

Vieira, S. K. S. F. et al.



## PESQUISA

**Avaliação da qualidade de vida de idosos institucionalizados**  
*Evaluation of quality of life of institutionalized elderly*  
*Evaluación de la calidad de vida de los ancianos institucionalizados*

Samara Karine Sena Fernandes Vieira<sup>1</sup>, Mikelly Naythe Costa dos Anjos<sup>2</sup>, Flavia Aparecida Nunes dos Santos<sup>3</sup>, Carolinne Kilcia Carvalho Sena Damasceno<sup>4</sup>, Cristina Maria Miranda de Sousa<sup>5</sup>, Adélia Dalva da Silva Oliveira<sup>6</sup>

**RESUMO**

Este estudo teve como objetivo avaliar a qualidade de vida e a independência funcional de idosos institucionalizados. Trata-se de uma pesquisa de campo observacional, descritiva, de abordagem qualitativa e quantitativa, de caráter direto e corte transversal. O trabalho foi realizado em uma instituição de longa permanência, onde foram entrevistados 15 idosos residentes. Inicialmente, foi realizada a seleção dos participantes, através da aplicação do Mini Exame do Estado Mental (MEEM), e em seguida, a Medida de Independência Funcional (MIF) e o SF-36 (Short Form). Os participantes apresentaram no MEEM à média 17,27±4, 61 pontos, indicando bom cognitivo. Na MIF obtiveram o escore geral de 110,33±18,00 pontos e no SF-36 uma média dos escores de 88,93±8, indicando pouco comprometimento motor e uma boa qualidade de vida. Essa situação reforça a importância da manutenção da independência funcional do idoso como proporcionador de qualidade de vida na velhice. **Descritores:** Envelhecimento. Idoso. Qualidade de vida.

**ABSTRACT**

The aim of this study was to evaluate the quality of life and functional independence of institutionalized elderly. This is an observational field research, descriptive, qualitative and quantitative approach, direct and cross-sectional character. The work was done in a long term care facility, where they were interviewed 15 elderly residents. Initially, the selection of participants was carried out by applying the Mini Mental State Examination (MMSE), and then the Functional Independence Measure (FIM) and the SF-36 (Short Form). Participants presented MMSE average 17.27 ± 4, 61 points, indicating cognitive good. MIF obtained the overall score of 110.33 ± 18.00 points and SF-36 scores an average of 88.93 ± 8, indicating little motor impairment and a good quality of life. This situation reinforces the importance of maintaining the functional independence of the elderly as in elevating quality of life in old age. **Descriptors:** Aging. Aged. Quality of life.

**RESUMEN**

El objetivo deste estudio fue evaluar la calidad de vida y la independencia funcional de los ancianos institucionalizados. Se trata de una investigación de campo observacional, enfoque descriptivo, cualitativo y cuantitativo, de carácter directo y transversal. El trabajo se realizó en un centro de atención a largo plazo, donde fueron entrevistados 15 ancianos residentes. Inicialmente, la selección de los participantes se llevó a cabo aplicando el Mini Examen del Estado Mental (MMSE), y después la Medida de Independencia Funcional (FIM) y el SF-36 (Short Form). Los participantes presentaron MMSE promedio 17:27 ± 4, 61 puntos, que indica una buena cognitiva. MIF obtenido la puntuación total de 110.33 ± 18 puntos en punto y SF-36 una media de 88.93 ± 8, poco deterioro motor de visualización y una buena calidad de vida. Esta situación refuerza la importancia de mantener la independencia funcional de los ancianos como en la elevación de la calidad de vida en la vejez. **Descritores:** Envejecimiento. Anciano. Calidad de vida.

1 Fisioterapeuta, mestre em saúde da família pelo UNINOVAFAPI e doutoranda em engenharia biomédica, professora Estácio de Sá/Teresina-Pi. E-mail: samarakarinecs@hotmail.com. 2 Fisioterapeuta pela Faculdade Estácio de Sá-Teresina-Pi. 3 Fisioterapeuta pela Faculdade Estácio de Sá-Teresina-Pi. 4 Enfermeira, mestre em saúde da família pelo UNINOVAFAPI e doutoranda em engenharia biomédica, professora do centro universitário UNINOVAFAPI E NOVAUNESC de Teresina-Pi. 5 Advogada, doutora em Ciências da Saúde pela Universidade em Federal do Rio Grande do Norte- UFRN, reitora do Centro Universitário UNINOVAFAPI de Teresina-Pi. 6 Enfermeira, doutora em Políticas Públicas pela Universidade Federal do Piauí-UFPI, professora e coordenadora do curso de enfermagem do centro universitário UNINOVAFAPI de Teresina-Pi.

Vieira, S. K. S. F. et al.

## INTRODUÇÃO

O envelhecimento pode ser conceituado como um conjunto de modificações morfológicas, fisiológicas, bioquímicas, psicológicas, sociais e ambientais que determinam a perda gradativa da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, sendo considerado um processo dinâmico e progressivo (FERREIRA, 2011).

De acordo com Alexandre, Cordeiro e Ramos (2008), envelhecimento pode ser decorrido de alterações associadas à diminuição da capacidade funcional e a inatividade ocorrendo um impacto na qualidade de vida desses idosos. E qualidade de vida pode ser entendida como percepção do indivíduo sobre sua posição na vida dentro do contexto de culturas socioeconômicas e sistemas de valores nas quais, em relação às expectativas e metas.

