



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPÁ
BACHARELADO EM MEDICINA
DYERLANE OLIVEIRA PINHEIRO
LUCAS FERREIRA SIQUEIRA**

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS ASSISTIDOS NA
INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA ABRIGO SÃO JOSÉ DE MACAPÁ -
AP**

**MACAPÁ
2016**

**DYERLANE OLIVEIRA PINHEIRO
LUCAS FERREIRA SIQUEIRA**

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS ASSISTIDOS NA
INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA ABRIGO SÃO JOSÉ DE MACAPÁ -
AP**

Monografia apresentada ao colegiado de
Medicina como Trabalho de Conclusão de Curso,
para obtenção do título de Bacharel em Medicina
pela Universidade Federal do Amapá.
Orientador: Prof. MSc. Bráulio Érison França dos
Santos

**MACAPÁ
2016**

**DYERLANE OLIVEIRA PINHEIRO
LUCAS FERREIRA SIQUEIRA**

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS ASSISTIDOS NA
INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA ABRIGO SÃO JOSÉ DE MACAPÁ -
AP**

Aprovado em:

Conceito:

BANCA EXAMINADORA

Prof. MSc. Bráulio Érison França dos Santos
Orientador e Presidente da Banca

Prof. Esp. Anderson Walter Costa da Silva
Membro da Banca

Profa. MSc. Anna Valeska Procópio de Moura Mendonça
Membro da Banca

Profa. Esp. Maria de Nazaré Miranda Cavalcante
Membro da Banca (suplente)

**MACAPÁ
2016**

“Dedicamos este trabalho a Deus, aos nossos familiares, aos docentes e aos companheiros de faculdade que nos acompanharam ao longo desses anos e tornaram possível o término dessa jornada”

AGRADECIMENTOS

Agradecemos a Deus por nos fornecer inspiração, determinação, perseverança e sabedoria na obtenção deste título.

Agradecemos aos nossos pais e familiares pelo carinho, pelo amor incondicional e por compreenderem as nossas ausências nos momentos em que essas foram necessárias ao longo da nossa formação acadêmica.

Aos nossos professores e colegas de faculdade pelo apoio, pelo incentivo e pela difusão de seus conhecimentos e vivências. Reportamos ainda um agradecimento especial ao nosso orientador Prof^o Braulio Érison França dos Santos, pela colaboração na elaboração desse projeto de pesquisa, principalmente por suas atitudes solícitas e incentivadoras.

Aos funcionários da Instituição de Longa Permanência Abrigo São José pelo acolhimento, pelas informações prestadas e por abraçarem conosco a proposta desenvolvida nessa pesquisa.

Por fim, aos idosos participantes do estudo, pela alegria e disposição que nos receberam e por colaborarem através de suas experiências não só com a nossa pesquisa, mas também para a nossa formação, tornando-a mais ética e humanitária.

RESUMO

O crescente aumento da população idosa, em parte pela elevação da expectativa de vida, acarretou numa maior procura por instituições de longa permanência para essa população. Entretanto, o processo de institucionalização muitas vezes vem acompanhado de sérios problemas de abandono, além de estar associado a déficit mental e limitações físicas particulares de cada indivíduo residente nessas instituições. O processo de institucionalização, em geral, cria uma situação estressante e os desencadeadores de depressão podem levar a piora da identidade, da autoestima e afetar diretamente a qualidade de vida. O objetivo desse estudo procura avaliar a qualidade de vida dos idosos institucionalizados no abrigo São José, localizado na cidade de Macapá-AP, única instituição de longa permanência para idosos do Estado do Amapá. Para isso, será utilizada a Escala de Qualidade de Vida WHOQOL-*bref* da Organização Mundial de Saúde e aplicação de um questionário sociodemográficos produzido pelos próprios autores. A Escala WHOQOL-*brev* dispõe de quatro domínios principais (físico, psicológico, meio ambiente e relações sociais) e duas perguntas que compõe domínios independentes que se referem a qualidade de vida e a satisfação com a saúde. Buscou-se relacionar diferentes características referentes ao perfil clínico epidemiológico com a qualidade de vida da população da amostra através do estudo desses domínios. Foram analisados 35 idosos residentes no Abrigo São José. Notou-se predominância de indivíduos do sexo masculino, com idades em geral menores que 80 anos, com baixa escolaridade, baixo nível de renda e apresentando hipertensão arterial sistêmica, doenças oftalmológicas e neurológicas em maior incidência nesse estudo. Em relação à qualidade de vida, o instrumento WHOQOL-*Bref* evidenciou uma avaliação negativa da mesma no domínio físico, intermediária nos domínios psicológicos e ambiental, e positiva nos domínios das relações sociais. Pode-se concluir que o estudo em geral está de acordo com a literatura vigente, no entanto, devido à complexidade do perfil clínico-epidemiológico da população geriátrica alguns itens analisados devem ser avaliados de forma cuidadosa, a fim de serem adaptados à realidade e as peculiaridades do local que os idosos estão inseridos.

Palavras-chave: Senilidade, Qualidade de Vida, Institucionalização

ABSTRACT

The increasing elderly population, in part by the increase in life expectancy, resulted in a greater demand for long-stay institutions for this population. However, the institutionalization process often comes with serious abandonment issues, and is associated with mental deficit and particular physical limitations of each individual resident in these institutions. The institutionalization process generally creates a stressful situation and triggers of depression can lead to worsening of identity, self-esteem and directly affect the quality of life. The aim of this study is to evaluate the quality of life of institutionalized elderly in Abrigo São José, located in the city of Macapa-AP, only institution of long permanence of the State of Amapá. For this, the Quality of Life Scale WHOQOL-BREF of the World Health Organization and implementation of a socio-demographic questionnaire produced by the authors will be used. The WHOQOL-brev Scale has four main domain (physical, psychological, environmental and social relations) and two questions that make up independent domains that relate to quality of life and satisfaction with health. He attempted to relate different characteristics for the clinical epidemiological profile of the population's quality of life life of the sample through the study of these domains. 35 elderly residents were examined in Abrigo São José. It was noted predominance of males, with ages generally less than 80 years, low education, low income and presenting and hypertension, eye diseases and neurological in greater incidence in this study. Regarding quality of life, WHOQOL-Bref instrument showed a negative evaluation of the same in the physical, intermediate domain in psychological and environmental, and positive in the areas of social relations. It can be concluded that the overall study is according to the literature, however, due to the complexity of the clinical and epidemiological profile of the geriatric population some items analyzed should be evaluated carefully, in order to be adapted to reality and local peculiarities that the elderly are inserted.

Keywords: Senility, Quality of life, Institutionalization

LISTA DE ABREVEATURAS E SIGLAS

AVD	Atividades de Vida Diária
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CT	Carga tabágica
DM	Diabetes mellitus
DNT	Doenças não transmissíveis
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
ILPI	Instituição de Longa Permanência para Idosos
MEEM	Mini Exame do Estado Mental
OMS/WHO	Organização Mundial de Saúde
PA	Pressão arterial
QdV	Qualidade de Vida
WHOQOL- <i>Bref</i>	World Health Organization Quality-of-Life Abreviado

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização da amostra de idosos institucionalizados no Abrigo São José quanto ao sexo, em Macapá-AP, setembro de 2016.	34
Tabela 2 – Caracterização da amostra de idosos institucionalizados no Abrigo São José quanto a faixa etária, em Macapá-AP, setembro de 2016.....	34
Tabela 3 – Análise dos quatro domínios específicos da WHOQOL-bref em relação ao sexo dos idosos residentes no Abrigo São José, Macapá-AP, setembro de 2016	35
Tabela 4 – Análise dos quatro domínios específicos da WHOQOL-bref em relação a idade dos idosos residentes no Abrigo São José, Macapá-AP, setembro de 2016	35
Tabela 5 - Análise de domínios específicos da WHOQOL-bref em relação à renda dos idosos residentes no Abrigo São José, Macapá-AP, setembro de 2016	40
Tabela 6 - Análise dos domínios específicos da WHOQOL-bref em relação à escolaridade dos idosos residentes no Abrigo São José, Macapá-AP, setembro de 2016	41
Tabela 7 - Análise dos domínios específicos da WHOQOL-bref em relação à locomoção dos idosos residentes no Abrigo São José, Macapá-AP, setembro de 2016.....	42
Tabela 8 – Classificação da dos idosos residentes no Abrigo São José quanto ao tabagismo e etilismo no Domínio Qualidade de Vida Geral, Macapá-AP, setembro de 2016.....	45
Tabela 9 – Classificação dos idosos residentes no Abrigo São José quanto as cinco patologias mais prevalentes relacionadas ao Domínio Qualidade de Vida Geral, Macapá-AP, setembro de 2016.....	49
Tabela 10 - Análise dos domínios específicos da WHOQOL-bref em relação ao uso de medicações dos idosos residentes no Abrigo São José, Macapá-AP, setembro de 2016.....	50
Tabela 11 – Classificação dos idosos residentes no Abrigo São José quanto suas respostas as questões sobre avaliação geral da qualidade de vida e satisfação com a saúde, Macapá-AP, setembro de 2016.....	52

Tabela 12 – Classificação dos idosos residentes no Abrigo São José quanto a média das respostas das facetas que compõem cada domínio específico da WHOQOL-bref, Macapá-AP, setembro de 2016.....	53
Tabela 13 – Classificação dos idosos residentes no Abrigo São José quanto suas respostas as questões referentes ao domínio físico, Macapá-AP, setembro de 2016.	53
Tabela 14 – Classificação dos idosos residentes no Abrigo São José quanto suas respostas as questões referentes ao domínio psicológico, Macapá-AP, setembro de 2016.....	54
Tabela 15 – Classificação dos idosos residentes no Abrigo São José quanto suas respostas as questões referentes ao domínio do meio ambiente, Macapá-AP, setembro de 2016.	56
Tabela 16 – Classificação dos idosos residentes no Abrigo São José quanto suas respostas as questões referentes ao domínio das relações sociais, Macapá-AP, setembro de 2016.....	57

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 - Análise da religião dos idosos residentes no Abrigo São José, Macapá-AP, setembro de 2016.....	36
Gráfico 2 - Análise do estado civil dos idosos residentes no Abrigo São José, Macapá-AP, setembro de 2016	37
Gráfico 3 - Análise da cor declarada pelos idosos residentes no Abrigo São José, Macapá-AP, setembro de 2016	38
Gráfico 4 - Análise da ocupação prévia dos idosos residentes no Abrigo São José, Macapá-AP, setembro de 2016.....	39
Gráfico 5 – Análise dos idosos residentes no Abrigo São José quanto ao etilismo e tabagismo, Macapá-AP, setembro de 2016.....	43
Gráfico 6 – Análise dos idosos residentes no Abrigo São José quanto a quantificação da carga tabágica, Macapá-AP, setembro de 2016.	44
Gráfico 7 – Comorbidades apresentadas pelos idosos institucionalizados no Abrigo São José de Macapá-AP, setembro de 2016.....	45
Gráfico 8 – Classificação dos idosos residentes no Abrigo São José quanto a presença de Hipertensão Arterial Sistêmica relacionada ao Domínio Qualidade de Vida Geral, Macapá-AP, setembro de 2016.	47
Gráfico 9- Classificação dos idosos residentes no Abrigo São José quanto a presença de Diabetes Mellitus (DM) relacionada ao Domínio Qualidade de Vida Geral, Macapá-AP, setembro de 2016.	48
Gráfico 10 – Quantificação do uso crônico de medicações dos idosos do Abrigo São José, Macapá-AP, setembro de 2016	51

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO.....	14
2.	JUSTIFICATIVA	16
3.	OBJETIVOS	17
3.1	Geral	17
3.2	Específicos	17
4.	PROBLEMÁTICA	17
5.	HIPÓTESE	17
6.	METODOLOGIA	18
6.1	Tipos de Estudo	18
6.2	Sujeitos da pesquisa	18
6.3	Critérios de inclusão	18
6.4	Critérios de exclusão	18
6.5	Local	18
6.6	Revisão de literatura	19
6.7	Instrumentos e coleta de dados	19
6.8	Análise dos dados	21
6.9	Considerações éticas	22
7.	REFERENCIAL TEÓRICO	23
7.1	Envelhecimento da população brasileira e transição demográfica	23
7.2	O processo de senescência e a necessidade de políticas públicas	25
7.3	Instituições de Longa Permanência para idosos (ILPI)	27
7.4	Qualidade de Vida	29
7.4.1	Método WHOQOL	31
7.4.2	WHOQOL-100	32
7.4.3	WHOQOL-BREF	32
8.	RESULTADOS	34
8.1	Características sociodemográficas	34
8.2	Análise do perfil clínico da amostra	42
8.3	Análise específica da WHOQOL-BREF e de seus domínios	51
8.3.1	Análise dos domínios independentes sobre Qualidade de Vida e Satisfação com a Saúde	51
8.3.2	Análise dos domínios específicos	52

9.	DISCUSSÃO	58
9.1	Análise geral dos dados	58
9.1.1.	Análise do Sexo e da idade	58
9.1.2.	Análise da Religião.....	59
9.1.3.	Análise do Estado Civil e da Cor da Pele.....	60
9.1.4.	Análise da ocupação prévia.....	61
9.1.5.	Análise da Escolaridade.....	61
9.1.6.	Análise da Renda.....	62
9.1.7.	Análise da Locomoção.....	63
9.2	Análise do perfil clínico da amostra	64
9.3.	Análise específica da WHOQOL-BREF e de seus domínios	69
9.3.1.	Análise dos domínios independentes sobre Qualidade de Vida e Satisfação com a Saúde	69
9.3.2.	Análise do domínio físico	70
9.3.3.	Análise do domínio psicológico	72
9.3.4.	Análise do domínio meio ambiente	74
9.3.5.	Análise do domínio das relações sociais	77
10.	CONCLUSÃO	81
	REFERÊNCIAS	83
	APÊNDICE A – TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL	92
	APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	94
	APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO	97
	ANEXO A – TERMO DE ANUÊNCIA	99
	ANEXO B – AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA	100
	ANEXO C – WHOQOL-BREF	101

1. INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, tem-se observado um ritmo acelerado no crescimento da população idosa em todo mundo. Esse crescimento implica consequências sérias que afetam diretamente os serviços de assistência social e de saúde da população geriátrica, agravado com a precariedade dos convênios médicos e do baixo salário da aposentadoria. Somado a isso, observa-se o problema da família, pois os parentes têm dificuldades para cuidar dos seus idosos, encaminhando-os às instituições popularmente denominadas ILPI (Instituição de Longa Permanência para Idosos), casas de repouso ou instituições geriátricas. (FREITAS, SCHEICHER, 2010).

Observa-se um crescente aumento da população geriátrica em decorrência de fatores como a elevação da expectativa média de vida e a redução da mortalidade. De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010) entre os anos de 1999 e 2009, o percentual de indivíduos com 60 anos ou mais na população brasileira passou de 9,1% para 11,3%. Embora haja um aumento no número de idosos, o envelhecimento populacional bem-sucedido ainda é uma realidade distante no Brasil, pois é possível caracterizar o processo de envelhecimento da população brasileira por um acúmulo de morbidades, declínio funcional e aumento da dependência, associado a condições socioeconômicas adversas. (MOREIRA, 2014)

A partir da década de 80, frente ao notável aumento da expectativa de vida da população, houve simultaneamente a consolidação dos abrigos destinados aos idosos no Brasil (CORTELLETTI, CASARA, HERÉDIA, 2004). Em geral, o Estatuto do Idoso preconiza que a melhor forma de assistência ao idoso se dá quando esse está integrado dentro do próprio âmbito familiar. No entanto, em situações em que as famílias carecem de condições mínimas para assistência, a inclusão de idosos em instituições de longa permanência estaria indicada (BRASIL, 2003). O processo de institucionalização, em geral, cria uma situação estressante e os desencadeadores de depressão podem levar a piora da identidade, da autoestima e afetar diretamente a qualidade de vida dos idosos abrigados (FREITAS, SCHEICHER, 2010).

Conforme a população envelhece é possível observar um aumento na procura por instituição para idosos. Atualmente, há poucos estudos sobre a institucionalização dessa população, de modo que a avaliação do tema nem sempre pode ser feita com profundidade. Grande parte da população geriátrica que se encontra institucionalizada sofre sérios problemas de miséria, abandono, problemas mentais e físicos, além de contar com um número reduzido de vagas nas instituições de longa permanência para idosos. (FREITAS, SCHEICHER, 2010).

A residência em instituições de longa permanência para idosos (ILPIs) não é uma prática comum na sociedade brasileira, sendo ainda menor na região Norte. Uma aproximação pode ser obtida pelo número de idosos residentes em domicílios coletivos, levantados pelo Censo Demográfico de 2000. Para a população brasileira como um todo, foram encontrados 103 mil idosos nessas condições em 2000, o que representava aproximadamente 0,8% da população idosa. Na região Norte, a proporção comparável foi muito mais baixa, 0,3%, o que significa 2 mil idosos. Embora essa seja uma percentagem bastante baixa, esses números ainda incluem pessoas residentes em outros tipos de domicílios coletivos, além das instituições de longa permanência, tais como conventos, presídios, hotéis e hospitais (CAMARANO, 2007).

No Estado do Amapá há apenas uma instituição de longa permanência para idosos, o Abrigo São José. Tendo em vista que o processo de institucionalização está associado a maior vulnerabilidade e que esse isolamento/abandono social repercute diretamente em diferentes eixos, como aspectos psicológicos, sociais, afetivos e comportamentais, propõe-se, através desse estudo, avaliar a qualidade de vida dos idosos institucionalizados no abrigo São José, localizado em Macapá-AP. Para isso, espera-se expor, principalmente, os fatores que afetam diretamente as referidas funções para que se possa traçar um perfil da população em estudo. Para análise desses parâmetros foi escolhida a Escala de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (do inglês ‘World Health Organization Quality-of-Life BREF ou WHOQOL-BREF’) que, através de seus domínios, visa mostrar os principais aspectos no que se refere a qualidade de vida da população a qual é submetida.

2. JUSTIFICATIVA

No que se refere ao idoso residente em instituições de longa permanência, nota-se uma considerável carência de estudos sobre os aspectos da percepção da saúde física e mental dessa população. A Unidade de Execução Instituição de Longa Permanência para Idosos - Abrigo São José é a única existente no Amapá destinada a realizar apoio e acolhimento aos idosos. O trabalho se propõe a determinar as características da população assistida pela instituição que possam repercutir na qualidade de vida. Para isso haverá a análise tanto de variáveis sociodemográficas (sexo, renda, escolaridade, etc.), quanto de dados clínicos que possam ser relevantes (doenças crônicas já diagnosticadas, uso de medicações por longos períodos, dentre outras).

A avaliação da qualidade de vida é especialmente importante na última etapa do ciclo da vida, tendo em vista que no idoso espera-se um declínio desses parâmetros em decorrência de processos patológicos, perda de reserva fisiológica e outros fatores, tais como: uso de múltiplos medicamentos e isolamento/abandono social.

O estudo é factível e inovador no cenário local, uma vez que não há nada na literatura sobre o presente tema respectivo ao contexto amapaense, bem como é ético, pois respeita e preconiza os direitos fundamentais do ser humano. O estudo é, também, relevante, pois é de interesse acadêmico, profissional, e atinge diretamente a vida dos pacientes ao qual está inserido.

3. OBJETIVOS

3.1 Geral:

Avaliar a qualidade de vida dos idosos institucionalizados no abrigo São José de Macapá-AP.

3.2 Específicos:

- Estabelecer o perfil socioeconômico dos idosos institucionalizados no Abrigo São José segundo as seguintes variáveis: idade, gênero, raça, renda, escolaridade, aposentadoria, ocupação prévia, estado civil, religião e grau de locomoção.
- Caracterizar os fatores associados à redução da qualidade de vida na população estudada comparando a sua prevalência com o descrito na literatura científica vigente.
- Elencar os domínios pertencentes à *WHOQOL-bref* que estão mais frequentemente comprometidos na população analisada.

4. PROBLEMÁTICA

Como é a qualidade de vida dos idosos institucionalizados no Abrigo São José em Macapá, Amapá?

5. HIPÓTESE

A qualidade de vida dos idosos institucionalizados no Abrigo São José é reduzida, tendo em vista que o isolamento social repercute diretamente em diversos aspectos tais como saúde, cognição, grau de dependência e necessidade de assistência.

6. METODOLOGIA

6.1 Tipos de Estudo

Trata-se de um estudo epidemiológico, descritivo, transversal de abordagem quantitativa.

6.2 Sujeitos da pesquisa

A população de estudo foi formada por todos os pacientes institucionalizados no Abrigo São José que preenchiam os critérios de inclusão e não preenchiam os de exclusão.

No momento da pesquisa o Abrigo contava com 58 indivíduos, porém 23 foram excluídos por não se enquadraram nos critérios de inclusão ou preencherem algum critério de exclusão. Ao final, foi possível realizar o estudo com 35 indivíduos.

6.3 Critérios de inclusão

Foram considerados aptos para o estudo todos os pacientes maiores de 60 anos institucionalizados na Unidade de Execução Instituição de Longa Permanência para Idosos - Abrigo São José pelo menos há 3 meses a partir da data de início do estudo e que assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

6.4 Critérios de exclusão

Indivíduos com idade inferior a 60 anos.

Indivíduos que foram institucionalizados há menos de 3 meses.

Indivíduos com alterações permanentes da comunicação verbal, cognição ou distúrbios psiquiátricos que afetem a compreensão dos questionários.

Indivíduos que se recusaram a participar do estudo.

6.5 Local

A pesquisa foi desenvolvida na Unidade de Execução Instituição de Longa Permanência para Idosos - Abrigo São José. No Amapá existe, até o momento, somente um centro de apoio ao idoso que, portanto, recebe toda a demanda desta unidade da federação.

Tal abrigo foi criado em 30 de janeiro de 1965 pela Associação dos Voluntários do Amapá (AVA).

O referido centro é gerenciado atualmente pelo Governo do Estado do Amapá desde a criação do decreto 4765/2005 que vinculou diretamente a instituição a secretaria de inclusão e mobilização social, logo, é vinculado ao Sistema Único de Saúde. O abrigo tem como objetivo proteger pessoas idosas que vivem em estado de vulnerabilidade social.

O Abrigo em geral possuía no momento da pesquisa 58 idosos e garantia para seus moradores além de moradia e alimentação, área destinada a recreação, igreja, atendimento médicos algumas vezes na semana, atendimento de fisioterapia em horário comercial e atendimento de enfermagem em período integral. O local realizava a divisão dos idosos por sexo, por situação conjugal e por necessidades de saúde conforme orientação médica. Essa divisão ocorria principalmente durante a noite, visto que, durante o dia, praticamente toda a área do abrigo era disponibilizada para socialização e apreciação dos moradores.

Alguns idosos possuem a tutela pertencente ao Estado do Amapá e poucos possuem autonomia para sair do local sem acompanhamento.

6.6 Revisão de literatura

A revisão de literatura ocorreu durante todo o período de execução do trabalho, por meio de consulta ostensiva às bases de dados PubMed (www.pubmed.org) e Scielo (www.scielo.org), tratados médicos, além de sítios eletrônicos dos principais periódicos do Mundo. Inicialmente foram triados os trabalhos publicados nos últimos 10 anos, mas estudos mais antigos de grande impacto foram incluídos por conta de sua relevância histórica.

Foram também consultadas Diretrizes publicadas por órgãos governamentais como Ministério da saúde, Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e Organização Mundial de Saúde (WHO).

6.7 Instrumentos e coleta de dados

Primeiramente foi realizado contato com a administração do Abrigo São José a fim de informar sobre a finalidade do projeto proposto. Nesse contato, foi solicitado um termo de autorização do local assinado pelo responsável da instituição. (APÊNDICE A – AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO).

Todos os instrumentos de pesquisa foram apresentados ao Colegiado do Curso de Medicina da Universidade Federal do Amapá a fim de tornar a comunidade acadêmica ciente de sua existência.

O trabalho foi submetido então ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Amapá – UNIFAP e, após sua aprovação sob o número do CAAE 57034516.8.0000.0003, iniciou-se a coleta de dados (ANEXO A – SUBMISSÃO AO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA).

Após obtenção do parecer do Comitê de Ética, os pesquisadores foram até o referido Abrigo e realizaram reuniões com grupos de idosos interferindo minimamente na rotina do local. Os idosos analisados foram incluídos, desde que possuíssem interesse e condições psíquicas para participar do estudo. A coleta de dados ocorreu em turnos alternados realizados no Abrigo São José, respeitando o horário de funcionamento da instituição, as intercorrências que o mesmo pudesse vir a ter e o desejo do paciente de participar ou não da pesquisa no determinado dia que fora realizada. Em seguida, ocorreu o preenchimento dos questionários e foi iniciada a análise dos dados obtidos.

Os idosos que concordaram em participar do estudo precisaram ler e assinar do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO). Quando a tutela do idoso pertencer ao Estado, a administração do abrigo foi responsável pela assinatura do referido termo. O termo disponibiliza o esclarecimento sobre o objetivo do estudo, mencionado os procedimentos realizados em sua execução e enfatizando a total privacidade quanto a identificação dos dados obtidos. Caso o participante da pesquisa fosse incapaz de ler o TCLE ou assina-lo, os pesquisadores foram autorizados a auxiliá-los com a leitura e/ou com o uso da impressão digital no lugar da assinatura.

A coleta de dados foi feita por meio da aplicação de um questionário sociodemográfico desenvolvido especificamente para esta pesquisa e da escala de qualidade de vida WHOQOL-BREF (ANEXO B – ESCALA DE QUALIDADE DE VIDA DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – ABREVIADO) desenvolvida pela OMS aos idosos institucionalizados na Unidade de Execução Instituição de Longa Permanência para Idosos - Abrigo São José.

O WHOQOL-BREF é um instrumento autoaplicável, porém apenas se o participante da pesquisa for alfabetizado e tiver uma compreensão adequada do questionário. Do contrário, os pesquisadores estão autorizados a auxiliar o paciente, sem modificar o

significado das perguntas durante a explicação. Este instrumento é composto por quatro domínios e engloba 02 questões gerais acerca da qualidade de vida e 24 subdomínios (facetas). Os quatro domínios podem ser divididos em: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. As pontuações das respostas variam entre 1 e 5. (MARTINS, et.al., 2007)

Para análise dos resultados foram utilizados procedimentos de estatística descritiva (média aritmética, frequência absoluta, frequência relativa e desvio padrão). As respostas a cada item do questionário variavam de 1 a 5, sendo quanto mais próxima de 5, melhor a qualidade de vida. Realizou-se a análise por domínios e/ou por facetas de acordo com a significância estatística relacionando-os principalmente com os itens presentes no questionário sociodemográfico. Na análise de cada domínio foi usada a média aritmética das facetas que o compõe, resultando em uma nota de 1 a 5 conforme validado por FLECK *et al.* (2000).

