

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS

Lays Gomes Vaz¹
Gabriela Nayara da Silva Carvalho²
Viviane Bezerra da Silva Lima³
Walter Rogério Diesel⁴
Andrey Tavares de Oliveira Penido⁵
João Paulo Garcia Bezerra⁶
Leonardo Lopes Nascimento⁷

RESUMO

O conceito de qualidade de vida deve ser considerado na perspectiva individual, desenvolvendo-se de maneira inseparável de condições de vida, como saúde, moradia, educação, lazer, transporte, autoestima, baseando-se em capacidade funcional, nível socioeconômico e satisfação. Sendo assim, o escopo dessa pesquisa é avaliar a qualidade de vida de idosos institucionalizados. Foi realizado um estudo analítico e observacional e a amostra foi composta por 20 idosos institucionalizados, de ambos os sexos, com faixa etária igual ou superior a 60 anos. Todos os participantes foram submetidos a três questionários: sociodemográfico, questionário da Organização Mundial de Saúde sobre qualidade de Vida (WHOQOL – Bref); e questionário da organização Mundial de Saúde sobre Qualidade de vida, específico para idosos (WHOQOL-Old). Em todas as análises foi adotado um nível de significância de 5% ($p < 0.05$). No WHOQOL-bref o domínio relações sociais apresentou médias superiores aos demais domínios 62,08 ($\pm 23,80$), sendo assim, um aspecto importante em que são estabelecidas ações que promovem a formação de grupos para a realização de atividades; e o domínio mais comprometido foi o psicológico 53,33 ($\pm 13,63$) seguido do físico 53,39 ($\pm 16,16$), o qual apresentam situações estressoras e até mesmo associação ao aparecimento de doenças crônicas que afetam também a manutenção da autonomia do idoso. O Whoqol-Old registrou a prevalência da FAC6 83,00 ($\pm 11,96$), no qual inibe e distorce as reservas de informações particulares, ocorrendo à perda de intimidade do internado. Conclui-se que o domínio relações sociais foi o que contribuiu positivamente com a maior média, assim, como os estudos consultados onde comprova que as pessoas idosas mostravam-se adaptadas ao meio. E no WHOQOL-Old a FAC6 representa a perda

¹ Discente do Curso de Fisioterapia da Universidade Salgado de Oliveira – UNIVERSO.

² Discente do Curso de Fisioterapia da Universidade Salgado de Oliveira – UNIVERSO.

³ Discente do Curso de Fisioterapia da Universidade Salgado de Oliveira – UNIVERSO.

⁴ Graduação em Ciências Econômicas pela Universidade Federal de Santa Maria, Mestrado em Economia Rural pela Universidade Federal de Viçosa, e Docente do curso de Fisioterapia da Universidade Salgado de Oliveira – UNIVERSO. E-mail: walterdiesel@gmail.com

⁵ Fisioterapeuta, Especialista em Terapias Manuais e Docente do Curso de Fisioterapia da Universidade Salgado de Oliveira – UNIVERSO. Email: andreypenido@me.com

⁶ Fisioterapeuta, Especialista em Traumatologia Ortopédica e Docente do Curso de Fisioterapia da Universidade Salgado de Oliveira – UNIVERSO. Email: fisio_joaopaulo@hotmail.com

⁷ Fisioterapeuta, Mestre em Engenharia Biomédica, Doutorando em Ciências da Saúde e Docente do curso de Fisioterapia da Universidade Salgado de Oliveira – UNIVERSO campus Goiânia-GO. E-mail: nascimentoll@gmail.com

de intimidade do idoso institucionalizado.

Palavras-chave: Idosos institucionalizados; envelhecimento; qualidade de vida.

INTRODUÇÃO

O ciclo de vida humano é composto por fases: infância, adolescência, adulta e envelhecimento. Cada fase deste ciclo possui uma característica única, características estas relacionadas à qualidade de vida, conhecimento, estado geral de saúde, envolvimento social e lazer (LOPES et al., 2014).

Segundo Antunes e colaboradores (2006) o envelhecimento é um processo natural e manifesta-se por um declínio das funções de diversos órgãos que ocorre caracteristicamente em função do tempo, não se conseguindo definir um ponto exato de transição, como nas demais provoca alterações e desgastes em vários sistemas funcionais, que acontecem de forma progressiva e irreversível. O momento em que essas transformações surgem, quando passam a ser percebidas e como evoluem, diferencia-se de um indivíduo para outro.

