

Comparação da percepção subjetiva de qualidade de vida e bem-estar de idosos que vivem sozinhos, com a família e institucionalizados

Comparison of subjective perceptions of quality of life and well-being of elderly people living alone, with family and institutionalized

Daniela da Silva Gonçalves Dias¹
Carolina da Silva Carvalho²
Cibelle Vanessa de Araújo³

Resumo

Objetivo: Comparar a percepção subjetiva de qualidade de vida e bem-estar de idosos que vivem sozinhos, com a família e institucionalizados, por meio dos instrumentos WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD. **Método:** Foram avaliados, em corte transversal, 51 idosos de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 60 anos, frequentadores do centro de convivência Casa do Idoso, em São José dos Campos (SP) e moradores das instituições Lar São Vicente de Paulo e Lar de Amparo à Velhice e à Infância de Barra Bonita, ambos localizados na cidade de Barra Bonita (SP), no período de novembro de 2010 a fevereiro de 2011. **Resultados:** Os idosos analisados apresentaram bons níveis de qualidade de vida em todos os domínios do WHOQOL-BREF e facetas do WHOQOL-OLD, quando comparados à pontuação máxima (100%) dos escores para cada domínio e/ou faceta. Somente foram encontradas diferenças estatisticamente significativas no que diz respeito ao WHOQOL-BREF em seu domínio físico, quando se comparou o grupo de idosos que vivem com a família com aqueles institucionalizados, sendo que este último apresentou maior grau de satisfação. **Conclusão:** O estudo permitiu verificar que, apesar do esperado, os idosos institucionalizados não apresentaram pior percepção de sua qualidade de vida quando comparados aos indivíduos não-institucionalizados. Além disso, reforçou ainda mais a importância do convívio social, do bem-estar psicológico, da prática de atividade física, entre outros fatores, para uma melhor percepção de qualidade de vida.

Palavras-chave:

Envelhecimento. Instituição de Longa Permanência para Idosos. Qualidade de Vida.

Abstract

Objective: Compare the subjective perception of quality of life and well-being of older people living alone, with the family and institutionalized, by means of instruments WHOQOL-BREF and WHOQOL-OLD. **Method:** We evaluated, in cross section, 51 elderly of either sex, aged over 60 years, attending the daycare center Casa do Idoso, in São José dos Campos city, State of São Paulo, Brazil, and residents of institutions Lar São Vicente de Paulo and Lar de Amparo à Velhice e à Infância de Barra Bonita,

¹ Programa de Pós-graduação em Gerontologia. Centro de Estudos Firval. São José dos Campos, SP, Brasil.

² Programa de Pós-graduação em Engenharia Biomédica, Instituto de Pesquisa & Desenvolvimento. Universidade do Vale do Paraíba. São José dos Campos, SP, Brasil.

³ Departamento de Medicina Translacional. Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil.

both in the city of Barra Bonita-SP, from November 2010 to February 2011. *Results:* The group analyzed had high levels of quality of life in all domains of WHOQOL-BREF and WHOQOL-OLD facets, compared to the maximum score (100%) for each domain and/or facet. Only statistically significant differences were found regarding the WHOQOL-BREF in its physical domain, comparing the group of elderly living with their families with those institutionalized, being that the latter showed a higher degree of satisfaction. *Conclusion:* The study shows that despite the expected, the institutionalized elderly did not show worse perception of their quality of life when compared to non-institutionalized individuals. In addition, it strengthened the importance of social conviviality, psychological well-being, physical activity, among other factors, for a better perception of the quality of life.

Key words: Aging. Homes for the Aged. Quality of Life.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um processo que ocorre como consequência da queda da fecundidade, aliada ao aumento da expectativa de vida e à redução da mortalidade. Constatou-se, em estudo realizado no período de 1980 a 2006, com dados obtidos diretamente do Sistema de Informação do Ministério da Saúde (DATASUS) e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), aumento de 59% na população brasileira, enquanto o grupo acima de 60 anos elevou-se em 118%.¹ Isso se deve, possivelmente, ao avanço tecnológico e científico que ocorre no país, concomitantemente à melhora de condições de saúde como saneamento, atendimento médico, condições sanitárias e higiênicas. Esse fenômeno, no entanto, não é homogêneo, estando associado a diversos fatores como etnia, condições sociais e econômicas, regiões de moradia e, sobretudo, gênero.²

Segundo a Organização das Nações Unidas (ONU), em seu último relatório técnico, “Previsões sobre a população mundial”, elaborado pelo Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais, em 2050 o número de pessoas com mais de 60 anos de idade será cerca de três vezes maior do que o atual. Os idosos representarão cerca de um quinto da população mundial projetada, ou seja, 1,9 bilhões de indivíduos (do total de 9 bilhões), o que torna urgente a necessidade de estudos e investigações que contribuam para a melhoria e/ou manutenção da saúde e qualidade de vida nessa faixa etária.³

Ao se falar em qualidade de vida para a população idosa, torna-se importante, antes de tudo, conhecer

as diferentes situações e realidades nas quais esses indivíduos podem estar inseridos. Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), realizada em 2009 pelo IBGE, as mulheres são a maioria da população idosa (55,8%), assim como os brancos (55,4%), e 64,1% ocupavam a posição de referência no domicílio.⁴