Por fim, essa nota de 1 a 5 foi agrupada em: necessita melhorar (quando o valor encontrado for entre 1 até 2,9); regular (3 até 3,9); boa (4 até 4,9) e muito boa (5) para facilitar a visualização e análise dos resultados.

Já o questionário sociodemográfico (APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO) foi aplicado pelos estudantes participantes da pesquisa que foram previamente treinados para execução de tal tarefa.

O questionário sociodemográfico é um instrumento criado pelos membros realizadores da pesquisa e aplicado pelos mesmos à população-alvo. O material possui 24 perguntas divididas em dois domínios. O primeiro, que se refere aos dados pessoais de cada participante, contém 10 questões e o segundo, que aborda sobre os hábitos e comorbidades, possui 14 questões. Desta forma, pretendeu-se estabelecer um sucinto perfil clínico, social e econômico da população estudada para avaliar de que forma estes parâmetros influenciavam ou não na qualidade de vida. Para preenchimento dos dados recebemos informações cedidas pelo setor administrativo do abrigo, do setor de enfermagem e pelos próprios idosos.

6.8 Análise dos dados

Após da realização dos questionários e escalas, essas informações foram tabuladas em planilha digital. Tais informações foram checadas primariamente quanto à qualidade dos dados, de forma a verificar a ocorrência de erros, observações atípicas, dados faltantes ou outras peculiaridades. Após estes procedimentos iniciais foi realizada a análise descritiva dos

dados, com o intuito de visualizar as frequências absolutas e relativas de cada variável e o cumprimento dos objetivos do estudo.

Por conseguinte, a análise definitiva foi procedida após a consolidação dos dados com a escolha dos instrumentos e testes estatísticos a serem utilizados no que foi coletado. O processamento estatístico foi realizado no software BioEstat versão 5.2. Para a construção dos gráficos e tabelas foram utilizados os programas Excel e Word.

O coeficiente de correlação de Pearson foi calculado entre os domínios (físico, ambiental, social e psicológico) e a qualidade de vida global. Foi construído um modelo de análise de regressão linear múltipla em uma escala de 1 a 5 para verificar a influência das variáveis no domínio global de QV. Utilizou-se o procedimento stepwise, no qual se empregaram critérios de inclusão estatísticos. O nível de significância utilizado foi de 0,05.

6.9 Considerações éticas

A pesquisa em questão obedeceu às recomendações contidas na Resolução n° 466 de 12 de dezembro de 2012, no que tange a Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos (BRASIL, 2012).

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Amapá (UNIFAP), conforme protocolo da Plataforma Brasil. Foi aprovado sob o número de autorização 57034516.8.0000.0003 e, após o parecer favorável dado pelo CEP, a pesquisa foi iniciada.

7. REFERENCIAL TEÓRICO

7.1 Envelhecimento da população brasileira e transição demográfica

Segundo o censo demográfico de 2010 (IBGE, 2011), a população brasileira de hoje é de 190.755.199 milhões de pessoas, dividindo-se da seguinte forma: 51%, o equivalente a 97 milhões, são mulheres e os 49% restantes, que equivalem a 93 milhões, são homens. O contingente de pessoas idosas, que, segundo a Política Nacional do Idoso e o Estatuto do Idoso, tem 60 anos a mais, é de 20.590.599 milhões. Desses, 55,5 % (11.434.487) são mulheres e 44,5% (9.156.112) são homens (CENSO, 2011).

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) define envelhecimento como:

“um processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio-ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte” (BRASIL, 2006).

O crescimento da população referido é resultado de taxas de crescimento mais elevadas dada a alta fecundidade prevaiente no passado comparativamente à atual e à redução da mortalidade. Estima-se que, em 2025, entre os dez países do mundo com maior número de idosos, cinco serão países em desenvolvimento, incluindo o Brasil. Os desafios frente a essa realidade são maiores sobretudo nos países em desenvolvimento como o Brasil, que não dispõem de recursos sociais para o atendimento dessa parcela da população (CAMARANO, BELTRÃO, PINTO, 1997).

Atualmente, não se pode mais dizer que o Brasil seja um país jovem, já que a Organização Mundial de Saúde (OMS) considera uma população envelhecida quando a proporção de pessoas com 60 anos ou mais atinge 7% com tendência a crescer (KELLER *et al.* 2002). De acordo com o Censo Populacional de 2010 referido acima, os brasileiros com 60 anos ou mais representam 10,8% da população total do país (CENSO, 2011).

O Brasil está em franco processo de envelhecimento, tendo já atravessado as etapas iniciais do processo de transição epidemiológica e mesmo (no caso de algumas áreas localizadas em regiões metropolitanas mais desenvolvidas) atingido seu estágio final (KALACHE, 1987). Esse processo de envelhecimento deverá durar cerca de 30 anos, o que

fará com o que país deixe de ser majoritariamente jovem para se tornar uma nação madura em 2040 (CENSO, 2011).

A população de idosos, pessoas com 60 anos ou mais, cresceu 7,3 milhões entre 1980 e 2000, totalizando mais de 14,5 milhões em 2000. O Brasil, até 2025, será o sexto país em número de idosos (WHO, 2005).

Enquanto 17% dos idosos, de ambos os sexos, em 2000, tinham 80 anos ou mais de idade, em 2050 corresponderão, provavelmente, a aproximadamente 28%. Entre as mulheres, o peso das mais idosas passará de 18% para em torno de 30,8%. Isso significará um grande envelhecimento da própria população idosa (CARVALHO, RODRIGUEZ-WONG, 2008).

Observando os dados da atual transição demográfica brasileira sob a ótica de gênero, constatamos um processo de feminização da velhice, ou seja, quanto mais a população envelhece, mais feminina ela se torna. Hoje, segundo dados oficiais, as mulheres representam 55,5% da população idosa brasileira e 61% do contingente de idosos acima de 80 anos (IBGE, 2011).

A sobremortalidade masculina de adultos e idosos jovens e a consequente “feminização” do envelhecimento resultam, portanto, das maiores taxas de mortalidade por doenças circulatórias, outras associadas ao tabagismo (neoplasias e DPOC), alcoolismo (algumas neoplasias digestivas e hepatopatia alcoólica) e causas externas (mortes violentas e acidentes de transporte) (FREITAS *et al.*, 2013).

As projeções se mantêm como as observadas desde o início do milênio: para cada grupo de 100 mulheres idosas, havia, em 2000, ao redor de 81 homens idosos; em 2050, haverá, provavelmente, apenas em torno de 76 idosos do sexo masculino. Entre aqueles com 80 ou mais anos de idade, para cada conjunto de 100 mulheres, o número de homens deverá cair, entre 2000 e 2050, de 71 para 61. Haveria, pois, em meados do século, quase duas mulheres para cada homem, entre aqueles mais idosos. (CARVALHO, RODRIGUEZ-WONG, 2008).

Atualmente, os especialistas no estudo do envelhecimento referem-se a três grupos de pessoas mais velhas: os idosos jovens, os idosos velhos e os idosos mais velhos. O termo idosos jovens geralmente se refere a pessoas de 65 a 74 anos, que costumam estar ativas, cheias de vida e vigorosas. Os idosos velhos, de 75 a 84 anos; e os idosos mais velhos, de 85 anos ou mais, são aqueles que têm maior tendência para a fraqueza e para a enfermidade e podem ter dificuldade para desempenhar algumas atividades da vida diária (PAPALIA, OLDS, FELDMAN, 2006).

No entanto, sabe-se que o envelhecimento é um processo complexo e multifatorial. A variabilidade de cada pessoa (genética e ambiental) acaba impedindo o estabelecimento de parâmetros. Por isso, o uso somente do tempo (idade cronológica) como medida esconde um amplo conjunto de variáveis. A idade em si não determina o envelhecimento, ela é apenas um dos elementos presentes no processo de desenvolvimento, servindo como uma referência da passagem do tempo. Nota-se que cada vez mais as pesquisas revelam que o processo de envelhecimento é uma experiência heterogênea, vivida como uma experiência individual. Algumas pessoas, aos 60 anos, já apresentam alguma incapacidade; outras estão cheias de vida e energia aos 85 anos (SCHNEIDER, IRIGARAY, 2008).

7.2 O processo de senescência e a necessidade de políticas públicas

Grande parte dos idosos passa por uma série de dificuldades ao chegarem nessa etapa da vida, uma vez que há a possibilidade do/a idoso/a ser acometido por doenças degenerativas e crônicas, que o/a torna sem autonomia, ou seja, dependente de cuidados de alguém (KUCHEMANN, 2012).

Os sinais de deficiências vão aparecendo de maneira mais discreta no decorrer da vida, sendo chamados de senescência, sem comprometer as relações e a gerência de decisões. Esse processo não pode ser chamado doença. Em condições basais, o idoso não apresenta alterações no funcionamento ao ser comparado com o jovem. A diferença manifesta-se nas situações nas quais se torna necessária a utilização de reservas homeostáticas, que, no idoso, são mais fracas. Além disso, todos os órgãos ou sistemas envelhecem de forma diferenciada, tornando a variabilidade cada vez maior (MORAES, MORAES, LIMA, 2010).

O envelhecimento pode ser compreendido como um processo natural, de diminuição progressiva da reserva funcional dos indivíduos – senescência - o que, em condições normais, não costuma provocar qualquer problema. No entanto, em condições de sobrecarga como, por exemplo, doenças, acidentes e estresse emocional, pode ocasionar uma condição patológica que requeira assistência – senilidade (BRASIL, 2006).

Conforme um indivíduo envelhece, sua qualidade de vida é fortemente determinada por sua habilidade de manter autonomia e independência. Conforme os indivíduos envelhecem, as doenças não-transmissíveis (DNTs) transformam-se nas principais causas de morbidade, incapacidade e mortalidade em todas as regiões do mundo. As DNTs,

enfermidades típicas da 3ª idade, são caras para os indivíduos, para as famílias e para o Estado (WHO, 2005).

Dois grandes erros devem ser continuamente evitados. O primeiro é considerar que todas as alterações que ocorrem com a pessoa idosa sejam decorrentes de seu envelhecimento natural, o que pode impedir a detecção precoce e o tratamento de certas doenças e o segundo é tratar o envelhecimento natural como doença a partir da realização de exames e tratamentos desnecessários, originários de sinais e sintomas que podem ser facilmente explicados pela senescência (BRASIL, 2006).

Além disso, foi relatado que, na virada do século, cerca de 40% dos indivíduos com 65 anos ou mais precisavam de algum tipo de ajuda para realizar tarefas como fazer compras, cuidar das finanças, preparar refeições e limpar a casa. Uma parcela menor (10%) foi considerada com falta de autonomia para realizar tarefas básicas, como tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro, alimentar-se, sentar e levantar de cadeiras e camas (KARSCH, 1998; 2003 *apud* KUCHEMANN, 2012).

Essa realidade no processo de envelhecimento populacional não é, naturalmente, uma característica única do Brasil, sendo compartilhado, de modo mais ou menos acentuado, por diversos outros países em desenvolvimento. Na verdade, hoje, a maioria das pessoas idosas vive em países não-desenvolvidos e dentro de poucos anos, na passagem do século, mais de três quartos daqueles, com mais de 60 anos, serão habitantes do Terceiro Mundo e exigirão cada vez mais diferentes assistências (KALACHE, 1987).

Além disso, cotidianamente, os idosos brasileiros convivem com medo de violências, falta de assistência médica e de hospitais e escassas atividades de lazer, além de angústias com os baixos valores das aposentadorias e pensões. À desinformação, ao preconceito e ao desrespeito aos cidadãos da terceira idade, somam-se a precariedade de investimentos públicos para atendimento às necessidades específicas da população idosa, e mesmo de recursos humanos, tanto em quantidade como em qualidade (VERAS, 2009).

O rápido envelhecimento nos países em desenvolvimento é acompanhado por mudanças dramáticas nas estruturas e nos papéis da família, assim como nos padrões de trabalho e na migração. A urbanização, a migração de jovens para cidades à procura de trabalho, famílias menores, e mais mulheres tornando-se força de trabalho formal significam que menos pessoas estão disponíveis para cuidar de pessoas mais velhas quando necessário (WHO, 2005).

Assim sendo, tendo em vista essas dificuldades encontradas pela população geriátrica, tanto os cuidados quanto os/as cuidadores/as familiares deverão ser objeto de políticas e programas de saúde pública em parceria com inúmeras outras ações públicas. É fundamental que o Estado brasileiro garanta uma infraestrutura de serviços em vários âmbitos de atuação das políticas públicas, favorecendo a todo um conjunto de medidas que possam garantir o bem-estar dos/as idosos/as e o exercício de sua cidadania (KUCHEMANN, 2012).

Logo, um envelhecimento bem-sucedido não depende apenas das políticas públicas de saúde, mas o setor saúde deve estar preparado para dar respostas nos campos da prevenção e promoção da saúde das pessoas idosas. Nota-se que o envelhecimento populacional é um fenômeno mundial que provoca grandes desafios à Saúde Pública, tendo em vista a dificuldade de adequação dos serviços a essa nova demanda, tanto quanto à disponibilidade de estrutura física e tecnologias específicas, quanto à escassez de profissionais capacitados a trabalhar com idosos, assim como devido ao universo fisiopatológico e psicossocial singular que esse público representa. Configura-se como desafio à medida que implica em mudanças na comunidade, na família e no contexto dos serviços de saúde (BRITO *et al.*, 2013).

7.3 Instituições de Longa Permanência para idosos (ILPI)

Para definir no que consiste as instituições que promovem apoio aos idosos, a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia sugeriu a adoção da denominação Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI). Entretanto, na literatura e na legislação, encontram-se referências indiscriminadamente a ILPIs, casas de repouso, clínicas geriátricas, abrigos e asilos (CAMARANO, KANSO, 2010).

Para oficializar essas diversas nomenclaturas, a ANVISA determinou que o conceito de ILPI envolvia 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. Esse órgão enfatiza ainda que as funções principais envolvem propiciar o exercício dos direitos humanos (civis, políticos, econômicos, sociais, culturais e individuais) de seus residentes; promover a convivência mista entre os residentes de diversos graus de dependência; promover integração dos idosos, nas atividades desenvolvidas pela comunidade local; incentivar e promover a participação da família e da comunidade na atenção ao idoso residente; desenvolver

atividades que estimulem a autonomia dos idosos e promover condições de lazer para os idosos tais como: atividades físicas, recreativas e culturais. (ANVISA, 2005)

No Brasil, não há consenso sobre o que seja uma ILPI. Sua origem está ligada aos asilos, inicialmente dirigidos à população carente que necessitava de abrigo, frutos da caridade cristã diante da ausência de políticas públicas. Isso justifica que a carência financeira e a falta de moradia estejam entre os motivos mais importantes para a busca, bem como o fato de a maioria das instituições brasileiras ser filantrópica (CAMARANO, KANSO, 2010).

As ILI passaram a se tornar uma opção viável ao se notar que a maioria dos idosos envelhece com certa dependência e que, em geral, demandam cuidados e responsabilidade que implicam disponibilidade de tempo de seus familiares, normalmente seus principais cuidadores. (MARIN *et al.*, 2012).

Temos observado que o número de idosos institucionalizados aumentou entre as idades mais avançadas e é maior entre as mulheres. Também, o número de idosos que apresentam algum tipo de deficiência física ou mental é mais alto entre os institucionalizados do que nos demais idosos, assim o cuidado à saúde dos idosos residente se faz necessário (WATANABE, DI GIOVANNI, 2009). Soma-se a isso a realidade de que cuidar do idoso em casa não é uma tarefa amena, principalmente considerando as dificuldades socioeconômicas em que vive a maior parcela da população brasileira (MARIN *et al.*, 2012).

É comum associar ILPIs a instituições de saúde. Mas elas não são estabelecimentos voltados à clínica ou à terapêutica, apesar de os residentes receberem - além de moradia, alimentação e vestuário - serviços médicos e medicamentos (CAMARANO, KANSO, 2010).

Nas ILPIs pesquisadas residem cerca de 100 mil pessoas, das quais 84 mil são idosas, o que representa menos de 1% da população idosa brasileira. As mulheres predominam (57,3%) entre os residentes. As ILPIs são pequenas, em média, abrigam cerca de 30 residentes e estão trabalhando em plena capacidade, já que, dos 109.447 leitos existentes, 91,6% estavam ocupados. Em média, cada instituição gasta mensalmente R\$ 717,91 por residente. (CAMARANO, KANSO, 2010).

Os motivos descritos para a internação nas ILPIs incluem as dificuldades das famílias em acolhê-los por falta de espaço, recursos, uma estrutura familiar que respeite o idoso ou por incapacidade de cuidar deles devido a situações especiais como inserção dos membros no mercado de trabalho, abandono pela família, dificuldades de encontrar um cuidador, pobreza, viuvez e opção do próprio idoso por se achar um entrave para a família (MARIN *et al.*, 2012).

Dentre as dificuldades encontradas por esse tipo de instituição, verifica-se que o atendimento ao idoso fora de seu convívio familiar adquire maior importância, tendo como consequências o isolamento, a inatividade física e mental e, por fim, uma redução na qualidade de vida. (RIBEIRO, SCHUTZ, 2007). O idoso institucionalizado é geralmente uma pessoa desmotivada para a vida, sem expectativas e com esperanças de retorno ao ambiente familiar. Além disso, ele ainda se vê na condição de ter que conviver com pessoas muito diferentes, às vezes até não idosas, com doenças incapacitantes, mentais, psiquiátricas e com alcoolistas, o que torna o ambiente desconfortável (TIER, 2006).

O idoso que se encontra em Instituição de Longa Permanência está separado do ambiente familiar e é levado a conviver com estranhos, muitas vezes isolado da atualidade cultural, além de estar experimentando a incômoda situação de abandono, dependência e inutilidade (ANDRADE *et al.*, 2005). Sendo o envelhecimento influenciado por aspectos externos, a vivência desse processo em contexto como uma instituição asilar pode ser profundamente marcada por características comuns a uma realidade que preza pelo coletivo, em detrimento da individualidade do idoso. (RIBEIRO, SCHUTZ, 2007).

A própria transformação social dos últimos anos, incluindo os novos arranjos familiares, o grande número de separações, o avanço tecnológico e científico de domínio dos mais jovens e a inserção da mulher no trabalho fora do lar, são fatores que contribuem para a falta de apoio aos idosos ((MARIN *et al.*, 2012).

7.4 Qualidade de Vida

Segundo a OMS, qualidade de vida é definida como a percepção do indivíduo de 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 (FLECK *et al.*, 2000).

A expressão qualidade de vida foi empregada pela primeira vez pelo presidente dos Estados Unidos, Lyndon Johnson, em 1964, ao declarar 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”. O interesse em conceitos como “padrão de vida” e “qualidade de vida” foi inicialmente partilhado por cientistas sociais, filósofos e políticos. O crescente desenvolvimento tecnológico da medicina e ciências afins trouxe como uma consequência negativa a sua progressiva desumanização. Assim, a preocupação com o conceito de “qualidade de vida” refere-se a um movimento dentro das ciências humanas e

biológicas no sentido de valorizar parâmetros mais amplos que o controle de sintomas, a diminuição da mortalidade ou o aumento da expectativa de vida. (FLECK *et al.*, 2000).

Gradativamente, o conceito de qualidade de vida que antes abrangia predominantemente a esfera do crescimento econômico, passou a englobar o desenvolvimento social, expresso em boas condições de saúde, educação, moradia, transporte, lazer, trabalho e crescimento individual. Os indicadores de qualidade de vida também se ampliaram e passaram a incluir mortalidade infantil, expectativa de vida, taxa de evasão escolar, nível de escolaridade, taxa de violência (suicídio, homicídios, acidentes), saneamento básico, nível de poluição, condições de moradia e trabalho, qualidade do transporte, lazer, dentre outros. Em complementação à essas condições objetivas, que qualificariam também a vida das pessoas, era necessário avaliar a qualidade de vida percebida pelos sujeitos e o quanto estavam satisfeitos ou insatisfeitos com a qualidade de suas vidas (qualidade de vida subjetiva), de modo que a subjetividade passou a ser valorizada. (MOREIRA, 2014)

Nos últimos 30 anos a avaliação da qualidade de vida, sob a perspectiva do próprio indivíduo, surgiu como ferramenta reconhecidamente importante no contexto da investigação clínica e da formulação de políticas de saúde e despertou a atenção de vários pesquisadores (ARAÚJO, ONOFRE, PENA, 2010).

A crescente preocupação com questões relacionadas à qualidade de vida vem de um movimento dentro das ciências humanas e biológicas no sentido de valorizar parâmetros mais amplos que o controle de sintomas, a diminuição da mortalidade ou o aumento da expectativa de vida. Assim, qualidade de vida é abordada, por muitos autores, como sinônimo de saúde, e por outros como um conceito mais abrangente, em que as condições de saúde seriam um dos aspectos a serem considerados (FLECK *et al.*, 2000).

Atualmente, observa-se relevada importância à concepção de qualidade de vida e esta, por sua vez, associa-se a uma maior longevidade. Nesta perspectiva, há alguns indicadores de bem-estar inerentes à qualidade de vida na velhice e, dentre esses fatores, encontram-se: saúde biológica e mental, controle e eficácia cognitiva, competência social, produtividade, atividade, satisfação, status social, renda, continuidade de relações informais em grupos primários e rede de amigos. Os idosos constituem um grupo particular e, como tal, apresentam especificidades relevantes para a qualidade de vida (SANTOS, 2016)

No Brasil a partir da década de 80, quando acontece o “boom” da terceira idade, diferentes grupos de convivência passam a existir. A velhice passa a ser encarada como

processo natural no curso da vida deixando o status de doença. Surgiram instituições com intuito de prover aos idosos cuidados integrais à saúde (ARAÚJO, ONOFRE, PENA, 2010)

Atualmente, é perceptível o processo de envelhecimento populacional mundial e, em especial, no Brasil que apresenta taxas elevadas, crescimento rápido e exacerbado de indivíduos idosos e, conseqüentemente, esse fenômeno não possibilita o acompanhamento dos setores econômicos, sociais e culturais. Como resultado do processo de senescência e dos demais fatores, pode-se evidenciar que há uma forte tendência no envelhecimento das pessoas associado a precárias condições de independência funcional que interferem na qualidade de vida (SANTOS, 2016).

A análise da qualidade de vida subjetiva torna-se um eficaz instrumento para conhecer a realidade social e como esta é percebida pelos integrantes de uma dada comunidade, devido à multidimensionalidade deste construto (MARTINS *et al.*, 2007).

7.4.1 Método WHOQOL

No início da década de 1990, o Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (Grupo WHOQOL - World Health Organization Quality of Life) se reuniu para desenvolver o conceito sobre qualidade de vida e um instrumento com a finalidade de medir o referido construto (MARTINS *et al.*, 2007).

O WHOQOL foi desenvolvido utilizando um enfoque transcultural original por envolver a criação de um único instrumento de forma colaborativa simultaneamente em diferentes centros. Desta forma, vários centros com culturas diversas participaram da operacionalização dos domínios de avaliação de qualidade de vida, da redação e seleção de questões, da derivação da escala de respostas e do teste de campo nos países envolvidos nesta etapa. Com esta abordagem foi possível equacionar as dificuldades referentes à padronização, equivalência e tradução à medida que se desenvolvia o instrumento. Para garantir que a colaboração fosse genuinamente internacional, os centros foram selecionados de forma a incluir países com diferenças no nível de industrialização, disponibilidade de serviços de saúde, importância da família e religião dominante, entre outros (FLECK, 2000).

A natureza multidimensional do construto foi validada a partir da emergência de quatro dimensões: (1) física – percepção do indivíduo sobre sua condição física; (2) psicológica – percepção do indivíduo sobre sua condição afetiva e cognitiva; (3) do relacionamento social – percepção do indivíduo sobre os relacionamentos sociais e os papéis

sociais adotados na vida; (4) do ambiente – percepção do indivíduo sobre aspectos diversos relacionados ao ambiente onde vive (WHO, 1994). Porém, sabe-se que a qualidade de vida inclui outras dimensões, como a espiritualidade, por exemplo. Desse modo, estudar qualidade de vida deve levar em consideração inúmeras variáveis que a compõem e as relações entre elas. (MOREIRA 2014).

7.4.2 WHOQOL-100

O instrumento WHOQOL-100 consiste em cem perguntas referentes a seis domínios: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais. Esses domínios são divididos em 24 facetas. Cada faceta é composta por quatro perguntas. Além das 24 facetas específicas, o instrumento tem uma 25ª composta de perguntas gerais sobre qualidade de vida (FLECK, 2000).

7.4.3 WHOQOL-BREF

Consiste em uma versão reduzida do questionário original (WHOQOL-100) e é composto por 26 questões. Duas delas são gerais sobre qualidade de vida e as demais estão contidas nas 24 facetas que compõem o instrumento original. Enquanto o WHOQOL-100 avalia cada uma das 24 facetas a partir de quatro questões, o WHOQOL-Bref avalia por apenas uma questão. Os domínios deste último construto são os seguintes: físico (07 perguntas), psicológico (06 perguntas), relações sociais (3 perguntas) e meio ambiente (08 perguntas). O instrumento é autoaplicável e as respostas seguem uma escala de Likert (de 1 a 5, quanto maior a pontuação melhor a qualidade de vida). (MARTINS et al., 2007).

O WHOQOL-Bref é classificado como instrumento genérico, por ser um questionário de base populacional sem especificar patologias, sendo apropriado para planejamento e avaliação do sistema de saúde e em estudos epidemiológicos (THE WHOQOL GROUP, 1998). Além disso, a utilização do WHOQOL-BREF pode auxiliar a identificar as fraquezas/debilidades nas facetas da qualidade de vida relacionada com saúde em idosos, ajudar a apontar as necessidades, encontrar maneiras para prevenir algumas consequências piores do envelhecimento em condições de institucionalização e possibilitar dados para a melhoria da saúde neste tipo de população. (MOREIRA, 2014)

A utilização do WHOQOL-Bref é justificada pela literatura, que mostra boa resposta do instrumento à qualidade de vida dos idosos, e pela ausência de um instrumento validado

para idosos e traduzido para o português com características tão abrangentes e de simples aplicabilidade (PEREIRA *et al.*, 2006).

8. RESULTADOS

8.1 Características sociodemográficas

Dos 58 idosos residentes no Abrigo São José, 35 foram entrevistados, representando 60,3% da amostra. Verificou-se o predomínio de indivíduos do sexo masculino (85,7%) (Tabela 1). A maior parte dos participantes possuía idade entre 71 e 80 anos (42,8%), enquanto aqueles com idade entre 60 e 70 anos e os maiores de 81 anos corresponderam ambos a 28,6% (Tabela 2).

Tabela 1 – Caracterização da amostra de idosos institucionalizados no Abrigo São José quanto ao sexo, em Macapá-AP, setembro de 2016.

