

## Comparando a qualidade de vida de idosos institucionalizados e não-institucionalizados

*Comparing the quality of life of institutionalized and non-institutionalized older adults*

*Comparación de la calidad de vida de ancianos institucionalizados y no-institucionalizados*

Matheus Figueiredo Nogueira<sup>I</sup>; Anderson Araújo Lima<sup>II</sup>; Janaína von Söhsten Trigueiro<sup>III</sup>;  
Isolda Maria Barros Torquato<sup>IV</sup>; Maria Emília Roméro de Miranda Henriques<sup>V</sup>; Maria do Socorro Costa Feitosa Alves<sup>VI</sup>

### RESUMO

**Objetivo:** avaliar comparativamente a qualidade de vida de idosos institucionalizados e não institucionalizados. **Método:** estudo observacional realizado em Cuité-PB com amostra constituída por 40 idosos, subdivididos igualmente para cada categoria. Os dados foram coletados utilizando-se o questionário *World Health Organization Quality of Life Assessment for Older Adults (WHOQOL-Old)* e analisados com base na estatística descritiva, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, CAAE 09871412.0.0000.5188. **Resultados:** os idosos não institucionalizados apresentaram maior satisfação em cinco domínios: funcionamento sensorio; autonomia; atividades passadas, presentes e futuras; participação social; e intimidade, com exceção apenas do domínio relacionado à morte e morrer. **Conclusão:** é necessária a efetiva implementação de políticas públicas direcionadas aos idosos, sobretudo àqueles institucionalizados, favorecendo-lhes melhores níveis de qualidade de vida, principalmente ao considerar o rápido crescimento da população idosa no país, com grande parte vivendo em instituições de longa permanência.

**Palavras-chave:** Qualidade de vida; idoso; institucionalização; ambiente.

### ABSTRACT

**Objective:** to evaluate comparatively the quality of life of institutionalized and non-institutionalized older adults. **Method:** observational study conducted in Cuité, Paraíba, with a sample of 40 older adults divided equally between the two categories. Data were collected using the *World Health Organization Quality of Life Assessment for Older Adults (WHOQOL-Old)* questionnaire and analyzed using descriptive statistics, after approval by the Research Ethics Committee (CAAE 09871412.0.0000.5188). **Results:** the non-institutionalized older adults showed greater satisfaction in five areas: sensory functioning, autonomy, past, present and future activities, social participation, and intimacy; the only exception being in relation to death and dying. **Conclusion:** it is necessary to implement effective public policies in favor of better levels of quality of life for the elderly, especially those who are institutionalized, particularly in view of rapid growth in Brazil's elderly population, many of whom live in long-stay institutions.

**Keywords:** Quality of life; aged; institutionalization; environment.

### RESUMEN

**Objetivo:** evaluar comparativamente la calidad de vida de los ancianos institucionalizados y no institucionalizados. **Método:** estudio observacional realizado en Cuité-PB con muestra constituída por 40 ancianos, subdivididos igualmente para cada categoría. Los datos han sido recolectados utilizando el cuestionario *World Health Organization Quality of Life Assessment for Older Adults (WHOQOL-Old)* y analizados mediante estadística descriptiva, luego de la aprobación por el Comité de Ética en Investigación, CAAE 09871412.0.0000.5188. **Resultados:** los ancianos no institucionalizados mostraron una mayor satisfacción en cinco áreas: funcionamiento sensorial, autonomía, actividades pasadas, presentes y futuras, participación social e intimidad, exceptuando el área relacionada a la muerte y el morir. **Conclusión:** es necesaria la implementación efectiva de políticas públicas que se dirijan a los ancianos, especialmente a los institucionalizados, favoreciendo mejores niveles de calidad de vida, principalmente cuando se considera el rápido crecimiento en el país de la población de ancianos, cuya mayor parte vive en instituciones de larga estada.

**Palabras clave:** Calidad de vida; anciano; institucionalización; ambiente.

## INTRODUÇÃO

O crescimento da população idosa é uma tendência mundial e, no Brasil, consideram-se idosos àqueles com idade igual ou superior a 60 anos<sup>1</sup>. Esta mudança do padrão demográfico no país é responsável por uma das mais importantes transformações na estrutura da

sociedade, tendo como consequência o aumento da população com idade avançada<sup>2</sup>. Esse significativo crescimento ocorreu devido à influência de vários fatores, incluindo a ampliação do acesso à assistência de saúde, melhorias socioeconômicas, saneamento básico e

<sup>I</sup>Professor Doutor da Unidade Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande. Cuité, Paraíba, Brasil. E-mail: matheusnogueira.ufcg@gmail.com.