Já no projeto Saúde, Bem-estar e Envelhecimento (SABE), realizado em 2003 no município de São Paulo, verificou-se que a maioria dos idosos vivia com sua família de procriação (união de duas pessoas de sexos diferentes que deram origem a uma descendência comum), reforçando a importância desta no cuidado dos mesmos. Ainda segundo a pesquisa, no município de São Paulo os idosos corresidiam com cônjuge e/ou filhos (sem netos) em primeiro lugar; em segundo lugar, somente com cônjuges e, em terceiro, em arranjos trigeracionais. Cabe ressaltar que, na maioria das vezes, o cônjuge também era idoso ou muito próximo dessa faixa etária, podendo ter seu potencial de auxílio limitado. Outro dado preocupante foi o contingente de idosos vivendo sós, pois esse arranjo ocupou o quarto posto. Dada a maior probabilidade de recasamento entre os homens, a condição de viver só ocorre com maior frequência entre as mulheres (7,5% e 17,0% respectivamente).⁵

Sabe-se que quando a pessoa está inserida na família, muitas e enriquecedoras são as relações e trocas que ocorrem nesse ambiente e em ações na comunidade, principalmente para os idosos. No mundo atual, no entanto, a maior facilidade de mobilidade das pequenas famílias, bem como o aumento do número de separações ou divórcios,

acabam por diminuir esse suporte ao idoso.⁶ Como se não bastasse, ainda há a situação, sobretudo nos países desenvolvidos, de redução dos sistemas informais de apoio ao idoso, tais como parentes, vizinhos ou amigos.^{6,7}

Embora a família ainda possa predominar como alternativa no sistema de suporte informal aos idosos e ser para esse idoso sua principal fonte de cuidados, é preciso destacar que esse cuidado pode não se aplicar a todos os idosos. Existem idosos que não têm família, assim como há outros cujas famílias são muito pobres ou seus familiares precisam trabalhar, não podendo abandonar o mercado de trabalho para assumir tal responsabilidade, fazendo com que haja um aumento bastante considerável no número de idosos que vivem sozinhos.⁸

O fato de morar só, para o idoso, tem sido associado a um decréscimo na qualidade de vida e a um agravamento da morbidade, constituindo, até mesmo, um indicador de risco de mortalidade.⁸ Além disso, nem todos os idosos, necessariamente, querem viver com seus familiares. Em estudo com idosas mexicanas, chefes de domicílio, verificou-se que mais de dois terços delas preferiram continuar vivendo em suas próprias casas na velhice e, destas, 11% escolheram viver sozinhas. Quando questionadas sobre a preferência por morarem sozinhas, as idosas se mostraram preocupadas com sua privacidade e a dos familiares.⁹

A situação familiar do idoso no Brasil reflete o efeito cumulativo de eventos socioeconômicos, demográficos e de saúde ao longo dos anos. Assim, o tamanho da prole, as separações, o celibato, a mortalidade, a viuvez, os recasamentos e as migrações vão originando, no desenvolver das décadas, novos tipos de arranjos familiares e domésticos, incluindo as instituições de longa permanência para idosos (ILPIs).⁵ Estas, nomeadas de asilos no passado, são a modalidade mais antiga de atendimento ao idoso fora de seu convívio familiar.¹⁰

Algumas situações são também marcadas pelo conflito familiar e resultam na procura, pela família, ou às vezes até pelo próprio

idoso, pela institucionalização. De outra parte, muitas famílias não conseguem manter o idoso dependente em casa porque o cuidado se torna difícil e desgastante, tanto do ponto de vista físico quanto emocional.¹⁰

Dados do censo de 2010, realizado pelo IBGE, indicam que dos 18 milhões de pessoas com mais de 60 anos (quase 9% da população total do Brasil), mais de 100 mil residem em instituições de longa permanência. Os estados com a maior proporção de idosos em ILPIs são Minas Gerais, Rio de Janeiro, São Paulo, Rio Grande do Sul e Goiás.¹¹

Apesar de ser a institucionalização uma realidade que vem sofrendo demanda cada vez maior por fatores demográficos, sociais e de saúde, a vivência do processo de envelhecimento, na maioria das vezes influenciado por aspectos externos, pode ser profundamente marcada por características comuns a uma realidade que preza pelo coletivo, em detrimento da individualidade do idoso, tendo como consequências o isolamento, a inatividade física e mental e redução na qualidade de vida.¹⁰

Para Neri,¹² caracterizar a qualidade de vida na velhice é um fenômeno complexo e sujeito a inúmeras influências, levando a se considerar a avaliação desta qualidade de vida como uma visão multidimensional. Para a autora, a condição ambiental é uma dessas condições, uma vez que permite aos idosos desempenharem comportamentos biológicos e psicológicos adaptativos. Quando os idosos possuem independência e autonomia, eles mesmos podem lutar por situações que deixem seu ambiente físico mais seguro, variado e interessante. Se os idosos já não dispõem dessas possibilidades, é esperado que os membros da família ou das instituições por eles frequentadas cuidem desses aspectos.¹²

Analisando-se a qualidade de vida relacionada à saúde nas suas inúmeras dimensões, é possível identificar os principais aspectos a serem considerados em relação às particularidades de saúde e vida do idoso, que interferem no seu processo saúde-doença. Além disso, também é

possível implementar propostas de intervenção, tanto em programas específicos quanto em políticas sociais gerais, a fim de promover o bem-estar daqueles que envelhecem.¹³

Levando-se em consideração os inúmeros fatores relacionados à qualidade de vida e bem-estar dessa população, o presente estudo teve como objetivo comparar a percepção subjetiva de qualidade de vida e bem-estar de idosos da cidade de São José dos Campos (SP) que vivem sozinhos e com a família e de idosos institucionalizados da cidade de Barra Bonita (SP), por meio dos instrumentos WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD.

