

QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS RESIDENTES NA VILA VICENTINA DE BAURU/SP

Quality of life of elderly residents in Vila Vicentina in Bauru/SP

Géssika da Silva Araujo¹

Márcia Aparecida Nuevo Gatti²

Marta Helena Souza de Conti²

Alberto de Vitta²

Sara Nader Marta²

Sandra Fiorelli de Almeida Penteado Simeão²

¹Aluna do curso de Enfermagem da USC, Iniciação Científica Voluntária da USC

²Professor(a) Doutor(a) do mestrado em Saúde Coletiva da USC

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

RESUMO

Introdução: a investigação da Qualidade de Vida (QV) de idosos vem crescendo em importância como medida de avaliação de resultados de tratamentos na área da saúde. A terminologia definida pela Organização Mundial de saúde (OMS) reflete 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. **Objetivo:** este estudo investigou a qualidade de vida de 27 idosos moradores da Vila Vicentina de Bauru – SP. **Metodologia:** a coleta de dados foi realizada nas dependências da Vila Vicentina onde os idosos responderam a três questionários: um de caracterização sócio-demográfica, WHOQOL-old e WHOQOL-bref, sendo os dois últimos validados pela OMS. As

Recebido em: 20/11/2013

Aceito em: 05/02/2014

respostas foram submetidas à análise estatística descritiva e inferencial ao nível de 5% de significância. **Resultados:** os resultados obtidos permitiram inferir que, de maneira geral, a QV dos idosos asilados é satisfatória, o pior domínio de análise é o da Intimidade e há diferença entre os sexos para QV de idosos, com melhores escores médios de QV para os homens. **Conclusão:** pode-se concluir que Qualidade de Vida é mais do que ter uma boa saúde mental ou física, é estar de bem consigo mesmo, com a vida, com as pessoas queridas, enfim, estar em equilíbrio, situações já muito complicadas para esta parcela da população que sofre com as doenças, o sedentarismo e a dependência para atividades diárias.

Palavras – Chave: Saúde do idoso Institucionalizado. Habitação para Idosos. Instituição de longa permanência para Idosos. Qualidade de vida.

ABSTRACT

Introduction: *the investigation of the Quality of Life in (QOL) elderly people is growing in significance how way of evaluation of treatments in the health field. The terminology defined by the World Health Organization (WHO) reflects the perception of the individual of their position in life, in the contexts of culture and value systems in which they live related to their objectives, expectations, patterns and concerns.* **Objective:** *this study has investigated the quality of life of 27 elderly living in the institution Vila Vicentina of Bauru, São Paulo, Brazil.* **Methodology:** *the data collect was realized in the dependences of the Institution, where the elderly answered 3 questionnaires: socio-demographic characterization, WHOQOL-old and WHOQOL-bref, the last two being validated by WHO. The answers was submitted by description and inferential statistics analysis at the 5% level of significance.* **Results:** *the results led to infer that , in general , the QOL of the institutionalized elderly is satisfactory , the worst area is the analysis of Intimacy and no difference between the sexes for QOL of elderly patients with better QOL mean scores for men.* **Conclusion:** *It can be concluded that quality of life is more than having a good mental or physical health, is being content with yourself, with life, with loved ones, finally, be in equilibrium situations already too complicated for this portion of the population suffers from diseases, physical inactivity and dependency for daily activities.*

ARAUJO, Géssika 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.

Keywords: *Institutionalized elderly health. Housing for the Elderly. Homes for the Aged. Quality of life.*

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera o envelhecer como um processo sequencial, individual, cumulativo, 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. As estimativas para o ano de 2050 para a população de mais de 60 anos é em torno de dois bilhões de pessoas idosas no mundo e a maioria delas vivendo em países em desenvolvimento. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2010).

A manutenção da autonomia na velhice está diretamente ligada à qualidade vida do indivíduo e deve ser quantificada através do grau de independência com que o mesmo desempenha as funções do dia a dia, em seu contexto socioeconômico e cultural (TAVARES, 2012). Frente a esta situação tem ocorrido um aumento na demanda por instituições de longa permanência como uma alternativa de suporte social à pessoa idosa (NUNES, 2010).

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE – (2013), a população idosa brasileira representa 9% da população em geral, e as estimativas apontam que até 2020 essa população será de 12%. A longevidade cresce no Brasil sendo que atualmente são de vinte e quatro mil e quinhentos idosos com mais de oitenta anos. Houve um aumento de 77% de idosos centenários.

O crescimento da população de idosos é um fenômeno mundial. Em 1950, eram cerca de 204 milhões de idosos no mundo; em 1998, quase cinco décadas depois, este contingente alcançava 579 milhões, um acréscimo de quase oito milhões por ano. Estima-se que 1/5 da população será de idosos em 2050. Segundo o Censo de 2010, no Brasil, são aproximadamente 15 milhões (MELO *et al.*, 2009; IBGE, 2013).

Visto o crescente número da população idosa no mundo e no Brasil, é relevante reconhecer que a velhice é um processo normal, dinâmico, e não uma doença, porquanto são inerentes as desigualdades e especificidades nesse contingente populacional, o que reflete na expectativa de vida, na mortalidade, na morbidade, na incapacidade e na boa ou má qualidade de vida. Assim, o envelhecimento constitui um processo natural que caracteriza uma etapa da vida do homem e

ocorre de forma singular a cada indivíduo que apresente sobrevida prolongada (SILVA, 2003).