O envelhecimento se caracteriza pelas transformações do sujeito tanto na dimensão biológica, social, psicológica e/ou cultural durante toda sua existência. A psicologia traz uma discussão que não reconhece oposição entre o desenvolvimento e processo de envelhecimento. A psicologia e gerontologia, na década de 70, entendiam que essas especialidades eram oponentes e inconciliáveis, sendo que atualmente são adaptativos entre períodos de ganhos e perdas em geral. A prática da geriatria teve o seu início na França no século XIX, com a formação de asilos que abrigavam uma população de velhos doentes em um número considerável. Passou-se a exercer a medicina curativa e terapêutica (PASCHOAL, 2004).

Assis e colaboradores (2004) entende que o sexo e a idade são variáveis que devem ser consideradas na velhice em razão das influências que exercem na genética na biologia humana e no comportamento social e cultural do indivíduo.

A qualidade de vida conceitua na perspectiva individual, desenvolvendo-se de maneira inseparável de condições de vida, como saúde, moradia, educação, lazer, transporte, autoestima, baseando-se em capacidade funcional, nível socioeconômico e satisfação (CAMARANO, 2008).

O objetivo do estudo foi avaliar a qualidade de vida de idosos

institucionalizados na cidade de Aparecida de Goiânia.

1 Métodos

Trata-se de um estudo observacional e analítico, realizado no Abrigo Comendador Walmor, na cidade de Aparecida de Goiânia-GO, com o objetivo de avaliar a qualidade de vida de idosos institucionalizados.

A amostra foi composta por 20 idosos, de ambos os sexos com faixa etária igual e/ou acima de 70 anos, moradores do abrigo Comendador Walmor e que assinarem o termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os critérios de inclusão foram: idosos de ambos os sexos, institucionalizados com função auditiva e cognitiva preservada. E como critérios de exclusão: os idosos que estiverem indispostos, nervosos e que não queiram participar.

Todos os participantes responderam a três questionários, sendo o primeiro, o questionário sociodemográfico, que incluiu dados de identificação, estado civil, anos de escolaridade e situação ocupacional, o segundo foi o questionário da OMS sobre qualidade de vida: versão abreviada (WHOQOL-bref), validado em português, o qual procurou mensurar a qualidade de vida dos idosos institucionalizados pelo aspecto físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente.

Esse questionário é composto por 26 perguntas, sendo duas perguntas gerais de avaliação global de qualidade de vida e saúde e as demais 24 distribuídas nos aspectos (físico, psicológico, social e ambiental (SANTOS et al., 2014; FAVACHO; SANTA ROSA, 2012). E o terceiro, um questionário OMS sobre qualidade de vida – versão específica para idosos (WHOQOL-Old), validado em português que mensurará a qualidade de vida dos idosos pelos aspectos de OMS sobre qualidade de vida: versão específica para idosos (WHOQOL-Old), a partir de seis aspectos (funcionamento dos sentidos FAC1; autonomia FAC2; atividades passadas, presentes e futuras FAC3; participação social FAC4, morte e morrer FAC5 e intimidade FAC6). Cada aspecto tem quatro perguntas e seus valores serão calculados da mesma forma que os domínios do WHOQOL-Bref. No entanto, neste instrumento os escores serão combinados com as respostas aos 24 itens, gerando um escore total que varia de 24 a 120.

Os dados foram registrados em planilha eletrônica Microsoft Excel, criou-se um banco único, analisado com aplicação do programa IBM Statistical Package for

Social Science (SPSS), versão 23.0. A caracterização do grupo foi realizada utilizando os valores de frequência absoluta (n) e relativa (%). A normalidade dos instrumentos de qualidade de vida verificada por meio do teste de Shapiro-Wilk. A comparação da qualidade de vida medida pelo WHOQOL-bref e WHOQOL-old com o perfil do grupo foi realizada com base no teste de Mann-Whitney. A correlação de Spearman foi realizada a fim de verificar de comparar qualidade de vida medida por ambos os instrumentos. Em todas as análises foi adotado um nível de significância de 5% ($p < 0.05$)

2 Resultados e Discussão

A amostra foi composta por 20 idosos com idade média (± 70 anos), predominantemente do sexo masculino (65%), todos os idosos declararam ser solteiros e aposentados (100%) sendo que mais da metade não praticam nenhuma atividade física (60%). Contudo, dos (40%) que praticam atividades físicas, três entrevistados tem a frequência de três vezes por semana e somente um pratica uma vez por semana. O que pode ver é que aqueles que declararam praticar atividade física com frequência não declararam sofrer com alguma patologia, ao passo que (60%) da amostra, que são sedentários disseram ter problemas de saúde e serem usuários de remédios controlados para tratar ou controlar suas enfermidades.