MÉTODO

Foram avaliados, em corte transversal, idosos de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 60 anos, frequentadores do centro de convivência Casa do Idoso, em São José dos Campos (SP) e moradores das instituições Lar São Vicente de Paulo e Lar de Amparo à Velhice e a Infância de Barra Bonita, ambos localizados na cidade de Barra Bonita (SP), no período de novembro de 2010 a fevereiro de 2011. Todos os idosos frequentadores ou moradores das instituições referidas foram abordados e convidados a participar da pesquisa.

Os dados foram coletados nas dependências das instituições descritas, por meio de abordagem direta ao paciente, nos horários em que estavam na instituição para realização de alguma atividade, no caso dos indivíduos frequentadores da Casa do Idoso, e em horários aleatórios, no caso dos indivíduos que residiam nos lares Lar São Vicente de Paulo e Lar de Amparo à Velhice e à Infância de Barra Bonita.

Após o contato inicial, os sujeitos receberam informações sobre os objetivos e procedimentos da pesquisa, podendo optar pela recusa em participar. A aceitação em participar da pesquisa foi dada por escrito, por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, redigido de acordo com as normas do Conselho Nacional de Saúde, previamente assinado pelo pesquisador responsável e pelo próprio sujeito.

Os idosos que consentiram em participar foram divididos em três grupos, cada um com 17 idosos integrantes. O grupo 1 foi formado pelos idosos que vivem sozinhos e o grupo 2 pelos idosos que vivem com a família, todos do centro de convivência Casa do Idoso. O grupo 3 foi formado pelos idosos institucionalizados nos lares São Vicente de Paulo e Amparo à Velhice e à Infância de Barra Bonita.

Foram excluídos os idosos que se recusaram a participar da pesquisa e que apresentaram déficit cognitivo, avaliados por meio da aplicação do teste Mini-Exame do Estado Mental (*Mini-Mental State Exam - MMSE*),¹⁴ o que os tornaria incapazes de responder às questões da pesquisa. Com base na literatura relacionada à utilização do MMSE para a população idosa, indivíduos com escore total igual a 18 pontos ou abaixo deste foram excluídos do estudo.¹⁵

Feito isso, o pesquisador aplicou um questionário sociodemográfico para caracterização da amostra, contendo as seguintes variáveis: sexo, idade, estado civil, escolaridade, raça, ocupação atual, renda salarial, arranjo familiar, moradia, hábitos, vícios, medicamentos em uso, comorbidades, ocorrência de quedas no último ano, análise subjetiva da visão e audição, além de questões relacionadas à prática de exercícios físicos e lazer.

Para avaliação da qualidade de vida do indivíduo, foram utilizados os instrumentos WHOQOL-BREF¹⁶ e WHOQOL-OLD,¹⁷ cuja pontuação se baseou nos manuais de cada um dos questionários. Nesses testes, os escores de cada domínio podem ser convertidos para uma escala de 0 a 100%: escores maiores (100%) indicam o nível máximo de satisfação em relação a cada item da questão e 0%, o menor nível de satisfação.

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Paraíba e aprovado sob parecer nº H141/CEP/2010, segundo as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos, conforme Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Os valores das frequências simples absolutas obtidas com base nos domínios e facetas dos questionários BREF e OLD foram analisados por meio do ANOVA One-Way (OriginPro® 8.0 SRO), após aplicação do teste de normalidade Kolmogorov-Smirnof (KS), sendo considerados significativos valores de $p < 0,05$. Em seguida, os dados sociodemográficos foram avaliados, consolidados e tabulados por meio de uma distribuição binomial no programa IBM SPSS® 19.0.

RESULTADOS

Foram recrutados 120 idosos, sendo excluídos aqueles que se recusaram a participar da pesquisa

e também os que não apresentaram integridade cognitiva segundo a pontuação do MMSE.

Dos 51 idosos analisados, 56,8% eram do sexo feminino. Destas, 37,9% residiam com a família, 51,7% residiam sozinhas e apenas 10,3% eram institucionalizadas. Dos 22 indivíduos do sexo masculino, 27,3% residiam com a família, 9,1% viviam sozinhos e 63,6% em instituições.

Entre os idosos que ainda viviam com a família, a média de idade foi de $68,9 \pm 4,27$ anos. Entre os que residiam sozinhos, foi de $68,5 \pm 4,1$ anos. Já entre os indivíduos institucionalizados, a média de idade foi de $73,1 \pm 8,3$ anos. O perfil sociodemográfico da população analisada está demonstrado na tabela 1.