O envelhecimento ativo e saudável consiste na alimentação adequada e balanceada, prática regular de exercícios físicos, convivência social estimulante, busca de atividades prazerosas e/ou que atenuem o estresse, redução dos danos decorrentes do consumo de álcool e tabaco e diminuição significativa da automedicação. Um idoso saudável tem sua autonomia preservada, tanto a independência física, como a psíquica demonstrando assim que não basta acrescentar anos de vida sem que isso possa ser vivenciado com qualidade.

Considerando que as doenças e as incapacidades funcionais causam impacto sobre a família, o sistema de saúde e o cotidiano dos idosos, deve-se buscar postergar sua evolução a fim de garantir longevidade com autonomia, independência e maior qualidade de vida (VERAS, 2009).

Estudos apontam que de 1985 a 2060 o número de idosos institucionalizados no Brasil aumentará de 1,3 para 4,5 milhões, sendo que grande parte será de idosos dependentes (CAMARANO, 2002).

As consequências do crescente número de idosos implicam em aumento das demandas sociais e passam a representar um grande desafio político, social e econômico (CHAIMOWICZ e GRECO, 1999). Frente a esse processo de transição demográfica em ritmo acelerado e a deficiente inclusão dos idosos na sociedade, ocorre o aumento da demanda por instituições de longa permanência para idosos. Os novos arranjos familiares reduzem a perspectiva de envelhecimento em um ambiente familiar seguro, por estas não possuírem condições financeiras de prover as necessidades dos idosos e/ou não haver disponibilidade de um de seus membros fazer o acompanhamento, além do preconceito, estigma e repulsa que a velhice causa, mesmo dentro da própria família (BORN e BOECHAT, 2006).

O convívio entre idosos e seus familiares pode tanto oferecer benefícios no sentido de suporte nas condições debilitantes e de dependência, reduzindo também o isolamento, como gerar conflitos intergeracionais, que acabam por diminuir a auto-estima e deteriorar o estado emocional do idoso, afetando de forma marcante sua qualidade de vida (PEREIRA, 2006).

Outro fator que concorre para a internação é porque muitos idosos não têm um vínculo familiar ou não têm condições para contratar os serviços de um cuidador particular. Então, tornam-se, total ou parcialmente, dependentes dos cuidados oferecidos pelos cuidadores da instituição (CAMPOS, 2010).

Segundo Sousa (2013) é importante conhecer as características pessoais da pessoa idosa para o adequado planejamento das ações de saúde a fim de proporcionar-lhe melhores condições de vida e de cuidado.

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.

É evidente o aumento do número de idosos brasileiros nas Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) e essa população tende a crescer ainda mais devido a vários fatores, entre eles, a longevidade, fragilidade, desenvolvimento de doenças crônicas degenerativas, comprometimento da autonomia e estrutura familiar frágil, que podem comprometer a QV (VITORINO, 2012). Herédia (2004) afirma que o processo de asilamento pode significar mais do que mudança de um ambiente físico. Esta se apresenta para o idoso como a necessidade de se estabelecer relações com o novo ambiente, ajustar-se ao novo lar, assim pode desencadear sensações de abandono, ansiedade e medo pela possibilidade de passar os últimos dias da vida num lugar estranho, em meio a desconhecidos.

A institucionalização, muitas vezes, propicia o isolamento e a privação social dos idosos e, frequentemente, a piora do seu estado geral de saúde, ou então pode surgir como uma nova oportunidade na vida trazendo resultados benéficos para seu bem estar biopsicossocial, influenciando diretamente sua qualidade de vida (ALCANTARA, 2004).

A vigilância à saúde do idoso requer atenção e acompanhamento contínuos mediante práticas de saúde promocionais, preventivas e curativas, combinando os saberes profissionais específicos da geriatria/gerontologia e os populares do idoso institucionalizado (BORN, 1996; LENARDT *et al.*, 2006).

Em situações em que a institucionalização do idoso é “um mal necessário”, é importante considerar que a qualidade dos serviços oferecidos deva ser adequada, para tanto cabe ao Estado realizar seu papel de financiador e fiscalizador dessas atividades, garantindo a esta população os direitos assegurados na legislação em vigor (TIER *et al.*, 2004).

Os idosos possuem percepções diferenciadas quando relacionados ao grau de satisfação com a Instituição. Alguns consideram como sua verdadeira casa, possuindo alimentação, proteção, moradia e atenção, também encontram pessoas para conversar e construir novas amizades, além de receber atendimento médico e de enfermagem. Outros, por sua vez, se sentem esquecidos pelos amigos e familiares e, insatisfeitos, assemelham a instituição a uma mistura de hospital psiquiátrico com jardim da infância, indignam-se que por muitas vezes são tratados como crianças e, além disso, referem que ali seria um dos locais disponíveis para se terminar a vida.

A institucionalização de idosos é fruto das necessidades sociais e essa tendência tem chamado a atenção da população em geral e levado alguns segmentos da sociedade a se preocuparem com as condições em que se encontra a QV desse segmento populacional (PERLINI, 2007).

A qualidade de vida é um dos principais objetivos que se tem perseguido nos ensaios clínicos atuais e possui um crescente e profundo impacto em todos os âmbitos da sociedade, mas é na saúde que tem maior transcendência, tanto por sua repercussão nos diversos níveis assistenciais como pela demanda por novos recursos e estruturas (ALMEIDA *et al.*, 2012).

Inúmeras são as formas de avaliação da qualidade de vida: por meio de instrumentos, pela avaliação orientada de cada um sobre seu estado na vida, ou, mais tradicionalmente, para grandes populações, através do Índice de Desenvolvimento Humano – IDH (OMS, 2010).