A independência funcional pode ser definida como manutenção de realizar Atividades Básicas e Instrumentais da Vida Diária necessárias para manter uma vida independente e autônoma. Esta ligada a mobilidade e a capacidade funcional, nas quais o indivíduo supõe ter condições motoras e cognitivas satisfatórias para desempenho destas tarefas mantendo-o participativo na gestão e nos cuidados com a própria saúde (OLIVEIRA; MENEZES, 2011).

Com a lei nº 10.741/2003 (Estatuto do idoso) o melhor local para cuidar do idoso é a sua própria casa, sendo uma exceção os casos em que ha ausência da família, abandono ou por falta de meios financeiros para o sustento. Na institucionalização, os familiares dos idosos alegam ter chegado o limite da capacidade do cuidar de seus parentes (BRASIL, 2006).

Devido às proporções estatísticas que assistem ao aumento do número de idosos brasileiros pode-se prever um considerável crescimento na demanda por Instituições de Longa

Permanência para Idosos (ILPIs), na qual representa um grande desafio para o idoso e, muitas vezes, acarretando uma diminuição de sua autonomia (ARAÚJO; CEOLIM, 2010).

O aumento da expectativa de vida traz consigo o envelhecimento populacional e suas dificuldades, principalmente relacionadas às perdas funcionais. À medida que a população envelhece, aumenta a procura por instituições para idosos e o Brasil não está estruturalmente preparado para receber essa demanda já que grande parte das instituições de longa permanência possui um perfil assistencialista, no qual os cuidados aos idosos resumem-se a oferecer abrigo e alimentação. Portanto, sabendo da importância que é a independência funcional para os idosos institucionalizados, faz-se relevante analisarmos déficits motores e cognitivos que repercutem na qualidade de vida de idosos que residem em casas de repouso.

Diante do exposto, esse estudo teve como objetivo, avaliar a qualidade de vida e a independência funcional de idosos institucionalizados.

## METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa se caracteriza como um estudo de campo observacional, descritiva, de abordagem qualitativa e quantitativa, de caráter direto e de corte transversal.

A pesquisa foi realizada em uma instituição filantrópica que abriga idosos. O motivo do local é devido ao fácil acesso e a demanda satisfatória de idosos para realização do trabalho.

A amostra foi de forma espontânea e constituída por 15 participantes. Os critérios de inclusão foram: voluntários de ambos os gêneros, com idade igual ou superior a 60 anos. Foram excluídos da pesquisa indivíduos que não estavam cadastrados como residente na instituição

Vieira, S. K. S. F. et al. estudada; a presença de déficits cognitivos, encontrados nos resultados obtidos a partir da observação e através da aplicação do MEEM- Mini Exame do Estado Mental, impossibilitando a aplicação das escalas. Além disso, as evidências de comprometimento motor, tais como amputação, seqüela de acidente vascular encefálico (hemiplegia e hemiparesia) e lesão medular, também foram consideradas fatores exclusivos.

Foi feita a seleção dos participantes com características compatíveis ao estudo, através da aplicação do MEEM, e quando selecionado, foi assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE, mediante esclarecimento e aceitação da proposta.

A coleta de dados teve duração de dois meses. A pesquisa foi realizada em um ambiente iluminado e confortável. O trabalho de campo foi realizado através da averiguação da independência funcional e da qualidade de vida, dos participantes que se enquadraram na amostra, através da aplicação de dois questionários, a MIF - Medida de Independência Funcional, e o SF-36.

A pesquisa foi constituída de três etapas. A primeira etapa corresponde à aplicação do MEEM, que apresenta questões agrupadas em categorias e cada uma delas objetiva avaliar funções cognitivas como a orientação temporal, (cinco pontos), orientação espacial (cinco pontos), registro de três palavras (três pontos), atenção e cálculo (cinco pontos), recordação das três palavras (três pontos), linguagem (oito pontos) e capacidade construtiva visual (um ponto). O escore do MEEM pode variar de um mínimo de zero pontos, o qual indica o maior grau de comprometimento cognitivo dos indivíduos, até um total máximo de 30 pontos, o qual, por sua vez, corresponde a melhor capacidade cognitiva (CHAVES, 2008).

A segunda etapa foi a avaliação do estado motor e cognitivo dos idosos, utilizando a Medida de Independência Funcional (MIF), que tem por objetivo a avaliação do grau de independência do

indivíduo em 18 Atividades de Vida Diária. É dividido em dois domínios: MIF motora e MIF cognitiva, que se subdividem em dimensões (subescalas) para avaliação da independência no autocuidado, controle de esfíncteres, mobilidade, locomoção, comunicação e cognição social (RIBERTO et al., 2004). As atividades são avaliadas em uma escala de sete níveis de dependência, em que o nível 1 indica dependência completa e o nível 7, independência completa. Os itens da MIF são somados para criar um escore total que varia de 18 (dependência total) a 126 pontos, que indica independência completa (RICCI; KUBOTA; CORDEIRO, 2005).