Tabela 1- Perfil sociodemográfico da população analisada. São José dos Campos, SP, 2010-2011

Variáveis	Família* (n)	Sozinhos ^o (n)	Institucionalizados [†] (n)	p
Sexo masculino	6	2	14	-
Sexo feminino	11	15	3	-
Tabagistas	12	0	41	*0.002* *0.000 ^o 0.629 [†]
Etilistas	12	0	12	*0.002* *0.000 ^o *0.002 [†]
Comorbidades	100	100	82	*0.000* *0.000 ^o *0.013 [†]
Medicamentos	100	100	82	*0.000* *0.000 ^o *0.013 [†]
Quedas no último ano	35	24	18	0.332* 0.05 ^o *0.013 [†]
Prática regular de EF	88	76	35	*0.002* 0.05 ^o 0.332 [†]
Renda \leq 3 SM	82	82	94	*0.013* *0.013 ^o *0.000 [†]

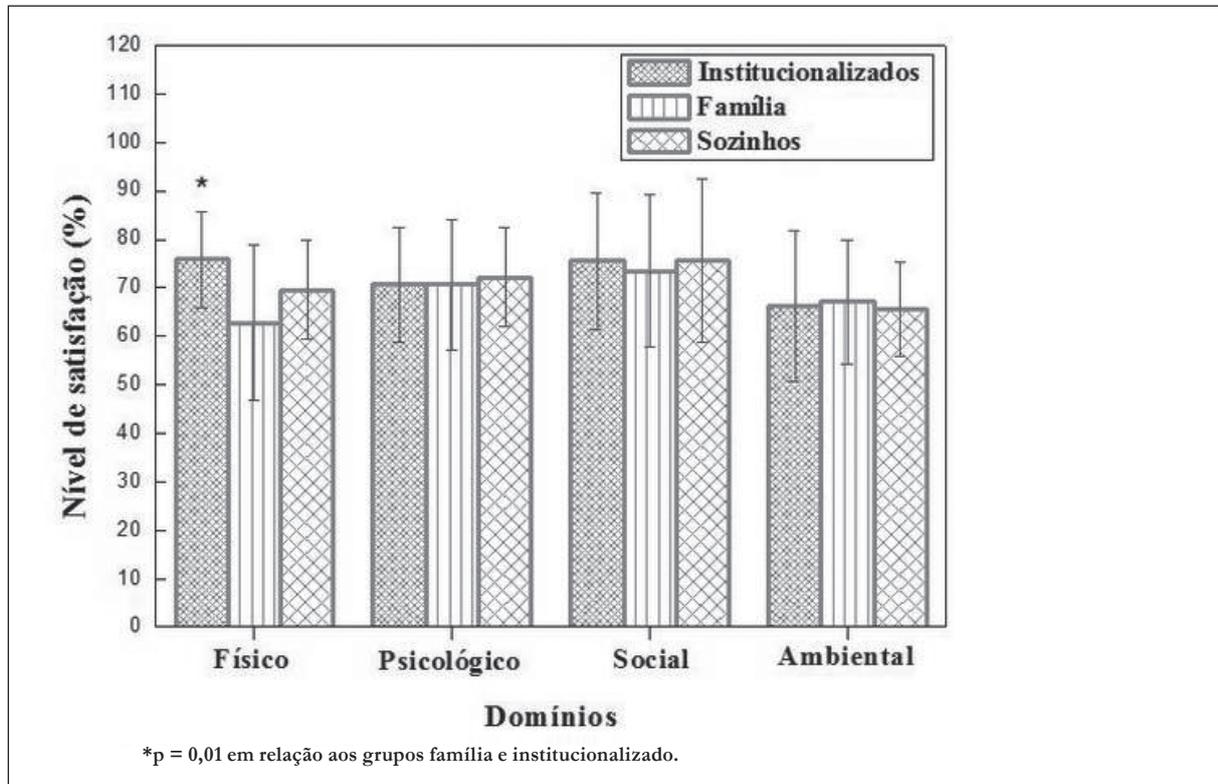
* $p < 0,05$ em relação às diferenças intragrupo de cada variável analisada.

EF = exercício físico

SM = salário mínimo

Com relação ao teste WHOQOL-BREF, de modo geral, os três grupos analisados apresentaram-se satisfeitos com a qualidade de vida nos quatro domínios, visto que os escores de cada domínio para cada grupo analisado foram acima de 60%. Quando

se comparou o nível de satisfação entre os grupos, apenas o domínio físico apresentou diferenças estatisticamente significativas entre o grupo que vive com a família e os institucionalizados, como demonstrado na figura 1.



*Valor estatisticamente significativo ($p = 0,01$) entre os grupos que viviam com a família e institucionalizados.

Figura 1 - Comparação do nível de satisfação com a qualidade de vida segundo os domínios do WHOQOL-BREF. São José dos Campos, SP, 2010-2011.

Quando analisada a qualidade de vida por meio das facetas do WHOQOL-OLD, os três grupos também se mostraram satisfeitos com sua qualidade de vida, apresentando escores acima de 60% em

todas as facetas. Entretanto, quando comparados entre si, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas em nenhuma das facetas, como demonstrado na figura 2.

