado do contingente idoso com relação aos demais grupos etários, não é mais uma preocupação apenas dos países desenvolvidos, onde este fenômeno foi observado há algum tempo. Na contemporaneidade, nos países em desenvolvimento se verificam os maiores índices de mudanças no perfil populacional. No Brasil, diferentemente do que ocorreu nos países mais desenvolvidos, este fenômeno começou mais tarde e está progredindo muito mais rapidamente, principalmente na população acima de 80 anos, alterando a composição etária dentro do próprio grupo. Esse crescimento se deve, em grande parte, ao aumento considerável na expectativa de vida dos brasileiros e que, associado à queda da taxa de natalidade, amplia a proporção relativa de idosos na população (CARNEIRO et al., 2007).

Os seres humanos possuem um ciclo de vida, sendo este caracterizado pelo nascimento, crescimento, amadurecimento, envelhecimento e morte. O envelhecimento é um processo que ocorre em todos os seres vivos, de modo que a velhice é uma conquista daqueles que conseguiram ultrapassar os desafios ao longo da vida (JARDIM, 2007).

Segundo a OMS, a velhice é definida como o prolongamento e finalização de um processo que tem como representantes uma série de mudanças fisiomórficas e psicológicas que ocorrem, sem parar, ao longo da vida das pessoas (ARAÚJO, 2001). A OMS considera como idoso o indivíduo com idade igual ou superior a 60 anos, para os países em desenvolvimento, e de 65 anos ou mais, para os países desenvolvidos (OPAS, 2005). Todavia, muitos pesquisadores afirmam que não é possível estabelecer um conceito definitivo para envelhecimento, velhice e idoso baseando-se apenas na idade cronológica dos seres humanos.

Em consonância com o exposto Papaléo Netto (2011) diz que o envelhecimento é um processo contínuo da vida, que começa desde o nascimento até morte do indivíduo. Ao longo desse processo, o organismo humano passa pelas fases de desenvolvimento, puberdade, maturidade e velhice, as quais passam por marcadores biofisiológicos que representam limites de transformação entre as mesmas, como é o caso da menarca, marcador do início da puberdade na mulher. No entanto, a diferenciação entre maturidade e velhice está mais relacionada por fatores sociais e econômicos do que por fatores biológicos, pois, dependendo do desenvolvimento desses fatores em uma determinada sociedade, os seus membros

apresentarão os sinais característicos do envelhecimento em idades cronológicas e níveis de intensidade diferentes.

O termo envelhecimento é ainda utilizado para referir as mudanças funcionais e de forma, que ocorrem nos organismos após a maturação sexual e que, ao longo do tempo comprometem a resposta do indivíduo às mudanças ambientais e a manutenção de sua homeostasia (CUNHA, 2011). Corroborando essa ideia, Papaléo Netto (2011) afirma que o envelhecimento é um processo dinâmico e progressivo, o qual causa modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas que determinam perda da capacidade de adaptação do ser humano ao meio de convívio, ocasionando o aumento da susceptibilidade e do número de agravos que terminam levando-o a morte.

Seguindo essa linha de raciocínio, para Smeltzer e Bare (2009), o envelhecimento está relacionado a fatores intrínsecos e extrínsecos. Os primeiros configuram-se como alterações provocadas pelo envelhecer e que são geneticamente programadas e universais em determinada espécie. Quanto aos fatores extrínsecos, estes ocorrem por influências externas como doenças, poluição do ar e luz solar excessiva que podem acelerar o processo de envelhecimento, bem como podem ser eliminados ou minimizados através de intervenções efetivas de cuidados a saúde. Convém salientar que as alterações celulares e extracelulares do envelhecimento geram mudanças físicas na aparência e ainda a deficiência no funcionamento dos sistemas orgânicos por problemas celulares e tissulares.

As implicações que o envelhecimento humano traz aos indivíduos podem ser sintetizadas considerando os seguintes aspectos: na pele, ressecamento e perda da elasticidade; nos cabelos, tornam-se brancos e caem com facilidade, podendo a perda ser irreversível (alopécia); no sistema musculoesquelético, o tônus muscular fica enfraquecido e a constituição do esqueleto se altera devido à diminuição dos sais de cálcio, causando modificações na postura corporal, visualizada pela curvatura acentuada da coluna vertebral; no sistema osteoarticular, em que as articulações enrijecem e a cápsula articular diminui o líquido sinovial, o que reduz a amplitude de movimentos e provoca alterações no equilíbrio e na marcha; no sistema cardio-vascular, causando dilatação da artéria aorta, hipertrofia e dilatação do ventrículo esquerdo do coração; no sistema respiratório, diminuição no ritmo; no sistema digestório, lentificação; nos sentidos, redução das acuidades auditiva e visual e diminuição da percepção do tato, olfato e paladar; nos hormônios, deficiência de sua produção, incluindo os sexuais, o que acarreta decadência de sua capacidade de satisfação reprodutiva e sexual, além de implicações psicológicas como diminuição da memória e

déficits cognitivos (MARCHI NETTO, 2004). Todavia, mesmo com estas mudanças anatômicas e fisiológicas, o processo de envelhecimento é natural e não deve ser entendido como sinônimo de doença.

Na velhice, certas enfermidades surgem com maior frequência, sendo algumas consideradas inerentes a esta fase. Essas doenças acometem diferentes órgãos e sistemas, dentre as mais comuns destacam-se as cardio-vasculares que são a maior causa de óbitos em idosos, tais como a doença da artéria coronária, hipertensão arterial sistêmica (HAS), arteriosclerose, acidente vascular encefálico (AVE) e infarto agudo do miocárdio (IAM). No sistema respiratório, a doença pulmonar obstrutiva crônica, infecções e atelectasia, são prevalentes, principalmente em pacientes com histórico de tabagismo. No sistema gastrointestinal, a constipação e a doença periodontal são frequentes. No sistema musculoesquelético prevalecem a osteoporose, a artrite e as dores musculares. Além dessas, existem algumas que comprometem um conjunto de sistemas do organismo, determinando também a morbidade e a mortalidade na população idosa, como a doença de Alzheimer, Parkinson, diabetes mellitus e neoplasias, a exemplo do câncer colorretal, de mama, de pele, de próstata em homens e o de colo de útero em mulheres (SMELTZER; BARE, 2009).

Com base nestas assertivas, é possível afirmar que a definição do processo de envelhecimento é complexa, pois o mesmo é experimentado de maneira particular por cada indivíduo. Na tentativa de explicar a causa dos organismos envelhecerem, várias teorias foram desenvolvidas ao longo dos anos. Entre estas, algumas teorias biológicas merecem destaque, são elas: a Teoria do uso e do desgaste, Teoria da Ligação Cruzada, Teoria das reações autoimunes e a Teoria dos radicais livres e dano oxidativo (ELIOPOULOS, 2005).

A Teoria do uso e do desgaste refere que com o uso prolongado e o acúmulo de agressões ambientais do dia a dia, como a exposição a infecções e traumas, ocorre o decréscimo gradual da eficiência do organismo e como consequência final a morte. Essa teoria é considerada desatualizada, pois em experimentos com animais criados em ambientes livres de patógenos e de ferimentos foi constatado que os mesmos envelhecem e que isso não aumenta sua longevidade máxima (CUNHA, 2011).

A Teoria da ligação cruzada, por sua vez, propõe que a divisão celular é ameaçada devido a reações químicas, em que um agente de ligação cruzada fixa-se à cadeia de ácido desoxirribonucleico (DNA) e impede o processo natural de divisão celular. Com o passar do tempo, o aumento desses agentes causa danos celulares mais evidentes e conseqüentemente ocorre falência dos órgãos e sistemas do corpo. Já a Teoria das reações autoimunes defende

que as células são submetidas à modificações com a idade e com isso o organismo as enfrentam como substâncias estranhas, a partir da formação de anticorpos. Como consequência as células morrem, provocando a falência dos órgãos e sistemas no decorrer dos anos (ELIOPOULOS, 2005).

De acordo com Farinatti (2002), a Teoria dos Radicais Livres considera que essas partículas são espécies químicas que têm um ou mais elétrons não pareados que oxidam os componentes celulares, provocando alterações e disfunções que se acumulam até o ponto em que a própria célula morre. No avançar do tempo isso tende a acontecer em um número cada vez maior de células, por efeito de acumulação, o que acarreta a falha dos sistemas levando o indivíduo a óbito.

Embora as teorias anteriormente expostas tenham cada uma a sua fundamentação científica, o envelhecimento não pode ser caracterizado apenas como um processo biológico, considerando o envolvimento de alterações psíquicas e sociais com o fenômeno. De acordo com Eliopoulos (2005), para tentar explicar os processos psíquicos, comportamentais e as alterações sociais vividas pelas pessoas foram formuladas algumas teorias psicossociais, entre as mais citadas encontram-se a Teoria do Desengajamento, a Teoria da Atividade e a Teoria da Continuidade.

Segundo a autora anteriormente citada, a Teoria do Desengajamento, desenvolvida por Elaine Cumming e William Henry em 1961, aborda que o envelhecimento é um processo onde o indivíduo e a sociedade se distanciam progressivamente ao longo da vida para benefício e satisfação dos mesmos. Conforme os idosos se afastam da sociedade, ocorre uma transferência de poder para os mais jovens. Dessa forma, as responsabilidades sociais podem ser cumpridas após a morte dos seus integrantes.

A Teoria da Atividade, desenvolvida por Robert Havighust em 1963 se opõe a Teoria do Desengajamento, pois propõe que o idoso deve permanecer seu modo de vida conforme desenvolvido quando adulto. Quanto à sociedade, esta tem como obrigação manter as mesmas intenções com o indivíduo independente da idade. O avanço da idade, pois, deve ser negado o máximo possível pelos mais velhos quando o surgimento de perdas; e os papéis sociais podem ser substituídos, como a mudança das atividades físicas pelas intelectuais (ELIOPOULOS, 2005).

A Teoria da Continuidade, elaborada por Bernice Neugarten no ano de 1964, por sua vez, afirma que o envelhecimento bem sucedido é resultado das ações realizadas do decorrer da vida do indivíduo, sendo que a personalidade e os padrões básicos continuam os mesmos

das fases do ciclo de vida. Dessa forma, fica entendido que pessoas ativas quando adultas tendem a permanecer ativas quando idosos, já os retraídos vão tender a se tornarem inativos quando idosos (ELIOPOULOS, 2005; NERI, 2007).

Portanto, apesar de cada uma dessas teorias apontarem conceitos e proposições que tentam esclarecer o fenômeno do envelhecimento, permanece difícil compreender de modo preciso tal processo, bem como estabelecer limites entre a senescência, que é considerado o processo normal do envelhecimento, e a senilidade, que são as modificações determinadas por afecções que acometem frequentemente a pessoa idosa (SOUZA, 2007). Como o envelhecimento envolve diversificados e complexos fatores interrelacionados, fica compreendido que este é um processo biopsicossocial e que por mais que seja uma experiência particular, ele tem como resultado final a morte. Contudo, é necessário que esse desfecho inevitável seja distanciado pelo maior tempo possível e que o idoso tenha uma boa QV durante sua velhice.

2.2 Considerações gerais sobre qualidade de vida

A expressão QV foi usada pela primeira vez no ano de 1964 pelo então presidente dos Estados Unidos, Lyndon Johnson quando declarou que os objetivos não podem ser medidos através do balanço dos bancos. Eles só podem ser medidos através da qualidade de vida que proporcionam às pessoas. Entende-se, portanto, que neste caso, a expressão foi utilizada como um fator ligado à economia. Por vários anos, os termos "padrão de vida" e "qualidade de vida" foram partilhados por filósofos, políticos e cientistas sociais. Porém, a aplicação da expressão QV ampliou-se e passou a envolver outras áreas, inclusive a da saúde. Dessa forma, a preocupação com o conceito de "qualidade de vida" faz referência às ciências humanas e biológicas no intuito de valorizar parâmetros mais amplos que o controle de sintomas, o aumento da expectativa de vida ou a diminuição da taxa de mortalidade (WHOQOL GROUP, 1998a).

De acordo com Paschoal (2011), a natureza abstrata do termo QV advém da variedade de significados do que se entende por 'boa qualidade', uma vez que tal expressão é singularizada distintamente para diferentes pessoas, em lugares e ocasiões diferentes, em que cada um concebe e traz consigo a sua própria definição. Este varia ainda ao longo do tempo, da função emocional e do aparecimento de eventos do cotidiano, sócio-históricos e

ecológicos. A multiplicidade de definições é disposta de forma tão heterogênea que, por vezes, dificulta comparações.

Embora não haja um significado consensual para a QV, existe uma concordância acerca da temática, cuja característica é ser: multidimensional, relacionado-se ao fato de que a vida compreende múltiplas dimensões, como a social, mental, física, material, cultural e econômica; dinâmica, por sua configuração inconstante no tempo e espaço; e subjetiva, devido à importância e percepção do significado individual atribuído às experiências vividas na coletividade ou individualmente (INOUE; PEDRAZZANI; PAVARINI, 2010).

Para Santos et al. (2002), a QV desde a antiguidade foi uma preocupação constante da humanidade. Na contemporaneidade, este conceito é considerado um compromisso pessoal da busca contínua de uma vida saudável, desenvolvida a partir de um bem-estar indissociável das condições básicas que envolvem o modo de viver, o que inclui, entre outros, saúde, educação, moradia, trabalho, transporte, autoestima, liberdade e lazer. Corroborando esta ideia Minayo, Hartz e Buss (2000) afirmam que a QV envolve a satisfação encontrada, pelo indivíduo, no convívio familiar, na vida amorosa, ambiental, social e na própria existência, além da capacidade de sintetizar culturalmente todos os elementos considerados pela sociedade como padrão de conforto e bem-estar.

Complementando este raciocínio, o conceito de QV relaciona-se a aspectos de percepção da autoestima e ao bem-estar pessoal. Com isso, abrange uma série de fatores como estilo de vida, o próprio estado de saúde do indivíduo, nível de dependência física, capacidade funcional, nível socioeconômico, interação social, estado emocional, atividade intelectual, suporte familiar, valores culturais, éticos e religiosos, além da satisfação com atividades realizadas diariamente e o ambiente de convivência (VECCHIA et al., 2005).

De acordo com Grupo de Qualidade de Vida da OMS, QV é conceituada como "*a percepção do indivíduo da sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações*" (WHOQOL GROUP, 1995, p. 1405). Com essa definição é claramente expresso que o termo QV envolve vários fatores inerentes aos anseios e necessidades de cada indivíduo. Contudo, a otimização da QV está relacionada não apenas com as expectativas e aos objetivos traçados, mas com a concretização dos mesmos.

Neste contexto, Rufino no ano de 1992 sugeriu que a boa ou a excelência na QV é encontrada quando a mesma oferece as mínimas condições para que as pessoas desenvolvam

o máximo de suas potencialidades, o que envolve viver, ter sentimentos, amar, trabalhar produzindo desde bens a serviços, fazer ciência ou artes (SANTOS et al., 2002).

Com a finalidade de mensurar ou avaliar a QV das mais diversas populações, pesquisas científicas vêm sendo desenvolvidas nesta temática na atualidade. O cunho dessas pesquisas varia entre muitas especialidades como economia, psicologia, sociologia, medicina e enfermagem. Na área da saúde, vários estudos foram realizados abordando o contexto QV, incluindo avaliação da QV em gestantes, idosos, portadores de doenças crônicas, portadores de HIV, pacientes com câncer e de doentes renais. Contudo, independente do grupo estudado, obter resultados que permitam uma compreensão abrangente do problema acaba sendo difícil, devido à complexidade de se avaliar a QV, haja vista a sua subjetividade.

Diante da pluralidade de conceitos e da complexidade de se avaliar QV, vários instrumentos foram elaborados. Entre os primeiros instrumentos, o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), desenvolvido pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, talvez seja o mais difundido mundialmente. Porém, o IDH é um indicador sintético, pois se baseia apenas em três fatores: renda, através da renda *per capita*, saúde pela expectativa de vida e a educação pelo acesso ao conhecimento. Dessa forma, com esse instrumento, renda, saúde e educação são fatores considerados com igual importância na avaliação das capacidades humanas, o que por vezes acaba generalizando os resultados e repassando informações equivocadas (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

A partir das discussões sobre a necessidade de elaborar métodos com enfoques mais amplos relacionados à QV foram elaborados instrumentos ‘genéricos’ e ‘específicos’ para mensuração e avaliação desta nos mais diferentes grupos populacionais. Os instrumentos denominados genéricos, ou instrumentos globais de avaliação, são aqueles que podem ser aplicados em uma grande variedade de populações, uma vez que avaliam aspectos relacionados à função, disfunções e desconfortos físicos e emocionais, não importando se o grupo estudado apresenta determinado tipo de patologia ou se os indivíduos encontram-se teoricamente saudáveis. Já os instrumentos específicos caracterizam-se por ter como foco determinada área de interesse (doenças, grupos populacionais, funções) e geralmente são multidimensionais e avaliam a percepção geral da qualidade de vida, embora a ênfase habitualmente seja sobre os sintomas, incapacidades ou limitações relacionados a determinada enfermidade (SILQUEIRA, 2005).

Entre os instrumentos genéricos elaborados e validados para mensurar a QV, alguns mais utilizados são: o *Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey* SF-36 e os instrumentos desenvolvidos pelo Grupo de Qualidade de Vida da OMS o WHOQOL-100 e o WHOQOL-Bref. Como instrumentos específicos, podem ser citados o WHOQOL-Old, o WHOQOL-HIV e o *Diabetes-Specific Quality-of-life Scale* (DSQOLS), utilizados especificamente para avaliar a QV de idosos, portadores de HIV/Aids e pacientes acometidos pelo Diabetes Mellitus, respectivamente.