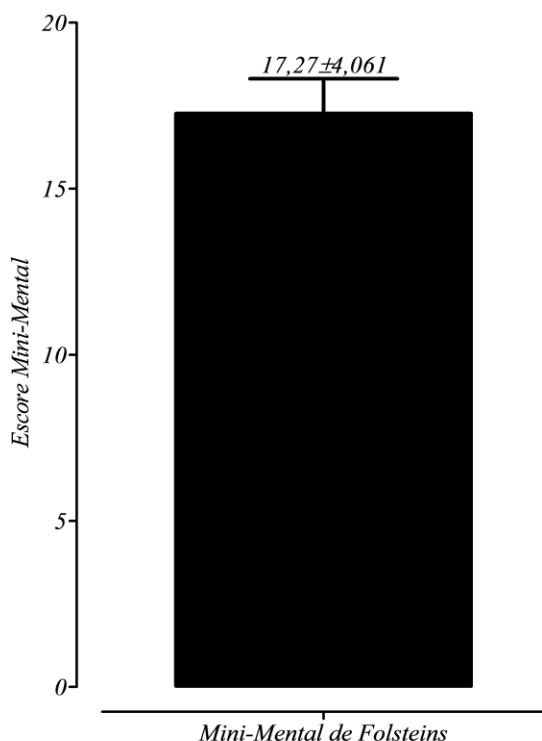
A última etapa corresponde à mensuração da Qualidade de Vida, através do questionário SF-36, que é um instrumento genérico e composto por 11 questões e 36 itens que englobam oito aspectos distintos, representados por: capacidade funcional, aspectos físicos, aspectos emocionais, intensidade da dor, estudo geral da saúde, vitalidade, aspectos sociais e saúde mental. Os itens são avaliados e o indivíduo recebe uma pontuação para cada aspecto, que são posteriormente pontuados numa escala de 0 a 100, em que zero é considerado o pior escore e 100 o melhor escore, sendo assim, quanto maior o escore melhor é a qualidade de vida (CICONELLI et al., 1999).

Os dados foram organizados em planilhas do programa Microsoft Office Excel 2010 para organização de tabelas e criação de gráficos. Os dados foram posteriormente transferidos para o programa estatístico SPSS 19,0 para a análise dos mesmos. Para tanto foi aplicado o teste de correlação de Pearson com IC de 95% e significância em  $p < 0,05$ .

Vieira, S. K. S. F. et al.

## RESULTADOS

No teste do Mini Exame do Estado Mental, os resultados foram apontados no gráfico 1. A seleção dos participantes da pesquisa foi realizada através da aplicação desse teste, em que seriam selecionados somente quando obtido valor igual ou superior a 13 pontos. Foi realizado o somatório dos pontos marcados pelos idosos em todos os quesitos, totalizando uma média de  $17,27 \pm 4,061$  de um escore máximo de 30 pontos. Todos os participantes entrevistados obtiveram a pontuação necessária, que refere bom cognitivo.



**Gráfico 01:** Média dos escores de Mini-Mental de Folsteins apresentados pelos idosos pesquisados, Teresina, 2013. Fonte: pesquisa direta, 2013.

Conforme pode-se observar na Tabela 1, o escore total da MIF foi de  $110,33 \pm 18,00$  pontos, o que significa independência completa. Das dimensões específicas do teste, o segmento autocuidados (como alimentar-se e vestir-se) dos 42 pontos que correspondem a sua totalidade,  $37,67 \pm 7,58$  obteve como média de pontuações, e no segmento cognição social (ex. memória e

resolução de problemas) dos 21 pontos recebeu as médias de  $18,53 \pm 2,53$  pontos.

**Tabela 01:** Medidas dos escores das dimensões da Medida de Independência Funcional (MIF) e seu escore total. Teresina, 2013.

DIMENSÕES	Nível de pontuação da dimensão	PONTUAÇÕES	
		M	DP
Autocuidados	6 a 42	37,67	7,58
Controle de esfíncteres	2 a 14	12,73	2,74
Mobilidade	3 a 21	18,80	3,47
Locomoção	2 a 14	10,53	4,32
Comunicação	2 a 14	12,07	3,15
Cognição social	3 a 21	18,53	2,53
<b>MIF TOTAL</b>	<b>18 a 126</b>	<b>110,33</b>	<b>18,00</b>

Legenda: M, média; DP, desvio padrão. Fonte: pesquisa direta, 2013.

O MIF também pode ser interpretado pelos seus subescores, os quais mostraram que 33,3% dos idosos foram classificados com dependência modificada (assistência de até 25% nas atividades), pois obtiveram de 61 a 103 pontos; e 66,7% dos idosos com independência modificada/completa, na qual a pontuação foi de 104 a 126 pontos (Tabela 2).

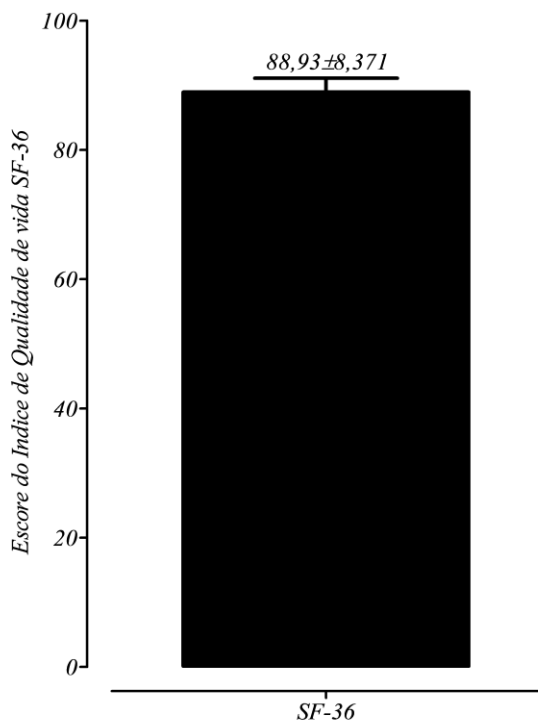
**Tabela 02:** Classificação do nível de dependência de idosos pela escore total da Medida de Independência Funcional (MIF). Teresina, 2013.