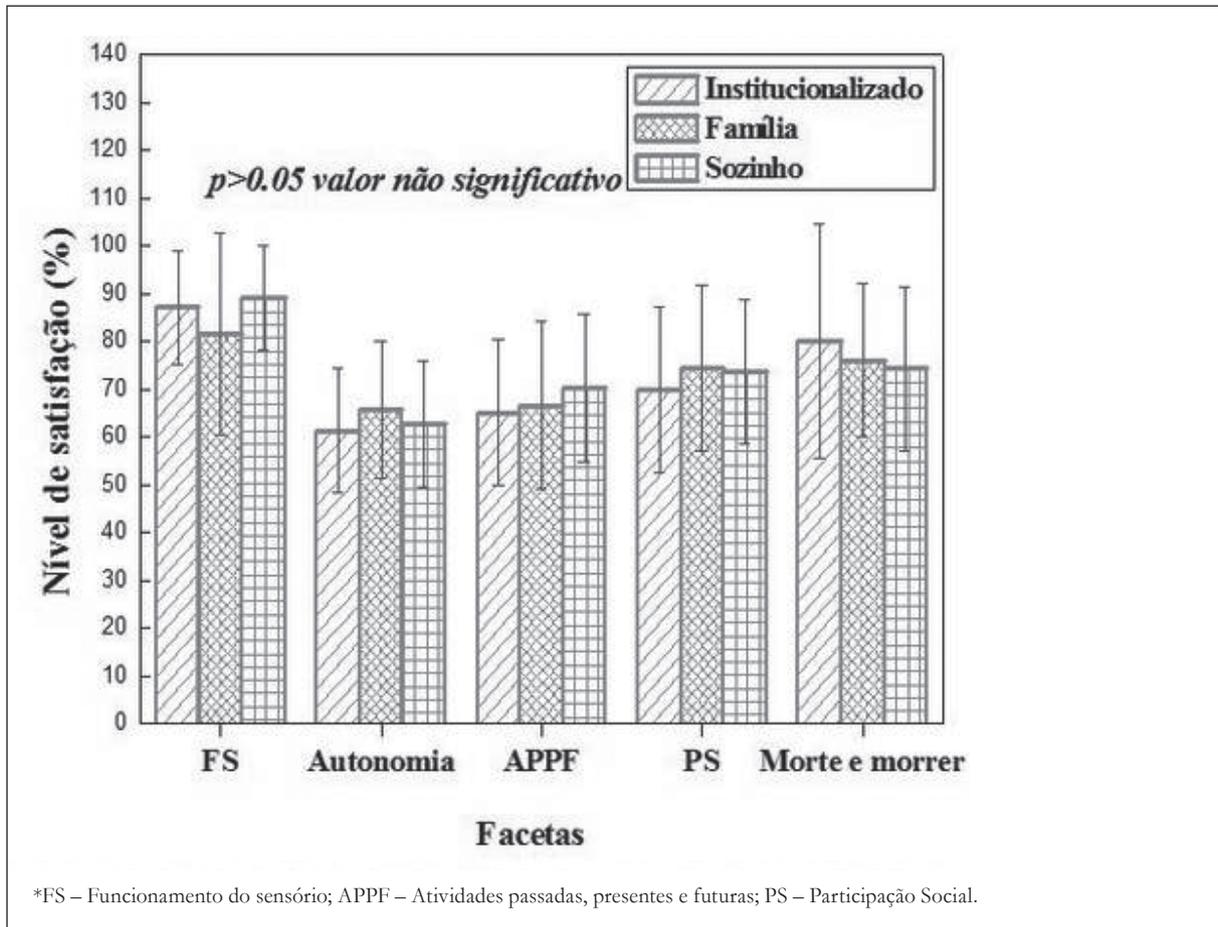


Figura 2 - Comparação de nível de satisfação com a qualidade de vida, segundo as facetas do WHOQOL-OLD. São José dos Campos, SP, 2010-2011.

Devido ao reduzido número de idosos institucionalizados (17,6%) que aceitaram responder as perguntas referentes à intimidade, não foi possível realizar a análise desta faceta, que foi, portanto, excluída do estudo.

DISCUSSÃO

De acordo com os resultados encontrados no presente estudo, pode-se afirmar que os idosos analisados apresentaram bons escores de qualidade de vida em todos os domínios do WHOQOL-BREF e nas facetas analisadas do WHOQOL-OLD, quando comparados à pontuação máxima (100%) dos escores para cada domínio e/ou faceta. As médias para cada domínio, transformadas em porcentagem, apresentaram-se bastante semelhantes às encontradas por Pereira et al. em estudo realizado com idosos da cidade de Teixeira (RS).¹³

No que diz respeito ao WHOQOL-BREF, em seu domínio físico, só foram encontradas diferenças estatisticamente significativas quando se comparou o grupo de idosos que vivem com a família com aqueles institucionalizados, sendo que este apresentou maior grau de satisfação. Considerando-se, conforme descrito na literatura, a prática de exercícios físicos e a boa capacidade funcional como fatores de grande impacto para uma melhor qualidade de vida,^{18,19} tal resultado pode ser explicado pelo fato de que os idosos institucionalizados apresentam menos atividades de vida diária, como arrumar a casa, cozinhar, fazer compras, pagar contas e, por isso, não demonstraram notar alterações físicas que pudessem influenciar seu nível de satisfação em tal domínio.