O SF-36 é um questionário multidimensional formado por 36 itens, com duas a seis possibilidades de respostas objetivas, dispostos em oito domínios, estes que podem ser agrupados em dois grandes componentes: o físico, que engloba capacidade funcional, aspectos físicos, dor e estado geral de saúde; e o mental que envolve a saúde mental, vitalidade, aspectos sociais e aspectos emocionais (CICONELLI et al., 1999).

O WHOQOL-100 consiste em um instrumento composto de 100 (cem) perguntas envolvendo seis domínios: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais. Esses domínios são subdivididos em 24 facetas, sendo cada uma composta por quatro perguntas. Além dessas facetas inclui-se mais uma com perguntas gerais sobre a QV. Os questionamentos são respondidos em uma escala do tipo Likert. O WHOQOL-Bref, um dos instrumentos utilizados nesta pesquisa, consiste na versão abreviada do WHOQOL-100 e consta de 26 questões subdivididas em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e o meio ambiente (FLECK et al., 1999).

Segundo Fleck, Chachamovich e Trentini (2006), o WHOQOL-Old consta de um instrumento específico para verificar a QV em idosos, desenvolvido em uma escala dentro de uma perspectiva transcultural e multidimensional. Este é constituído por 24 itens divididos em seis facetas: o funcionamento dos sentidos; autonomia; atividades passadas, presentes e futuras; participação social; morte e morrer; e intimidade.

Em estudo realizado por esses autores para desenvolvimento e validação da versão em português do WHOQOL-Old com uma amostra de 420 idosos no município de Porto Alegre, tal instrumento se mostrou como uma alternativa útil e com bom desempenho psicométrico na investigação da QV de idosos. Sendo assim, foi constatado que WHOQOL-Old pode ser caracterizado como uma boa alternativa de mensurar a QV dos idosos nos municípios brasileiros, sendo este, portanto, o segundo instrumento de coleta de dados utilizado nesta pesquisa.

2.3 Qualidade de vida do idoso

Possuir maior longevidade sempre foi um desejo para os seres humanos. Ao longo dos anos com o avanço das ciências da saúde e áreas afins aos poucos esse desejo vem sendo realizado. Atualmente várias pesquisas e estratégias visam identificar como obter melhor QV para os anos conquistados a mais (GARRIDO; MENESES, 2002).

De acordo a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS, 2005), para que o envelhecimento ocorra como experiência positiva para o indivíduo, a longevidade deve ser acompanhada de oportunidades contínuas de saúde, participação e segurança. Para expressar o processo de conquista dessa visão, a OMS adotou o termo ‘envelhecimento ativo’ definido como *“o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas”* (OPAS, 2005, p. 13).

A QV em idosos tem sido motivo de muitas discussões mundialmente, pois existe na contemporaneidade uma elevada preocupação em manter a saúde e o bem-estar global dessas pessoas, para que possam envelhecer com dignidade. Dessa forma, definir QV nos idosos é uma tarefa bastante complexa, haja vista o envolvimento de dimensões como bem-estar físico, emocional e familiar, capacidade funcional, espiritualidade, respeito social, sexualidade e ocupação. Esses fatores, quando integrados, mantêm o indivíduo em equilíbrio consigo mesmo e com o meio de convívio (HEINOMEN et al., 2004).

Para tentar definir a QV nos idosos o pesquisador Powell Lawton no ano 1983 construiu um modelo de QV na velhice baseado nos aspectos objetivos e subjetivos e na multidimensionalidade do processo de envelhecimento. Para ele, a QV no idoso corresponde a quatro dimensões inter-relacionadas: condições ambientais, competência comportamental, qualidade de vida percebida e bem-estar subjetivo. As condições ambientais, dizem respeito ao ambiente adequado para oferecer condições de vida às pessoas, como uma boa residência, locais para prática de esportes e lazer; a competência comportamental baseia-se no desempenho dos indivíduos, influenciado pelo contexto histórico e cultural, frente às situações da vida que tem função de adaptação ao mundo externo; a qualidade de vida percebida, que relaciona-se à avaliação da própria vida, destacando-se os valores que o indivíduo agregou e pelas perspectivas pessoais e sociais; e o bem-estar subjetivo, que

significa a satisfação adquirida com a própria vida, envolvendo a satisfação global e específica em determinados aspectos da vida (PASCHOAL, 2011).

Para a avaliação da QV do idoso Santos et al. (2002) afirmam ser necessária a adoção de critérios de natureza biopsicossocial e cultural, pois muitos elementos são apontados como aqueles que indicam e determinam o bem-estar nessa população, incluindo longevidade, saúde biológica e mental, satisfação consigo mesmo, *status* financeiro e social, responsabilidade com papéis familiares, competência social, produtividade, atividade, eficácia cognitiva e continuidade de relações de amizade.

É notório, portanto, que outros elementos também indicam e/ou influenciam o bem estar e a QV em idosos, tais como a independência ou grau de dependência física e psicológica, bem como o meio de vivência desses, seja com a família, sozinhos ou institucionalizados. Diante desta percepção, uma abordagem sobre o modo de vivência de idosos e sua relação com a qualidade de vida torna-se elemento essencial na construção do referencial teórico desta pesquisa.

São considerados idosos não institucionalizados aqueles que habitam o mesmo teto com a sua família, sozinhos ou com auxílio de cuidador, podendo estes apresentar graus variados de dependência devido as próprias alterações fisiológicas do envelhecimento ou por patologias relacionadas, porém não possuem restrições médicas de permanecerem em seus domicílios. Para a Rodrigues et al. (2007), família não pode ser limitada a laços sanguíneos, união conjugal estável, parceria sexual, ou adoção. É qualquer grupo de pessoas que suas relações sejam baseadas na confiança, suporte mútuo e um destino comum. Contudo os idosos não institucionalizados podem participar de atividades em centros de convivência, como grupos de dança, de artesanato, de orações, entre outros, além de ter atendimento médico em domicílio (*Home Care*) sem que isto seja caracterizado como institucionalização.

Em contrapartida, os idosos institucionalizados, de acordo com Freire Junior e Tavares (2005), na maioria das vezes, constituem um grupo privado de seus anseios, pois vivem afastados de sua família, de sua residência, das amizades e do contexto histórico onde sua vida foi constituída. Os motivos para institucionalização são diversos e incluem consequências de doenças crônicas, óbito dos integrantes da família, ou em alguns casos por livre opção dos parentes, devido não terem condições financeiras para manter o idoso ou não possuem habilidades para cuidar da dependência física e mental que alguns possuem. Na atualidade o local onde os idosos são institucionalizados para morar é intitulado Instituição de

Longa Permanência para Idosos (ILPI), mas na literatura podem ser encontrados os termos casas de repouso, clínicas geriátricas, abrigos e asilos (CAMARANO; KANSO, 2010).

De acordo com Agência Nacional de Vigilância Sanitária as ILPIs são definidas como

instituições governamentais ou não governamentais, de caráter residencial, destinada 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 (BRASIL, 2005, p. 2).

Segundo o Estatuto do Idoso *“a assistência integral na modalidade de entidade de longa permanência será prestada quando verificada inexistência de grupo familiar, casa-lar, abandono ou carência de recursos financeiros próprios ou da família”* (BRASIL, 2003, p. 24).

Embora comumente as pessoas associem ILPIs à instituições de saúde, estas não são direcionadas à clínica ou à terapêutica dos seus usuários, como ocorre em hospitais. Contudo os residentes recebem moradia, vestuário, alimentação, assistência médica e medicamentos, bem como praticam atividades físicas ou de lazer e participam de oficinas como forma de promover uma interação social (CAMARANO; KANSO, 2010).

Diante desta compreensão, os idosos que vivem em ILPIs experimentam diferentes contextos quando comparados aos não institucionalizados, o que pode ter significativa influência na QV, positiva ou negativamente. Como impactos negativos incluem-se o convívio social restrito, perda de parte da individualidade e privacidade por morar em um espaço coletivo, ausência do convívio com a família, entre outros. Todavia, como fatores positivos evidenciam-se uma maior assistência na saúde, a oportunidade de interagir socialmente com outros indivíduos em situações semelhantes, alimentação, segurança, lazer, etc. De acordo com Watanabe e Di Giovanni (2009), nos casos de idosos dependentes, a institucionalização mostra-se como uma ferramenta de cuidado qualificado, a qual os familiares não possuem habilidades ou disponibilidade para realizá-lo.

Com base no exposto, sendo evidente que a QV depende de vários fatores e que o convívio familiar ou a institucionalização agregam elementos que podem influenciar de modo satisfatório ou afetando-a, fica claro que só é possível afirmar qual idoso tem melhor QV quando procede-se o desenvolvimento de pesquisas científicas. Por esta razão, fez-se necessário investigar junto aos idosos institucionalizados ou não, a percepção individual sobre a QV, ferramenta essencial para operacionalizar o procedimento comparativo da sua mensuração.

3 Metodologia

3.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo de campo do tipo exploratório-descritivo e comparativo de natureza quantitativa. De acordo com Gil (2010), um trabalho é caracterizado como de natureza exploratória quando envolver: a) levantamento bibliográfico; b) entrevista com indivíduos que tenham ou tiveram experiências práticas com o assunto pesquisado; c) análise de exemplos que estimulem sua compreensão. Este tipo de estudo tem como finalidade principal desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias para a formulação de abordagens posteriores. Desse modo, visa proporcionar uma visão aproximativa de um determinado fato, o que possibilitando a formulação de problemas mais precisos ou a criação de hipóteses que possam ser pesquisadas por estudos posteriores (GIL, 2008).

A pesquisa de caráter descritivo tem como finalidade descrever as características de determinada população, ou ainda o estabelecimento de relações entre variáveis. Envolve o uso de técnicas padronizadas de coleta de dados: questionário e observação sistemática. Assume, em geral, a forma de levantamento. O estudo comparativo, por sua vez, procede pela investigação de indivíduos, classes, fenômenos ou fatos, de maneira que sejam ressaltadas as regularidades, transformações, diferenças e similaridades entre eles (GIL, 2010).

A abordagem quantitativa considera que todas as temáticas podem ser quantificáveis, o que significa traduzir em números opiniões e informações para classificá-las e analisá-las. Para isto é necessário o uso de recursos e de técnicas estatísticas como percentagem, média, moda, mediana, desvio-padrão, dentre outras (LAKATOS; MARCONI, 2010). Para Creswell (2007), a abordagem quantitativa consiste em utilizar o raciocínio de causa e efeito, diminuição de variáveis específicas, hipóteses e questões, uso de mensuração e observação e teste de teorias, utilizando-se de estratégias de investigação como experimentos, levantamento de dados e instrumentos pré determinados que geram dados estatísticos.

3.2 Local do Estudo

O estudo foi realizado no município de Cuité, localizado na microrregião do Curimataú Ocidental do estado da Paraíba. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), a sua população é de 19.978 habitantes, dos quais 3.041 tem idade

igual ou superior a 60 anos. Possui a área de seu território de 741,835 km² e fica a 667 metros acima do nível do mar, sobre a Serra do Cuité.

Foram utilizados como cenários específicos para realização da pesquisa o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), que possui o grupo de idosos intitulado “Alegria de Viver”; e a Instituição de Longa Permanência para Idosos “Casa do Idoso Vó Filomena Maria da Conceição – Asilar”, ambos vinculados à Secretaria Municipal de Assistência Social.

3.3 População e Amostra

De acordo com Gil (2008), população é um conjunto de elementos que possuem as mesmas características; e amostra é um subconjunto da população, por meio da qual é estabelecida ou estimada as características dessa população.

A população foi identificada a partir de uma visita prévia ao CRAS e ao Asilar, onde foram obtidas informações sobre o número de idosos nos dois cenários. No CRAS foram identificados 320 idosos no grupo “Alegria de Viver” e no Asilar 28 idosos internos.

Para a obtenção de uma amostra significativa foram selecionados aleatoriamente 40 (quarenta) idosos, separados de maneira igualitária, sendo 20 (vinte) idosos do grupo “Alegria de Viver” e 20 (vinte) do Asilar, no intuito de obter informações significativas acerca da qualidade de vida do segmento populacional estudado.

Os participantes da pesquisa foram selecionados pelo critério de acessibilidade ou conveniência. Este *“constitui o menos rigoroso de todos os tipos de amostragem. Por isso é destituído de qualquer rigor estatístico. O pesquisador seleciona os elementos a que tem acesso, admitindo que estes possam de alguma forma representar o universo”* (GIL, 2008, p. 94).

Para a seleção da amostra da pesquisa foram respeitados os seguintes critérios:

- Ter idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos;
- Não possuir deficiência cognitiva;
- Aceitar livremente em participar da pesquisa;
- Assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice A).

3.4 Instrumentos de Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada com a utilização do questionário WHOQOL-Old (Anexo A) em associação ao WHOQOL-Bref (Anexo B), desenvolvidos pelo Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde. Os instrumentos foram preenchidos pelos idosos selecionados para compor a amostra com a co-participação do pesquisador participante. Utilizou-se ainda um questionário que contemplou os dados socioeconômicos e demográficos dos participantes (Apêndice B).

O questionário WHOQOL-Old é composto por 24 itens registrados em uma escala do tipo Likert variando de um a cinco pontos. Os escores mais altos representam uma alta qualidade de vida, escores baixos representam uma baixa qualidade de vida. Os itens são organizados em seis facetas: 1) “Funcionamento do Sensório”; 2) “Autonomia”; 3) “Atividades Passadas, Presentes e Futuras”; 4) “Participação Social”; 5) “Morte e Morrer”; e 6) “Intimidade”. Para cada faceta são dispostos quatro itens. Com isso, todas as facetas formam um escore dos valores possíveis que pode oscilar de 4 a 20. A pontuação das facetas ou dos 24 itens do módulo WHOQOL-Old pode ser combinada para produzir um escore geral para a qualidade de vida em adultos idosos (CHACHAMOVICH, 2005).

A faceta “Funcionamento do Sensório” avalia a função sensorial e o impacto da perda das habilidades sensoriais na qualidade de vida; a faceta “Autonomia” refere-se à independência no idoso, descrevendo até que ponto é capaz de viver de maneira autônoma e tomar suas próprias decisões; a faceta “Atividades Passadas, Presentes e Futuras” descreve o grau de satisfação sobre conquistas vividas e o que anseia; a faceta “Participação Social” verifica a participação em atividades do cotidiano, especialmente as que são desenvolvidas em comunidade; a faceta “Morte e Morrer” descreve as preocupações, inquietações e temores sobre a morte e morrer; e a faceta “Intimidade” avalia as relações pessoais e íntimas (POWER; SCHMIDT, 1998; CHACHAMOVICH, 2005).

É oportuno destacar que o módulo WHOQOL-Old pode ser auto-administrado, realizado com a ajuda do entrevistador ou completamente administrado pelo entrevistador. Porém o entrevistador não pode interferir nas respostas formulando novas perguntas para os participantes, pois isso interferirá nas características originais do instrumento (FLECK, CHACHAMOVICH; TRENTINI, 2006).

O WHOQOL-Bref é a versão abreviada do instrumento WHOQOL-100. O questionário é composto por 26 questões, sendo duas questões gerais sobre qualidade de vida

e as demais 24 representam cada uma das facetas que compõe o instrumento de origem. Diferente do WHOQOL-100 onde cada uma das 24 facetas é avaliada a partir de quatro perguntas, o WHOQOL-bref avalia apenas uma. As informações que originaram a versão abreviada foram retiradas do teste de campo de 20 centros em 18 países distintos. O instrumento é formado por 4 domínios: físico, psicológico, relações sociais e ambiente (THE WHOQOL GROUP, 1998b).

3.5 Procedimentos de Coleta de Dados

Para a realização da coleta de dados foram executados os seguintes procedimentos: 1. Cadastramento da pesquisa na Plataforma Brasil na página eletrônica da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP); 2. Solicitação de autorização para o desenvolvimento deste estudo, através de um requerimento, o Termo de Autorização Institucional (Anexo C) à Secretária Municipal de Assistência Social do município de Cuité - PB, para realizar a pesquisa nos cenários da pesquisa anteriormente mencionados, com a devida assinatura da folha de rosto; e 3. Submissão da folha de rosto para o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), para apreciação e aprovação do projeto.

Após a autorização da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba (CEP/CCS/UFPB - Anexo D), sob parecer nº. 202.260 foram iniciadas as atividades da coleta nos meses de fevereiro e março de 2013, inicialmente com a visita aos cenários da pesquisa para a familiarização com os participantes e em seguida a realização da coleta propriamente dita. Cabe mencionar que o TCLE foi lido, explicado e assinado antes da obtenção das informações da pesquisa.

3.6 Análise dos Dados

Os dados inicialmente foram agrupados e tabulados no programa *Microsoft Excel 2007* de modo a facilitar a manipulação dos resultados, bem como permitir o processo de análise descritiva e quantitativa de forma adequada e eficiente.

Os dados socioeconômicos e demográficos foram inseridos em uma tabela construída no programa *Microsoft Word 2007*, utilizando variáveis qualitativas nominais e ordinais: idade, sexo, estado civil, escolaridade e renda tanto dos idosos institucionalizados, quanto não

institucionalizados, e seus resultados expressos em medidas de frequência absoluta e frequência relativa.

A análise dos dados dos questionários WHOQOL-Old e WHOQOL-Bref foi realizada considerando a separação por domínios. No questionário WHOQOL-Old, os domínios agrupados foram: funcionamento sensório; autonomia; atividades passadas, presentes e futuras; participação social; morte e morrer; e intimidade; já no WHOQOL-Bref foram separadas duas questões gerais sobre a qualidade de vida dos participantes da pesquisa e quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente.