CLASSIFICAÇÃO DO M.I.F. TOTAL	N	%
Dependência completa- assistência total	0	0,0%
Dependência modificada- assistência de até 50%	0	0,0%
Dependência modificada- assistência de até 25%	5	33,3%
Independência modificada/ completa	10	66,7%

Legenda: N, Frequência absoluta; %, Frequência relativa. Fonte: pesquisa direta, 2013.

Com relação a Qualidade de Vida (QV), os resultados do SF-36 mostraram que os idosos deste estudo tiveram uma avaliação positiva de sua qualidade de vida, com média dos escores de  $88,93 \pm 8,371$ , onde o parâmetro pode variar de 0 a 100, não havendo ponte de corte como regra.

Vieira, S. K. S. F. et al.



**Gráfico 03:** Média dos escores do Índice de Qualidade de vida SF-36 apresentadas pelos idosos pesquisados, Teresina, 2013. Fonte: pesquisa direta, 2013.

Observa-se, na Tabela 3, os valores médios para cada domínio do questionário SF-36 que variaram entre 51 e 70 pontos (numa escala de 0 a 100). Os valores médios menores foram encontrados nos domínios: aspectos sociais e aspectos emocionais e o que obteve maior média foi o componente: capacidade funcional.

**Tabela 03:** Avaliação dos domínios do SF-36 dos idosos institucionalizados estudados. Teresina, 2013.

DOMÍNIOS	M	DP	Min	Máx
Capacidade Funcional (CF)	70,00	40,31	0,0	100,0
Aspecto Físico (AF)	65,00	29,58	0,0	100,0
Dor	66,90	26,74	22,00	100,0
Estado Geral de Saúde (EGS)	65,33	14,20	40,00	90,00
Vitalidade (Vita)	59,00	15,49	35,00	85,00
Aspectos Sociais (AS)	57,50	13,30	25,00	75,00
Aspectos Emocionais (AE)	51,67	11,75	35,00	70,0
Saúde Mental (SM)	60,53	26,40	16,00	96,00

Legenda: M, média; DP, Desvio padrão; Min, mínimo; Máx, máximo. Fonte: pesquisa direta, 2013.

Nos aspectos sociais, os idosos atingiram uma média de 57,50±13,3, considerada baixa em relação aos outros domínios. A falta do convívio social com os seus familiares e os seus amigos e o fato de não receberem visitas, podem explicar esses achados.

Durante as entrevistas, ouviu-se dos idosos relatos de acontecimentos que ocorreram em suas vidas, como o abandono que sofreram e a solidão que sentem. Fatos que podem ter induzido para a média de 51,67±11,75 nos aspectos emocionais.

R. Interd. v. 9, n. 4, p. 1-11, out. nov. dez. 2016

## DISCUSSÃO DOS DADOS

Vários estudos corroboram com os resultados encontrados nessa pesquisa. Como o estudo realizado por Murakami e Scattolin (2010), onde constataram em sua pesquisa realizada com 63 idosos na Vila dos Velinhos de Sorocaba (SP), com idade média de 79,2 ±8,7 anos, por meio do MEEM, que todos os participantes obtiveram bom cognitivo. E ainda com Mello, Haddad e Dellaraza (2012), que realizaram um rastreamento cognitivo através do MEEM, em 28 idosos residentes de uma instituição de longa permanência para idosos de Londrina (Paraná), em que 60,7%, ou seja, grande parte dos idosos obteve uma boa cognição.

As alterações características do envelhecimento levam aos déficits cognitivos comumente observados: esquecimento de fatos recentes, dificuldade de cálculos, alterações de atenção. Muitas vezes, o idoso perceberá as perdas somente quando for pronunciada (BERTOLUCCI; MINETT, 2007).

Dentre as modificações mais importantes na estrutura e funcionamento cerebral durante o processo de envelhecimento, pode-se destacar: a atrofia (diminuição de peso e volume), hipotrofia dos sulcos corticais, redução do volume do córtex, espessamento das meninges, redução do número de neurônios e diminuição de neurotransmissores (PASI, 2006).

São necessárias, durante o envelhecimento, estímulos ao cérebro com aplicação de atividades necessárias de atenção, concentração e pensamento lógico, que irá elevar a densidade sináptica cerebral, cuja rede de transmissão é responsável pela dinâmica e plasticidade do cérebro (SOUZA, 2005).

Os resultados encontrados na pesquisa de Ferreira (2011) assemelham-se aos do presente estudo, em que nos domínios da MIF, os cuidados pessoais apresentaram uma média de 38,1±3,4

Vieira, S. K. S. F. et al. pontos, no controle esfincteriano, a pontuação neste segmento foi de 12,4; transferências teve a média de 18,3 pontos; locomoção, a pontuação foi de 11,4 pontos; e na comunicação a média encontrada foi de 11,9 pontos, resultando com cognição média de 17,6 pontos.