Idosos que ainda vivem em suas casas, quer seja com a família ou sozinhos, aparentemente realizam mais atividades, enquanto que os idosos institucionalizados já se encontram rodeados de enfermeiros, cozinheiros e cuidadores responsáveis pela instituição, o que supostamente os pouparia de algumas atividades. Deslocar-se de suas casas para ter acesso a certos recursos básicos de saúde, como enfermagem e fisioterapia,

por exemplo, são situações vividas apenas por indivíduos não-institucionalizados.^{18,20} Quando questionados quanto à prática regular de exercícios físicos, apenas 35% dos idosos institucionalizados de nosso estudo relataram praticá-los, enquanto que 88% dos idosos que vivem com suas famílias relataram a regularidade de tal prática. Considerando que a prática regular de exercícios físicos contribui para a melhora da capacidade funcional, esse resultado vai ao encontro daquele relatado por Mincato & Freitas em estudo realizado com a população de idosos institucionalizados da cidade de Caxias do Sul (RS), onde os idosos institucionalizados apresentaram menor capacidade funcional e pior qualidade de vida que os idosos não-institucionalizados.²⁰

Davim et al.²¹ consideraram importante salientar que, mesmo estando aposentado, o ser humano não deve se acomodar, devido ao sedentarismo, sobretudo quando se trata de idosos institucionalizados, visto que a realidade em que vivem, por si só, já sugere um dia a dia mais monótono e com atividades mais restritas que idosos não-institucionalizados. É essencial que esse indivíduo desempenhe atividades de acordo com sua vontade e habilidade pessoal, visando contribuir para um melhor estado de saúde e, conseqüentemente, para o prolongamento da vida, tornando-a mais prazerosa e sadia.

O envelhecimento saudável deve ser visto como uma íntima interação entre saúde física e mental, independência na vida diária, integração social, suporte familiar e independência econômica. Além disso, a qualidade de vida na velhice tem sido associada a questões de independência e autonomia, e a dependência do idoso resulta das alterações biológicas (incapacidades) e de mudanças nas exigências sociais.^{22,23} Sendo assim, a importância do convívio social dos indivíduos idosos é outro fator bastante importante para uma melhor percepção de qualidade de vida. Idosos satisfeitos com suas relações pessoais, com o apoio recebido por amigos e que possuem rede favorável de suporte social apresentam melhor percepção de sua qualidade de vida.^{12,24,25}

No que tange aos domínios relações pessoais, do WHOQOL-BREF e participação social, do WHOQOL-OLD, os resultados encontrados no estudo estão de acordo com aqueles encontrados na literatura, uma vez que a porcentagem de ambos ficou acima de 70% em todos os grupos analisados.

Para Rizzoli & Surdi, os chamados "programas de terceira idade", segundo os próprios idosos, são ferramentas importantíssimas para uma melhor qualidade de vida do ponto de vista social, uma vez que oferecem diferentes propostas para lazer e ocupação do tempo livre. São espaços nos quais o convívio e a interação com e entre os idosos permitem a construção de laços simbólicos de identificação e onde é possível partilhar e negociar os significados da velhice, construindo novos modelos, paradigmas de envelhecimento e construção de novas identidades sociais.²⁶

Além disso, pesquisas mostram que, ao pensar em saúde e, conseqüentemente, em qualidade de vida, os idosos conseguem ultrapassar o sentido de ausência de doença. Dentro de suas limitações socioculturais e do nível de escolaridade, o bem-estar físico, mental e social, destacando inclusive a importância da espiritualidade e religiosidade se mostram como fatores bastante influentes no enfrentamento dos vários sofrimentos e dificuldades da vida. No presente estudo, os níveis de satisfação acima de 60% no domínio psicológico vão de acordo com tais achados da literatura.²⁴

Outro fator importante é o ambiente físico em que esse idoso está inserido, visto que este pode influenciar intimamente na dependência ou não desse indivíduo. É mais provável que um idoso esteja física e socialmente ativo se tiver a oportunidade de ir andando com segurança nas calçadas, ir até o parque ou, até mesmo tomar um transporte público. Em estudo realizado por Pereira et al.,¹³ o segundo domínio que mais contribuiu para uma melhor qualidade de vida foi o ambiental. Os resultados do presente estudo corroboram os dados encontrados por estes autores.

Vale ressaltar que ambientes inseguros deixam os idosos menos propensos a saírem sozinhos, principalmente os não-institucionalizados, estando mais susceptíveis ao isolamento e à depressão, podendo interferir na autonomia desse indivíduo, visto que este fica mais dependente de outras pessoas para realizar certas atividades que ele poderia realizar se estivesse em um ambiente mais seguro e agradável. Indo ao encontro desta correlação, o nível de satisfação com a autonomia, segundo os resultados do WHOQOL-OLD, também foi inferior, mesmo estando acima de 60%, quando comparado às outras facetas, sendo ainda mais baixo nos idosos institucionalizados.¹³

Em estudo realizado por Jardim et al., tornou-se evidente a importância da independência financeira como fator de positividade da velhice por parte do idoso, redefinindo seu papel na sociedade, que muitas vezes é tirado do idoso pobre e dependente. Mesmo sabendo disso, os idosos, em sua maioria, ainda estão em fase de conquista dessa independência e redefinição de seu papel na sociedade, o que poderia justificar os escores mais baixos encontrados em tal domínio no presente estudo.²⁷

Em outras pesquisas, no entanto, o ambiente não se apresentou tão influente na qualidade de vida dos idosos analisados. Isso pode, supostamente, se dar ao fato de que foi considerado ambiente físico apenas o fato de os entrevistados morarem em regiões geográficas diferentes, estando aquém do considerado como ambiente físico em outros estudos.^{28,29}