Em seguida, os dados obtidos em ambos os questionários foram agrupados em planilhas do *Microsoft Excel 2007*. O número total de respostas de cada pergunta foi multiplicado pelo escore da escala de Likert, variando de 1 a 5 conforme os questionários, onde quanto maior a pontuação, melhor a qualidade de vida. Ressalta-se que ao contrário das demais questões, as de número 3, 4 e 26 do WHOQOL-Bref e 1, 2, 6, 7, 8, 9, 10 do WHOQOL-Old, o valor do escore se inverte, onde 1 corresponde a uma melhor qualidade de vida, tendo sido atribuído o valor 5, e assim sucessivamente (2 = 4, 3 = 3, 4 = 2 e 5 = 1).

Posteriormente, os valores encontrados em cada domínio foram somados para que a porcentagem de cada resposta fosse calculada. Após esta etapa, os valores em porcentagem de cada domínio foram dispostos em nova planilha, visando comparar os valores das amostras dos idosos institucionalizados e não institucionalizados. A partir dos valores calculados foram originados seis gráficos comparativos dos dois grupos de amostra, com base nos domínios do instrumento WHOQOL-Old e seis do WHOQOL-Bref, com construção subsidiada pelo programa *Microsoft Excel 2007*.

3.7 Aspectos Éticos

Como forma de cumprir as exigências éticas em pesquisas, todos os procedimentos para o desenvolvimento deste trabalho tiveram como base as normas da Resolução nº. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos e da Resolução nº. 311/07 do Conselho Federal de Enfermagem, que aprova o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (BRASIL, 1996; COFEN, 2007).

A Resolução nº. 196/96 determina que a pesquisa envolvendo seres humanos e de caráter científico deve ter a intenção de desenvolver ou contribuir para o conhecimento, de

maneira que o mesmo possa ser mensurado através de métodos aceitos. Além disso, a resolução determina que a pesquisa com seres humanos deve apresentar um protocolo de pesquisa e um termo de consentimento livre e esclarecido, onde estarão dispostos os riscos e os benefícios para o participante (BRASIL, 1996).

Na Resolução nº. 311/07 é afirmado que é responsabilidade e dever do profissional de enfermagem aprimorar os conhecimentos técnicos, científicos, éticos e culturais, em benefício da pessoa, família e coletividade e do desenvolvimento da profissão, bem como é seu direito realizar e participar de atividades de ensino e pesquisa, respeitadas as normas ético-legais (COFEN, 2007).

Baseando-se nessas Resoluções, foi garantido o anonimato dos participantes da pesquisa, bem como o sigilo das informações por estas prestadas. A autonomia de desistir do estudo em qualquer etapa também foi um direito dos participantes. Como já mencionado, foi utilizado um TCLE, para que os participantes pudessem se familiarizar com a proposta evidenciada na pesquisa e consentir que participaram de um estudo com finalidade de engrandecimento do conhecimento científico.

4 Análise e Discussão dos Resultados

Esta investigação relata pela primeira vez informações comparativas sobre a qualidade de vida de idosos não institucionalizados e institucionalizados do município de Cuité - PB. Os dados foram obtidos diretamente de idosos por meio da aplicação dos instrumentos de coleta de dados WHOQOL-Bref e WHOQOL-Old. O presente capítulo está estruturado em duas etapas: a primeira referente à caracterização socioeconômico-demográfica dos participantes; e a segunda dispendo a apresentação dos resultados e a discussão relativa à avaliação comparativa da qualidade de vida de idosos institucionalizados e não institucionalizados, conforme os dois instrumentos utilizados.

4.1 Caracterização socioeconômica e demográfica da amostra

Participaram do estudo 40 (quarenta) idosos, todos com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, sendo 20 (vinte) institucionalizados e 20 (vinte) não institucionalizados. As características socioeconômicas e demográficas coletadas dos participantes envolveram as seguintes variáveis: faixa etária, sexo, estado civil, escolaridade e renda. O resultado pode ser observado na Tabela 1.

Tabela 1 - Caracterização socioeconômica e demográfica dos idosos institucionalizados e não institucionalizados. Cuité – PB, 2013.

Variáveis	Idosos Institucionalizados		Idosos não Institucionalizados	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
<i>Faixa Etária</i>				
60 a 69 anos	05	25	13	65
70 a 79 anos	07	35	06	30
Acima de 80 anos	08	40	01	05
Total	20	100	20	100
<i>Sexo</i>				
Masculino	11	55	03	15
Feminino	09	45	17	85
Total	20	100	20	100
<i>Estado Civil</i>				
Solteiro	10	50	00	00
Casado	02	10	13	65
Viúvo	04	20	05	25
União Consensual	00	00	00	00
Divorciado	04	20	02	10
Total	20	100	20	100
<i>Escolaridade</i>				

Não Alfabetizado	07	35	00	00
Ensino Fundamental Incompleto	12	60	13	65
Ensino Fundamental Completo	01	05	03	15
Ensino Médio Incompleto	00	00	01	05
Ensino Médio Completo	00	00	03	15
Ensino Superior	00	00	00	00
Total	20	100	20	100
Renda				
≤ 1 Salário Mínimo	20	100	09	45
1 a 2 Salários	00	00	10	50
≥ 3 Salários	00	00	01	05
Total	20	100	20	100

Fonte: Dados da pesquisa, 2013.

Como se observa na Tabela 1, para a variável faixa etária destaca-se o número relevante dos idosos institucionalizados com idade superior a 80 anos, representando 40% da amostra, enquanto que a maioria dos idosos não institucionalizados (65%) possui entre 60 a 69 anos. Nas faixas etárias com menor representatividade ocorreu uma inversão de idades: idosos institucionalizados possuem entre 60 e 69 anos, o equivalente 25%, enquanto que idosos não institucionalizados apresentaram idades acima de 80 anos, correspondendo a 5% da amostra.

Um estudo semelhante foi realizado por Giusti (2008) no município de Vale dos Sinos – RS e o resultado demonstra que a amostra de idosos institucionalizados com idade superior a 80 anos também foi mais prevalente. Tais resultados permitem entender que os idosos, uma vez institucionalizados, avançam no envelhecimento dentro da instituição e pela prestação local de cuidados mínimos de saúde, refletindo no aumento da expectativa de vida. No contrário, idosos com menos idade tendem a ser ativos na participação de grupos de convivência, como foi observado nos resultados.

Quanto à variável sexo, 55% dos idosos institucionalizados são do sexo masculino, enquanto que para os não institucionalizados esse percentual foi de 15%. Em relação ao sexo feminino observou-se que 45% eram institucionalizadas e 85% não institucionalizadas. Essa grande maioria de idosas não institucionalizadas segue a tendência de “feminilização do envelhecimento”, o que equivale a maior longevidade da população feminina, explicando essa diferença na composição por sexo. Este fenômeno está relacionado provavelmente a menor exposição a determinados fatores de risco, pela mulher, como o excesso de trabalho, tabagismo e etilismo, e atitudes diferentes perante as doenças e incapacidades (SPINELLI, 2010).

Uma explicação para a observação nessa pesquisa do número de homens institucionalizados ser maior do que o de mulheres institucionalizadas, seja provavelmente devido ao fato da maioria deles optarem por nunca ter casado e não possuírem filhos, sendo a institucionalização uma estratégia para cuidados do cotidiano durante o envelhecimento. Por outro lado, o número superior de mulheres não institucionalizadas pode estar relacionado ao fato destas procurarem mais os serviços de saúde e meios de prevenção de doenças, enquanto os homens procuram por serviços de assistência curativos (COUTO et al., 2010). Isto foi observado nos idosos não institucionalizados desse estudo, visto que, sendo o número de mulheres mais elevado, a maioria participa de um grupo de convivência e realiza atividades para melhor condicionamento físico e saúde mental, tais como exercícios físicos e oficinas, o que conseqüentemente reflete na prevenção de doenças.

No que diz respeito à variável estado civil, os idosos institucionalizados solteiros tiveram maior destaque, correspondendo a 50% da amostra, seguido de 20% de viúvos, 20% de divorciados e 10% casados. O alto índice de idosos solteiros neste grupo pode estar relacionado à causa de institucionalização dos mesmos, pois muitos não possuem filhos ou familiares próximos para cuidá-los. Quanto aos idosos não institucionalizados, o maior destaque refere-se aos casados que corresponde a 65% da amostra, o que revela a importância de formalizar uma união afetiva e como o casamento ainda ocorre com frequência na atualidade. Todavia, em comparação com a população casada brasileira, que corresponde a 34,8%, esse índice encontra-se elevado (IBGE, 2010).

Outro número que chama atenção na variável estado civil é o de viúvas que, em sua maioria, são mulheres, alcançando 25% do total de idosos não institucionalizados. Isso ocorre, provavelmente, porque as mulheres casam mais jovens do que os homens, vivem mais e, em geral, não se casam novamente (STUMM et al., 2009).

Em relação à escolaridade foi possível constatar o baixo nível de escolaridade dos participantes da pesquisa, uma vez que a grande maioria dos idosos institucionalizados ou não, possui ensino fundamental incompleto, representando 60% e 65% respectivamente. Adicionado a este resultado, 35% dos idosos institucionalizados são analfabetos e nenhum participante possui ensino superior, o que consolida a preocupação com a trajetória educacional da população brasileira. Tais resultados podem estar relacionados ao pouco acesso às escolas ao longo da vida dessas pessoas, haja vista a realidade da época, pelo início precoce do trabalho, pois muitos idosos eram agricultores e por possuírem também pais com pouca escolaridade.

De acordo com o Censo do IBGE do ano 2010, o analfabetismo na população de 15 anos ou mais de idade diminuiu de 13,63% em 2000 para 9,6% em 2010, mas ainda chega a 28% nos municípios com até 50 mil habitantes na Região Nordeste. A lentidão na queda no analfabetismo se deve ao grupo mais idoso, onde o censo apontou que 13.933.173 pessoas não sabem ler ou escrever, sendo que 39,2% desse contingente são idosos. Além disso, a maior proporção de analfabetos se concentrou nos municípios com até 50 mil habitantes na Região Nordeste, e a proporção de idosos que não sabiam ler e escrever nessas cidades era em torno de 60% (IBGE, 2010).

De modo geral, idosos com menos escolaridade tendem a necessitar mais de cuidadores para realizar as atividades do cotidiano. De acordo com a OMS, baixos níveis de educação e piores condições socioeconômicas estão associados a maiores riscos de deficiência e morte (OPAS, 2005). Como consequência, baixos níveis de educação refletem diretamente e negativamente na qualidade de vida dessas pessoas.

No que concerne à variável renda, 100% dos participantes institucionalizados possuem renda igual ou menor que um salário mínimo, enquanto que nos participantes não institucionalizados o maior índice foi de 1 a 2 salários mínimos, equivalente a 50% da amostra, seguido de 45% menor que 1 salário e 5% de mais de três salários mínimos. Esta renda, em sua maioria, está relacionada à aposentadoria, que em grande parte dos idosos entrevistados é a aposentadoria por idade rural equivalente a 1 salário mínimo. Esta renda muitas vezes não é suficiente para manter as necessidades humanas básicas, contudo este rendimento é superior ao valor de rendimento nominal médio mensal *per capita* para a população de Cuité – PB, que é estipulado em 270 reais (IBGE, 2010). Com a renda insuficiente, os idosos acabam se abstendo de necessidades como o lazer, alimentação de qualidade, vestuário, medicamentos, tratamentos, entre outros, o que gera um impacto negativo em sua qualidade de vida.

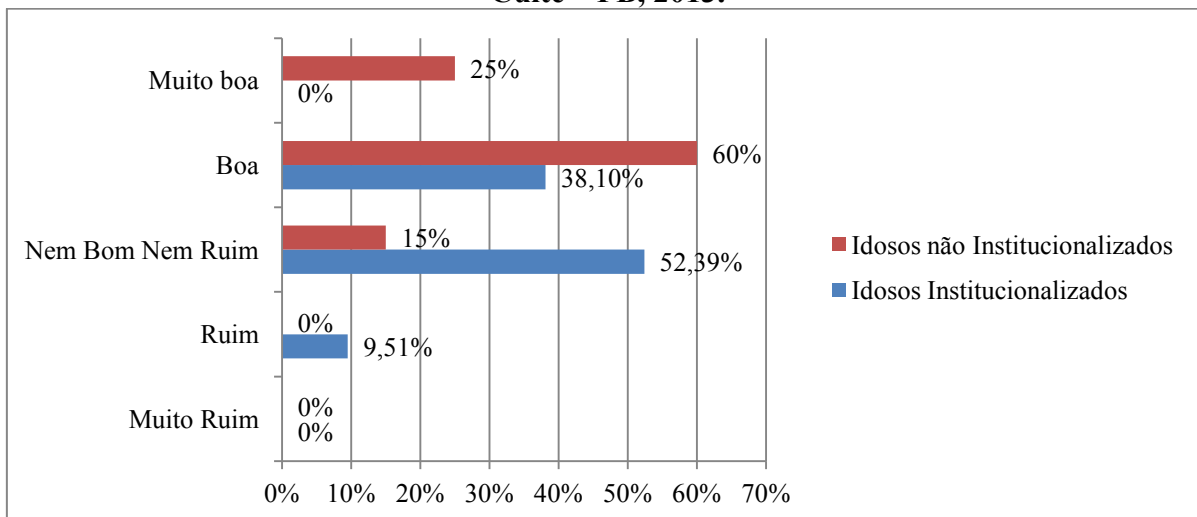
Uma realidade atual é que a aposentadoria do idoso faz parte do orçamento da família, sendo em alguns casos a única renda. De acordo com os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), 42,1% e 40,9% da renda familiar nas regiões Nordeste e Sudeste, respectivamente, eram provenientes das aposentadorias (TORRES et al., 2009). Nesse sentido, é possível observar que, se por um lado a aposentadoria é vista negativamente por alguns idosos, por fazer com que eles se sintam “obsoletos” ou pelo seu valor insuficiente, por outro lado o valor recebido ajuda bastante nas despesas mensais.

4.2 Avaliação comparativa da qualidade de vida de idosos segundo WHOQOL-Bref

Os resultados que seguem foram alcançados a partir das respostas dos idosos participantes do estudo frente ao questionário Whoqol-Bref, cujas informações são consideradas imprescindíveis para atender aos objetivos propostos pela pesquisa.

Os Gráficos 1 e 2 foram construídos conforme duas questões gerais sobre QV geral, que corresponde as facetas 1 e 2 do instrumento e os demais gráficos foram construídos com base no agrupamento dos quatro domínios: Físico, Psicológico, Relações sociais e Meio ambiente.

Gráfico 1 - Distribuição percentual da autoavaliação da Qualidade de Vida por idosos. Cuité – PB, 2013.



Fonte: Dados da pesquisa, 2013.

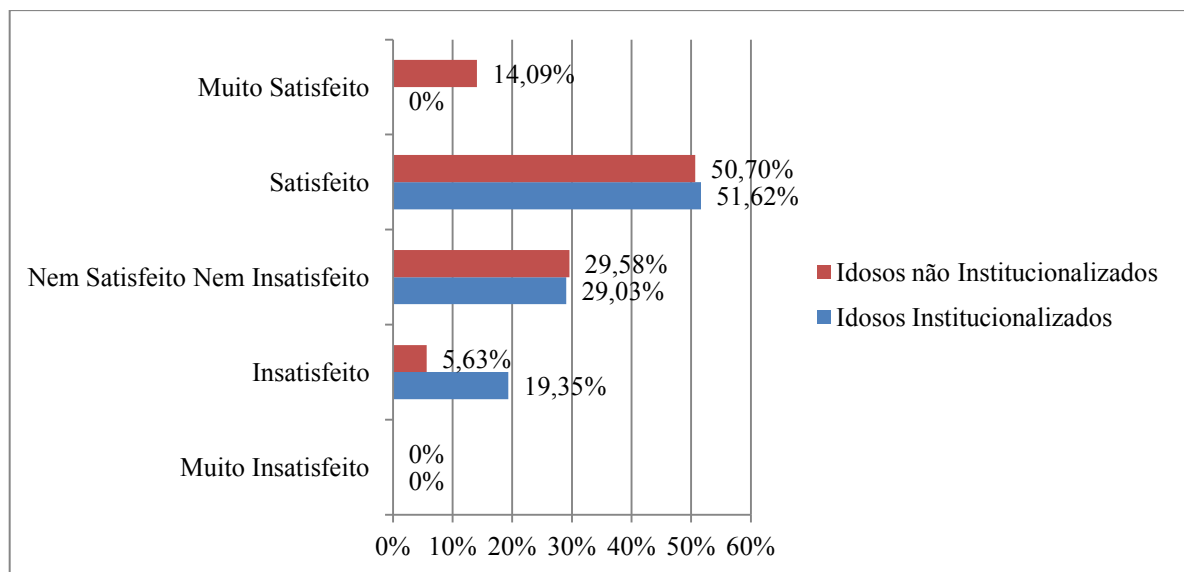
Inicialmente os participantes foram questionados da seguinte forma: “como você avaliaria sua qualidade de vida?” Conforme pode ser observado no Gráfico 1, a maior porcentagem dos escores ocorre nos idosos não institucionalizados (60%) com a afirmação “boa”, seguido de 25% do escore relacionado a qualidade de vida “muito boa” e 15% “nem boa nem ruim”. Quanto aos idosos institucionalizados, a maioria dos escores (52,39%) está relacionada à qualidade de vida “nem boa nem ruim”, seguido de 38,10% à qualidade de vida “boa” e 9,51% “ruim”, não sendo pontuada a opção “muito boa”. Em ambos os grupos nenhum escore foi pontuado como “muito ruim”.

