

# QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS RESIDENTES EM UMA INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA<sup>1</sup>

## QUALITY OF LIFE OF OLD PEOPLE LIVING IN A LONG-STAY CARE CENTER

Ingrid da Silva Macêdo de Souza<sup>2</sup>  
Karla Maria Damiano Teixeira<sup>3</sup>  
Simone Caldas Tavares Mafra<sup>4</sup>  
Adelson Luiz Araújo Tinôco<sup>5</sup>

### 1. RESUMO

O presente estudo objetivou avaliar a qualidade de vida (QV) dos idosos residentes na instituição de longa permanência para idosos São Vicente de Paulo de Ubá, MG, e verificar os possíveis fatores intervenientes. Como forma de coleta de dados, foram utilizados o questionário sociodemográfico e o instrumento WHOQOL-Bref. As informações sociodemográficas foram analisadas por meio da análise univariada, e os dados referentes ao instrumento WHOQOL-Bref, da análise univariada, do teste t de Student, do coeficiente de correlação de Pearson. A população avaliada foi composta por 20 idosos com idades entre 62 e 87 anos, sendo 14 do sexo masculino e 6 do sexo feminino. De acordo com os resultados, os idosos não apresentavam baixa QV e os fatores que interferiram na QV foram capacidade física, autonomia, ambiente físico e intimidade. Faz-se importante investir em ações que objetivem melhorar a QV do idoso institucionalizado, considerando as diferenças no modo de vida, a personalidade, a privacidade, os hábitos, a autonomia, o espaço e, identificar os fatores que os idosos realmente valorizam. Assim, as Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs)

---

<sup>1</sup> Este artigo é parte da dissertação de mestrado da primeira autora, intitulada “Avaliação da qualidade de vida de idosos de uma instituição de longa permanência para idosos de Ubá-MG” do Programa de Pós-Graduação em Economia Doméstica da Universidade Federal de Viçosa, MG, Brasil. Agência financiadora: Capes.

<sup>2</sup> Mestre em Economia Doméstica (ingridsouza@vicosa.ufv.br).

<sup>3</sup> PhD em Ecologia Humana pela Michigan State University, Estados Unidos e Professora Adjunta do Departamento de Economia Doméstica da Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, MG, Brasil (kdamiano@ufv.br).

<sup>4</sup> Doutora em Engenharia de Produção pela UFSC e Professora Associada do Departamento de Economia Doméstica da Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, MG, Brasil (sctmafra@ufv.br).

<sup>5</sup> Doutor em Ciência Animal pela UFMG e Professor Associado do Departamento de Nutrição e Saúde da Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, MG, Brasil (altinoco@ufv.br).

poderão possibilitar que os seus residentes mantenham um cotidiano de respeito, dignidade e qualidade de vida.

**Palavras-chave:** Qualidade de Vida. Envelhecimento. ILPIs.

## **2. ABSTRACT**

This study aimed to analyze the quality of life (QV) of elderly living in NHs St. Vincent de Paul City Uba/MG, and to verify the possible intervenient factors that may influence their QV. The data were gathered using a sociodemographic questionnaire and the WHOQOL-*Bref* assessment. The data were analyzed through univariate analyses, test *t* – Student, and Pearson Correlation. The population comprised 20 elder people, aging from 62 to 87 years old, being 14 male and 6 female. The results showed that the elderly did not present low quality of life, and the intervenient factors that influence in their QV were physical capability, autonomy, physical environment and intimacy. It is important to invest in actions that improve the quality of life of institutionalized people, considering the differences in the way of life, personality, privacy, autonomy, and space, as well as, to identify the factors that are important to the elderly.

**Key-Words:** Quality of Life. Ageing, NHs.

## **3. INTRODUÇÃO**

O termo qualidade de vida (QV) tornou-se expressão popular, sendo utilizada diariamente em diferentes contextos: em campanhas publicitárias, discursos políticos, saúde, sentimentos e relacionamentos pessoais (Pais-Ribeiro, 2004). De acordo com o estudo de Pais-Ribeiro (2004), os esforços para mensurar a QV tiveram início com o relatório do presidente da Comissão Nacional de Metas, Eisenhower's, em 1960. O objetivo principal desse relatório foi desenvolver qualidade de vida para a população americana, por meio da educação, saúde e crescimento econômico. Desde então, o interesse para conceituar e mensurar a QV tem crescido no mundo científico, envolvendo grupos de pesquisa de todos os continentes, com o objetivo de dar respaldos social, político e econômico à sociedade.

Para este estudo foi utilizado o conceito de qualidade de vida elaborado pela Organização Mundial de Saúde (WHOQOL Group, 1994): “qualidade de vida é 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”. Esse conceito é multidimensional, ou seja, abrange aspectos físicos, psicológicos e sociais; subjetivo, por ser passível à percepção do indivíduo e por incluir elementos de avaliação positivos e negativos (Comerlato e cols., 2007).

O envelhecimento da população trouxe para os estudiosos um interesse por estudar as condições que permitem uma boa QV na velhice. As pesquisas buscam identificar e promover condições que permitam uma velhice longa e saudável, com relação custo benefício favorável aos indivíduos e às instituições sociais (Neri, 2001). Seus resultados indicam que as escolhas feitas pela pessoa ao longo da vida interferem na percepção da qualidade de vida do idoso, como: estilo de vida adotado, tipo de personalidade, presença ou ausência de parceiro amoroso, vida sexual, atividade laborativa e, ou, intelectual, vida social, lazer, prática de exercícios físicos, dieta saudável, entre outros fatores, que vão conceber um perfil diferenciado do envelhecimento (Melo, 2003).