Com o avanço da idade, há um aumento progressivo das necessidades dos idosos em ter uma assistência na realização das Atividades de vida diária (AVDs), devido às alterações biológicas e/ou funcionais que se tem ao longo da vida. A manutenção da capacidade funcional é considerada um elemento fundamental para um envelhecimento saudável, que irá auxiliar principalmente no retardo do aparecimento de processos crônico-degenerativos, consequentes da evolução do envelhecimento e agravados ainda mais pela sua institucionalização (FERREIRA, 2011).

É importante ressaltar que o sedentarismo dos idosos diminui sua autonomia para o desempenho das tarefas cotidianas quando comparados aos indivíduos ativos fisicamente. Portanto, entende-se que uma vida mais ativa pode reduzir os impactos negativos associados ao envelhecimento, mantendo assim os idosos mais independentes para a realização das AVDs por mais tempo (MOREIRA; TEIXEIRA; NOVAES, 2014).

A aptidão física está relacionada à saúde, pois bons índices estão associados com um menor risco de desenvolvimento de doenças e incapacidades funcionais. Essa aptidão é constantemente utilizada na realização de atividades do cotidiano, como levantar-se da cadeira, desviar de obstáculos e pessoas, andar pela casa, subir degraus, atravessar a rua em uma velocidade segura, entre outras. O declínio das aptidões como força, agilidade, flexibilidade e coordenação, faz com que o idoso tenha dificuldade em combinar movimentos, o que lhe exige muitos esforços para realização destas atividades diárias (GONÇALVES et al., 2010).

É notória as alterações benéficas proporcionadas pelo treinamento funcional no controle neuromotor já que repercutem na melhora das capacidades funcionais e na diminuição de propensão a quedas, aumentando a qualidade de vida dos idosos (MOREIRA; TEIXEIRA; NOVAES, 2014).

O processo de envelhecimento requer do idoso uma postura de autocuidado, como medida preventiva para que o mesmo possa adquirir qualidade de vida e autonomia e assim, garanta liberdade de escolha, de ação e autocontrole sobre a vida. Portanto, pode-se considerar que a autonomia está relacionada à capacidade do indivíduo em ser dependente ou independente na realização das atividades da vida diária (BORGES et al, 2013).

Entende-se que a autonomia é um fator fundamental no processo do envelhecimento ativo, já que proporciona o direito à sua autodeterminação que mantém a sua dignidade, integridade e liberdade de escolha, que contribui também na melhoria das condições de saúde (MOREIRA; TEIXEIRA; NOVAES, 2014).

O envelhecimento bem sucedido deve representar não apenas a ausência de enfermidades, mas também a manutenção das condições de autonomia e de funcionalidade. Então, quanto mais ativo é o idoso, menos limitações físicas, mais independente e saudável (FERREIRA, 2011).

Diversos estudos confirmam os resultados obtidos na presente pesquisa, tal como o de Ferreira (2011), que através da MIF, constatou em um estudo realizado com 47 idosos residentes do abrigo Pão de Santo Antônio (PA), que a maioria é independente. Assim como no estudo de Murakami e Scattolin (2010) que observaram uma média elevada do score da MIF ( $103 \pm 15,3$ ) indicando pouco comprometimento da independência funcional em 63 idosos institucionalizados.

Vieira, S. K. S. F. et al.

Segundo Caldas (2003), a dependência não é um estado permanente, mas um processo dinâmico, cuja evolução pode ser modificada, prevenida e/ou reduzida. Tal alteração nesse processo sugere a existência de profissionais qualificados e comprometidos com a assistência ao idoso.

Acredita-se ser fundamental refletir acerca das possibilidades e situações que fazem com que o idoso se torne dependente do cuidador, no auxílio ou execução de ações que envolvem o cuidado sobre seu corpo. Este auxílio ao idoso para realizar determinadas atividades pode provocar distorções naquilo que ele tem de mais privado a sua existência, uma vez que tende a perder a liberdade de decisão sobre o seu corpo, sobre sua vida (TIER; FONTANA; SOARES, 2004).

A educação em saúde é uma estratégia capaz de promover a qualidade de vida em idosos, através do envolvimento conjunto da família, dos profissionais de saúde e do próprio idoso, através de programas de saúde mais eficientes para a terceira idade. Uma comunidade saudável seria aquela capaz de identificar os determinantes e condicionantes das desigualdades, construindo meios para superá-los de modo a promover a integração dos idosos com toda a sociedade (Cabral et al., 2013).

Nossa cultura condiciona o homem à produção e, neste aspecto, os jovens ganham todos os espaços, enquanto os idosos são vítimas de uma marginalização social. Entre os aspectos negativos da velhice podemos citar: auto-rejeição ao envelhecimento, ausência de preparo para a aposentadoria, ocupação do tempo livre feito de maneira inadequada e dificuldade de convivência (Cabral et al., 2013).

A maioria dos idosos independentes permanece junto às famílias. Quando a demanda por cuidados é mais intensa e sobrecarrega os familiares, os idosos, algumas vezes, são institucionalizados. No Brasil, as próprias pessoas

que compõem as famílias assistem os idosos no maior período de tempo e tão bem quanto possível. Quando ocorre a institucionalização, os familiares dos idosos alegam ter chegado ao limite da capacidade de cuidar desses seus parentes (BRASIL, 2006).

As Instituições de Longa Permanência (ILPs) no Brasil apresentam uma realidade precária já que estão muito abaixo das condições mínimas para o envelhecimento bem-sucedido. E à medida que as pessoas envelhecem e têm suas capacidades funcionais reduzidas, torna-se uma pressão maior e constante sobre seu comportamento cotidiano. Quando o idoso passa a residir nestas instituições, ele tem uma drástica redução dos ambientes físico e social, que reduz ainda mais sua funcionalidade (BENTES; PEDROSO; MACIEL, 2012).