Para pequenos grupos os instrumentos para avaliação da qualidade de vida normalmente são traduções que apresentam falhas ao serem aplicados em culturas diferentes e, por esta razão, há a necessidade de validá-los novamente, como sugere a OMS. Os instrumentos variam de acordo com a abordagem e objetivos do estudo. Instrumentos específicos como o *Medical Outcomes Study Questionnaire 36-Item Short Form Health Survey* (SF-36) (CICONELLI *et al.*, 1999) para avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde e do WHOQOL (WHOQOL GROUP, 1994) para avaliação da qualidade de vida geral são tentativas de padronização das medidas permitindo comparação entre estudos e culturas. A necessidade de instrumentos curtos que demandem pouco tempo para seu preenchimento, mas com características psicométricas satisfatórias, fez com que o Grupo de Qualidade de Vida da OMS desenvolvesse uma versão abreviada do WHOQOL-100, o WHOQOL-bref (FLECK *et al.*, 2000) com apenas 26 questões, sendo duas questões gerais de qualidade de vida e as demais 24 representando cada uma das 24 facetas que compõe o instrumento original.

Assim, avaliar as condições de vida e saúde do idoso permite a implementação de propostas de intervenção, tanto em programas geriátricos quanto em políticas sociais gerais, no intuito de promover o bem-estar dos que envelhecem. Uma atenção contínua e eficaz para a saúde e o bem-estar da população idosa requer diferentes níveis de intervenção dos serviços de saúde, adequados às distintas fases de enfermidades e ao grau de incapacidades. Ela deve estar baseada, em última instância, em uma atenção integral, adequada, de qualidade, humanizada e oportuna.

Dessa maneira, o objetivo do estudo foi investigar a qualidade de vida de idosos residentes no Asilo Vila Vicentina Abrigo para Idosos em Bauru – SP, e comparar os resultados obtidos entre os sexos masculino e feminino.

ARAUJO, Géssika 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.

MATERIAL E MÉTODOS

O local escolhido para o desenvolvimento da pesquisa foi a instituição Vila Vicentina Abrigo para Idosos de Bauru, entidade filantrópica conveniada com as esferas Federal, Estadual e Municipal, possuindo, concomitantemente, parcerias com empresas particulares do município que lhe oferece doações. Conta ainda com a participação de 70% dos benefícios do INSS dos asilados que os recebem. Para ser aceito na Instituição é necessário estar acima dos 65 anos, não possuir filhos (estes deverão se responsabilizar pelo parente idoso seguindo as recomendações do “Estatuto do Idoso”), possuir autonomia para as práticas comuns (vestimenta, alimentação, higiene, caminhada), estar ciente e consentir a internação. Previamente a assistente social, realiza um cadastro seguido de entrevista, visita ao local onde o idoso reside, orienta sobre as mudanças que ocorrerão e este deverá aceitar, espontaneamente, o asilamento.

O quadro de funcionários é composto por um médico voluntário que realiza visitas quinzenais, uma Enfermeira (responsável por toda equipe de enfermagem e cuidados), sete profissionais da enfermagem (cuidadores e auxiliares), uma psicóloga, uma assistente social, uma nutricionista, três cozinheiras e sete auxiliares da limpeza.

A entidade conta com 38 idosos abrigados, sendo 21 homens e 17 mulheres. Do total de residentes, 19 homens e 10 mulheres possuem autonomia com seus cuidados pessoais, como higiene e alimentação.

Após a autorização da Instituição, foi providenciado o encaminhamento da documentação e do projeto ao Comitê de Ética e Pesquisa da USC, que autorizou a sua realização (protocolo 070/12).

Para a realização das entrevistas os idosos foram esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa, orientados para responderem aos questionários e, aqueles que concordaram, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Um frequentador recusou-se a responder.

A coleta de dados foi realizada nas dependências da Vila Vicentina e os idosos responderam a 3 questionários: um de caracterização sócio-demográfica, o WHOQOL-bref e o WHOQOL-old, ambos da OMS. O questionário de caracterização é composto dos seguintes itens: aspectos demográficos: sexo, idade, município de nascimento, raça ou cor da pele, anos de escolaridade e renda; variáveis relacionadas ao estilo de vida; atividades físicas; saúde referida.

O WHOQOL-bref consta de 26 questões, que possibilitam o cálculo de escores para representar quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. Para a avaliação da qualidade de vida, foi utilizada a versão brasileira dos questionários WHOQOL-

-old e WHOQOL-bref, que, por própria indicação da OMS, devem ser respondidos conjuntamente.

O WHOQOL-old constitui-se um módulo complementar de medidas genéricas da qualidade de vida em adultos idosos para utilização internacional/transcultural (FLECK *et al.*, 2006). Consiste em 24 itens da escala de Likert atribuídos a seis facetas: “Funcionamento do Sensório” (FS), “Autonomia” (AUT), “Atividades Passadas, Presentes e Futuras” (PPF), “Participação Social” (PSO), “Morte e Morrer” (MEM) e “Intimidade” (INT). Cada uma das facetas possui 4 itens; portanto, para todas as facetas o escore dos valores possíveis pode oscilar de 4 a 20, desde que todos os itens de uma faceta tenham sido preenchidos. Os escores destas seis facetas ou os valores dos 24 itens do módulo WHOQOL-old podem ser combinados para produzir um escore geral (“global”) para a qualidade de vida em adultos idosos, denotado como o “escore total” do módulo WHOQOL-old.

Dos 38 idosos abrangidos, 28,9% (11) foram excluídos da amostra por distúrbios cognitivos e dificuldades de audição e linguagem, assim como idosos em uso de medicamentos antidepressivos e recusas, o que acarretou na redução da amostra para 27 idosos (71,1%) – 11 mulheres (40,7%) e 16 homens (59,3%) – que possuem nível primário de autonomia.

Os dados colhidos foram submetidos à estatística descritiva (média, desvio-padrão, valores máximos e mínimos), além de frequências absoluta e relativa ao nível de 5% de significância. (ZAR, 2010). Para a comparação entre os sexos masculino e feminino quanto aos escores de qualidade de vida, utilizou-se o teste *Mann Whitney*.

RESULTADOS

O perfil dos idosos participantes, segundo sexo, local do nascimento, tempo que mora no município, tempo de domicílio, raça, escolaridade, questões financeiras, uso da TV, uso do computador, tabagismo, atividades físicas e doenças, coletado por meio do questionário de caracterização sociodemográfica e saúde, estão representados, por suas frequências absolutas e relativas, na Tabela 1. Verificou-se que a idade média dos idosos foi de $75,4 \pm 8,7$ anos e das idosas $79,4 \pm 9,6$ anos.

ARAUJO, Géssika 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.

ARAUJO, Géssika 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.v

Tabela 1 – Frequências absoluta e relativa das respostas dos 27 idosos asilados às questões sociais – Bauru, São Paulo, 2013.

Variáveis	Respostas	fi (fi%)
Onde nasceu?	Próprio município	7 (25,9%)
	Outro município	20 (74,1%)
Há quanto tempo mora neste município?	Menos de 25 anos	12 (44,4%)
	Entre 26 e 50 anos	5 (18,5%)
	Mais de 51 anos	3 (11,1%)
Há quanto tempo mora neste domicílio?	Não sabe/Não respondeu	5 (18,5%)
	Menos de 5 anos	11 (40,7%)
	Entre 6 e 20 anos	14 (51,9%)
Qual a sua raça ou cor?	Mais de 21 anos	2 (7,4%)
	Branca	20 (74,1%)
Quantos anos você estudou?	Preta/Parda/mulata	7 (25,9%)
	Até 1 ano	14 (51,9%)
	Mais de 1 ano	11 (40,7%)
Qual é sua renda?	Superior Completo	2 (7,4%)
	Até 1 salário mínimo	19 (70,3%)
	De 1 a 10 salários mínimos	2 (7,4%)
Exercia atividade remunerada?	Não sabe/Não respondeu	6 (22,2%)
	Sim	3 (11,1%)
Realiza atividades domésticas?	Não	24 (88,9%)
	Sim	3 (11,1%)
Assiste TV?	Não	24 (88,9%)
	Sim	3 (11,1%)
Quantas vezes por semana?	Sim	20 (74,1%)
	Não	7 (25,9%)
	1 ou 2 vezes por semana	6 (30,0%)
Quantas horas por dia?	3 vezes por semana	4 (20,0%)
	5 vezes ou mais	10 (50,0%)
	Menos de 1 hora	8 (40,0%)
Já fumou cigarros?	2 a 3 horas por dia	5 (25,0%)
	4 a 5 horas por dia	7 (35,0%)
	Sim, mas parei	10 (37,0%)
Caminhada	Sim, e ainda fumo	5 (18,5%)
	Não	12 (44,4%)
	1 a 3 vezes por semana	4 (14,8%)
Atividades moderadas	4 a 6 vezes por semana	9 (33,3%)
	Não	24 (88,9%)
Quanto tempo fica sentado durante um dia na semana?	1 a 7 vezes por semana	3 (11,1%)
	De 1 a 5 horas	8 (29,6%)
Quantidade de doenças	De 6 a 15 horas	19 (70,4%)
	Uma	19 (70,4%)
	Duas ou mais	8 (29,6%)

Em relação às características sociais – Tabela 1 – constatou-se que a maioria nasceu em outro município (74,1%); 7,4% residem na instituição há mais de 21 anos; são da raça branca (74,1%) e estudaram até 1 ano (51,9%), destacando-se que 7,4% dos idosos possuem curso superior completo. Quanto às questões financeiras, uso da TV, uso do computador e tabagismo verificou-se a maior frequência de asilados com renda de até um salário mínimo (70,3%); não exercem atividade remunerada (85,7%); não realizam atividades domésticas (88,9%); 74,1% assistem TV 5 vezes ou mais na semana (50,0%) e menos de 1 hora por dia (40,0%); nenhum utiliza computador; e 18,5% ainda fumam com incidência de mais de 10 cigarros por dia. Em relação à questão “atividades domésticas”, entendeu-se que estavam relacionadas à arrumação de seus quartos e pertences, rastelar o jardim, manutenção da horta e limpeza em geral. A análise das variáveis atividades físicas e doenças apontou que 48,1% fazem caminhadas, entretanto poucos realizam atividades moderadas (11,1%) e passam de 6 a 15 horas sentados (70,4%).

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.

Tabela 2 - Medidas descritivas dos domínios apurados por meio do WHOQOL-bref dos 27 idosos asilados e resultado do teste estatístico, de acordo com o sexo. Bauru, São Paulo, 2013

Domínios	Sexo	Média ± DP	Mínimo	Máximo	Teste de Mann Whitney
Físico	Masculino	67,0 ± 14,4	25,0	82,14	p < 0,05*
	Feminino	45,5 ± 12,3	55,0	67,86	
Psicológico	Masculino	60,4 ± 13,8	37,5	91,67	p < 0,05*
	Feminino	48,1 ± 12,7	29,17	66,67	
Relações Sociais	Masculino	60,9 ± 15,4	33,33	83,33	p > 0,05
	Feminino	62,1 ± 22,5	8,33	91,67	
Meio Ambiente	Masculino	45,3 ± 10,9	25,0	62,5	p > 0,05
	Feminino	42,6 ± 10,7	31,25	59,38	
Auto Avaliação	Masculino	73,4 ± 23,2	37,50	100,0	p > 0,05
	Feminino	67,0 ± 11,6	37,5	75,0	

* Diferença estatisticamente significativa

ARAUJO, G essika 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.v

Tabela 3 - Medidas descritivas dos domínios apurados por meio do WHOQOL-OLD dos 27 idosos asilados e resultado do teste estatístico, de acordo com o sexo. Bauru, São Paulo, 2013.

Domínios	Sexo	Média \pm DP	Mínimo	Máximo	Teste de Mann Whitney
Habilidades sensoriais	Masculino	73,4 \pm 27,7	25,0	100,0	p < 0,05*
	Feminino	57,4 \pm 17,2	31,25	87,5	
Autonomia	Masculino	42,6 \pm 14,7	18,75	75,0	p < 0,05*
	Feminino	31,25 \pm 9,3	12,5	43,75	
Atividades passadas, presentes e futuras	Masculino	53,5 \pm 14,8	25,0	81,25	p > 0,05
	Feminino	46,0 \pm 15,4	25,0	68,75	
Participa�o social	Masculino	57,0 \pm 16,1	25,0	93,75	p < 0,05*
	Feminino	44,9 \pm 17,9	25,0	75,0	
Morte e morrer	Masculino	77,0 \pm 26,8	18,75	100,0	p > 0,05
	Feminino	71,6 \pm 34,2	18,75	100,0	
Intimidade	Masculino	9,4 \pm 22,7	0,0	75,0	p > 0,05
	Feminino	13,1 \pm 17,3	0,0	50,0	
OLD	Masculino	52,2 \pm 12,4	32,3	87,5	p < 0,05*
	Feminino	44,0 \pm 10,8	22,9	59,4	

* Diferença estatisticamente significativa

Os resultados apurados pelo questionário WHOQOL-bref – Tabela 2 – apontaram que os escores médios dos homens foram sempre superiores aos das mulheres, exceto no domínio Rela es Sociais. O domínio Meio Ambiente foi o que apresentou piores escores médios para os dois sexos, sendo 45,3 e 42,6 para o masculino e feminino, respectivamente. Verificou-se também que há diferença estatisticamente significativa entre os indicadores de qualidade de vida entre os homens e mulheres para os domínios Físico, Psicológico e Auto Avalia o.

Em rela o ao WHOQOL-old – Tabela 3 – observou-se também superioridade dos escores médios dos homens em rela o aos das mulheres, excetuando-se o domínio Intimidade. Tal domínio, inclusive, foi o que apresentou os valores mais baixos, com m dias 9,4 e 13,1 para homens e mulheres, respectivamente. Constatou-se diferença estatisticamente significativa nos domínios Habilidades sensoriais, Autonomia, Participa o social e OLD (média de todos os domínios).

DISCUSSÃO

Os resultados observados permitiram verificar que os asilados tem uma rotina geralmente monótona e de baixa autonomia nas atividades, convívio social limitado, com, geralmente, poucas visitas de familiares e amigos. Isso contribui para uma baixa autoestima e valorização da própria qualidade de vida (MURAKAMI, 2010).

Os indivíduos que tiveram sua QV avaliada pelos questionários são idosos asilados da instituição Vila Vicentina de Bauru, com amostra composta de 27 sujeitos, sendo 11 homens e 16 mulheres, com idade média de $75,4 \pm 8,7$ anos e $79,4 \pm 9,6$ anos, para idosos e idosas, respectivamente, estando em concordância com o padrão demográfico brasileiro (IBGE, 2013). Em estudo de Pereira (2006) na cidade de Blumenau – SC/Brasil, a idade média dos idosos institucionalizados foi de 76,2 anos para as mulheres e 68,1 anos para os homens.

Ainda de acordo com o padrão brasileiro (IBGE, 2013), que aponta que cerca de 25% da população idosa brasileira é de analfabetos, verificou-se o baixo nível de estudo dos entrevistados (Tabela 1), revelando a cultura de vida e da época em que estes idosos tinham como contexto de estudo quando jovens. Muitos paravam de estudar cedo para ajudar nas atividades de trabalho e no sustento da casa, no caso dos homens, e na pouca importância dada à época para a educação das mulheres. Tais resultados coincidem com o estudo de Dalsenter e Matos (2009) onde 81,8% dos idosos referiram não ter concluído o ensino fundamental sendo 9% analfabetos. Lucena *et al.* (2002) também observaram que a maioria dos idosos institucionalizados era composta de analfabetos (64,0%) e de semianalfabetos (36,0%).

Na Vila Vicentina de Bauru/SP, 70,3% dos idosos declararam renda de até 1 salário mínimo e 7,4% de 1 a 10, mais baixa que a população idosa em geral no Brasil, conforme apontado pelo IBGE (2013), onde 43,2% dos idosos vive com até 1 salário mínimo, 29% tem de 1 a 2 salários mínimos e 22,9% tem mais de 2 salários mínimos. Ferreira *et al.* (2011) em pesquisa com 47 idosos residentes no abrigo Pão de Santo Antonio em Belém – PA, apontaram renda de até três salários mínimos (93,6%), ao passo que os demais têm renda acima de três salários mínimos (6,4%) Tais constatações implicam diretamente na QV, pois a baixa renda proporciona uma sensação de maior dependência levando a um sentimento de autoestima menor não possuindo recursos financeiros para custear suas próprias despesas.

Verificou-se que apenas 11,1% dos idosos realizam atividades domésticas, caracterizadas por situações bem simples como arrumar a

ARAUJO, Géssika 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.

própria cama, cuidar dos jardins, auxiliar no cuidado aos mais dependentes ou ajudar na cozinha. Observou-se também alto índice de atividades sedentárias como assistir televisão por 5 vezes ou mais na semana (50,0%) e mais de 2 horas por dia (60,0%), não fazer caminhadas (51,8%) e nem atividades moderadas (88,9%), ficando sentados de 6 a 15 horas (70,4%) durante um dia na semana. Chandler (2002), Rejeski e Brawley (2006) e Ferreira *et al.* (2011) demonstraram em suas pesquisas o alto comportamento sedentário que caracteriza a população idosa, motivado pelos prejuízos nos sistema estrutural e fisiológico advindos do envelhecimento.

Em relação à caracterização clínica dos idosos, os residentes tiveram dificuldade para referir morbidades e os medicamentos que faziam uso, entretanto todos afirmaram ter algum tipo de doença. Os dados obtidos apontaram a prevalência das doenças cardiovasculares e osteoarticulares confirmando os dados da literatura (CACERDAS, 2006; LACERDA, 2006).

Quanto aos domínios de QV avaliados pelo WHOQOL-bref perceberam-se diferenças entre os sexos sendo que os homens geralmente apresentam melhores índices de QV, embora ambos tenham apresentado baixos escores, estando em conformidade com as pesquisas de Del Pino (2003), Cader *et al.* (2006), Nunes *et al.* (2010) e Vitorino *et al.* (2012). Contrariando tais resultados, Dalsenter e Matos (2009) verificaram no estudo em Blumenau/SC, que os idosos tiveram uma avaliação positiva de sua QV.

As diferenças associadas ao sexo 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. Avis *et al.* (2004), em estudo da QV em idosas, relataram que o esquecimento e o sentimento de que mulheres mais velhas são menos atraentes foram associados a pior qualidade de vida. Já os homens se acostumam mais rápido com um novo ambiente, além de já estarem acostumados com uma rotina em que não precisavam fazer suas atividades mais práticas, como a própria comida e cuidar do local onde vivem (THOMÉ *et al.*, 2004; MURAKAMI, 2010).

Nos domínios Físico e Psicológico, as asiladas tiveram escores médios inferiores a 50 (45,5 e 48,1, respectivamente) demonstrando não ter o mesmo ritmo e rotina de vida do que os homens, acumulando-se um sentimento de incapacidade física para as tarefas e afazeres

comuns e cotidianos, e a percepção de agravos das doenças. O domínio das Relações sociais foi o único do WHOQOL-bref onde as mulheres tiveram escore um pouco maior que o dos homens (62,1 contra 60,9), sem diferença significativa. Tais valores foram bons indicadores de que há boa convivência entre os idosos, mesmo levando-se em consideração os comprometimentos dos órgãos dos sentidos que auxiliam nas relações sociais como visão e audição, que podem prejudicar uma boa comunicação, e o afastamento da família e amigos. Em estudo realizado por Nunes em 2010 com a população de 266 idosos em seis instituições de asilamento de quatro distritos sanitários do município de Natal/RN também verificou-se a participação social no processo de institucionalização. Dalsenter e Matos (2010) confirmam tais resultados na cidade de Blumenau/SC.

No domínio Meio Ambiente, as idosas tiveram escore de 42,6 e os homens 45,3, valores que se complementam ao aspecto físico, levando-os a não apreciar o ambiente onde estão, não aproveitando o espaço arborizado, pois já faz parte de sua rotina, monotonia e falta de uma visão clara da realidade, estando em conformidade com os estudos de Nunes *et al.* (2010) e Del Pino (2003).

Quando se verificam os resultados obtidos com o questionário WHOQOL-old, destacam-se algumas diferenças importantes entre os sexos como no domínio da autonomia, onde as mulheres apresentaram escore de 31,25 contra 42,6 dos homens, resultados não são muito surpreendentes, uma vez que os idosos asilados são, normalmente, pessoas passivas, sem atividades ocupacionais, tornando os residentes, pessoas sem iniciativas próprias em realizar algo que preencha seu tempo, assim como pelo sentimento de impossibilidade na realização de tarefas rotineiras às quais estavam acostumadas (SILVA e REZENDE, 2006; NUNES, 2012). Também são relevantes as perspectivas de passado, presente e futuro das idosas, com escores de 53,5 e 46,0, para homens e mulheres, respectivamente, o que demonstra certa falta de perspectiva de vida dos asilados, que já não projetam mais atividades e interesses futuros, assim como a íntima relação entre o grau de satisfação e o nível de realizações de uma pessoa, ou seja, o quanto o indivíduo conseguiu realizar, daquilo que aspirava, ressaltando que, quanto menor a distância entre aspirações e realizações das pessoas, maior é a percepção de boa qualidade de vida (HERÉDIA, 2004; JÓIA *et al.*, 2007).

Em relação ao domínio das Habilidades sensoriais, obtiveram-se escores médios de 73,4 para homens e 57,4 para as mulheres, sendo interpretado como uma indicação de que os idosos desse estudo, em geral, estão satisfeitos quanto ao funcionamento dos seus sentidos, para participar em atividades diárias e interação com as pessoas que

ARAUJO, Géssika 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.

ARAUJO, Géssika 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.v

residem na instituição, concordando com os estudos de Chaimowicz e Greco (1999) e Paskulin (2010).

No domínio da participação social, relativos à questão: “Até que ponto você sente que tem o suficiente para fazer em cada dia?”, observaram-se os escores 57,0 e 44,9, para homens e mulheres, respectivamente, com diferença estatisticamente significativa entre os sexos. Estas diferenças foram devidas, em grande parte, ao fato de que os idosos vivem em ambientes pouco estimulantes, onde as inatividades física, mental, política, produtiva, cultural e afetiva contribuem para o isolamento, gerando apatia (DALSENTER e MATOS, 2009).

Os resultados obtidos na faceta “Morte e Morrer” obtiveram escores médios de 77,0 para homens e 71,6 para mulheres, indicando que os idosos desse estudo estão satisfeitos quanto aos sentimentos relacionados às inquietações e temores com a morte e morrer, podendo estar relacionado ao fato de que, por se sentirem no final da vida, a morte signifique algo já esperado por eles ou algum mecanismo de enfrentamento em relação à vida e ao futuro, como por exemplo, a espiritualidade, a fé e o seguimento de princípios religiosos. Resultados semelhantes foram observados por Nunes *et al.* (2010) em idosos institucionalizados no município de Natal.

O domínio da intimidade foi o que apresentou os escores mais baixos entre todos os domínios, para ambos os sexos. Segundo Del Pino (2003), a qualidade de vida subjetiva é melhor para os homens do que para as mulheres idosas, talvez porque o envelhecimento seja percebido pela mulher como mais negativo. Já em uma pesquisa de Paskulin (2010) em Porto Alegre- RS, os idosos argumentaram que talvez o ato sexual em si seja menos importante nesta faixa etária do que a possibilidade de intimidade, e que a imagem corporal/aparência não seja tão valorizada para os idosos quanto para pessoas mais jovens. O relacionamento entre os idosos asilados, o carinho e o respeito que constroem uns com os outros, muitas vezes os levam a considerar alguns companheiros idosos da instituição como entes queridos e até mais que a sua própria família.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados obtidos com a realização deste estudo permitiram inferir que, de maneira geral, a QV dos idosos asilados é satisfatória, o pior domínio de análise é o da Intimidade e há diferença entre os sexos para QV de idosos, com melhores escores médios de QV para os homens.

A utilização dos instrumentos WHOQOL-bref e WHOQOL-old foram excelentes indicadores da real situação dos idosos e se complementaram nas análises constituindo-se instrumentos válidos e fiéis para a avaliação da qualidade de vida genérica em amostras de idosos asilados, quer em termos de intervenção clínica quer em termos de investigação.

Dessa maneira, pode-se concluir que Qualidade de Vida é mais do que ter uma boa saúde mental ou física, é estar de bem consigo mesmo, com a vida, com as pessoas queridas, enfim, estar em equilíbrio, situações já muito complicadas para esta parcela da população que sofre com as doenças, o sedentarismo e a dependência para atividades diárias.

REFERÊNCIAS

ALCÂNTARA, A.O. **Velhos institucionalizados e família**: entre abafos e dasabafos. Campinas, SP: Alínea, 2004.

ALMEIDA, M. A. B.; GUTIERREZ, G. L.; MARQUES, R. **Qualidade de Vida: Definição, conceitos e interfaces com outras áreas de pesquisa**. São Paulo: Escola de Artes, Ciências e Humanidades, 2012.142 p.

AVIS NE, Assmann SF, Kravitz HM, Ganz PA, Ory M. Quality of life in diverse groups of midlife women: assessing the influence of menopause, health status and psychosocial and demographic factors. **Qual Life Res.** v.13, n. 5, p. 933-46, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria n.810, de 22 de setembro de 1989. Dispõe sobre as normas para o funcionamento de casa de repouso, clínicas geriátricas e outras instituições destinadas ao atendimento de idosos. **Diário Oficial da União** 23 de 1989.

BORN, T. Cuidado ao idoso em instituição. In: PAPALÉO NETTO, M. (Org.) **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, 1996. p. 403-414.

BORN, T.; BOECHAT, N.S. A qualidade dos cuidados ao idoso institucionalizado. In: FREITAS, E.; PY, L.; CANÇADO, F.; DOLL, J.; GORZONI, M. (Orgs.). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2006.

CADER, S.A. *et al.* Perfil da qualidade de vida e da autonomia funcional de idosos asilados em uma instituição filantrópica no município do Rio de Janeiro. **Fitness & Performance Journal**, Rio de Janeiro, v.5, n. 4, p. 256-261, 2006.

ARAUJO, Géssika 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.

ARAUJO, Géssika 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.v

CAMARANO, A. A. *et al.* Envelhecimento da população brasileira. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan 2002. p. 58-71.

CAMPOS, M.R.X; DIAS, C.A; RODRIGUES, S.M. Representações de cuidadores de idosos a respeito do “ser idoso”, da “velhice” e do “viver institucionalizado”. **RBCEH**, Passo Fundo, v. 8, n. 2, p. 255-264, 2010.

DEL PINO, A.C.S. Calidad de vida en la atención al mayor. **Revista Multidisciplinar de Gerontología**, La Rioja, Espanha, v. 13, n. 3, p. 188-192, 2003.

CHAIMOWICZ, F; GRECO, D. B. Dinâmica da institucionalização de idosos em Belo Horizonte, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 33, n. 5, p. 454-60, 1999.

CHANDLER, J. M. Equilíbrio e quedas no idoso: questões sobre a avaliação e o tratamento. In: GUCCIONE, A. A. **Fisioterapia Geriátrica**. 2. ed. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan, 2002. p. 265-266.

CICONELLI, R.M. *et al.* Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação da qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). **Revista brasileira de reumatologia**, Campinas, v. 39, n. 3, p. 143-50, 1999.

DALSENTER, C.A; MATOS, F.M. Percepção da Qualidade de Vida em idosos institucionalizados da Cidade de Blumenau (SC). **DYNAMIS revista tecno-científica**, Blumenau, v.5, n. 2, p. 32-37, 2009.

FERREIRA, T.C.R.; PINTO, D.S; PIMENTEL, K.A.; PEIXOTO JÚNIOR, O.S. Análise da capacidade funcional de idosos institucionalizados. **RBCEH**, Passo Fundo, v. 8, n. 1, p. 9-20, 2011.

FLECK, M.P.A. *et al.* Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-Bref”. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 178-83, 2000.

FLECK, M.P.; CHACHAMOVICH, E.; TRENTINI, C. Development and validation of the Portuguese version of the WHOQOL-OLD module. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 5, p. 785-791, 2006.

HERÉDIA, V.B.M *et al.* **Institucionalização do idoso: identidade e realidade**. In: Cortelletti *et al.* Idoso asilado, um estudo gerontológico. Caxias do Sul, RS: Educs/ Edipucrs, 2004, p. 13-60.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Apresenta estatísticas sobre a população. **IBGE**, 2013. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>.

JÓIA, L.C.; RUIZ, T.; DONALISIO, M.R. Condições associadas ao grau de satisfação com a vida entre a população de idosos. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.41, n.1, p.131-137, 2007.

LACERDA, J.A; *et al* Capacidade de Idosos Institucionalizados para realizar atividades instrumentais de vida diária. **Revista Inspirar**, Curitiba, v. 2, n. 2, p. 29-34, 2010.

LENARDT, M.H. ET. AL. O idoso institucionalizado e a cultura dos cuidadores profissionais. **Cogitare enfermagem**, Curitiba, v. 11, n. 2, p. 117-23, 2006.

LUCENA, N. M. G. *et al*. Análise da capacidade funcional em uma população geriátrica institucionalizada em João Pessoa. **Fisioterapia Brasil**, Rio de Janeiro: Atlântica, v. 3, n. 3, p. 164-169, 2002.

MURAKAMI, L; SCATTOLIN, F. **Rev Med Hered**, Lima, v. 21, n. 1, 2010.

MELO, M.C. *et al*. A educação em saúde como agente promotor de qualidade de vida para o idoso. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n.1, p. 1579-1586, 2009.

NUNES, V.M.A. *et al*. Avaliação da Qualidade de Vida em idosos institucionalizados no município de Natal, Estado do Rio Grande do Norte. **Acta Scientiarum: Health Science**, Maringá, v. 32, n. 2, p.119-126, 2010.

OMS: PROMOCIÓN DE LA SALUD. GLOSARIO. GENEBRA. Índice de desenvolvimento humano. Programa das nações unidas para o desenvolvimento. [relatório]. 2010. Disponível em: <http://www.pnud.org.br>. Acessado em: 05 mar. 2013.

PARAHYBA, I.M.; VERAS, R.; MELZER, D. Incapacidade funcional entre as mulheres idosas no Brasil. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 383-91, 2005.

PASKULIN, L.M.G.; CORDOVA, F.P.; COSTA, F. M.; VIANNA, L.A.C. Percepção de pessoas idosas sobre qualidade de vida. **Acta paul. enferm**, São Paulo, v. 23, n.1, p.106, 2010.

PERLINI, N.M.O.G. *et al*. Em busca de uma instituição para a pessoa idosa morar: motivos apontados por familiares. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 41, n. 2, p.231-234, 2007.

PEREIRA, R. J. *et al*. Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. **Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul**, Porto Alegre, v. 28, n. 1, p. 33-34, 2006.

REJESKI, W.J; BRAWLEY, L.R. Functional Health: Innovations in Research on Physical Activity with Older Adults. **Med. Sci. Sports Exerc.**, v. 38, n. 1, p. 93-99, 2006.

ARAUJO, Géssika 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.

ARAUJO, Géssika 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.v

SILVA, M.C. O processo de envelhecimento no Brasil: desafios e perspectivas. **Textos Envelhecimento**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 77-91, 2003.

SILVA, T.E; REZENDE, C.H.A. Avaliação transversal da qualidade de vida de idosos participantes de centros de convivência e institucionalizados por meio do questionário genérico WHOQOL-bref. **Revista Eletrônica da Universidade Federal de Uberlândia**, 2006.

SOUSA, S. S.; OLIVEIRA, O.S. Study of sociodemographic factors associated with functional. **Rev Enfermagem UFPI**, Teresina, v. 2, n. 1, p. 44-48, 2013.

TAVARES, D.M.S; DIAS, F.A. Capacidade funcional, morbidades e qualidade de vida de Idosos. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 21, n. 1, p. 112-20, 2012.

TIER,C.G; *et al.* Refletindo sobre idosos institucionalizados. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 57, n. 3, p. 332-335, 2004.

THE WHOQOL GROUP. The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL). In: Orley J, Kuyken W, editors. *Quality of life assessment: international perspectives*. Heidelberg: Springer Verlag; 1994. p. 41-60.

THOME, B.; DYKES, A.K.; HALLBERG, I.R. Quality of life in old people with and without cancer. **Qual Life Res.**, v. 13, n. 6, p. 1067-80, 2004.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev Saúde Pública UFRJ [online]**, Rio de Janeiro, v. 43, p.548-554, 2009.

VITORINO, L. M; PASKULIN, L. M.G; VIANNA, L. A. C. Qualidade de vida de idosos em instituição de longa permanência. **Rev. Latino-Americana Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 6, p. 1186-1195, 2012.

ZAR, J.H. **Biostatistical Analysis**. 5th. ed. New Jersey: Prentice-Hall. 2010.