Tabela 1. Caracterização do perfil do grupo.

	n	%
Faixa etária		
≤ 70 anos	8	40,0
> 70 anos	12	60,0
Sexo		
Feminino	7	35,0
Masculino	13	65,0
Estado Civil		
Casado	0	0,0
Solteiro	20	100,0
Principal ocupação		
Aposentado	20	100,0
Trabalho formal	0	0,0
Pratica atividade física		
Não	17	60,0
Sim	3	40,0
Frequência da atividade		
1 vez por semana	1	5,0
3 vezes por semana	3	15,0

Não pratica	12	60,0
Não informado	4	20,0
Possui alguma doença		
Não	4	20,0
Sim	16	80,0
Toma medicamento		
Não	4	20,0
Sim	16	80,0

Tabela 2. Descrição da qualidade de vida avaliada pelo WHOQOL-bref e WHOQOL-old.

	Mediana	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
WHOQOL-bref					
Físico	57,14	53,39	16,16	14,29	82,14
Psicológico	50,00	53,33	13,63	29,17	79,17
Social	66,67	62,08	23,80	8,33	100,00
Ambiental	59,38	57,97	13,66	31,25	81,25
Escore total (WHOQOL-Bref)	60,04	56,69	12,44	28,20	74,33
WHOQOL-old					
FAC1	62,50	65,25	16,50	40,00	95,00
FAC2	52,50	51,00	16,59	25,00	80,00
FAC3	65,00	62,00	17,58	25,00	90,00
FAC4	65,00	64,75	14,46	30,00	95,00
FAC5	65,00	70,25	22,03	45,00	100,00
FAC6	85,00	83,00	11,96	45,00	95,00

Analisando a tabela 2, o que se pode observar é que o Escore Total (WHOQOL-Bref) ficou dentro dos parâmetros do instrumento de pesquisa, pois registrou 56.69, tendo como maior registro o domínio relações sociais apresentou médias superiores aos demais domínios 62,08 ($\pm 23,80$), sendo assim, um aspecto importante onde são estabelecidas ações que promovem a formação de grupos para a realização de atividades; e o domínio mais comprometido foi o psicológico 53,33 ($\pm 13,63$) seguido do físico 53,39 ($\pm 16,16$), onde apresentam situações estressoras e até mesmo associação ao aparecimento de doenças crônicas que afetam também a manutenção da autonomia do idoso (CAMARANO, 2008).

As mulheres estão mais expostas do que os homens aos problemas físicos e mentais, pelo o fato de estarem institucionalizadas, conseqüentemente menores escores no domínio psicológico (REGUERA et al., 2001).

A maior influência do domínio físico na qualidade de vida desses idosos ressalta a importância de se considerar a capacidade funcional como importante fator de impacto (GOULART, 2014).

Goulart (2014) destaca que a capacidade funcional, atualmente, surge como um novo paradigma de saúde para os indivíduos idosos, e o envelhecimento saudável passa a ser visto como uma interação multidimensional entre saúde física e mental, independência na vida diária, integração social, suporte familiar e independência econômica.

A qualidade de vida na velhice tem sido associada a questões de independência e autonomia, e a dependência do idoso resulta das alterações biológicas (incapacidades) e de mudanças nas exigências sociais (GARRIDO et al., 2002).

O Whoqol-Old registrou a prevalência da faceta intimidade (FAC6) 83,00 ($\pm 11,96$), onde no qual inibe e distorce as reservas de informações particulares, ocorrendo à perda de intimidade do idoso institucionalizado (IBGE, 2009).

Segundo Goulart (2014), a faceta intimidade e o domínio relações sociais do Whoqol-Bref provavelmente está associada ao fato de que quanto menos relações sociais esses idosos possuírem menores serão as possibilidades de construir laços afetivos.

Na faceta intimidade, avalia-se a capacidade para as relações pessoais e íntimas, assim podendo ser explicado pela insatisfação dos idosos da pesquisa na convivência com seus companheiros e com aqueles que os cercam. Neste sentido, as relações íntimas devem ser consideradas pelos profissionais de saúde durante a avaliação e acompanhamento de idosos que apresentem comprometimento da autoestima (MEURER et al., 2011).

A ausência de um parceiro pode ocasionar dificuldades na capacidade do idoso de ter outras relações pessoais e íntimas, podendo, assim, ter um maior impacto na faceta intimidade segundo (TAVARES et al., 2012).

O menor escore registrou na faceta autonomia (FAC2) 51,00 ($\pm 16,59$), onde esta condição pode estar relacionada com a dificuldade dos idosos em tornarem as suas próprias decisões, agir com liberdade e de acordo com os seus desejos (FONSECA et al., 2010).