Nesse processo, o idoso vê-se excluído do seu contexto familiar e perde, em muitos casos, os contatos com seus familiares. As circunstâncias que oferecem risco ao rompimento de vínculos afetivos e o isolamento social repercutem em reações nos indivíduos, como medo, tensão, tristeza, angústia, desespero, insegurança entre outros (SILVA et al., 2007).

Para um envelhecimento ativo e saudável é necessário que as instituições que recebam os idosos tenham, no mínimo, uma equipe multiprofissional que possa atender suas necessidades e acometimentos, de uma forma global e holística (FERREIRA, 2011).

O ambiente institucional pouco motiva o idoso a pensar, a agir e a se comportar com perspectivas de mudanças na qualidade de vida. O perdão é adotado como estratégias de enfrentamento das dificuldades do envelhecimento e da própria institucionalização que é vista como um lugar propício à mágoa, e o perdão, visto como uma garantia de bem estar físico e psicológico da pessoa que perdoa. A mágoa apresenta respostas psicológicas

Vieira, S. K. S. F. et al. semelhantes às aquelas apresentadas em situações negativas de estresse (BENTES; PEDROSO; MACIEL, 2012).

Para Bispo e Lopes (2010), a solidão é uma das sensações que assombram quem moram em instituições. Embora o idoso esteja rodeado de outras pessoas, o sentimento de estar sozinho estar presente, visto que as pessoas marcantes em sua vida estão ausentes.

A segregação é um dos prejuízos que a institucionalização pode acarretar aos idosos. É importante um tratamento igualitário e simultâneo para todos os idosos residentes de abrigos, porém, cogita-se nas políticas públicas estimular a permanência desses indivíduos junto à família, apesar de que estar junto à família não garante proteção, pois a negligência e os maus-tratos físicos, psicológicos, emocionais e morais da família contra o idoso é comum nos dias atuais (BENTES; PEDROSO; MACIEL, 2012).

Mesmo assim, a família exerce papel fundamental por manter o equilíbrio emocional e afetivo do idoso. Percebe-se que a família é a unidade de apoio mais importante aos idosos, podendo, muitas vezes, ser a assistência predominante que eles precisam em suas vidas (TIER; FONTANA; SOARES, 2004).

Os idosos que vivem fora do ambiente familiar, em asilos, casas geriátricas e clínicas apresentam características importantes como aumento de sedentarismo, perda de autonomia, doenças crônico-degenerativas, determinando assim, certo grau de dependência que irá interferir nas atividades básicas da vida diária e na qualidade de vida (TEXEIRA; OLIVEIRA; DIAS, 2006).

Para o idoso, a Qualidade de Vida (QV) pode ser percebida como boa ou ruim de acordo com a forma como cada indivíduo vivencia a velhice, podendo variar entre os dois extremos (muito boa e péssima). Nesse sentido, a QV depende, então, da interpretação emocional que

cada indivíduo faz dos fatos e está intimamente relacionada à percepção subjetiva dos acontecimentos e condições de vida que envolve aspectos físicos, sociais e emocionais (ALMEIDA et al., 2010).

Avaliar a qualidade de vida é algo que se tornou importante nas últimas décadas. Tradicionalmente, a medida de QV teve início em outras áreas do conhecimento. Depois foi incorporada à saúde, denominando-se qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS), devido à necessidade de transformar a medida, antes subjetiva, em quantitativa, e que a mesma pudesse ser usada em pesquisas e modelos econômicos, e também que os resultados pudessem ser utilizados em populações diversas e mesmo em diferentes doenças (SHEICHER; ACHÁ, 2002).

O idoso consome mais serviços de saúde, com internações hospitalares mais frequentes e o tempo de ocupação do leito é maior quando comparado a outras faixas etárias. As doenças dos idosos são crônicas e múltiplas, diminuem a capacidade funcional e comprometem a qualidade de vida, perduram por vários anos e exigem acompanhamento constante com cuidados permanentes, medicação contínua e exames periódicos (VIDMAR et al., 2011).

Muitos aspectos físicos e biológicos têm prejudicado com mais constância a qualidade de vida dos idosos, por isso são mais pesquisados e publicados na literatura científica. Nesse sentido, percebe-se que as comorbidades limitantes como a doença de Alzheimer é uma das maiores causadoras de transtornos na vida tanto dos portadores quanto dos cuidadores (CABRAL et al., 2013).

É importante observar também que, em todas as sondagens feitas sobre qualidade de vida, valores não materiais, como amor, liberdade, solidariedade e inserção social, realização pessoal



Vieira, S. K. S. F. et al. e felicidade, compõem a sua concepção (VIDMAR et al., 2011).

Na velhice, nenhuma doença é tão devastadora sobre o idoso quanto a solidão e a inatividade. Na atual sociedade contemporânea, qualidade de vida, satisfação ou bem-estar psicológico são fundamentais para o que se entende de envelhecer bem sucedido, e este está relacionado com o equilíbrio entre as limitações e as potencialidades da pessoa, que lhe permite conviver da melhor forma com as inevitáveis perdas decorrentes do envelhecimento (NETO; CASTRO, 2012).