Com o crescente contingente de idosos na população, estima-se que, em futuro próximo, a demanda por instituições que prestem atendimento a idosos cresça, visto que muitas famílias não dispõem de condições socioeconômicas, habitacionais e de tempo para arcar com os cuidados de seus idosos, sendo as instituições de longa permanência para idosos (ILPIs) a única alternativa para preservar a vida do idoso, diante das dificuldades da família (Araújo e cols., 2006).

De acordo com Santos e cols. (2002), a QV do idoso pode estar relacionada à sua capacidade funcional, ao estado emocional, à interação social, à atividade intelectual e à autoproteção da saúde. Esses autores afirmaram que as condições do modo de viver, como saúde, moradia, educação, lazer, transporte, liberdade, trabalho, autoestima, entre outras, também estão associadas a uma percepção positiva da QV.

Nesse sentido, uma avaliação da qualidade de vida de idosos institucionalizados justifica-se, pois permitirá a análise dos possíveis fatores que interferem na qualidade de vida desse grupo etário. Essa medida, além de necessária em virtude da atual escassez de informações desta natureza, é estratégica, uma vez que o Brasil, em um futuro próximo, estará entre as nações mais envelhecidas do mundo (Davim e cols., 2004).

Assim, o objetivo deste estudo foi avaliar a qualidade de vida da população com 60 anos ou mais, residente na ILPI São Vicente de Paulo de Ubá, MG.

#### **4. MÉTODOS**

Este estudo, exploratório-descritivo, foi realizado na Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) São Vicente de Paulo, localizada no Município de Ubá, MG, pertencente à região da Zona da Mata mineira. A instituição São Vicente de Paulo foi fundada em 25 de agosto de 1937, pelo Cônego José Xavier de Maria, com o nome de Dispensário São Vicente. É uma instituição filantrópica, sem fins lucrativos, que presta assistência integral em regime de internato e em caráter de abrigo, com capacidade de atendimento a 110 idosos em situação de risco pessoal e social.

Foram envolvidos no estudo idosos<sup>6</sup> residentes na ILPIs São Vicente de Paulo, que aceitaram participar do estudo e assinaram o termo de Consentimento Livre e Esclarecido na ocasião da realização do trabalho.

A amostra foi selecionada com base nos resultados do Miniexame do Estado Mental – MEEM. A aplicação desse exame se fez necessária, uma vez que o instrumento utilizado para avaliar a qualidade de vida é fundamentado na memória, e, através do MEEM, foi possível identificar os idosos que apresentavam condições de participar do estudo, pois aqueles com comprometimentos cognitivos poderiam mascarar os resultados, por terem dificuldades de entendimento dos itens do instrumento utilizado. Assim, foram excluídos 25 idosos que obtiveram na avaliação cognitiva do MEEM escores inferiores a 13 pontos para analfabetos, 18 pontos para baixa (1 a 4 anos incompletos) e média escolaridades (4 a 8 incompletos) e 26 para alta escolaridade (> 8 anos) (Bertolucci e cols., 1994). Também foram excluídos do estudo 31 idosos, porque apresentavam impossibilidade de participar por motivos de saúde, problemas na fala ou audição e doenças mentais. Três idosos recusaram participar do estudo, e um idoso faleceu. Além desses idosos, 15 indivíduos também foram excluídos, porque não eram considerados idosos segundo a definição do Estatuto do Idoso, mas deficientes físicos.

Deste modo, houve a exclusão de 60 (71,42%) indivíduos, totalizando 24 idosos a serem pesquisados. Porém, desses 24 idosos, uma idosa recusou continuar na

---

<sup>6</sup> Neste estudo, consideraram-se idosos as pessoas com idade igual ou superior a 60 anos (LEI nº 10.741, 2003 – Estatuto do Idoso).

pesquisa, dois demonstraram confusão ao responder o questionário e um estava muito debilitado no período em que foi aplicado o instrumento. Assim, o trabalho contou com a participação de 20 idosos, sendo 14 homens e seis mulheres.

O instrumento de coleta de dados foi composto pelo questionário WHOQOL-Bref – *World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument*, elaborado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e validado no Brasil por Fleck *et al.* (2000), que foi adaptado para o português sob a supervisão de Fleck e cols. (2003). Para complementar o inquérito, foi acrescentado um questionário sociodemográfico com a finalidade de traçar o perfil dos idosos na ILPIs São Vicente de Paulo, quanto aos aspectos de identificação, idade, sexo, escolaridade e estado civil.

O WHOQOL-Bref é uma versão reduzida do WHOQOL-100 para avaliar a qualidade de vida. Esta versão foi desenvolvida com o objetivo de promover o uso prático em grandes estudos, auditorias e trabalhos clínicos, em que o uso de longos questionários seria inviável (WHO, 1997). Para fornecer ampla e abrangente avaliação, um item de cada uma das 24 facetas contidas no WHOQOL-100 foi incluído no WHOQOL-Bref. As 24 facetas do WHOQOL-Bref estão divididas em quatro domínios: *capacidade física* (dor e desconforto; energia e fadiga; sono e repouso; mobilidade; atividades da vida cotidiana; dependência de medicação ou de tratamentos; capacidade de trabalho), *bem-estar psicológico* (sentimentos positivos/aproveitar a vida; pensar, aprender, memória e concentração; autoestima; imagem corporal/aparência física; sentimentos negativos; espiritualidade/religião/crenças pessoais), *relações sociais* (relações pessoais; suporte (apoio) social; atividade sexual) e *meio ambiente* (segurança física e proteção; ambiente no lar; recursos financeiros; cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade; oportunidades de adquirir novas informações e habilidades; participação em oportunidades de recreação/lazer; ambiente físico: poluição/ruído/trânsito/clima; transporte). Além disso, dois itens de caráter geral de qualidade de vida foram incluídos, totalizando 26 questões (WHO, 1996). O WHOQOL-Bref pode ser autoadministrado se os inquiridos tiverem capacidade suficiente para a autorresposta. Caso contrário, o instrumento pode ser aplicado pelo entrevistador, devendo este ter o cuidado para não influenciar nas respostas do inquirido (Fleck, 2000), que foi o caso desta pesquisa.

Após a coleta dos dados, realizou-se a descrição simples das variáveis sociodemográficas. Nos dados do instrumento WHOQOL-Bref, fez-se uma análise univariada, sendo feito também o teste *t* de Student para comparar as médias entre os grupos feminino e masculino. Para tanto, utilizou-se o Programa Genes – Análises Genéticas e Estatísticas (Cruz, 2006). No caso do WHOQOL-Bref, o coeficiente de correlação de Pearson foi calculado entre os domínios (*físico, ambiental, social e psicológico*) e a qualidade de vida global.

Para obter o escore bruto dos domínios WHOQOL-Bref, os itens expressos negativamente foram recodificados, de modo que os valores numéricos atribuídos fossem invertidos: 1 = 5, 2 = 4, 3 = 3, 4 = 2, 5 = 1. Ao recodificar, os escores altos em itens expressos positivamente refletirão uma qualidade de vida mais elevada e escores baixos representariam baixa qualidade de vida. Para considerar os resultados do escore médio padronizado dos instrumentos, fez-se uso de qualquer valor decimal entre 1 e 5. Desse modo, o valor 1 representa uma avaliação da qualidade de vida mais baixa possível e o valor 5, uma avaliação da qualidade de vida mais alta possível para o indivíduo (Manual WHOQOL-OLD).

Os instrumentos foram aplicados pela própria pesquisadora e as entrevistas, realizadas individualmente durante as visitas à instituição, no período de 07 de julho a 04 de agosto de 2009.

## **5. RESULTADOS**

### **5.1. Perfil da População Residente na ILPIs São Vicente de Paulo de Ubá-MG**

A Instituição São Vicente de Paulo dispunha, em 2009, de 110 leitos. Desses, 84 estavam sendo utilizados por idosos, 44 (52,38%) mulheres e 40 (47,62%) homens, oriundos do próprio município, da região e até de outros estados. Maior percentual de mulheres residentes em ILPIs também foi encontrado nos estudos de Chaimowicz e Greco (1999) e Santos (2007). Além disso, de acordo com o banco de dados das ILPIs de Minas Gerais, elaborado pelo Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Justiça de Defesa dos Direitos das Pessoas Portadoras de Deficiência e Idosas – CAOPDI, em 2005, 57% da população idosa residente nas ILPIs era predominantemente formada pelo sexo feminino, totalizando 5.102 mulheres. Uma

explicação para a feminização da população idosa nas instituições asilares é a diferença de expectativa de vida entre os sexos.

Na ILPIs estudada, 15 residentes não eram considerados idosos, segundo a definição do Estatuto do Idoso, mas portadores de necessidades especiais. De acordo com a coordenadora do asilo, o motivo do abrigo a pessoas com menos de 60 anos é devido a questões psiquiátricas e situação de riscos social e pessoal eminentes. Ainda se justifica que a maioria dessas pessoas não tem condições de retornar ao lar e que já residia na ILPIs antes de vigorar o Estatuto do Idoso. Estudos como de Ximenes e Côrte (2007) também identificaram a presença de pessoas com idade abaixo da faixa etária considerada limite para a institucionalização em ILPIs, sendo os motivos desta o alcoolismo ou doenças intercorrentes, deficiências intelectuais ou doenças mentais.

Em relação à faixa etária, prevaleceu os idosos com idade entre 70 e 79 anos (36,90%), seguidos dos que estavam entre 60 e 69 anos (25%) e mais de 80 anos (38,09%). A média de idade da população idosa foi de 79,96 anos. Referente à média de idade dos homens e das mulheres, verificou-se que a média feminina era superior à masculina, 78,79 anos contra 74,95 anos, respectivamente.

Na caracterização dos idosos institucionalizados, identificou-se que 56% eram solteiros, 29% viúvos, 8,33% separados e 6% casados, dados que corroboram aqueles encontrados nos estudos de Chaimowicz e Greco (1999), Converso e Iartelli (2007) e Santos (2007). É importante ressaltar que o percentual de solteiros (56%), somado ao de viúvos (29%), demonstrou que a ausência de companheiro(a) pode ser fator determinante na busca por instituições asilares.

Quanto ao grau de escolaridade, 50% dos idosos eram analfabetos, 29,76% possuíam ensino fundamental incompleto, 11,9% ensino fundamental completo, 4,79% curso técnico, 2,38% ensino médio completo e 1,19%, ensino médio incompleto. Em média, os idosos frequentaram o ensino formal 1,97 ano, sendo a média de escolaridade dos homens de 1,42 anos e das mulheres, 2,47 anos.

O tempo de asilamento dos idosos na ILPIs variou de um mês a mais de 10 anos, sendo o dado de maior prevalência entre 1 e 5 anos (39,28%). Os *outliers*, ou seja, os indivíduos que apresentaram um grande afastamento dos restantes em relação ao tempo de asilamento (1 mês e 10 anos) foram retirados do estudo para não comprometerem o caráter comparativo da pesquisa. Resultado semelhante ao de Oliveira e cols. (2006),

que também verificaram o predomínio de idosos com 1 a 5 anos (48,48%) de permanência na instituição “Lar Barão do Amparo”, foco do seu estudo. Constatou-se, também, que 15,47% dos idosos permaneciam institucionalizados há mais de 10 anos na ILPIs São Vicente de Paulo, o que favorece a sua exclusão social. Ao avaliar a população como um todo, em média os idosos residiam na instituição há 6,28 anos. Segundo Laks e cols. (2000), o longo tempo de permanência em instituições asilares pode causar o aparecimento de déficits cognitivos em idosos devido ao fato de o ambiente ser pouco estimulante e ao excesso de medicação, podendo influenciar na qualidade de vida do residente.

Uma questão abordada refere-se ao grau de dependência dos residentes, apresentando três classificações: Grau de Dependência I (idosos independentes, mesmo que requeiram uso de equipamentos de autoajuda); Grau de Dependência II (idosos com dependência em até três atividades de autocuidado para a vida diária, como: alimentação, mobilidade, higiene; sem comprometimento cognitivo ou com alteração cognitiva controlada); e Grau de Dependência III (idosos com dependência que requeiram assistência em todas as atividades de autocuidado para a vida diária e, ou, com comprometimento cognitivo) (RDC nº 283, 2005).

Segundo esse critério de classificação do grau de dependência, é possível determinar os tipos de cuidados que serão necessários para atender os idosos, uma vez que a dependência não é um estado permanente, mas um processo dinâmico cuja evolução pode ser modificada, prevenida e, ou, reduzida se houver adequação do ambiente e qualificação dos serviços prestados (Caldas, 2003).

A instituição em estudo dispunha de um banco de dados no qual as informações do perfil do idoso eram atualizadas de acordo com a necessidade de especificá-las, sendo coletadas por uma equipe multidisciplinar (enfermeira, fisioterapeuta, assistente social e psicóloga), por meio da análise dos prontuários dos idosos. Assim, segundo as informações relatadas no questionário da ANVISA, que são referentes ao ano de 2009, na ILPIs 50% dos idosos apresentavam grau de Dependência I; 35,71%, grau de Dependência II; e 14,28%, grau de Dependência III. Os resultados de Converso e Iartelli (2007) mostraram que grande número de idosos (75,65%) apresentou independência para desempenhar as atividades de vida diária, ou seja, eles possuíam a capacidade de cuidar de si mesmos, executar seus papéis e suas tarefas básicas e sociais.



Na população residente na ILPIs São Vicente de Paula, as doenças crônicas não transmissíveis também se faziam presentes, sendo as principais causas de morbidade, incapacidade e mortalidade. As principais doenças crônicas relatadas foram: Alzheimer; câncer (diagnóstico ou em tratamento); cegueira e diminuição da visão; doenças cardiovasculares; doenças mentais (distúrbios cognitivos ou psiquiátricos); derrame; diabetes; feridas crônicas (úlceras vasculares, úlcera de pressão/escaras, pé diabético e, outras); hipertensão e mal de Parkinson.

No Brasil, as pessoas idosas ( $\geq 60$  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). De acordo com Veras (1994; 2001; 2003), as doenças dos idosos são crônicas e múltiplas, perduram por vários anos, exigindo acompanhamento médico constante, medicação contínua e exames periódicos. Com relação ao uso dos serviços de saúde, isso significa maior número de problemas de longa duração, com intervenções caras, envolvendo tecnologia complexa para o cuidado adequado e enormes custos humanos e sociais, que irão absorver quantidade maior de ações, procedimentos e serviços de saúde (Malta e cols., 2006).

## **5.2. A Percepção dos Idosos Quanto aos Domínios de Qualidade de Vida**

Os 20 entrevistados tinham entre 62 e 87 anos, com média de 72,7. No que se refere à escolaridade, 30% eram analfabetos, 60% tinham entre 1 e 4 anos de estudo e 10%, mais de 8 anos de estudo. Em relação ao estado civil, 55% eram solteiros, 25%, separados, 15%, viúvos, e 5%, casado. Assim, os idosos caracterizam-se, na sua maioria, por apresentar baixa escolaridade e serem solteiros. Esses dados também coincidem com os da literatura pesquisada, que mostra a predominância de idosos solteiros e com baixa escolaridade (Dias e col., 2007; Santos, 2007).

Na descrição das informações geradas no questionário WHOQOL-Bref, verificou-se que no *domínio global de QV* (Tabela 1), quando os idosos foram questionados sobre como avaliariam sua qualidade de vida e quanto satisfeitos estavam com sua saúde, 40% respondeu que tinha *boa* qualidade de vida e 30% consideraram-na

nem ruim e nem boa, estando 45% *satisfeitos*, 20% *muito satisfeitos* e 20% nem satisfeitos nem insatisfeitos com sua saúde.

Os questionamentos que compreendem o *domínio físico* são referentes a 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 respostas com maior abarcamento da população foram: 65% estavam *satisfeitos* com a capacidade de desempenhar as atividades do dia a dia, 50% responderam que precisavam *bastante* de algum tratamento médico para levar a sua vida diária, 45% estavam *satisfeitos* com o seu sono, 40% estavam *satisfeitos* com sua capacidade para o trabalho e 40% achavam que a dor física os impedia *bastante* de fazer o que precisavam, enquanto no item energia e fadiga as respostas dividiram-se em *muito pouco* e *médio* (35%), respectivamente.

Ao comparar as respostas do *domínio físico* com as do *domínio global de QV*, percebeu-se que há incongruência nas respostas. Enquanto 65% se consideravam satisfeitos ou muito satisfeitos com sua saúde, 50% disseram precisar *bastante* de algum tratamento médico para levar a sua vida diária e 40% achavam que a dor física os impedia *bastante* de fazer o que precisavam. Resultado similar também foi observado por Lindgren e col. (1994) com idosos institucionalizados que apresentavam acuidade visual e problemas auditivos. Assim, apesar da incoerência nas respostas, pode-se inferir que a necessidade de tratamento médico e as limitações na vida diária geradas pela dor física não afetaram a percepção subjetiva dos idosos com relação à sua saúde. Desse modo, a autoavaliação no *domínio global de QV* está relacionada à percepção subjetiva do indivíduo, a aspectos físicos, psicológicos e sociais e a elementos de avaliação positivos e negativos.

No *domínio psicológico*, quando indagados sobre quanto aproveitavam a vida, 45% disseram que aproveitavam *mais ou menos*, 30% que não aproveitavam *nada* e 30% que aproveitavam *bastante*. Embora a instituição promova 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. Dado que pode ser diferenciado quando os estímulos para realizar atividades físicas, de lazer, de trabalho, artísticas e sociais atenderem aos interesses dos idosos da instituição, uma vez que os estímulos a essas atividades

contribuem para o equilíbrio físico, psicoemocional e social do idoso. 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 (Ximenes e Côrte, 2007). Assim, medidas que favoreçam as atividades lúdicas e recreativas também devem ser priorizadas 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.

Ainda no *domínio psicológico*, 65% responderam que estavam *satisfeitos* consigo mesmos, embora 40% tenham dito que aceitavam sua aparência física *mais ou menos*, 65% se consideravam capazes de se concentrarem, 45% afirmaram que a vida tinha *bastante* sentido e 45% que nunca apresentaram sentimentos negativos, como mau humor, desespero, ansiedade e depressão, embora 15% tenham afirmado sentir tais sentimentos sempre.

Os dados relativos ao *domínio relações sociais* mostraram que 80% dos idosos estavam *satisfeitos* ou *muito satisfeitos* com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas), e apenas um disse estar *insatisfeito*. Dos 20 idosos participantes, 70% declararam que estavam *satisfeitos* com o apoio que recebiam de seus amigos. Com relação à vida sexual, mais da metade (55%) referiu estar *satisfeito*, mesmo com o predomínio de idosos solteiros e 30% alegaram insatisfação. Resultado contraditório à realidade vivenciada na ILPIs, pois as visitas familiares aconteciam esporadicamente e o convívio social na instituição não era caloroso, muitos se isolavam, porém o resultado retrata a percepção dos idosos com suas relações pessoais.

Tabela 1 - Descrição em números e porcentagem dos idosos nos domínios do WHOQOL-Bref, ILPI São Vicente de Paulo, Ubá/MG, 2009

DOMÍNIOS/ITENS	ESCALA*				
	1 N(%)	2 N(%)	3 N(%)	4 N(%)	5 N(%)
<b>DOMÍNIO GLOBAL</b>					
1. Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1(5)	1(5)	6(30)	8(40)	4(20)
2. Quão satisfeito você está com sua saúde?	1(5)	2(10)	4(20)	9(45)	4(20)
<b>DOMÍNIO FÍSICO</b>					
3. Em que medida você acha que sua dor física impede você de fazer o que você precisa?	7(35)	2(10)	3(15)	8(40)	0
4. Quanto você precisa de algum tratamento médico para levar a vida?	2(10)	6(30)	2(10)	10(50)	0
10. Você tem energia suficiente para seu dia a dia?	1(5)	7(35)	7(35)	5(25)	0
15. Quão bem você é capaz de se locomover?	2(10)	3(15)	7(35)	4(20)	4(20)
16. Quão satisfeito(a) você está com seu sono?	1(5)	2(10)	3(15)	9(45)	5(25)
17. Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	0	4(20)	1(5)	13(65)	2(10)
18. Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	0	2(10)	3(15)	8(40)	3(15)
<b>DOMÍNIO PSICOLÓGICO</b>					
5. Quanto você aproveita a vida?	6(30)	1(5)	7(35)	6(30)	0
6. Em que medida você acha que sua vida tem sentido?	1(5)	3(15)	6(30)	9(45)	1(5)
7. Quanto você consegue se concentrar?	1(5)	2(10)	4(20)	13(65)	0
11. Você é capaz de aceitar sua aparência física?	0	2(10)	8(40)	6(30)	4(20)
19. Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	0	1(5)	3(15)	13(65)	3(15)
26. Com que frequência você tem sentimentos negativos como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	9(45)	5(25)	1(5)	2(10)	3(15)
<b>DOMÍNIO RELAÇÕES SOCIAIS</b>					
20. Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	0	1(5)	3(15)	10(50)	6(30)
21. Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	0	6(30)	3(15)	11(55)	0
22. Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	0	1(5)	3(15)	14(70)	2(10)
<b>DOMÍNIO MEIO AMBIENTE</b>					
8. Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	2(10)	3(15)	3(15)	11(55)	1(5)
9. Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1(5)	3(15)	8(40)	7(35)	1(5)
12. Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1(5)	9(45)	6(30)	3(15)	1(5)
13. Quão disponíveis para você estão as informações de que precisa no seu dia-a-dia?	0	1(5)	2(10)	8(40)	9(45)
14. Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	5(25)	2(10)	6(30)	6(30)	1(5)
23. Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1(10)	0	3(15)	13(65)	3(15)
24. Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	0	5(25)	4(20)	10(50)	1(5)
25. Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	0	4(20)	3(15)	13(65)	0

Fonte: Dados da 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 (Ximenes e Côrte, 2007). Para Ximenes e Côrte (2007), 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, 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.

No *domínio meio ambiente*, na questão referente à satisfação com as condições do local onde os idosos moravam, a maioria respondeu que estava *satisfeita* (65%) ou *muito satisfeita* (15%). No que se refere à segurança física e proteção em sua vida diária, 60% se sentiam *bastante* seguros. Com relação ao ambiente físico (poluição/ruído/trânsito/clima), 40% disseram que o ambiente é *mais ou menos* saudável, enquanto 40% achavam o ambiente *bastante* saudável. Apesar de grande porcentagem de idosos estarem satisfeitos com a condição do local de residência, 20% idosos não consideravam o ambiente saudável. Resultado que pode estar relacionado 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 acabavam desrespeitando os hábitos, o espaço, o poder de decisão, a autonomia e a história de vida (constituída a partir dos seus objetos pessoais). Isso porque eles não dispunham de um calendário especificando os dias e horas para receber visitantes (sem vínculo de parentesco), voluntários, eventos (bazar, bingos, bailes), o que gera desconforto

no ambiente físico em virtude do barulho, movimentação e invasão de privacidade (Ferreira, 2005; Ximenes e Côrte, 2007). Além disso, a localização da instituição estudada, que fica na área central da cidade, sendo um local de fácil acesso à população, além de possuir uma igreja aberta à comunidade, podem estar contribuindo para a baixa satisfação dos idosos em relação a este domínio.

Quando questionados se dispunham de dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades, 45% responderam  *muito pouco* e 30%,  *mais ou menos*. Para 45% dos entrevistados, as informações que precisavam no seu dia a dia estavam  *muito disponíveis*. Os idosos também disseram estar  *satisfeitos* ou  *muito satisfeitos* com o seu meio de transporte e com o seu acesso aos serviços de saúde (65% e 55%, respectivamente). Porém, no item “em que medida você tem oportunidade de atividades de lazer”, os idosos ficaram bem divididos, pois 30% disseram ter muita oportunidade, 30% médio, 25% nada, 10% muito pouco e 5% idoso relatou ter completamente.

### 5.3. Valores Médios dos Diferentes Domínios do WHOQOL-Bref

O resultado do instrumento demonstrou que, entre os domínios do questionário WHOQOL-Bref,  *relações sociais* apresentou a maior média (14,86), seguida do  *domínio global de QV* (14,60) (Tabela 2).

Em relação ao  *domínio físico*, o que mais influenciou para que este estivesse abaixo da média<sup>7</sup> de referência (12) foram as questões referentes a  *dor* (10,4),  *energia e fadiga* (11,2) e  *mobilidade* (9,0). As questões sobre  *sono* (15,0),  *capacidade para o trabalho* (14,8) e  *atividade da vida cotidiana* (14,6) foram as que mais contribuíram positivamente com o  *domínio físico*. 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. Segundo Néri (1993),

---

<sup>7</sup> A média encontrada para cada domínio de qualidade de vida foi comparada com o valor máximo da escala de referência, escala de 4 a 20 (Murphy e cols., 2000).

quanto mais ativo o idoso, maior sua satisfação com a vida e, conseqüentemente, melhor sua qualidade de vida.

Verificou-se que a *auto-estima* e *aparência física* obtiveram as melhores médias do *domínio psicológico*, 15,6 e 14,4, respectivamente. As questões relacionadas à *sentimento negativo* (9,00) e *aproveitar a vida* (10,60), foram aquelas que apresentaram menor contribuição para o domínio, com médias inferiores à de referência. 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 (Oliveira e cols., 2006; Pavan e cols., 2008). Os resultados, segundo os referidos autores, podem ter sofrido influências dessas características, justificando, assim, uma menor contribuição nas questões relacionadas ao *domínio psicológico*.

No *domínio das relações sociais*, todas as questões apresentaram média superior à média de referência (14,86), sendo as que mais contribuíram para esse domínio as *relações pessoais* (16,2) e o *apoio social* (15,4) que os idosos da ILPIs recebem de seus amigos, sendo estes os próprios idosos residentes da instituição e amigos da comunidade de Ubá. O item *atividade sexual* foi o que demonstrou menor contribuição (13,0), fato que pode ser justificado devido ao fato de a população amostral do estudo ser constituída, em sua maioria, por idosos solteiros.

Os dados relativos ao *domínio meio ambiente, recursos financeiros* (10,8) representaram a menor contribuição para a média do domínio (12,95), seguido das *oportunidades para atividades de lazer* (11,2). As condições do local onde os idosos moravam, ou seja, *ambiente do lar* (15,4), bem como *segurança física e proteção* (13,2), foram os elementos que mais contribuíram, seguidos da satisfação destes com o meio de *transporte* (13,8), *acesso aos serviços de saúde* (13,4), disponibilidade a *informações* que precisam no seu dia a dia (13,0) e *ambiente físico*, incluindo clima, barulho, poluição e atrativos (15,4).

Tabela 2 - Valores médios dos diferentes domínios do WHOQOL-Bref, Ubá/MG, 2009

Domínios	Variáveis	Escala					Média** Ponderada	Média Simples
		1	2	3	4	5		
QV Global	QV	1	1	6	8	4	14,6	14,60
	Saúde	1	2	4	9	4	14,6	
Físico	Dor e desconforto	0(5)*	8(4)*	3(3)*	2(2)*	7(1)*	10,4	12,42
	Energia e fadiga	1	7	7	5	0	11,2	
	Sono e repouso	1	2	3	9	5	15,0	
	Mobilidade	2	3	7	4	4	9,0	
	Atividades da vida cotidiana	0	4	1	13	2	14,6	
	Tratamento médico	0(5)*	10(4)*	2(3)*	6(2)*	2(1)*	12,0	
	Capacidade de trabalho	6	6	3	8	3	14,8	
Psicológico	Sentimentos positivos	6	1	7	6	0	10,6	12,76
	Concentração	1	2	4	13	0	13,8	
	Autoestima	0	1	3	13	3	15,6	
	Imagem corporal e aparência	0	2	8	6	4	14,4	
	Sentimentos negativos	3(5)*	2(4)*	1(3)*	5(2)*	9(1)*	9,0	
	Espiritualidade/religião	1	3	6	9	1	13,2	
Relações Sociais	Relações pessoais	0	1	3	10	6	16,2	14,86
	Suporte (apoio) social	0	1	3	14	2	15,4	
	Atividade sexual	0	6	3	11	0	13,0	
Meio Ambiente	Segurança física e proteção	2	3	3	11	1	13,2	12,95
	Ambiente do lar	1	0	3	13	3	15,4	
	Recursos financeiros	1	9	6	3	1	10,8	
	Acesso a serviços de saúde	0	5	4	10	1	13,4	
	Informações	1	2	8	9	0	13,0	
	Lazer	5	2	6	6	1	11,2	
	Ambiente físico	1	3	8	7	1	12,8	
Transporte	0	4	3	13	0	13,8		

Fonte: dados da pesquisa.

\*Itens recodificados.

\*\*Para calcular a média ponderada, multiplicou-se o número de respostas pelo referido valor da escala e dividiu pelo número de respondentes (20). Em seguida, multiplicou-se por 4 para que todos os valores ficassem numa escala de 4 a 20.

Ao comparar as médias dos escores dos *domínios da qualidade de vida* entre os sexos feminino e masculino, observou-se que não houve diferenças estatisticamente significativas entre as médias dos diferentes domínios (*global, físico, psicológico, social e ambiental*) para os dois grupos (Tabela 3). Resultados diferentes desses foram



verificados por Pereira e cols. (2006), que identificaram uma diferença significativa nos domínios *físico, psicológico e ambiental* ao comparar as médias entre os sexos.

Tabela 3 - Comparação entre as médias dos domínios de QV entre os grupos masculino e feminino da ILPIs São Vicente de Paulo, Ubá, MG, 2009

Domínios	Masculino (média ± dp)	Feminino (média ± dp)	Teste t	P
QV global	7,28 ± 1,77	7,33 ± 1,75	0,5428	0,956
Físico	22,35 ± 2,52	22,66 ± 2,54	0,2431	0,805
Psicológico	19 ± 3,30	19,5 ± 3,16	0,3158	0,753
Relações sociais	11,14 ± 1,47	11,16 ± 1,46	0,3251	0,972
Meio ambiente	25,07 ± 4,69	27,83 ± 4,77	1,1980	0,245

Fonte: Dados da pesquisa.

Na avaliação do grau de associação entre os diferentes domínios e o *domínio global de QV*, verificou-se correlação positiva em todos os casos. Os maiores coeficientes de correlação de Pearson foram identificados para os domínios *relações sociais* (0,70) e *meio ambiente* (0,67). Já no que se refere aos domínios *físico e psicológico*, constatou-se que houve, respectivamente, correlação moderada (0,47) e baixa (0,27). Observou-se também que 18 idosos apresentaram, na média padronizada do escore total, valores iguais ou superiores a 3, e apenas dois idosos obtiveram valores inferiores a 3, um homem e uma mulher.

Considerando o estudo realizado, os resultados do WHOQOL-Bref demonstraram que todos os domínios apresentaram médias superiores ao valor médio de referência (12), na escala de 4 a 20. Além disso, 90% dos idosos na análise da média padronizada do escore total obtiveram valores iguais ou superiores a 3, o que permite inferir que os idosos residentes na ILPI São Vicente de Paulo não possuem baixa qualidade de vida. Isso porque os escores da média padronizada podem ter qualquer valor de 1 a 5, ou seja, quanto maior o valor, melhor a qualidade de vida.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O envelhecimento é um processo natural que pode conduzir o idoso a perdas na sua rede de apoio social, culminando, na sua institucionalização. Historicamente, as

ILPIs surgiram com um perfil assistencialista e uma visão caritativa. Atualmente, seus serviços são indispensáveis para a sociedade, porém com a responsabilidade de reproduzir um ambiente residencial, um lugar de vida, de aconchego, de identidade, de cuidados, e, ao mesmo tempo, com qualidade de vida.

Os idosos constituem um grupo particular que apresenta especificidades de importante relevância para se entender os aspectos que interferem em sua qualidade de vida. A ausência de rede social (família, cônjuge, amigos), o baixo nível educacional e o longo tempo de residência em ILPIs são fatores que contribuem para o desenvolvimento de doenças que acometem o estado mental do idoso. Logo, aspectos referentes a capacidade física, autonomia, ambiente físico e intimidade são fatores que interferem na qualidade de vida.

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.

É importante considerar que muitas das medidas funcionais adotadas e qualificação dos profissionais que lidam diariamente com os idosos, devido à estrutura do espaço, falta de profissionais em número suficiente e à necessidade de atender a 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. Pode, assim, haver uma perda na percepção com relação à qualidade de vida, pois os idosos ao não se identificarem com seu local de residência, tendem a rejeitar as possibilidades de alcançar novas realizações, fazendo com que vivam em um mundo à parte, isolados.

Do mesmo modo, ações que objetivem melhorar a QV 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.

## **7. REFERÊNCIAS**

ARAÚJO, L. F.; COUTINHO, M. P. L.; SANTOS, M. F. O idoso nas instituições gerontológicas: um estudo na perspectiva das representações sociais. **Psicologia Sociedade**, v. 18, n. 2, p. 89-98, 2006.

BERTOLUCCI, P. H. F.; BRUCKI, S. M. D.; CAMPACCI, S. R.; JULIANO, Y. O Mini-Exame do Estado Mental em uma população geral – impacto da escolaridade. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, v. 52, n. 1, p. 1-7, 1994.

BRASÍLIA. **Relatório de inspeção a instituições de longa permanência para idosos (ILPIs)**. Brasília, 2008. p. 112.

CALDAS, C. P. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, n. 3, p. 773-781, 2003.

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

CHAIMOWICS, F.; GRECO, D. B. Dinâmica da institucionalização de idosos em Belo Horizonte, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 33, n. 5, p. 454-460, 1999.

COMERLATO, E. M. B.; GUIMARÃES, I.; ALVES, E. D. Tempo de Ampliar e tempo de colher: as representações sociais de profissionais de saúde e idosos sobre o processo de envelhecimento. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 09, n. 03, p. 736-747, 2007.

CONVERSO, M. E. R.; LARTELLI, I. Caracterização e análise do estado mental e funcional de idosos institucionalizados em instituições públicas de longa permanência. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 56, n. 4, p. 267-272, 2007.

CRUZ, C. D. **Programa GENES: estatística experimental e matrizes**. Viçosa, MG: Editora UFV, 2006.

DIAS, I. G.; TEIXEIRA, K. M. D.; LORETO, M. D. S.; MAFRA, S. C. T. Reflexão dos idosos e de seus familiares acerca do relacionamento intergeracional antes e após a institucionalização asilar. **Oikos**, v. 18, p. 67-87, 2007.

DAVIM, R. M. B.; TORRES, G. V.; DANTAS, S. M. M.; LIMA, V. M. Estudo com Idosos de Instituições Asilares no Município de Natal/RN: características socioeconômicas e de saúde. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 12, n. 3, p. 518-24, 2004.

FLECK, M. P. A.; LUOZADA, S.; XAVIER, M.; CHACHAMOVICH, E.; VIEIRA, G.; SANTOS, L.; PINZON, V. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". **Revista de Saúde Pública**, v. 34, n. 2, p. 178-83, 2000.

FLECK, M. P. A.; CHACHAMOVICH, E.; TRENTINI, C. M. Projeto WHOQOL-OLD: método e resultados de grupos focais no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 37, n. 6, p. 793-799, 2003.

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 fev. 2010.

LAKS, J.; VEJA, Ú.; SILBERMAN, C.; ROZENTHAL, M.; NIGRI, F. N.; FREITAS, R. C.; MACHADO, M.; ENGELHARDT, E. Rastreamento cognitivo em idosos esquizofrênicos institucionalizados. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 22, n. 4, p. 159-63, 2000.

LEI Nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, p. 23. **Estatuto do idoso**. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/2003/L10.741](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.741)>. Acesso em: 28 out. 2007.

LINDGREN, A. M.; SVARDSUDD, K.; TIBBLIN, G. Factors related to perceived health among elderly people: the Albertina Project. **Age and Ageing**, v. 23, n. 4, p. 328-333, 1994.

MALTA, D. C.; CEZÁRIO, A. C.; MOURA, L.; NETO, O. L. M.; JUNIOR, J. B. S. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do sistema único de saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 15, n. 1, p. 47-65, 2006.

MANUAL WHOQOL-OLD POWER, M.; SCHMIDT, S.; WHOQOL-OLD Group. **Organização Mundial de Saúde**. [S.l.: s.n.t.].

MELO, D. M. **Envelhecimento saudável – Uma questão de opção**. 2003. Disponível em: <<http://www.jfsservice.com.br/viver/arquivo/psique/2003>>. Acesso em: 23 jun. 2008.

NERI, A. L. **Qualidade de vida e idade madura**. Campinas, SP: Papyrus, 1993.

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, 2001.

OLIVEIRA, C. R. M.; SOUZA, C. S.; FREITAS, T. M.; RIBEIRO, C. Idosos e família: asilo ou casa, 2006. **Portal dos Psicólogos**. Disponível em: <[www.psicologia.com.pt](http://www.psicologia.com.pt)>. Acesso em: 12 nov. 2009.

PAIS-RIBEIRO, J. L. Quality of life is a primary end-point in clinical settings. **Clinical Nutrition**, n. 23, p. 121-130, 2004.

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, R. J.; COTTA, R. M. M.; FRANCESCHINI, S. C. C.; RIBEIRO, R. C. L.; SAMPAIO, R. F.; PRIORE, S. E.; CECON, P. R. Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. **Revista de Psiquiatria**, v. 28, n. 1, p. 27-38, 2006.

SANTOS, S. R.; SANTOS, I. B. C.; FERNANDES, M. G. M.; HENRIQUES, M. E. R. M. Qualidade de vida do idoso na COMUNIDADE: aplicação da escala de Flanagan. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 10, n. 6, p. 757-64, 2002.

SANTOS, K. R. **Imagens e narrativas de uma instituição asilar e da velhice, construídas por três segmentos distintos: idosos moradores, gestores e voluntários**. 2007. 253 f. Dissertação (Mestrado em Gerontologia) – Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, 2007.

SANTOS, A. J. **Cotidiano familiar e qualidade de vida de usuários dependentes de cuidado – Programa de Saúde da Família**. 2008. 106 f. Dissertação (Mestrado em Economia Doméstica) – Universidade federal de Viçosa, Viçosa, MG, 2008.

THE WHOQOL Group. The development of the World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument (the WHOQOL). In: ORLEY, J.; KUYKEN, W. **Quality of life assessment: international perspectives**. Heidelberg: Springer Verlag, 1994. p. 41-60.

WHO – World Health Organization. **WHOQOL-Bref: introduction, administration, scoring and generic version of the assessment**, 1996.

WHO – World Health Organization. **WHOQOL measuring quality of life**. Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse World Health Organization, 1997.

VERAS, R. P. **País jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará/Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1994.

VERAS, R. P. Modelos contemporâneos no cuidado à saúde: novos desafios em decorrência da mudança do perfil epidemiológico da população brasileira. **Revista USP**, v. 51, p. 72-85, 2001.

VERAS, R. P. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, n. 3, p. 705-715, 2003.

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.

\*Recebido em 17 de março de 2011 Aceito em 01 de junho de 2011.