O elevado escore para as respostas “boa” e “muito boa” nos idosos do grupo de convivência pode estar envolvido com o melhor estado de saúde, autonomia, com a maior interação social e apoio familiar. No caso dos idosos institucionalizados, estes em sua maioria

tiveram um posicionamento neutro ao afirmarem perceber a QV como “nem boa nem ruim” e alguns terem uma percepção negativa a respeito de sua qualidade de vida ao mencionarem a resposta “ruim”. Este fato pode está relacionado à presença de doenças e suas consequências em alguns indivíduos desse grupo, ao pouco convívio social e a ausência do apoio da família.

De acordo com Minayo, Hartz e Buss (2000), a QV pode ser considerada como uma representação social criada a partir de parâmetros subjetivos, tais como bem-estar, felicidade, amor, prazer, realização pessoal. Além de parâmetros objetivos, cujas referências são a satisfação das necessidades básicas e das necessidades criadas pelo grau de desenvolvimento econômico e social de determinada sociedade. Considera-se, portanto, que a partir da percepção dos sujeitos do estudo e dos escores obtidos, os idosos não institucionalizados avaliam melhor sua QV em detrimento aos institucionalizados.

Gráfico 2 - Distribuição percentual da satisfação de idosos com a saúde. Cuité – PB, 2013.



Fonte: Dados da pesquisa, 2013.

O Gráfico 2 apresenta o grau de satisfação dos entrevistados em relação a saúde e como pode ser observado a maior porcentagem de escores está relacionada à afirmativa “satisfeito” para os idosos não institucionalizados, atingindo 50,70%, seguido de 29,58% para resposta “nem satisfeito nem insatisfeito”, 14,09% para “muito satisfeito” e apenas 5,63% para “insatisfeito”. Quanto aos idosos institucionalizados as maiores porcentagens dos escores foram relacionadas a resposta “satisfeito” com 51,62%, seguido de 29,03% para resposta “nem satisfeito nem insatisfeito”, 19,35% para “insatisfeito”. Em ambos os grupos da

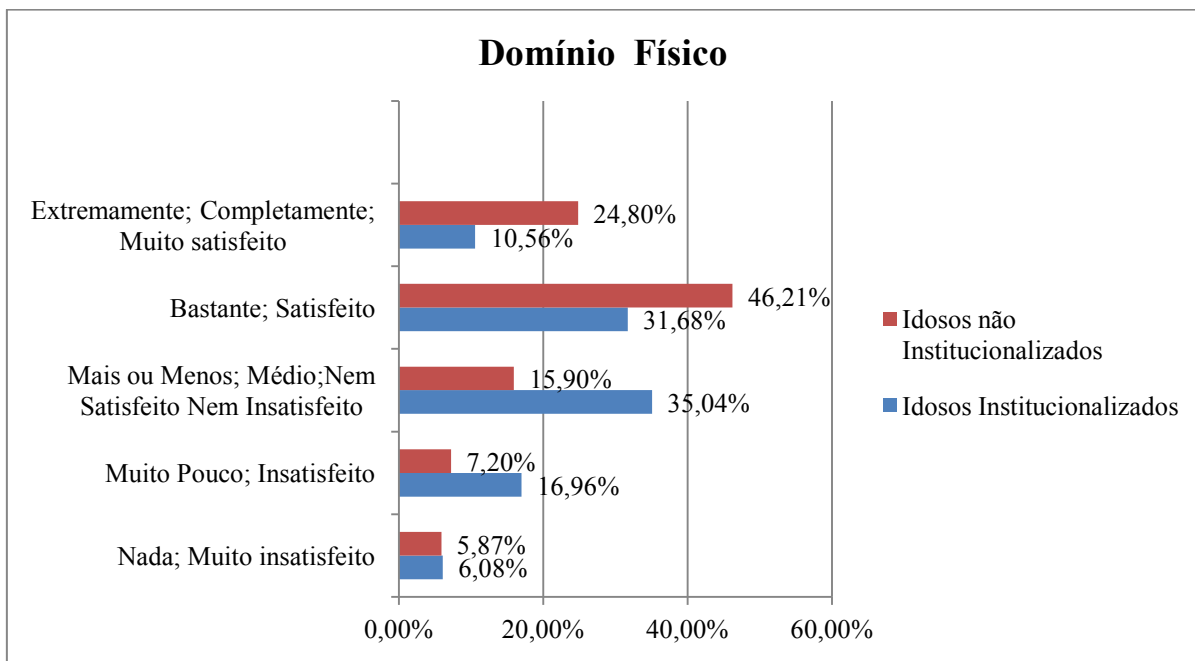
pesquisa a resposta “muito insatisfeito” não pontuou e nenhum idoso institucionalizado respondeu que estava muito satisfeito com sua saúde.

O que pode se pontuar diante desses resultados é que mesmo com as alterações fisiológicas típicas do processo de envelhecimento e com a predisposição a algumas doenças, a maioria dos idosos de ambos os grupos estão satisfeitos com sua saúde. Acredita-se que o escore da resposta “insatisfeito” seja decorrente principalmente da presença de doenças e suas complicações, tais como perda da visão secundária ao diabetes, paralisia de membros como seqüela de acidente vascular encefálico (AVE), hipertensão arterial e doenças cardiovasculares.

De acordo com Buss (2003) faz pouco sentido centrar a ideia de saúde na dimensão somente orgânica. “Saúde” não é um conceito universal, pelo contrário, varia sobre diversas condições sociais. O termo é entendido como o resultado de um conjunto de fatores sociais, políticos, econômicos, culturais, coletivos e individuais, que se combinam, de forma particular, em cada sociedade resultando em comunidades mais ou menos saudáveis, o que faz entender a variedade de respostas sobre a percepção do estado de saúde dos participantes.

A partir deste momento, serão apresentados os resultados encontrados conforme os domínios preconizados no instrumento de mensuração da QV, o WHOQOL-Bref.

Gráfico 3 - Distribuição percentual relativa ao domínio Físico. Cuité – PB, 2013.



Fonte: Dados da pesquisa, 2013.

Como demonstrado no Gráfico 3, os maiores percentuais dos escores relacionados as respostas que representam a percepção sobre o domínio físico foram obtidos pelos idosos não institucionalizados, correspondendo a 46,21% para as respostas “bastante; satisfeito” e 28,80% para as respostas “extremamente; completamente, muito satisfeito”. Esse resultado pode estar associado à liberdade da convivência social, aos exercícios físicos que os participantes do grupo de vivência praticam e com a idade menos elevada desse grupo em comparação com os institucionalizados.

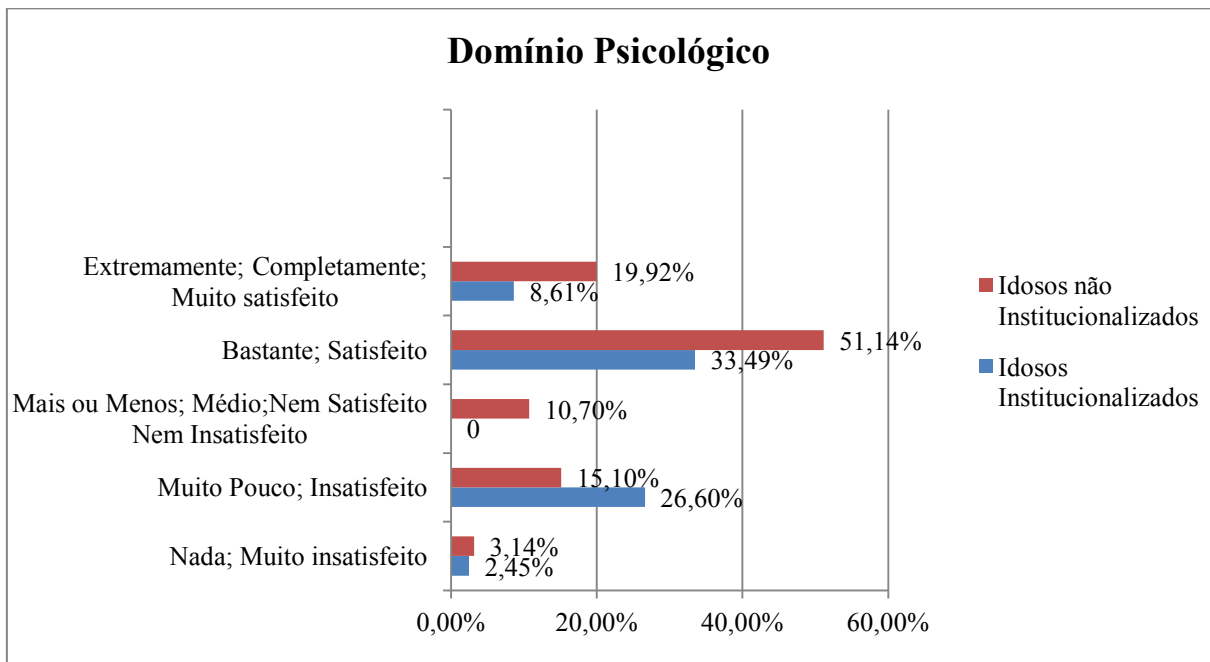
De acordo com Zaitune (2007), vários benefícios biopsicossociais são resultados da prática regular de atividade física, tais como o aumento da força muscular, a diminuição de gordura, a melhoria do condicionamento cardiorrespiratório, a melhoria do humor e da autoestima e a diminuição do estresse e da depressão. Os benefícios da prática de exercícios físicos não se restringem ao campo físico e mental dos indivíduos, mas traz repercussão também na dimensão social, melhorando o desempenho funcional, mantendo a autonomia e a independência daqueles que envelhecem. Especialmente entre as pessoas com idade avançada, é constatado que a prática de exercícios físicos diminui o risco institucionalização e o uso de serviços de saúde e de medicamentos.

Grande parte dos idosos institucionalizados (35,04%) se manteve neutra ao afirmar que fisicamente estavam “mais ou menos; nem insatisfeito nem satisfeito; médio”. Porém 16,96% afirmaram que estavam “insatisfeitos” e 6,08% “muito insatisfeito” no domínio físico. Este achado é reflexo da falta de atividade física, do comprometimento da capacidade de locomoção relacionado à presença de doenças e suas sequelas ou do uso de certos medicamentos. De acordo com Oliveira, Gomes e Paiva (2011), a perda gradual do vigor físico e da produtividade, aliadas à suscetibilidade elevada às doenças crônicas, fazem o idoso mais vulnerável física e emocionalmente, podendo ser a única possibilidade ao idoso a institucionalização.

Corroborando esta ideia, Gravina et al. (2010) afirmam que envelhecimento associa-se à redução da massa muscular esquelética, com diminuição da força muscular, redução do débito cardíaco e da função respiratória, mudanças no sistema endócrino e sistema imunológico, diminuição da densidade óssea e maior prevalência e incidência de sedentarismo. Este último que em idosos pode ser caracterizado por práticas de exercícios físicos com duração menor que 150 minutos por semana, sendo um importante fator de risco para doenças como diabetes mellitus, doença arterial coronariana, obesidade, hipertensão arterial, ansiedade, depressão, aterosclerose, dislipidemia e osteoporose.

Considerando, portanto, o domínio físico como um importante indicador para QV, porcentagens de escores mais elevados nas respostas que indicam melhor grau de satisfação com esse domínio, o que nesse caso correspondeu aos idosos não institucionalizados, apontam uma melhor qualidade de vida para este grupo.

Gráfico 4 - Distribuição percentual relativa ao domínio Psicológico. Cuité – PB, 2013.



Fonte: Dados da pesquisa, 2013.

Diante do resultado exposto no Gráfico 4, os maiores percentuais dos escores relacionados a percepção sobre o domínio psicológico foram obtidos pelos idosos não institucionalizados, correspondendo a 51,14% para as respostas “bastante; satisfeito” e 19,92% para as respostas “extremamente; completamente, muito satisfeito”. Para as mesmas respostas os idosos institucionalizados pontuaram 33,49% e 8,61% respectivamente. Esse maior percentual de respostas positivas quanto ao domínio psicológico por parte dos idosos não institucionalizados pode ser relacionado ao maior apoio social que possuem, como o apoio de amigos, colegas e familiares bem como maior grau de liberdade e possibilidade de desenvolver atividades que melhorem a saúde psíquica como participação em oficinas e grupos de dança. Dessa forma essas atividades auxiliam na redução de sentimentos como tristeza e no desenvolvimento de doenças como a depressão, cujo surgimento é comum com o avanço da idade.

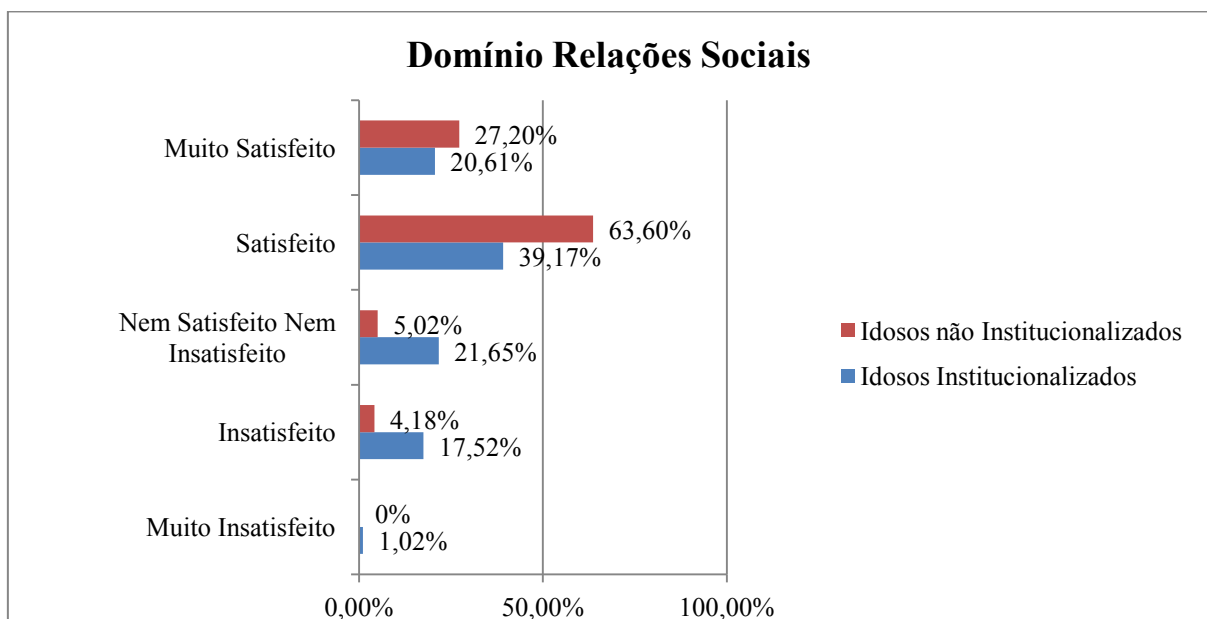
A partir do Gráfico 4 ainda pode ser observado que nos idosos institucionalizados 26,60% da porcentagem foi atribuída as resposta “muito pouco; insatisfeito” o que remete ao fato que a institucionalização pode gerar sentimentos de negativos e predispor o aparecimento

de transtornos mentais como ansiedade e depressão. Conforme mencionam Póvoa et al. (2009), epidemiologicamente estima-se que cerca de 15% dos idosos mostram alguns sintomas de depressão. A incidência desse transtorno mental em populações institucionalizadas revela-se maior quando comparadas com a de idosos não institucionalizados, podendo atingir 31% e 23% respectivamente.

De acordo com Santana (2007), a institucionalização asilar é uma situação estressante e que facilita o desenvolvimento de depressão. A partir do momento da institucionalização os idosos são retirados do meio social em que viviam e colocados em um lugar com regimento próprio, sob representação social da instituição. Neste lugar, eles se vêem isolados de seu convívio social e adotam estilo de vida diferente dos seus, tendo que se habituarem a uma rotina de horários, dividir seu ambiente com pessoas desconhecidas e distantes da família. Este isolamento social leva à privação da liberdade, perda da identidade, de autoestima, solidão e, algumas vezes, à recusa da própria vida, o que pode justificar elevada prevalência de depressão em asilos.

Assim, uma boa saúde psicológica possui influência positiva na qualidade de vida das pessoas, o que no estudo desse domínio os idosos do grupo de convivência pontuaram mais nos escores que representam um melhor grau de satisfação no domínio psicológico.

Gráfico 5 - Distribuição percentual relativa ao domínio Relações Sociais.. Cuité – PB, 2013.



Fonte: Dados da pesquisa, 2013.

Como se visualiza no Gráfico 5, a maioria dos escores no domínio relações sociais foi atribuída pelos idosos não institucionalizados com a afirmativa “satisfeito” correspondendo a 63,60%, seguido de 27,20% com a resposta “muito satisfeito”, 5,02% com “nem satisfeito nem insatisfeito” e 4,18% para “insatisfeito”.