Os profissionais da saúde devem planejar organizar e coordenar as suas ações nos diferentes espaços em que os idosos estão inseridos e de forma que vise estimular a autonomia deles na tomada de decisões e suas preferências (GUERRERA, et al., 2001).

Afirma-se Inouye (2007), que os idosos devem ser estimulados a terem

autonomia e independência por meio de um processo contínuo de educação, crescimento, atualização e realização pessoal, de forma a incluí-los como membros ativos e construtores da sociedade.

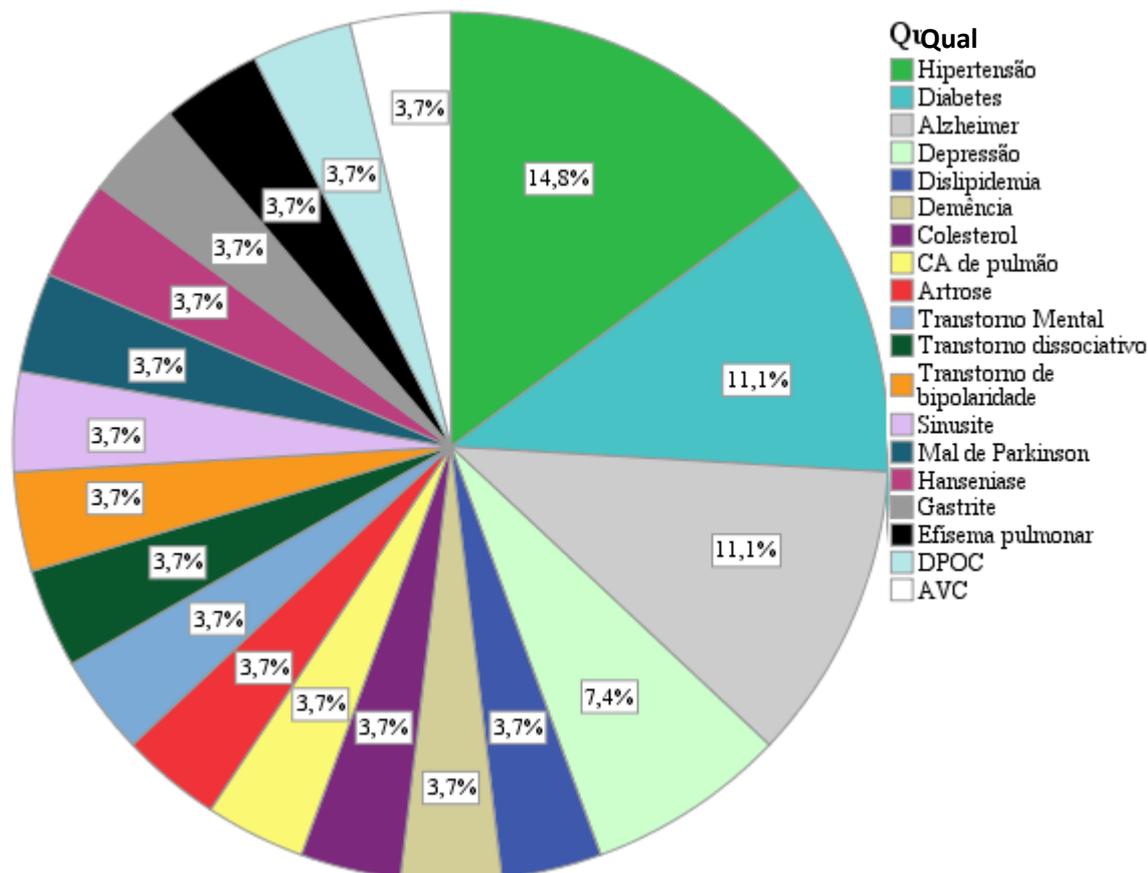


Figura 1. Descrição das frequências cumulativas das comorbidades.

Há uma alta prevalência de HAS, doença cardiovascular sistêmica. Estudos realizados na Europa, Estados Unidos e no Canadá mostraram números elevados de HAS principalmente na população idosa – entre 30% a 35%. Índices mundiais indicam que a diferença na prevalência de HAS entre os sexo é pequena devido á maior predominância em homens mais jovens e em mulheres mais idosas (TOSCANO, 2004).

Segundo Antunes (2006) HAS, doença cardiovascular é largamente conhecida na população adulta mundial, principalmente acima dos 40 anos e pode ser um grande fator para desencadear outras doenças cardiovasculares.

É uma comorbidade extremamente comum no diabético, representando um risco adicional a grupo de idosos acima de 60 anos (CAVALINI; CHOR, 2003).