Outro aspecto social trata-se da aposentadoria e do afastamento do trabalho, pois para muitos idosos, além de sair do ambiente de trabalho, surge uma nova realidade financeira que fica onerada pela perda de gratificações gerando queda no padrão de vida. Dessa forma, para a grande maioria dos idosos brasileiros, a aposentadoria significa uma condição sócio-econômica inadequada, ocasionando o rebaixamento de sua qualidade de vida (CABRAL et al., 2013).

Em virtude das desigualdades sociais, os idosos não encontram amparo adequado no sistema público de saúde e previdência; acumulam complicações decorrentes das doenças crônico-degenerativas, desenvolvem incapacidades, perdem autonomia e qualidade de vida (VIDMAR et al., 2011).

Foram encontrados na literatura vários estudos que comprovam os resultados encontrados neste estudo. Os achados no estudo de Savonitti (2000) se assemelham aos da presente pesquisa, em que numa avaliação da qualidade de vida de 60 idosos (30 homens e 30 mulheres) usando o questionário SF-36, se observou um valor médio maior que 60 em cinco das oito escalas do questionário, caracterizando uma boa qualidade de vida. E ainda, Barricelli (2012) em seu estudo, para avaliar a qualidade de vida, através do SF-36,

com 60 idosos em um Centro de atividades para terceira idade na cidade de São José dos Campos (SP), constatou que os 60 idosos entrevistados apresentaram satisfeitos com a qualidade de vida nos 8 domínios analisados com resultados acima de 58 pontos num total de 100.

Sena et al. (2007) ao promoverem um programa de atividades recreativas em uma instituição asilar e em centros de convivências, verificaram uma melhora significativa na autonomia e independência dos idosos residentes da instituição asilar.

Almeida et al. (2010) em sua pesquisa, avaliaram a qualidade de vida de dois grupos de idosos, o Grupo 1 com 30 idosos (23 do sexo feminino e 7 do sexo masculino) que frequentavam quatro grupos de convivência e o Grupo 2 com 30 idosos (17 do sexo feminino e 13 do sexo masculino) que não frequentavam grupos de convivência. No domínio da capacidade funcional, o Grupo 1 obteve uma média de 88,67 pontos e o Grupo 2 uma média de 65,67 pontos. Indicando que ambos os grupos, apresentavam pouco comprometimento motor.

O medo da morte pode inferir negativamente na qualidade de vida do idoso, sendo um gerador de ansiedade e um obstáculo para a realização de determinadas tarefas, que anteriormente lhe conferiam satisfação. A literatura científica tem demonstrado que a espiritualidade e a religiosidade apresentam relação com o aumento da qualidade de vida do indivíduo (DALSENTER; MATOS, 2009).

O desgaste, as perdas e os declínios são inevitáveis e desencadeiam desafios adaptativos para o idoso, em particular quando institucionalizado, pois longe das rotinas habituais familiares sentem-se perdidos no tempo e no espaço (BENTES; PEDROSO; MACIEL, 2012).

Vieira, S. K. S. F. et al.

## CONCLUSÃO

Neste estudo verificou-se que os participantes apresentaram pouco comprometimento motor e uma boa qualidade de vida. Essa situação reforça a importância da manutenção da independência funcional na velhice como aspecto proporcionador de qualidade de vida.

Constatou-se que um acompanhamento de profissionais qualificados e as atividades oferecidas pela instituição minimizam as alterações decorrentes do envelhecimento e as consequências de uma institucionalização; e melhoram a capacidade funcional, a interação social e os índices de qualidade de vida.

Evidências demonstram que a maioria das ILPs não tem profissionais qualificados e uma equipe multidisciplinar para atender as necessidades dos idosos. Tornando-se importante, a formulação de políticas públicas voltadas à saúde do idoso, como a criação de ações preventivas, assistenciais e de reabilitação, que permitam um envelhecimento saudável, proporcionando qualidade de vida na terceira idade.

## REFERÊNCIA

ALEXANDRE, T.S; CORDEIRO C.C; RAMOS L.R. Fatores associados à qualidade de vida em idosos com osteoartrite de joelho. **Revista Fisioterapia e Pesquisa**. São Paulo, v.15, n.4, out-dez 2008, p.326-32.

ALMEIDA, E. A et al. Comparação da qualidade de vida entre idosos que participam e idosos que não participam de grupos de convivência na cidade de Itabira-MG. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**, Rio de Janeiro, v.13, n. 3, 2010.

ARAÚJO, C.L.O; CEOLIM, M.F. Sleep quality of elders living in long-term care institutions. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v.44, n.3, 2010, p.615- 22.

R. Interd. v. 9, n. 4, p. 1-11, out. nov. dez. 2016

BARRICELLI, I. L. F et al. Influência da orientação religiosa na qualidade de vida de idosos ativos. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**, Rio de Janeiro, v.15, n.3, jul/set. 2012.

BERTOLUCCI, P. H.; MINETT, T.S.C. Perda de memória e demência. In: PRADO, F. C; RAMOS, J.; VALLE, J. R. **Atualização terapêutica**, 23. ed. São Paulo: Artes Médicas; 2007.

BENTES, A. C. O; PEDROSO, J. S; MACIEL, C. A. B. O idoso nas instituições de longa permanência: uma revisão bibliográfica. **Aletheia**, Canoas-RS, n. 38-39, [s.v], maio/ dez 2012.

BISPO, N. N. C, LOPES, R. G. C. A solidão entre idosos institucionalizados e o efeito do atendimento da fisioterapia. **RBCEH**, Passo Fundo, v.7, n.1, p.74-83, jan/abr, 2010.