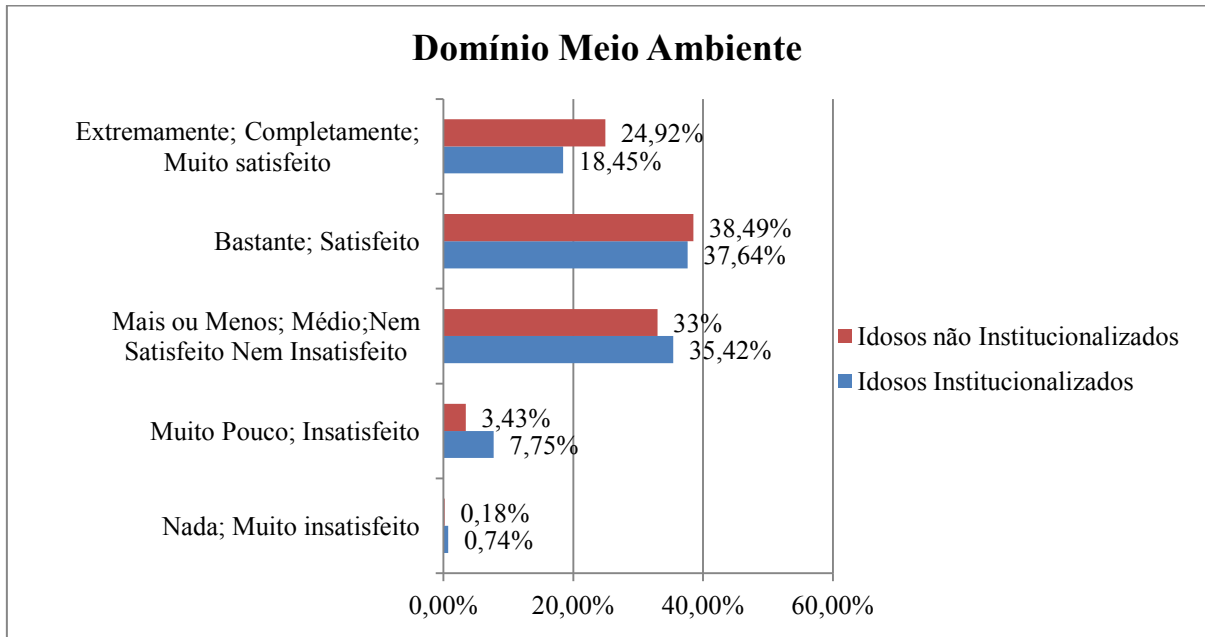
Quanto aos idosos institucionalizados as maiores porcentagens dos escores relaciona-se à resposta “satisfeito” com 39,17%, seguido de 21,65% com “nem satisfeito nem insatisfeito”, 20,61% para “muito satisfeito”, 17,52% para “insatisfeito” e 1,02% para a afirmação “muito insatisfeito”. Embora vários idosos institucionalizados tenham afirmado que estavam satisfeitos ou muito satisfeitos com suas relações sociais, a maior pontuação nessas afirmações foram obtidas pelos idosos não institucionalizados.

As atividades sociais podem ser conceituadas como todas as atividades que os idosos participam ativamente em coletividade, entre elas destacam as físicas, de lazer, de religião, serviços voluntários, sendo de fundamental importância para contribuir na melhoria do conjunto das funções dos idosos e conseqüentemente melhoram a qualidade de vida dos mesmos (GIUSTI, 2008). Como os idosos não institucionalizados têm maiores oportunidades de praticar essas atividades, o alto grau de satisfação nesse domínio por parte desse grupo pode ser explicado.

Com a institucionalização as relações sociais dos idosos tendem a diminuir, isto afeta negativamente na QV, pois essas pessoas se afastam de seus amigos, familiares e diminuem a participação em atividades sociais com a comunidade. Esta configuração da redução das relações sociais secundária à institucionalização pode explicar os escores superiores nas afirmações “insatisfeito” e “muito insatisfeito” por parte dos idosos institucionalizados em relação aos do grupo de convivência.

Sob outra perspectiva, de acordo com Ramos (2008), uma solução viável e interessante para os idosos que perderam seus vínculos familiares ou àqueles que advêm de famílias de baixa renda é a procura pelas ILPI. Este fato pode ter como efeito uma exclusão social no momento em que o idoso se vê afastado de relações sociais a qual fizeram parte de sua história de vida. Esse novo contexto em que o idoso se insere impacta, portanto, diretamente na sua QV, como está claramente expresso nos resultados obtidos nesta pesquisa, pois cerca de 40% dos idosos institucionalizados estão muito insatisfeitos, insatisfeitos ou neutros quanto às relações sociais, contrariamente aos 9,20% dos não institucionalizados.

Gráfico 6 - Distribuição percentual relativa ao domínio Meio ambiente. Cuité – PB, 2013.



Fonte: Dados da pesquisa, 2013.

Em relação ao domínio meio ambiente, como mostrado do Gráfico 6, os maiores percentuais dos escores foram obtidos pelos idosos não institucionalizados, correspondendo a 38,49% para as respostas “bastante; satisfeito” e 24,92% para as respostas “extremamente; completamente, muito satisfeito”. Para essas mesmas afirmações, os participantes institucionalizados pontuaram 37,64% e 18,45%, respectivamente. Quanto à afirmação “mais ou menos; médio; nem insatisfeito nem satisfeito” os valores se invertem sendo o percentual superior para os idosos institucionalizados correspondendo a 35,42% enquanto os não institucionalizados atingiram 33%. Esse mesmo fato ocorre com as respostas “muito pouco; insatisfeito” e “nada e muito insatisfeito”, onde os idosos institucionalizados pontuaram 7,75% e 0,74% respectivamente com essas respostas, contra 3,43% e 0,18% para os não institucionalizados, o que mostra um relativo equilíbrio de respostas entre as duas categorias estudadas quanto ao seu ambiente de convívio.

Os maiores escores em relação ao grau de satisfação com o meio ambiente por parte dos idosos do grupo de convivência pode ser explicado pelo fato de morarem muitas vezes em casa própria, com seus familiares, próximo de amigos e vizinhos em um lugar que viveram maior parte de suas vidas e acabaram criando vínculos afetivos tanto social quanto material por seus bens. Contudo, um percentual significativo de idosos institucionalizados afirmou estar satisfeito com o meio ambiente em que vive, realidade esta possivelmente associada à existência de funcionários treinados para cuidar tanto das necessidades básicas individuais,

como alimentação, higiene pessoal, atenção à saúde, quanto do ambiente, uma vez que este se mostra limpo, seguro, sossegado, afastado de barulhos e poluição, com um espaço amplo e arborizado, o que remete a paz e tranquilidade para alguns idosos.

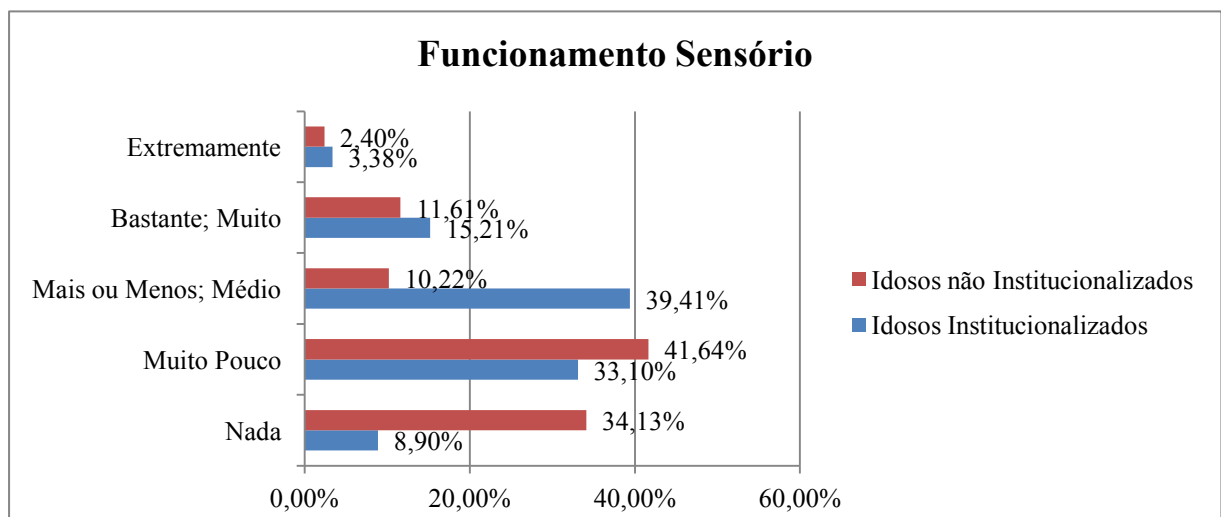
No questionário, este domínio envolve as facetas relacionadas ao ambiente físico, recursos financeiros, diversão e lazer, meios transporte, disponibilidade de novas informações, cuidados em saúde e segurança física. O maior percentual de insatisfação neste domínio por parte dos idosos institucionalizados, mesmo pouco significativo, possui impacto negativo na QV e pode estar relacionado ao cotidiano dessas pessoas ser restrito, muitas vezes, em um ambiente monótono, em convivência com pessoas desconhecidas e com perda de privacidade.

Segundo Prado e Perracini (2007), as condições ambientais possuem envolvimento com a qualidade de vida percebida, ou seja, o aparecimento de condições ambientais que permitam aos idosos desempenhar comportamentos biológicos, sociais e psicológicos adaptativos apresenta relação direta com a QV na velhice.

4.3 Avaliação comparativa da qualidade de vida de idosos segundo WHOQOL-Old

Mediante as respostas dos participantes ao questionário WHOQOL-Old foram construídos seis gráficos que equivalem aos seis domínios definidos pela Organização Mundial de Saúde para a avaliação da qualidade de vida do idoso: 1. Funcionamento sensorio; 2. Autonomia; 3. Atividades passadas, presentes e futuras; 4. Participação social; 5. Morte e morrer; e 6. Intimidade.

Gráfico 7 - Distribuição percentual relativa ao domínio Funcionamento Sensorio. Cuité – PB, 2013.



Fonte: Dados da pesquisa, 2013.

O Gráfico 7 demonstra o comprometimento do funcionamento sensorial dos participantes, logo, escores elevados nas afirmações “bastante” e “extremamente” correspondem a um maior comprometimento dos sentidos (audição, visão, paladar, olfato, tato) e conseqüentemente afetam negativamente no cotidiano, no modo de interagir com as pessoas e com o meio, interferindo, na qualidade de vida. Como observado no Gráfico 7, os maiores percentuais foram obtidos para as afirmações “muito pouco” e “nada” por parte dos idosos não institucionalizados onde pontuaram respectivamente 41,64% e 34,13%, enquanto os idosos institucionalizados pontuaram 33,10% e 8,90% para os mesmos questionamentos. Além disso, esses últimos obtiveram maior porcentagem de escore para as respostas “mais ou menos; médio” com 39,41%, “bastante; muito” com 15,21% e “extremamente” com 3,38%.

A partir desses resultados foi observado que os idosos do grupo de convivência possuem menor comprometimento dos sentidos. Isso pode ser relacionado ao fato deste grupo possuir faixa de idade menor e pela prática regular de atividades físicas, o que possibilita a prevenção de algumas doenças que aceleram a perda dos sentidos. Por outro lado, a maior porcentagem dos escores nas respostas que indicam um elevado comprometimento sensorial pelos idosos institucionalizados pode ser resultado da idade mais avançada de alguns integrantes desse grupo, bem como a prevalência de doenças que afetam os sentidos. Estas últimas que podem estar envolvidas com a própria causa de institucionalização.

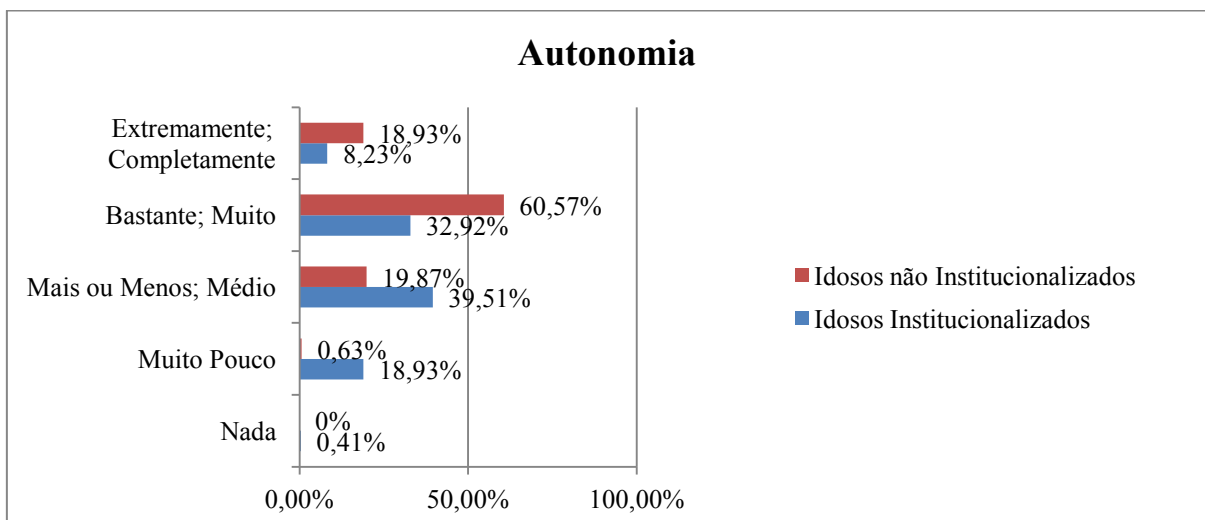
Com o avanço da idade ocorre a perda gradual dos sentidos. Contudo esta perda pode ser acelerada ou ocasionada secundariamente a algumas doenças comuns do processo de envelhecimento, como a perda da visão como consequência do diabetes ou glaucoma, perda do tato como seqüela de AVE, redução do paladar devido perda dentária por cáries etc.

De acordo com Campelo (2007), a diminuição da audição nos idosos está relacionada à presbiacusia que é caracterizada por uma perda auditiva bilateral para tons de alta frequência, causada por mudanças degenerativas e fisiológicas no sistema auditivo, que ocorre progressivamente com avanço da idade. Quanto à visão, um dos fatores determinantes para o seu comprometimento é a perda da transparência da córnea com o passar dos anos e o cristalino, que é geralmente transparente na infância, vai tornando-se amarelado causando dificuldade na formação da imagem. Em relação ao olfato e paladar, esses sentidos que são intimamente ligados, com o processo de envelhecimento o funcionamento torna-se bastante reduzido, provocando inadequações no processo alimentar, pois o sabor e o aroma dos alimentos possuem menor percepção, o que pode gerar a ingestão prejudicial de substâncias para fixar o sabor como sal e açúcar, prejudicando a saúde do idoso. A diminuição do tato,

por sua vez, está relacionada à diminuição dos neurônios com o avançar da idade, o que na pele tem efeito de diminuição na recepção dos estímulos mecânicos (LIMA, 2007).

A perda dos sentidos compromete o cotidiano, a capacidade de participação de atividades e a capacidade de interação social, fazendo com que o idoso se torne dependente de cuidados. A QV da população idosa está envolvida com a manutenção da autonomia e da capacidade funcional. Dessa forma, quando o idoso tem comprometimento dos sentidos ocorrerá redução na capacidade funcional e, conseqüentemente, qualidade de vida insatisfatória (VITORINO; PASKULIN; VIANNA, 2012).

Gráfico 8 - Distribuição percentual relativa ao domínio Autonomia. Cuité – PB, 2013.



Fonte: Dados da pesquisa, 2013.

O Gráfico 8 expõe os resultados encontrados quanto ao domínio autonomia. Nesse domínio, os escores nas afirmações “bastante” e “extremamente” correspondem ao melhor grau de autonomia. Como se percebe, a maioria dos escores obtidos pelos idosos não institucionalizados foi para a resposta “bastante; muito” correspondendo a 60,57%, seguido de 19,87% para a resposta “mais ou menos; médio”, 18,93% para “extremamente, completamente” e 0,63% para “muito pouco”. Enquanto os idosos institucionalizados os maiores percentuais dos escores corresponderam as afirmativas “mais ou menos; médio” com 39,51%, seguido de 32,92% “bastante; muito”, 18,93% para “muito pouco”, 8,23% para “extremamente; completamente” e 0,41% para resposta “nada”. Os idosos não institucionalizados, portanto, obtiveram maiores percentuais dos escores relacionados às respostas que representam melhor a percepção sobre o domínio autonomia.

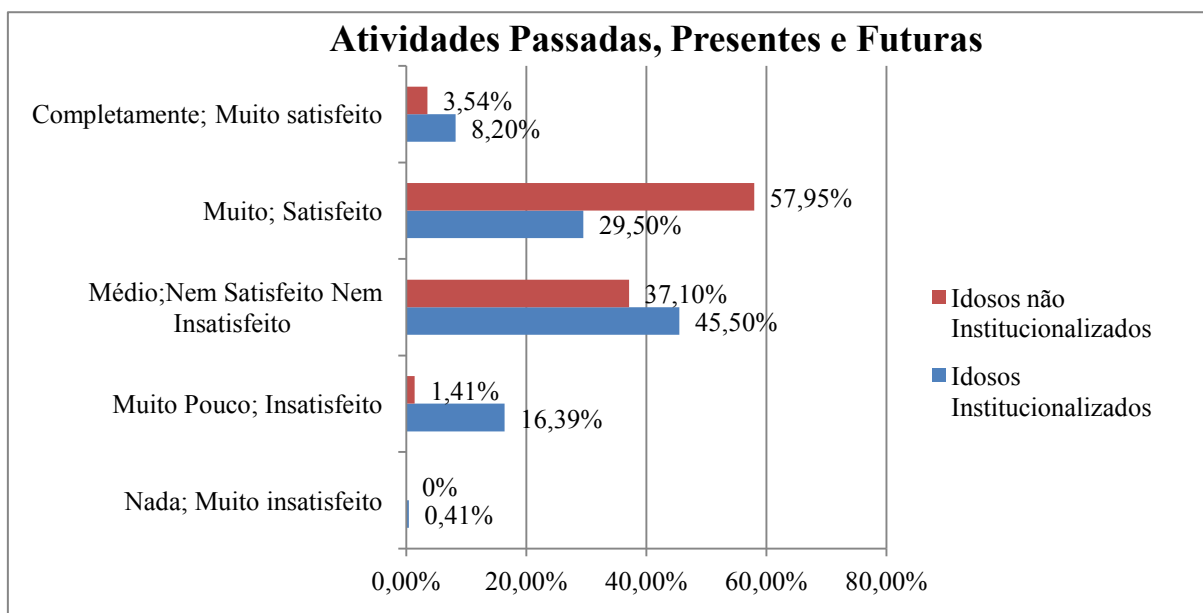
Com o avanço da idade ocorre uma elevação progressiva das limitações para as atividades do dia-a-dia, o que afeta a sua independência e a sua autonomia. A independência

funcional relaciona-se à capacidade de realizar algo por se próprio. A atividade física praticada regularmente tem sido considerada necessária para manutenção do condicionamento físico em indivíduos idosos, assim como a maneira de reduzir e reverter a perda de massa da musculatura, contribuindo para a preservação da autonomia funcional, do envelhecimento de forma saudável e na melhoria da QV (FIEDLER; PERES, 2008).