<sup>II</sup>Graduado em Enfermagem pela Universidade Federal de Campina Grande. Cuité, Paraíba, Brasil. E-mail: andersondez@gmail.com.

<sup>III</sup>Professora Mestre da Unidade Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande. Cuité, Paraíba, Brasil. E-mail: janavs\_23@hotmail.com.

<sup>IV</sup>Professora Mestre da Unidade Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande. Cuité, Paraíba, Brasil. E-mail: isoldatorquato@ig.com.br.

<sup>V</sup>Professora Doutora do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, Paraíba, Brasil. E-mail: mmilahrenriques@yahoo.com.br.

<sup>VI</sup>Professora Doutora do Departamento de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. E-mail: socorrocafa@hotmail.com.

surgimento de novas tecnologias, tanto na saúde como em outras áreas<sup>3</sup>.

De acordo as projeções da Organização Mundial de Saúde (OMS), o Brasil terá em 2025 a sexta maior população do mundo em número de idosos, com um contingente superior a 30 milhões, e isto ocorrerá principalmente devido à diminuição das taxas de fecundidade e mortalidade, resultando no aumento da expectativa de vida<sup>4</sup>. Acompanhando o fenômeno do envelhecimento é possível constatar um conjunto de modificações biopsicossociais isoladas e coletivas, em que os idosos desenvolvem necessidades específicas clínico-funcionais e sócio-familiares, o que gera amplas demandas em afronta ao sistema de saúde notadamente despreparado para uma assistência integral na velhice<sup>5</sup>.

O envelhecimento sucede à medida que a idade do indivíduo avança, sendo um processo irreversível, natural e diversificado para cada indivíduo. Este é um fenômeno universal e progressivo, tendo como consequência a redução na capacidade de resposta dos indivíduos ao estresse ambiental e à manutenção da homeostasia<sup>6</sup>. Como consequência do avançar dos anos, a saúde, o estilo de vida e as perspectivas dos idosos se modificam, a dependência tende a aumentar e muitas vezes tem implicações no auto-cuidado<sup>7</sup>, o que pode exigir acompanhamento profissional e familiar cotidianamente<sup>8</sup>, vulnerabilizando aspectos da qualidade de vida.

Destarte, não basta apenas aumentar a expectativa de vida da população idosa, é preciso fazer com que este aumento seja paralelo à melhoria da qualidade de vida<sup>9</sup>. A expressão Qualidade de Vida (QV) é subjetiva e complexa ao ser descrita, sendo a definição mais consensual àquela apresentada pelo Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde, referindo-a como a percepção do indivíduo em relação à vida, envolvendo cultura e sistema de valores onde ele está inserido, bem como em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações<sup>10</sup>.

A avaliação da QV é complexa, subjetiva e multidimensional<sup>11</sup>, e em idosos relaciona-se à investigação da percepção individual da autoestima e do bem-estar, envolvendo elementos como estilo de vida, estado de saúde, dependência física, capacidade funcional, nível socioeconômico, interação social, estado emocional, atividade intelectual, suporte familiar, satisfação com atividades realizadas e ambiente de convivência. Reconhecendo que o constructo QV agrega diferentes variáveis e que o ambiente de convívio social do idoso não é semelhante a todos, podendo este viver em domicílio com sua família, com cuidadores ou sozinho; ou institucionalizados em casas de repouso e asilos, surge um importante questionamento: existe diferença na QV de idosos institucionalizados e não institucionalizados?

Considerando a subjetividade e amplitude da temática QV bem como a limitação de estudos que demonstrem conhecimento específico sobre a qualidade

de vida de idosos que vivem em diferentes contextos sociais, sobretudo em cidades de pequeno porte, objetivou-se avaliar de modo comparativo a qualidade de vida de idosos institucionalizados e não institucionalizados no município de Cuité, estado da Paraíba.

## REVISÃO DE LITERATURA

O envelhecimento é um processo contínuo da vida, que começa desde o nascimento até morte do indivíduo. Ao longo desse processo, o organismo humano perpassa pelas fases de desenvolvimento, puberdade, maturidade e velhice, as quais sofrem ação de marcadores biológicos que geram transações e transformações entre as mesmas. A diferenciação entre maturidade e velhice associa-se também com fatores psicológicos, sociais e econômicos, os quais, em conjunto, determinam o desenvolvimento e a manifestação de sinais característicos do envelhecimento, em idades cronológicas e níveis de intensidade diferentes<sup>12</sup>.

Nesta perspectiva, para que o envelhecimento ocorra como experiência positiva para o indivíduo e para que a longevidade seja uma realidade, deve ser monitorada com oportunidades contínuas de saúde, participação e segurança<sup>13</sup>. Assim, para expressar o processo de conquista dessa visão, a OMS adotou o termo *envelhecimento ativo* definido como

o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas<sup>11,13</sup>.

Nota-se, portanto, que a QV em idosos refere-se à manutenção da saúde nos aspectos biopsicossocial e espiritual, devendo a mesma ser analisada de maneira particular em cada sujeito, pois cada um possui um contexto próprio de vida ao qual está inserido<sup>14</sup>.

Mundialmente, a QV em idosos tem gerado muitas discussões, pois hodiernamente existe uma elevada preocupação em manter a saúde global dessas pessoas, para que possam envelhecer com dignidade. Dessa forma, definir a QV em idosos é uma tarefa bastante complexa, haja vista o envolvimento de dimensões como bem-estar físico, emocional e familiar, capacidade funcional, espiritualidade, respeito social, sexualidade e ocupação. Esses fatores, quando integrados, mantêm o indivíduo em equilíbrio consigo mesmo e com o meio de convívio<sup>15</sup>, seja institucionalizado ou não.

## METODOLOGIA

Estudo observacional de desenho transversal, delineamento quantitativo e natureza comparativa, realizado com idosos institucionalizados e não institucionalizados no município de Cuité, estado da Paraíba. Foram utilizados como cenários específicos o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), que desenvolve atividades com o grupo de idosos intitulado *Alegria de Viver*; e a

### Instituição de Longa Permanência para Idosos – ILPI *Casa do Idoso Vó Filomena Maria da Conceição – Asilar*.

A amostra constituiu-se por 40 idosos selecionados por conveniência e conforme o critério da acessibilidade. Destes, 20 participavam do grupo *Alegria de viver*, configurando-se com não institucionalizados e 20 foram identificados como institucionalizados, uma vez residentes no *Asilar*. Os critérios adotados para a seleção da amostra adotados foram: ter idade igual ou superior a 60 anos; não possuir deficiência cognitiva, avaliada pelo Mini-Exame do Estado Mental (MEEM); e ter no mínimo 2 anos de convívio no grupo ou na ILPI.

A coleta de dados efetivou-se nos meses de fevereiro e março de 2013, após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba (CEP/CCS/UFPB) sob o parecer de nº 202.260, respeitando assim os aspectos éticos contidos na Resolução de nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS), a qual regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos<sup>16</sup>.

Para a obtenção dos dados foram utilizados dois instrumentos: o formulário de caracterização socioeconômica e demográfica dos participantes; e o questionário de mensuração da qualidade de vida de idosos elaborado pela OMS, o *World Health Organization Quality of Life Assessment for Older Adults (WHOQOL-Old)*, composto por 24 questões que contemplam seis domínios específicos para este grupo populacional: Funcionamento do Sensório (FS), Autonomia (AUT), Atividades Passadas, Presentes e Futuras (PPF), Participação Social (PSO), Morte e Morrer (MEM) e Intimidade (INT)<sup>17</sup>. Destaca-se que os instrumentos foram autoaplicados pelos participantes, com intervenção dos pesquisadores quanto à orientação acerca do preenchimento.

Após o agrupamento dos resultados no programa *Microsoft Office Excel 2010*, a análise dos achados referentes ao WHOQOL-Old foi realizada conforme estatística descritiva e considerando a separação por domínios. A resposta de cada item do questionário registrado em uma escala do tipo *Likert* foi codificada pelo respectivo escore (1 = 1, 2 = 2, 3 = 3, 4 = 4 e 5 = 5) e em seguida cada escore foi multiplicado pelo número de respostas. Segundo a proposta escalar do *Whoqol-Old*, a variabilidade das repostas vão desde nada/muito insatisfeito/muito ruim que corresponde a 1 ponto, até completamente/extremamente/muito satisfeito/muito boa que equivale a 5 pontos, com as opções intermediárias 2, 3 e 4. Logo, quanto maior a pontuação obtida melhor a QV, exceto para as questões de número 1, 2, 6, 7, 8, 9 e 10 em que se aplica o escore reverso (1 = 5, 2 = 4, 3 = 3, 4 = 2 e 5 = 1), referindo melhor QV para a menor pontuação<sup>17</sup>. Os valores encontrados em cada domínio foram somados e a frequência relativa (%) calculada, permitindo a avaliação comparativa da qualidade de vida entre idosos institucionalizados e não institucionalizados.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com relação à caracterização socioeconômica e demográfica dos participantes, grande parte dos idosos institucionalizados encontrava-se na faixa etária acima de 80 anos (40%), era do sexo masculino (55%), solteira (50%), tinha apenas o ensino fundamental incompleto (60%) e possuía renda de até 01 (um) salário mínimo vigente (100%). Quanto aos idosos não institucionalizados a maior parte encontrava-se na faixa etária de 60 a 69 anos (65%), era do sexo feminino (85%), casada (65%), tinha apenas o ensino fundamental incompleto (65%) e possuía renda entre 1 e 2 salários mínimos (50%).

Os idosos, uma vez institucionalizados, avançam na idade dentro da instituição, onde recebem cuidados mínimos de saúde, o que pode refletir no aumento da expectativa de vida. No contrário, idosos com menos idade tendem a ser ativos na participação de grupos de convivência, como foi observado nos resultados. Observou-se a predominância do gênero feminino, enfatizando que as idosas não institucionalizadas seguem a tendência da feminilização do envelhecimento, o que equivale a maior longevidade da população feminina<sup>18</sup>.

No grupo institucionalizado houve elevado índice de solteiros. Tal fato pode ser justificado pela situação de institucionalização dos mesmos, pois muitos não possuem filhos ou familiares próximos para cuidá-los. Quanto ao estado civil dos idosos não institucionalizados, os casados se destacaram, revelando a importância de formalizar uma união afetiva e ter filhos, o que permite inferir que a construção de uma família integrada na sociedade diminui a possibilidade de institucionalização.

No quesito escolaridade, a ausência e/ou baixo nível de instrução foi constatado na maioria dos participantes, relacionada principalmente ao pouco acesso às escolas ao longo da trajetória de vida, haja vista a realidade da época, o que consolida a preocupação com a trajetória educacional da população brasileira. Tais resultados corroboram os dados do Censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística do ano de 2010 cujos achados revelam que do contingente populacional não alfabetizado do país, 39,2% são idosos<sup>19</sup>. Baixos níveis de educação e piores condições socioeconômicas estão associados à maior incidência de agravos a saúde, maiores riscos de deficiência e morte<sup>13</sup>. Como consequência, baixos níveis de educação refletem diretamente e negativamente em domínios da qualidade de vida dessas pessoas.

Considerando que a renda individual média dos participantes era de um salário mínimo, advinda principalmente da aposentadoria, não há suficiência para manutenção das necessidades humanas básicas, privando-os muitas vezes de atividades de lazer, alimentação de qualidade, vestuário, medicamentos, tratamentos, entre outros, o que gera um efeito negativo em sua qualidade de vida. Na realidade, o valor recebido pela condição de aposen-

tadoria do idoso faz parte do orçamento da família, sendo em alguns casos a única remuneração, como evidenciado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), em que 42,1% da renda familiar na Região Nordeste eram provenientes das aposentadorias<sup>20</sup>.

Mediante a aplicação do questionário WHOQOL-Old, os resultados da avaliação da QV segundo os domínios *Funcionamento Sensório (FS)*, *Autonomia (AUT)* e *Atividade Passadas, Presentes e Futuras (PPF)* podem ser observados na Tabela 1.

No domínio FS, os escores nas afirmações *satisfeito* e *completamente satisfeito* correspondem a um maior comprometimento dos sentidos (audição, visão, paladar, olfato, tato) e consequentemente afetam negativamente no cotidiano e no modo de interagir com as pessoas. Dessa forma, as afirmações *insatisfeito* e *muito insatisfeito* obtiveram os maiores percentuais por parte dos idosos não institucionalizados, pontuando, respectivamente, 41,64% e 34,13%, enquanto que os idosos institucionalizados pontuaram 33,10% e 8,90% para as mesmas perguntas.

A elevada porcentagem dos escores nas respostas que indicam maior comprometimento sensório pelos idosos institucionalizados pode ser resultante da idade mais avançada de alguns integrantes desse grupo, bem como a prevalência de doenças que afetam os sentidos. Estas últimas podem estar envolvidas com a própria institucionalização ou decorrentes do próprio processo de desgaste determinado pelo envelhecimento. A perda dos sentidos compromete o cotidiano, a capacidade de participação em atividades e a interação social, fazendo com que o idoso se torne dependente de cuidados. A QV da população idosa abrange a manutenção da autonomia e da capacidade funcional. Assim, quando um idoso manifesta comprometimento dos sentidos ocorrerá a redução da capacidade funcional, influenciando negativamente na qualidade de vida<sup>21</sup>.

Quanto ao domínio AUT, os escores nas afirmativas *satisfeito* e *completamente satisfeito* equivalem ao melhor grau de autonomia. Percebe-se que a maioria dos escores obtidos pelos idosos não-institucionalizados se

refere à resposta *satisfeito*, correspondendo a 60,57%, todavia apenas 0,63% responderam *insatisfeito*. Já para os idosos institucionalizados, os maiores percentuais obtidos foram nas respostas *nem satisfeito, nem insatisfeito* com 39,51%, seguido de 32,92% para *satisfeito*. Em suma, os idosos institucionalizados atingiram escores superiores em relação às afirmativas que representam as piores percepções sobre o domínio autonomia, revelando que estes possuem maiores limitações em realizar atividades do cotidiano como se alimentar sozinho, realizar higiene corporal e se deslocar até os dormitórios.

Com o avanço da idade ocorre uma elevação progressiva das limitações para as atividades do dia-a-dia, o que afeta a independência e a autonomia. A independência funcional relaciona-se à capacidade de realizar algo por si próprio. A atividade física praticada regularmente tem sido considerada imperativa para a manutenção do condicionamento físico em indivíduos idosos, além de reduzir e reverter a perda de massa muscular, contribuindo para a preservação da autonomia funcional, do envelhecimento de forma saudável e na melhoria da QV<sup>22</sup>.

No que concerne ao domínio relativo à percepção e perspectivas sobre as atividades passadas, presentes e futuras, em que os questionamentos envolvem o grau de satisfação com o reconhecimento que o idoso conseguiu ao longo da vida e com o que esperar do futuro, os idosos não institucionalizados alcançaram uma maior porcentagem de escores com a afirmação *satisfeito*, correspondendo a 57,9%. Quanto aos idosos institucionalizados, o percentual máximo foi atribuído à resposta *nem satisfeito, nem insatisfeito*, com 45,50% e somente 29,50% para a resposta *satisfeito*. Como se evidencia, grande parte dos idosos não institucionalizados relatou estar satisfeita com as atividades passadas, presentes e futuras. Isto pode relacionar-se à menor faixa etária dentre as duas categorias investigadas, aliado ao baixo grau de dependência, sendo um ponto favorável para que estes busquem mais reconhecimento e bens com o passar do tempo.

Para uma pessoa que trabalhou a maior parte da vida, na tentativa de conseguir uma melhor QV tanto no aspecto social quanto no econômico, alcançar o que

TABELA 1: Distribuição percentual de respostas associadas aos domínios FS, AUT e PPF. Cuité – PB, 2013.

Domínios	Muito insatisfeito (%)	Insatisfeito (%)	Nem satisfeito, nem insatisfeito (%)	Satisfeito (%)	Completamente satisfeito (%)	Total (%)
<b>FS</b>						
Idosos institucionalizados	8,90	33,10	39,41	15,21	3,38	100,0
Idosos não institucionalizados	34,13	41,64	10,22	11,61	2,40	100,0
<b>AUT</b>						
Idosos institucionalizados	0,41	18,93	39,51	32,92	8,23	100,0
Idosos não institucionalizados	-	0,63	19,87	60,57	18,93	100,0
<b>PPF</b>						
Idosos institucionalizados	0,41	6,39	45,5	29,5	8,2	100,0
Idosos não institucionalizados	-	1,41	37,1	57,9	3,5	100,0

Legenda: FS=Funcionamento Sensório; AUT=Autonomia; PPF=Atividades Passadas, Presentes e Futuras.

pretendiam na vida senil é sinônimo de satisfação plena e realização pessoal. Os idosos que conseguem este feito se consideram vencedores, frente a suas visões e ambições ao longo da vida. Estas conquistas associadas ao sentimento de continuar atingindo suas metas e objetivos contribuem para formação de uma boa QV dos mesmos<sup>23</sup>.

Continuando a exposição dos dados oriundos da aplicação do questionário WHOQOL-Old, a Tabela 2 apresenta os resultados da avaliação da QV segundo os domínios *Participação Social* (PSO), *Morte e Morrer* (MEM) e *Intimidade* (INT).

Constata-se que os idosos não institucionalizados possuem maior participação social que os institucionalizados, pontuando 76,06% para resposta *satisfeito* e 8,20% para *completamente satisfeito*, divergindo dos 31,02% e 4,09%, para as mesmas respostas fornecidas pelos idosos institucionalizados. Acredita-se que este resultado pode ser relacionado à realização de ações no meio social por parte dos idosos não institucionalizados, pois além de residirem na comunidade com seus familiares e amigos, têm a oportunidade de vivenciar uma programação que permite o desenvolvimento de atividades laborais, ações religiosas, trabalhos voluntários, exercícios físicos em conjunto, participação em oficinas de arte, de poesia e grupos de dança, dentre outras atividades.

Nesse sentido, é inegável que o apoio social torna-se imprescindível para que os idosos mantenham sua autonomia e tenham uma velhice satisfatória. Ademais, é visto que pessoas com idade avançada que participam de atividades coletivas ativamente e que tem apoio social informal, principalmente da família, são àquelas com melhor saúde física e mental<sup>24</sup>. Para além da família, a equipe multiprofissional da estratégia saúde da família - cenário em que os idosos estão cada vez mais presentes - deve investir no desenvolvimento de competências para lidar com o envelhecimento, seja no cuidado individual ou coletivo, na promoção ou na recuperação da saúde<sup>25</sup>.

No que tange aos resultados pertinentes ao domínio morte e morrer, o questionário possuía questões sobre o grau de preocupação do idoso, nas duas últimas

semanas, com a morte, quanto ao medo de morrer, quanto a não poder controlar sua morte e o medo de sentir dor antes de morrer. Nesse domínio, as respostas *nada* (*muito insatisfeito*) e *muito pouco* (*insatisfeito*) equivalem aos melhores níveis de QV. Embora tenha havido uma variação nas respostas em ambos os grupos por se tratar de um sentimento bastante particular, diferentemente dos outros domínios, os idosos institucionalizados obtiveram os melhores percentuais dos escores com 33,72% para o item *muito pouco* e 23,00% para *nada*.

Esta variação pode ser relacionada à percepção de muitos idosos quanto à inevitabilidade da morte, estando estes conformados e não querendo pensar nisto. O medo da morte pode interferir de forma negativa na QV do idoso, pois gera ansiedade e impede que o mesmo execute tarefas que antes originavam satisfação. Pesquisas científicas demonstram que a espiritualidade e a religiosidade proporcionam relações com a QV dos indivíduos, pois muitos idosos buscam a religião como uma forma de conforto diante do sentimento que um dia irá morrer<sup>26</sup>.

A morte está associada ao sofrimento e o seu processo divide-se em cinco períodos. O primeiro identificado é a negação, quando o indivíduo se recusa a aceitar que tem uma condição fatal. Por conseguinte revelam a raiva, a negociação, a depressão e a aceitação de que a morte é inevitável. Adverte-se que os períodos não se sucedem exclusivamente de forma ordenada, podendo perpassar uns pelos outros, em particular no período da negociação, quando o doente acredita reverter sua condição quando é submetido a determinado tratamento. O reconhecimento de que a negociação não é possível com a morte, frequentemente leva à quarta fase, que é a depressão. O último período é a aceitação, quando o indivíduo reconhece sua mortalidade e a proximidade do fim<sup>27</sup>.

O domínio intimidade envolve itens sobre o companheirismo, o sentimento de amor e a capacidade do idoso ser amado. Ao analisar a Tabela 2, nota-se uma significativa divergência dos resultados. Enquanto grande parte dos idosos não institucionalizados apontou estar *satisfeito* com a intimidade (58,78%), os institucionalizados foram maioria

TABELA 2: Distribuição percentual de respostas associadas aos domínios PSO, MEM e INT. Cuité – PB, 2013.

Domínios	Muito insatisfeito (%)	Insatisfeito (%)	Nem satisfeito, nem insatisfeito (%)	Satisfeito (%)	Completamente satisfeito (%)	Total (%)
<b>PSO</b>						
Idosos institucionalizados	0,41	13,06	51,42	31,02	4,09	100,0
Idosos não institucionalizados	0,33	0,66	14,75	76,06	8,20	100,0
<b>MEM</b>						
Idosos institucionalizados	23,00	33,72	25,28	17,62	0,38	100,0
Idosos não institucionalizados	17,76	26,40	10,66	44,67	0,51	100,0
<b>INT</b>						
Idosos institucionalizados	1,64	66,67	11,47	17,48	2,74	100,0
Idosos não institucionalizados	-	1,44	39,78	58,78	-	100,0

Legenda: PSO=Participação social; MEM=Morte e morrer; INT=Intimidade.

ao garantir ser *insatisfeito* (66,67%). Para esses dois escores equivalentes (*satisfeito* e *insatisfeito*) os resultados foram inversamente proporcionais nos dois grupos estudados. A maior pontuação quanto ao melhor grau de intimidade por parte dos idosos não institucionalizados pode ser relacionada ao fato de 65% dos participantes desse grupo ser casados, favorecendo laços de afetividade<sup>28</sup>, enquanto que no grupo de idosos da instituição Asilar a maioria dos idosos é solteira, casada ou viúva, o que diminui consideravelmente a sensação de companheirismo dessas pessoas.

Idosos com boas relações de intimidade, sentimentos de companheirismo, bem como expressão do amor e da sexualidade, otimizam a saúde em seus diversos aspectos, sobretudo físicos e psicológicos, o que acaba refletindo em uma melhor QV.

## CONCLUSÃO

Reconhecendo a QV como um tema subjetivo e particular, que abrange fatores intrínsecos, como condições de saúde e decisões de como são enfrentados os acontecimentos da vida; e extrínsecos, como recursos financeiros e ambientais que rodeiam os indivíduos, o estudo mostrou que aqueles não institucionalizados apresentaram uma melhor QV, em comparação com os institucionalizados.

Os resultados deste estudo propõem, de modo específico, a necessidade de desenvolver ações que visem a reintegração do idoso institucionalizado à sociedade. Além disso, suscita a efetiva implementação de políticas públicas direcionadas a esse público, a fim de promover melhores níveis de QV.

Conforme a aplicação do questionário, os idosos que vivem com os familiares temem mais a morte do que os institucionalizados, sendo este, dentre os importantes achados, o que merece destaque. Isto vem reforçar a importância da família para o idoso e confirma que o afastamento prematuro dos familiares antecipa sua morte psicológica, carecendo da realização de outras investigações que venham ratificar este fenômeno, uma vez o recorte amostral deste estudo ser uma importante limitação reconhecida.

## REFERÊNCIAS

1. Câmara dos Deputados (Br). Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília (DF): Centro de Documentação e Informação; 2003.
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. A Dinâmica Demográfica Brasileira e os Impactos nas Políticas Públicas [Internet]. 2009 [citado em: 18 mar. 2016].
3. Almeida AK, Maia EMC. Amizade, idoso e qualidade de vida: revisão bibliográfica. *Psicol estud.* (Maringá) 2010 [citado em 05 mar 2016]; 15(4):743-50.
4. Araújo LF, Coelho CG, Mendonça ET, Vaz AV, Batista RS, Cotta RMM. Evidências da contribuição dos programas de assistência ao idoso na promoção do envelhecimento saudável no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*, 2011 [citado em 11 mar 2016]; 30(1):80-6.
5. Veras RP. A urgente e imperiosa modificação no cuidado à saúde da pessoa idosa. *Rev Bras Geriatr Gerontol*, 2015 [citado em 06 mar 2016]; 18(1):5-6.
6. Camarano AA, Kanso S. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. In: Freitas EVF, Py L, (Organizadores). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011.
7. Neri AL, Yassuda MS. *Velhice bem-sucedida: aspectos afetivos e cognitivos*. Campinas: Papyrus; 2004.
8. Souza LM, Lautert L, Hilleshein. *Qualidade de Vida e Trabalho voluntário em Idosos*. *Rev esc enferm USP*, São Paulo, 2011 [citado em 06 mar 2016]; 45(3):665-71.
9. Reis LA, Torres GV, Silva JPA, Sampaio LS, Reis LA. Perfil epidemiológico de idosos institucionalizados no Município de Jequié/BA. *Rev Enferm Atual*, 2008; 46:19-23.
10. The Whoqol Group. The World Health Organization Quality of Life Assessment (whoqol): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med*. 1995; 41(10):1403-9.
11. Torres GV, Balduino LSC, Costa IKF, Mendes FRP, Vasconcelos QLDAQ. Comparação dos domínios da qualidade de vida de clientes com úlcera venosa. *Rev enferm UERJ*, Rio de Janeiro, 2014 [citado em 11 mar 2016]; 22(1):57-64.
12. Papaléo Netto M. O estudo da velhice: histórico, definição de campo e termos básicos. In: Freitas EVF, Py L (Org.). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011.
13. Organização Mundial de Saúde. *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Brasília (DF): Organização Pan-Americana da Saúde; 2005.
14. Martins JJ, Schneider DG, Coelho FL, Nascimento ERP, Albuquerque GL, Erdman AL, Gama FO. Avaliação da qualidade de vida de idosos que recebem cuidados domiciliares. *Acta Paul Enferm.*, 2009 [citado em 08 mar 2016]; 22(3):265-71.
15. Heinonen H, Aro AR, Aalto AM, Uutela A. Is the evaluation of the global quality of life determined by emotional status? *Qual Life Res*. 2004; 13(8):1347-56.
16. Ministério da Saúde (Br). Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466 de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. Brasília; 2012.
17. Organização Mundial de Saúde. *Whoqol-Old Manual*. 2005 [citado em 22 mar 2016].
18. Spinelli RB, Zanardo VPS, Schneider RH. Avaliação nutricional pela miniavaliação nutricional de idosos independentes institucionalizados e não institucionalizados em uma cidade da região Norte do Rio Grande do Sul. *RBCEH*, Passo Fundo, 2010 [citado em 18 mar 2016]; 7(1):47-57.
19. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Censo demográfico 2010* [site da Internet]. 2010. [citado em 28 mar 2016].
20. Torres GV, Reis LA, Reis LA, Fernandes MH. Qualidade de vida e fatores associados em idosos dependentes em uma cidade do interior do Nordeste. *J Bras Psiquiatr.*, Rio de Janeiro, 2009 [citado em 17 mar 2016]; 58(1):39-44.
21. Vitorino LM, Paskulin LMG, Vianna LAC. Qualidade de vida de idosos em instituição de longa permanência. *Rev Latino-Am Enfermagem*, 2012 [citado em 04 abr 2016]; 20(6):[09 telas].
22. Fiedler MM, Peres KG. Capacidade funcional e fatores associados em idosos do Sul do Brasil: um estudo de base populacional. *Cad Saúde Pública*, 2008 [citado em 10 mar 2016]; 24(2):409-15.
23. 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.*, 2006 [citado em 11 mar 2016]; 28(1):27-38.
24. Areosa SVC, Benitez LB, Wichmann FMA. *Relações familiares e o convívio social entre idosos*. *Textos & Contextos*, Porto Alegre, 2012 [citado em 11 mar 2016]; 11(1):184-92.
25. Oliveira MAS, Menezes TMO. A enfermeira no cuidado ao idoso na estratégia saúde da família: sentidos do vivido. *Rev enferm UERJ*, Rio de Janeiro, 2014 [citado em 12 mar 2016]; 22(4):513-8.
26. Panzini RG, Rocha ND, Bandeira D, Fleck MDA. Espiritualidade/Religiosidade e Qualidade de Vida. In: Fleck MP, Lima AFB, Polanczyk CA, Trentini CM, Bandeira D, Patrick DL. et al. *A avaliação da qualidade de vida: guia para profissionais de saúde*. Porto Alegre: Artmed; 2008, p. 178-96.
27. Kübler-Ross E. *Sobre a morte e o morrer*. 9ª ed. São Paulo: WMF Martins Fontes; 2008.
28. Rodrigues LR, Silva ATM, Ferreira PCS, Dias FA, Tavares DMS. Qualidade de vida de idosos com indicativo de depressão: implicações para a enfermagem. *Rev enferm UERJ*, Rio de Janeiro, 2012 [citado em 15 mar 2016]; 20(esp.2):777-83.