Em relação ao funcionamento do sensorio, grande parte dos idosos dos três grupos analisados não apresentou perdas sensoriais que possam afetar sua vida diária, sua participação em atividades e sua interação com outras pessoas, visto que os valores encontrados estiveram acima de 80%. Da mesma forma, nas questões referentes às atividades passadas, presentes e futuras, os idosos entrevistados, em sua maioria, apresentaram-se satisfeitos com o que conquistaram ao longo da vida e com o reconhecimento que receberam por isso, uma vez

que os valores encontrados tiveram escore acima de 65%, não havendo diferença estatisticamente significativa entre os grupos. Esses resultados vão de acordo ao encontrado por Nicolazi et al. em estudo realizado com uma comunidade em Florianópolis (SC).³⁰

Outra faceta bastante interessante de ser observada foi aquela relativa a “morte e morrer”. Para os idosos estudados por Oliveira, Pedrosa & Santos, ser idoso é sinônimo de morte, de acordo com suas percepções. Apesar de todo o investimento dispensado pela medicina em prolongar a vida, esse esforço não vem sendo acompanhado de outros investimentos que lhes propicie uma vida com maior qualidade e respeito, com seus direitos assegurados. Valoriza-se muito o prolongar a vida, mas ainda não se oferecem condições para uma melhor qualidade de vida.³¹ Sendo assim, supõe-se que o medo da morte possa interferir de forma negativa na qualidade de vida do idoso, sendo gerador de ansiedade e impedindo-o de executar determinadas tarefas que antes realizaria com satisfação.³²

Por outro lado, Frumi & Celich salientaram a importância de um olhar reflexivo voltado ao processo de envelhecimento e da morte e a compreensão de seus significados quando se fala de idoso. Para esses autores, a consciência crítica e reflexiva acerca dessa temática deve ser despertada porque representa novas possibilidades e realidades de se interagir com este ser. Em seu estudo, os idosos mostraram, por meio de depoimentos, que o envelhecer e a morte se constituem num processo natural da existência humana,³³ o que coincide com nossos achados, onde a percepção dos idosos dos três grupos quanto a morte e morrer revelou que, em sua maioria, apesar de relatarem certo temor em sentir dor antes da morte, não apresentam medo da morte propriamente dita, visto que os valores encontrados estiveram acima de 74%.

No que diz respeito à faceta intimidade e vida sexual, apesar de esta não ter sido considerada no presente estudo (devido ao grande número de idosos que se recusou a responder as perguntas relacionadas ao tema), Laurentino et al.

consideraram importante perceber o namoro na terceira idade como um processo natural, já que existem discriminações, seja por parte da família, seja da sociedade, destacando que os idosos que conseguem lidar e conviver com as modificações fisiológicas mantêm uma vida sexual ativa e livre de preconceitos, permitindo-se novas vivências amorosas, nas quais se valorizam mais o companheirismo, o afeto e o cuidado do que a relação sexual propriamente dita.³⁴

Quando se fala de idosos institucionalizados, porém, a discussão se torna um pouco mais complicada, visto que o relacionamento de tais indivíduos acaba por ficar restrito aos idosos que vivem na mesma instituição, dificultando a manutenção de qualquer relacionamento íntimo com outra pessoa, o que pode ter justificado, em partes, o pequeno número de idosos avaliados que aceitou responder às perguntas relativas a este domínio.³²

Este estudo apresentou como limitação o tamanho reduzido da amostra, o que não nos permitiu inferir generalizações. Algumas propostas para futuros estudos na área incluem aumento no número de sujeitos da amostra, um melhor controle das variáveis sociodemográficas (visto que em uma das instituições os idosos avaliados eram todos do sexo masculino) e melhor avaliação por meio do instrumento WHOQOL-OLD, principalmente com relação à população institucionalizada pelas dificuldades encontradas no domínio intimidade e vida sexual.

CONCLUSÃO

Os achados deste estudo permitiram concluir que, apesar do esperado, os idosos institucionalizados não apresentaram pior percepção de sua qualidade de vida quando comparados aos indivíduos não institucionalizados.

Vale ressaltar que o convívio social, o bem-estar psicológico e a prática regular de exercícios físicos, dentre outros, são considerados fatores importantíssimos para uma melhor percepção de qualidade de vida nesta população.

REFERÊNCIAS

1. Nogueira SL, Geraldo JM, Machado JC, Ribeiro RCL. Distribuição espacial e crescimento da população idosa nas capitais brasileiras de 1980 a 2006: um estudo ecológico. *Rev Bras Estud Popul* 2008;25(1):195-8.
2. Pereira RS, Curioni CC, Veras R. Perfil demográfico da população idosa no Brasil e no Rio de Janeiro em 2002. *Textos Envelhecimento* 2003;6(1):43-59.
3. United Nations. *World Population Prospects: the 2010 revision*. New York: Department of Social and Economic Affairs. Population Division; 2011.
4. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2009*. [Acesso em 15 out 2010]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindicisociais2010/SIS_2010.pdf
5. Lebrão ML, Duarte YAO. *Saúde, Bem-estar e Envelhecimento. O projeto SABE no Município de São Paulo: uma abordagem inicial*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2003. 255 p.
6. Ferraz AF, Peixoto MRB. Qualidade de vida na velhice: estudo em uma instituição pública de recreação para idosos. *Rev Esc Enferm USP* 1997;31(2):316-38.
7. Ribeiro AP, Schutz GE. Reflexões sobre o envelhecimento e bem-estar de idosas institucionalizadas. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2007;10(2):191-201.
8. Leite MT, Battisti IDE, Berlezi EM, Scheuer AI. Idosos residentes no meio urbano e sua rede de suporte familiar e social. *Texto & Contexto Enferm* 2008;17(2):250-7.
9. Varley A, Blasco M. ¿Cosechan lo que siembran? Mujeres ancianas, vivienda y relaciones familiares en el México urbano. In: Gomes C. *Procesos sociales, población y familia: alternativas teóricas y empíricas en las investigaciones sobre vida doméstica*. México: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales; 2001. p. 301-23.
10. Pollo SHL, Assis M. Instituições de longa permanência para idosos. ILPIS: desafios e alternativas no município do Rio de Janeiro. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2008;11(1):29-44.
11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios 2010*. [Acesso em 25 nov 2010]. Disponível: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindicisociais2010/SIS_2010.pdf.
12. Neri AL. Envelhecimento e qualidade de vida na mulher. In: *Congresso Paulista de Geriatria e Gerontologia 2001*. [Acesso em 25 nov 2010]. Disponível em: <http://www.portaldoenvelhecimento.org.br/artigos/maio2007/2congresso.pdf>
13. Pereira RJ, Cotta RMM, Franceschini SCC, Ribeiro RCL, Sampaio RF, Priore SE, et al. Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul* 2006;28(1):27-38.
14. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975;12(3):189-98.
15. Brucki SMD, Nitrini R, Caramelli P, Bertolucci PHF, Okamoto IH. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. *Arq Neuro-Psiquiatr* 2003;61(3B):777-81.
16. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". *Rev Saúde Pública* 2000;34(2):178-83.
17. Fleck MPA, Chachamovich E, Trentini CM. Projeto WHOQOL-OLD: método e resultados de grupos focais no Brasil. *Rev Saúde Pública* 2003;37(6):793-9.
18. Carmo NM, Mendes EL, Brito CJ. Influência da atividade física nas atividades da vida diária de idosas. *RBCEH* 2008;5(2):16-23.
19. Mazo GZ, Mota J, Gonçalves LHT, Matos MG. Nível de atividade física, condições de saúde e características sócio-demográficas de mulheres idosas brasileiras. *Rev Port Cien Desp* 2005;5(2):202-12.
20. Mincato PC, Freitas CLR. Qualidade de vida dos idosos residentes em instituições asilares da cidade de Caxias do Sul-RS. *RBCEH* 2007;4(1):127-38.
21. Davim RMB, Torres GV, Dantas SMM, Lima VM. Estudo com idosos de instituições asilares no município de Natal/RN: características socioeconômicas e de saúde. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2004;12(3):518-24.
22. Ramos LR. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. *Cad Saúde Pública* 2003;19(3):793-97.
23. Sousa L, Galante H, Figueiredo D. Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. *Rev Saúde Pública* 2003;37(3):364-71.

24. Freire Junior RC, Tavares MFL. A saúde sob o olhar do idoso institucionalizado: conhecendo e valorizando sua opinião. *Interface* 2005;9(16):147-58.
25. Castro PC, Tahara N, Rebelatto JR, Driusso P, Aveiro MC, Oishi J. Influence of the open university for the third age (UATI) and the revitalization program (REVT) on quality of life in middle-aged and elderly adults. *Rev Bras Fisioter* 2007;11(6):461-67.
26. Rizolli D, Surdi AC. Percepção dos idosos sobre grupos de terceira idade. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2010;13(2):225-33.
27. Jardim VCFS, Medeiros BF, Brito AM. Um olhar sobre o processo do envelhecimento: a percepção de idosos sobre a velhice. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2006;9(2):25-34.
28. Alencar NA, Aragão JCB, Ferreira MA, Dantas EHM. Avaliação da qualidade de vida em idosas residentes em ambientes urbano e rural. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2010;13(1):103-9.
29. Martins CR, Albuquerque FJB, Gouveia CNNA, Rodrigues CFF, Neves MTS. Avaliação da qualidade de vida subjetiva dos idosos: uma comparação entre os residentes em cidades rurais e urbanas. *Est Interdisc Envelhec* 2007;11:135-54.
30. Nicolazi MC, Silva JKC, Coelho L, Cascaes AM, Buchelle F. Qualidade de vida na terceira idade: um estudo na atenção primária em saúde. *Cogitare Enferm* 2009;14(3):428-34.
31. Oliveira SCF, Pedrosa MIPC, Santos MFS. Quem está mais perto da morte? Percepção dos idosos sobre que faixa etária se associa mais à morte. *RBCEH* 2009;6(1):146-52.
32. Dalsenter CA, Matos FM. Percepção da qualidade de vida em idosos institucionalizados da cidade de Blumenau (SC). *Dynamis Rev Tec-Cient* 2009;2(15):32-7.
33. Frumi C, Celich KLS. O olhar do idoso frente ao envelhecimento e à morte. *RBCEH* 2006;3(2):92-100.
34. Laurentino NRS, Barboza D, Chaves G, Besutti J, Bervian SA, Portella MR. Namoro na terceira idade e o processo de ser saudável na velhice: recorte ilustrativo de um grupo de mulheres. *RBCEH* 2006;3(1): 51-63.

Recebido: 20/10/2011

Revisado: 12/7/2012

Aprovado: 31/10/2012