Os idosos institucionalizados obtiveram escores superiores em relação às afirmativas que representam as piores percepções sobre o domínio autonomia, o que revela que estes possuem maiores limitações em realizar atividades do cotidiano como se alimentar sozinho, realizar higiene corporal, se deslocar até os dormitórios, assim como a tomada de decisão. Um estudo realizado por Murakami e Scattolin (2010) com idosos institucionalizados em Sorocaba-SP obtiveram os menores escores nesse domínio em relação aos demais tendo efeito negativo na QV dessas pessoas.

Para avaliação do domínio autonomia foram realizadas perguntas que envolveram até que ponto os idosos tomam suas próprias decisões, controlam seu próprio futuro, as pessoas respeitam sua liberdade e conseguem a fazer o que tem vontade. Dessa forma, entende-se o quanto é importante ter autonomia para a garantia de uma boa QV, pois os idosos que possuem liberdade para tomar suas decisões, as pessoas respeitam sua liberdade, que controlam seu futuro e possuem mínimo grau de dependência vivem melhor e com qualidade.

Gráfico 9 - Distribuição percentual relativa ao domínio Atividades Passadas, Presentes e Futuras. Cuité – PB, 2013.



Fonte: Dados da pesquisa, 2013.

O Gráfico 9 aborda as perspectivas sobre as atividades passadas, presentes e futuras, onde os questionamentos envolveram o grau de satisfação com o que o idoso conseguiu ao longo da vida e com o que espera do futuro. Como se observa, os idosos não institucionalizados obtiveram um maior percentual de escores na afirmação “satisfeito” correspondendo a 57,95%, seguido de 37,10% com a resposta “nem satisfeito nem insatisfeito”, 3,54% para resposta “completamente; muito satisfeito” e apenas 1,41% para “muito pouco; insatisfeito”. Quanto aos idosos institucionalizados, grande parte dos escores foi atribuída à resposta “nem satisfeito nem insatisfeito” com 45,50%, o que superou o escore obtido pelo grupo de convivência, seguido 29,50% para a resposta “satisfeito”, 16,39% para resposta “muito pouco; insatisfeito”, 8,20% para resposta “completamente; muito satisfeito” e 0,41% para “nada; muito insatisfeito”.

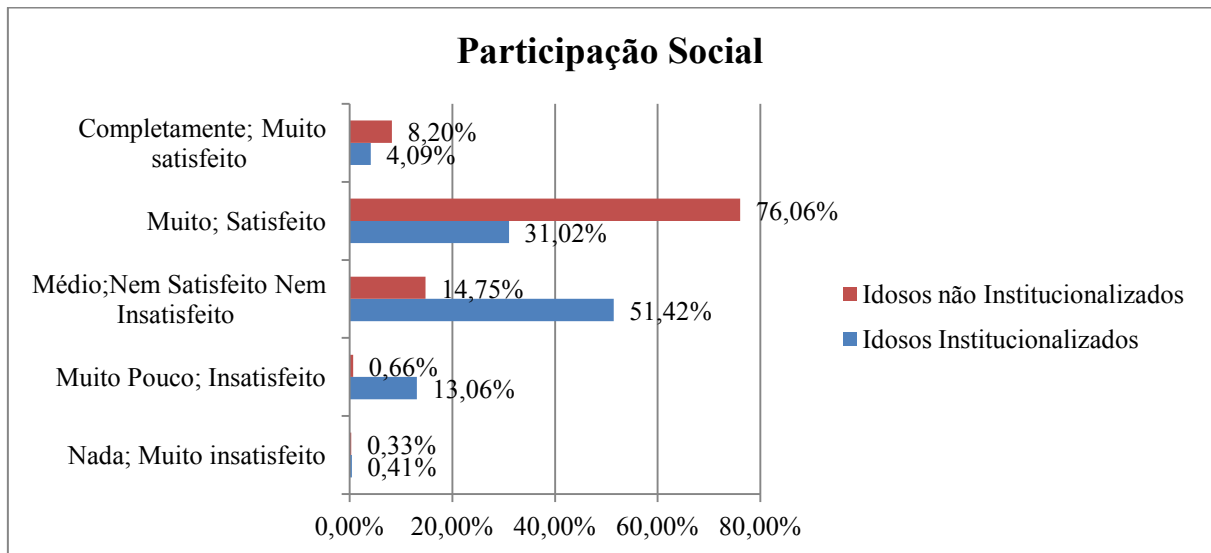
Como se evidencia, a maior parte dos idosos não institucionalizados relatou estar satisfeita com as atividades passadas, presentes e futuras. Isto pode relacionar-se à menor faixa etária dentre as duas categorias estudadas, assim como o baixo grau de dependência, o que se estima ter uma relação positiva para que essas pessoas continuem buscando mais reconhecimento e bens com o passar do tempo. Contudo, um maior número de idosos institucionalizados afirmou estar muito satisfeito em relação a esse domínio, o que hipoteticamente tem relação com alguns idosos possuírem maior idade, com isso podem ter adquirido mais bens e reconhecimento, portanto maior grau de satisfação com as atividades passadas.

Mesmo com uma porcentagem elevada de escores para as respostas “satisfeito” e “muito satisfeito” pelos idosos institucionalizados, um número significativo de idosos responderam que estavam insatisfeitos com as atividades passadas, presentes e futuras, o que mostra que não tiveram reconhecimento significativo ao longo da vida ou não esperam muitas conquistas para o futuro. Esse fato pode ser relacionado ao estado de saúde comprometido de alguns idosos e a incapacidade de realizar algum trabalho para conquistar o que almejam.

De acordo com Pereira et al. (2006), para uma pessoa que passou a maior parte da vida trabalhando e tentando obter uma melhor QV tanto no aspecto social como econômico, alcançar o que pretendia na vida senil é assegurar uma total satisfação e sentimento de realização pessoal. Os idosos que conseguem este feito podem ser considerados como vencedores de suas visões e ambições ao longo da vida. Estas conquistas juntamente com o

sentimento de continuar alcançando suas metas e objetivos pelo idoso contribuem para a edificação de uma boa QV.

Gráfico 10 - Distribuição percentual relativa ao domínio Participação Social. Cuité – PB, 2013.



Fonte: Dados da pesquisa, 2013.

Como observado no Gráfico 10, os idosos não institucionalizados se mostraram com maior participação social que os institucionalizados, pontuando 76,06% para resposta “muito; satisfeito” e 8,20% para “completamente; muito satisfeito”, o que permite uma denotação lógica. Por outro lado, os idosos institucionalizados pontuaram 31,02% e 4,09% para as mesmas respostas. Isso pode ser relacionado à realização de um maior número de ações no meio social por parte dos idosos não institucionalizados, pois além de morarem na comunidade com seus familiares e amigos, eles tem a oportunidade de fazer parte de um contexto onde existe toda uma programação de dias para desenvolver atividades laborais, ações religiosas, trabalhos voluntários, exercícios físicos em conjunto, participação em oficinas de arte, de poesia e grupos de dança, dentre outras atividades.

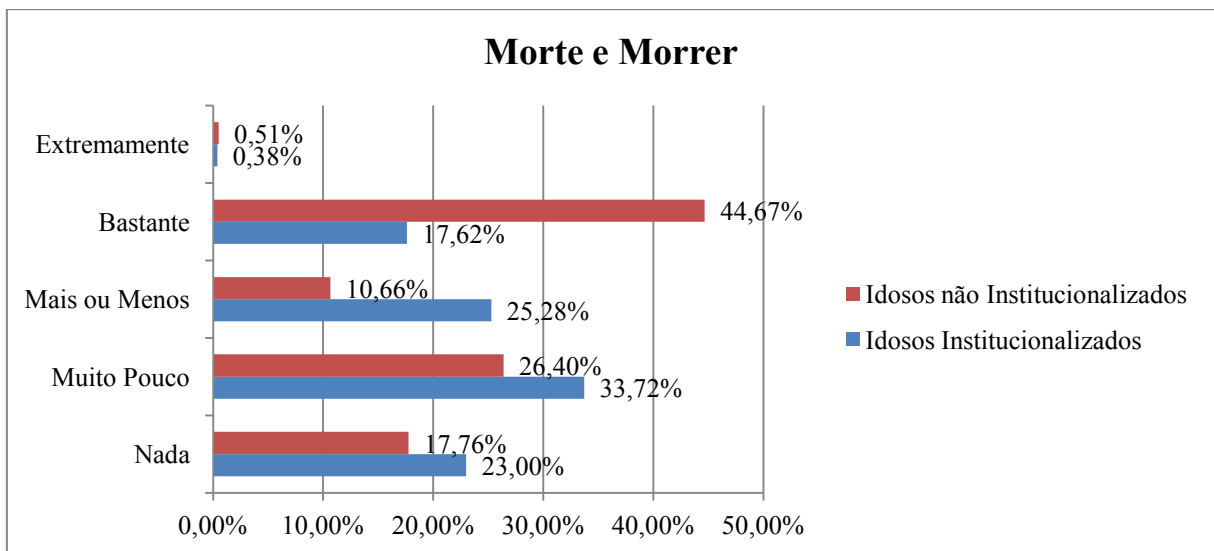
Uma pesquisa intitulada “Percepção dos idosos sobre grupos de terceira idade”, realizada por Rizolli e Surdi (2010), concluiu que os grupos de convivência para idosos são de grande valia para essa população, pois oferecem ocupação do tempo ocioso e várias propostas de lazer, bem como de permitir a formação de laços de identificação, onde é possível compartilhar os significados do envelhecimento. Nesta pesquisa, alguns entrevistados relataram ter entrado nos grupos com o objetivo de melhorar a saúde e outros porque

almejavam conhecer novas pessoas e fazer amigos. A oportunidade de participação nesses grupos permitiu melhorias na QV da maioria dos idosos.

Os idosos institucionalizados mostraram, em sua maioria, neutralidade nesse domínio, pontuando um percentual de escores de 51,42% para a afirmação “médio; nem satisfeito nem insatisfeito”. Contudo uma porcentagem significativa dos escores desse grupo (13,03%) foi evidenciado para a resposta “muito pouco; insatisfeito”, o que mostra que a institucionalização priva em parte de seus integrantes a consecução da participação social. Essa privação pode ser consequência do próprio estado de saúde dos idosos, pois alguns possuem limitações físicas, por serem cadeirantes; assim como perderam a visão, o que os impedem de sair da instituição sozinhos e participarem em atividades junto a comunidade, tendo como reflexo um efeito negativo na qualidade de vida dessas pessoas.

O apoio social consiste em fator importante para que os idosos mantenham sua autonomia e tenham uma velhice satisfatória, com menos efeitos negativos. As pessoas com idade avançadas que participam de atividades sociais ativamente e que tem apoio social informal, principalmente da família, são àquelas com melhor saúde física e mental. (AREOSA; BENITEZ; WICHMANN, 2012).

Gráfico 11 - Distribuição percentual relativa ao domínio Morte e Morrer. Cuité – PB, 2013.



Fonte: Dados da pesquisa, 2013.

No Gráfico 11 são mostrados os resultados pertinentes ao domínio morte e morrer contido no questionário, o qual envolvia perguntas sobre o grau de preocupação, nas duas últimas semanas, do idoso com a morte, quanto ao medo de morrer, quanto a não poder

controlar sua morte e o medo de sentir dor antes de morrer. Nesse domínio as respostas “nada” e “muito pouco” correspondem aos melhores níveis de qualidade de vida. Embora tenha havido uma variação nas respostas em ambos os grupos por se tratar de um sentimento bastante particular, diferentemente dos outros domínios os idosos institucionalizados neste obtiveram os melhores percentuais dos escores obtendo 33,72% para respostas “muito pouco” e 23,00% para “nada”. Tal resultado pode ser relacionado à percepção de muitos idosos quanto à inevitabilidade da morte, estando estes conformados e não querendo pensar nisto, como mesmo afirmavam “é a única certeza que temos é que um dia iremos morrer”. Quanto aos idosos não institucionalizados, estes pontuaram 26,40% e 17,76% para as mesmas variáveis. Para a resposta “bastante” o percentual obtido correspondeu a 41,67% para os idosos do grupo de convivência e 17,62% para os institucionalizados.

O medo da morte pode interferir de forma negativa na QV do idosos, pois é agente gerador de ansiedade e impede que o mesmo execute tarefas que antes causavam satisfação. Pesquisas científicas têm demonstrado que a espiritualidade e a religiosidade apresentam relações com a QV dos indivíduos, pois muitos idosos buscam a religião como uma forma de conforto diante do sentimento que um dia irá morrer (PANZINI et al., 2008).

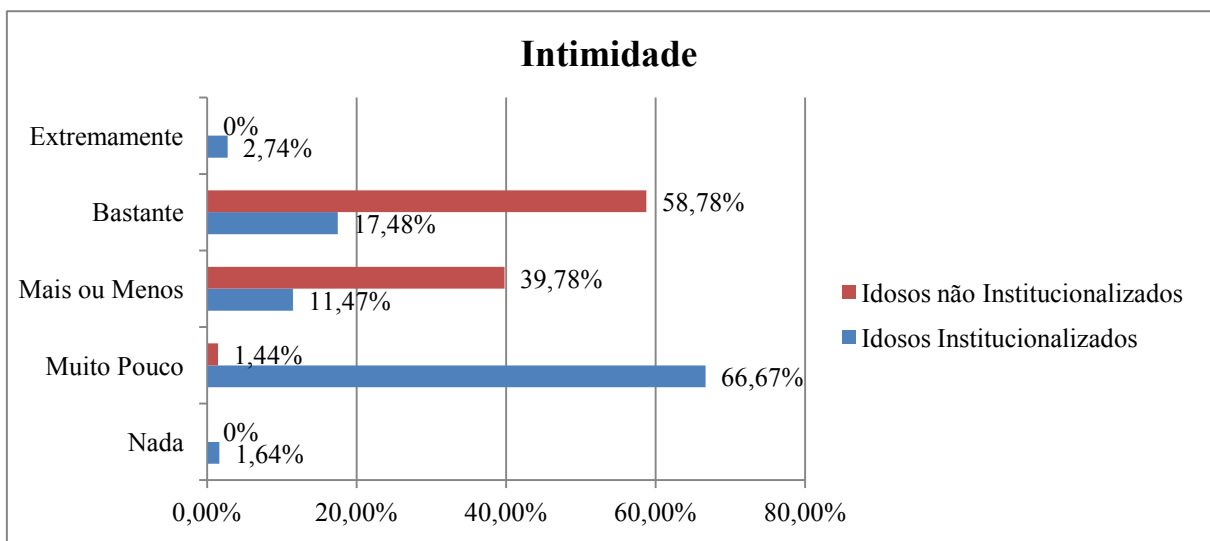
De acordo com Ballone (2005), durante a fase de enfrentamento da morte o indivíduo realiza profundas reflexões sobre sua vida; se lhe foi satisfatória, se houve algum vínculo emocional, se pode sentir sentimentos afetivos fortes e permanentes, se ele pode ajudar a outras pessoas. Orientado psicologicamente pode ser possível que, mesmo doloroso, esse momento possa ter um importante e saudável balanço emocional.

Elisabeth Kübler Ross, em seu livro “Sobre a morte e o morrer”, associa a morte com sofrimento e subdivide o processo de morte em cinco períodos. O primeiro dos períodos identificados é a negação, quando o indivíduo se recusa a aceitar que tem uma condição fatal. Posteriormente se seguem a raiva, a negociação, a depressão e a aceitação de que a morte é inevitável. A autora adverte que os períodos não se sucedem de forma ordenada exclusivamente, mas podem misturar-se, em particular no período da negociação, a exemplo de quando uma pessoa doente pensa que caso se submeta a um determinado tratamento, talvez possa reverter sua condição. O reconhecimento de que a negociação não é possível com a morte, na maioria das vezes leva à quarta fase, que é a depressão. O último período é a aceitação, quando o indivíduo reconhece sua mortalidade e a proximidade do fim (KÜBLER ROSS. 2008).

Para Dias et al. (2009), o medo da morte está relacionado a vários fatores. Para entendê-los é preciso diferenciar o medo da morte, do medo de morrer. O medo da morte para civilizações modernas, onde prevalece capitalismo e o consumo exacerbado, que como consequência trazem um enorme apego a tudo e a todos, ocorre por medo de perder tudo que foi conquistado, aquilo que se tem como posse individual, podendo ser títulos, cargos, bens materiais ou pessoas. O medo de morrer, esse que é entendido como o medo da forma que vai acontecer à própria morte, esse é considerado natural, desde que não em excesso, a ponto de se tornar uma fobia. O medo natural do morrer é o instinto de sobrevivência, aquele que faz evitar situações onde ocorra perigo eminente, sofrer dores ou encontrar a morte de forma traumática.