BORGES, A.M. et al. Independência funcional e qualidade de vida de idosos. **Memorialidades**, Ilhéus-BA, v. 1, n. 19, jan/jun 2013, p. 81-100.

BRASIL, Ministério da saúde. **Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa**. Brasília, 2006.

CABRAL, R. W. L et al. Fatores sociais e melhoria da qualidade de vida dos idosos: revisão sistemática. **Rev. Enferm UFPE on line**, Recife-PE, v.7, n. 5, maio, p. 1424-42, 2013.

CALDAS, C. P. Envelhecimento com dependência: responsabilidade e demandas da família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 13, maio/jun, p. 773-781, 2003.

CHAVES, M. L. F. **Testes de avaliação cognitiva: Mini Exame do Estado Mental**. Porto Alegre: Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2008. Disponível em: <[http://www.cadastro.abneuro.org/site/arquivos\\_cont/8.pdf](http://www.cadastro.abneuro.org/site/arquivos_cont/8.pdf)> . Acesso em: 16 maio 2016.

CICONELLI, R.M. et al. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). **Rev Bras Reumatol**, São Paulo, v.39, n.3, mai-jun, p.143-50, 1999.

DALSENTER, C. A, MATOS, F. M. Percepção da qualidade de vida em idosos institucionalizados da cidade de Blumenau (SC). **Dynamis revista tecnológica**, Blumenau-SC, v. 15, n. 2, p. 32-37, 2009.

FERREIRA, T. C. R. Análise da capacidade funcional de idosos Institucionalizados. **RBCEH**, Passo Fundo, v. 8, n. 1, jan./abr, p. 9-20. 2011.

GONÇALVES, L. H. T. et al. O idoso institucionalizado: avaliação da capacidade

Vieira, S. K. S. F. et al.  
funcional e aptidão física. **Cad. Saúde Pública**,  
Rio de Janeiro-RJ, v. 26, n.9, set, p. 1738-46,  
2010

LIMA, D.L.; LIMA, M. A.V; RIBEIRO, C.G.  
Envelhecimento e qualidade de vida de idosos  
institucionalizados. **RBCEH**, Passo Fundo, v. 7, n.  
3, set./dez. p. 346-356, 2010.

MELLO, B. L. D; HADDAD, M. C. L ; DELLAROZA, M.  
S. G. Avaliação cognitiva de idosos  
institucionalizados. **Rev.Acta Scientiarum**,  
Maringá, v. 34, n. 1, jan/jun, p. 95-102, 2012.

MOREIRA, R. M; TEIXEIRA, R. M; NOVAES, R. O.  
Contribuições da atividade física na promoção da  
saúde, autonomia e independência de idosos. **Rev  
Kairós Gerontologia**, São Paulo-SP, v. 17, n. 1,  
mar., p. 201-17, 2014.

MURAKAMI, L; SCATTOLIN, F. Avaliação da  
independência funcional e da qualidade de vida  
de idosos institucionalizados. **Rev. Med Hered**,  
São Paulo, v.21, n.1, p.18-26, 2010.

NETO, M. G; CASTRO, M. F. Estudo comparativo  
da independência funcional e qualidade de vida  
entre idosos ativos e sedentários. **Rev. Bras Med  
Esporte**, São Paulo, v. 18, n. 4, jul/ago, 2012.

OLIVEIRA, L.P.B.A.; MENEZES, M.P.  
Representações de fragilidade para idosos no  
contexto da estratégia saúde da família. **Texto &  
Contexto Enferm**, Florianópolis, v.20, n.2, abr-  
jun., p.301-9, 2011.

PASI-Protocolo de Atenção a Saúde do Idoso.  
**Envelhecimento Saudável em Florianópolis**.  
Prefeitura de Florianópolis, Secretaria de Saúde -  
Departamento de Saúde Pública, Assessoria de  
Vigilância a Saúde, 2006. Disponível em:  
<[http://www.pmf.sc.gov.br/saude/protocolos/protocolo\\_de\\_atencao\\_a\\_saude\\_do\\_idoso.pdf](http://www.pmf.sc.gov.br/saude/protocolos/protocolo_de_atencao_a_saude_do_idoso.pdf)>Acesso em: 07 de abril de 2016.

RICCI, N.A.; KUBOTA, M.T.; CORDEIRO, R.C.  
Agreement between observations on the  
functional capacity of home care elderly patients.  
**Rev Saúde Pública**, São Paulo, v.39, n.4, ago.,  
p.655-62, 2005.

RIBERTO, M. et al. Validação da versão brasileira  
da Medida de Independência Funcional. **Acta  
Fisiátr**. v. 11, n.1, p.72-6. 2004.

SAVONITTI, B.H.R.A. **Qualidade de vida  
dos idosos institucionalizados**. 2000.  
139f. Dissertação [Mestrado em  
Enfermagem] - Escola de Enfermagem,  
Universidade de São Paulo, 2000.

SCHEICHER, M. E , ACHÁ, R. E. S.  
Qualidade de vida e função cardíaca no  
R. Interd. v. 9, n. 4, p. 1-11, out. nov. dez. 2016

infarto do miocárdio. **Rev. Fisioterapia  
Univ. São Paulo**, v. 9, n. 2, 2002, p. 63-  
8.

**Submissão: 03/11/2015**

**Aprovação: 08/08/2016**