A HAS se não controlada, pode interferir na vida das pessoas com presença de alguns sintomas como dores de cabeça, dispneia, vômitos e visão turva,

dificultando assim a participação dos idosos na prática de atividade física para o controle da doença (Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2010).

CONCLUSÃO

No presente estudo os idosos possuem várias comorbidades, o domínio psicológico e o domínio físico é o que apresenta menor escore na qualidade de vida no Whoqol-bref, e no Whoqol-old a faceta que tem menor escore é a (FAC2) autonomia onde o idoso não toma suas próprias decisões.

Relacionando-se com a presença de dor e desconforto, alterações no sono, na mobilidade e dependência no uso de medicação e realização de tratamento de idosos hipertensos (TOSCANO, 2004).

O domínio relações sociais foi o que contribuiu positivamente com a maior média onde comprova que as pessoas idosas mostravam-se adaptadas ao meio.

No domínio da intimidade o mesmo perde, muitas das vezes, os objetos particulares e simbólicos: elos entre sua história e seu eu.

Concluindo com a alta taxa de idosos hipertensos conseqüentemente devido ao envelhecimento e sua comorbidade.

REFERÊNCIAS

ANTUNES, H.K et al. Exercício físico e função cognitiva: uma revisão. **Rev Bras Med Esporte**, v. 12, n. 2, p. 108-14, 2006.

CAVALINI, L.T.; CHOR, D. Inquérito sobre hipertensão arterial e déficit cognitivo em idosos de um serviço de geriatria. **Rev. Bras. epidemiol.** São Paulo, v. 6, 2003.

CAMARANO, A.A. **Características das instituições de longa permanência para idosos**. Brasil: IPEA, Presidência da República, 2008. CNA. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/pdf_release/08_07_11_IdososBrasil_lpea_lpardes.pdf>. Acessado em: 10 out. 2017.

DAWALIBI, N.W.; GOULART, R.M.M.; PREARO, L.C. Fatores relacionados à qualidade de vida de idosos em programas para a terceira idade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 8, p. 3505-3512, 2014.

FONSECA, M.G.U.P. et al. Papel da autonomia na auto-avaliação da saúde do idoso. **Revista de Saúde Pública**, v. 44, p. 159-165, 2010.

GARRIDO, R.; MENEZES, P.R. O Brasil está envelhecendo: boas e más notícias por

uma perspectiva epidemiológica. **Rev Bras Psiquiatria**. v. 24, (Supp 1), p. 3-6, 2002.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estimativa da qualidade de vida das populações residentes 2009**. Disponível em: <[www.ibge.gov.br/.../população/estimativa 2009/POP2009_DOU.pdf](http://www.ibge.gov.br/.../população/estimativa%202009/POP2009_DOU.pdf)>. Acesso em: 10 out. 2017.

INOUYE, K.; SILVA PEDRAZZANI, E. Nível de instrução, status socioeconômico e avaliação de algumas dimensões da qualidade de vida de octogenários. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 15, 2007.

LOPES, R. P. et al. Análise comparativa da qualidade de vida e funcionalidade de idosos atendidos em comunidade, assistidos ou não pela fisioterapia. **NBC- Periódico Científico do Núcleo de Biociências**, v. 3, n. 06, p. 22-30, 2014.

MARTINS, R.; MESTRE, M. Esperança e qualidade de vida em idosos. **Millenium-Journal of Education, Technologies, and Health**, v. 47, p. 153-162, 2016.

MEURER, S.T.; BENEDETTI, T.R.B.; MAZO, G.Z. Teoria da autodeterminação: compreensão dos fatores motivacionais e autoestima de idosos praticantes de exercícios físicos. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 16, n. 1, p. 18-24, 2011.

PASCHOAL, S.M.P. **Qualidade de vida do idoso**: construção de um instrumento de avaliação através do método do impacto clínico. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo: USP, 2004.

REGUERA, N.J.L. Autonomia da terceira idade. **Revista Cubana de Medicina General Integral**, v. 17, n. 3, p. 222-226, 2001.

SANTOS, T.D.M.; DIAS, F.A.; MUNARI, D.B. Qualidade de vida de idosos e participação em atividades educativas grupais. **CEP**, v. 38, n. 440, 2014.

SILVA, P.A.B. et al. Ponto de corte para o WHOQOL-bref como preditor de qualidade de vida de idosos. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, n. 3, p. 390-397, 2014.

Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq bras Cardiol**. v. 95, n. 1, suppl 1, p. 1-51, 2010.

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

TOSCANO, C.M. As campanhas nacionais para detecção das doenças crônicas não-transmissíveis: diabetes e hipertensão arterial. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, out./dez. 2004.