De maneira geral é difícil associar QV à morte e medo de morrer. Contudo, a população em geral, principalmente a idosa, tende a sentir pavor em relação à morte, pois tem mais tempo de vida, possuem susceptibilidade a doenças e não possuem o vigor físico de antes. Com isso, quando esse pavor se torna fobia pode desencadear transtornos como depressão e ansiedade, onde irá comprometer a saúde mental e consequentemente a qualidade de vida de seu portador (DIAS et al., 2009). Destaca-se, nesse ínterim, que no domínio morte e morrer, os idosos institucionalizados, devido à conformação com a proximidade ou não da morte, apresentam melhor qualidade de vida.

Gráfico 12 - Distribuição percentual relativa ao domínio Intimidade. Cuité – PB, 2013.



Fonte: Dados da pesquisa, 2013.

O domínio intimidade, no questionário, envolveu perguntas sobre o companheirismo, o sentimento de amor e a capacidade do idoso ser amado. Como observado no Gráfico 12,

existe uma significativa divergência dos resultados. Enquanto a maioria dos idosos não institucionalizados apontou “bastante” satisfação com a intimidade (58,78%), os institucionalizados foram maioria ao afirmar ser “muito pouco” satisfeitos (66,67%). Outro resultado associado a este se verifica na relação entre os 17,48% dos idosos institucionalizados que responderam ter “bastante” intimidade contra apenas 1,44% daqueles não institucionalizados que mencionaram ter “muito pouca” intimidade. Ou seja, para essas duas variáveis (bastante e muito pouco) os resultados foram inversamente proporcionais nas duas categorias de participantes estudadas.

A maior pontuação quanto ao melhor grau de intimidade por parte dos idosos não institucionalizados pode ser relacionada ao fato de 65% dos participantes desse grupo serem casados, enquanto que no grupo de idosos da instituição asilar a maioria dos idosos é solteira, correspondendo a 50%, divorciada com 20% ou viúva com 20%, o que diminui consideravelmente a sensação de companheirismo dessas pessoas.

De acordo com Araújo (2002), o amor e o casamento, como se conhecem na atualidade, surgiram com a burguesia, mas somente se intensificaram a partir do século XVIII, quando a sexualidade passou a ocupar maior destaque no casamento. O amor, no sentido moderno de companheirismo, escolha e paixão, não existia no casamento, sendo, geralmente, apreciado nas relações de adultério, e a sexualidade não era vivenciada como lugar de prazer, pois sua função era basicamente a reprodução. Durante a idade média, eram os pais que cuidavam do casamento dos filhos. Era tido como um negócio familiar, um pacto que dois indivíduos faziam não por prazer, mas a mando de suas famílias e para o bem delas. A escolha e a paixão não tinham peso nessas decisões, e a sexualidade para a reprodução era parte do contrato firmado.

A questão de intimidade pode ser interpretada como vinculada à sexualidade em idosos, isso porque para pessoas com mais idade do sexo masculino a habilidade de permanecer sexualmente ativo, muitas vezes, é tida como uma das maiores preocupações em suas vidas e o medo de perdê-la é muito comum. Já para as mulheres idosas, a expressão do desejo sexual ocorre de forma mais discreta, podendo ser causada pelo medo de não serem aceitas, de não despertar o interesse no parceiro, por não terem um parceiro, ou ainda por dedicarem suas vidas ao cuidado à família, deixando a sexualidade em segundo plano (DALSENTER; MATOS, 2009). O alto percentual de escores com os idosos institucionalizados da pesquisa insatisfeitos com sua intimidade pode ser relacionado, além do estado civil da maioria ser solteiro, com o maior número de homens (55%), esses que em

média se preocupam mais com a intimidade relacionada à sexualidade e por não terem uma companheira ou não praticarem o ato sexual.

Considerando que na fase idosa algumas dificuldades fisiológicas se apresentam, como o surgimento da menopausa nas mulheres, onde ela deixa de produzir o estrogênio e conseqüentemente pode causar mudanças significativas em seu corpo e sua sexualidade, tais como diminuição da lubrificação vaginal, do interesse sexual e alterações de humor; e no homem a ereção não mostra o mesmo nível de rigidez e duração, ocorre uma diminuição volume de esperma e do jato ejaculatório, a sexualidade para os idosos não deve ser entendida apenas como o ato sexual, mas com o maior envolvimento afetivo, companheirismo, troca de experiências, novas descobertas e novas formas de se obter e dar prazer, podendo melhorar consideravelmente a satisfação sexual. O exercício da sexualidade representa saúde e QV (OLIVEIRA, 2013).

Idosos com boas relações de intimidade, sentimentos de companheirismo, bem como expressão do seu amor e sua sexualidade otimizam a saúde em seus diversos aspectos, principalmente físicos e psicológicos, o que acaba refletindo em uma melhor QV.

5 Considerações Finais

O presente estudo possibilitou a oportunidade de identificar e mensurar a qualidade de vida de idosos institucionalizados da “Casa do Idoso Vó Filomena Maria da Conceição” e não institucionalizados do grupo de convivência “Alegria de Viver” no município de Cuité – PB, através dos instrumentos de avaliação da qualidade de vida WHOQOL-Bref e WHOQOL-Old da OMS, bem como identificar os fatores que interferem na qualidade de vida desses idosos. Além disso, investigou-se acerca da situação socioeconômica e demográfica das participantes do estudo por meio de um questionário.

Ao longo da pesquisa verificou-se que maioria dos idosos institucionalizados possui idade acima de 80 anos, é do sexo masculino, solteira, com ensino fundamental incompleto e com renda inferior ou igual a um salário mínimo. Já os idosos não institucionalizados, a maioria possui idade entre 60 e 69 anos, é do sexo feminino, casada, com ensino fundamental incompleto e possui renda entre um e dois salários mínimos.

Quanto à QV, temática subjetiva e particular, que envolve fatores intrínsecos, como condições de saúde e decisões de como são enfrentados os acontecimentos da vida; e extrínsecos, como recursos financeiros e ambientais que rodeiam os indivíduos, a investigação com os idosos da pesquisa mostrou que aqueles não institucionalizados apresentam uma melhor QV, em comparação com os institucionalizados. Estes obtiveram os melhores percentuais dos escores nas duas facetas que relacionam a percepção geral sobre a QV, nos quatro domínios do WHOQOL-Bref e a melhor percepção da qualidade de vida em cinco domínios do WHOQOL-Old, excetuando-se o domínio morte e morrer em que os institucionalizados apresentam melhores escores quanto à percepção desse sentimento tão singular.

Dessa forma a hipótese do estudo foi confirmada parcialmente, uma vez que se acreditava que o resultado desta pesquisa mostraria que os idosos não institucionalizados apresentariam um nível global de QV superior àqueles institucionalizados. Considerando as facetas estudadas mediante a utilização do questionário Whoqol-old (funcionamento dos sentidos; autonomia; atividades passadas, presentes e futuras; participação social; morte e morrer; e intimidade), todas apresentaram melhores escores de qualidade de vida para os idosos não institucionalizados. Contudo no domínio morte e morrer os idosos institucionalizados apresentam melhores pontuações.

O estudo traz significativa contribuição para o campo da saúde, pois ajudou a identificar as necessidades físicas, psíquicas e sociais, bem como os indicadores de qualidade de vida dos idosos em um pequeno município da Paraíba. A partir da identificação dessas

necessidades poderão ser criadas medidas para melhorar os parâmetros da qualidade de vida desses idosos. A equipe de enfermagem, portanto, é parte fundamental para a criação de medidas direcionadas à melhoria da QV de idosos, pois está diretamente ligada com essas pessoas, auxiliando na promoção da saúde e na prevenção de doenças. Em uma instituição de longa permanência a equipe de enfermagem desenvolve diversificadas atividades podendo estar relacionadas à organização do ambiente, medidas de prevenção de doenças e acidentes, administração de medicamentos, auxiliar na alimentação e higiene dos idosos, instruir a prática de atividades físicas, criação de oficinas para incentivo da memória e incentivar o autocuidado para essas pessoas.

Algumas questões observadas pelo estudo foram o déficit da participação social e insatisfação com o estado de saúde por parte dos idosos institucionalizados. Com isso é de interesse que os responsáveis pela instituição tentem utilizar meios para reinserir a participação dessas pessoas na sociedade, assim como incentivar a prática de exercícios físicos e capacitar os cuidadores para fornecer um maior apoio emocional diante do estado que essas pessoas vivenciam. Com essa prática, a QV dessas pessoas irá melhorar consideravelmente e garantirá o que diz o Estatuto do Idoso quando dispõe que as instituições de longa permanência devem proporcionar cuidados à saúde, conforme a necessidade do idoso e promover atividades educacionais, esportivas, culturais e de lazer.

Os resultados deste estudo, portanto, ratificam a necessidade de desenvolver ações que visem a reintegração do idoso institucionalizado à sociedade. Algumas alternativas podem envolver a realização de atividades como oficinas de arte, música, dança e prática de exercícios com supervisão de instrutores, visando a maximização dos relacionamentos sociais e da saúde tanto física como mental dessa população. De modo mais amplo, suscita a necessidade de criação e implementação de políticas públicas direcionadas aos idosos institucionalizados, a fim de promover melhores níveis de qualidade de vida para estes. Para o alcance deste feito, a gestão deverá assegurar os direitos dos idosos garantidos constitucionalmente, os líderes de instituições de idosos devem ser administrativa e emocionalmente treinados para o cuidado e o poder público responsabilizar-se na elaboração de medidas para que a velhice da população brasileira ocorra da maneira mais saudável possível, uma vez que o Brasil será, em futuro próximo, um dos países com maior contingente de idosos, e muitos provavelmente serão institucionalizados.

Sugere-se, no entanto, que os pesquisadores das ciências sociais e da saúde desenvolvam novos estudos sobre QV em idosos institucionalizados e não institucionalizados

com o objetivo de conhecer outras realidades, trazendo um impacto mais significativo para a proposição e implementação de programas de saúde, educacionais e sociais para os idosos.

Referências

ALMEIDA, A. K.; MAIA, E. M. C. Amizade, idoso e qualidade de vida: revisão bibliográfica. **Psicol. estud.**, Maringá, v. 15, n. 4, Dez., 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141373722010000400010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 de mar. de 2012.

ARAÚJO, M. F. Amor, casamento e sexualidade: velhas e novas configurações. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 22, n. 2, June 2002 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932002000200009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 de abr. 2013.

ARAÚJO, K. B. G. O. **Resgate da memória no trabalho com idosos: o papel da educação física**. 2001. Dissertação (Mestrado em Educação Física)-Programa de Pós Graduação em Educação Física, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, 2001.

AREOSA, S. V. C.; BENITEZ, L. B.; WICHMANN, F. M. A. Relações familiares e o convívio social entre idosos. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 11, n. 1, jan./jul. 2012. p. 184 – 192. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/10495/8059>> Acesso em: 02 de Abr. 2013.

BALLONE, G.J. Lidando com a Morte. **PsiquWeb Psiquiatria Geral**, São Paulo, v.5, n.4, 2005. Disponível em: <www.psiqweb.med.br> Acesso em: 01 de Abr. 2013.

BRASIL. Lei n. 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 3 out. 2003. Seção 1, p. 1.

_____. AGENCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). RDC nº 283, de 26 de setembro de 2005. **Aprova o Regulamento Técnico que define normas de funcionamento para as Instituições de Longa Permanência para Idosos, de caráter residencial**. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/58109e00474597429fb1df3fbc4c6735/RDC+N%C2%BA+283-2005.pdf?MOD=AJPERES>> Acesso em: 25 de abr. de 2012.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196 de 10 de outubro de 1996**. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. Brasília - DF, 1996.

_____. **Política Nacional de Saúde do Idoso: Portaria nº. 1.395, de 10 de dezembro de 1999**. Brasília: Conselho Nacional do Idoso, 1999.

BUSS, P. M. **Saúde, Sociedade e qualidade de vida**. Fiocruz, 2003. Disponível em: <<http://www.invivo.fiocruz.br>. Acesso em 29 de mar de 2013.

CAMARANO, A. A.; KANSO, S. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. In: Elisabete Viana de Freitas; Lígia Py. (Org.). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 3 ed. Rio de Janeiro: Grupo Editora Nacional/Guanabara Koogan, 2011, p. 58.

CAMPELO, L. M. P. **Identificação de sintomas auditivos e extra-auditivos em**

trabalhadores expostos a níveis elevados de pressão sonora e sua relação com o tempo de exposição. 2007. 115p. Dissertação (Mestrado em Fonoaudiologia, Processamento e distúrbios da audição) – Universidade Veiga de Almeida, Rio de Janeiro, 2007.

CARNEIRO, R. S. et al. Qualidade de vida, apoio social e depressão em idosos: relação com habilidades sociais. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v.20, n.2, p. 200, 2007. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010279722007000200008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 mar. 2010.

CHACHAMOVICH, E. **Qualidade de vida em idosos: desenvolvimento e aplicação do módulo WHOQOL-Old e teste do desempenho do instrumento WHOQOL-Bref em uma amostra de idosos brasileiros.** 2005. 154 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

CICONELLI, R. M. et al. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação da qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36) **Rev Bras Reumatol**, 1999, v. 39, p.143-50.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução 311/2007.** Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Rio de Janeiro, 2007.

COUTO, M. T. et al . O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero. **Interface**, Botucatu, v. 14, n. 33, Jun 2010 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832010000200003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 25 Mar.2013.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa:** métodos qualitativo, quantitativo e misto; Tradução ROCHA, L. O. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

CUNHA, G. L. Mecanismos Biológicos do envelhecimento. In: ELISABETE, V. F.; LIGIA, P. (Org.). **Tratado de Geriatria e Gerontologia.** 3a ed. Rio de Janeiro: Grupo Editora Nacional/Guanabara Koogan, 2011, p. 14- 33.

DALSENTER, C.A.; MATOS, F.M. Percepção da qualidade de vida em idosos institucionalizados da cidade de Blumenau (SC). **Dynanis Revista Tecno Científica**, Blumenau, vol 15, 2009. p 32-37.

DIAS, F. V. A. et al. Benefícios da Fisioterapia na Melhoria da Qualidade de Vida na Terceira Idade. **Revista Eletrônica Inspirar, Centro de Estudos, Pesquisa e Extensão em Saúde**, Curitiba, v.1, n.1, jun/jul. 2009.

ELIOPOULOS, C. **Enfermagem gerontológica.** 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

FARINATTI, P. T. V. Teorias biológicas do envelhecimento: do genético ao estocástico. **Rev Bras Med Esporte**, Niterói, v. 8, n. 4, Ago. 2002 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151786922002000400001&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 04 de abr. de 2012.

FIEDLER MM, PERES KG. Capacidade funcional e fatores associados em idosos do Sul do Brasil: um estudo de base populacional. **Cad Saúde Pública**; v 24, p.409-15, 2008.

FLECK, M. P. A. et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). **Rev. Brasileira de Psiquiatria**, v. 21, n 1, p.19-28, 1999.

FLECK, M. P.; CHACHAMOVICH, E.; TRENTINI, C. M. Development and validation of the Portuguese version of the WHOQOL-OLD module. **Rev Saúde Pública**, v.40, p.785-91, 2006.

FREIRE JUNIOR, R. C.; TAVARES, M. F. L. A saúde sob o olhar do idoso institucionalizado: conhecendo e valorizando sua opinião. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 9, n. 16, Fev. 2005. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000100012&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 24 de abr. 2012.

GARRIDO, R.; MENEZES, P.R. O Brasil está envelhecendo: boas e más notícias por uma perspectiva epidemiológica. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, 2002. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151644462002000500002&lng=pt&nrm=iso> Acesso em: 26 abr. 2012.

GIL, A.C. **Como elaborar Projeto de Pesquisa**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GIUSTI, T.J. Estudo **Comparativo entre a Qualidade de Vida de Idosos Institucionalizados e Idosos Não Institucionalizados**. 67p, 20 Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em fisioterapia) Centro Universitário Feevale, Novo Hamburgo, 2008.

GRAVINA, CF. et al. **II Diretrizes Brasileiras em Cardiogeriatrics. Sociedade Brasileira de Cardiologia Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. São Paulo, 2010. p.112.

HEINOMEN, H. et al. Is the evaluation of the global quality of life determined by emotional status? **Quality of Life Research**, v. 13, n. 8, p. 1347-56, 2004.

INOUE, K.; PEDRAZZANI, E. S.; PAVARINI, S. C. I. Implicações da doença de Alzheimer na qualidade de vida do cuidador: um estudo comparativo. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 5, p. 891-899, mai. 2010. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2010000500011&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 8 de abr. de 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **A Dinâmica Demográfica Brasileira e os Impactos nas Políticas Públicas, 2009**. Disponível em:
<www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic.../com_din.pdf> Acesso em 12 de março de 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo demográfico 2010**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>> Acesso em 20 de maio de 2012.

JARDIM, V. C. F. S. **Perfil epidemiológico e grau de autonomia de mulheres idosas participantes de grupos de convivência, no município de Olinda – PE**. 2007. 108 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2007. Disponível em: <<http://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2007jardim-vcfs.pdf>> Acesso em: 04 de abr. de 2012.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos da Metodologia Científica**. 7 ed. São Paulo: Atlas; 2010.

KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**. 9ª ed. São Paulo: WMF Martins Fontes; 2008.

LIMA, J. P. A influência das alterações sensoriais na qualidade de vida do idoso. **Revista Científica Eletônica de Psicologia**, Garça/SP, maio 2007.

MARCHI NETTO, F. L. M. Aspectos biológicos e fisiológicos do envelhecimento humano e suas implicações na saúde do idoso. **Pensar a Prática**, v. 7, p.75-84, Mar. 2004. Disponível em: <www.revistas.ufg.br/index.php/fef/article/download/67/66> Acesso em: 17 de abr. de 2012.