Sexo	Frequência absoluta (N)	Frequência relativa (%)
Masculino	30	85,7
Feminino	05	14,3

Fonte: Dados avaliados pelos autores e extraídos do questionário sócio-demográfico aplicado, 2016.

Tabela 2 – Caracterização da amostra de idosos institucionalizados no Abrigo São José quanto a faixa etária, em Macapá-AP, setembro de 2016.

Idade	Frequência absoluta (N)	Frequência relativa (%)
60 a 70 anos	10	28,6
71 a 80 anos	15	42,8
Maior de 81 anos	10	28,6

Fonte: Dados avaliados pelos autores e extraídos do questionário sócio-demográfico aplicado, 2016.

Ao relatarmos a análise dos domínios da WHOQOL nota-se que em todos os domínios as mulheres mencionaram qualidade de vida inferior aos homens uma vez que há forte prevalência de notas correspondente a classificação “necessita melhorar” e “regular” dentre as idosas abrigadas na ILPI estudada (Tabela 3). Em relação a idade, verificou-se que nos domínios físicos e meio ambiente quanto maior a idade menor a pontuação atribuída a qualidade de vida. Todavia, nos domínios psicológicos e das relações sociais quanto menor a idade pior a qualidade de vida (Tabela 4).

Tabela 3 – Análise dos quatro domínios específicos da WHOQOL-bref em relação ao sexo dos idosos residentes no Abrigo São José, Macapá-AP, setembro de 2016

DOMÍNIO	SEXO	Frequência absoluta dos idosos de acordo com a classificação			
		Necessita melhorar (1 a 2,9)	Regular (3 a 3,9)	Boa (4 a 4,9)	Excelente (5)
Físico	Feminino	4 (80%)	1 (20%)	0	0
	Masculino	11(36,6%)	10 (33,3%)	9 (30%)	0
Psicológico	Feminino	3 (60%)	1 (20%)	0	1 (20%)
	Masculino	6 (20%)	12 (40%)	10 (33,3%)	2 (6,6%)
Meio Ambiente	Feminino	2 (40%)	3 (60%)	0	0
	Masculino	6 (20%)	16 (53,3%)	8 (26,6%)	0
Relações sociais	Feminino	1 (20%)	1 (20%)	3 (60%)	0
	Masculino	9 (30%)	8 (26,6%)	10 (33,3%)	0

Fonte: Dados avaliados pelos autores e extraídos dos instrumentos utilizados nesse estudo em 2016

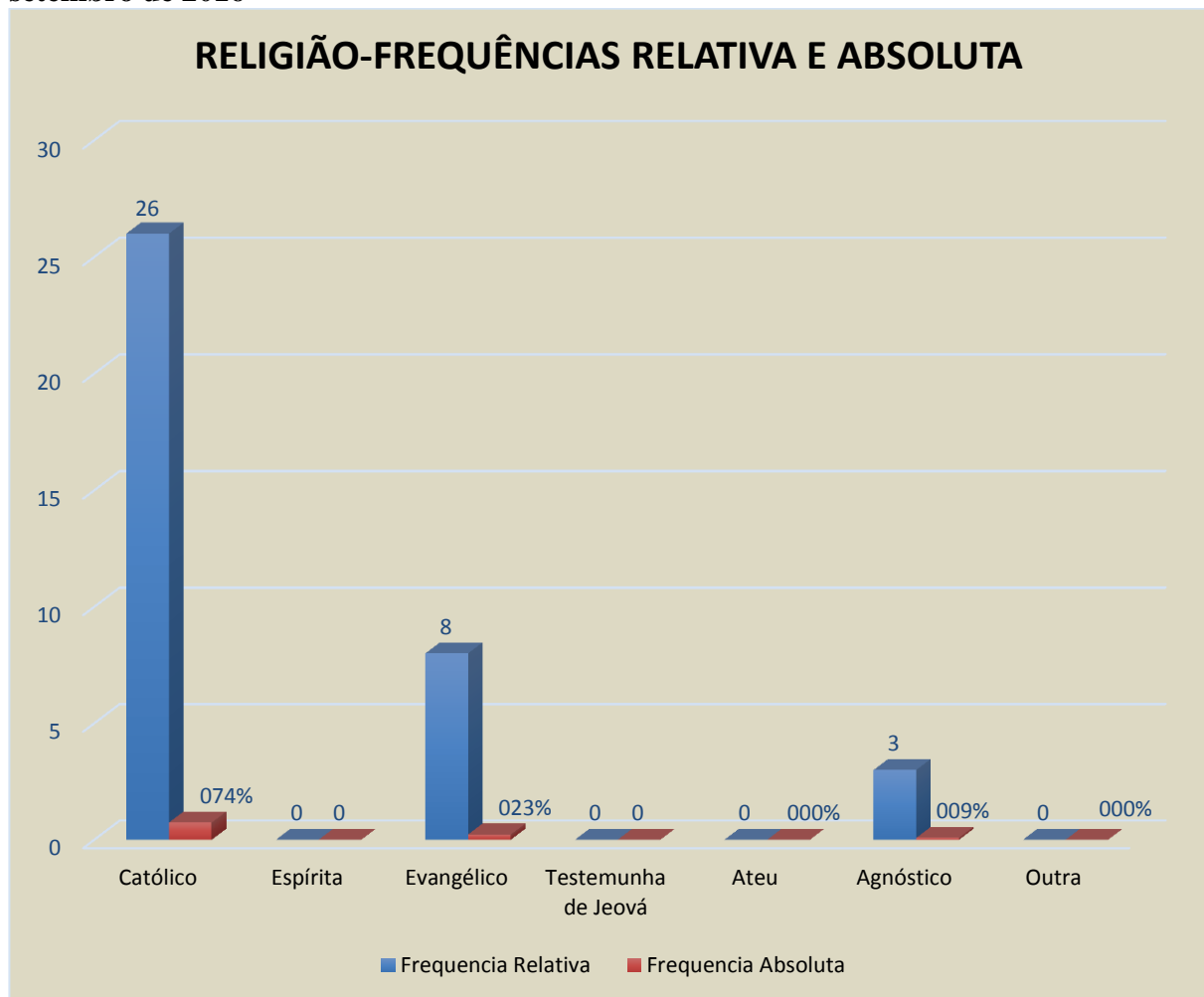
Tabela 4 – Análise dos quatro domínios específicos da WHOQOL-bref em relação a idade dos idosos residentes no Abrigo São José, Macapá-AP, setembro de 2016

DOMÍNIO	IDADE	Frequência absoluta e relativa dos idosos de acordo com a classificação			
		Necessita melhorar (1 a 2,9)	Regular (3 a 3,9)	Boa (4 a 4,9)	Excelente (5)
Físico	60-70 anos	4 (40%)	3 (30%)	3 (30%)	0
	71-80 anos	6 (40%)	5 (33,3%)	4 (26,6%)	0
	>80 anos	5 (55,5%)	3 (33,3%)	2 (22,2%)	0
Psicológico	60-70 anos	4 (40%)	5 (50%)	1 (10%)	0
	71-80 anos	2 (13,3%)	5 (33,3%)	7 (46,6%)	1 (6,6%)
	>80 anos	3 (30%)	3 (30%)	2 (20%)	2 (20%)
Meio Ambiente	60-70 anos	4 (40%)	4 (40%)	2 (20%)	0
	71-80 anos	1 (6,6%)	10 (66,6%)	4 (26,6%)	0
	>80 anos	3 (30%)	5 (50%)	2 (20%)	0
Relações sociais	60-70 anos	3 (30%)	5 (50%)	2 (20%)	0
	71-80 anos	3 (18,8%)	2 (12,5%)	7 (43,7%)	3 (18,8%)
	>80 anos	4 (40%)	2(20%)	4 (40%)	0

Fonte: Dados avaliados pelos autores e extraídos dos instrumentos utilizados nesse estudo em 2016

Com a relação à religião, 26 (74,2%) participantes declaram-se católicos, 8 (22,8%) evangélicos e 3 (8,5%) agnósticos. Espíritas, testemunhas de Jeová, ateus ou outras denominações religiosas não foram declaradas. (Gráfico 1)

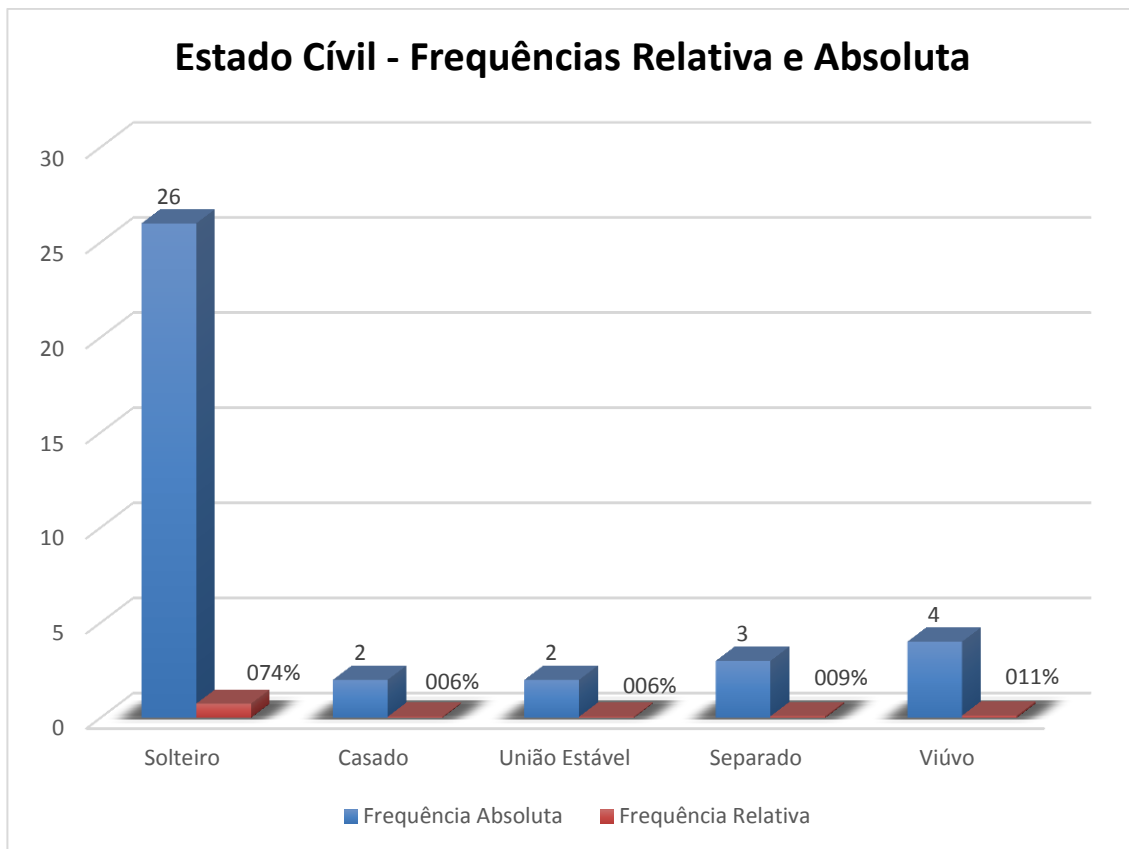
Gráfico 1 - Análise da religião dos idosos residentes no Abrigo São José, Macapá-AP, setembro de 2016



Fonte: Dados avaliados pelos autores e extraídos dos instrumentos utilizados nesse estudo no ano de 2016.

Com relação ao estado civil, a maioria dos entrevistados são solteiros, totalizando 26 (74,2%) pacientes nesse grupo. Os segundo e terceiro maiores grupos são ocupados pelos viúvos e separados, com 4 (11,4%) e 3 (8,5%) participantes, respectivamente. Os casados e em união estável apresentam o mesmo número de indivíduos, ambos com 2 (5,7%) idosos cada. (Gráfico 2)

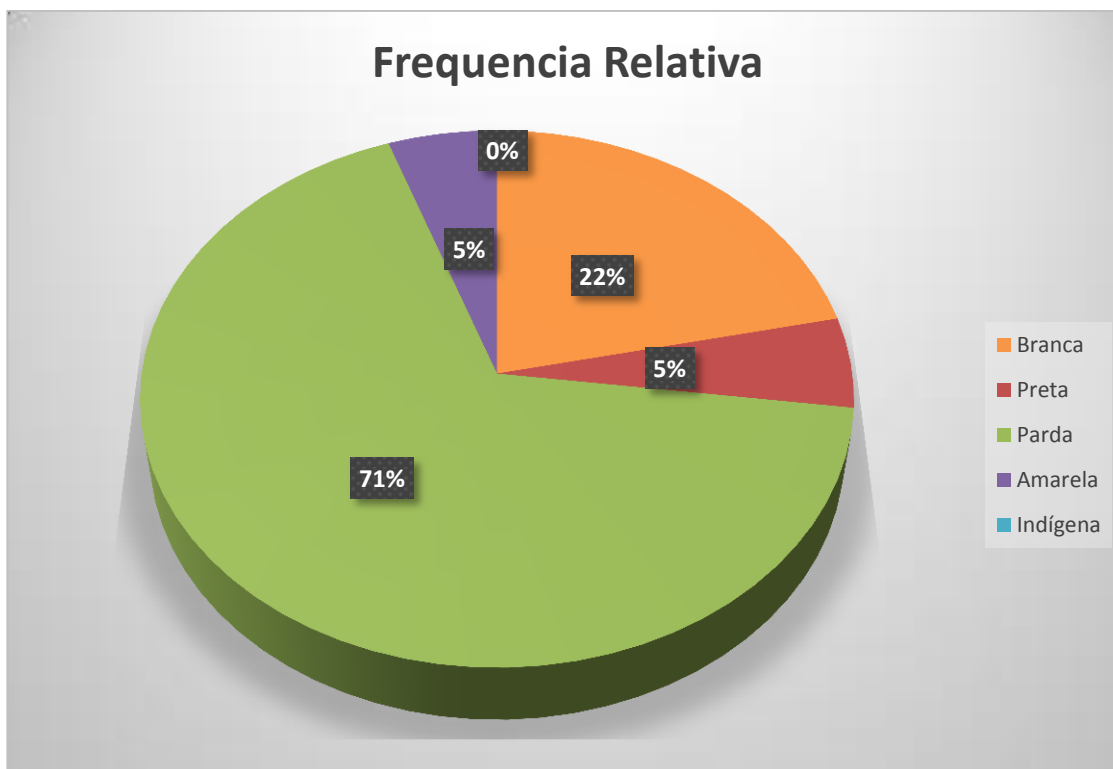
Gráfico 2 - Análise do estado civil dos idosos residentes no Abrigo São José, Macapá-AP, setembro de 2016



Fonte: Dados avaliados pelos autores e extraídos dos instrumentos utilizados nesse estudo no ano de 2016

Durante a pesquisa, a maioria dos entrevistados declarou a cor da sua pele como parda (71%). Em seguida, há os de cor branca (22%), preta (5%) e amarela (5%). Não houve nenhum participante que se autodeclarou como indígena (Gráfico 3).

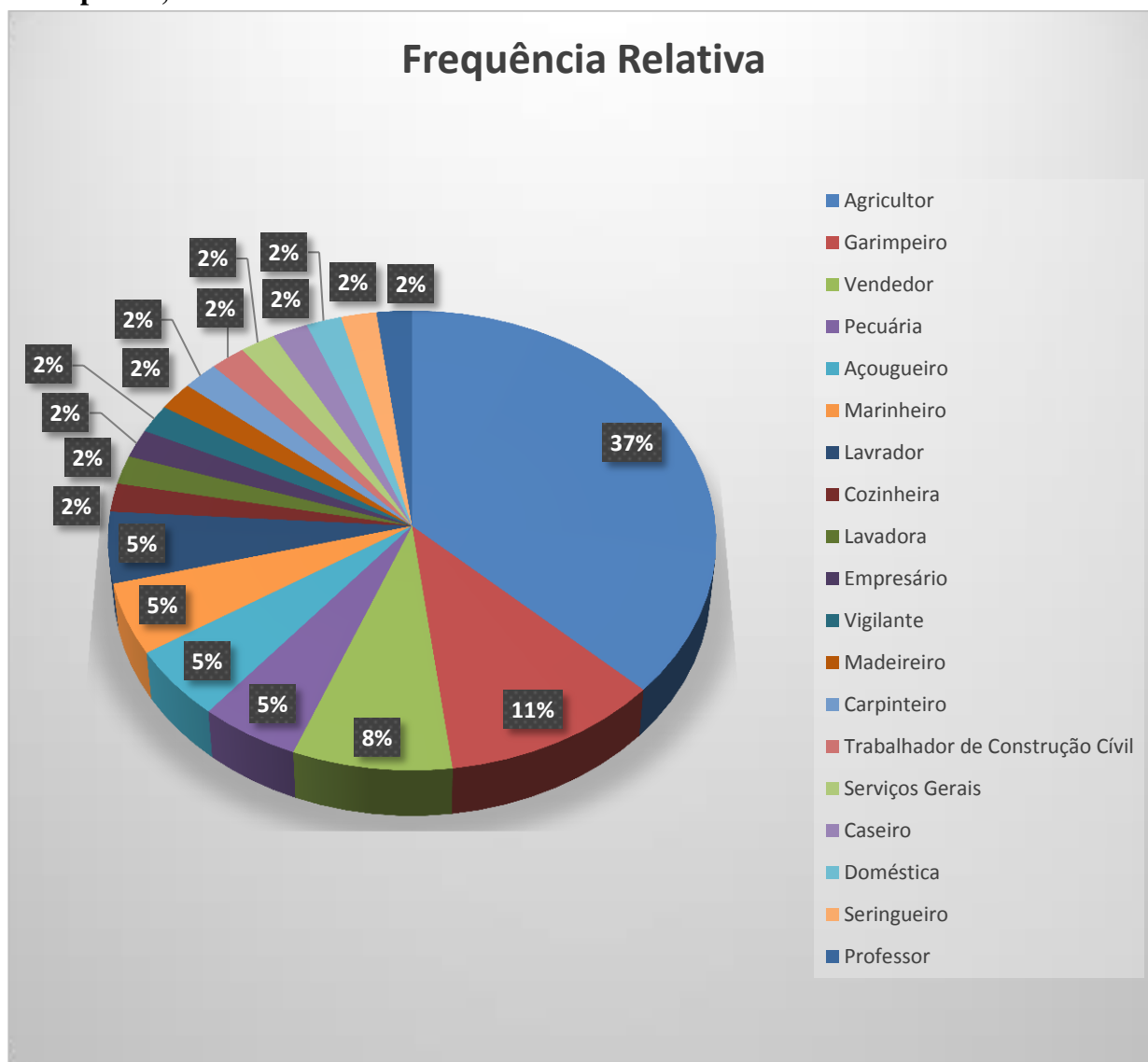
Gráfico 3 - Análise da cor declarada pelos idosos residentes no Abrigo São José, Macapá-AP, setembro de 2016



Fonte: Dados avaliados pelos autores e extraídos dos instrumentos utilizados nesse estudo no ano de 2016

Quanto à ocupação profissional dos idosos institucionalizados, 13 (27%) idosos eram agricultores e os demais eram constituídos de quatro (11%) garimpeiros; três (8%) vendedores; dois (5%) trabalhadores da pecuária; dois (5%) açougueiros, dois (5%) marinheiros e dois (5%) lavradores. As demais ocupações apresentam um (2%) representante em cada grupo, que são os seguintes: cozinheira, lavadora, empresário, vigilante, madeireiro, carpinteiro, trabalhador de construção civil, serviços gerais, caseiro, doméstica, seringueiro e professor. (Gráfico 4)

Gráfico 4 - Análise da ocupação prévia dos idosos residentes no Abrigo São José, Macapá-AP, setembro de 2016



Fonte: Dados avaliados pelos autores e extraídos dos instrumentos utilizados nesse estudo no ano de 2016

Com relação à renda, esta foi analisada a partir dos domínios meio ambiente e qualidade de vida. Ao relacionar o domínio meio ambiente com a renda mensal, foi possível observar que a maior parte dos idosos encontram-se dentro do grupo compreendido por aqueles que ganham entre um e três salários mínimos (30 entrevistados – 85,7%). Em seguida, temos aqueles que ganham menos de um salário mínimo, totalizando quatro (11,4%) participantes nessa faixa de renda salarial. Semelhante ao domínio meio ambiente, a qualidade de vida relacionada com a renda também evidencia que a maior parte dos entrevistados recebem entre um e três salários mínimos, com o segundo maior grupo recebendo menos de um salário. Nenhum participante da pesquisa enquadrou-se nos outros grupos de renda, conforme pode ser visto Tabela 5.

Tabela 5 - Análise de domínios específicos da WHOQOL-bref em relação à renda dos idosos residentes no Abrigo São José, Macapá-AP, setembro de 2016.

DOMÍNIO	RENDA	Necessita			
		melhorar (1 a 2,9)	Regular (3 a 3,9)	Boa (4 a 4,9)	Excelente (5)
MEIO AMBIENTE	Menos de 1 salário mínimo	1 (2,8%)	2 (5,7%)	1 (2,8%)	0
	1 a 3 salários mínimos	7 (20%)	17 (48,5%)	6 (17,1%)	0
	3 a 5 salários mínimos	0	0	0	0
	5 a 7 salários mínimos	0	0	0	0
	Mais de 7 salários mínimos	0	0	0	0
QUALIDADE DE VIDA	Menos de 1 salário mínimo	1 (2,8%)	3 (8,5%)	0	0
	1 a 3 salários mínimos	9 (25,7%)	10 (28,5%)	9 (25,7%)	3 (8,5%)
	3 a 5 salários mínimos	0	0	0	0
	5 a 7 salários mínimos	0	0	0	0
	Mais de 7 salários mínimos	0	0	0	0

Fonte: Dados avaliados pelos autores e extraídos dos instrumentos utilizados nesse estudo no ano de 2016

A escolaridade foi relacionada com os domínios psicológico, relações sociais e com a pergunta sobre qualidade de vida. No domínio psicológico, a maioria dos participantes estavam entre os analfabetos (22 idosos), seguidos por fundamental incompleto (9), médio completo (3) e médio incompleto (1), em ordem decrescente. As relações sociais trazem os seguintes dados: 21 idosos analfabetos, nove com ensino fundamental incompleto e três com ensino médio incompleto. Na pergunta relacionada à qualidade de vida, 22 idosos são analfabetos, nove possuem ensino fundamental incompleto, três possuem ensino médio completo e apenas um com ensino médio incompleto (Tabela 6).

Tabela 6 - Análise dos domínios específicos da WHOQOL-bref em relação à escolaridade dos idosos residentes no Abrigo São José, Macapá-AP, setembro de 2016.

DOMÍNIO	ESCOLARIDADE	Necessita melhorar (1 a 2,9)	Regular (3 a 3,9)	Boa (4 a 4,9)	Excelente (5)
PSICOLÓGICO	Analfabeto	5 (14,2%)	10 (28,5%)	5 (14,2%)	2 (5,7%)
	Fundamental Incompleto	1 (2,8%)	3 (8,5%)	4 (11,4%)	1 (2,8%)
	Fundamental Completo	0	0	0	0
	Médio Incompleto	1 (2,8%)	0	0	0
	Médio Completo	2 (5,7%)	0	1 (2,8%)	0
	Superior Incompleto	0	0	0	0
	Superior Completo	0	0	0	0
RELAÇÕES SOCIAIS	Analfabeto	7	5 (14,2%)	7 (20%)	2 (5,7%)
	Fundamental Incompleto	1 (2,8%)	2 (5,7%)	5 (14,2%)	1 (2,8%)
	Fundamental Completo	0	0	0	0
	Médio Completo	1 (2,8%)	1 (2,8%)	1 (2,8%)	0
	Superior Incompleto	0	0	0	0
	Superior Completo	0	0	0	0
QUALIDADE DE VIDA	Analfabeto	7	9 (25,7%)	4 (11,4%)	2 (5,7%)
	Fundamental Incompleto	1	3 (8,5%)	4 (11,4%)	1 (2,8%)
	Fundamental Completo	0	0	0	0
	Médio Incompleto	1 (2,8%)	0	0	0
	Médio Completo	1 (2,8%)	1 (2,8%)	1 (2,8%)	0
	Superior Incompleto	0	0	0	0
	Superior Completo	0	0	0	0

Fonte: Dados avaliados pelos autores e extraídos dos instrumentos utilizados nesse estudo no ano de 2016

Quanto à locomoção e qualidade de vida, observou-se que a maioria dos indivíduos deambulam sozinhos (57,1%) e o maior grupo está entre aqueles que apresentam escore de qualidade de vida considerada como “boa” (22,8%). Na relação entre a pergunta sobre satisfação com a saúde e locomoção, os resultados são semelhantes e os pacientes que deambulam sozinhos (60%) apresentam índices de qualidade de vida mais elevados do que os

pacientes cadeirantes e acamados. Já no domínio físico, observa-se que o maior grupo de pacientes que deambulam sozinhos possui uma qualidade de vida classificada como boa (22,8%). Entretanto, o mesmo não ocorre com os pacientes cadeirantes e acamados, pois possuem a maior parte de seus indivíduos dentro dos grupos “regular” ou “necessita melhorar”. (Tabela 7).

Tabela 7 - Análise dos domínios específicos da WHOQOL-bref em relação à locomoção dos idosos residentes no Abrigo São José, Macapá-AP, setembro de 2016

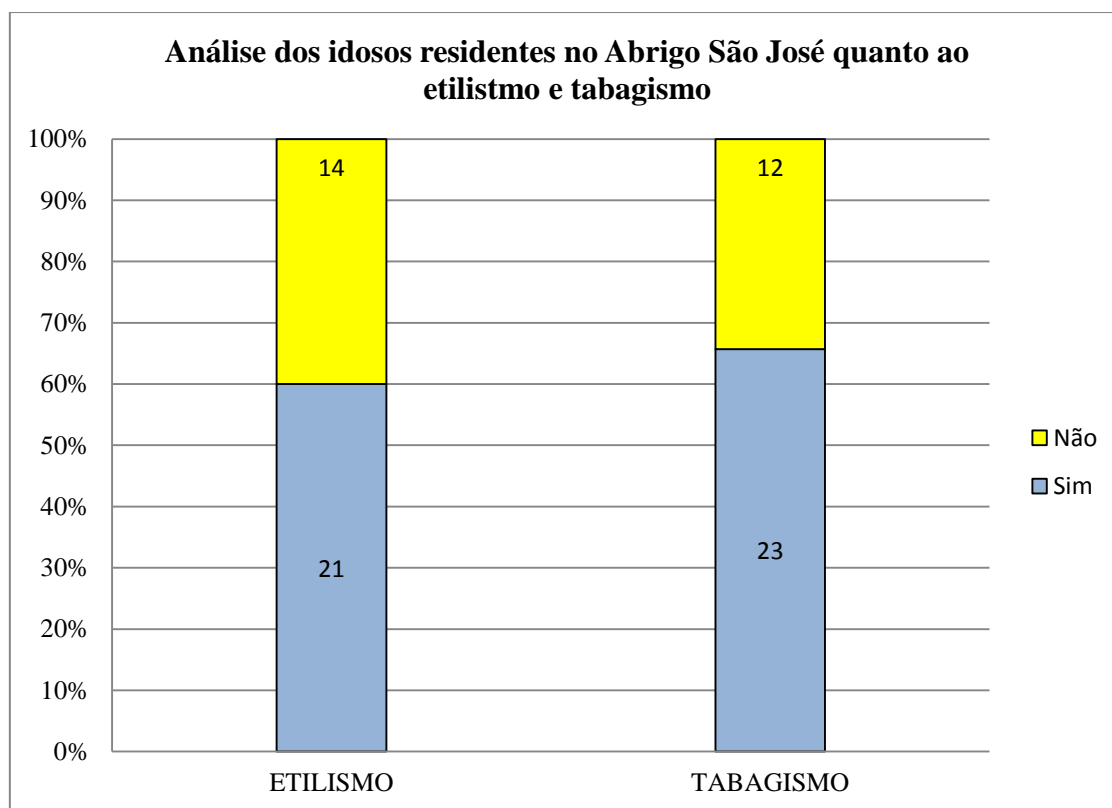
DOMÍNIO	LOCOMOÇÃO	Necessita melhorar (1 a 2,9)	Regular (3 a 3,9)	Boa (4 a 4,9)	Excelente (5)
QUALIDADE DE VIDA	Deambula sozinho	5 (14,2%)	5 (14,2%)	8 (22,8%)	2 (5,7%)
	Deambula com apoio	0	3 (8,5%)	1 (2,8%)	0
	Cadeirante	4 (11,4%)	4 (11,4%)	0	1 (2,8%)
	Acamado	1 (2,8%)	1 (2,8%)	0	0
SATISFAÇÃO COM A SAÚDE	Deambula sozinho	6 (17,1%)	4 (11,4%)	7 (20%)	4 (11,4%)
	Deambula com apoio	0	0	2 (5,7%)	2 (5,7%)
	Cadeirante	4 (11,4%)	2 (5,7%)	2 (5,7%)	1 (2,8%)
	Acamado	0	0	2 (5,7%)	0
FÍSICO	Deambula sozinho	5 (14,2%)	6 (17,1%)	8 (22,8%)	0
	Deambula com apoio	1 (2,8%)	3 (8,5%)	0	0
	Cadeirante	6 (17,1%)	3 (8,5%)	0	0
	Acamado	2 (5,7%)	0	0	0

Fonte: Dados avaliados pelos autores e extraídos dos instrumentos utilizados nesse estudo no ano de 2016

8.2 Análise do perfil clínico da amostra

Em relação aos hábitos, verificou-se que 65,7% dos inquiridos fazem ou já fizeram uso de tabaco (23 dos 35 idosos avaliados). Considerando o etilismo na população estudada, verifica-se que os 60% dos idosos (21 dos 35 idosos) referiram consumo frequente de álcool em alguma fase de sua vida (Gráfico 5).

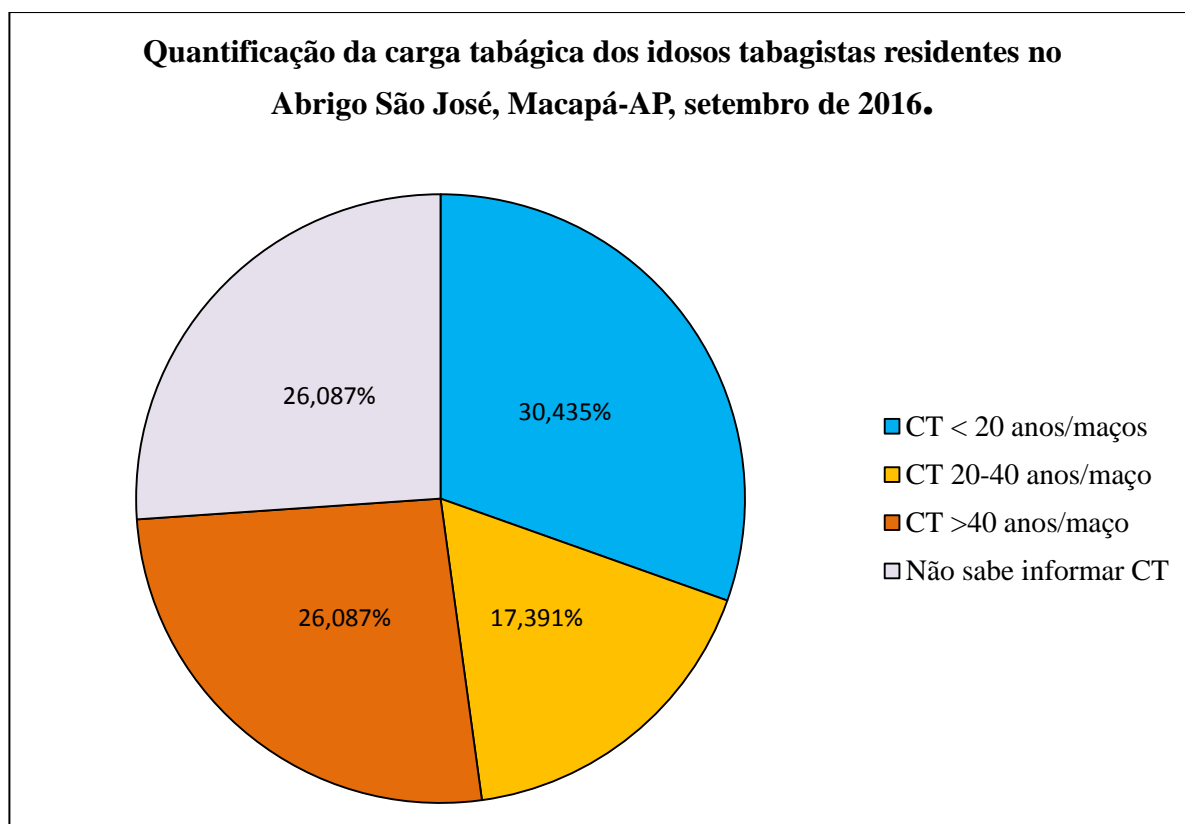
Gráfico 5 – Análise dos idosos residentes no Abrigo São José quanto ao etilismo e tabagismo, Macapá-AP, setembro de 2016



Fonte: Dados avaliados pelos autores e extraídos do questionário sóciodemográfico aplicado em 2016

Quanto a carga tabágica, houve prevalência discreta dos valores menores que 20 maços/ano (30,43% de todos os tabagistas avaliados) seguida por valores maiores que 40 maços/ano (26,09% dos idosos tabagistas). Idosos com carga tabágica entre 20 e 40 maços/ano correspondem a 17,39% da amostra de fumantes. 26,09% dos idosos tabagistas não souberam relatar sua carga tabágica (Gráfico 6).

Gráfico 6 – Análise dos idosos residentes no Abrigo São José quanto a quantificação da carga tabágica, Macapá-AP, setembro de 2016.



Fonte: Dados avaliados pelos autores e extraídos do questionário sócio demográfico aplicado em 2016

Nota: CT (Carga Tabágica)

A análise dos hábitos também foi relacionada ao domínio independente de avaliação da Qualidade de Vida da WHOQOL-bref. Nessa análise, dentre os indivíduos da amostra que se identificaram como tabagistas observou-se que 73,9 responderam que sua qualidade de vida “necessitava melhorar” ou era “regular” comparado a 50% dos idosos não fumantes que deram respostas semelhantes. Quanto ao etilismo, 66,6% dos idosos institucionalizados estudados que fizeram ou fazem uso de álcool avaliaram sua qualidade de vida como “necessita melhorar” ou “regular”, enquanto 57,2% dos idosos estudados que não são ou eram etilistas fizeram a mesma avaliação (Tabela 8).

Tabela 8 – Classificação da dos idosos residentes no Abrigo São José quanto ao tabagismo e etilismo no Domínio Qualidade de Vida Geral, Macapá-AP, setembro de 2016.

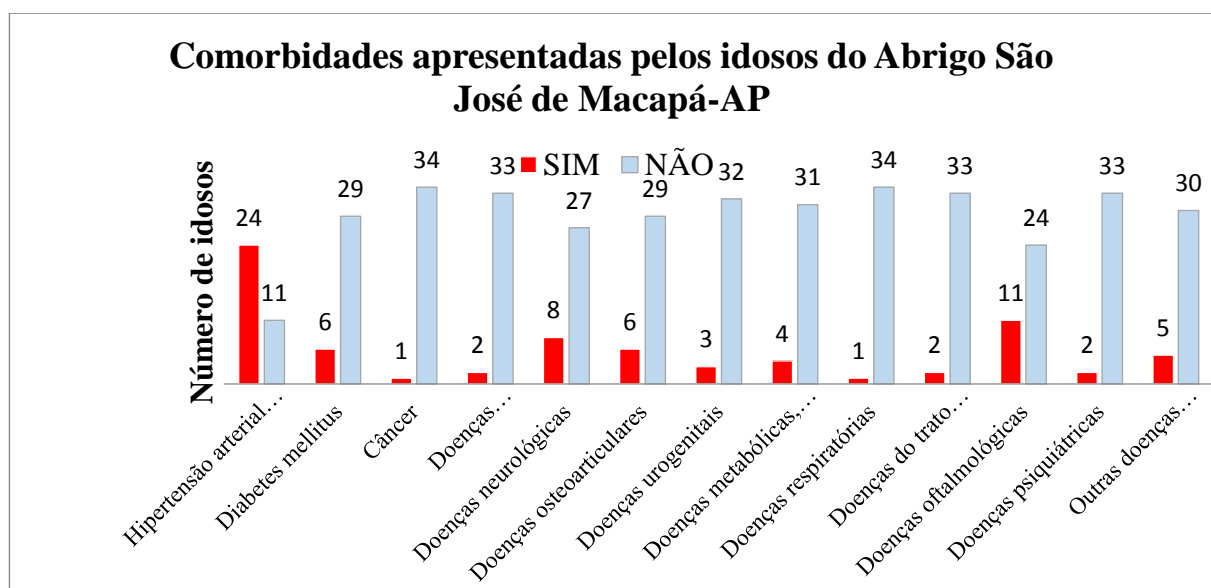
CLASSIFICAÇÃO	TABAGISMO				ETILISMO			
	SIM		NÃO		SIM		NÃO	
	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR
	(N)	(%)	(N)	(%)	(N)	(%)	(N)	(%)
Necessita melhorar (1 a 2,9)	8	34,8	2	16,6	6	33,3	4	28,6
Regular (3 a 3,9)	9	39,1	4	33,3	6	33,3	4	28,6
Boa (4 a 4,9)	5	21,7	4	33,3	5	27,7	4	28,6
Excelente (5)	1	4,3	2	16,6	1	5,5	2	14,2

Fonte: Dados avaliados pelos autores e extraídos do questionário sócio demográfico aplicado em 2016

Notas: FA (frequência absoluta dada em número ordinal); FR (frequência relativa dada em porcentagem)

Na população estudada, as doenças crônicas não transmissíveis são as que se fazem mais presentes. O grupo é acometido, principalmente, por problemas de saúde do sistema cardiovascular (82,5%) e oftalmológico (54,6%), sendo os mais prevalentes: hipertensão arterial sistêmica (68,6%), doenças oftalmológicas (31,4%), doenças neurológicas (22,8%), diabetes mellitus tipo II (17,2%) e doenças osteoarticulares (17,2%) (Gráfico 7).

Gráfico 7 – Comorbidades apresentadas pelos idosos institucionalizados no Abrigo São José de Macapá-AP, setembro de 2016.



Fonte: Dados avaliados pelos autores e extraídos do questionário sócio demográfico aplicado em 2016

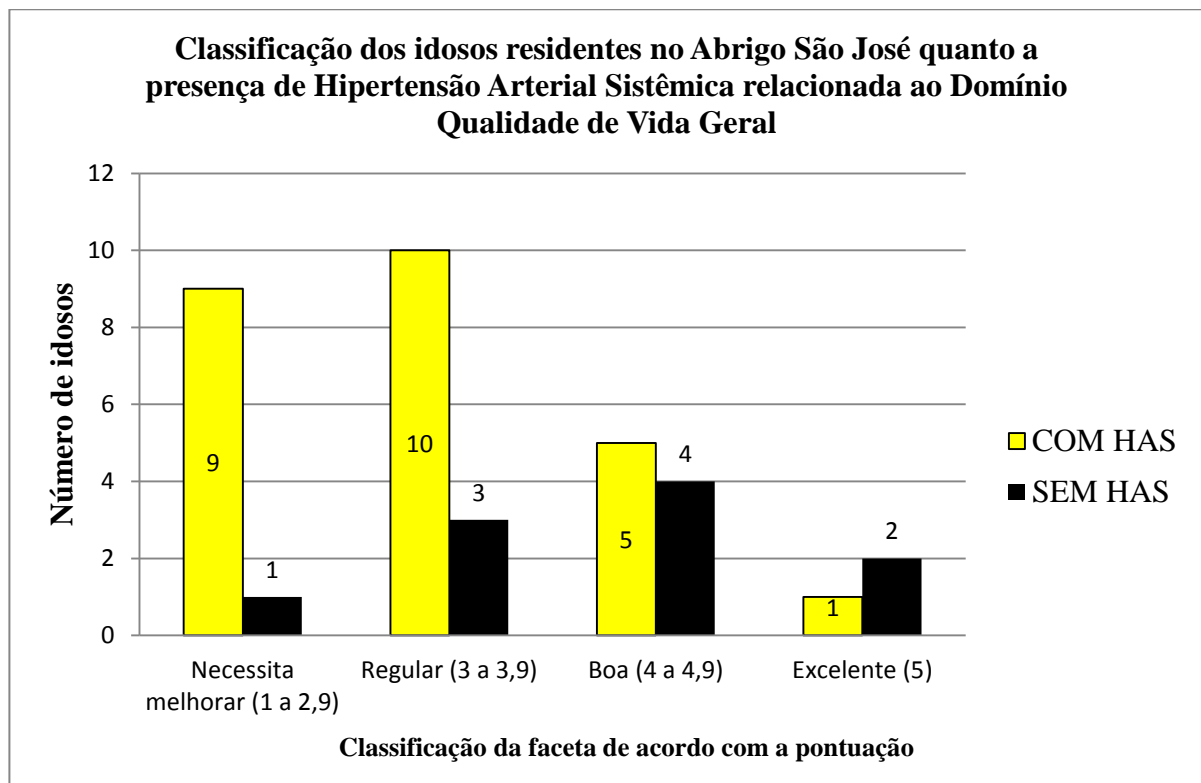
Dentre as doenças oftalmológicas as mais comuns foram aquelas relacionadas a diminuição da acuidade visual e catarata. Quanto as doenças neurológicas a mais referida foi sequela de acidente vascular cerebral. Em relação as doenças osteoarticulares, a mais relatada foi osteoartrose.

Outras queixas comuns entre os diferentes aparelhos foram: aparelho cardiovascular (presença de arritmias e uso de marca-passo) aparelho respiratório (dispneia a esclarecer), aparelho urogenital (hiperplasia prostática benigna e infecção urinária de repetição), sistema endócrino (dislipidemias e distúrbios de tireoide), neoplasias (próstata), trato gastrointestinal (doença do refluxo gastroesofágico e hérnia de hiato), doenças psiquiátricas (esquizofrenia). Quanto as outras doenças crônicas, foram relatadas patologias relacionadas com queixas dermatológicas e diminuição da audição.

O número de idosos que não apresentaram uma ampla variedade de doenças foi altamente significativo em relação aos que apresentaram, mostrado pelo teste Qui quadrado (tabela de contingência= 2x13; Qui-quadrado= 95. 734; Grau de Liberdade=12; $p < 0.0001$). Porém, o número de idosos que apresentaram apenas uma doença, como hipertensão foi expressivamente alto, seguido por doenças oftalmológicas.

Quando questionados sobre a avaliação da qualidade de vida, a maioria dos idosos estudados que apresentavam hipertensão referiram que sua qualidade de vida “necessitava melhorar” ou era “regular” (76%, equivalente a 19 idosos). Essas mesmas respostas foram dadas por somente 40% dos indivíduos não hipertensos (equivalente a 4 idosos) como pode ser visualizado no Gráfico 8.

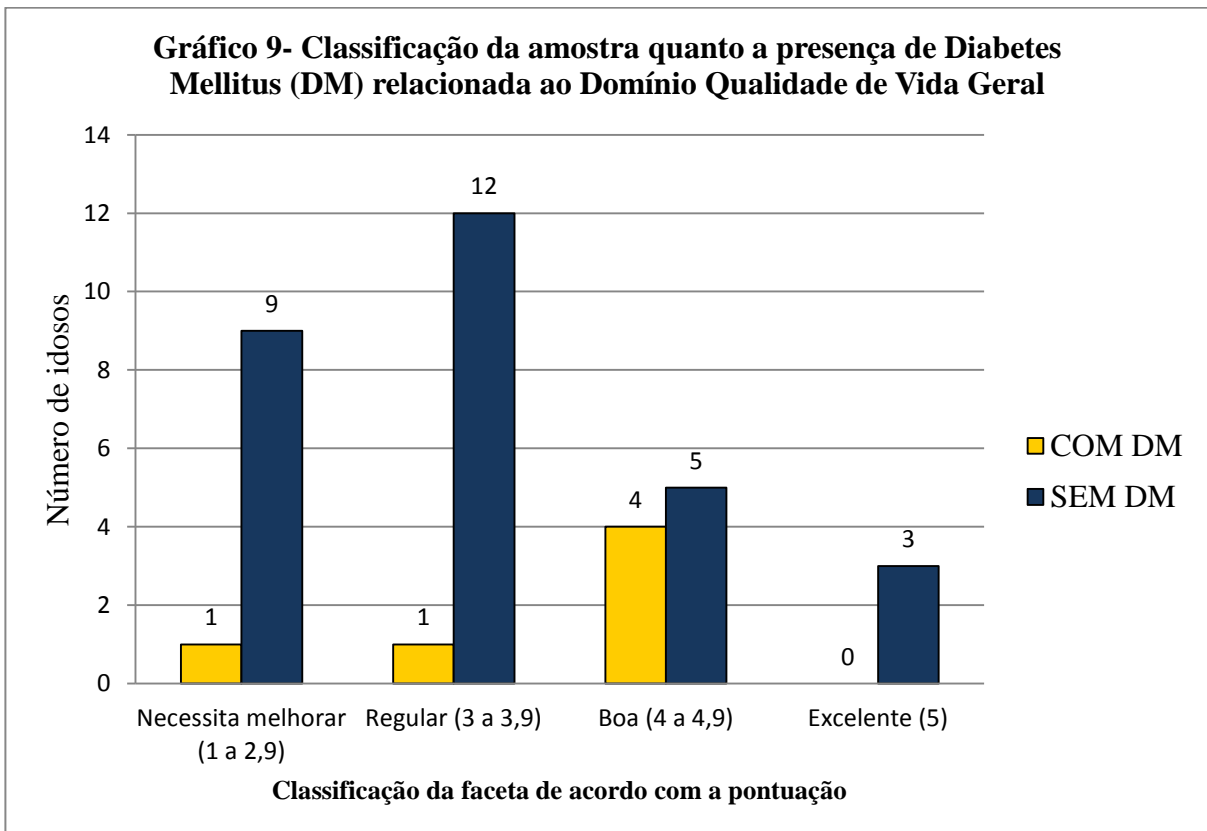
Gráfico 8 – Classificação dos idosos residentes no Abrigo São José quanto a presença de Hipertensão Arterial Sistêmica relacionada ao Domínio Qualidade de Vida Geral, Macapá-AP, setembro de 2016.



Fonte: Dados avaliados pelos autores e extraídos dos instrumentos utilizados nesse estudo em 2016

Em relação aos indivíduos com diabetes mellitus, as respostas na faceta sobre a avaliação da qualidade de vida geral foram diferentes. Nesse domínio independente, a maioria dos indivíduos com a doença respondeu que sua qualidade de vida é boa (66,6%, equivalente a 4 de 6 diabéticos). Curiosamente, nos indivíduos sem a patologia, a maioria respondeu que sua qualidade de vida é regular ou necessitava melhorar (72,4%, ou seja, 21 de 29 não diabéticos) conforme pode ser conferido no Gráfico 9.

Gráfico 9- Classificação dos idosos residentes no Abrigo São José quanto a presença de Diabetes Mellitus (DM) relacionada ao Domínio Qualidade de Vida Geral, Macapá-AP, setembro de 2016.



Fonte: Dados avaliados pelos autores e extraídos dos instrumentos utilizados nesse estudo em 2016

As cinco patologias mais prevalentes na população em estudo foram HAS, DM, doenças osteoarticulares, oftalmológicas e neurológicas. Optou-se por verificar a classificação do domínio independente sobre avaliação geral da qualidade de vida com cada uma dessas doenças (TABELA 9).

Tabela 9 – Classificação dos idosos residentes no Abrigo São José quanto as cinco patologias mais prevalentes relacionadas ao Domínio Qualidade de Vida Geral, Macapá-AP, setembro de 2016

DOENÇAS	Presença da patologia?		Necessita melhorar (1 a 2,9)	Regular (3 a 3,9)	Boa (4 a 4,9)	Excelente (5)
HAS	SIM	FR	9	10	5	1
	NÃO	FR	36%	40%	20%	4%
DM	SIM	FA	1	1	4	0
	NÃO	FR	16,6%	16,6%	66,6%	
DOENÇAS OSTEOARTICULARES	SIM	FA	3	0	2	1
	NÃO	FR	50%		33,3%	16,6%
DOENÇAS NEUROLÓGICAS	SIM	FA	7	13	7	2
	NÃO	FR	24,1%	44,8%	24,1%	6,8%
DOENÇAS OFTALMOLÓGICAS	SIM	FA	1	3	3	0
	NÃO	FR	14,3%	42,8%	42,8%	
DOENÇAS OFTALMOLÓGICAS	SIM	FA	9	10	6	3
	NÃO	FR	32,1%	35,7%	21,4%	10,7%
DOENÇAS OFTALMOLÓGICAS	SIM	FA	4	2	3	1
	NÃO	FR	40%	20%	30%	10%
NÃO	FA	6	11	6	2	
NÃO	FR	24%	44%	24%	8%	

Fonte: Dados avaliados pelos autores e extraídos dos instrumentos utilizados nesse estudo em 2016

Notas: FA (frequência absoluta dada em número ordinal); FR (frequência relativa dada em porcentagem)

Em relação a análise estatística, realizou-se a associação entre os diferentes domínios da WHOQOL-bref e as cinco patologias mais comuns na amostra (HAS, DM, doenças osteoarticulares, oftalmológicas e neurológicas). Em geral não houve significância estatística entre os domínios e essas patologias ($p>0,05$). Porém, houve diferença significativa entre domínio físico e HAS (QQ=7.065; $p=0.0292$). Portanto, o HAS tem efeito sobre o domínio físico. Evidencia-se assim que hipertensos apresentam maiores proporções na categoria necessita melhorar desse domínio.

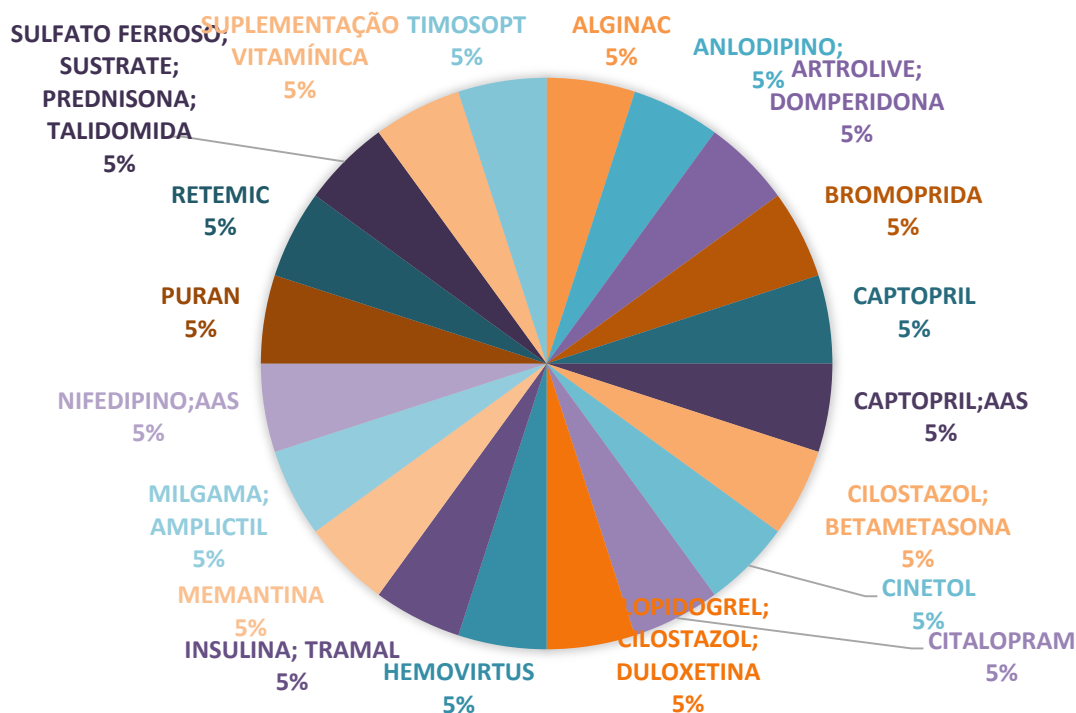
Ao analisar o uso crônico de medicações com a pergunta sobre qualidade de vida, 10 (28,5%) entrevistados que fazem uso apresentam índice de qualidade de vida necessita melhorar, 12 (34,2%) apresentam índice regular, 8 (22,8%) tem uma boa qualidade de vida e 3 (8,5%) possuem uma excelente qualidade de vida. O número de pacientes que não fazem o uso crônico de medicações é menor e a maioria deles estão entre aqueles que possuem uma boa qualidade de vida (Tabela 10 e Gráfico 10). Já na pergunta sobre a satisfação com a saúde, os dados dos idosos que fazem uso de medicações são os seguintes: 10 (28,5%) necessita melhorar, 5 (14,2%) com qualidade de vida regular, 12 (34,2%) como boa e 6 (17,1%) como excelente.

Tabela 10 - Análise dos domínios específicos da WHOQOL-bref em relação ao uso de medicações dos idosos residentes no Abrigo São José, Macapá-AP, setembro de 2016.

DOMÍNIOS	USO CRÔNICO DE MEDICAÇÕES			
	SIM			
	Necessita melhorar (1 a 2,9)	Regular (3 a 3,9)	Boa (4 a 4,9)	Excelente (5)
QUALIDADE DE VIDA	10 (28,5)	12 (34,2%)	8 (22,8%)	3 (8,5%)
SATISFAÇÃO COM A SAÚDE	10 (28,5)	5 (14,2%)	12 (34,2%)	6 (17,1%)
	NÃO			
	Necessita melhorar (1 a 2,9)	Regular (3 a 3,9)	Boa (4 a 4,9)	Excelente (5)
QUALIDADE DE VIDA	0	1 (2,8%)	1 (2,8%)	0
SATISFAÇÃO COM A SAÚDE	0	0	1 (2,8%)	1 (2,8%)

Fonte: Dados avaliados pelos autores e extraídos dos instrumentos utilizados nesse estudo em 2016.

Gráfico 10 – Quantificação do uso crônico de medicações dos idosos do Abrigo São José, Macapá-AP, setembro de 2016



Fonte: Dados avaliados pelos autores e extraídos dos instrumentos utilizados nesse estudo no ano de 2016.

8.3 Análise específica da WHOQOL-BREF e de seus domínios

8.3.1 Análise dos domínios independentes sobre Qualidade de Vida e Satisfação com a Saúde

Na avaliação da primeira pergunta geral sobre qualidade de vida do WHOQOL-Bref, verificou-se que os idosos da amostra avaliaram a sua qualidade de vida da seguinte forma: 28,5% como necessita melhorar, 37,1% como regular, 25,7% como boa e 8,5% como excelente. Esses dados são expostos abaixo na Tabela 11.

Na resposta à segunda pergunta 57% classificam sua satisfação com a saúde como boa (37,1%) e excelente (20%). Em relação as respostas negativas nessa faceta 28,5% dos idosos referiram sua satisfação com a própria saúde necessitava melhorar e 14,3% classificavam essa satisfação como regular conforme exposto na Tabela 11.

Tabela 11 – Classificação dos idosos residentes no Abrigo São José quanto suas respostas as questões sobre avaliação geral da qualidade de vida e satisfação com a saúde, Macapá-AP, setembro de 2016.

Frequência absoluta e relativa dos idosos de acordo com a classificação				
FACETA	Necessita melhorar (1 a 2,9)	Regular (3 a 3,9)	Boa (4 a 4,9)	Excelente (5)
Como você avaliaria sua qualidade de vida?	10 (28,5%)	13 (37,1%)	9 (25,7%)	3 (8,5%)
Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	10 (28,5%)	5 (14,3%)	13 (37,1%)	7 (20%)

Fonte: Dados avaliados pelos autores e extraídos dos instrumentos utilizados nesse estudo no ano de 2016

8.3.2 Análise dos domínios específicos

No presente estudo, o domínio físico apresentou os seguintes escores quando comparado a média geral das facetas: necessita melhorar (42,8%), regular (31,4%) e bom (25,7%) conforme exposto na Tabela 12.

Sobre esse domínio as facetas que receberam notas mais baixas e que contribuem negativamente para a qualidade de vida foram Energia e fadiga (42,8% consideraram que esse item precisava melhorar e 17,2% considerava esse item como regular), Dependência de medicação ou de tratamentos (42,8% consideravam que sua qualidade de vida necessitava melhorar e 22,8% dela era regular quanto ao uso de medicações e de tratamentos de saúde) e Capacidade de trabalho (os indivíduos estudados consideraram que sua capacidade de trabalho necessitava melhorar e era regular em 45,7% e 11,4%, respectivamente). A faceta que questionava a capacidade de locomoção também teve a maior parte da avaliação correspondente aos itens necessita melhorar e regular (54,2%) (Tabela 13).

As outras facetas desse domínio tiveram resultados majoritariamente positivos. As facetas relacionadas a dor impedindo a realização das necessidades do dia-a-dia, a qualidade do sono e a satisfação para desenvolver as atividades cotidianas obtiveram valores de 57,2%, 59,9% e 62,8% das avaliações entre bom/excelente, respectivamente (Tabela 13).

Tabela 12 – Classificação dos idosos residentes no Abrigo São José quanto a média das respostas das facetas que compõe cada domínio específico da WHOQOL-bref, Macapá-AP, setembro de 2016.

FACETA	Frequência absoluta e relativa dos idosos de acordo com a classificação			
	Necessita melhorar (1 a 2,9)	Regular (3 a 3,9)	Boa (4 a 4,9)	Excelente (5)
Domínio físico	15 (42,8%)	11 (31,4%)	9 (25,7%)	0
Domínio psicológico	9 (25,7%)	13 (37,1%)	10 (28,6%)	3 (8,5%)
Domínio Meio Ambiente	8 (22,8%)	19 (54,3%)	8 (22,8%)	0
Domínio Relações Sociais	10 (28,5%)	9 (25,7%)	13 (37,1%)	3 (8,5%)

Fonte: Dados avaliados pelos autores e extraídos dos instrumentos utilizados nesse estudo no ano de 2016

Tabela 13 – Classificação dos idosos residentes no Abrigo São José quanto suas respostas as questões referentes ao domínio físico, Macapá-AP, setembro de 2016.

FACETA	Frequência absoluta e relativa dos idosos de acordo com a classificação			
	Necessita melhorar (1 a 2,9)	Regular (3 a 3,9)	Boa (4 a 4,9)	Excelente (5)
Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	11 (31,4%)	4 (11,4%)	6 (17,2%)	14 (40%)
O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	15 (42,8%)	8 (22,8%)	3 (8,5%)	9 (25,7%)
Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	15 (42,8%)	6 (17,2%)	6 (17,2%)	7 (20%)
Quão bem você é capaz de se locomover?	14 (40%)	5 (14,2%)	11 (31,4%)	5 (14,2%)
Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	8 (22,8%)	6 (17,2%)	13 (37,1%)	8 (22,8%)
Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	9 (27,5%)	4 (11,4%)	13 (37,1%)	9 (25,7%)
Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	16 (45,7%)	4 (11,4%)	13 (37,1%)	2 (5,7%)

Fonte: Dados avaliados pelos autores e extraídos dos instrumentos utilizados nesse estudo no ano de 2016

Quanto ao domínio psicológico, esse apresentou os seguintes escores quando comparado a média geral das facetas: necessita melhorar (25,7%), regular (37,1%), bom (28,6%) e excelente (8,5%) conforme exposto na Tabela 12.

Sobre esse domínio, as facetas que receberam notas mais baixas e que contribuem negativamente para a qualidade de vida foram aproveitar a vida (40% consideraram que esse item precisava melhorar e 22,8% considerava esse item como regular), sentido da vida (28,5% consideravam que sua qualidade de vida necessitava melhorar e 25,7% dela era regular quanto a satisfação relativa ao sentido da vida), capacidade de concentração (os indivíduos estudados consideraram que sua capacidade de concentração necessitava melhorar e era regular em 25,7% e 22,8%, respectivamente). (Tabela 14).

As outras facetas desse domínio tiveram resultados majoritariamente positivos. As facetas relacionadas a aceitação da aparência física, a autossatisfação e a recorrência de sentimentos negativos obtiveram valores de 60%, 65,6% e 71,3% das avaliações entre bom/excelente, respectivamente (Tabela 14). Vale lembrar que essa última faceta deve ser pontuada de forma invertida e, portanto, quanto maior o valor menor a frequência dos sentimentos negativos que são interrogados.

Tabela 14 – Classificação dos idosos residentes no Abrigo São José quanto suas respostas as questões referentes ao domínio psicológico, Macapá-AP, setembro de 2016.

FACETA	Frequência absoluta e relativa dos idosos de acordo com a classificação			
	Necessita melhorar (1 a 2,9)	Regular (3 a 3,9)	Boa (4 a 4,9)	Excelente (5)
O quanto você aproveita a vida?	14 (40%)	8 (22,8%)	8 (22,8%)	5 (14,2%)
Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	10 (28,5%)	9 (25,7%)	7 (20%)	9 (25,7%)
O quanto você consegue se concentrar?	9 (25,7%)	8 (22,8%)	11 (31,4%)	7 (20%)
Você é capaz de aceitar sua aparência física?	4 (11,4%)	10 (28,5%)	6 (17,2%)	15 (42,8%)
Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	6 (17,2%)	6 (17,2%)	12 (34,2%)	11 (31,4%)
Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	10 (28,5%)	0	12 (34,2%)	13 (37,1%)

Fonte: Dados avaliados pelos autores e extraídos dos instrumentos utilizados nesse estudo no ano de 2016

Ao se estudar domínio do meio ambiente, verifica-se que esse apresentou os seguintes escores quando comparado a média geral das facetas: necessita melhorar (22,8%), regular (54,3%) e bom (22,8%) conforme exposto na Tabela 12.

Sobre esse domínio, as facetas que receberam notas mais baixas e que contribuem negativamente para a qualidade de vida foram as que se referem aos recursos financeiros (25,7% consideravam que sua qualidade de vida necessitava melhorar e 42,8% dela era regular quanto a satisfação com os recursos financeiros) às informações disponíveis no dia-a-dia (os indivíduos estudados consideraram que a disponibilidade de informações do dia-a-dia necessitava melhorar e era regular em 42,8% e 17,2%, respectivamente) e as oportunidades de atividades de lazer (31,4% consideraram que esse item precisava melhorar e 22,8% considerava esse item como regular). (Tabela 15).

As outras facetas desse domínio tiveram resultados majoritariamente positivos. As facetas relacionadas à segurança na vida diária, a ambiente físico saudável, condições do local de moradia, acesso aos serviços de saúde e satisfação com o meio de transporte obtiveram valores de 57,1%, 51,1%, 68,5%, 65,7% e 62,9% das avaliações entre bom/excelente, respectivamente (Tabela 15).

Tabela 15 – Classificação dos idosos residentes no Abrigo São José quanto suas respostas as questões referentes ao domínio do meio ambiente, Macapá-AP, setembro de 2016.

Frequência absoluta e relativa dos idosos de acordo com a classificação				
FACETA	Necessita melhorar (1 a 2,9)	Regular (3 a 3,9)	Boa (4 a 4,9)	Excelente (5)
Quão seguro (a) você se sente em sua vida diária?	9 (25,7%)	6 (17,2%)	13 (37,1%)	7 (20%)
Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	6 (17,2%)	11 (31,4%)	17 (48,6%)	1 (2,8%)
Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	9 (25,7%)	15 (42,8%)	2 (5,7%)	9 (25,7%)
Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	15 (42,8%)	6 (17,2%)	5 (14,9%)	9 (25,7%)
Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	11 (31,4%)	8 (22,8%)	6 (17,2%)	11 (31,4%)
Quão satisfeito (a) você está com as condições do local onde mora?	5 (14,9%)	6 (17,2%)	15 (42,8%)	9 (25,7%)
Quão satisfeito (a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	6 (17,2%)	6 (17,2%)	13 (37,1%)	10 (28,6%)
Quão satisfeito (a) você está com o seu meio de transporte?	5 (14,9%)	8 (22,8%)	16 (45,7%)	6 (17,2%)

Fonte: Dados avaliados pelos autores e extraídos dos instrumentos utilizados nesse estudo no ano de 2016

Por fim, a análise do domínio das relações sociais evidenciou os seguintes escores quando comparado a média geral das facetas: necessita melhorar (28,5%), regular (25,7%) e bom (37,1%) e excelente (8,5%) conforme exposto na Tabela 12.

Todas as facetas obtiveram, quando analisadas de forma individual, respostas predominantemente positivas quanto a qualidade de vida na análise desse domínio. Consideraram esse domínio bom/excelente: 65,7% tanto para a faceta que remete as relações pessoais quanto para àquela que remete ao apoio dos amigos e 51,4% na faceta satisfação com a vida sexual (Tabela 16).

Tabela 16 – Classificação dos idosos residentes no Abrigo São José quanto suas respostas as questões referentes ao domínio das relações sociais, Macapá-AP, setembro de 2016.

Frequência absoluta e relativa dos idosos de acordo com a classificação				
FACETA	Necessita melhorar (1 a 2,9)	Regular (3 a 3,9)	Boa (4 a 4,9)	Excelente (5)
Quão satisfeito (a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	9 (25,7%)	3 (8,5%)	11 (31,4%)	12 (34,2%)
Quão satisfeito (a) você está com sua vida sexual?	11 (31,4%)	6 (17,2%)	12 (34,2%)	6 (17,2%)
Quão satisfeito (a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	7 (20%)	5 (14,9%)	10 (28,6%)	13 (37,1%)

Fonte: Dados avaliados pelos autores e extraídos dos instrumentos utilizados nesse estudo em 2016.

9. DISCUSSÃO

9.1 Análise geral dos dados

9.1.1. Análise do Sexo e da Idade

O predomínio foi do sexo masculino nesse estudo, com 85,7% (30) homens e 14,2% (5) mulheres, de modo que este não é o padrão esperado na população brasileira quando se analisa o perfil geral dos idosos em que mulheres representam 55,5% da população idosa brasileira e 61% do contingente de idosos acima de 80 anos (IBGE, 2011).

No entanto, os dados encontrados nesse estudo foram semelhantes aos encontrados por Del Duca *et al.* (2012) que verificou em idosos institucionalizados o seguinte perfil: idade mais avançada, sexo masculino predominante, vivendo sem companheiro e sem escolaridade formal. A predominância dos sexos masculino também foi encontrada nos estudos de ARAÚJO *et al.* (2014) (embora não com proporcionalmente), que analisaram a população de idosos em Riberão Preto-SP e registraram a predominância de 52,8% de idosos do sexo masculino.

Na Região Norte, a proporção de mulheres só ultrapassa a dos homens entre as pessoas com mais de 80 anos. Por outro lado, nos Estados do Amazonas, Amapá e Pará as mulheres eram a maioria da população idosa. Isso se reflete na composição por sexo dos idosos residentes nas ILPIs da região, em que se observa a prevalência de homens. Analisando a região como um todo, quase 60% são do sexo masculino. A predominância de homens nas instituições acontece em todos os estados, exceto no Pará, que mostra uma população de mulheres ligeiramente mais elevada. Isso provavelmente é resultado da migração masculina provenientes de várias partes do país em direção à região Norte no período 1950-1970, período de colonização, da expansão das atividades de garimpo, etc. Esses homens, possivelmente, não constituíram vínculos afetivos e familiares e, na dificuldade de viverem sozinhos, buscavam as ILPIs (AGUIAR e OLIVEIRA, 2013).

Ao relatarmos a análise dos domínios da WHOQOL nota-se que em todos os domínios as mulheres mencionaram qualidade de vida inferior aos homens. Esses dados são diferentes dos encontrados por SEGALLA *et al.* (2013) em relação a diferença de qualidade de vida entre os sexos, o grupo feminino apresentou escores maiores do que o grupo masculino, porém sem dados significativos.

Os resultados baixos referentes a qualidade de vida das mulheres podem ser justificados pelas diferenças associadas ao sexo que também se devem à compreensão distinta do que é a velhice. As mulheres costumam sentir muito mais a chegada da idade e se sentem mais incomodadas com ela. Além disso, as idosas de hoje, geralmente, são aquelas que, antes da idade avançada, tinham uma rotina de muita importância familiar e caseira e quando passam a frequentar a instituição, sentem falta de seus familiares, amigos e das atividades domésticas com as quais estavam acostumadas, e não possuem mais capacidade física ou mental para realizar (ARAÚJO *et al.*, 2014).

Em relação a idade, verificou-se que nos domínios físicos e meio ambiente quanto maior a idade, menor a pontuação atribuída a qualidade de vida. Todavia, nos domínios psicológicos e das relações sociais quanto menor a idade, pior a qualidade de vida.

Sabe-se que há um aumento do risco de institucionalização conforme o avanço da idade. O risco da incapacidade funcional dobra a cada década de vida, além da maior carga de doenças crônicas e ocorrência de internações hospitalares entre os mais idosos. Esses motivos possivelmente potencializam a probabilidade de institucionalização do idoso (VERAS, 2009). De acordo com García *et al.* (2005), a idade avançada esteve associada a piores níveis de qualidade de vida associados à saúde. No presente estudo, a grande maioria dos idosos (91%) estava na faixa etária entre 60-79 anos, não sendo possível avaliar a qualidade de vida para aqueles com idades mais avançadas pela insignificância dessa faixa etária na amostra.

A presença de uma melhor qualidade de vida dos idosos com idade avançada pode indicar conformidade diante da inevitabilidade da velhice, ao passo que pior qualidade de vida dos idosos mais novos pode sugerir ausência de preparação para a velhice e não aceitação da sua condição de velho. (DAWALIBI, GOULART, PREARO, 2014).

9.1.2 Análise da Religião

A religião mais prevalente entre os idosos institucionalizados é a católica, seguida dos evangélicos e, por último, os agnósticos. Isto comprova a estatística brasileira atual, na qual o catolicismo é a religião com o maior número de adeptos, seguido do protestantismo. De acordo com o último censo demográfico realizado em 2010, pelo IBGE, a composição religiosa no Brasil está distribuída da seguinte maneira: 64,6% dos brasileiros (cerca de 123 milhões) declaram-se católicos; 22,2% (cerca de 42,3 milhões) declaram-se protestantes (evangélicos tradicionais, pentecostais e neopentecostais); 8,0% (cerca de 15,3 milhões) declaram-se irreligiosos: ateus, agnósticos, ou deístas; 2,0% (cerca de 3,8 milhões) declaram-

se espíritas; 0,7% (1,4 milhão) declaram-se as testemunhas de Jeová; 0,3% (588 mil) declaram-se seguidores do animismo afro-brasileiro como o Candomblé, o Tambor-de-mina, além da Umbanda; 1,6% (3,1 milhões) declaram-se seguidores de outras religiões, tais como: os budistas (243 mil), os judeus (107 mil), os messiânicos (103 mil), os esotéricos (74 mil), os espiritualistas (62 mil), os islâmicos (35 mil) e os hoasqueiros (35 mil).

Porém, segundo Neri (2011), entre 2003 e 2009, houve uma queda na proporção de católicos em todas as faixas etárias. Entretanto, essa mudança foi menor para os grupos com idade mais avançada (a taxa caiu de 77,53% para 74,24%) para aqueles acima de 60 anos, enquanto nas faixas mais jovens a queda foi maior (a taxa caiu de 75,22% para 67,49% na faixa de 15 a 19 ano de idade). Já os evangélicos, incluindo-se tanto os ramos tradicionais quanto os pentecostais, seguem a sua trajetória de crescimento, passando de 16,2% para 17,9% nos primeiros anos desta década.

Para Monteiro (2004) o aumento da espiritualidade com o avançar da idade é fonte importante de suporte emocional, com repercussões nas áreas da saúde física e mental. Além disso, práticas e crenças religiosas contribuem decisivamente para o bem-estar na velhice, sobretudo pelo apoio social e pelos modos de lidar com o estresse.

9.1.3 Análise do Estado Civil e da Cor da Pele

Os idosos do abrigo São José são, em sua maioria, solteiros, correspondendo a 76,4% da amostra dos entrevistados. Enquanto isso, os casados e em união estável possuem o menor número de indivíduos, com 5,7% cada. Segundo dados do último censo do IBGE (2010), a maioria dos brasileiros são solteiros (48,1%), seguidos dos casados (39,9%), divorciados (5,9%) e viúvos (6,1%).

Ainda em relação ao censo de 2010, ao serem questionados sobre a cor, a população brasileira apresentou os seguintes dados: os brancos autodeclarados compõem cerca de 45,9% da população brasileira (cerca de 93 milhões de indivíduos); seguidos de 43,1% autodeclarada como parda; 7,6% de negros (cerca de 15 milhões de indivíduos); 0,3% de índios (aproximadamente 519 mil indivíduos) e 2.084.288 indivíduos declarados como amarelos. (IBGE, 2010).

Ao contrário das estimativas nacionais, a maioria dos idosos do abrigo São José autodeclararam-se como pardos (71%), seguidos da cor branca (22%), preta e amarela (5% cada). Apesar da região Norte possuir a maior população indígena do país, esta não foi autodeclarada por nenhum dos entrevistados.

9.1.4 Análise da ocupação prévia

O maior número de idosos por ocupação está na agricultura, com 37% dos pacientes. Os outros mais prevalentes distribuem-se entre garimpeiros, vendedores, pecuaristas, açougueiros, marinheiros e lavradores. Os menores índices ficaram entre os serviços domésticos, serviços gerais, professores e trabalhadores de construção civil.

Segundo Lúcia (2011), a agricultura e pecuária estão mais presentes nas regiões Norte, Nordeste, Sudeste e Sul, mostrando a importância desta atividade em todo o país. Outras atividades que apresentam importância em quatro das cinco regiões geográficas do Brasil são: Construção civil, Comércio e reparação, Alojamento e alimentação, Administração pública e Serviços domésticos. Deste modo, é possível observar a participação dos indivíduos entrevistados no abrigo São José em quase todos os itens citados.

9.1.5 Análise da Escolaridade

A maior parte dos indivíduos entrevistados durante a pesquisa são analfabetos (62%), com apenas 8% com o ensino médio completo. Em uma pesquisa realizada pelo PENADE - IBGE (2011), nos estados de Rondônia, Acre, Amazonas, Roraima, Pará e Amapá, a taxa de analfabetismo da população de 15 anos ou mais de idade encontrava-se em 8,6% (12,9 milhões).

Evidenciou-se nos idosos institucionalizados no abrigo São José, em números absolutos, que a maioria dos entrevistados possuem sua qualidade de vida classificada como regular ou boa, independente do domínio. Entretanto, quanto menor o nível de escolaridade, maior a necessidade de melhorar a qualidade de vida.

De acordo com Perkins (2006), a baixa escolaridade compromete o acesso à educação em saúde, estratégia que possibilita a adoção de comportamentos saudáveis e a mobilização social para a melhoria das condições de vida, influencia a adesão ao tratamento de condições crônicas, como a HAS, em virtude da relação com menores condições econômicas e acesso a serviços de saúde.

Além disso, um estudo desenvolvido por Lasheras *et al* (2004), que buscou analisar o impacto da escolaridade na qualidade de vida, mostrou forte associação entre baixos níveis educacionais e infelicidade, fracas relações sociais, baixa percepção de autocuidado e saúde,

e problemas sensoriais entre os idosos. A educação é um importante indicador associado a alto nível social e econômico, que têm impactos diretos na qualidade de vida de idosos. (SZWARCOWALD, 2005).

Porém, ao analisar a escolaridade dos idosos institucionalizados no Abrigo São José em relação aos domínios da WHOQOL-bref, evidenciou-se que não houve diferença significativa entre os domínios da escala e o nível de escolaridades, de modo que, nesses pacientes analisados, o nível educacional não influenciou na qualidade de vida.

9.1.6 Análise da Renda

Com relação à renda e o domínio meio ambiente, a maioria recebe entre um e três salários mínimos, com um maior número da amostra classificada com uma qualidade de vida regular. Não houve, entretanto, significância estatística entre as duas variáveis (QQ=3.311; p=0.3461).

Da mesma forma, na pergunta sobre qualidade de vida e sua relação com a renda o maior número de idosos está entre aqueles que recebem entre um e três salários mínimos e possuem uma qualidade de vida regular. Segundo análise estatística, a renda não demonstrou estar associada a alterações sobre a qualidade de vida dos entrevistados neste estudo. (QQ=5.809; p=0.7589). Isto difere de outras pesquisas, pois, no caso específico da qualidade de vida relacionada à saúde, foi observado que sua apreciação está vinculada, entre outros fatores, à condição socioeconômica dos pacientes, sendo que baixos índices de renda per capita estariam relacionados com baixos escores de qualidade de vida (GALVÃO, 2004).

De acordo com Santos (2006), a Qualidade de Vida Relacionada à Saúde sofre influência de fatores relacionados ao nível socioeconômico e às características individuais, como renda, educação, ocupação, determinantes da saúde individual, importantes na prevenção de agravos e planejamento de intervenções em saúde. Ou seja, a renda, assim como outros aspectos sociodemográficos, exercem uma considerável importância na qualidade de vida dos indivíduos.

Dessa forma, à medida que se envelhece as preferências e necessidades por produtos e serviços tendem a mudar. As necessidades e gastos de uma família são afetados por diversos fatores, podendo-se citar o número de pessoas na família, sua idade e o número de adultos que trabalham fora, dentre outros (SOLOMON, 2002). Maiores níveis de renda permitem a aquisição de melhores serviços de acompanhamento, equipamentos de apoio e uma inserção social mais ativa. É também importante para compreender o idoso não apenas como um

consumidor em potencial, mas como um indivíduo ativo, que possui necessidades próprias não só à sua idade, mas às suas características pessoais, familiares, sociais, econômicas e culturais. (MELO E FERREIRA, 2014)

9.1.7 Análise da Locomoção

No presente estudo, o maior número de pacientes está no grupo que deambula sozinho (57%) e a maioria destes tem uma qualidade de vida classificada como boa. Entre os que deambulam com apoio, 8,5% possuem um escore regular; e no grupo dos cadeirantes, o número de indivíduos que estão nos quesitos “necessita melhorar” e “regular” é semelhante, ambos com 11,4%. Entre os acamados, não há pacientes que se enquadram dentro de uma qualidade de vida classificada como boa ou excelente.

De acordo com um estudo realizado por Menezes (2008), 14 (14,83%) idosos utilizam dispositivo para auxílio de marcha, sendo que 13 (92,8%) idosos utilizam bengala e um (7,1%) idoso utiliza andador. Araújo e Ceolim (2010) constataram que a maior parte dos idosos (89,5%) caminhavam sem auxílio de outrem em um estudo com a qualidade do sono de idosos institucionalizados.

O envelhecimento traz a diminuição gradual da capacidade funcional, a qual é progressiva e aumenta com a idade. Assim, as maiores adversidades de saúde associadas ao envelhecimento são a incapacidade funcional e a dependência, que acarretam restrição/perda de habilidades ou dificuldade/ incapacidade de executar funções e atividades relacionadas à vida diária. Tais dificuldades são ocasionadas pelas limitações físicas e cognitivas, de forma que as condições de saúde da população idosa podem ser determinadas por inúmeros indicadores específicos, entre eles a presença de déficits físicos e cognitivos. (GUIMARÃES, 2004).

Ao avaliar a satisfação com a saúde, a maioria dos pacientes também está entre os que deambulam sozinhos, apresentando índices muito semelhantes aos encontrados na avaliação da qualidade de vida e locomoção. Porém, esta variável possui dois pacientes acamados com uma boa qualidade de vida, contrariando a anterior que não possuía nenhum.

Com relação à locomoção e domínio físico, houve diferença significativa entre os dois (QQ=13.267; p=0.0390). Portanto, a locomoção apresentou efeito sobre o domínio físico. Pessoas que deambulam sozinho são as que apresentaram maiores proporções nas categorias necessita melhorar, regular e boa. Em nenhuma das respostas se obteve excelente para nenhuma das classes de locomoção.

9.2 Análise do perfil clínico da amostra

No que se refere a análise das principais doenças que acometem os idosos, verificou-se que as mais prevalentes são: Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) (32%), Diabetes mellitus (DM) (8%), Doenças do aparelho oftalmológico (15%), Doenças do sistema neurológico (11%) e Doenças do aparelho osteoarticular (8%).

Concordando com esta pesquisa, encontra-se na literatura resultados em que mais de 70% dos idosos estudados tinham pelo menos uma doença crônica, sendo que esta proporção aumentava com o aumento da idade e entre as mais citadas estavam a hipertensão e a artrite (LIMA-COSTA, BARRETO, 2003). No Brasil, as pessoas idosas (≥ 60 anos de idade) representam cerca de 10% da população, aproximadamente 17 milhões de brasileiros (BRASÍLIA, 2008). Desse total, 81% apresentaram algum tipo de doença, como hipertensão, diabetes, problemas de vista, doenças cardiovasculares, colesterol alto, reumatismo, problemas de circulação (dormência e varizes), osteoporose, problemas de memória, entre outras (NERI, 2007).

Dentre os problemas de saúde que mais interferem na vida diária prevaleceram: problemas de coluna (54,9%), prisão de ventre (38,7%), varizes (38%) e hipertensão arterial (35,6%). Resultado semelhante, embora com percentuais inferiores ao deste estudo, foi encontrado em investigação com idosos na qual se observou que os problemas da coluna (18,6%) e a hipertensão arterial (16,3%) apresentaram maior prevalência de interferência na vida diária (TAVARES, DIAS, 2012).

As morbidades associadas com as alterações resultantes do processo de envelhecimento podem aumentar o impacto de perda sensorial, com um efeito negativo na qualidade de vida. As restrições impostas pela doença e / ou tratamento podem contribuir com o impacto desta faceta sobre a qualidade de vida do idoso com várias morbidades. Os serviços de saúde podem ajudar a melhorar estes aspectos, identificando os fatores que têm contribuído para minimizar a esperança dos idosos. Além disso, as atividades podem ser realizadas para acompanhar a saúde dos idosos, ajudando-os a compreender os aspectos relacionados com a sua doença (TAVARES e DIAS, 2012).

Idosos com morbidades tendem a ter comprometimento em sua qualidade de vida. O bem-estar na velhice depende do equilíbrio entre as diversas dimensões da qualidade de vida. Lima-Costa e Barreto (2003) levaram em consideração que as dimensões da qualidade de vida estudadas foram a capacidade funcional, os aspectos físicos, a dor, o estado geral de

saúde, a vitalidade, os aspectos sociais, os aspectos emocionais e a saúde mental, constatou-se que o aumento da morbidade e o aumento da idade interfere de modo significativo nos vários domínios da qualidade de vida dos idosos principalmente na capacidade funcional, que parece ser o único domínio diretamente influenciado pela idade.

Quanto a análise do domínio psicológico, Tavares e Dias (2012) descrevem em seu estudo que um número de morbidades entre os idosos foi associado a uma pontuação menor na análise da qualidade de vida no domínio psicológico. Sendo assim, pode-se inferir que um maior número de morbidades pode contribuir para o surgimento de sentimentos negativos. É necessário fornecer suporte aos idosos para que eles possam se sentir preparado para lidar com as adversidades relacionadas à sua doença.

O mesmo autor ainda refere que, no estudo do domínio referente as relações sociais, os indivíduos idosos com 10 ou mais morbidades apresentaram menor escore de qualidade de vida em comparação aos demais. Para isso, eles também analisaram as três clássicas facetas que compõe esse domínio: suporte social, atividade sexual e as relações pessoais. Os autores reiteram ainda que dados sugerem a necessidade de mais estudos para entender melhor o fenômeno que tem um efeito negativo sobre a qualidade de vida dos idosos com e sem morbidades (TAVARES e DIAS, 2012).

Araujo *et al.* (2014) também referiu a importância da análise clínica com a qualidade de vida dos idosos. Em sua pesquisa os autores realizaram a comparação dos aspectos clínicos com os funcionais e constataram que enquanto 80% apresentaram doenças, usavam algum tipo de medicamento e avaliaram sua visão como ruim, apenas 40% dos idosos apresentou algum tipo de dependência parcial ou total, demonstrando que a relação entre essas duas variáveis não foi muito estreita. Este resultado evidencia a importância de considerar que as alterações clínicas negativas podem sim influenciar na capacidade funcional e são realidade para muitos idosos, porém também é possível preservar a capacidade funcional do idoso mesmo na presença de morbidades por meio do controle das doenças e uma política de promoção da saúde eficiente.

Nesse sentido, a ocorrência de uma doença, como as crônicas, não significa que o idoso não possa preservar sua autonomia, gerenciar sua própria vida e desempenhar suas atividades de vida diárias de forma independente. A grande maioria dos idosos tem, na verdade, capacidade para decidir sobre seus interesses e organizar-se sem necessidade de nenhum tipo de auxílio de outras pessoas (NOVAES, 2007).

A doença mais comum na população desse estudo foi a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). Quando questionados sobre a avaliação da qualidade de vida, a maioria dos idosos

estudados que apresentavam hipertensão referiram que sua qualidade de vida “necessitava melhorar” ou era “regular” (76%). Essas mesmas respostas foram dadas por somente 40% dos indivíduos não hipertensos. Nos estudos de Tavares e Dias (2012) observou-se que, apesar dos pacientes analisados pelos autores considerarem sua doença sem gravidade e curável, a HAS interfere na qualidade de vida.

A avaliação da pressão arterial (PA) em pacientes hipertensos e compararam-na aos normotensos, concluíram que aqueles com a PA elevada apresentaram-na de forma pior. Chegaram, ainda, à conclusão de que, nesse grupo, algumas variáveis podem causar mais impacto na qualidade de vida, como, por exemplo, presença de comorbidades, PA não controlada, danos em órgãos-alvo, frequência cardíaca elevada, excesso de peso, sexo feminino, idade mais avançada, menor renda, menor escolaridade e ausência de companheiros (CARVALHO *et al.*, 2012).

Outra possível explicação para a influência da HAS na qualidade de vida pode ser tanto pela falta de disposição e ânimo e por causa da associação da HAS com sintomas de cefaleia, ansiedade, astenia, quanto pelos efeitos das drogas anti-hipertensivas, como, por exemplo, fadiga e distúrbios do sono. (MAGNABOSCO, 2007).

Outra doença bastante comum na sociedade brasileira e que apresentou uma das maiores prevalências na população estudada foi o diabetes mellitus. O DM e, principalmente, seu tratamento são caracterizados por alterações importantes no cotidiano dos pacientes. Além de afetar diretamente a qualidade de vida, o estilo de vida dos acometidos também pode levar à redução acentuada da expectativa de vida dessa população, por interferir no controle metabólico, aumentando as complicações da doença (AGOSTINHO, VILELA, CARVALHO, 2008)

Leite *et al.* (2015) avaliou a preocupação com episódios de alterações de glicemia e relacionou com a qualidade de vida. Quando questionados sobre a preocupação com níveis de glicose baixa, 80,9% dos idosos responderam não se preocuparem com esta questão, possibilitando supor que desconhecem o perigo que a hipoglicemia pode acarretar na sua saúde. Quando interrogados se ficam irritados quando pensam em viver com diabetes, 70,6% dos idosos afirmaram não manifestarem esse tipo de sentimento, denotando que a doença já é algo aceito em suas vidas.

Quanto as alterações visuais, observou-se que 60% idosos com alterações visuais responderam que sua qualidade de vida “necessitava melhorar” ou era “regular” comparado a 67% dos idosos sem queixas no aparelho oftalmológico. Esses fatos diferem dos estudos de Ivers *et al.* (1998) apud Tavares e Dias (2012) que relaciona o déficit visual e a autonomia

dos idosos. Para o autor, o déficit visual prejudicou o desempenho dos idosos para as atividades motoras, principalmente escadas, vestir-se e uso do chuveiro. Quanto às atividades cognitivas, houve déficit apenas para resolução de problemas. A baixa visão interfere na autonomia do idoso para realizar suas AVDs, levando-o à dependência de outras pessoas.

As doenças osteoarticulares também foram prevalentes na população em estudo. Dos indivíduos entrevistados que tinham o diagnóstico de doenças do aparelho osteoarticular, 50% classificaram sua qualidade de vida como “necessita melhorar” e “regular”, comparando com 68,9% dos indivíduos sem doenças desses aparelhos que deram respostas semelhantes.

As principais doenças osteoarticulares no idoso são a osteoartrite, artrite reumatoide e gota e essas podem causar dor e, conseqüentemente, impacto negativo na vida dos idosos. Portanto, o reconhecimento precoce e o tratamento adequado dessas enfermidades são essenciais para a prevenção de deformidades e manutenção da funcionalidade e qualidade de vida destes indivíduos (BERSANI e MORAES, 2013).

Sobre a percepção das doenças neurológicas, observou-se que 57,2% idosos com alterações nesse sistema responderam que sua qualidade de vida “necessitava melhorar” ou era “regular” comparado a 67,8% dos idosos sem queixas neurológicas. Esse resultado contrasta com a literatura que nos mostra que em indivíduos portadores de deficiências neurológicas as dimensões relacionadas aos aspectos físicos prejudicam a qualidade de vida dos pacientes, partindo-se do pressuposto de que muitos dos sinais e sintomas apresentados são motores e que os mesmos, somados ao sedentarismo e ao isolamento social, deprimem a percepção positiva do sujeito sobre sua vida. (LANA *et al.*, 2007).

Os resultados conflitantes com a literatura provavelmente estão relacionados a necessidade de análise dos dados em um contexto amplo. Sabe-se que a qualidade de vida envolve muitos fatores além da presença ou ausência de doenças e que a definição de uma análise cuidadosa das variáveis é necessária para compreensão dos resultados referidos.

Quanto ao etilismo, observou-se que 66,6% dos idosos institucionalizados estudados que fizeram ou fazem uso de álcool avaliaram sua qualidade de vida como “necessita melhorar” ou “regular”, enquanto 57,2% dos idosos estudados que não são ou eram etilistas fizeram a mesma avaliação.

A influência do uso crônico de álcool na qualidade de vida envolve principalmente a saúde mental destes indivíduos. Condições patológicas neuropsiquiátricas são frequentemente encontradas na literatura, tais como sintomas de depressão, ansiedade, e alterações de humor. Problemas com alcoolismo levam da baixa tolerância à frustração e prejuízos quanto às condições afetivas e emocionais, à capacidade de controle geral e estabelecimento de

relacionamento interpessoal, influenciando na qualidade de vida dos usuários (MENEZES, DALBEN, 2006)

Quanto ao tabagismo, observou-se que 73,9% idosos com esse hábito responderam que sua qualidade de vida “necessitava melhorar” ou era “regular” comparado a 50% dos idosos não fumantes.

Em geral, os fumantes têm uma pior qualidade de vida e apresentam incapacidades mais frequentemente que os nunca fumantes. Além disso, têm uma maior probabilidade de apresentar sintomas de depressão e de ansiedade do que aqueles que nunca fumaram. Segundo o modelo da automedicação, em relação ao ato de fumar, as propriedades da nicotina alteram o humor e são especialmente reforçadas em indivíduos deprimidos, que são propensos a experiências de afetos negativos (SCHMITZ, KRUSE, KUGLER, 2003).

No entanto, GOULART *et al.* (2010) considera que entre os centenários, o tabagismo é extremamente raro e, mesmo quando ocorre, está correlacionado, de maneira quase exclusiva, a condições ruins de saúde e falta de autossuficiência, indicando que isto compromete o estado de saúde e a qualidade de vida, mesmo em pessoas de vida extremamente longa.

Ao analisar o uso de medicações, 92% dos entrevistados responderam sim à pergunta, enquanto apenas 8% não necessitam utilizar medicamentos. Tanto a qualidade de vida quanto satisfação com a saúde apresentaram o mesmo escore na classificação “necessita melhorar”, com 28,5% de pacientes enquadrados em cada uma. Entretanto, com relação à pergunta sobre qualidade de vida, o maior número de participantes possui escore “regular”, seguido de “boa” e, por último, “excelente”. O inverso ocorre na pergunta sobre satisfação com a saúde e sua relação com o uso de medicações, na qual 34,2% da amostra que respondeu sim ao uso de medicamentos possui uma escore “bom” para a qualidade de vida e 17,1% dentro da classificação “excelente”. No entanto, ao avaliar estatisticamente os dados uso de medicações, qualidade de vida e satisfação com a saúde, não houve diferença significativa entre eles (QQ= 1.958; p=0.5812).

Segundo Nunes (2010), considerando que os idosos são mais acometidos por doenças, procuram mais os serviços de saúde e utilizam mais medicamentos, estudos mostram significativa redução da qualidade de vida nesse grupo de pacientes. Os medicamentos modernos têm grandes contribuições para uma melhor saúde e qualidade de vida, porém, proporções crescentes de efeitos colaterais negativos, devido ao tratamento farmacológico extensivo são observados especialmente entre os pacientes idosos que apresentam vários problemas de saúde (OLSSON, 2011).

O alto consumo de medicamentos pode se constituir em uma medida do estado de saúde do indivíduo. Além disso, pode refletir outros aspectos que não somente as comorbidades, tais como a gravidade da comorbidade ou a probabilidade de iatrogenia e/ou o uso de medicamentos inadequados. (NOGUEIRA, 2010).

Segundo Oliveira (2011), a qualidade de vida de idosos e a redução da autonomia com o avanço da idade refletem na dificuldade para se locomover, manusear objetos e controlar a postura, de modo a interferir significativamente na administração de medicamentos, na adesão ao esquema terapêutico e, sobretudo no autocuidado.

Desse modo, apesar da pequena diferença estatística em relação às perguntas sobre qualidade de vida e satisfação com a saúde nos idosos entrevistados do abrigo São José, índices de outras pesquisas evidenciam uma forte relação entre qualidade de vida e uso de medicações.

9.3 Análise específica da WHOQOL-BREF e de seus domínios

9.3.1. Análise dos domínios independentes sobre Qualidade de Vida e Satisfação com a Saúde

A qualidade de vida é um conceito subjetivo, pelo qual ninguém, exceto o próprio indivíduo, pode relatar como ele percebe da sua qualidade de vida. Na avaliação da primeira pergunta geral sobre qualidade de vida do WHOQOL-Bref, verificou-se que a grande maioria dos idosos avalia a sua qualidade de vida como necessita melhorar (28,5%) e regular (37,1%).

Observou-se, na literatura, diferentes resultados após análise dessa faceta. Os dados de Ferreira *et al.* (2010), evidenciaram que idosos avaliaram sua qualidade de vida como “boa” ou “muito boa”. Silva (2011) também de refere em seu estudo que os idosos analisados apresentam uma qualidade de vida entre os níveis “razoável” e “muito bom”. Resultados semelhantes podem ser conferidos em outros grupos de estudos que concluíram a análise dessa faceta da qualidade de vida que a maioria dos indivíduos analisados considera sua vida como “boa” (46%-67,3%), seguido por “nem boa, nem ruim” (22%-32%) (TAVARES, DIAS, 2012; MORAES, WITTER, 2007).

Na resposta à segunda pergunta 57% classificam sua satisfação com a saúde como boa (37,1%) e excelente (20%). No estudo de Ferreira *et al.* (2010) uma grande parte dos idosos (70,4%) afirmaram o mesmo. Isso também foi constatado na análise de Moraes e Witter

(2007) na qual a auto-satisfação para a saúde evidenciou que a maioria dos idosos estavam satisfeitos (64,4%).

Considerando-se que a satisfação para a saúde pode ser relacionada a diversos fatores, tais como a independência, a autonomia, o comportamento de busca e viver a vida ao máximo. Para isso, os fatores que têm um efeito negativo sobre a sua auto-avaliação devem ser identificados e intervenções devem ser implementadas para melhora desses resultados. Além disso, a qualidade de vida na velhice tem sido associada a questões de independência e autonomia, e a dependência do idoso resulta das alterações biológicas (incapacidades) e de mudanças nas exigências sociais ((MORAES, WITTER, 2007; TAVARES, DIAS, 2012)

O envelhecimento saudável deve ser visto como uma íntima interação entre saúde física e mental, independência na vida diária, integração social, suporte familiar e independência econômica (RAMOS, 2003; SOUSA, GALANTE, FIGUEIREDO, 2003).

9.3.2. Análise do domínio físico

No presente estudo, o domínio físico apresentou maior escore nos itens necessita melhorar (42%) e regular (31%). Podemos considerar então que esse domínio influencia diretamente numa redução da qualidade de vida nessa população.

São questões referentes ao domínio físico as que se referem aos seguintes itens: Dor e desconforto, Energia e fadiga, Sono e repouso, Mobilidade, Atividades da vida cotidiana, Dependência de medicação ou de tratamentos e Capacidade de trabalho. As facetas que receberam notas mais baixas e que contribuem negativamente para a qualidade de vida foram Energia e fadiga, Dependência de medicação ou de tratamentos e Capacidade de trabalho.

Em um estudo realizado por Santos (2008), em Viçosa, MG, com indivíduos dependentes de cuidados, no contexto do Programa Saúde da Família (PSF), observou-se também que as questões que mais influenciaram na média desse domínio foram semelhantes às encontradas neste estudo. Resultado esse que está relacionado à percepção do indivíduo sobre sua condição física, ou seja, sua capacidade funcional em desempenhar as atividades diárias.

Em relação a análise da capacidade de vida diária nota-se que a saúde física é crucial para o estado de felicidade, pois a ausência de saúde fomenta sofrimento e quebra o bem-estar. A doença física mobiliza as capacidades de recuperação física, evidencia todos os recursos existentes para ultrapassar essa dificuldade, sendo estas situações mais deterioráveis quanto mais avançada for a idade. Desta forma, a apreensão de qualidade de vida física passa

pela qualidade de saúde e autonomia e pela capacidade de realização das atividades de vida diárias (AVD) (BECKERT, IRIGARAY, TRENTINI, 2012).

O estudo também encontrou associação da capacidade funcional e os aspectos de qualidade de vida. Os autores mostraram que quanto maior o número de incapacidades menor o escore de qualidade de vida. A manutenção da capacidade funcional tem implicações diretas na qualidade de vida, por estar relacionado com a capacidade dos idosos se relacionarem, trabalharem, realizarem atividades dentro e fora da casa, desfrutarem de lazer e de todos os aspectos que a vida oferece (KAGAWA, CORRENTE, 2012; TAVARES, DIAS, 2012).

Sobre o uso crônico de medicações e sua repercussão na qualidade de vida espera-se uma tendência a qual indivíduos mais doentes e que usem mais medicamentos tenham uma percepção pior sobre sua função física. Entre os aspectos avaliados nesse domínio, está a percepção do indivíduo sobre a dependência de medicamentos ou de outros tratamentos. (DAL PIZZOL, 2012).

A baixa pontuação na faceta que avalia energia e fadiga deve ser avaliada de forma ampla. Molzahn *et al.* (2010) concluíram que a falta de habilidades para a vida diária, a falta de energia e a presença de dor são aspectos do domínio físico que parecem ser importantes para a qualidade de vida.

A análise das demais faceta também deve ser realizada de forma cuidadosa. De forma geral, a dor se associou à fadiga, aos distúrbios do sono, a dependência de tratamentos ou ao uso de medicamentos. Além de diminuir a capacidade para o trabalho, para a realização das atividades de vida diária, para a atividade sexual e se associa com a diminuição da rede de apoio social. A diminuição na QdV nos domínio físico pode afetar também a manutenção da autonomia do idoso, o que poderá limitar o desempenho de suas atividades cotidianas, tornando-o dependente dentro de seu contexto social, econômico e cultural (CUNHA, MAYRINK, 2011).

A redução da mobilidade seja por dificuldade ou por incapacidade faz com que os idosos se tornem dependentes do auxílio de outras pessoas para tarefas simples como sair de casa sozinho e progredir para as tarefas de autocuidado como tomar banho ou ir ao banheiro sozinho. O fato de tornar-se dependente faz com que o idoso se sinta desvalorizado, o que pode resultar no desenvolvimento de problemas psicológicos, podendo comprometer ainda mais a sua qualidade de vida. (Paula *et al.*, 2013).

Schwingel (2009) *apud* AMORIM, SALLA e TRELHA (2014) descrevem pontos essenciais quanto a capacidade de trabalho. O autor refere que os idosos que realizam

voluntariado e/ou que continuam ativos e ocupados após a aposentadoria têm melhores condições cognitivas, maior satisfação com a vida, bem-estar e continuam exercendo suas AVDs de forma independente. Os idosos que se envolvem em atividades produtivas têm menos chances de desenvolver síndrome da fragilidade independentemente da idade. Já os idosos que se aposentam e se tornam inativos apresentam maiores taxas de depressão.

Mazo, Mota e Gonçalves (2005) e Carmo, Mendes e Brito (2008) comparam o domínio físico de idosos institucionalizados e não institucionalizados sendo que estes apresentaram menores graus de satisfação. Para explicar essa diferença, os autores referem que a prática de exercícios físicos e a boa capacidade funcional como fatores de grande impacto para uma melhor qualidade de vida, tal resultado pode ser explicado pelo fato de que os idosos institucionalizados apresentam menos atividades de vida diária, como arrumar a casa, cozinhar, fazer compras, pagar contas e, por isso, não demonstraram notar alterações físicas que pudessem influenciar seu nível de satisfação em tal domínio.

Segundo Pereira *et al.* (2006), a influência do domínio físico na qualidade de vida global ressalta a importância de se considerar a capacidade funcional como importante fator de impacto na qualidade de vida em idosos. Além disso, a autonomia e independência também têm sido associadas a qualidade de vida na senescência. Davim *et al.* (2004) consideraram importante salientar que, mesmo estando aposentado, o ser humano não deve se acomodar, devido ao sedentarismo, sobretudo quando se trata de idosos institucionalizados, visto que a realidade em que vivem, por si só, já sugere um dia a dia mais monótono e com atividades mais restritas que idosos não-institucionalizados. É essencial que esse indivíduo desempenhe atividades de acordo com sua vontade e habilidade pessoal, visando contribuir para um melhor estado de saúde e, conseqüentemente, para o prolongamento da vida, tornando-a mais prazerosa e sadia.

9.3.3. Análise do domínio psicológico

Ao realizarmos a análise do domínio psicológico encontramos os maiores escores nos itens que consideram “regular” (37,1%) e “boa” (28,6%) a qualidade de vida nesse domínio. Podemos considerar então que esse domínio mantém qualidade de vida em um nível intermediário quanto a sua pontuação.

São questões referentes ao domínio físico as que se referem aos seguintes itens: aproveitar a vida, sentido da vida, capacidade de concentração, satisfação com aparência física, autossatisfação e presença de sentimentos negativos. As facetas que receberam notas

mais baixas e que contribuem negativamente para a qualidade de vida foram aproveitar a vida (62,8%), sentido da vida (54,3%), capacidade de concentração (48,6%).

Resultados semelhantes aos encontrados nesse trabalho foram expostos por Oliveira *et al.* (2006) e Pavan *et al.* (2008). Nesses estudos verificou-se que a auto-estima e a aparência física obtiveram as melhores médias ao domínio psicológico. As questões relacionadas a sentimento negativo e aproveitar a vida foram aquelas que apresentaram menor contribuição para o domínio com a maior parte dos indivíduos estudando atribuindo médias que caracterizavam como necessita melhorar/ regular nesse domínio. Assim, pode-se inferir que por se tratar de ILPIs que traz na sua trajetória características que geram inconveniências ao idoso, como o isolamento do idoso, a inatividade física e mental, ausência de convívio social, ausência de rede de apoio (família, cônjuge, amigos), falta de afeto e pouco incentivo à independência e autonomia dos seus usuários, isto pode ter contribuído para uma percepção negativa.

Em relação a faceta “aproveitar a vida”, Ximenes e Côrte (2007) compararam os resultados entre o domínio psicológico entre indivíduos institucionalizados e não institucionalizados. Os idosos institucionalizados, quando indagados sobre quanto aproveitavam a vida, 45% disseram que aproveitavam mais ou menos, 30% que não aproveitavam nada e 30% que aproveitavam bastante. Com esse resultado, se concluiu que embora a instituição possa promover atividades lúdicas e recreativas, as respostas encontradas nesse domínio podem ser indicativas de que as atividades de lazer realizadas na ILPIs não contemplavam toda a população residente. Da mesma forma, a ausência de estímulos às atividades físicas, de lazer, de trabalho, artísticas e sociais podem levar o idoso ao declínio de sua capacidade física pela inatividade das funções do corpo. Assim, medidas que favoreçam as atividades lúdicas e recreativas também devem ser priorizadas e incentivadas nas ILPIs, de modo que proporcione os contatos sociais, a participação na comunidade, a autonomia e o sentir-se útil para que os idosos possam continuar a viver com qualidade de vida, dignidade e produzindo e se relacionando.

Tavares e Dias (2012) notaram ainda importante relação entre as facetas de satisfação com a imagem corporal, de autoestima e de sentimentos positivos. Ocorre, na análise do domínio psicológico, que indivíduos com maior número de incapacidades funcionais possuem um menor o escore de qualidade de vida associado. Dentre as razões possíveis para esses resultados pode-se considerar que o idoso pode sentir desanimado para o cuidado da saúde, por causa das limitações impostas pelas incapacidades funcionais, favorecendo sentimentos negativos.

Quanto a “aceitação com a aparência física” notou-se que ela interfere positivamente na qualidade de vida da população estudada (60% consideram sua aparência muito boa ou excelente). Uma possível justificativa foi encontrada por Beckert, Irigaray e Trentini (2012) que ressaltaram que a imagem corporal dos idosos não sofre distorção simplesmente porque estas pessoas envelheceram, já que a imagem corporal não sofre alteração devido à idade e, sim, devido a problemas vivenciados como doenças, limitações de movimento e principalmente a influência de estereótipos. Enxergar a distorção da imagem corpora como sendo comum a essa fase da vida seria outra visão preconceituosa e estereotipada do envelhecimento. Esses problemas podem aparecer em qualquer fase da vida, porém, os idosos estão mais vulneráveis a eles.

Outro aspecto a ser considerado ao analisarmos esse domínio é o fato que, ao pensar em saúde e, conseqüentemente, em qualidade de vida, os idosos conseguem ultrapassar o sentido de ausência de doença. Dentro de suas limitações socioculturais e do nível de escolaridade, o bem-estar físico, mental e social, destacando inclusive a importância da espiritualidade e religiosidade se mostram como fatores bastante influentes no enfrentamento dos vários sofrimentos e dificuldades da vida. Isso certamente pode explicar as altas pontuações na análise geral do domínio psicológico (FREIRE, TAVARES, 2005).

Atie *et al.* (2008) comparou a domínio psicológico entre idosos institucionalizados e não institucionalizados e notou que os primeiros possuem maior pontuação geral nesse domínio refletindo, dessa forma, melhor qualidade de vida. Dessa forma, o autor concluiu que a inserção familiar do idoso em domicílios multigeracionais pode tanto oferecer benefícios, no sentido do apoio familiar nas condições debilitantes e de dependência, reduzindo o isolamento, como gerar conflitos intergeracionais, que acabam por diminuir a autoestima e deteriorar o estado emocional do idoso, afetando de forma marcante a qualidade de vida.

Quanto ao bem-estar psicológico, as experiências singulares e subjetivas dos indivíduos são determinantes para o seu bem-estar psicológico, o que contribui para a condução da vida diária, fazendo com que o sujeito seja capaz de lidar com as limitações e mudanças características desta etapa do ciclo de vida e, assim, garantir uma melhor qualidade de vida (MASSENA, 2015).

9.3.4. Análise do domínio meio ambiente

No presente estudo, o domínio meio ambiente apresentou maior escore no item classificado como regular (54,3%), enquanto os itens necessita melhorar e bom conquistaram

ambos 22,3% para esse domínio na avaliação da qualidade de vida. Podemos considerar então que a qualidade de vida na população estudada é considerada mediana quando avaliada por esse domínio.

São questões referentes ao domínio meio ambiente as que se referem aos seguintes itens: segurança na vida diária, ambiente saudável, recursos financeiros, informações disponíveis no dia-a-dia, oportunidades de atividades de lazer, satisfação com as condições de moradia, acesso aos serviços de saúde e satisfação com o meio de transporte. As facetas que receberam notas mais baixas e que contribuem negativamente para a qualidade de vida foram as que se referem aos recursos financeiros (68,6%), as informações disponíveis no dia-a-dia (60%) e as oportunidades de atividades de lazer (54,9%).

O resultado deste domínio, que avalia segurança física, proteção, ambiente, recursos financeiros, cuidados sociais e de saúde, aquisição de novas informações e habilidades, lazer e transporte, expressam o papel que o contexto ambiental exerce sobre a qualidade de vida. Desse modo, podemos considerar que as condições de moradia, acesso aos serviços de saúde, transporte, lazer e renda podem constituir-se em barreiras que, em certa medida, poderiam gerar dificuldades que limitariam a melhora da qualidade de vida, mesmo com elevados escores em outros domínios (MASSENA, 2015).

A qualidade de vida na velhice apresenta relação direta com a existência de condições ambientais que permitam aos idosos desempenhar comportamentos biológicos, sociais e psicológicos adaptativos. A relevância das médias para esse domínio pode ser atribuída ao fato que tal resultado esteja relacionado às precárias oportunidades de lazer na comunidade e às dificuldades encontradas pelos idosos de buscarem oportunidades de entretenimento em outros locais da cidade, inclusive pelo baixo nível de renda desta população (NERI, 2004; FERRAZ, PEIXOTO, 1997).

Oliveira *et al.* (2009), ressalta que os idosos com limitações em seu ambiente físico têm cinco vezes mais chances de sofrer depressão e afirma ainda que a moradia e o ambiente físico adequados têm influência positiva na qualidade de vida do idoso. Esse autor ainda analisa as diferenças de resultados no domínio meio ambiente entre idosos institucionalizados e não institucionalizados e conclui que idosos que vivem em casa se sentem mais inseguros em seu meio ambiente por não terem as adaptações necessárias para sua segurança e bem-estar, já as ILPIs possuem um padrão ambiental adaptado as necessidades dos residentes conferindo vantagem. Isso pode ser pertinente ao explicar a presença de algumas notas mais altas nesse domínio, tornando possível a equivalência entre os resultados “bom” e “necessita melhorar” na análise final da qualidade de vida.

É possível associar a incapacidade ao domínio meio ambiente, Tavares e Dias (2012) verificaram que idosos com incapacidades funcionais apresentam uma menor qualidade de pontuação vida em comparação com os outros. Este fato evidencia que os idosos alguma incapacidade funcional estão enfrentando dificuldades para se adaptar à ambientes comunitários que estão inseridos, além de ter poucas oportunidades de adquirir novas informações e de lazer.

Outros empecilhos que devem ser considerados ao analisar esse domínio em idosos institucionalizados se referem às más instalações adaptativas a esses idosos, decorrente ao mau investimento e a precariedade pública e organizacional para com estas instituições, levando a existência de condições ambientais que permitam aos idosos desempenhar comportamentos biológicos, sociais e psicológicos adaptativos apresentando relação direta com a qualidade de vida na velhice (OLIVEIRA *et al.*, 2015).

Em relação a faceta “satisfação com os recursos financeiros” que recebeu a avaliação mais negativa desse domínio, Jardim *et al.* (2006), expõe que é evidente a importância da independência financeira como fator de posituação da velhice por parte do idoso, redefinindo seu papel na sociedade, que muitas vezes é tirado do idoso pobre e dependente. Mesmo sabendo disso, os idosos, em sua maioria, ainda estão em fase de conquista dessa independência e redefinição de seu papel na sociedade, o que poderia justificar os escores mais baixos encontrados em tal domínio no presente estudo.

Quanto a faceta que reflete “oportunidade de atividades de lazer” a pontuação baixa apresentada pode ser justificada por uma associação entre a relação direta da qualidade de vida dos idosos e acesso às atividades de lazer (instituição de recreação). Sendo assim, considera-se fundamental incentivar e proporcionar atividades de lazer para reduzir o isolamento e aumentar a inserção do idoso no meio-social, refletindo na ampliação da autoestima e da condição de saúde (FERREIRA, 2005).

Outro fator relevante relaciona a renda dos idosos com a disponibilidade dessas atividades já que o lazer oferecido por muitas cidades pouco privilegia idosos de baixa renda, e sim idosos com renda mais elevada e moradores de outras cidades, sendo este um fator que pode ter influenciado na nota final da faceta (KAGAWA, CORRENTE, 2012).

As facetas “ambiente saudável”, “satisfação com as condições de moradia”, “acesso aos serviços de saúde” e “satisfação com o meio de transporte” devem ser analisadas de forma mais ampla. Os problemas relacionados a essas facetam no geral podem estar relacionados ao fato de a grande maioria das instituições não estarem preparadas para proporcionar aos seus residentes serviços individualizados que respeitem a personalidade,

privacidade e modos de vida diversificados, acreditando que o cuidar de idosos se resume ao acesso a profissionais de saúde capacitados, condições de espaço físico e ambiental adequadas, alimentação, vestuário, higiene, oportunidades de atividades de lazer e contato social com a comunidade. E, na tentativa de combater a ociosidade dos residentes, os funcionários dessas instituições podem acabar desrespeitando os hábitos, o espaço, o poder de decisão, a autonomia e a história de vida (constituída a partir dos seus objetos pessoais). Além disso, em geral nas ILPIs não há um calendário especificando os dias e horas para receber visitantes (sem vínculo de parentesco), voluntários, eventos (bazar, bingos, bailes), o que gera desconforto e diminui a qualidade de vida dessa população (FERREIRA, 2005).

Além disso, FERREIRA (2005) encontrou em seus estudos uma realidade semelhante a encontrada no município de Macapá. Ele referiu que a localização da instituição estudada ficava na área central da cidade, sendo um local de fácil acesso à população, além de possuir uma igreja aberta à comunidade, tudo isso podendo contribuir para a baixa satisfação dos idosos em relação a este domínio.

Por fim, a faceta que analisa a segurança na vida diária apresentou um índice de satisfação positivo (57,2%) na análise desse domínio. Para justificar esses dados, Dias, Carvalho e Araújo (2013) compararam idosos institucionalizados e não institucionalizados e notaram que ambientes inseguros deixam os idosos menos propensos a saírem sozinhos, principalmente os não-institucionalizados, estando mais susceptíveis ao isolamento e à depressão, podendo interferir na autonomia desse indivíduo, visto que este fica mais dependente de outras pessoas para realizar certas atividades que ele poderia realizar se estivesse em um ambiente mais seguro e agradável.

Essa análise é reafirmada por Batista *et al.*, (2011) que refere que o ambiente físico em que o idoso está inserido pode determinar a dependência ou não do indivíduo. Idosos que vivem em ambientes inseguros são menos propensos a saírem sozinhos e, portanto, estão mais susceptíveis ao isolamento e à depressão, bem como a ter mais problemas de mobilidade e pior estado físico, o que vem a influenciar a sua qualidade de vida.

9.3.5. Análise do domínio das relações sociais

A análise do domínio social apresentou escores equidistantes nos itens necessita melhorar (28,6%), regular (25,7%) e bom (37,2%) no que tange a análise da qualidade de vida. No entanto, quando considerado a análise geral da classificação, se notou que a maioria

das avaliações são negativas (necessita melhorar + regular = 54,3%) que caracterizam respostas desfavoráveis nesse domínio em relação a análise final da qualidade de vida, apesar da baixa diferença entre campos.

Somente três questões compõe o domínio das relações sociais: relações pessoais, satisfação com a vida sexual e apoio dos amigos. Todas as facetas obtiveram, quando analisadas de forma individual, respostas majoritariamente positivas quanto a qualidade de vida na análise desse domínio (Consideraram esse domínio bom/excelente: 65,7% nas facetas relações pessoais e apoio dos amigos e 51,4% na faceta satisfação com a vida sexual).

Resultados semelhantes aos nossos foram encontrados por Joia, Ruiz e Donalísio (2007), Pereira *et al.* (2006) e Vecchia (2005). Esses autores notaram que apesar de os domínios psicológico e ambiental apresentarem significância estatística na qualidade de vida dos Idosos, quando analisadas as médias e o grau de satisfação referente a cada domínio, fica claro que o domínio social apresentou maior relevância positiva. Eles referem ainda que a melhoria da qualidade de vida e da longevidade em idosos que envolve uma rede de suporte social intensa. De acordo com Pereira *et al.* (2006), a inserção social minimiza os efeitos das transformações decorrentes do envelhecimento na qualidade de vida. Um bom relacionamento social é um dos principais determinantes da alta satisfação com a qualidade de vida.

Outro estudo com resultados similares aos nossos é o de Souza *et al.* (2011). Ao analisar o domínio das relações sociais, todas as questões apresentaram média superior à média de referência, sendo as que mais contribuíram para esse domínio as relações pessoais e o apoio social que os idosos da ILPIs recebem de seus amigos, sendo estes os próprios idosos residentes da instituição e amigos da comunidade estudada pelo autor. O item atividade sexual foi o que demonstrou menor contribuição, fato que foi justificado devido ao fato de a população amostral do estudo ser constituída, em sua maioria, por idosos solteiros, semelhante a realidade vista em nossa população.

O ambiente social não deve ser esquecido nos idosos devido ao seu imenso peso no processo de envelhecimento em que os sentimentos positivos da pessoa idosa irão refletir-se no proveito do tempo e na aceitação desta última fase de vida. Assim sendo, uma pior apreciação no domínio das relações sociais traz como consequência uma pior aceitação do idoso como ele é, refletindo, dessa forma, no domínio físico e psicológico (AGOSTINHO, 2004).

Os estudos de Ximenes e Côrte (2007) evidenciaram outro aspecto semelhante ao encontrado nessa pesquisa: embora 80% dos idosos tenham relatado satisfação com as

relações sociais, por sua vez a maioria confirmou que não aproveita a vida. Dado esse que gera necessidade de reflexão, pois as relações sociais permitem que os idosos estabeleçam contatos que levam à maior proximidade e intimidade, favorecendo a participação na comunidade em atividades lúdicas e recreativas. O descontentamento por não “aproveitar a vida” é porque os idosos não se sentiam parte integrante do espaço onde vivem. Contrariando o sentimento de comunidade, vivem num mundo à parte, entrando aos poucos num processo de isolamento e deixando de “existir”. Assim, negam as possibilidades de elaboração de projetos e as oportunidades de integração social, por viverem num mundo sem significado pessoal. No entanto, os autores concluem afirmando que as ILPIs, por serem em sua maioria sistemas organizados com horários definidos para favorecer o desempenho de suas funções, impedem o idoso de realizar atividades dentro e fora do âmbito da instituição.

Ao comparar idosos dependentes e não dependentes se notou que idosos dependentes apresentam menor pontuação na faceta participação social. Apesar dessa relação, não há nenhuma diferença significativa foi encontrada entre o nível de comprometimento da capacidade funcional e qualidade de vida. Estes resultados evidenciam que os idosos com maior número de incapacidades funcionais apresentam limitações para participar de atividades comunitárias. Isso reforça a necessidade de profissionais de saúde, em parceria com a comunidade, para discutir e implementar estratégias para manter a inserção social do idoso (TAVARES, DIAS, 2012)

Acredita-se então que o isolamento social possui ligação com o declínio da saúde mental e física. Sabe-se, ainda, que a presença do idoso em atividades em grupos, contribui satisfatoriamente para melhor autoestima e autonomia. O que é importante enfatizar que cabe aos coordenadores e diretoras (es) das ILPIs desenvolverem estratégias estimuladoras para as relações sociais pois, certamente, se não houver estímulos poderão ter a percepção da qualidade de vida reduzida (PASKULIN, VIANA, VITORINO, 2012).

Para Davim *et al.* (2004), os institucionalizados vivem, na maioria das vezes, como se estivessem em reformatórios ou internatos, com regras de entradas e saídas, poucas possibilidades de vida social, afetiva e sexual. Alguns formam novos elos, mas a falta de estrutura familiar é muito marcante, sendo um fato que interfere na qualidade de vida.

No que diz respeito à faceta intimidade e vida sexual, é importante perceber o namoro na terceira idade como um processo natural, já que existem discriminações, seja por parte da família, seja da sociedade, destacando que os idosos que conseguem lidar e conviver com as modificações fisiológicas mantêm uma vida sexual ativa e livre de preconceitos, permitindo-

se novas vivências amorosas, nas quais se valorizam mais o companheirismo, o afeto e o cuidado do que a relação sexual propriamente dita (LAURENTINO *et al.* 2006)

No entanto, ao analisarmos os idosos institucionalizados, a discussão se torna um pouco mais complicada, visto que o relacionamento de tais indivíduos acaba por ficar restrito aos idosos que vivem na mesma instituição, dificultando a manutenção de qualquer relacionamento íntimo com outra pessoa (DALSENTER, MATOS, 2009).

A vivência da sexualidade também sofre transformações com o decorrer da idade e assume uma nova complexidade ao final da fase adulta e em idosos, refletindo na sua qualidade de vida. Essas mudanças são influenciadas muitas vezes pela perda do parceiro habitual, pelas alterações orgânicas e pelas modificações do comportamento sexual, não isentas de desconhecimento, preconceito e discriminação. A sociedade centra, na maioria das ocasiões, o seu olhar apenas sobre aspectos biológicos que surgem com o processo de envelhecimento, esquecendo que a expressão da sexualidade está mais influenciada pela cultura do que imersa na natureza orgânica e nas condições físicas (MASSENA, 2015).

Portanto, a importância do convívio social dos indivíduos idosos é outro fator bastante importante para uma melhor percepção de qualidade de vida. Idosos satisfeitos com suas relações pessoais, com o apoio recebido por amigos e que possuem rede favorável de suporte social apresentam melhor percepção de sua qualidade de vida (NERI, 2001; TAVARES, JUNIOR, 2005).

10. CONCLUSÃO

O presente estudo permitiu a compreensão sobre os aspectos sociodemográficos e clínicos dos idosos residentes na Instituição de Longa Permanência para Idosos Abrigo São José localizado na cidade de Macapá-AP.

Apesar de esta investigação ter apresentado dificuldades em relação a aplicação dos instrumentos da amostra, levando a um número considerável de idosos que precisaram ser excluídos por preencherem os critérios de exclusão, encontraram-se resultados semelhantes a outros estudos realizados com a população idosa brasileira. Em resultados discrepantes na literatura, procurou-se analisar as peculiaridades da população envolvida no estudo, principalmente no que refere a realidade ao qual os idosos estão inseridos.

Observa-se a importância da realização de estudos longitudinais para verificar a influência dos domínios na qualidade de vida ao longo do processo de envelhecimento. É necessário também ampliar o foco de atenção aos idosos e desenvolver estratégias de planejamento, implementação e avaliação de programas de promoção de saúde do idoso, garantindo melhores condições de vida e saúde, de modo a propiciar um envelhecimento saudável e, conseqüentemente, melhor qualidade de vida.

Em termos do número de morbidades, é necessário aos serviços de saúde monitorar e acompanhar os pacientes idosos, a fim de evitar complicações. Essas intervenções podem ajudar a minimizar o impacto que incapacidades e morbidades tem sobre a qualidade de vida dos idosos. É crucial que os serviços de saúde privilegiem intervenções que visem reduzir os efeitos sobre a vida cotidiana e autonomia dos idosos.

É importante considerar que medidas funcionais adotadas, qualificação dos profissionais que lidam diariamente com os idosos, estrutura do espaço, falta de profissionais em número suficiente e a necessidade de atender diferentes demandas, podem contribuir para o desrespeito à privacidade, à personalidade, aos hábitos, ao espaço, à autonomia e à vida social, política e afetiva de seus residentes. Com isso, há resultados expressivos na diminuição da qualidade de vida dessa população.

Do mesmo modo, ações que objetivem melhorar a qualidade de vida do idoso institucionalizado devem ser repensadas e/ou reestruturadas considerando as diferenças no modo de vida, além de identificar o que realmente os idosos valorizam para que possam continuar a viver com respeito, dignidade e qualidade de vida, considerando o espaço das ILPIs.

Em vista dos resultados obtidos, sugere-se que novos estudos sejam desenvolvidos

para construir um instrumento mais adequado à realidade dos idosos brasileiros, uma vez que estudos que avaliem a QV de idosos institucionalizados ainda são escassos.

Por fim, a grande deficiência pode estar no empenho e compromisso dos organismos sociais em empregar as tecnologias já disponíveis para promover a melhora na saúde do idoso e em conhecer mais os fatores que afetam o equilíbrio da interação do idoso com o seu ambiente. As associações permitiram que novas estratégias de cuidado fossem pensadas na ILPI do município de realização da pesquisa.

REFERÊNCIAS

AGOSTINHO, F; VILELA, T.R; CARVALHO, G.A. Determinantes da qualidade de vida em idosos diabéticos. Revista digital, 124. 2013. Buenos Aires, 2008.

AGOSTINHO, P. Perspectiva Psicossomática do Envelhecimento. Revista Portuguesa de Psicossomática, 2004. vol 1, p. 31-36.

AGUIAR. Marleide Alexandre; OLIVEIRA, Maria Liz Chunha de. Idosos Institucionalizados e a caracterização das Instituições de Longa Permanência no Estado do Tocantins. Universidade Católica de Brasília. Brasília-DF, 2013.

AMORIM, Juleimar Soares Coelho de; SALLA, Silvana; TRELHA, Celita Salmaso. Fatores associados à capacidade para o trabalho em idosos: revisão sistemática. Rev. bras. epidemiol., 2014. São Paulo, v. 17, n. 4, p. 830-841, Dez. 2014.

ANÁLISE DO WHOQOL-BREF. Disponível em: <http://www.cefid.udesc.br/arquivos/id_submenu/1173/whoqol_bref.pdf>. Acesso em: 28 jun. 2016.

ANDRADE, A.C.A. et al. Depressão em idosos de uma instituição de longa permanência (ILP): proposta de ação de enfermagem. Rev. Gaúcha Enferm, Porto Alegre, v. 26. P. 57-66, abril 2005

ANVISA. Resolução da Diretoria Colegiada, 283, de 26 de setembro de 2005. Disponível em: <www.portalsaude.gov.br:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2005/res0283_26_09_2005.html. Acesso em 03.06.2016

ARAÚJO C.L.O, CEOLIM M.F. Qualidade do sono de idosos residentes em instituição de longa permanência. 2010 Rev.Esc.Enferm USP, 44(3): 619-26.

ARAUJO RSS, et al. Idosos Institucionalizados: Perfil Social, Clínico e Funcional. Rev Enferm UFPI. 2014 Abr-Jun; 3(2):p. 69-77.

ARAÚJO, C.; et al. Qualidade de Vida de Idosos Institucionalizados. Caderno Temático Kairós Gerontologia, 8. ISSN 2176-901X, São Paulo, nov. 2010: 35-44

ARAUJO, Gécika da Silva et al. Qualidade de vida de idosos residentes na Vila Vicentina de Bausu/SP. SALUSVITA, Bauru, v. 33, n. 1, p. 57-75, 2014.

ATIE, S et al. A Influência das quedas na Qualidade de Vida em Idosos. Revista Ciência e Saúde Coletiva, p. 1265-1273, 2008.

BELTRÃO, K; CAMARANO, A. A dinâmica populacional brasileira e a previdência social: uma descrição com ênfase nos idosos. Rio de Janeiro: 1999, Coleção Ibgeana, Relatórios

Técnicos. Disponível em <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv366.pdf>. Acesso em 03.07.2015

BJORKSTEN J, TENHU H. The Crosslinking Theory Of Aging--Added Evidence. *Exp Gerontol*, 25: 91-95, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2006

BRASÍLIA. Relatório de inspeção a instituições de longa permanência para idosos (ILPIs). Brasília, 2008. p. 112. BRITO, M. C. C. et al. Envelhecimento populacional e os desafios para a saúde pública: análise da produção científica. *Rev. Kairós*, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 161-178, junho, 2013.

CAMARANO, A.A. Características das instituições de longa permanência para idosos – região Norte/coordenação geral Ana Amélia Camarano – Brasília: IPEA; Presidência da República, 2007.

CAMARANO, A. A.; KANSO, S. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. *Rev. bras. estud. popul.*, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 232-235, Jun 2010 .

CAMARANO, A.A.; BELTRÃO, K.; PINTO, M. Tendências Recentes da População Brasileira e seu Impacto na Formulação de Políticas Públicas, IPEA, 1997.

CARMO NM; MENDES EL'; BRITO CJ. Influência da atividade física nas atividades da vida diária de idosas. *RBCEH* 2008; 5(2):p. 16-23.

CARVALHO Maria Virgínia de, et al. A Influência da Hipertensão Arterial na Qualidade de Vida. Goiania. *Revista da Universidade Federal de Goiás*, 2012.

CARVALHO, J.A.M; RODRIGUEZ-WONG, L. L. A transição da estrutura etária da população brasileira na primeira metade do século XXI. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 597-605, Mar 2008.

COMFORT, A. *The Biology of Senescence*. 3ª ed. Edinburgh: Churchil Livingstone, 1979.

Cortelletti, I.A.; Casara, M.B. & Heredia, V.B.M. (Orgs.). (2004). *Idoso asilado: um estudo gerontológico*. Caxias do Sul: EDUCS.

CUNHA, Lorena Lourenço; MAYRINK, Wildete Carvalho. Influência da dor crônica na qualidade de vida em idosos. *Rev. dor*, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 120-124, Junho 2011.

DALSENTER CA; MATOS FM. Percepção da qualidade de vida em idosos institucionalizados da cidade de Blumenau (SC). *Dynamis Rev Tec-Cient* 2009; 2 (15): p. 32-7.

DAVIDOVIC, M. et al. Old Age as a Privilege of the "Selfish Ones". *Aging and Disease*. Volume 1, nº 1, p. 139-146, de 2010.

DAVIM, R. M. B. et al. Estudo com idosos de instituições asilares no município de Natal/RN: características socioeconômicas e de saúde. *Rev. latinoam. enferm. maio-junho*; 12(3): p. 518-24, 2004

DAWALIBI, Nathaly Wehbe; GOULART, Rita Maria Monteiro; PREARO, Leandro Campi. Fatores relacionados à qualidade de vida de idosos em programas para a terceira idade. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 8, p. 3505-3512, Ago 2014.

DE OLIVEIRA, Daiane Aparecida et al. Estudo comparativo da qualidade de vida de idosos institucionalizados e idosos em cuidado domiciliar. *Revista Faculdade Montes Belos (FMB)*, 2014. v. 8, nº 3, 2015, p. 154-179

DEL DUCA GF, et al. Indicadores da institucionalização de idosos: estudos de casos e controles. *Rev Saúde Públ* 2012; 46 (1): p. 147-153.

DIAS, Daniela da Silva Gonçalves; CARVALHO, Carolina da Silva; ARAUJO, Cibelle Vanessa de. Comparação da percepção subjetiva de qualidade de vida e bem-estar de idosos que vivem sozinhos, com a família e institucionalizados. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 127-138, Mar.2013.

Doenças articulares no idoso. Disponível em: http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=5588. >. Acesso em: 12 jun. 2016.

DUARTE, M. B.; REGO, M. A. V. Comorbidade entre Depressão e Doenças Clínicas em um Ambulatório de Geriatria Depression and Clinical Illness: Comorbidity in a Geriatric Outpatient Clinic. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 691-700, 2007.

ECKERT, Michele; IRIGARAY, Tatiana Quarti; TRENTINI, Clarissa Marceli. Qualidade de vida, cognição e desempenho nas funções executivas de idosos. *Estud. psicol. (Campinas)*, Campinas, v. 29, n. 2, p. 155-162, Junho 2012.

Fernando Pessoa. 2011. Porto. Universidade do Porto. 2008.

FERRAZ AF, PEIXOTO MRB. Qualidade de vida na velhice: estudo em uma instituição pública de recreação para idosos. *Rev Esc Enferm USP*. 1997; v. 31: p. 316-38.

FERREIRA, J. M. et al. Qualidade de Vida na Terceira idade: um estudo de caso do SESC Alagoas. *Revista Eletrônica de Gestão Nacional*, Alagoas, v. 8, n. 1, p. 118-135, 2010.

FERREIRA, P. A. Qualidade de vida nas instituições de longa permanência para idosos do Estado de Minas Gerais, 2005. Disponível em: <http://www.mp.mg.gov.br>>. Acesso em: 23 abril 2014.

FLECK, M. O Instrumento de Avaliação de Qualidade De Vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): Características e Perspectivas. Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), 2000.

FLECK, M.; LEAL, O.; LOUZADA, S.; et al. Desenvolvimento da Versão em Português do Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida da OMS (WHOQOL-100). Rev. Bras. Psiquiatr., 21 (1), 1999.

FREIRE JUNIOR RC, TAVARES MFL. A saúde sob o olhar do idoso institucionalizado: conhecendo e valorizando sua opinião. Revista Interface 2005;9(16): p. 147-58.

FREITAS *et al.* Tratado de geriatria e gerontologia. 2ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2006.

FREITAS, E et al. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

FREITAS, M. A. V; SCHEICHER, M. E. Qualidade de vida de idosos institucionalizados. Rev. bras. geriatr. gerontol. [online]. 2010, vol.13, n.3, pp.395-401.

GALVÃO MTG, CERQUEIRA ATAR, MARCONDES-Machado J. Avaliação da qualidade e vida de mulheres com HIV/AIDS através do HAT-QoL. Cad Saúde Pública. 2004; 20 (2):430-7

GARCIA EL, et al. Social network and health related quality of life in older adults: a population based study in Spain. Revista Qual Life. 2005; v. 14:p. 511-20.

Geriatrica: a prática da assistência ao idoso. São Paulo: Ed. Manole, 2004, p.01-36.

GOULART, Denise et al. Tabagismo em idosos. Rev. bras. geriatr. gerontol. Rio de Janeiro , v. 13, n. 2, p. 313-320, ago. 2010 .

GUIMARÃES RM, CUNHA UGV. Sinais e sintomas em geriatria. 2ª ed. São Paulo (SP): Atheneu; 2004.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Síntese de indicadores sociais uma análise das condições de vida da população brasileira, 2010. Censo Demográfico, 2010. Rio de Janeiro: IBGE; 2010 [acesso em 2016 out]. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?uf=42&dados=0>.

IBGE – Censo Demográfico 2010. Características das populações e domicílios. Rio de Janeiro, 2011.

IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD 2011. Rio de Janeiro, 2012.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Uma análise das condições de vida da população brasileira 2013. Disponível em:

<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoedevida/indicadoresminimos/siteseindicsoais2013/default.shtm>>. Publicado em 2013. Acessado em 04 de abril de 2016.

JARDIM VCFS, MEDEIROS BF, BRITO AM. Um olhar sobre o processo do envelhecimento: a percepção de idosos sobre a velhice. Rev Bras Geriatr Gerontol 2006; v. 9(2): p. 25-34.

JOIA CL; RUIZ T, DONALISIO MR. Condições associadas ao grau de satisfação com a vida entre a população de idosos. Rev Saúde Pública. 2007; p.41:131-8.

KAGAWA, Carlos Alexandre; CORRENTE, José Eduardo. Avaliação da capacidade funcional associado à qualidade de vida em idosos da estância turística de Avaré, São Paulo, Brasil. Universidade Estadual Paulista “Julio de Mesquita Filho” – UNESP. Faculdade de Medicina de Botucatu – 2012. Botucatu-SP

KALACHE, Alexandre. Envelhecimento populacional no Brasil: uma realidade nova. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 3, n. 3, p. 217-220, Setembro, 1987.

KELLER et al, Global Survey on Geriatrics in the Medical Curriculum. Geneva, World Health Organization, 2002.

KUCHEMANN, B. A. Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. Soc. estado, Brasília, v. 27, n. 1, p. 165-180, Abr. 2012

LANA, R.; et al. (2007). Percepção da qualidade de vida de indivíduos com doença de Parkinson através do PDQ-39. Rev. bras. fisioter. 11(5), 397-402.

LAURENTINO NRS, et al. Namoro na terceira idade e o processo de ser saudável na velhice: recorte ilustrativo de um grupo de mulheres. RBCEH 2006; n. 3(1); p. 51-63.

Leite ES et al. Avaliação do impacto da diabetes mellitus na qualidade de vida de idosos. Revista Cienc Cuid Saude 2015 Jan/Mar; 14(1):p. 822-829

LIMA-COSTA MF; BARRETO SM; GIATTI L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio. Cad Saúde Públ 2003; 19 (3): p. 735-743.

LUCIA, S.K. A população ocupada e a renda no Brasil: encontros e desencontros. Economia e Sociedade, Campinas, v. 20, n. 3 (43), p. 567-600, dez. 2011.

MAGNABOSCO P. Qualidade de vida relacionada a saúde do indivíduo com hipertensão arterial integrante de um grupo de convivência. [Dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina. Universidade de São Paulo; 2007.

MARIN, M. J. S. et al . Compreendendo a história de vida de idosos institucionalizados. Rev. bras. geriatr. gerontol. , Rio de Janeiro , v. 15, n. 1, p. 147-154, 2012

MARTINS, C. et al. Avaliação da Qualidade de Vida Subjetiva dos Idosos: Uma Comparação entre os Residentes em Cidades Rurais e Urbanas. *Estud. Interdiscip. Envelhec.* Porto Alegre, v. 11, p. 135-154, 2007.

MASSENA, João Ricardo Hass. Associação entre senso de coerência e qualidade de vida em indivíduos de 50 a 74 anos. 2015. Rio Grande do Sul

MAZO et al. Nível de atividade física, condições de saúde e características sócio-demográficas de mulheres idosas brasileiras. *Rev Port Cien Desp* 2005;5(2):p. 202-12.

MELO, N.C.V; FERREIRA, M.A.M; TEIXEIRA, K.M.D. Condições De Vida Dos Idosos No Brasil: Uma Análise A Partir Da Renda E Nível De Escolaridade. *Revista Brasileira de Economia Doméstica, Viçosa*, v. 25, n.1, p. 004-019, 2014.

MENEZES, Carolina. DALBEN, Ivete. A qualidade de vida de dependentes de álcool. 2006. Dissertação (mestrado em ciências) - Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista. Boctucatu

MENEZES, R.L., BACHOIN, M.M. Envelhecimento *Revista Ciência*. 2014. Saúde coletiva, 13. Rio de Janeiro.

MOLZAHN A. et al. The importance of facets of quality of life to older adults: an international investigation. *Revista Quality of Life Research*; v.19, p. 293-98, 2010.

MORAES, E. N.; MORAES, F. L.; LIMA, S. P. P. Características biológicas e psicológicas do envelhecimento. *Rev. Med Minas Gerais, Belo Horizonte*, p 67-73, 2010.

MONTEIRO DMR. Espiritualidade e Envelhecimento. In: Py, L. et al., organizadores. *Tempo de envelhecer: Percursos e Dimensões Psicossociais*. Rio de Janeiro: NAU, 2004.

MORAES, NAS; WITTER, GP. Velhice: qualidade de vida intrínseca e extrínseca. São Paulo: *Revista Bol Psicol*. 2007: P.215-38.

MOREIRA, P.A. Qualidade de vida de idosos institucionalizados. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Bahia. Escola de Nutrição, 2014.

NERI AL. Envelhecimento e qualidade de vida na mulher. In: Congresso Paulista de Geriatria e Gerontologia 2001. [Acesso em 25 jun 2016]. Disponível em: <http://www.portaldoenvelhecimento.org.br/artigos/maio2007/2congresso.pdf>

NERI, A. L. Envelhecimento e qualidade de vida na mulher. In: CONGRESSO PAULISTA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA, 2, 2001, Campinas. Anais... Campinas, SP: UNICAMP/GERP, 2007

NERI, A. L. Qualidade de vida na velhice. In: REBELLATO, J. R.; MORELLI, J. G. S. *Fisioterapia*

NERI, M. Novo Mapa das Religiões / Coordenação Marcelo Cortês Nery. Rio de Janeiro: FGV, CPS, 2011.

NOGUEIRA SL, *et al.* Fatores determinantes da capacidade funcional em idosos longevos. *Rev Bras Fisioter.* 2010;14(4):322-9.

NOVAES MRCG. Assistência farmacêutica ao idoso: uma abordagem multiprofissional. Brasília: Editora Thesaurus; 2007

NUNES VMA, MENEZES RMP, ALCHIERI JC. Avaliação da qualidade de vida em idosos institucionalizados no município de Natal, Estado do Rio Grande do Norte. *Acta Scientiarum. Health Sci.* 2010;32(2):119-26.

NUNES, V.; MENEZES, R.; ALCHIERE, J. Avaliação da Qualidade de Vida em Idosos Institucionalizados no Município de Natal, Estado do Rio Grande do Norte. Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Rua Padre Fernandes. Maringá, v. 32, n. 2, p. 119-126, 2010.

OLIVEIRA MPF, Novaes MRCG. Drug-related problems in institutionalized elderly in Brasília, Brazil. *Biomed & Aging Pathol.* 2011;1:179-84.

OLIVEIRA, C. R. M et al Idosos e família: asilo ou casa, 2006. Portal dos Psicólogos. Disponível em: <www.psicologia.com.pt>. Acesso em: 12 nov. 2015.

OLIVEIRA, L. S.; et al. Avaliação da Qualidade de Vida em Idosos Portadores de Diabetes Mellitus tipo 2. *Revista Eletrônica de Fainor. Vitória da Conquista*, v. 2, n.1, p. 64-76, Janeiro/Dezembro. 2009

OLIVEIRA, Patrícia Pereira de et al. Relação entre qualidade de vida e fratura vertebral em mulheres idosas residentes no Sul do Brasil. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 5, p. 231-237, Maio 2011.

OLSSON IN, RUNNAMO R, ENGFELDT P. Medication quality and quality of life in the elderly, a cohort study. *Health Qual Life Outcomes.* 2011;9:95

OPAS. Conceito de Envelhecimento, p.06.

PAPALIA, D. E; Olds, S. W.; Feldman, R. D. (2006). *Desenvolvimento humano*. Porto Alegre: Artmed.

PASKULIN, L. M. G.; VIANA, L. A. C.; VITORINO, L.M. Qualidade de Vida de Idosos em Instituição de Longa Permanência. *Revista Latino- Americana de Enfermagem* 2012. Ribeirão Preto, p.1-9, Novembro/Dezembro.

Paula JM. QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS COM MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA. *Rev Rene.* 2013 Ribeirao Preto, SP

PAVAN, F. J.; MENEGHEL, S. N.; JUNGES, J. R. Mulheres idosas enfrentando a institucionalização. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 9, p. 2187-2190, 2008.

PEREIRA, J. et. al. Contribuição dos Domínios Físico, Social, Psicológico e Ambiental para a Qualidade de Vida Global de Idosos. *Rev. Psiquiatr. RS*, 28 (1): 27-38, jan/abr. 2006.

PERKINS AJ, *et al.* Assessment of differential item functioning for demographic comparisons in the MOS SF-36 health survey. *Qual Life Res* 2006; 15(3):331-348

Questionário Censo 2010. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/questionarios.php>. Público acesso em 02 de maio de 2016.

RAMOS LR. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. *Cad Saúde Pública* 2003;19(3):p. 793-97.

RIBEIRO, A. P., & SCHUTZ, G. E. Reflexões sobre o envelhecimento e bem-estar de idosas institucionalizadas. *Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 10(2), p. 191-201. Ano: 2007

SANTOS, J. S. Qualidade de Vida e Capacidade Cognitiva de Idosos Participantes de Grupos de Convivência. Campina Grande-PB, 2016.

SANTOS, PR. Relação do sexo e da idade com nível de qualidade de vida em renais crônicos hemodialisados. *Rev. Assoc. Med. Bras* 2006;52:356-9.

SCHMITZ N, KRUSE J, KUGLER J. Disabilities, quality of life, and mental disorders associated with smoking and nicotine dependence. *Revista Am J Psychiatry*. 2003; 160(9):p. 1670-6.

SCHNEIDER, R. H.; IRIGARAY, T. Q. O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. *Estud. psicol. (Campinas)*, Campinas, v. 25, n. 4, p. 585-593, Dez. 2008

SEGALLA, R PERFIL ANTROPOMÉTRICO E QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS INDEPENDENTES INSTITUCIONALIZADOS E NÃO INSTITUCIONALIZADOS, NO MUNICÍPIO DE ERECHIM, RS. *Revista Erechim* 2013. v.37, n.137, p.81-91.

SEGUN, E. “O idoso aqui e agora”, 2001.

SILVA, A.). A percepção de qualidade de vida do idoso institucionalizado. Porto. Universidade

SOUSA L; GALANTE H; FIGUEIREDO D. Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. *Rev Saúde Pública* 2003; 37(3):364-71.

SZWARCWALD CL, *et al.* Socio-demographic determinants of self-rated health in Brazil. *Cad Saude Publica* 2005; 21(Supl.):S54-S64

TAVARES, Darlene Mara dos Santos; DIAS, Flavia Aparecida. Functional capacity, morbidities and quality of life of the elderly. *Revista brasileira de enferm.* 2012. Florianópolis P. 112-120.

United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2013). *World Population Ageing 2013*. ST/ESA/SER.A/348.

VAN HEEMST, D. Insulin, IGF-1 and longevity. *Aging and Disease*. Volume 1, nº 1, p. 147-157, de 2010.

VECCHIA RD, RUIZ T, POCCHI SCM, Corrente JE. Quality of life in the elderly: subjective concept. *Rev Bras Epidemiol*. 2005; 8:246-52.

VERAS R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev Saude Publica*. 2009; v. 43(3): p. 548-54.

VERAS, Renato. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev. Saúde Pública, São Paulo*, v. 43, n. 3, p. 548-554 Jun 2009.

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 .

World Health Organization *Envelhecimento ativo: uma política de saúde / World Health Organization*; tradução Suzana Gontijo. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. 60p.

World Health Organization. (2005). *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde.

World Health Organization. *Ageing and Life Course*. Disponível em: <http://www.who.int/features/factfiles/ageing/ageing_facts/en>. Revisado em outubro de 2014. Acessado em 04 de abril de 2016.

XIMENES, M. A.; CÔRTE, B. A instituição asilar e seus fazeres cotidianos: um estudo de caso. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*, v. 11, p.29-52, 2007.

APÊNDICE A – TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Macapá, 20 de maio de 2016.

Ilustríssimo (a) Senhor (a)

Eu, Bráulio Érison França dos Santos, responsável principal pelo projeto de pesquisa, venho pelo presente, solicitar vossa autorização para realiza-lo no Unidade de Execução Instituição de Longa Permanência para Idosos - Abrigo São José, para o trabalho de pesquisa sob o título “AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS ASSISTIDOS NA INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA ABRIGO SÃO JOSÉ DE MACAPÁ - AP”, orientador dos acadêmicos de medicina: Dyerlane Oliveira e Lucas Siqueira.

Este projeto de pesquisa atendendo o disposto na Resolução CNS 466/2012, tem como objetivo avaliar a capacidade cognitiva e a qualidade de vida dos idosos institucionalizados no abrigo São José. O procedimento adotado será a aplicação de questionário sóciodemográfico e escalas de avaliação cognitiva e da qualidade de vida. Esta atividade possui como risco apenas os desconfortos gerados por perguntas mais sensíveis, como escolaridade, situação econômica, autonomia para realização de tarefas diárias ou na aplicação de um teste de cognição que exige tarefas simples como leitura, cálculo e repetição de palavras. No entanto, vale ressaltar que os pesquisadores envolvidos estarão treinados para desempenhar a entrevista de maneira cordial e profissional, não cabendo aos mesmos realizar juízos de valor sobre quaisquer respostas. A coleta de dados tem o início previsto para 15 de setembro e o término até 15 de outubro.

A importância deste projeto está alicerçada na premissa de haver ainda uma notável carência de estudos sobre a percepção da saúde física e mental do idoso, principalmente no que se refere ao idoso institucionalizado. Portanto, espera-se obter um perfil socioeconômico e de qualidade de vida dos idosos institucionalizados no Abrigo São José a fim de fomentar novas pesquisas no cenário amapaense. Qualquer informação adicional poderá ser obtida através do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal do Amapá e pelo orientador Prof. Msc. Bráulio Érison Santos (96991124100/braulio.erison@gmail.com), além dos demais pesquisadores Dyerlane Oliveira Pinheiro (96981375625/dyerlanepinheiro@gmail.com), Lucas Ferreira Siqueira (96981337568/lucas.siqueira.fs@gmail.com).

A qualquer momento vossa senhoria poderá solicitar esclarecimento sobre o desenvolvimento do projeto de pesquisa que está sendo realizado e, sem qualquer tipo de



cobrança, poderá retirar sua autorização. Os pesquisadores aptos a esclarecer estes pontos e, em caso de necessidade, dar indicações para solucionar ou contornar qualquer mal-estar que possa surgir em decorrência da pesquisa.

Os dados obtidos nesta pesquisa serão utilizados na elaboração de trabalhos de conclusão de curso, além de publicação de artigos científicos e que, assumimos a total responsabilidade de não publicar qualquer dado que comprometa o sigilo da participação dos integrantes de vossa instituição como nome, endereço e outras informações pessoais não serão em hipótese alguma publicados. Na eventualidade da participação nesta pesquisa causar qualquer tipo de dano aos participantes, nós pesquisadores nos comprometemos em reparar este dano e/ou ainda prover meios para a reparação. A participação será voluntária, não fornecemos por ela qualquer tipo de pagamento.

Autorização Institucional

Eu, Marlete Ferreira Góes, diretora geral e responsável pela Unidade de Execução Instituição de Longa Permanência para Idosos - Abrigo São José, declaro que fui informada dos objetivos da pesquisa acima, e concordo em autorizar a execução da mesma nesta instituição. Caso necessário, a qualquer momento como instituição COPARTICIPANTE desta pesquisa poderemos revogar esta autorização, se comprovada atividades que causem algum prejuízo ou ainda que comprometa o sigilo dos idosos entrevistados. Declaro também, que não recebemos qualquer pagamento por esta autorização bem como os participantes também não o receberão.

Conforme Resolução CNS 466/2012 a pesquisa só terá início nesta instituição após apresentação do **Parecer de Aprovação por um Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos**.

Pesquisador	Responsável pela Instituição
 <p>Bráulio Érison França dos Santos CRMAP 715 SIAPE UNIFAP 1500768</p>	

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

“AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS ASSISTIDOS NA INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA ABRIGO SÃO JOSÉ DE MACAPÁ - AP”

Bráulio Érison França dos Santos, , Dyerlane Oliveira Pinheiro, Lucas Ferreira Siqueira

Número do CAAE: 57034516.8.0000.0003

Você está sendo convidado a participar como voluntário de um estudo. Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, visa assegurar seus direitos e deveres como participante e é elaborado em duas vias, uma que deverá ficar com você e outra com o pesquisador.

Por favor, leia com atenção e calma, aproveitando para esclarecer suas dúvidas. Se houverem perguntas antes ou mesmo depois de assiná-lo, você poderá esclarecê-las com o pesquisador. Se preferir, pode levar para casa e consultar seus familiares ou outras pessoas antes de decidir participar. Se você não quiser participar ou retirar sua autorização, a qualquer momento, não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo.

Justificativa e objetivos:

O presente trabalho tem como objetivo avaliar a qualidade de vida dos idosos institucionalizados no abrigo São José por meio da Escala de Qualidade de Vida WHOQOL-bref. A importância desta pesquisa está alicerçada na premissa de haver ainda uma notável carência de estudos sobre a percepção da saúde física e mental do idoso, principalmente no que se refere ao idoso institucionalizado. No Amapá existe somente uma casa de apoio destinada a acolher idosos: a Unidade de Execução Instituição de Longa Permanência para Idosos - Abrigo São José. O trabalho se propõe a determinar as características da população assistida pela instituição que possam repercutir na qualidade de vida dessa população. Para isso haverá a análise tanto das variáveis sócio demográficas (sexo, renda, escolaridade, etc), quanto de dados clínicos que possam ser relevantes (doenças crônicas já diagnosticadas, uso de medicações por longos períodos, dentre outras).

O estudo é factível e inovador no cenário local, uma vez que não há nada na literatura sobre o presente tema respectivo ao contexto amapaense, bem como é ético, pois respeita e preconiza os direitos fundamentais do ser humano, especialmente em momentos importantes como a última etapa do ciclo da vida e na análise do impacto do abandono social nessa frágil população. O estudo é, também, relevante, pois é de interesse acadêmico, profissional, e atinge indiretamente a vida dos pacientes ao qual está inserido.

Procedimentos:

Participando do estudo você está sendo convidado a: responder a uma entrevista feita pelo pesquisador através de um questionário sociodemográfico, contendo 24 questões, que dura aproximadamente 3 minutos. Nesta entrevista inicial serão feitas algumas perguntas sobre suas informações pessoais, tais como: escolaridade, situação econômica, estado civil, religião e dados referentes a sua institucionalização com essa casa de acolhimento de idosos. Posteriormente, será pedido para que você responda um questionário com 26 perguntas sobre sua qualidade de vida que durará, em média, 7 minutos. Neste momento, os pesquisadores farão perguntas objetivas aos quais você deverá responder. A todo momento saiba que a equipe de pesquisa estará a sua disposição para auxiliá-lo em caso de dúvida.

Desconfortos e riscos:

Você **não** deve participar deste estudo se possuir menos que 60 anos, frequentar essa instituição há menos de 3 meses, possuir quaisquer alterações permanentes de comunicação verbal, cognição, distúrbios psiquiátricos que afetem a compreensão dos questionários ou não for de sua vontade participar do estudo.

Os riscos se restringem a possíveis desconfortos gerados por perguntas mais sensíveis, como escolaridade, situação econômica, autonomia para realização de tarefas diárias, satisfação sexual, financeira, por exemplo. No entanto, vale ressaltar que os pesquisadores envolvidos estarão treinados para desempenhar a entrevista de maneira cordial e profissional, não cabendo aos mesmos realizar juízos de valor sobre quaisquer respostas

Benefícios:

Não há benefícios diretos para os participantes da pesquisa. Entretanto, o principal benefício indireto é a melhora na qualidade do atendimento, e trazer para a comunidade acadêmica o conhecimento acerca das repercussões da institucionalização de idosos em Centros Geriátricos no que se refere a qualidade de vida dessa população.

Acompanhamento e assistência:

O presente estudo não visa intervir na população, portanto, não necessita de seguimento assistencial.

Sigilo e privacidade:

Você tem a garantia de que sua identidade será mantida em sigilo e nenhuma informação será dada a outras pessoas que não façam parte da equipe de pesquisadores. Na divulgação dos resultados desse estudo para a comunidade acadêmica, seu nome não será citado.

Contato:

Em caso de dúvidas sobre o estudo, você poderá entrar em contato com o responsável pela pesquisa Bráulio Érison França dos Santos (9699112410, braulio.erison@gmail.com) ou demais pesquisadores: Dyerlane Oliveira Pinheiro (96981375625, dyerlanepinheiro@gmail.com), e Lucas Ferreira Siqueira (96981337568, lucas.siqueira.fs@gmail.com)

Em caso de denúncias ou reclamações sobre sua participação no estudo, você pode entrar em contato com a secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Amapá Rodovia JK, s/n – Bairro Marco Zero do Equador - Macapá/AP, para obter informações sobre esta pesquisa e/ou sobre a sua participação, através dos telefones 4009-2804, 4009- 2805. Email: cep@unifap.br

Desde já agradecemos!

Consentimento livre e esclarecido:

Após ter sido esclarecimento sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar, aceito participar:

Nome do(a) participante:

_____ Data:
____/____/____.

(Assinatura do participante ou nome e assinatura do responsável)

Assinatura Dactiloscópica

Voluntário	Representante Legal

Responsabilidade do Pesquisador:

Asseguro ter cumprido as exigências da resolução 466/2012 CNS/MS e complementares na elaboração do protocolo e na obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Asseguro, também, ter explicado e fornecido uma cópia deste documento ao participante. Informo que o estudo foi aprovado pelo CEP perante o qual o projeto foi apresentado. Comprometo-me a utilizar o material e os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento ou conforme o consentimento dado pelo participante.

_____ Data:
____/____/____.

(Assinatura do pesquisador)

APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

PARTE I – DADOS PESSOAIS			
1-Nome			
2-Data de admissão	3-Data de nascimento:		
4-Idade	1) De 50 a 60 anos 2) De 61 a 70 anos 3) De 71 a 80 anos 4) 81 anos ou mais		
5-Sexo	1) Masculino 2) Feminino	6-Religião	1) Católico 2) Espírita 3) Evangélico 4) Testemunha de Jeová 5) Ateu 6) Agnóstico 7) Outra. Qual? _____
7-Cor da pele	1) Branca	8-Estado civil	1) Solteiro (a)
	2) Preta		2) Casado (a)
	3) Parda		3) União estável
	4) Amarela		4) Separado (a)
	5) Indígena		5) Viúvo (a)
9- Anos de estudo	_____		
10-Ocupação prévia	Qual? _____		
11-Situação econômica	1) Auxílio-doença 2) Aposentado 3) Ajuda familiar 4) Benefício de prestação continuada (BPC) 5) Nenhuma fonte de renda 6) Outro. Qual? _____		
12-Renda mensal	1) Menos de 1 salário mínimo 2) De 1 a 3 salários mínimos 3) De 3 a 5 salários mínimos 4) De 5 a 7 salários mínimos 5) Mais de 7 salários mínimos		
PARTE II – HÁBITOS E COMORBIDADES			
13-Locomoção	1) Deambula sozinho 2) Deambula com apoio 3) Cadeirante 4) Acamado		
14-Etilismo	1) Sim 2) Não		
15- Tabagismo	1) Sim 2) Não		
15.1-Carga tabágica	1) Não soube informar 2) Qual? _____ anos/maço		
16-Doenças cardiovasculares	1) Sim. Qual(is)? _____ 2) Não		
17-Doenças neurológicas	1) Sim. Qual(is)? _____ 2) Não		
18-Doenças osteoarticulares	1) Sim. Qual(is)? _____ 2) Não		
19-Doenças urogenitais	1) Sim. Qual(is)? _____ 2) Não		
20-Doenças metabólicas	1) Sim. Qual(is)? _____		

	2) Não
21-Doenças respiratórias	1) Sim. Qual(is)? _____ 2) Não
22-Doenças gastrointestinais	1) Sim. Qual(is)? _____ 2) Não
23-Medicções em uso	1) Sim. Qual (is)? _____ 2) Não
24- Outras doenças crônicas	1) Sim. Qual (is)? _____ 2) Não

ANEXO A – TERMO DE ANUÊNCIA



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPÁ - UNIFAP
CURSO DE MEDICINA

TERMO DE ANUÊNCIA

Informamos que a pesquisa **“Avaliação cognitiva e de qualidade de vida em idosos institucionalizados no Abrigo São José no município de Macapá-AP-Brasil.”** coordenada pelo professor Bráulio Érison França dos Santos, é do conhecimento da coordenação de medicina da Universidade Federal do Amapá, e que tendo autorização dos participantes através de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, poderá ser realizada nesta instituição.

Pesquisa apresentada e aprovada pelo Colegiado de Medicina em reunião, conforme ata arquivada nos registros desta coordenação.

Atenciosamente,

Macapá, 08 de junho de 2016

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'M T Tongu'.

Profa Dra. Maira Tiyomi Sacata Tongu Nazima
Coordenadora do Curso de Medicina
Universidade Federal do Amapá

ANEXO B – AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
AMAPÁ - UNIFAP



COMPROVANTE DE ENVIO DO PROJETO

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da pesquisa: Avaliação cognitiva e de qualidade de vida em idosos institucionalizados no Abrigo São José no município de Macapá-AP-Brasil

Pesquisador: Bráulio Érison França dos Santos

Versão: 2

CAAE: 57034516.8.0000.0003

Instituição Proponente: FUNDACAO UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPA

DADOS DO COMPROVANTE

Número do Comprovante: 057139/2016

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

Informamos que o projeto Avaliação cognitiva e de qualidade de vida em idosos institucionalizados no Abrigo São José no município de Macapá-AP-Brasil que tem como pesquisador responsável Bráulio Érison França dos Santos, foi recebido para análise ética no CEP Universidade Federal do Amapá - UNIFAP em 15/06/2016 às 13:24.

ANEXO C – 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 exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	nada	muito pouco	Médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	nada	muito pouco	Médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

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 de vida?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeit o
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	bastant e	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 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 que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
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 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	alguns vezes	Frequentemente	muito frequentemente	sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como 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