MARTINS, J. J. et al . Avaliação da qualidade de vida de idosos que recebem cuidados domiciliares. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 22, n. 3, Jun. 2009 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010321002009000300005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 de mar. de 2012.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de Vida e Saúde: um debate necessário. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n.1, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232000000100002&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 18 de abr. de 2012.

MURAKAMI, L. SCATTOLIN, F. Avaliação da independência funcional e da qualidade de vida de idosos institucionalizados. **Revista Médica Herediana**, v. 21, 2010. p.18-26. Disponível em: <http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2010000100004&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 29 de mar de 2013.

NERI, A. L.; YASSUDA, M. S. **Velhice bem-sucedida: aspectos afetivos e cognitivos**. Campinas: Papyrus; 2004.

NERI, A. L. Qualidade de vida na velhice e subjetividade. In A. L. Neri (Org.). **Qualidade vida na velhice: enfoque multidisciplinar**. Campinas, SP: Alínea, 2007, p. 13-59.

OLIVEIRA, E. R. A.; GOMES, M. J.; PAIVA, K.M. Institucionalização e qualidade de vida de idosos da região metropolitana de Vitória- ES. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, Set. 2011 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000300011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 26 mar. 2013.

OLIVEIRA, J. S. **Vida sexual ativa na terceira idade traz benefícios à saúde - Mudanças no corpo.** IDMED , 2013. Disponível em <<http://idmed.terra.com.br/sexualidade-e-gravidez/vida-sexual-e-fertilidade/vida-sexual-ativa-na-terceira-idade-traz-beneficios-a-saude/beneficios.html>>. Acesso em 02 abr. 2013.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Envelhecimento ativo: uma política de saúde.** Brasília: 2005.

PANZINI, R.G. et al. Espiritualidade/Religiosidade e Qualidade De Vida. In Fleck, M. P e col. **A avaliação de qualidade de vida, guia para profissionais de saúde.** Porto Alegre: Artmed, 2008, p 178-96.

PAPALÉO NETTO, M. O estudo da Velhice: Histórico, definição do Campo e termos Básicos. In: Elisabete Viana de Freitas; Lígia Py. (Org.). **Tratado de Geriatria e Gerontologia.** 3a ed. Rio de Janeiro: Grupo Editora Nacional/Guanabara Koogan, 2011, p. 10.

PASCHOAL, S. M. P. Qualidade de vida na Velhice. In: ELISABETE, V. F.; LIGIA, P. (Org.). **Tratado de Geriatria e Gerontologia.** 3 ed. Rio de Janeiro: Grupo Editora Nacional/Guanabara Koogan, 2011, p.100.

PASKULIN, L. M. G. et al. Percepção de pessoas idosas sobre qualidade de vida. **Acta paul. enferm.,** São Paulo, v. 23, n. 1, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010321002010000100016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 de mar. de 2012.

PEREIRA, R. J. et al. Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. **Rev. psiquiatria. Rio Gd. Sul,** v..28, n.1, p.27-38, 2006.

PÓVOA, T. R. et al. Prevalência de depressão em idosos institucionalizados na morada do idoso do instituto de gerontologia de Brasília. **Revista Brasília Médica,** Brasília, v. 46, n. 3, p. 241-246, 2009.

POWER, M.; SCHMIDT, S. **Manual WHOQOL-OLD.** Genebra: World Health Organization, 1998. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/psiq/WHOQOLOLD%20Manual%20Portugues.pdf>> Acesso em: 24 de abr. de 2012.

PRADO, A.R.A.P.; PERRACINI, M.R. A Construção de ambientes favoráveis aos idosos. In: Neri AL. **Qualidade de vida na velhice: enfoque multidisciplinar.** Campinas: Alínea; 2007. p. 221-29.

RAMOS, L. J. **Avaliação do estado nutricional, de seis domínios da qualidade de vida e da capacidade de tomar decisão de idosos institucionalizados e não-institucionalizados no município de Porto Alegre, RS.** (dissertação). Pontifca Universidade Católica do Rio Grande do Sul; Porto Alegre, 2008.

REIS, L. A. et al. Perfil Epidemiológico de idosos institucionalizados no município de Jequié/BA. **Rev. Enferm. Atual,** v. 46, p.19-23, jul/ago 2008.

RIZOLLI, D.; SURDI, A. C. Percepção dos idosos sobre grupos de terceira idade. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 13, n. 2, p. 225-233, 2010.

RODRIGUES, M. et al. **Manual do Formador - Formação dos membros das Comissões de Proteção de Crianças e Jovens**. Lisboa: Comissão Nacional de Proteção de Crianças e Jovens em Risco. 2007.

SANTANA, A. J.. Prevalência de Sintomas Depressivos em idosos institucionalizados da cidade de Salvador. **Revista Baiana de Saúde Pública**, jan./jun 2007.

SANTOS, S. R. et al . Qualidade de vida do idoso na comunidade: aplicação da Escala de Flanagan. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 6, Dez. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692002000600002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 de abr. de 2012.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G.; BRUNNER & SUDDARTH. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 11 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

SILQUEIRA, S. M. F. **O questionário genérico SF-36 como instrumento de mensuração da qualidade de vida relacionado à saúde de pacientes hipertensos**. 2005. 117f. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

SPINELLI, R. B. Estudo comparativo do estado nutricional de idosos independentes institucionalizados e não institucionalizados no município de Erechim, RS. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, Passo Fundo, v. 7, supl. 1, p. 47-57, 2010.

SOUZA, L. M.; LAUTERT, L.; HILLESHEIN, E. F. Qualidade de Vida e Trabalho voluntário em Idosos. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 3, Jun. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342011000300017&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 13 de mar. de 2012.

SOUZA, R. S. Anatomia do envelhecimento. In: Papaléo Neto M, Carvalho Filho ET. **Geriatrics: Fundamentos, Clínica e Terapêutica**. 2a ed. São Paulo: Atheneu, 2002, p.35-42.

STUMM, E. M. F. et al. Perfil de idosos assistidos por unidades de Estratégia de Saúde da Família que sofreram infarto agudo do miocárdio. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, 2009 . Disponível em: <http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180998232009000300011&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em 14 mar. 2013.

TAHAN, J.; CARVALHO, A. C. D. Reflexões de idosos participantes de grupos de promoção de saúde acerca do envelhecimento e da qualidade de vida. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 19, n. 4, Dez. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902010000400014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 de mar. de 2012.

TORRES, G. V. et al . Qualidade de vida e fatores associados em idosos dependentes em uma cidade do interior do Nordeste. **Rev. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 58, n. 1, 2009.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852009000100006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 14 mar. 2013.

UCHÔA, E. et al. Envelhecimento e saúde: experiência e construção cultural. In: MINAYO, M. C.; COIMBRA JÚNIOR, C. E. A. (Org.) **Antropologia, saúde e envelhecimento**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p. 25-35.

VECCHIA, R. D. et al . Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. **Rev.bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 8, n. 3, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415790X2005000300006&lng=pt&nrm=iso> Acesso em: 20 de mar. de 2012.

VITORINO, L. M.; PASKULIN, L. M. G.; VIANNA, L. A. C. Qualidade de vida de idosos em instituição de longa permanência. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 6, Dez. 2012 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692012000600022&lng=en&nrm=isd>. Acesso em 24 de mar. 2013.

WATANABE, H. A. W.; DI GIOVANNI, V. M.. Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI). **BIS, Bol. Inst. Saúde (Impr.)**, São Paulo, n. 47, abr. 2009. Disponível em <http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-18122009000200018&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 06 de abr. 2012.

WHOQOL GROUP. The World Health Organization Quality Of Life Assessment (WHOQOL): Position Paper from The World Health Organization. **Soc. Sci. Med.**, v. 41, p. 10, 1995.

WHOQOL GROUP. The World Health Organization Quality Of Life Assessment (WHOQOL): Versão em Português dos Instrumentos de Avaliação de Qualidade de Vida. 1998a. Disponível em: < <http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol.html>> Acesso em: 10 de abr. de 2012.

WHOQOL GROUP. Development of the World Health Organization WHOQOL-bref. Quality of Life Assesment. **Psychol Med** v. 28, p.551-8, 1998b.

ZAITUNE, M. P. A., Fatores associados ao sedentarismo no lazer em idosos, Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, p.1329-1338, jun, 2007.

Apêndices

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Esta pesquisa tem como título “**Qualidade de vida de idosos institucionalizados e não-institucionalizados: um estudo Comparativo**” e está sendo desenvolvida pelo aluno Anderson Araújo Lima, regularmente matriculado no Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, Campus Cuité, sob a orientação do Prof. Ms. Matheus Figueiredo Nogueira.

Os objetivos da pesquisa são: mensurar, de modo comparativo, a qualidade de vida de idosos institucionalizados e não-institucionalizados no município de Cuité – PB; descrever a caracterização sócio-demográfica e econômica dos idosos participantes do estudo; e identificar os fatores que interferem na qualidade de vida dos idosos.

O desenvolvimento desta pesquisa justifica-se pela necessidade da análise comparativa sobre a qualidade de vida de idosos institucionalizados e não-institucionalizados. Pois a descoberta da opinião dos idosos sobre a qualidade de sua vida sob condições familiares ou institucionalizadas pode levar à elaboração de práticas resolutivas às questões de suas necessidades, resultando em melhorias da qualidade de vida, com impacto sobre a longevidade com qualidade.

A participação do (a) Sr (a) na pesquisa é voluntária e de fundamental importância e, portanto, o (a) Sr (a) não é obrigado (a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelos pesquisadores. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum prejuízo. Vale lembrar que esta pesquisa apresenta riscos considerados “mínimos”, pois os (as) participantes podem ficar inibidos (as) no momento da aplicação do questionário. Quanto aos benefícios, pretende-se ampliar o conhecimento sobre envelhecimento e qualidade de vida, com a consequente busca por melhores práticas assistenciais direcionadas a este segmento populacional, seja institucionalizado ou não. Os riscos se justificam, pois, mesmo ficando, inicialmente inibido (a) com a presença do pesquisador, o (a) participante terá a oportunidade, em querendo, de tirar suas dúvidas a respeito de dita matéria, tudo como preceitua V.1b, da Resolução 196/96 do CNS.

Solicito sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos científicos ou publicar em revistas científicas. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido no mais absoluto sigilo.

Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

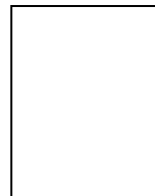
Vale ressaltar que durante todas as etapas da presente pesquisa serão cumpridas todas as determinações constantes da Resolução 196/96 do CNS – Conselho Nacional de Saúde, que disciplina as pesquisas envolvendo seres humanos no Brasil.

Eu, _____ declaro que fui devidamente esclarecido (a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia deste documento, assinada por mim e pelos pesquisadores.

Cuité – PB, ____ / ____ / 2013.

Prof. Ms. Matheus Figueiredo Nogueira
Pesquisador Responsável

Participante da Pesquisa/Testemunha



Endereço do pesquisador responsável:

Centro de Educação e Saúde - Universidade Federal de Campina Grande, Campus Cuité.

Sítio Olho d'água da Bica, Cuité – PB. Telefone: (83) 3372-1900

Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa CCS/UFPB:

Centro de Ciências da Saúde – Universidade Federal da Paraíba (UFPB)

Bairro Castelo Branco, João Pessoa – PB, CEP: 58.051-900. Telefone: (83)3216-7791

E-mail: eticaccs@ccs.ufpb.br

APÊNDICE B

QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO E DEMOGRÁFICO

Questionário n°: _____

Idade: _____

Sexo:

Masculino Feminino

Estado Civil:

Solteiro Casado Viúvo União consensual Divorciado

Escolaridade:

Ensino Fundamental incompleto

Ensino Fundamental completo

Ensino Médio incompleto

Ensino Médio completo

Ensino superior

Renda:

até 1 salário mínimo

de 1 a 2 salários mínimos

acima de 3 salários mínimos

Anexos

ANEXO A
QUESTIONÁRIO WHOQOL-OLD

INSTRUÇÕES

Este instrumento não deve ser aplicado individualmente, mas sim em conjunto com o instrumento WHOQOL-BREF.

Este questionário pergunta a respeito dos seus pensamentos, sentimentos e sobre certos aspectos de sua qualidade de vida, e aborda questões que podem ser importantes para você como membro mais velho da sociedade.

Por favor, responda todas as perguntas.

Se você não está seguro a respeito de que resposta dar a uma pergunta, por favor escolha a que lhe parece mais apropriada. Esta pode ser muitas vezes a sua primeira resposta.

Por favor tenha em mente os seus valores, esperanças, prazeres e preocupações. Pedimos que pense na sua vida nas duas últimas semanas.

Por exemplo, pensando nas duas últimas semanas, uma pergunta poderia ser:

O quanto você se preocupa com o que o futuro poderá trazer?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor reflete o quanto você se preocupou com o seu futuro durante as duas últimas semanas. Então você circularia o número 4 se você se preocupou com o futuro “Bastante”, ou circularia o número 1 se não tivesse se preocupado “Nada” com o futuro.

Por favor, leia cada questão, pense no que sente e circule o número na escala que seja a melhor resposta para você para cada questão.

Muito obrigado (a) pela sua colaboração!

As seguintes questões perguntam sobre o **quanto** você tem tido certos sentimentos nas últimas duas semanas.

old_01	Até que ponto as perdas nos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato), afetam a sua vida diária?				
	Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
old_02	Até que ponto a perda de, por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato, afeta a sua capacidade de participar em atividades?				
	Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
old_03	Quanta liberdade você tem de tomar as suas próprias decisões?				
	Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
old_04	Até que ponto você sente que controla o seu futuro?				
	Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
old_05	O quanto você sente que as pessoas ao seu redor respeitam a sua liberdade?				
	Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
old_06	Quão preocupado você está com a maneira pela qual irá morrer?				
	Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
old_07	O quanto você tem medo de não poder controlar a sua morte?				
	Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
old_08	O quanto você tem medo de morrer?				
	Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
old_09	O quanto você teme sofrer dor antes de morrer?				
	Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5

As seguintes questões perguntam sobre **quão completamente** você fez ou se sentiu apto a fazer algumas coisas nas duas últimas semanas.

old_10	Até que ponto o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato) afeta a sua capacidade de interagir com outras pessoas?				
	Nada 1	Muito pouco 2	Médio 3	Muito 4	Completamente 5
old_11	Até que ponto você consegue fazer as coisas que gostaria de fazer?				
	Nada 1	Muito pouco 2	Médio 3	Muito 4	Completamente 5
old_12	Até que ponto você está satisfeito com as suas oportunidades para continuar alcançando outras realizações na sua vida?				
	Nada 1	Muito pouco 2	Médio 3	Muito 4	Completamente 5
old_13	O quanto você sente que recebeu o reconhecimento que merece na sua vida?				
	Nada 1	Muito pouco 2	Médio 3	Muito 4	Completamente 5
old_14	Até que ponto você sente que tem o suficiente para fazer em cada dia?				
	Nada 1	Muito pouco 2	Médio 3	Muito 4	Completamente 5

As seguintes questões pedem a você que diga o quanto você se sentiu **satisfeito, feliz** ou **bem** sobre vários aspectos de sua vida nas duas últimas semanas.

old_15	Quão satisfeito você está com aquilo que alcançou na sua vida?				
	Muito insatisfeito 1	Insatisfeito 2	Nem satisfeito, nem insatisfeito 3	Satisfeito 4	Muito satisfeito 5
old_16	Quão satisfeito você está com a maneira com a qual você usa o seu tempo?				
	Muito insatisfeito 1	Insatisfeito 2	Nem satisfeito, nem insatisfeito 3	Satisfeito 4	Muito satisfeito 5
old_17	Quão satisfeito você está com o seu nível de atividade?				
	Muito insatisfeito 1	Insatisfeito 2	Nem satisfeito, nem insatisfeito 3	Satisfeito 4	Muito satisfeito 5
old_18	Quão satisfeito você está com as oportunidades que você tem para participar de atividades da comunidade?				
	Muito insatisfeito 1	Insatisfeito 2	Nem satisfeito, nem insatisfeito 3	Satisfeito 4	Muito satisfeito 5

old_19	Quão feliz você está com as coisas que você pode esperar daqui para frente?				
	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito, nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
	1	2	3	4	5
old_20	Como você avaliaria o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato)?				
	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito, nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
	1	2	3	4	5

As seguintes questões se referem a qualquer **relacionamento íntimo** que você possa ter. Por favor, considere estas questões em relação a um companheiro ou uma pessoa próxima com a qual você pode compartilhar (dividir) sua intimidade mais do que com qualquer outra pessoa em sua vida.

old_21	Até que ponto você tem um sentimento de companheirismo em sua vida?				
	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
	1	2	3	4	5
old_22	Até que ponto você sente amor em sua vida?				
	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
	1	2	3	4	5
old_23	Até que ponto você tem oportunidades para amar?				
	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
	1	2	3	4	5
old_24	Até que ponto você tem oportunidades para ser amado?				
	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
	1	2	3	4	5

Você tem algum comentário sobre o questionário?

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO!

ANEXO B

WHOQOL-BREF

INSTRUÇÕES

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. Por favor, responda a todas as questões. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as duas últimas semanas.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		Muito Ruim	Ruim	Nem ruim Nem boa	Boa	Muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade vida?	1	2	3	4	5

		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito Nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
2	Quão satisfeito (a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar a sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha	1	2	3	4	5

	que a sua vida tem sentido?					
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos).	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
10	Você tem energia suficiente para o seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem bom	Bom	Muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5

17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		Nunca	Algumas vezes	Frequen- temente	Muito frequentemente	Sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como o mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?

Você tem algum comentário sobre o questionário?

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO!