



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE NUTRIÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ALIMENTOS, NUTRIÇÃO E SAÚDE

PRICILLA DE ALMEIDA MOREIRA

QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS

SALVADOR

2014

PRICILLA DE ALMEIDA MOREIRA

**QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS NA CIDADE DE
SALVADOR – BA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós
Graduação em Alimentos, Nutrição e Saúde -
Escola de Nutrição - Universidade Federal da
Bahia, como requisito parcial para a obtenção do
título de Mestre em Alimentos, Nutrição e Saúde.

Linha de Pesquisa: Bases experimentais e clínicas
da Nutrição

Orientadora: Prof^a Dr^a Lilian Barbosa Ramos

SALVADOR

2014

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Universitária de Saúde, SIBI - UFBA.

M838 Moreira, Pricilla de Almeida

Qualidade de vida de idosos institucionalizados.

185 f.

Orientadora: Prof^a Dr^a Lilian Barbosa Ramos.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Bahia.
Escola de Nutrição, 2014.

1. Nutrição. 2. Saúde. 3. Qualidade de vida. 4. Idosos. I. Ramos, Lilian Barbosa. II. Universidade Federal da Bahia. III. Título.

CDU 616-053.9

TERMO DE APROVAÇÃO

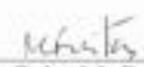
PRICILLA DE ALMEIDA MOREIRA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Alimentos, Nutrição e Saúde da Escola de Nutrição – Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Alimentos, Nutrição e Saúde.

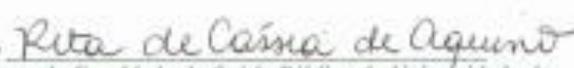
QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS

Banca examinadora:

Profa. Dra. Lillian Barbosa Ramos 
Doutora em Nutrição pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)
Professor da Escola de Nutrição da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

Profa. Dra. Maria do Carmo Soares Freitas 
Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Federal da Bahia (UFBA).
Professora da Universidade Federal da Bahia, Brasil (UFBA).

Profa. Dra. Elvira Barbosa Quadros Côrtes 
Doutora em Medicina e Saúde pela Universidade Federal da Bahia (UFBA).
Professora da Escola de Medicina da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

Profa. Dra. Rita de Cássia de Aquino 
Doutora em Nutrição e Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP)
Professora do Programa de Pós-Graduação em Ciências do Envelhecimento, Universidade São Judas Tadeu – SP.

31 de Maço de 2014

*Dedico este trabalho aos meus pais, Artur e
Nalva, meus “velhinhos”, saber que tenho
vocês me ajuda a viver bem!*

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pelo dom da vida, pelas oportunidades e capacidade a mim confiadas, e em especial por me dar as condições essenciais para concluir mais essa etapa.

Agradeço a todo corpo docente da pós-graduação da ENUFBA por me permitir fazer ciência e pelos ensinamentos que me acompanharão sempre.

À minha orientadora Lilian Ramos, pelo acolhimento desde a graduação, pela confiança, preocupação e estímulo constante. Pela competência profissional e disponibilidade em construir este estudo. Por ser um referencial para todos que, como eu, veem na vida acadêmica um caminho. Obrigada por acreditar e investir em mim.

À Maria do Carmo Freitas (Carminha) sempre tão sensível... obrigada por me possibilitar expandir meus horizontes e me ensinar a questionar e a pensar por meio de novas metodologias e ferramentas. Sua paciência e carinho em cada gesto e palavra foram imprescindíveis para meu crescimento pessoal e intelectual.

Um agradecimento mais que especial à Anna Karla Roriz por tudo que indescritivelmente ela é e por me instigar a estudar esse assunto que me causou dor de cabeça por dois anos, mas que hoje se tornou uma paixão.

À Michaela Eickemberger, Maria Luiza Sena, Jamile Almeida e Carolina Oliveira, parceiras que pude contar (para) tudo! Obrigado pela ajuda, pelas

discussões, pelo apoio, estímulo, compreensão e por tantas outras coisas que,
por vezes, somente bons amigos podem fazer por nós.

À todo grupo do Centro de Estudos e Intervenção na Área do Envelhecimento
(CEIAE) pelo clima de companheirismo, respeito mútuo e pelo entusiasmo em
cada dia de coleta de dados nos quatro cantos de Salvador city.

Ao senhor José Carlos, obrigada pela amizade e cordialidade que sempre me
dispensou.

Aos colegas do CECANE, em especial a Ide e Soraia, pelo auxílio e suporte
indispensáveis.

À professora Adriana Mello pelo olhar atencioso e criterioso em cada etapa
desse projeto.

À banca examinadora desse trabalho, pelo aceite ao convite e contribuição na
finalização desse trabalho.

Aos meus pais, por me fazerem quem eu sou, em todos os sentidos, e pelo apoio
e amor incondicional. Às minhas irmãs, por me suportar nos momentos de
estresse e agonia, que por sinal, não foram poucos. Aos meus avós, Davi e
Matildes, que me fazem acreditar que a velhice pode ser ainda mais bonita.

Aos idosos que compartilharam comigo suas histórias, lágrimas, sorrisos,
biscoitos e cafezinhos nos finais de tarde.

Obrigada!

“Não que sejamos capazes de pensar alguma coisa como de nós mesmos, mas a nossa capacidade vem de Deus.”

Apóstolo Paulo (2 Coríntios 3.5)

RESUMO

A melhoria da qualidade de vida é uma das principais metas, tanto das práticas assistenciais quanto das políticas públicas de promoção da saúde do idoso. Ao considerar que os idosos institucionalizados estão submetidos a diversos fatores que afetam a qualidade com que se vivencia essa etapa da vida, o objetivo desse estudo foi analisar a qualidade de vida dos idosos institucionalizados. **Metodologia:** Este estudo apresentou uma abordagem quali-quantitativa, sendo realizado em Instituições de Longa Permanência para idosos na cidade de Salvador-BA. Na abordagem qualitativa foram realizadas entrevistas com os idosos buscando compreender os significados que estes atribuem à qualidade de vida, para isso utilizou-se a análise do discurso. Na coleta dos dados quantitativos, buscou-se avaliar a qualidade de vida e o estado nutricional dos idosos. Nesse sentido, foi aplicado um questionário padronizado para obtenção de variáveis sociodemográficas; a Escala de Atividades de Vida Diária (AVDs), para avaliar a capacidade funcional; a Mini Avaliação Nutricional, para avaliar a condição nutricional; e os instrumentos de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde, Whoqol-Old e Whoqol-Bref. A análise dos dados envolveu além de estatísticas descritivas, os testes t-Student e Qui-quadrado. Foi elaborada também uma revisão simples com o objetivo de analisar a qualidade de vida dos idosos institucionalizados no Brasil. A busca foi realizada nas bases de dados Portal de Periódicos CAPES, Scopus e Bireme. **Resultados:** Os resultados da pesquisa qualitativa indicaram como principais significantes da qualidade de vida dos idosos: a temporalidade, o estigma da velhice, a autonomia e os vínculos sócio afetivos. Os sentidos de qualidade de vida apresentaram-se de forma muito particular, no sentido de que cada pessoa tem seu próprio conceito com base em seus valores, histórias e perspectivas de vida e relações que considera importante para si. Na abordagem quantitativa os escores de qualidade de vida foram mais baixos nos domínios Intimidade (50%), Autonomia (51%) e Ambiente (54%). Observou-se que os idosos desnutridos e em risco de desnutrir apresentaram, em geral, pior qualidade de vida que os bem nutridos. De acordo com a revisão simples da literatura que foi realizada, a maioria dos estudos que compararam a qualidade de vida dos residentes e não residentes em lares para idosos revelaram que os idosos institucionalizados têm uma pior percepção de qualidade de vida, possivelmente por fatores que causam a institucionalização e influenciam essa auto-percepção, tais como idade, sexo, educação, estilo de vida, autonomia e participação social. Entre os domínios avaliados nos questionários de qualidade de vida, a percepção da autonomia e meio ambiente foram os aspectos de menor satisfação pelos idosos

institucionalizados. **Conclusão:** Os achados desse estudo sugerem que a questão fundamental para a qualidade de vida dos idosos institucionalizados é a necessidade de promover a construção e manutenção de vínculos significativos ao mesmo tempo em que devem manter a independência e autonomia. Desse modo, as ILPIs devem proporcionar um ambiente que propague os sentidos necessários para que a velhice seja plena em projetos significativos e valores positivos. Para esse segmento populacional, mostra-se relevante a incorporação de domínios que identifiquem a influência dos aspectos nutricionais na qualidade de vida, uma vez que ficou evidenciada neste estudo, a pior percepção de qualidade de vida entre os indivíduos desnutridos e em risco de desnutrir.

ABSTRACT

The improvement of quality of life is one of the main goals, both of care practices as well as of public policies of promoting elderly health. Considering that institutionalized elderly are submitted to several factors which affect the quality with which one lives during this stage of life, the objective of this study was to analyze the quality of life of institutionalized elderly.

Methodology: This study had a qualitative and quantitative approach, being performed in Nursing Homes on the city of Salvador-BA. In the qualitative approach, interviews were performed with elderly, trying to understand the meanings that they give to quality of life, in order to do that discourse analysis has been used. During the collection of quantitative data the aim was to evaluate the quality of life and nutritional state of elderly. For this, a standard questionnaire for getting social-demographic variables has been applied; the Scale Activities of Daily Living (ADL), in order to evaluate the functional capacity; the Mini Nutritional Assessment to evaluate the nutritional condition; and the tools for evaluating quality of life from the World Health Organization: Whoqol-Old and Whoqol-Bref. Data analysis involved, besides descriptive statistics, t-Student's and chi-squared tests. A simple revision was also elaborated, aiming to analyze the quality of life of institutionalized elderly in Brazil. The search was performed in the database of "Journals Portal of CAPES", Scopus and Bireme.

Results: the results from qualitative research show as the main signifiers of quality of life of elderly: temporality, stigma of old age, autonomy and socio-affective bonds. The meanings of quality of life have been presented in a particular way, in the sense that each person has its own conception based in its values, histories and life perspective and relations considered to be important to it. On quantitative approach, the scores of quality of life were lower in domains Intimacy (50%), Autonomy (51%) and Environment (54%). It has been observed that malnourished elderly and in risk of malnutrition had, generally, worse quality of life than the well nourished ones. According to the simple revision of literature that was performed, most of the studies which compare the quality of life of residents and not residents in nursing homes revealed that institutionalized elderly have worse perception about quality of life, possibly due to factors which cause the institutionalization and influence this self-perception, such as age, sex, education, life style, autonomy and social participation. Among the domains evaluated in the surveys of quality of life, the perception of autonomy and environment were the aspects with lower satisfaction by the institutionalized elderly. **Conclusion:** the findings of this study suggest that the fundamental question for the quality of life of institutionalized elderly is the need to promote the construction and maintenance of significant bonds and at

the same time they must keep independence and autonomy. Thereby, the Nursing Homes must provide an environment that propagate the necessary means for the old age being full in significant projects and positive values. For this population segment, it is relevant the incorporation of domains that identify the influence of nutritional aspects in quality of life, since it was evidenced in this study, the worse perception of quality of life among malnourished individuals and in risk of malnutrition.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

PARTE I – PROJETO DE PESQUISA

Figura 1. Esquema metodológico para análise da qualidade de vida dos idosos institucionalizados.....	69
Figura 2. Localização espacial dos 12 Distritos Sanitários da cidade de Salvador, Bahia, 2012.....	78
Quadro 1: Modalidades de assistência ao idoso, características e objetivos.....	28
Quadro 2. Fatores associados ao risco de institucionalização.....	42
Quadro 3. Vantagens e limitações dos métodos quantitativo e qualitativo na avaliação da qualidade de vida	68
Quadro 4. Instrumentos utilizados na coleta de dados e respectivos objetivos.....	79
Quadro 5. Cronograma de execução do projeto.....	91

PARTE II – ARTIGOS

▪ **Artigo 1**

Figura 1. Methodological scheme and the search results of articles in the review about quality of life in institutionalized elderly in Brazil.....	113
---	-----

▪ **Artigo 3**

Quadro 1. Domínios e respectivos aspectos avaliados pelos instrumentos WHOQOL-Old e WHOQOL-Bref.....	141
Figura 1. Escores percentuais dos domínios do WHOQOL-Bref	143
Figura 2. Escores percentuais dos domínios do WHOQOL-Old.....	143

LISTA DE TABELAS

PARTE I – PROJETO DE PESQUISA

Tabela 1. Número de idosos institucionalizados e amostra calculada por Distrito Sanitário da cidade de Salvador, Bahia, 2012.....	78
Tabela 2. Domínios e facetas do WHOQOL-Bref.....	82
Tabela 3. Características dos domínios do WHOQOL-OLD.....	84
Tabela 4. Variáveis independentes utilizadas no estudo.....	88

PARTE II – ARTIGOS

▪ **Artigo 1**

Tabela 1. Studies that have compared institutionalized and non-institutionalized elderly's quality of life in Brazil.....	114
Tabela 2. Studies that show the evaluation of quality of life in institutionalized elderly in Brazil.....	115

▪ **Artigo 3**

Tabela 1. Características da amostra de acordo com o sexo.....	142
Tabela 2. Estado nutricional dos idosos institucionalizados.....	144
Tabela 3. Escore percentual médio dos domínios de qualidade de vida de acordo com o estado nutricional.....	14

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AVD – Atividade de vida diária

DCNT – Doenças crônicas não transmissíveis

DS – Distrito Sanitário

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ILPI – Instituição de Longa Permanência para Idosos

IMC – Índice de Massa Corporal

MAN – Mini Avaliação Nutricional

MEEM – Mini Exame do Estado Mental

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

QV – Qualidade de vida

SBGG – Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

WHOQOL – World Health Organization Quality of life

SUMÁRIO

PARTE I - PROJETO DE PESQUISA

INTRODUÇÃO	20
OBJETIVOS	22
CAPÍTULO I - ENVELHECIMENTO.....	24
1. ENVELHECIMENTO	25
2. MODALIDADES DE ASSISTÊNCIA AO IDOSO.....	26
CAPÍTULO II - INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS (ILPIS).....	31
1. ORIGEM DAS ILPIS.....	32
2. DEFINIÇÃO DE ILPIs	36
3. MODALIDADES DAS ILPIS	38
4. INSTITUCIONALIZAÇÃO	40
5. CAUSAS DA INSTITUCIONALIZAÇÃO.....	42
6. CONSEQUÊNCIAS DA INSTITUCIONALIZAÇÃO	44
7. ILPIS NO BRASIL	45
CAPÍTULO III - QUALIDADE DE VIDA	55
1. HISTÓRICO	56
2. QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE	58
3. CONCEITO DE QUALIDADE DE VIDA.....	59
4. ABORDAGENS DO ESTUDO DA QUALIDADE DE VIDA.....	61
5. QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS	62
METODOLOGIA	65
ABORDAGEM QUALITATIVA.....	70
ABORDAGEM QUANTITATIVA	76
REFERÊNCIAS	92
PARTE II – RESULTADOS	102
ARTIGO 1 - QUALITY OF LIFE OF INSTITUTIONALIZED ELDERLY IN BRAZIL	104
ARTIGO 2 - MEANINGS OF QUALITY OF LIFE ATTRIBUTED BY INSTITUTIONALIZED ELDERLY.....	1199
ARTIGO 3 - QUALIDADE DE VIDA E ESTADO NUTRICIONAL DE IDOSOS BRASILEIROS INSTITUCIONALIZADOS.....	1322
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	148

PERSPECTIVAS FUTURAS	151
APÊNDICE 1. Quadro resumo dos dados do IPEA na Pesquisa em IPIs no Brasil e na Bahia.	152
APÊNDICE 2 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	15757
APÊNDICE 3 - Roteiro de entrevista semi-estruturada.....	15959
APÊNDICE 4 – Questionário do projeto	160
ANEXO 1 – Formulário de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa	1690
ANEXO 2 – Mini-exame do estado mental (MEEM).....	1711
ANEXO 3 – Questionários de avaliação da qualidade de vida (WHOQOL OLD e WHOQOL BREF)	172
ANEXO 04 – Mini avaliação nutricional (MAN).....	1811
ANEXO 05 – Escala de Barthel	1822

O presente estudo tem como foco a análise da qualidade de vida de idosos institucionalizados. Trata-se de um tema de crescente interesse científico voltado a uma população também crescente em número e relevância.

Para o desenvolvimento do conteúdo, este trabalho apresenta-se estruturado em duas partes que compreendem a Parte I - Projeto de pesquisa e, Parte II - Resultados do estudo que serão apresentados na forma de artigos científicos.

A parte I – Projeto de pesquisa, se estrutura da seguinte forma:

- Apresentação da introdução e dos objetivos do estudo;
- Referencial teórico, organizado em três capítulos:
 - Capítulo I: apresenta-se uma contextualização do envelhecimento e suas configurações contemporâneas, ressaltando a evolução demográfica como essencial e de relevância nos debates conjunturais e as modalidades de assistência ao idoso como um campo de atuação interdisciplinar.
 - Capítulo II: aborda-se o cenário histórico que permeia a assistência aos idosos; a definição do conceito de institucionalização e um breve panorama das Instituições de Longa Permanência no Brasil, com destaque para a região nordeste por ser o local de realização deste estudo.
 - Capítulo III: trata-se dos conceitos de Qualidade de vida, dentro de uma perspectiva histórica e metodológica e sua relação com o envelhecimento e a saúde.
- Em seguida será abordada a metodologia desse estudo, envolvendo considerações sobre os métodos qualitativo e quantitativo aplicados e as razões teórico-metodológicas que levaram à escolha dos instrumentos selecionados.

Na parte II serão apresentados os seguintes artigos científicos produzidos:

- Artigo I – *Qualidade de vida de idosos institucionalizados no Brasil.*
 - Artigo II – *Significados de qualidade de vida atribuídos por idosos institucionalizados.*
 - Artigo III – *Qualidade de vida e estado nutricional de idosos brasileiros institucionalizados.*
- Por fim, traz-se as considerações finais, apontando os principais resultados, limitações e potencialidades que o estudo apresentou.

O conceito de saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social” e não meramente a ausência de morbidades (WHO, 1946), deixa implícito que sua avaliação não só deve incluir medidas tradicionais de morbidade e mortalidade, mas também uma abordagem mais ampla. Nesse contexto, a qualidade de vida surge como a “medida que faltava” nas avaliações em saúde (FALLOWFIELD, 1990).

O estudo da qualidade de vida tem se expandido em várias áreas do conhecimento científico, cada uma delas adota perspectivas peculiares e agrega novos significados, o que contribui para a falta de um consenso entre os pesquisadores sobre o seu conceito. Entretanto, embora existam distintas abordagens, há uma preocupação fundamental com os aspectos que contribuem para o bem-estar e para um bom nível de saúde e de desenvolvimento humano.

No início da década de 90, o Grupo Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (Grupo WHOQOL), reuniu uma equipe de especialistas para desenvolver um instrumento com a finalidade de medir o referido construto e conceituá-lo. Qualidade de vida foi então definida como “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” (THE WHOQOL GROUP, 1995). Desse modo, a qualidade de vida apresenta aspectos objetivos e subjetivos (PASCHOAL, 2001), sendo ambos fundamentais para a sua avaliação e compreensão.

No presente estudo, busca-se analisar a qualidade de vida dos idosos institucionalizados a fim de conhecer as reais condições de vida, como esta é percebida pelos indivíduos e quais as áreas carentes de intervenção que podem, de fato, colaborar para um envelhecimento bem sucedido.

O estudo da qualidade de vida em idosos é recente, mas devido ao processo de envelhecimento populacional a temática vem assumindo evidência, especialmente porque há um fortalecimento da idéia de que velhice patológica, no sentido amplo da palavra, demanda altos custos para o indivíduo e sociedade (NERI, 2004). Surge, então, a preocupação em transformar a sobrevida aumentada do ser humano numa etapa significativa da vida (PASCHOAL, 2001).

O aumento da expectativa média de vida e a redução da mortalidade são os principais fatores que têm contribuído para uma população mais envelhecida (LIMA-COSTA e VERAS, 2003; VERAS, 2012). De acordo com os dados divulgados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010) entre os anos de 1999 e 2009, o percentual de indivíduos com 60 anos ou mais na população brasileira passou de 9,1% para 11,3%.

Embora o crescente número de idosos seja um fato, o envelhecimento populacional bem sucedido, ainda é uma realidade distante no Brasil. O processo de envelhecimento na população brasileira caracteriza-se pelo acúmulo de morbidades, declínio funcional e aumento da dependência, associado a condições socioeconômicas adversas (SOUSA *et al*, 2003).

Diante disso, um desafio que cresce em importância é acrescentar boa qualidade aos anos de vida conquistados (LIMA-COSTA e VERAS, 2003). Nesse sentido, a meta da Organização Mundial de Saúde (OMS), no campo da geriatria e gerontologia, é promover melhor qualidade de vida, pelo maior período de tempo e para o maior número de pessoas possível (WHO, 1998).

A Política Nacional do Idoso (BRASIL, 1994) e o Estatuto do idoso (BRASIL, 2003) assinalam que o atendimento deste deve ser desenvolvido, prioritariamente, por sua própria família. Porém, esta condição não é possível para todos, o que leva a busca por Instituições geriátricas (VAGETTI *et al*, 2003).

Em geral, as Instituições de longa permanência para idosos (ILPIs) recebem indivíduos em condição de alta dependência funcional, com diferentes comorbidades, cujos familiares não podem garantir os cuidados necessários (MENDONÇA e MARQUES NETO, 2003; HALTER *et al*, 2009).

Ao considerar a crescente proporção de idosos e a meta de uma sobrevivência melhor para os que envelhecem, emerge a pergunta de partida desse estudo: Qual a percepção de qualidade de vida dos idosos institucionalizados?

Para responder essa questão, a problemática deste estudo assume uma abordagem quali-quantitativa, compreendendo que esses métodos complementam-se ao permitir a emergência de temas significativos para o sujeito, ao mesmo tempo que viabiliza a caracterização da qualidade de vida de uma população por meio de instrumentos padronizados (MINAYO e SANCHES, 1993).

A análise da qualidade de vida do idoso institucionalizado pode incorporar-se ao trabalho cotidiano das ILPIs, influenciando decisões e condutas terapêuticas das equipes de saúde. Apresenta ainda o potencial de colaborar com mudanças nas práticas assistenciais e na superação de modelos de atendimento eminentemente biomédicos, que negligenciam aspectos socioeconômicos, psicológicos e culturais importantes, especialmente nas ações de promoção da saúde.

OBJETIVOS

- **OBJETIVO GERAL**

Analisar a qualidade de vida de idosos institucionalizados.

- **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Caracterizar os idosos institucionalizados quanto aos aspectos socioeconômicos e demográficos, de saúde e institucionalização;
2. Avaliar os domínios relacionados à qualidade de vida;
3. Observar a relação entre qualidade de vida e estado nutricional
4. Compreender os significados atribuídos pelos idosos institucionalizados sobre qualidade de vida.

CAPÍTULO I - ENVELHECIMENTO

Este capítulo tem por objetivo abordar as questões relacionadas ao envelhecimento populacional no Brasil e o contexto social em que este fenômeno está inserido. Um destaque é conferido às modalidades de assistência ao idoso. Estes aspectos são discutidos visando situar o debate e configurar um pano de fundo para a análise da qualidade de vida dos idosos institucionalizados.

1. ENVELHECIMENTO

O envelhecimento populacional é atualmente reconhecido como fenômeno característico tanto dos países desenvolvidos como dos países em desenvolvimento. No Brasil esse processo tem ocorrido de forma rápida e intensa (RODRIGUES e RAUTH, 2002; LIMA-COSTA e VERAS, 2003), conforme revela diversos censos e pesquisas demográficas.

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), entre 1999 e 2009, o percentual das pessoas com 60 anos ou mais no conjunto da população brasileira passou de 9,1% para 11,3% (IBGE, 2010). Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) estimam que, em 2025, o Brasil será o sexto país no mundo com o maior número de idosos (WHO, 1998).

A longevidade da população também tem aumentado significativamente, o que pode ser demonstrado pelo aumento de 60% de idosos longevos (> 80 anos) e de 77% de centenários no período de 1997 a 2007 (IBGE, 2010).

De acordo com Veras (VERAS, 2012), o ritmo do envelhecimento populacional brasileiro será mais acelerado do que ocorreu em nações desenvolvidas no século passado. Este autor traz o exemplo de países europeus, como a França, onde foi necessário mais de um século para que a população idosa aumentasse de 7% para 14% do total. Em contraste, essa mesma variação demográfica ocorrerá no Brasil nas próximas duas décadas (entre 2011 e 2031). A estimativa é de que, nas próximas quatro décadas, a população idosa irá mais do que triplicar, passaremos de menos de 20 milhões em 2010 para aproximadamente 65 milhões em 2050 (VERAS, 2012).

Essa situação, chamada de “transição demográfica”, é acompanhada por mudança no perfil de morbi-mortalidade, com acréscimos na incidência e prevalência de doenças crônicas e queda das doenças infecciosas, um processo denominado “transição epidemiológica”, que ocasiona aumento do número de pessoas incapacitadas e dependentes de cuidados de longa duração (LIMA-COSTA e VERAS, 2003). Este cenário configura um importante desafio a ser cumprido pelos serviços de saúde e pela sociedade do nosso país.

O processo de envelhecimento é um fenômeno natural que, do ponto de vista biológico, pode ser caracterizado pela perda progressiva da reserva funcional, que torna o indivíduo mais propenso a ter doenças e aumenta suas chances de morte. São muitas as alterações anatômicas e funcionais que ocorrem nessa etapa da vida e que repercutem nas condições de saúde do indivíduo, considerando não apenas aspectos biológicos, como psicológicos e sociais. Idosos são acometidos mais frequentemente por doenças crônicas não transmissíveis, que em potencial podem acarretar perda na capacidade funcional, dificultando ou impedindo o desempenho de suas atividades cotidianas de forma independente (PEREIRA *et al*, 2004; SAMPAIO, 2004).

Assim, cabe reconhecer as demandas específicas deste grupo etário, cujo organismo passa por alterações que podem influenciar seu estado de saúde, afetando, em potencial, a independência, a autonomia e a qualidade de vida do indivíduo que envelhece.

Paschoal (PASCHOAL, 1996), ao considerar o aumento da expectativa de vida em todo o mundo e o crescente número de indivíduos idosos, questiona:

“Qual a qualidade dessa sobrevivência? Como aumentar o vigor físico, intelectual, emocional e social dessa população até os momentos que precedem a morte? A maioria dos indivíduos deseja viver cada vez mais, porém a existência do envelhecimento (a própria e a dos outros) está trazendo angústias e decepções pelo menos em nosso país. Como favorecer uma sobrevivência cada vez maior, com uma qualidade de vida cada vez melhor?”

Em um país com tantos problemas socioeconômicos a resolver, envelhecer com boa qualidade de vida é uma questão de saúde pública, no sentido de promover condições qualificadas para o prolongamento da vida (RODRIGUES e RAUTH, 2002).

Além disso, ao compreender a velhice como última etapa do ciclo vital, e, considerar os conflitos que daí emerge diante da finitude da existência e das alterações biopsicossociais, é necessário analisar o desafio do idoso de manter uma vida com boa qualidade.

2. MODALIDADES DE ASSISTÊNCIA AO IDOSO

Diante do envelhecimento populacional, há uma preocupação cada vez maior com as condições necessárias para assistir de forma digna o número crescente de idosos. Paralelo às mudanças no perfil demográfico, o Brasil atravessa mudanças sociais, como a urbanização e alterações na estrutura familiar, que reduzem a capacidade da família para prestar o cuidado aos mais velhos, pelo menos nos moldes tradicionais: sob o mesmo teto, por membros da

família, principalmente por pessoas do sexo feminino (CHAIMOWICZ, 1997). Isso torna imprescindível a criação de programas e redes de apoio direcionadas a essa crescente demanda.

As modalidades de assistência para idosos em nosso contexto ainda são escassas. De um modo geral pode-se afirmar que as modalidades de assistência oferecidas apoiam-se predominantemente no grau de dependência do idoso, seja ela funcional, financeira ou social (DIOGO, 2002). Ainda de acordo com o autor, as diferentes modalidades podem ser apresentadas conforme o ambiente em que são operacionalizadas. Assim temos:

AMBIENTE	MODALIDADE DE ASSISTÊNCIA
Ambiente domiciliar	Família natural, Assistência domiciliar, Família acolhedora, República.
Ambiente Comunitário	Centro de convivência, Casa-lar e Centro-dia.
Ambiente Institucional	Residência comunitária e Atendimento institucional integral.

De modo geral, as modalidades assistenciais direcionadas ao idoso e à família apresentam enfoque social e de saúde. Embora a ênfase do social seja o incentivo a integração à comunidade, também devem ser desenvolvidas ações de promoção e proteção à saúde (DIOGO, 2002).

As diferentes modalidades de atenção ao idoso, suas características e objetivos são apresentadas no Quadro 1.

Quanto ao enfoque da saúde, o objetivo fundamental é a prevenção de incapacidades e da dependência do idoso para atividades cotidianas, além de tratar das condições de saúde responsáveis por sua dependência e comprometimento funcional, aspectos centrais na Política Nacional de Saúde do Idoso (BRASIL, 1999).

Quadro 1. Modalidades de assistência ao idoso.

Modalidade	Características	Objetivos
Ambiente domiciliar		
Família natural	Atendimento prestado ao idoso independente, pela sua própria família, visando a sua permanência no próprio domicílio, preservando o vínculo familiar e de vizinhança.	<ul style="list-style-type: none"> • Oferecer suplementação financeira à família com recursos insuficientes para atender às necessidades básicas dos idosos; • Manter a autonomia e a permanência do idoso na sua residência por maior tempo possível; • Fortalecer os vínculos sociais e familiares; • Estimular hábitos saudáveis e prevenir acidentes e situações de carência.
Atendimento domiciliar	Atendimento prestado à pessoa idoso com algum grau de dependência, com vistas à promoção da autonomia, permanência no próprio domicílio e reforço dos vínculos familiares e de vizinhança.	<ul style="list-style-type: none"> • Prestar assistência ao idoso dependente e semidependente no próprio domicílio, reforçando sua capacidade para a integração em diferentes atividades; • Preservar o vínculo familiar e a integração comunitária.
Família acolhedora	Programa que oferece condições para que o idoso sem família, ou impossibilitado de conviver com a mesma, receba abrigo, atenção e cuidados de uma família cadastrada e capacitada para oferecer esse atendimento.	<ul style="list-style-type: none"> • Atender idosos em situação de abandono, sem família ou sem possibilidades de convivência.
República	Residência para idosos independentes, organizada em grupos, conforme número de usuários, e cofinanciada com recursos da aposentadoria, benefício de prestação continuada, renda mensal vitalícia e outras. Em alguns casos a república pode ser viabilizada em sistema de autogestão.	<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar integração social e participação efetiva na comunidade.
Ambiente Comunitário		
Centro-dia	Programa de atenção integral às pessoas idosas que, por suas carências familiares e funcionais, não podem ser atendidas em seus próprios domicílios ou por serviços comunitários; proporciona o atendimento das necessidades básicas, mantém o idoso junto à família e reforça o aspecto de segurança, autonomia, bem-estar e a própria socialização do idoso.	<ul style="list-style-type: none"> • Prestar atendimento aos idosos nas áreas de saúde, lazer, atividades ocupacionais e de apoio sociofamiliar; • Oferecer ao cuidador do idoso a possibilidade de exercer suas atividades laborais e de autocuidado.

Hospital-Dia	Alternativa a não institucionalização total do idoso dependente ou com comprometimento de sua capacidade funcional.	<ul style="list-style-type: none"> Complementar tratamentos e promover reabilitação de idosos por um período do dia.
Centro de Convivência	Fortalecimento de atividades associativas, produtivas e promocionais, contribuindo para a autonomia, o envelhecimento ativo e saudável, a prevenção do isolamento social, a socialização e o aumento da renda própria.	<ul style="list-style-type: none"> Promover o encontro de idosos e de seus familiares, por meio do desenvolvimento de atividades planejadas, que favoreçam a melhoria do convívio com a família e a comunidade.
Modalidade	Características	Objetivos
Casa-lar	Residência participativa destinada aos idosos que estão sós ou afastados do convívio familiar e com renda insuficiente para sua sobrevivência.	<ul style="list-style-type: none"> Proporcionar ao idoso condições de moradia de acordo com suas possibilidades financeiras e maximizar a sua economia por maior tempo possível.
Ambiente Institucional		
Residência Temporária	É um serviço em regime de internação temporária, público ou privado, de atendimento ao idoso dependente que requeira cuidados biopsicossociais sistematizados, no período máximo de 60 dias.	<ul style="list-style-type: none"> Oferecer ao idoso dependente ou semidependente, local de moradia provisória adequado às suas condições funcionais e cuidados de saúde, incluindo serviços de reabilitação; Orientar e preparar a família e/ou cuidador do idoso, bem como o ambiente domiciliar para o retorno do idoso após a alta hospitalar; Oferecer à família a possibilidade de suspensão temporária da sobrecarga de trabalho diante da situação de dependência do idoso,
Atendimento Integral Institucional	Atendimento prestado prioritariamente aos idosos sem famílias, em situação de vulnerabilidade, sob regime de internato, mediante pagamento ou não, durante um período indeterminado. Dispõe de um quadro de recursos humanos para atender às necessidades de cuidados com assistência, saúde, alimentação e lazer dos usuários, e desenvolve outras atividades que promovam qualidade de vida.	<ul style="list-style-type: none"> Garantir ao idoso em estado de vulnerabilidade serviços de atenção biopsicossocial em regime integral, priorizando o vínculo familiar e a integração comunitária.

Fonte: Adaptado de DIOGO, 2002.

Em 14 de maio de 2001, foi publicada a Portaria nº73, de 10 de maio de 2001, da Secretaria de Estado de Assistência Social, que trata das normas de funcionamento de serviços de atenção ao idoso no Brasil. Uma das propostas apresentadas foi a mudança de paradigmas nas diferentes modalidades assistenciais, definindo parcerias, promovendo integração intersetorial e estimulando a corresponsabilidade do governo, da sociedade e da família. Propõe ainda a criação de novas modalidades adequadas à realidade de cada município, considerando a real demanda e as características sociais e culturais dos respectivos contextos.

**CAPÍTULO II - INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA
IDOSOS (ILPIS)**

É crescente a prestação de serviços formais de cuidados aos idosos, determinada pelo perfil social e de saúde da crescente população que envelhece. Entre esses serviços destacam-se os de longa duração oferecidos em instituições geriátricas. Por cuidados de longa duração entende-se o conjunto de serviços de saúde, sociais e pessoais prestado por um período contínuo de tempo a pessoas que perderam ou nunca tiveram certo grau de capacidade funcional (KANE, 2001).

O modelo institucional tem sido questionado ao considerar os altos custos, dificuldades relativas à sua manutenção e precariedade quanti e qualitativa dos recursos humanos e materiais (YOSHISTOME, 2000).

Diogo (2002) discute o conceito de cuidado residencial (ou lar comunitário) como alternativa às ILPIs. Países como Holanda, França, Finlândia, Suécia e Japão já tem unidades implantadas. O Lar comunitário tem sua ênfase no cotidiano na participação do idoso nas atividades domésticas com o auxílio de um funcionário que o acompanha e auxilia. O respeito ao residente é observado desde o planejamento das refeições até a estrutura do cotidiano. Além disso, conta-se com um serviço de assistência multiprofissional para o atendimento de saúde dos idosos.

Alguns países da Europa e América Latina contam com o serviço de auxílio domicílio, o qual inclui a participação de pessoas voluntárias ou vinculadas a organizações governamentais ou não governamentais, na ajuda em atividades da vida diária ao idoso que vive sozinho, apresenta algum grau de incapacidade ou permanece a maior parte do dia só (WANDERLEY, 1998).

Entretanto, esse modelo requer uma equipe constituída por cuidadores especialmente treinados e qualificados para os serviços domésticos, o que pode dificultar sua aplicação no cenário brasileiro. Porém, os princípios da valorização do cotidiano e participação do residente nas atividades do lar poderiam ser aplicados no atual modelo institucional.

Neste capítulo abordaremos a origem, conceitos e a realidade das Instituições de Longa Permanência no Brasil a fim de compreender as condições atuais com que os idosos envelhecem nesses espaços.

1. ORIGEM DAS ILPIs

A rejeição que há, em geral, na sociedade brasileira em relação às instituições geriátricas tem suas raízes nas imagens negativas desses estabelecimentos que, em sua origem histórica, estiveram associados à pobreza e a segregação, ou seja, as raízes da rejeição estão

relacionadas ao público e ao propósito com que essas instituições foram criadas (BORN, 2001).

O surgimento de instituições para idosos não é recente. A história dessas instituições remonta à Grécia Antiga, com a existência dos gerontokomeions (do grego *géron*, *gérontos*, velho + *kómeo*, cuidar), que funcionavam tanto como hospício, quanto hospital, asilo, abrigo ou albergue para velhos (REZENDE, 2001).

De acordo com Alcântara (2004), os dados históricos apontam que as primeiras instituições destinadas ao abrigo de idosos são originárias do Império Bizantino, no século V a.C. No Ocidente, a primeira residência geriátrica foi fundada pelo Papa Pelágio II (520-590) que adaptou sua própria casa, transformando-a em hospital para idosos (ALCÂNTARA, 2004).

Na Inglaterra, século X d.C, há registros de casas, chamadas de *almshouses*, localizadas próximas a monastérios, que serviam de abrigo para idosos desamparados e eram mantidas por doações da igreja e da comunidade (CHRISTOPHE, 2009).

Somente no século XVI, com a criação da *Poor Laws* (Lei dos Pobres) na Inglaterra e o aumento considerável do número de *almhouses*, o governo inglês passou a ser responsável pela assistência aos pobres, mendigos, órfãos, loucos, idosos, e outros excluídos (BORN e BOECHAT, 2006).

Assim como na Inglaterra, em outros países europeus não havia distinção entre mendigos, doentes, loucos e idosos (CHRISTOPHE, 2009). Esse fato gerou uma imagem negativa dos abrigos, que se estendeu por séculos e esclarece a percepção social mantida até os dias atuais (BORN e BOECHAT, 2006).

Somente no século XVII, os países europeus reconheceram os idosos como um grupo diferenciado, que necessitava de um local específico de hospitalidade. Exemplo disso foi a criação dos chamados *hofjies* na Holanda, destinados principalmente ao abrigo de idosas religiosas (NOVAES, 2003).

Na América Latina, o atendimento ao idoso em instituições geriátricas é mais recente, mas sua origem também está associada a atividades filantrópicas de instituições religiosas (CHRISTOPHE, 2009).

O primeiro asilo para idosos no Brasil foi criado pela igreja católica, em 1782, na cidade do Rio de Janeiro e tinha capacidade de atender apenas 30 idosos. Em 1794 começou então a funcionar, também no Rio de Janeiro, a Casa dos Inválidos, destinada aos soldados idosos (POLLO e ASSIS, 2008).

Em 1879 foi inaugurado o lar da Mendicidade, com o objetivo de abrigar crianças, pessoas abandonadas, ociosas, indigentes, inválidas, velhos e alienados, que não podiam ser recebidos no Hospício Dom Pedro II. No entanto, não havia uma distinção clara entre as necessidades de cuidado e o tratamento específico que deveria ser oferecido. Desse modo, independente de serem mendigos ou velhos, todos eram encaminhados para o mesmo asilo (GROISMAN, 1999).

No Brasil, o primeiro asilo direcionado aos idosos, foi criado em 1890, no Rio de Janeiro, cuja denominação já designava o perfil da clientela assistida: “Fundação do Asilo São Luiz para a Velhice Desamparada”. A instituição estabelecia as rotinas e as normas de convivência entre os residentes. Além disso, mediava o contato do idoso com o mundo externo, criando um mundo à parte (CHRISTOPHE, 2003).

Na época, o Asilo São Luiz para a Velhice Desamparada foi considerado uma instituição modelo. Embora tenha sido fundado por um empresário da sociedade carioca, recebeu também subvenções públicas e o apoio da igreja. O asilo começou abrigando idosos carentes, seguindo uma política filantrópica-assistencialista, porém, em 1909 passou a contar com uma ala destinada aos idosos com condições financeiras para se manter mas que requeriam cuidados de saúde. Um artigo do jornal “O Paiz” assim descreve o fato, inovador para a sociedade da época:

“Há na recente construção (o novo pavilhão do Asilo São Luiz) uns quartos destinados para velhos que, sem que sejam totalmente desamparados, desejam tranquilos albergar-se mediante módicas mensalidades. Entrei nesses aposentos e não há melhores em alguns hotéis de nomeada. Todos têm a sua pia de água encanada, todos iluminados eletricamente. Prevejo que brevemente não há de ficar um só vazio”. (GROISMAN, 1999)

A partir daí, a institucionalização de idosos deixa de ser apenas caridade, e passa a ser também uma fonte de renda. Atualmente, ainda em funcionamento, a instituição é denominada de “Casa São Luiz – Instituição Visconde Ferreira D’Almeida”, e atende idosos com elevada condição socioeconômica (CHRISTOPHE, 2003).

Em São Paulo, no fim do século XIX, a Santa Casa de Misericórdia que prestava assistência a mendigos, em decorrência da alta demanda de internações para idosos, passou a definir-se como instituição gerontológica. De modo geral, quando não existiam instituições específicas para idosos, estes eram abrigados em asilos de mendicidade, junto com pobres, doentes mentais e órfãos (POLLO & ASSIS, 2008).

Em Salvador, o surgimento dos primeiros asilos de velhos seguiu a mesma trajetória de outras regiões do Brasil e de outros países, como a França, onde os velhos encontravam-se misturados aos mendigos, aos incapacitados para o trabalho ou sem condições de se sustentar financeiramente. De acordo com estudo feito por Bernardo (2010), era significativo o número de mendigos em idade avançada na cidade de Salvador: 27% dos idosos que moravam na capital da Bahia encontravam-se em situação de mendicância. Numa pesquisa documental dos anos de 1850 a 1900, esta autora identificou 870 idosos em situação de mendicância, com idade variando entre 60 a 119 anos, sendo 62% mulheres e 38% homens. A autora observou ainda que a maior parte dos idosos que viviam nas ruas era negra. Uma explicação atribuída a esse achado deve-se a prática de alguns senhores alforriarem os escravos de idade avançada, pois não apresentavam rendimento nos trabalhos, não tinham valor de venda no mercado, além de se constituírem em fonte de despesas, necessitando de alimentação, vestimenta e cuidados médicos, pois frequentemente adoeciam.

A partir dos 50 anos os escravos já eram considerados velhos e, portanto, de rentabilidade nula. Em seu estudo, Bernardo (2010) relata ter encontrado, com frequência na documentação pesquisada, relatos de senhores que queriam se desfazer de um escravo velho. As cartas de alforria desses escravos continham a seguinte observação: *velhos, por isso, sem valor*. A noção de velho estava associada à ideia de incapacidade para o trabalho. Sem condições dignas de sobrevivência, restava aos velhos pobres, livres ou escravos, a vida de mendicância.

Apenas nas últimas décadas do século XIX e início do século XX, devido às ações higienistas da medicina – que condenava a mistura de sexos, idades e patologias -, a “velhice desamparada” foi separada das outras categorias sociais (mendigos, crianças e loucos) e alocada em asilos de velhos, destacando os idosos como grupo social específico (GROISMAN, 1999).

Seguindo uma cronologia histórica, o primeiro asilo que se tem registro na cidade de Salvador é a Casa de Asilo Santa Isabel pertencente à Ordem Terceira de São Francisco (1860). O objetivo desse abrigo era servir de *guarida, amparo, refúgio seguro aos irmãos sem teto e sem arrimo* (BERNARDO, 2010).

Embora não tenha sido encontrada uma linha histórica contínua da implantação dessas instituições no Brasil, o que é visível pelos documentos disponíveis é que, em sua origem, essas instituições foram dirigidas à população carente que necessitava de abrigo. Além disso, eram iniciativas de entidades religiosas e filantrópicas diante da ausência de políticas

públicas. Convém destacar que, ainda atualmente, a maioria das instituições geriátricas brasileiras é filantrópica (65,2%) (CAMARANO, 2010).

Mais que um espaço físico, o asilo é também lugar simbólico, pois trata-se da ausência da atribuição de um lugar e papel social do idoso. Esse mecanismo terminou por estigmatizar a velhice:

“Num mundo sanitariamente perfeito, a velhice é transformada em doença que precisa ser debelada. Não existe lugar reconhecido para os idosos porque estes não correspondem ao ideal de pessoa em perfeitas condições. Eles são recolhidos nos asilos e clínicas, porque são um estorno num mundo organizado para a produtividade. São escondidos do convívio porque estampam, no seu rosto, as rugas da velhice que incomodam o estereótipo cultural da eterna juventude.” (JUNGES, 2004)

O cenário apresentado esclarece o preconceito existente com relação a essa modalidade de atendimento. Camarano *et al* (2009) sinalizaram ainda que:

“O envelhecimento da população e o aumento da sobrevivência de pessoas com redução da capacidade física, cognitiva e mental estão requerendo que os asilos deixem de fazer parte apenas da rede de assistência social e integrem a rede de assistência à saúde, ou seja, ofereçam algo mais que um abrigo.”

Como abordado neste tópico, as instituições geriátricas originaram-se como equipamentos de assistência social, mas vem sofrendo mudanças graduais, em função do envelhecimento populacional e dos cuidados especializados de que os idosos institucionalizados passaram a necessitar. Essa nova configuração propõem uma questão fundamental sobre a natureza desse serviço: se não é meramente de assistência social, nem de saúde, como defini-la?

2. DEFINIÇÃO DE ILPIs

Uma breve análise das definições de instituições para idosos apresentadas na legislação brasileiras revela falta de consenso do que seja uma ILPI. Na elaboração da Portaria MS 810/89 (BRASIL, 1989), as ILPIs foram consideradas “serviços de saúde”. A RDC 283/05 (BRASIL, 2005) considera a ILPI uma “residência” ou “domicílio coletivo”, enquanto a Portaria SAS 73/01 (BRASIL, 2001) as trata como parte da rede de “serviços de assistência social” ao idoso e na Política Nacional do Idoso (BRASIL, 1994) recebe a rubrica “serviços de atendimento asilar”.

A Portaria 810/89 (BRASIL, 1989) do Ministério da Saúde foi a primeira iniciativa governamental para regulamentar o funcionamento das instituições para idosos. Conforme a definição adotada consideram-se instituições específicas para idosos os estabelecimentos, com denominações diversas, correspondente aos locais físicos equipados para atender pessoas com 60 anos ou mais de idade, sob regime de internato ou não, mediante pagamento ou não, por período de tempo indeterminado, que dispõem de funcionários capazes de atender a todas as necessidades da vida institucional. Trata-se de uma definição extremamente ampla, aplicando-se a várias modalidades de atendimento ao idoso.

Segundo a Portaria 73/01 (BRASIL, 2001) da Secretaria de Estado da Assistência Social do Ministério da Previdência e Assistência Social, o atendimento asilar institucional é aquele prestado em instituição asilar a idosos sem família, vulneráveis, oferecendo-lhes serviços na área social, psicológica, médica, de fisioterapia, de terapia ocupacional, de enfermagem, de odontologia e outras atividades específicas para esse segmento social. Trata-se de estabelecimentos com denominações diversas, correspondentes aos locais físicos equipados para atender pessoas idosas com 60 anos e mais, sob regime de internato, mediante pagamento ou não e que dispõe de recursos humanos para atender às necessidades de cuidado. Essa Portaria é apresentada como mais uma etapa de regulamentação da Política Nacional do Idoso, introduz a expressão “atendimento integral institucional” e considera prioritário o atendimento daqueles que se apresentam sem família e em situação de vulnerabilidade.

A Resolução da Diretoria Colegiada da ANVISA / RDC nº 283 (BRASIL, 2005), que estabelece as normas de funcionamento para as ILPIs no Brasil, define tais instituições como “instituições governamentais ou não governamentais, de caráter residencial, destinadas ao domicílio coletivo de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar, em condição de liberdade, dignidade e cidadania”.

Observa-se que, de modo geral, essas denominações são bastante genéricas, não estabelecem com clareza a finalidade e natureza dessas instituições, se apenas residência e/ou também de prestação de serviços de saúde e assistência social.

Em 2001, a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia adotou o termo “Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPIs)”, que é uma adaptação do termo *Long-Term Care Institution* utilizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), embora a tradução mais correta seja Instituição de cuidado prolongado ou de Longa duração (BORN e BOECHAT, 2006). A SBGG sugeriu a seguinte definição:

“As ILPIs são estabelecimentos para atendimento integral institucional, cujo público alvo são as pessoas de 60 anos e mais, dependentes ou independentes, que não dispõem de condições para permanecer com a família ou em seu domicílio. Essas instituições, conhecidas por denominações diversas – abrigo, asilo, lar, casa de repouso, clínica geriátrica e ancianato – devem proporcionar serviços na área social, médica, de psicologia, de enfermagem, fisioterapia, terapia ocupacional, odontologia, e em outras áreas, conforme necessidades desse segmento etário” (SBGG, 2001).

De acordo com esse conceito, as ILPIs podem ser consideradas um serviço híbrido, compondo-se de aspectos de assistência à saúde e bem estar social, assumindo uma dupla função: proporcionar cuidado e ser um lugar para viver. Desse modo, os serviços devem se organizar tendo em vista a satisfação das múltiplas necessidades, de caráter material, emocional e espiritual que os idosos apresentam para uma vida diária satisfatória, como indivíduos e como participantes da vida comunitária, incluindo, necessariamente, assistência integral à saúde (KANE, 2001).

Na literatura internacional é comum encontrar denominações diferentes para o lar para idosos dependentes e para os independentes, pois aí as instituições são diferenciadas. Nos países de língua inglesa, ainda se utiliza a expressão *nursing homes*, originária dos Estados Unidos da América, na década de 1950, para designar as residências para idosos dependentes, diferenciando-as de *home for the aged* ou *old people's home*, para os independentes. Em alemão, *Altenpflegeheim* (lar para idosos dependentes) e *Altenheim* (para independentes), e em japonês *tokubetsu yogo rojinhomu* (lar para idosos dependentes) e *yogo rojinhomu* (lar para idosos independentes) (BORN & BOECHAT, 2006).

No Brasil, não há esta mesma diferenciação idiomática das instituições, embora haja legislações que considerem as particularidades nos serviços prestados aos idosos, como veremos em seguida.

3. MODALIDADES DAS ILPIs

A necessidade de proporcionar cuidados aos idosos conforme seu grau de dependência tem levado muitas ILPIs a criar setores especializados para diferentes categorias de clientela.

A RDC 283/05 (BRASIL, 2005) reconhece três modalidades de ILPIs, segundo o grau de dependência da população a que se destina: dependentes, semidependentes ou independentes:

1. Grau de dependência do idoso I – idosos independentes, mesmo que requeiram uso de equipamentos de auto-ajuda; um cuidador para cada 20 idosos, ou fração, com carga horária de 8hs/dia;

2. Grau de dependência II – idosos com dependência em até 3 atividades de autocuidado para a vida diária tais como: alimentação, mobilidade, higiene; sem comprometimento cognitivo ou com alteração cognitiva controlado; um cuidador para cada 10 idosos.

3. 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; um cuidador para cada 6 idosos, ou fração, por turno.

A portaria SAS 73/01 (BRASIL, 2001) reconhecendo a importância da organização desses setores especializados, define três modalidades de instituições (ou unidades nas instituições):

1. Modalidade I. Instituição destinada a idosos independentes para atividades da vida diária (AVD). A capacidade máxima recomendada por unidade é de 40 pessoas, com 70% de quartos para 4 idosos e 30% para 2 idosos.

2. Modalidade II. É a instituição destinada a idosos dependentes e independentes que necessitam de auxílio e de cuidados especializados e exijam controle e acompanhamento adequado de profissionais de saúde. A capacidade máxima recomendada é de 22 pessoas, com 50% de quartos para 4 idosos e 50% para 2 idosos.

3. Modalidade III. Instituição destinada a idosos dependentes que requeiram assistência total no mínimo em uma atividade da vida diária (AVD). Necessita de uma equipe interdisciplinar de saúde. Capacidade máxima recomendada de 20 pessoas, com 70% de quartos para 4 pessoas e 30% para 2 idosos.

A Comissão de Assessoria Técnica a Instituições de Longa Permanência da SBGG – SP (SBGG, 2001) desenvolveu um trabalho semelhante, incluindo uma quarta modalidade:

4. Modalidade IV. Instituição destinada a idosos dependentes que requeiram assistência total nas AVDs. Necessita de uma equipe multiprofissional de saúde. Capacidade máxima recomendada: 30 pessoas.

Embora essas legislações reconheçam essas modalidades de assistência, faltam critérios claros para estabelecer o grau de dependência do idoso. Os protocolos de avaliação são pouco utilizados e o processo passa a depender muito do bom senso dos responsáveis por esse cuidado, o que torna incomum o uso dessas definições adotadas pelas legislações vigentes (BORN & BOECHAT, 2006).

4. INSTITUCIONALIZAÇÃO

Convém apresentar uma breve abordagem do que pode ser entendido por Institucionalização. Este é um tema pouco discutido, mas alguns autores trazem uma reflexão sobre o assunto. Para Jacob (2002) o indivíduo está institucionalizado quando fica quase todo o dia ou parte deste entregue aos cuidados de uma instituição, que não a sua família. Quando a permanência destes se prolonga pelas 24 horas, passam a designar-se por idosos institucionalizados residentes. Para este autor, o serviço pode ser prestado de forma permanente (lares, hospitais e residências) ou parcial (centros de dia, centros de convívio, universidades ou academias para a terceira idade).

Rezende (2001), ao estudar o termo “institucionalizar”, considera que a definição desta palavra na língua portuguesa não confere o seu significado real. “Institucionalização” é definida enquanto ato ou efeito de institucionalizar. Desse modo, “Institucionalizar” se refere a dar ou adquirir o caráter de instituição, o que não faria sentido, uma vez que o indivíduo não se transforma numa instituição, embora esteja submetido às regras e rotinas institucionais.

Entretanto, os significados desse termo apresentam variações. Na língua inglesa, por exemplo, o termo institucionalizar (“*to institutionalize*”) tem um sentido mais amplo, refere-se a ação de colocar ou confiar determinado indivíduo aos cuidados de uma instituição especializada, como as geriátricas, por exemplo (REZENDE, 2001).

Ao considerar as variações linguísticas existentes, o autor aponta que a denominação de “gerocômio” (do grego clássico *gerontokomeion*: *géron*, *gérontos*, velho + *kómeo*, cuidar) ou “gerontocômio” (do latim *gerontocomium*) seriam as mais apropriadas para designar, de maneira genérica, qualquer instituição para idosos (REZENDE, 2001).

Ainda de acordo com Rezende (2001), para expressar a institucionalização do idoso é necessário usar um termo correspondente a “*institutionalization*”, que seria asilamento, enquanto ato de asilar, de recolhimento em um asilo (do latim *asylum*), que significa refúgio, local de amparo, proteção, de abrigo a possíveis agravos e danos de qualquer natureza.

Alguns autores consideram que há um processo de separação dos internos com o mundo externo que faz parte da dinâmica das instituições, mesmo que não seja de forma aberta. Além da separação física e dos objetos biográficos, haveria também perda de papéis sociais (HERÉDIA *et al*, 2004a; BOSI, 2003), de modo que *o eu é sistematicamente, embora muitas vezes não intencionalmente, mortificado* (GOFFMAN, 1974). Por esse motivo é quase direta a associação de asilo de idosos com o modelo de instituição total proposto por Goffman (1974).

Para Goffman (1974), uma instituição total é aquela que se configura como um “local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e fortemente administrada.”

Ao considerar os vários tipos de instituições totais que o autor apresenta, os asilos estão inseridos entre as que oferecem assistência a pessoas consideradas inválidas e indefesas (GOFFMAN, 1974).

Graeff (2005) questiona a banalização do uso da Teoria das Instituições Totais no estudo das ILPIs. Esse autor considera que, embora essa teoria sirva como ferramenta conceitual que contribui para boa parte das análises sobre o caráter totalitário de determinadas gestões, é preciso compreender a heterogeneidade da questão asilar. Em seu estudo, o autor observa uma redefinição do caráter das instituições voltadas para os velhos, bem como um movimento de afirmação de diferenças e um esforço sistemático de muitos idosos em ressignificar sua experiência de asilamento. Desse modo, o processo de institucionalização não poderia ser explicado ou interpretado exclusivamente por essa teoria.

Na concepção de Camarano *et al* (2010) “o grau de totalidade” das instituições depende do grau de dependência dos residentes. Para estes autores, os idosos dependentes têm uma vida totalmente regida pela instituição, mas isso devido à sua condição de incapacidade. Desse modo, ainda que estivessem residindo com suas famílias teriam suas vidas igualmente administradas. Assim, para essa autora, a administração da vida desses idosos é decorrente da falta de autonomia e, não, necessariamente, da residência em uma instituição.

De acordo com Fernandes (1997), apenas no início da década de 70, de acordo com as novas políticas sociais da velhice, ampliou-se a idéia de institucionalização enquanto recolhimento a um asilo. A institucionalização passou então a incorporar a idéia de integração dos idosos na comunidade, buscando uma rede de amparo social extramuros institucional.

5. CAUSAS DA INSTITUCIONALIZAÇÃO

A internação do idoso em uma ILPI é uma alternativa em diversas situações, dentre as quais podemos destacar: ausência do cuidador domiciliar, conflitos familiares, estágios terminais de doenças, níveis de dependência muito elevados e busca de independência (CHAIMOWICZ & GRECO, 1999).

Após uma revisão de vários trabalhos sobre esta problemática, Levenson (2001) apresenta uma série de fatores associados ao risco de institucionalização, que, de modo geral, não são positivos e notadamente relacionados a estados de morbidade, conforme pode ser observado no Quadro 2.

Quadro 2 – Fatores associados ao risco de institucionalização

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Uso de auxílios para andar • Deficiências cognitivas • Viver sozinho ou com pessoas sem relação • Perda de apoios sociais • Problemas com as atividades da vida diária, dependência de cuidados pessoais • Pobreza • Sexo feminino • Estado de saúde auto-relatado precário • Limites nas Atividades instrumentais da vida diária • Deficiências na rede de saúde |
|--|

Fonte: Levenson, S. A. (2001). *A assistência institucional de longo prazo*, p.531.

A Política Nacional do idoso (BRASIL, 1994), no artigo 4.º, Parágrafo Único, indica intenção de excluir da responsabilidade de entidades assistenciais o cuidado ao idoso necessitado de serviços de enfermagem e cuidados médicos: “É vedada a permanência de portadores de doenças que necessitem de assistência médica ou enfermagem em instituições asilares de caráter social”, muito embora estes sejam um dos principais fatores que predisõem a institucionalização e que, em quase todas as instituições, fazem aumentar o número de idosos com vários graus de dependência e de fragilização e quadros demenciais.

Chaimowicz e Greco (CHAIMOWICZ e GRECO, 1999) analisando a dinâmica da institucionalização de idosos no município de Belo Horizonte, levantaram alguns fatores que

predispõe à institucionalização, como: o fato de morar sozinho, suporte social precário, viuvez, e baixas condições financeiras.

Herédia *et al* (2004b), enfatizam que a situação socioeconômica da maioria da população brasileira que envelhece é precária devido à aposentadoria com baixo rendimento e aumento de gastos com a saúde, não havendo condições satisfatórias para se vivenciar essa etapa da vida. Em geral, famílias brasileiras de renda mensal inferior a dois salários mínimos, quando esgotam a capacidade de prestar assistência, decidem internar o idoso em instituições asilares (KARSCH, 2003).

Dessa forma, algumas famílias optam pela ILPI, por considerarem que nesse local o idoso terá assistência mais adequada. Outras fazem da institucionalização uma transferência de responsabilidades, isentando-se de qualquer vínculo (PERLINI *et al*, 2007).

Há também idosos que buscam ILPIs por não possuírem família, por terem sido abandonados ou não possuir um local onde morar. Muitos desses apresentam ainda problemas de saúde, necessitando de assistência especializada, às vezes permanente, por terem perdido sua autonomia e/ou independência (CASARA, 2009).

A opção de residir em uma ILPI, muitas vezes parte do próprio idoso, da sua busca de independência, de um local no qual se sinta confortável e que atenda suas necessidades e expectativas (PERLINI *et al*, 2007).

Conforme afirma Graeff (2005), “a institucionalização resulta de múltiplos fatores, dos quais uma parte significativa está alheia às motivações de cada um”. De fato, as causas para a institucionalização podem ser inúmeras, sendo muitas vezes a conjugação de várias, e não apenas de uma ou duas, que resulta na escolha por esse tipo de apoio social.

De modo geral, a institucionalização do idoso comprova a ação da sociedade que descarta os indivíduos no momento em que deixam de ser saudáveis e produtivos. Ao mesmo tempo, evidenciam o despreparo do Estado em promover um envelhecimento digno, mantendo o indivíduo inserido na sociedade e garantindo, por meio de políticas sociais, os recursos necessários para promover melhor qualidade de vida (HERÉDIA *et al*, 2004b).

Nesse contexto, a institucionalização é uma questão multifatorial e complexa, por incorporar aspectos psicoemocionais, de saúde, econômicos, sociais, de caráter polêmico e não consensual.

6. CONSEQUÊNCIAS DA INSTITUCIONALIZAÇÃO

O processo de internação e de moradia nas ILP exige mudanças e traz consequências para a vida do idoso. Este, ao perder (total ou parcial) as suas construções simbólicas, conseqüentemente experimentará um corte com o seu mundo de relações e com sua história (PIMENTEL, 2001). Para Herédia *et al* (2004b) a institucionalização pode representar mais que uma simples mudança de ambiente físico, para uma necessidade de estabelecer novas relações sociais, adaptar-se a um novo lar mais do que o lar a ele, bem como pode desencadear sensações de desamparo, solidão e angústia, pela possibilidade de vivenciar essa etapa da vida num lugar estranho e com pessoas desconhecidas.

Em estudo qualitativo com idosas residentes em uma ILPI do Rio Grande do Sul (PAVAN *et al*, 2008), observou-se que metade das participantes considerou a institucionalização como uma condição de sofrimento, mas, por não possuírem alternativas, aceitaram a situação. De acordo com os resultados desse estudo, o tratamento uniformizado e a perda da identidade, individualidade e do direito de expressar sua subjetividade e desejos conduzem à perda da autonomia dos idosos, acelera o declínio de funções físicas e cognitivas, gera tristeza e reduz o tempo de vida.

Nesse mesmo estudo de Pavan *et al* (2008), os autores observaram que apenas metade das idosas residem na ILPI por vontade própria, enquanto as outras não aprovam a institucionalização e consideram o asilo "um depósito de velhos", denunciando uma situação de enclausuramento.

Aliado a essa situação, as instituições, em geral, não estão prontas para oferecer serviços que respeitem a individualidade, autonomia, personalidade e modo de vida de cada idoso, pois de fato, este é um desafio. De acordo com Brito e Ramos (2002), na maioria dos casos, as instituições tendem a isolar os idosos e priorizar as necessidades fisiológicas (alimentação, vestuário, alojamento, cuidados de saúde e higiene) desprezando a especificidade da experiência de cada indivíduo.

Araújo *et al* (2006) em pesquisa com idosos institucionalizados e de centros de convivência para terceira idade, verificou que esses grupos vivenciam o processo de envelhecimento em pólos antagônicos. Enquanto os idosos do centro de convivência participavam de atividades sócio-recreativas, de valorização do exercício da cidadania e de promoção à saúde, por outro lado, os idosos de instituições de longa permanência encontravam-se num confinamento sócio-afetivo, devido às caracterizações da ILPI em que residiam.

Mesmo levando em conta os aspectos negativos da manutenção de idosos em ILPIs (isolamento, inatividade, despersonalização, dependência...), não podemos descartá-las como um equipamento de suporte social. Estas instituições, antes, apenas necessárias para atender idosos pobres, sem família, sem casa para morar, hoje, diante do considerável avanço da expectativa de vida e das mudanças na estrutura e dinâmica familiar, tornaram-se espaços necessários para atender uma parcela crescente da população.

É importante que os profissionais de saúde, em especial, assim como os responsáveis pela elaboração de políticas públicas não perca de vista a complexidade do envelhecimento num país como o Brasil e tenha empenho suficiente para a adequação de modalidades de assistência ao idoso que promovam melhor qualidade a vida.

7. ILPIs NO BRASIL

Ao considerar a ILPI uma moradia especializada, suas funções básicas são “proporcionar assistência gerontogerátrica conforme as necessidades de seus residentes e oferecer, ao mesmo tempo, um ambiente doméstico, acolhedor, capaz de preservar a identidade e a intimidade de seus residentes, sem haver negligência de nenhum dos aspectos”. Assim, ela não será apenas uma residência, muito menos um hospital, mas uma nova categoria de instituição, de caráter híbrido ou sócio-sanitário. Entretanto, essas instituições, ainda necessitam passar por um processo de reestruturação, para que, de fato, possam cumprir esse papel (BORN & BOECHAT, 2006).

Num país como o Brasil, com enorme diversidade cultural e desigualdades socioeconômicas, também as instituições para idosos se revelam heterogêneas quanto a padrões de atendimento, qualidade da estrutura, organização financeira, população atendida (CAMARANO *et al*, 2010).

Há poucos dados estatísticos relativos às ILPIs nos países em desenvolvimento, ao contrário dos países desenvolvidos, onde a institucionalização de idosos é uma prática bastante difundida e regulamentada (HALTER *et al*, 2009).

Estima-se que cerca de 5% das pessoas maiores de 65 anos estão institucionalizadas nos países em desenvolvimento. Especificamente no Brasil, esses dados possivelmente são subestimados, considerando-se as instituições não regulamentadas e informalmente instaladas. Também são observados poucos dados que retratem as condições de vida dos idosos institucionalizados, de modo que investigações nessa área podem colaborar com o conhecimento da realidade das ILPIs no Brasil (SANTOS, 2000).

Nesse sentido, a situação dos idosos do Nordeste brasileiro merece atenção especial, visto que esta região apresenta maior proporção de idosos vivendo em situação de pobreza (24, 2%), sendo a Bahia o local de maior concentração (334 mil), sugerindo uma menor qualidade de vida e precária saúde dos idosos dessa área (IBGE, 2008).

Ao considerar esse cenário, apresentamos nesse tópico um breve panorama das ILPIs no Brasil, com enfoque especial para o estado da Bahia, a fim de compreender melhor o contexto em que as ILPIs desse estudo estão inseridas. Para isso utilizamos resultados obtidos em pesquisas realizadas em instituições para idosos em âmbito nacional.

A primeira delas são as informações do Relatório da V Caravana Nacional de Direitos Humanos (2002), que fiscalizou a atividades de 28 ILPIs em diferentes estados brasileiros. Em seguida trazemos um resumo do Relatório de Inspeção a Instituições de longa permanência para idosos (2008), realizado pela Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) em conjunto com o Conselho Federal de Psicologia (CFP).

Por fim, apresentamos uma das iniciativas recentes de conhecer o perfil das ILPIs brasileiras feita pelo Instituto de pesquisa econômica aplicada (IPEA) entre os anos de 2007 e 2009. Este instituto realizou a pesquisa “Condições de Funcionamento e de Infraestrutura das Instituições de Longa Permanência para Idosos no Brasil” (CAMARANO *et al*, 2010), que consistiu no primeiro levantamento nacional de caráter censitário sobre este tipo de serviço.

No Apêndice 1 apresenta-se um resumo dos resultados dessa pesquisa no Brasil (CAMARANO *et al*, 2010) e no Estado da Bahia (CAMARANO, 2008), por ser o cenário do presente estudo. Logo abaixo segue as informações das respectivas pesquisas citadas.

7.1. Relatório da V Caravana dos Direitos Humanos

Em outubro de 2001 a Comissão de Direitos Humanos organizou a V Caravana Nacional de Direitos Humanos com o objetivo de conhecer a realidade dos asilos, abrigos e instituições que abrigam idosos no Brasil. A caravana contou com a participação de jornalistas, assistentes sociais, médicos e parlamentares. Foram visitadas 28 ILPIs: quatro no estado de São Paulo; três no Rio de Janeiro; sete em Pernambuco e, quatorze no Paraná.

A maioria das ILPIs visitadas pela equipe que compôs a Caravana foi caracterizada no relatório com expressões do tipo: “*depósito de idosos*”, “*asilo na sua versão rica*”, “*ociosidade, demência e abandono*”, “*aqui se aprende o valor do silêncio*”, “*religião e solidão*”, “*mais abandono*”, “*o asilo misterioso da Tijuca*”, “*aqui se pode amarrar idosos*”, “*nem fraternidade, nem lírios, nem amor*”, “*isolamento social e abandono*”, “*condições subumanas*”, “*o mesmo modelo, os mesmos problemas*”, “*de novo a ociosidade*”, “*outro caso*”

de isolamento social”, “um espaço de negligência”, ‘outro depósito’, “subnutrição de desnutrição”, “no aguardo de adaptações necessárias”, “outra casa clandestina”, “histórico de interdição”“.

Das 28 instituições visitadas, apenas seis apresentavam condições dignas, e receberam as seguintes citações elogiosas: *“enfim, uma instituição modelo”, “uma experiência de cuidado”, “um bom exemplo de casa-lar”, “uma casa em boas condições”, “um bom padrão” e, “padrão médico de qualidade”.*

A Caravana identificou e elencou os graves problemas ocorrentes na maioria das instituições visitadas - apropriação indébita de pensões e aposentadorias dos idosos institucionalizados, abusos físicos, falta de comida ou de uma dieta específica, falta de assistência médica, abandono pelos familiares, barreiras arquitetônicas que dificultam a locomoção, deixando muitos idosos confinados em seus quartos ou até mesmo em suas camas, restrição de visitas, falta de higiene, falta de documentação e ociosidade permanente vivida pelos residentes, haja vista naqueles locais não serem desenvolvidas nem incentivadas atividades físicas onde, até mesmo um simples passeio ou banho de sol era uma realidade distante.

O relatório final da Caravana destacou a segregação social que o idoso sofre na comunidade, visto que sua vivência se limita às circunscrições dos asilos, havendo breves e vigiadas incursões. Outro item verificado foi o abandono, tanto da família, que acaba por “esquecer” seu parente institucionalizado, como das próprias instituições asilares, que até aquela época, não suscitavam muita preocupação por parte das autoridades em fiscalizá-las.

7.2. Relatório de inspeção a ILPIS da OAB e CFP

A Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) em conjunto com o Conselho Federal de Psicologia (CFP) realizou uma inspeção em 24 ILPIs de 11 estados da federação e no Distrito Federal entre setembro de outubro de 2007, com o objetivo de avaliar, a partir de uma amostra representativa da realidade nacional, as condições concretas a que estão submetidos os idosos institucionalizados.

No relatório resultante da inspeção foi relatado o abandono independente de classe social, assim como o sofrimento e a falta de perspectivas para os idosos, mergulhadas num lugar onde *se espera pela morte*. Instituições consideradas como pouco mais que *depósito de seres humanos*.

Foram relatadas grande ociosidade no cotidiano dos internos e vínculos frágeis entre os residentes e entre estes e seus familiares e cuidadores. Notou-se ainda que as ILPIs promovem pouco a participação dos idosos em atividades comunitárias de caráter interno ou externo.

Foi assinalada ainda a visão hospitalocêntrica de muitas ILPIs, focadas nas necessidades de sobrevivência (alimentação e higiene), sem maior investimento nas necessidades individuais de lazer e afeto.

Destacou-se ainda que a aprovação do Estatuto do idoso não produziu os resultados que se esperava. Observou-se que grande parte das instituições funciona com número insuficiente de profissionais e técnicos habilitados. Foram relatadas ainda situações que transitam entre a negligência e práticas criminosas.

Nos relatos apresentados ao longo do relatório nota-se que a distância entre as instituições das distintas regiões do Brasil é a mesma que existe entre o Brasil rico e o de baixa renda, comparável aos países mais pobres do mundo, com reflexos na qualidade com que se vivencia essa etapa da vida.

7.3. Resultados da pesquisa do Instituto de pesquisa econômica aplicada (IPEA)

Nesta pesquisa realizada pela IPEA, coletou-se informações sobre características dos serviços prestados, infraestrutura física, recursos com que contam (humanos, financeiros), convênios e parcerias, estrutura de gastos e algumas características dos residentes (número, sexo, idade e condição de autonomia).

No período da pesquisa, foram identificadas 3.549 instituições, das quais 3.295 aceitaram participar do estudo. Os idosos residentes em ILPIs representavam menos de 1% da população idosa brasileira. Baixa oferta de instituições, altos custos, preconceitos e estereótipos aliados ao fato de os idosos de hoje preferirem ser cuidados pelas famílias são alguns dos fatores que explicam a baixa proporção de idosos residindo nas ILPIs. Acredita-se, por outro lado, que a oferta não seja suficiente para atender a demanda existente, se considerar a experiência dos idosos abandonados nos hospitais da rede pública e a frequente constatação de violência familiar.

Destaca-se ainda que, embora ilegal, as instituições brasileiras não constituem residência apenas para idosos. Na pesquisa do IPEA foram encontradas 100.251 pessoas residindo em ILPIs, sendo 12% não idosos.

As instituições brasileiras estão concentradas no Sudeste (2/3 das ILPIs), um dado esperado devido a maior proporção de idosos nessa região (51,7% da população de idoso do

Brasil). Foi verificada, também, uma concentração das instituições nos grandes municípios. Aproximadamente 71% dos municípios brasileiros não contavam com alguma instituição.

Quanto a natureza jurídica, observou-se que a maioria das instituições brasileiras (65,2%) era de natureza filantrópica (leiga ou religiosa). Apenas 6,6% eram públicas ou mistas, com predominância das municipais. As privadas constituíam 28,2% do total. Entretanto, das instituições criadas entre 2000 e 2009, a maioria era privada com fins lucrativos (57,8%), apontando tendência de mudança no perfil das instituições.

Em média, cada ILPI abriga 30 residentes, o que leva a inferir que essas instituições são de pequeno porte, em sua maioria. Analisando esta informação por natureza jurídica, foram observadas algumas diferenças. A proporção de instituições com menos de 20 residentes era bem mais elevada entre as públicas e as privadas (54,1% e 54,4%, respectivamente). Entre as filantrópicas, essa proporção era inferior a 30%. Por outro lado, a proporção de instituições que contavam com mais de 50 residentes foi mais elevada que nas demais (20,5%). Entre as privadas, essa proporção foi de 4,1%.

O IPEA também coletou informações a respeito do grau de dependência dos residentes em ILPIs. A classificação utilizada considerou o número de atividades da vida diária que o residente tinha habilidade para efetuar. As categorias foram: independentes, para aqueles que não necessitavam de auxílio para realizar as atividades da vida diária; os semidependentes, que necessitavam de ajuda em até três dessas atividades, e os dependentes, que não precisavam de ajuda para realizar as atividades de autocuidado.

Esses resultados devem ser observados com cautela, pois as informações referem-se ao total de residentes e não apenas à população idosa das ILPIs. Verificou-se que a maior parte dos residentes foi classificada como independente (34,9%), porém isso varia de acordo com a natureza da instituição. Nas instituições privadas, a maior parte foi classificada como dependente (38,8%), sugerindo que provavelmente é pela dificuldade de cuidado na família que esses idosos optam pela ILPI e não por falta de moradia. Nas públicas e mistas, acontece o contrário, a maior parte dos residentes era independente (43,9%).

No conjunto das ILPIs pesquisadas, aproximadamente 72% dos quartos possuíam um ou dois leitos e 5,9% cinco leitos e mais, o que está fora das normas da ANVISA (BRASIL, 2005). Ressalta-se ainda que dos 109.447 leitos, aproximadamente 90% estão ocupados, o que indica que as instituições estão operando com quase toda a sua capacidade.

Outro indicador utilizado para caracterizar a infraestrutura física das ILPIs foi a disponibilidade de espaços para os idosos, além dos quartos. 90% das ILPIs declararam possuir refeitório, jardim/pátio/quintal e sala de TV. Aproximadamente 50% das instituições

reportaram dispor de sala ecumênica e/ou capela, o que, como esperado, é mais comum nas instituições religiosas. Por outro lado, biblioteca ou sala de leitura foi encontrada em apenas 15% das ILPIs.

De acordo com as informações fornecidas, as ILPIs apresentavam como principal fonte de recurso, a contribuição dos residentes e/ou familiares, mesmo as instituições filantrópicas que recebem financiamento público. Aproximadamente 57% das receitas eram oriundas de contribuição ou mensalidade pagas pelos residentes e/ou familiares. Esta contribuição variou de 95,7% nas instituições privadas com fins lucrativos a 24,7% nas públicas, que, pelo Estatuto, não poderiam receber.

De acordo com o Artigo 50 do Estatuto do Idoso as ILPIs públicas não podem cobrar nenhum tipo de contribuição e ainda devem fornecer vestuário adequado e alimentação suficiente. No caso das ILPIs filantrópicas, o Estatuto do Idoso estabelece que elas podem alcançar até 70% do valor do benefício do idoso. Entretanto, cabe ao Conselho Municipal do Idoso ou ao Conselho Municipal da Assistência Social a responsabilidade por definir a forma de participação do idoso no custeio da entidade.

A segunda receita mais elevada das ILPIs era oriunda do financiamento público (federal, estadual ou municipal) que, embora não muito expressiva, estava em torno de 20%. A maior proporção de financiamento foi encontrada nas instituições públicas (70,0%). Nas filantrópicas, ela foi de 21,8% e nas privadas de 0,8%. As instituições, em geral, também contavam com recursos próprios, que consistia em 12,6% do total do financiamento e é mais elevada nas filantrópicas.

Já as instituições privadas cobravam uma mensalidade, cujo valor variava conforme as condições de mercado e de seus custos. O custo de uma instituição é muito influenciado pela sua natureza jurídica e pela oferta de serviços. Em média, cada instituição gastava mensalmente R\$ 744,10 por residente, sendo o valor mínimo de R\$ 92,92 e o máximo de R\$ 9.230,77.

A maior parcela dos recursos era destinada ao pagamento dos funcionários que nelas trabalham ou prestam serviços. Isso foi observado em todas as instituições, independente de sua natureza, mas com importância diferenciada. Essa rubrica respondeu por 52,9% do total dos gastos das ILPIs brasileiras. Cerca de 14,0% dos gastos eram destinados à alimentação e 9,5% ao pagamento de despesas fixas (telefone, luz, gás, água). Os medicamentos foram responsáveis por uma parcela relativamente baixa dos gastos das ILPIs (5%). Isso é explicado, em parte, por não raras vezes estas despesas ficarem a cargo dos familiares ou serem

provenientes de doações. Os outros 18,0% eram referentes a despesas com aluguel, pequenos consertos, combustível, manutenção da casa e/ou aquisição de material de escritório.

Apesar das ILPIs não serem instituições de saúde, os serviços de saúde eram os mais ofertados nessas instituições, principalmente os médicos e os de fisioterapia, citados por 66,1% e 56,0% ILPIs, respectivamente.

A oferta desses serviços variou de acordo com a natureza jurídica das instituições. Nas privadas, cuja proporção de residentes dependentes e semidependentes era mais elevada, o serviço médico era ofertado em 86,3% das instituições, enquanto entre as públicas, a proporção foi de 63,5%. Nas filantrópicas, os serviços médicos eram ofertados por 58,6% delas.

A oferta de atividades de lazer e/ou de cursos diversos foi menor que a de serviços médicos, sendo encontrada em 45,4% das ILPIs. Raramente, essas instituições oferecem programas sistemáticos de promoção da saúde dirigidos a manter a capacidade funcional dos idosos e de integração social do idoso.

7.4. Dados do IPEA na Bahia

A região Nordeste concentra 25,9% da população idosa brasileira e 8,5% das instituições (302 ILPIs), das quais 27,2% estão no Estado da Bahia (82 ILPIs). A maior parte das ILPIs na Bahia concentra-se principalmente na capital, Salvador (29 ILPIs), e região metropolitana. As regiões oeste e norte do estado são as que têm o número menor de instituições. Entre os 417 municípios do Estado apenas 48 possuem alguma ILPI. Isto significa que as outras 369 cidades (88%) não contam com essa modalidade de serviço.

Foram encontrados 2.922 residentes nas ILPIs baianas, sendo que 7,6% destes tinham menos de 60 anos. Ou seja, são 2.535 os idosos que residem nas ILPIs baianas, o que significa apenas 0,2% da população idosa do estado.

Ao analisar o perfil dos residentes das ILPIs observou-se que a maior parte é composta de mulheres com 80 anos ou mais (33% do total de idosos residentes).

A maior parte das ILPIs no Estado da Bahia era de natureza filantrópica. As filantrópicas religiosas representavam 48,8% do total, seguidas das filantrópicas leigas, que somam 42,7%. As instituições privadas respondiam por somente 7,3%, enquanto as públicas representavam apenas 1,2% do total.

Do total das 82 ILPIs, 9,8% declararam trabalhar em regime aberto (não definindo horários para a entrada de visitantes e saída dos residentes); 64,6% informaram operar em

regime semi-aberto (horários amplos para a entrada de visitantes e saída dos residentes, porém as saídas devem ser comunicadas à administração da instituição) e 25,6% das ILPIs em regime fechado (horários previamente estabelecidos para visitas e saída dos residentes). Estes só podiam sair acompanhados de alguém da instituição ou da família.

Verificou-se que a maioria dos residentes nas instituições baianas era dependente (44,8%), 29,4% independente e 25,8% semidependente. No universo geral de residentes, observou-se que 24,1% das pessoas apresentavam algum tipo de demência.

A média de idosos por ILPI foi de 36. Na maioria delas, residiam mais de 30 idosos. 30,5% contavam com um número de residentes que variava de 11 a 20 e 9,8% abrigavam até 10 residentes.

Em relação aos espaços existentes nas ILPIs, a maior parte possuía refeitório e jardim/pátio/quintal (92%). Cerca de 82% possuíam sala de Televisão e 54,9% sala ecumênica ou capela. Postos de enfermagem foram encontrados em 45,1% delas, consultório médico em 43,9%, enfermaria em 39,0% e sala de fisioterapia/ ginástica em 26,8%. Entre as áreas de lazer também foram mencionados horta/pomar (36,6%), sala de jogos e biblioteca/sala de leitura (ambos 13,4%) e piscina (6,1%).

Outra forma de inferir sobre a infraestrutura existente nas ILPIs foi através da distribuição dos leitos disponíveis por quarto. A maior parte dos cômodos possuía apenas um leito (50,7%). Chama atenção a presença de quartos com cinco leitos ou mais que respondem por 9,7% do total, situação que entra em desacordo com a RDC 283/05.

Quanto aos serviços ofertados para os idosos dentro das instituições, o mais frequente foi o médico, encontrado em 52,4% delas. O serviço de fisioterapia foi o segundo mais frequente, declarado por 37,8% delas.

Festas e bailes foram as atividades de lazer desenvolvidas com os residentes, informadas por 92,7% das ILPIs. Em seguida aparecem os passeios (61,0%), as atividades de dança, música, cinema, vídeo, teatro e museus (58,5%) e a realização de bazares (35,4%). Aproximadamente 30% das instituições relataram organizar jogos e 25,6%, caminhadas, ginástica ou hidroginástica.

O gasto monetário médio por residente declarado pelas instituições foi de R\$ 544,58. No entanto, existe uma grande variação entre o valor mínimo e o máximo, denotando que provavelmente existe uma grande variação na qualidade e perfil dos serviços prestados, na composição dos recursos e despesas.

A maior parte dos gastos nas ILPIs era destinada aos recursos humanos (44,6%). Gastos com alimentação responderam por 22,3% e 11,3% eram de despesas fixas (água, luz, telefone e gás).

Observou-se que o quadro funcional das instituições era composto, principalmente, por pessoas que exercem funções mistas (12,7% do total), cuidam de idosos (10,6%) e da faxina (10,2%). Enfermeiros e técnicos de enfermagem representam 5,8% e 5,6%, respectivamente, do total de funcionários. Médicos (5,6%) e fisioterapeutas (4,9%) também fazem parte do quadro de pessoal. Assistentes sociais, fonoaudiólogos, dentistas, terapeutas ocupacionais, nutricionistas e psicólogos são profissionais com baixa representatividade (menos de 1% do quadro das instituições).

A principal fonte de renda para a manutenção das ILPIs baianas era proveniente das quantias recebidas pelos próprios residentes (52,7% das receitas das ILPIs). Estas são oriundas do pagamento de mensalidade, nas instituições privadas, ou provêm do recolhimento de parte do benefício da seguridade social dos idosos, no caso das entidades filantrópicas.

Os recursos próprios das instituições correspondiam a 19,9% do financiamento das ILPIs. O financiamento público era responsável por 16,5%, 6,6% dos recursos era de doações em dinheiro e 4,3% de outras fontes.

A maior parte das instituições (72,0%) afirmou possuir algum tipo de parceria ou convênio, destas 79,7% tinham convênios com a prefeitura ou com as secretarias municipais. 22,0% apresentavam parcerias com associações religiosas. Destaca-se que 18,6% das instituições mantinha parceria com universidades ou faculdades e 15,3% com escolas (públicas ou particulares), sendo estas parcerias interessantes para suprir demandas internas das instituições, em especial no que tange a recursos humanos. A maior parte dos enfermeiros era composta de estagiários. Entre os médicos que trabalhavam nas ILPIs, 20% eram contratados ou cedidos, enquanto 80% voluntários. Entre os profissionais de fisioterapia, 23% eram contratados, 13% voluntários e 64% estagiários. Os estagiários eram os principais responsáveis pela existência de fonoaudiologia, enfermagem e fisioterapia nas instituições.

Os dados os dados do IPEA trazem o perfil da estrutura e funcionamento das ILPIs, as informações da V Caravana dos Direitos Humanos e do relatório de inspeção da OAB e CFP nos permite visualizar a realidade das condições de vida do idoso institucionalizado. Esses resultados revelam a necessidade de modificações profundas e efetivação das políticas públicas em curso, assim como no perfil dos investimentos sociais.

É fundamental que a instituições tenham infraestrutura física, material e de recursos humanos adequados para atender o perfil de necessidades de seus usuários. Além disso, é

imprescindível que a vivência comunitária dos idosos e o espaço institucional promovam sua autonomia e melhor qualidade de vida (VIEIRA, 2003).

CAPÍTULO III - QUALIDADE DE VIDA

Este capítulo tem como objetivo apresentar a temática Qualidade de vida, dentro de uma perspectiva histórica, conceitual e metodológica, e sua relação com o envelhecimento e a saúde.

1. HISTÓRICO

De acordo com Wood-Dauphinee (1999) o termo Qualidade de vida foi citado pela primeira vez por Pigou, em 1920, no livro *The Economics of Welfare*, que trata de economia e bem-estar material e discute o suporte governamental para indivíduos das classes sociais menos favorecidas e o impacto sobre suas vidas. Entretanto, o autor ressalta que o termo não obteve destaque, caindo no ostracismo.

Posteriormente, o termo qualidade de vida ressurgiu, sendo usado para criticar políticas cujo objetivo era o crescimento econômico sem limites. Dois economistas, Ordaway (1953) e Osborn (1957), apontaram os efeitos devastadores do crescimento econômico, que colocaria em risco a qualidade de vida humana e as condições externas de se viver (WOOD-DAUPHINEE, 1999).

A partir do fim da década de 1950, o uso do termo foi gradualmente se expandindo. Qualidade de vida foi incluída como noção importante no relatório da Comissão dos Objetivos Nacionais do Presidente Eisenhower, em 1960, nos Estados Unidos. Os membros dessa comissão, quando se referiram ao termo, relacionaram-no à educação, à preocupação com o crescimento econômico, com a saúde e ao bem-estar econômico (*welfare*). Estes eram os valores associados a uma boa vida nos Estados Unidos (FARQUHAR, 1995).

O então Presidente dos Estados Unidos, Lyndon Johnson, em 1964, utilizou esse termo ao declarar que “Os objetivos não podem ser medidos através dos balanços dos bancos. Eles só podem ser medidos através da qualidade de vida que proporcionam às pessoas” (FLECK *et al*, 1999).

Devido a essa ideologia, o conceito de qualidade de vida foi sendo incorporado às políticas sociais, como indicador de resultados de desenvolvimento socioeconômico. Na década de 1960, nos Estado Unidos, surgiram movimentos sociais e iniciativas políticas, cuja finalidade era melhorar a vida dos cidadãos, minimizando a desigualdade social. Assim, a pesquisa sobre qualidade de vida surgiu como uma nova área de atuação, com o objetivo de munir os políticos de dados que os ajudasse a formular políticas sociais efetivas (FLECK *et al*, 1999).

Progressivamente, o conceito de vida foi ampliado, passando a significar, além do crescimento econômico, o desenvolvimento social, expresso em boas condições de saúde, educação, moradia, transporte e lazer, trabalho e crescimento individual.

Os indicadores de qualidade de vida também se estenderam, tendo sido incluídos: mortalidade infantil, expectativa de vida, taxa de evasão escolar, nível de escolaridade, taxa de violência (suicídio, homicídios, acidentes), saneamento básico, nível de poluição, condições de moradia e trabalho, qualidade do transporte, lazer, dentre outros (FARQUHAR, 1995; FLECK *et al*, 1999).

Entretanto, com o tempo, percebeu-se que, embora todos esses indicadores objetivos fossem relevantes para avaliar e comparar qualidade de vida entre países, regiões e cidades, eles não se mostravam suficientes (PASCHOAL, 1996).

Em complementação às condições objetivas, que qualificariam também a vida das pessoas, parecia necessário analisar a qualidade de vida percebida pelos sujeitos e o quanto estavam satisfeitos ou insatisfeitos com a qualidade de suas vidas (qualidade de vida subjetiva), ou seja, a subjetividade passou a ser valorizada (PASCHOAL, 1996).

A partir dos anos 80 a percepção do que seria qualidade de vida incorporou diferentes perspectivas: biológica, psicológica, econômica, social, ou seja, passou a ser um conceito multidimensional e essencialmente subjetivo, uma vez que os critérios utilizados para avaliar qualidade de vida são valorizados de formas diferentes por cada indivíduo de acordo às circunstâncias em que se encontra (FLECK *et al*, 1999; PASCHOAL, 2001).

Na área da saúde, o interesse no estudo da qualidade de vida surge associado à mudança de paradigmas: do paradigma biomédico hegemônico para o biopsicossocial. O interesse clínico no assunto foi estimulado, principalmente, pelo avanço tecnológico que possibilitou o tratamento de doenças crônicas e o prolongamento da vida. Mas esses benefícios poderiam ser equivocados, questionando-se então, se os pacientes viviam ou se apenas sobreviviam (PASCHOAL, 2001).

O sucesso das ações em saúde não poderia mais ser avaliado apenas por indicadores objetivos de morbidade e mortalidade, visto que, as metas do cuidado em saúde não são simplesmente a cura da doença e a prevenção da morte, mas também a preservação da dignidade do indivíduo e de sua vida. Com isso, variáveis que incorporam a qualidade de vida tornaram-se itens fundamentais de avaliação (FLECK *et al*, 1999).

Associado a essa mudança de paradigma, a melhoria da qualidade de vida passou a ser uma das principais metas, tanto das práticas assistenciais quanto das políticas públicas de promoção da saúde (SEIDL & ZANNON, 2004).

2. QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE

Com a ascensão da medicina social (Sécs. XVIII e XIX), a relação entre saúde e qualidade de vida passou a ser objeto de estudo e investigações sistemáticas (MINAYO *et al*, 2000).

Embora saúde e qualidade de vida sejam, muitas vezes, utilizadas como sinônimos, trata-se de conceitos que apresentam especificidades, mas também uma grande relação entre si. Existem evidências científicas, conforme é abordado por Buss (2000), que mostram a contribuição da saúde para a qualidade de vida de indivíduos e populações, além da ação de componentes sociais para uma boa qualidade de vida e para que se alcance um perfil adequado de saúde. Desse modo, a qualidade de vida tem no âmbito da Promoção da saúde seu foco principal (MINAYO *et al*, 2000).

Em 1974, no Canadá, o Relatório Lalonde, ao definir as bases do movimento pela promoção da saúde, assinalou que é preciso adicionar não só anos à vida mas vida aos anos. Desse modo, as ações de saúde devem ter como objetivo primordial, garantir a qualidade de vida de indivíduos e coletividades (PAIM & ALMEIDA FILHO, 2000).

A Carta de Otawa (BRASIL, 2002) foi outro importante documento que estabeleceu o vínculo entre saúde e qualidade de vida com ênfase na criação de ambientes favoráveis à saúde e ao desenvolvimento das habilidades individuais.

De acordo com Fleck (2008), uma das vertentes no estudo da qualidade de vida no setor saúde é o movimento de humanização que busca o desenvolvimento de parâmetros de avaliação que consideram o contexto social do paciente.

A qualidade de vida tem íntima ligação com os aspectos socioeconômicos de determinada população, que configuram a condição de vida dos sujeitos dela integrantes e há uma relação direta entre essas variáveis e o perfil de saúde. Por isso, estudos que se restringem em conhecer de que forma determinada morbidade compromete a qualidade de vida dos indivíduos têm recebido críticas, pois, embora o estado de saúde seja relevante para uma boa qualidade de vida, existem outras variáveis associadas que extrapolam os parâmetros clínicos (GONÇALVES & VILARTA, 2004).

Minayo *et al* (2000) em concordância com esse ponto de vista, entende qualidade de vida como uma síntese, um híbrido biológico-social, mediado por condições mentais, ambientais e culturais. Desse modo, tanto a saúde quanto a qualidade de vida seriam componentes de uma complexa resultante social.

Entretanto, mesmo reconhecendo a existência de determinantes extrasetoriais, o sistema de saúde não intervém de forma eficaz sobre eles, embora sejam, em grande parte, os mais relevantes componentes de uma vida saudável e com boa qualidade (MINAYO *et al*, 2000).

3. CONCEITO DE QUALIDADE DE VIDA

Qualidade de vida é uma ideia amplamente difundida nos diversos espaços sociais, com o risco de ser banalizada devido ao uso indiscriminado e, muitas vezes, ambíguo. O termo qualidade de vida normalmente é utilizado em duas vertentes: (1) na linguagem cotidiana, pela população em geral, jornalistas, políticos, profissionais de diversas áreas e gestores ligados às políticas públicas; (2) no contexto da pesquisa científica, em diferentes campos do saber, como economia, sociologia, educação, medicina, enfermagem, psicologia, nutrição e demais especialidades da saúde (BOWLING & BRAZIER, 1995; ROGERSON, 1995).

O termo qualidade, numa análise semântica, remete ao caráter de um objeto. Definir a qualidade de algo implica atribuir valores, estabelecer um nível bom ou ruim. Contudo, essa compreensão é subjetiva, depende do referencial e critérios considerados na avaliação. Por isso, o que é considerado como boa qualidade para um indivíduo pode não ser necessariamente para outro (ALMEIDA *et al*, 2012).

Há inúmeras definições de qualidade de vida, pois este é um conceito submetido a múltiplos pontos de vista e que tem variado nas diferentes épocas, países, culturas, classes sociais e até para um mesmo indivíduo, conforme seu estado emocional e em decorrência de eventos cotidianos, socio-históricos e ecológicos (PASCHOAL, 2001).

A falta de consenso sobre o conceito de qualidade de vida reflete-se nos diferentes significados assumidos pelos pesquisadores. Para Minayo *et al* (2000) a causa de tamanha variabilidade de conceitos deve-se a relatividade da noção de qualidade de vida, influenciada por valores culturais e subjetivos. Para esta autora, a relatividade da noção de qualidade de vida pode ser compreendida de acordo com três referências: A histórica, na qual em um determinado tempo de uma sociedade, existe um parâmetro de qualidade de vida, que pode ser diferente de outra época, na mesma sociedade. A cultural, na qual os valores e necessidades são diferentes nos diferentes povos. E padrões de bem-estar estratificados entre as classes sociais, com fortes desigualdades, onde a noção de qualidade de vida predominante relacionasse ao bem-estar das camadas superiores. Desse modo, para cada fase de seu

desenvolvimento, em cada etapa histórica, uma sociedade constrói o significado do construto qualidade de vida (MINAYO *et al*, 2000).

Qualidade de vida é considerada um construto por se tratar de uma criação mental cujo significado é estabelecido intencionalmente e definido de forma que possa ser delimitado, traduzido em proposições particulares, observáveis e mensuráveis. Isso permite elaborar, em nível empírico, os testes subjetivos que a ciência necessita (PASCHOAL, 2001).

Com o advento das investigações sobre qualidade de vida, houve a necessidade de criar instrumentos científicos de avaliação desse construto. Diante dessa demanda, no início da década de 90, a Organização Mundial de Saúde (OMS) reuniu estudiosos de diversas culturas para construir um conceito e então criar um instrumento. Este grupo chegou ao consenso de que o termo qualidade de vida engloba três aspectos essenciais: 1) subjetividade (a definição depende da perspectiva do próprio indivíduo), 2) multidimensionalidade (a definição deve ter em conta diferentes aspectos ou dimensões) e 3) bipolaridade (presença de dimensões positivas e negativas) (FLECK *et al*, 1999).

A este consenso seguiu-se a definição do termo qualidade de vida como: "a percepção do indivíduo da 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" (THE WHOQOL GROUP, 1995).

De acordo com essa concepção, é possível pensar em qualidade de vida enquanto fruto de indicadores objetivos e subjetivos. Vilarta e Gonçalves (2004) reforçando o conceito do grupo WHOQOL, caracteriza esses indicadores de acordo com:

- Objetividade das condições materiais: relacionado à posição do sujeito na vida e as relações sociais construídas;
- Subjetividade: relacionada à percepção do indivíduo das condições físicas, emocionais e sociais referentes aos aspectos temporais, culturais e sociais.

Nesse sentido, a análise da qualidade de vida consiste na busca de parâmetros quantitativos e qualitativos de avaliação (VILARTA & GONÇALVES, 2004; ALMEIDA *et al*, 2012).

Indicadores objetivos avaliam a qualidade de vida com base nos elementos quantificáveis e concretos da realidade do sujeito. A análise desses fatores considera itens como alimentação, moradia, acesso à saúde, emprego, saneamento básico, educação, transporte, ou seja, necessidades básicas para uma vida com dignidade (ALMEIDA *et al*, 2012). Para Minayo *et al* (2000), essas são necessidades humanas elementares, recursos

materiais mínimos e universais, sem os quais não é possível pensar em boa qualidade de vida. São, portanto, elementos passíveis de mensuração e comparação, mesmo considerando a necessidade de relativizá-los culturalmente no tempo e no espaço.

No âmbito subjetivo, a análise de qualidade de vida também considera elementos concretos, porém, incorpora fatores subjetivos, emocionais e a percepção que os indivíduos têm de suas próprias vidas, inclusive do seu estado de saúde. Desse modo, analisa como o sujeito avalia a sua situação pessoal e o valor atribuído à qualidade de sua vida (ALMEIDA *et al*, 2012). Assim, se por um lado, a análise da qualidade de vida incorpora elementos subjetivos, por outro, relacionasse também com variáveis materiais (MINAYO *et al*, 2000).

Por isso, se o estudo da qualidade de vida ficar restrito a questões de ordem biológica, ligadas exclusivamente à saúde clínica, corre o risco de ser incompleta e equivocada, pois desconsideraria as variáveis histórico-culturais, influentes inclusive no processo saúde-doença.

Essa é uma preocupação que faz parte de um movimento dentro das ciências humanas e biológicas no sentido de valorizar parâmetros mais amplos que o controle de sintomas, a diminuição da mortalidade ou o aumento da expectativa de vida (FLECK *et al*, 1999).

4. ABORDAGENS DO ESTUDO DA QUALIDADE DE VIDA

Os estudos sobre qualidade de vida podem ser classificados de acordo com quatro abordagens: socioeconômica, psicológica, biomédica e geral (Pereira *et al*, 2012). Estes autores trazem uma caracterização de cada uma dessas abordagens conforme apresentado a seguir.

De acordo com a abordagem socioeconômica, os indicadores sociais são os principais elementos considerados nas investigações sobre qualidade de vida. As abordagens médicas tem como foco o efeito de tratamentos e terapêuticas na melhoria da qualidade de vida dos pacientes. Nesse campo específico, utiliza-se o conceito de Qualidade de vida relacionada à saúde (*health-related quality of life*) que está relacionado à avaliação subjetiva do paciente e ao impacto do estado de saúde na capacidade de se viver plenamente.

A abordagem psicológica busca indicadores que tratam das reações subjetivas de um indivíduo com as suas vivências e investiga como os sujeitos percebem suas próprias vidas. A principal limitação dessa abordagem é limitar a percepção de qualidade de vida a um aspecto interior à pessoa, desconsiderando o contexto social em que está inserida.

A abordagem geral baseia-se na premissa de que qualidade de vida é um construto multidimensional, subjetivo e bipolar, com uma organização complexa e componentes dinâmicos, cuja percepção difere para uma mesma pessoa de acordo com seu contexto e mesmo entre duas pessoas inseridas em um ambiente similar.

Um aspecto importante que caracteriza estudos que partem de uma abordagem geral de qualidade de vida é que as amostras estudadas incluem pessoas saudáveis da população, não se restringindo a amostras de pessoas portadoras de agravos específicos (ALMEIDA *et al*, 2012).

Na área de saúde são identificadas duas tendências quanto à abordagem da qualidade de vida: a abordagem médica e a geral. O estudo da qualidade de vida relacionada à saúde é frequente na literatura, para isso utilizam instrumentos específicos, como por exemplo, o EORTC - QLQ 30, para pacientes com neoplasias, desenvolvido pelo *European Organization for Research and Treatment of Cancer* (AARONSON *et al*, 1993) e o *Medical Outcomes Study - HIV*, para pacientes com HIV/AIDS (WU *et al*, 1997). Contudo, essas investigações se limitam a avaliação dos aspectos diretamente relacionados às morbidades ou às intervenções clínicas (GUITERAS & BAYÉS, 1993; CLEARY *et al*, 1995; SEILD & ZANNON, 2004). Essa abordagem restrita aos sintomas e às disfunções contribui pouco para uma visão abrangente dos aspectos não médicos associados à qualidade de vida (GLADIS *et al*, 1999).

No caso da abordagem geral, a qualidade de vida apresenta uma acepção mais ampla, influenciada por estudos sociológicos, sem fazer referência direta a disfunções ou agravos, embora a saúde seja um dos componentes dessa abordagem composta. O conceito adotado pela OMS insere-se nesse campo, uma vez que considera os aspectos subjetivos e multidimensionais da qualidade de vida (ALMEIDA *et al*, 2012). Devido a essas características conceituais e metodológicas e aos objetivos propostos no presente trabalho, optou-se pelo conceito de qualidade de vida adotada pela OMS e pela abordagem geral deste tema.

5. QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS

Em decorrência do acelerado envelhecimento populacional, há uma necessidade e interesse crescente em compreender melhor os aspectos biopsicossociais dos idosos e em promover não só uma sobrevida maior, mas também uma boa qualidade de vida (FLECK *et al*, 2000; JAMES e WINK, 2006).

Para Fernandes (2000) a qualidade de vida em gerontologia está relacionada com a forma como o idoso vivencia o processo de envelhecimento e sua velhice. Hortelão (2003) considera que a qualidade de vida dos idosos resulta da conjugação entre o bom funcionamento físico e cognitivo e o suporte social.

Segundo Lawton (1991), “qualidade de vida na velhice é uma avaliação multidimensional referenciada a critérios sicionormativos e intrapessoais, a respeito das relações atuais, passadas e prospectivas entre o indivíduo maduro ou idoso e o seu ambiente”. Desse modo, a qualidade de vida na velhice depende de múltiplos elementos em constante interação ao longo da vida do indivíduo. Ela reflete as relações entre condições objetivas (ambientais), competência adaptativa (emocional, cognitiva e comportamental) e autopercepção de bem estar e qualidade de vida (LAWTON, 1991).

A fim de avaliar a qualidade de vida de idosos, foram elaborados alguns instrumentos, como o EqoLI (PASCHOAL, JACOB & LITVOC, 2008) e o QOLS-E (HOSHINO *et al*, 1996). O EqoLI foi desenvolvido no Brasil para monitorar alterações na QV, bem como avaliar o impacto de tratamentos e intervenções na qualidade de vida. O QOLS-E foi desenvolvido e validado em uma amostra da população institucionalizado no Japão, entretanto a sua confiabilidade ainda não é muito alta. Outra ferramenta de avaliação da qualidade de vida para idosos institucionalizados foi elaborado por Kane *et al* (2003), com base em pesquisas em ILPIs dos Estados Unidos, entretanto ainda não traduzido e validado para outras populações.

Mais recentemente foi construído um instrumento específico para avaliar a qualidade de vida de idosos, o WHOQOL-AGE, importante por ser capaz de comparar a QV da população idosa com pessoas mais jovens e por requerer menos tempo de aplicação (CABALLERO *et al*, 2013). Entretanto, as suas propriedades em termos de sensibilidade e especificidades ainda não foram divulgadas.

O instrumento adotado nesse estudo é o WHOQOL-OLD, desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde, este questionário é específico para avaliar a qualidade de vida de idosos e validado para a população brasileira. Posteriormente ele será discutido de forma mais detalhada.

De acordo com estudo publicado em 1974 pela OMS (WHO, 1974), os idosos residentes em ILPIs são mais expostos à riscos de agravos a saúde e a situação socioeconômica, o que compromete a qualidade de suas vidas. Além disso, o ambiente físico, o pessoal (relações pessoais formais e informais significativas) e o social exercem papel relevante sobre a qualidade de vida do idoso (Lawton,1991). Desse modo, a

institucionalização pode influenciar a qualidade de vida de modo positivo ou negativo, a depender dos fatores objetivos e subjetivos de avaliação pessoal. Assim, sugere-se a criação de instrumentos específicos que avaliam a qualidade de vida de idosos institucionalizados, considerando as peculiaridades inerentes à este grupo.

METODOLOGIA

Este capítulo apresenta o percurso metodológico do presente estudo, destacando a compatibilidade do método à natureza do fenômeno estudado e os procedimentos de coleta e análise dos resultados.

Antes, considera-se necessário discutir as bases teóricas que fundamentam a abordagem quali-quantitativa desse estudo, a fim de conferir a dimensão do caminho seguido.

• **ABORDAGEM QUALI-QUANTI**

Uma investigação científica com consistência e confiabilidade exige uma forma de fazer, ou seja, um método. O método é amparado por uma filosofia ou corpo de conhecimentos que garante a ele e ao produto final de sua procura, um “rigor científico”.

O método pode ser entendido como um conjunto coerente de procedimentos sistemáticos e racionais que possibilitam o alcance de objetivos, traçando a trajetória, identificando possíveis erros e orientando na tomada de decisões do pesquisador (LAKATOS e MARCONI, 2001).

A escolha do método científico nos conduz à Hegel para quem, “todo método é um método ligado ao próprio objeto”, ou seja, é o objeto quem determina o método apropriado para investigá-lo (GADAMER, 1998).

Ao considerar a natureza híbrida do objeto qualidade de vida, seus aspectos objetivos e subjetivos (discutidos anteriormente), alguns pesquisadores (GILL *et al*, 1994; GROENVOLD *et al*, 1997) defendem a complementaridade das metodologias quali-quantitativa, por meio da combinação de medidas quantitativas padronizadas com análises de cunho qualitativo, de modo a permitir a emergência de temas em sua singularidade e unicidade, ao mesmo tempo que viabiliza a comparação de resultados de grupos e de indivíduos.

Minayo e Sanches (1993) trazem uma discussão sobre a aplicação da abordagem qualitativa e quantitativa e apontam para a possibilidade de articulação dessas metodologias que, embora tenham diferente natureza, não se contradizem. Os autores ressaltam que ambas as abordagens são necessárias, porém, em muitas circunstâncias, o uso exclusivo de uma delas pode ser insuficiente para abarcar a natureza do fenômeno. Nessas circunstâncias, eles recomendam a utilização complementar destes métodos, desde que o planejamento da investigação seja voltado para esse propósito.

Adorno e Castro (1994) consideram vantajosa a combinação de instrumentos quantitativos e qualitativos. Apontam que esta permite maior validade aos dados da pesquisa,

uma vez que os problemas de operacionalização de um método são compensados pelas características do outro.

As análises quantitativas de qualidade de vida colaboram para intervenções, especialmente na saúde e na programação de ações sociais, direcionando pontos carentes de melhorias na vida do grupo em questão. Esses indicadores apresentam pontos positivos referentes à facilidade de obtenção de dados e a geração de índices gerais sobre as condições de qualidade de vida dos grupos analisados. Entretanto, a adoção de um modelo exclusivamente quantitativo não nos permite definir a experiência de um mundo social e histórico; ao contrário, desconhecemos a essência dessa experiência quando a abordamos unicamente por esse método (GADAMER, 1998).

Por depender de inúmeras variáveis que compõem a complexidade humana, um simples questionamento pessoal pode ser um critério vago de avaliação. Mas, a despeito disso, a perspectiva subjetiva é válida e interessante para a discussão sobre qualidade de vida (MINAYO e SANCHES, 2000).

Os indicadores de natureza subjetiva “respondem a como as pessoas sentem ou o que pensam das suas vidas, ou como percebem o valor dos componentes materiais reconhecidos como base social da qualidade de vida” (MINAYO *et al*, 2000). Logo, como se trata de uma perspectiva subjetiva, é sempre necessário considerar as inúmeras possibilidades individuais de percepção, conceituação e valorização dessas variáveis imensuráveis objetivamente, como, por exemplo, o sentimento de solidão experimentado em diferentes situações do cotidiano, que se expressa de formas distintas entre sujeitos.

Por se tratar de um campo de conhecimento multi e interdisciplinar, o estudo de qualidade de vida engloba diversos conceitos e métodos científicos, assim como diversos enfoques. Da mesma forma, Almeida *et al* (2008), em estudo qualitativo com idosos no interior da Bahia, concluem que ao trabalhar com o envelhecimento é preciso contemplar o campo objetivo e subjetivo do cotidiano.

O fato de haver abordagens mais direcionadas à análise subjetiva e outras à objetiva são tendências que se complementam e, quando adequadamente associadas, ampliam o campo de conhecimento (ALMEIDA *et al*, 2012).

Diante do exposto, este trabalho pretende compreender questões relacionadas à qualidade de vida da velhice institucionalizada, na convicção de que não há como esgotar toda a abrangência do tema, cuja riqueza torna qualquer aproximação limitada e restrita. Porém, somente um movimento no sentido da interdisciplinaridade, de transitar entre as metodologias, poderá evitar que este objeto de estudo se perca nas limitações que uma

abordagem parcial poderia infligir, permitindo que ele mostre a dimensão que lhe cabe no atual universo do conhecimento.

As vantagens e limitações inerentes aos métodos quali e quantitativos na avaliação da qualidade de vida são apresentadas no Quadro 3.

Quadro 3. Vantagens e limitações dos métodos quantitativo e qualitativo na avaliação da qualidade de vida.

ABORDAGEM DA QUALIDADE DE VIDA	VANTAGENS	LIMITAÇÕES
QUANTITATIVA	1. Instrumento de avaliação das condições de vida das populações, indicando campos de carência de serviços ou de assistência; 2. Base para caracterização dos grupos em relação aos ambientes socioeconômicos em que estão inseridos.	Particularidades históricas e culturais do indivíduo não são consideradas.
QUALITATIVA	1. Acrescenta novas perspectivas, abarcando outros aspectos eventualmente não considerados em instrumentos quantitativos. 2. Considera a interpretação dos sujeitos de sua realidade particular fazendo emergir temas significativos para o sujeito.	Apenas o questionamento pessoal pode ser um critério vago de avaliação da qualidade de vida.

A trajetória metodológica foi delineada levando em consideração as duas etapas desse estudo: a análise quantitativa e qualitativa, admitindo uma complementaridade entre as duas abordagens e reconhecendo suas especificidades. Dessa forma, inicialmente serão

apresentados os fundamentos da metodologia qualitativa deste estudo. Em seguida, será apresentada a abordagem quantitativa aplicada nesta investigação. Na figura 1 encontra-se um breve esquema metodológico do presente estudo.

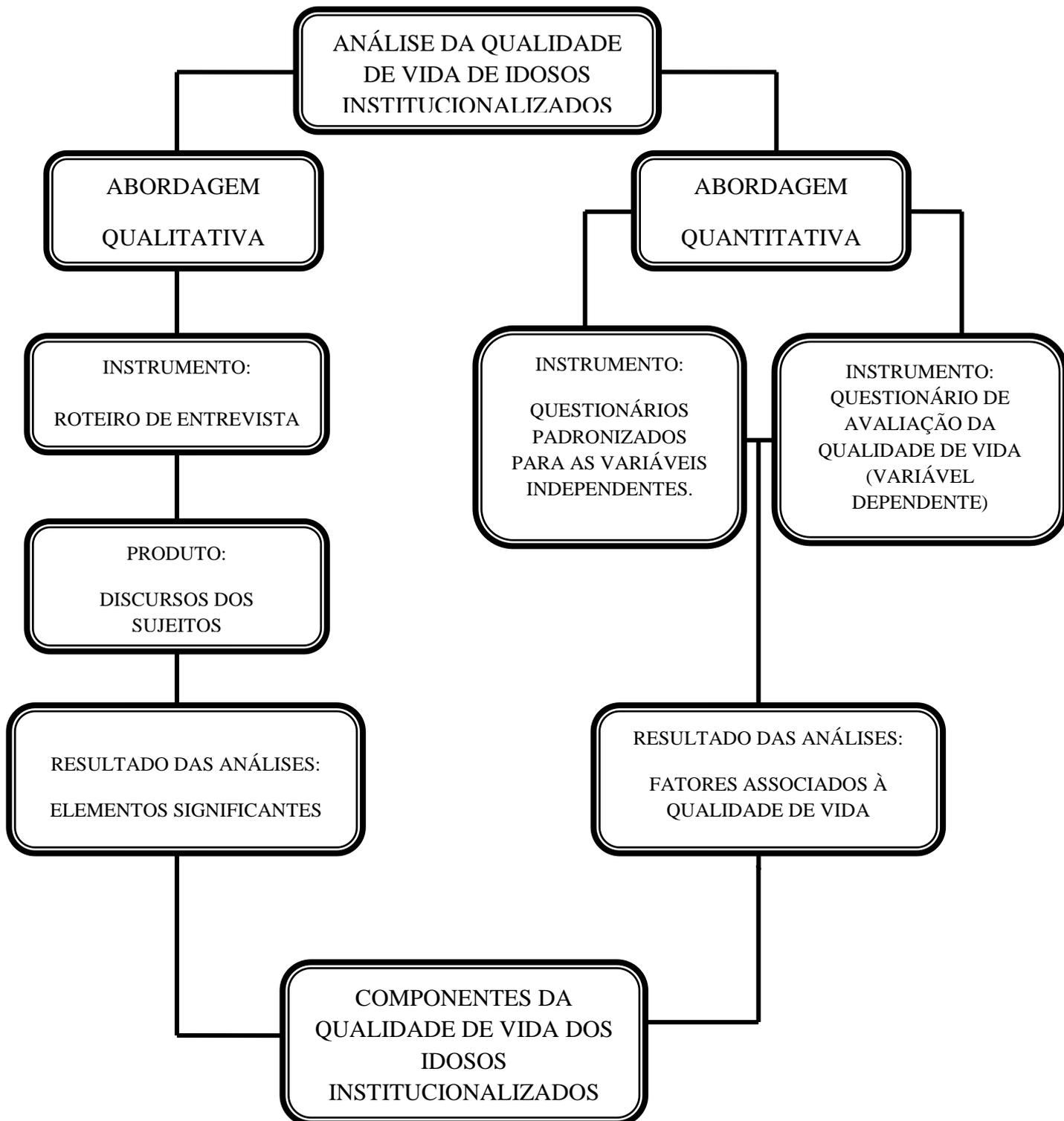


Figura 1. Esquema metodológico para análise da qualidade de vida dos idosos institucionalizados.

ABORDAGEM QUALITATIVA

Há diversos conceitos sobre o método de pesquisa qualitativa, dentre os quais podemos utilizar o apresentado por Minayo (1996). Esta autora define método qualitativo como “aquele capaz de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas” (p. 96).

De acordo com esta concepção, o método qualitativo se ocupa do campo subjetivo de significados, crenças, valores dos indivíduos e da compreensão mais profunda das relações, dos processos e dos fenômenos estudados.

Bogdan e Biklen (1994) apresentam algumas características inerentes ao método qualitativo. A primeira delas é o local da pesquisa que tem o espaço natural como fonte direta dos dados. Estes autores ressaltam que o fenômeno só pode ser compreendido de forma ampla se considerado no contexto onde ocorre. Outra característica é o seu caráter predominantemente descritivo. As informações coletadas incluem entrevistas transcritas, diários de campo, relatos, depoimentos, documentos ou outra forma de registro que permita a descrição do fenômeno. Essas descrições são carregadas de significados, produtos de um olhar subjetivo e uma abertura ao mundo do sujeito e seu ambiente. Por fim, o enfoque do estudo qualitativo deve revelar os significados do fenômeno conforme atribuído pelos participantes, pois, a maneira como os informantes vivenciam e informam uma situação vivida é relevante e singular a cada indivíduo. Assim, por meio de compreensão dos significados pode-se desvelar a polissemia dos fenômenos e os sentidos das informações obtidas com os sujeitos.

Para Paschoal (2004), o indivíduo deve ter participação ativa na avaliação do que é mais significativo para sua vida, pois o padrão de qualidade é um fenômeno essencialmente pessoal. Desse modo, o próprio indivíduo, de posse de suas referências e referenciais de vida, é quem deve julgar a qualidade de sua vida e não apenas avaliar como se enquadra ou não no modelo de qualidade de vida que o pesquisador adota como adequado. Para este autor, esta é uma questão não apenas metodológica, mas também ética.

Patrício *et al* (1999), consideram viável a abordagem qualitativa para o estudo de um tema tão complexo e impregnado de subjetividade como é a qualidade de vida:

“[...] os métodos qualitativos de pesquisa representam as grandes possibilidades de estudar a complexidade da qualidade de vida, isto é, de operacionalização (de prática) das concepções que emergem de novos paradigmas. Esse método tem como foco interrogar sobre fenômenos que ocorrem com os seres humanos na vida social e estão calcados em princípios

da ciência não positivista. Esses métodos permitem não somente ampliar teorias e conhecimentos já existentes sobre a realidade social, mas especialmente a construção de marcos teóricos, a partir dos próprios dados da realidade estudada e que, posteriormente, servirão de referências para outros estudos.” (p. 32)

A opção pela abordagem qualitativa se deu a partir do objeto e objetivo desta investigação e da necessidade de compreender os significados atribuídos à qualidade de vida por idosos institucionalizados.

Além disso, a abordagem qualitativa pode revelar elementos relacionados à qualidade de vida que não estão contemplados no instrumento quantitativo de avaliação, pois embora um construto possa ser representado através de itens psicométricos, ele dificilmente é esgotado pelos mesmos (PASQUALI, 2009). Essa questão deve ser considerada para motivar uma intervenção mais próxima da realidade voltada para a melhoria da vida dos idosos (ALMEIDA *et al*, 2008).

Dentre as opções metodológicas disponíveis, o enfoque hermenêutico mostra-se uma alternativa adequada para a compreensão dos significados de qualidade de vida (FREITAS, MINAYO & FONTES, 2011; GADAMER, 1997; RICOUER, 1994). Nesse sentido, entende-se que o fenômeno se desvela em sua essência, não pelo uso de teorias explicativas, mas pelo enfoque centrado na compreensão dos significados do que se deseja conhecer.

2. Aspectos metodológicos

O campo de investigação deste estudo foram as Instituições de Longa Permanência para idosos (ILPIs) da cidade de Salvador-BA, participantes do projeto “Avaliação multidimensional dos idosos institucionalizados na cidade de Salvador, Bahia”.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Escola de Nutrição da UFBA por (nº11/12 levando em consideração à Resolução N° 196/1996 sobre a pesquisa envolvendo seres humanos do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde. A participação no estudo foi voluntária, mediante assinatura ou impressão digital no termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice 2).

A identidade das organizações e dos idosos foi preservada, sendo utilizados nomes fictícios ao referenciá-los.

2.1. Sujeitos e local do estudo

O número de entrevistados foi determinado em campo, sendo considerado satisfatório quando as narrativas sobre o objeto tornaram-se similares. Assim, a intersubjetividade colocase como indicador da quantidade de entrevistas necessárias para o estudo (MINAYO, 1996).

Foram entrevistados idosos (idade \geq 60 anos) residentes em ILPIs que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: domínio da fala, audição e cognição.

2.2. Coleta e registro das informações

A descrição da experiência por quem vivencia o fenômeno, através da linguagem, é o passo inicial para sua compreensão. Dos discursos obtidos procedeu-se a análise para a compreensão e a interpretação dos significados de qualidade de vida.

Como recurso metodológico facilitador dessa compreensão, foi utilizada a entrevista em profundidade segundo um roteiro de questões. Segundo Carvalho (1987), a entrevista estabelece um diálogo aberto e abre espaço para o encontro com a experiência desconhecida. Para Heidegger: *a fala fala e é pelo discurso que o ser-no-mundo exprime-se* (HEIDEGGER, 2001).

Para que detalhes verbais não fossem omitidos, as entrevistas foram gravadas, conforme autorização do idoso, e posteriormente transcritas para análise. Utilizou-se ainda um diário de campo para registro das impressões e acontecimentos durante as entrevistas.

A entrevista foi realizada em dois momentos: inicialmente, os sujeitos foram identificados e caracterizados e serão abordados sobre composição familiar originária, rotina e convivência social na instituição geriátrica, como forma de aproximação com o entrevistado. No segundo momento, aplicou-se o roteiro de entrevista, com as perguntas norteadoras (Apêndice 3).

2.3. Pergunta norteadora

Para obter um depoimento que responda à inquietação que instiga o estudo, é necessário verbalizar a pergunta de forma clara, que possibilite obter mais que uma resposta simples. Não apenas uma descrição restrita do que seja qualidade de vida, mas sim a descrição de uma experiência carregada de significados e sentidos sobre uma realidade vivida dentro do contexto institucional, levando à reflexão das suas repercussões na existência dos idosos.

De acordo com AmatuZZi (2001):

“Todas as formas de análise podem ser feitas a partir de qualquer relato, mas existem tipos de relatos mais favoráveis a uma determinada forma de análise. Um modo de colher esse tipo de relato (ao fazer uma análise fenomenológica) é dizer algo do tipo: Estou pesquisando tal coisa; o que você pode me dizer sobre isso a partir de sua experiência pessoal?” (AmatuZZi, 2011)

Realizamos algumas entrevistas para chegar às questões norteadoras que permitissem uma maior incorporação das experiências de vida, favorecendo descrições mais profundas. Buscamos uma interrogação nem restritiva e nem muito ampla, mas passível de indicar o norte para uma reflexão sobre a temática posta.

Inicialmente, na fase de estudo piloto, perguntava-se ao sujeito da pesquisa "O que é para você qualidade de vida?", porém, "O que é..." nos levou a discursos restritos ou a incompreensão. "O que significa..." e "você sente..." emergiu como a forma de linguagem que mais se aproximou do que se desejava investigar. O significado e o sentido atribuído à qualidade de vida por idosos em uma instituição geriátrica parecem ser pontos essenciais para a compreensão desse fenômeno. Assim, as perguntas norteadoras para o sujeito foram formuladas do seguinte modo:

- *“Considerando sua experiência de vida, o que significa qualidade de vida para o Sr. (a)?”*
- *“Pensando em sua vida hoje, o Sr. (a) sente que tem qualidade de vida?”*

Essas questões foram desdobradas a partir dos elementos significantes expressos no discurso dos sujeitos.

2.4. Análise das informações

Nesse estudo, utilizou-se a análise do discurso baseada nas orientações de Orlandi (2001). Inicialmente, foi realizada a leitura das entrevistas a fim de conhecer e familiarizar-se com o material. Na segunda etapa o conteúdo dos textos foi explorado, passando a categorizá-los a partir de suas características principais, ou seja, agrupá-los por analogia segundo o campo de significação delimitado em cada categoria. Por fim, no tratamento dos resultados,

fez-se a análise das informações com o objetivo de interpretar as apresentações expressas pelos sujeitos sobre qualidade de vida.

No círculo hermenêutico que “vai e vem” entre explicação e compreensão, a análise torna-se profunda, significando o desvelamento de uma essencialidade que estava imersa e vem à tona na linguagem (RICOUER, 1995).

Medir qualidade de vida é uma tarefa complexa, pois, como já discutido, não há uma definição consensual sobre o que ela realmente significa. Apesar disso, diversos instrumentos foram desenvolvidos no intuito de mensurá-la.

Neste capítulo serão abordados os procedimentos metodológicos adotados para avaliação quantitativa da qualidade de vida e as variáveis independentes utilizadas nas análises da associação.

1. DESENHO DO ESTUDO

Estudo de corte transversal, realizado com idosos residentes em ILPIs, de caráter público (filantrópicas e mantidas por organizações governamentais e não governamentais) e privado, cadastradas ou não junto ao Ministério Público e localizadas na zona urbana da cidade de Salvador - BA.

Esta investigação faz parte de um projeto mais amplo, intitulado: “Avaliação multidimensional dos idosos residentes em instituições de longa permanência na cidade de Salvador-BA”, desenvolvido pela Escola de Nutrição Universidade Federal da Bahia e que conta com a participação de uma equipe multidisciplinar na área da saúde (médicos geriatras, nutricionistas, enfermeiros, educador físico, fisioterapeuta e estudantes dessas respectivas áreas).

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Escola de Nutrição da UFBA (nº 11/12) considerando a Resolução nº 196/1996 sobre a pesquisa envolvendo seres humanos do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (Anexo 1).

A participação no estudo foi voluntária, mediante assinatura ou impressão digital no termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice 2). O estudo não envolveu procedimentos de alto risco aos indivíduos, e todos os participantes foram informados quanto aos objetivos do estudo e aos procedimentos aos quais seriam submetidos.

2. CASUÍSTICA

Foram identificadas na cidade de Salvador, por buscas telefônicas e lista do Ministério Público, 29 ILPIs distribuídas na zona urbana da cidade, perfazendo um total de 1239 idosos, sendo 916 mulheres e 323 homens.

O cálculo da amostra foi realizado de forma a garantir sua representatividade, sendo estratificada nos 12 Distrito Sanitário (DS) da cidade de Salvador (Figura 2), com poder

amostral de 80%, totalizando 412 idosos, de ambos os sexos, nos dez DS que possuem ILPIs (Tabela 1).



Figura 1: Localização espacial dos 12 Distritos Sanitários da cidade de Salvador, Bahia, 2012.

Tabela 1. Número de idosos institucionalizados e amostra calculada por Distrito Sanitário da cidade de Salvador, Bahia, 2012.

Distrito Sanitário (DS)	Número de idosos por DS	Amostra calculada
Itapagipe	235	78
Liberdade	15	5
Centro Histórico	220	73
Cabula/Beiru	29	10
Boca do Rio	10	03
Pau da Lima	95	32
Brotas	325	108
Subúrbio Ferroviário	177	59
Itapuã	93	31
Barra/Rio Vermelho	40	13
Total	1239	412

3. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Foram elegíveis para participar do estudo todos os indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos, aptos a responder às perguntas formuladas (domínio da fala, audição e cognição). Para avaliação da capacidade cognitiva, aplicou-se o instrumento Mini Exame do Estado Mental (Anexo 2), traduzido para o português e validado para a população brasileira (Bertollucci *et al*, 1994).

4. COLETA DE DADOS

Todas as informações foram coletadas por equipe multidisciplinar devidamente treinada e capacitada. Os procedimentos de obtenção dos dados foram padronizados, como medida de controle da qualidade e consistência das informações.

No quadro abaixo (Quadro 4) segue um resumo dos instrumentos utilizados para a coleta de dados deste estudo.

Quadro 4. Instrumentos utilizados na coleta de dados e respectivos objetivos.

INSTRUMENTO	OBJETIVO
Questionário Geral (Apêndice 4)	Caracterização Sociodemográfica, Saúde e institucionalização. Constituído por perguntas mistas.
Questionário WHOQOL –BREF (Anexo 3)	Avaliação genérica da Qualidade de vida.
Questionário WHOQOL-OLD (Anexo 3)	Avaliação da Qualidade de vida específica para idosos.
Mini exame do estado mental (Anexo 2)	Avaliação do estado cognitivo.
Mini avaliação nutricional (Anexo 4)	Avaliação do estado nutricional.
Escala de Barthel (Anexo 5)	Avaliação da capacidade funcional pelas Atividades de vida diária (AVD).

5. VARIÁVEIS DE ESTUDO

5.1. Variável Dependente: Qualidade de vida

Os instrumentos de avaliação da qualidade de vida são importantes ferramentas para orientar programas de promoção da qualidade de vida, caracterizar e comparar a qualidade de vida de indivíduos (WHO, 1994).

Na perspectiva populacional, os instrumentos de avaliação de qualidade de vida permitem a vigilância epidemiológica, a avaliação do efeito das políticas públicas e a alocação de recursos conforme as necessidades de saúde. Permite ainda hierarquizar áreas e estabelecer prioridades (FLECK, 1999).

Numa perspectiva individual, esses instrumentos, no âmbito da saúde, podem potencializar a avaliação diagnóstica da natureza e da severidade das doenças, traçar prognósticos, avaliar a eficácia terapêutica e levantar fatores etiológicos. Além disso, para o sucesso terapêutico é essencial considerar a história de vida do sujeito e suas expectativas (FLECK, 1999).

A promoção de qualidade de vida como objetivo assistencial a ser alcançado tem sido uma preocupação frequente no setor saúde. Essa temática levou a criação do grupo de estudo sobre qualidade de vida (*Quality of life Group*) na divisão de Saúde Mental da Organização Mundial de Saúde.

Ao reconhecer a relevância de avaliar qualidade de vida, esse grupo desenvolveu um projeto multicêntrico, o WHOQOL: *World Health Organization Quality of Life*, que ocorreu em 15 cidades de 14 países (WHO, 1994).

A proposta desse grupo foi elaborar um instrumento de avaliação da qualidade de vida, cuja construção ocorreu em três etapas:

- 1) clarificação do conceito de QV por especialistas oriundos de diferentes culturas;
- 2) realização de estudo qualitativo com grupos focais formados por pacientes com agravos diversos, profissionais de saúde e pessoas da população em geral, para explorar as representações e o significado do termo em diferentes culturas;
- 3) desenvolvimento dos testes de campo para análise de confiabilidade e validade do construto.

Os questionários desenvolvidos pela OMS baseiam-se no pressuposto de que qualidade de vida é um construto subjetivo (percepção do indivíduo em questão),

multidimensional e composta por elementos positivos (por exemplo, mobilidade) e negativos (dor) (THE WHOQOL GROUP, 1995).

Cada vez mais se reconhece que o construto é subjetivo. Não é subjetividade total, pois há condições externas às pessoas, presentes no meio e nas condições de vida e trabalho, que influenciam a avaliação que fazem de sua qualidade de vida. Entretanto, deve-se investigar o estado emocional e satisfação/insatisfação das pessoas, pois esse tipo de questionamento sobre a autopercepção trazem informações sobre sua qualidade de vida (PASCHOAL, 2001).

A natureza multidimensional do construto foi validada a partir da emergência de quatro dimensões: (1) física – percepção do indivíduo sobre sua condição física; (2) psicológica – percepção do indivíduo sobre sua condição afetiva e cognitiva; (3) do relacionamento social – percepção do indivíduo sobre os relacionamentos sociais e os papéis sociais adotados na vida; (4) do ambiente – percepção do indivíduo sobre aspectos diversos relacionados ao ambiente onde vive (WHO, 1994). Entretanto, admite-se que a qualidade de vida inclui outras dimensões que podem aparecer associadas, como a espiritualidade, por exemplo. Desse modo, estudar qualidade de vida implica em considerar inúmeras variáveis que a compõem e as relações entre elas (PASCHOAL, 2001).

A verificação de boa capacidade psicométrica para mensurar a qualidade de vida e a estrutura do construto comparável nas diferentes culturas reforça sua importância como ferramenta transcultural (FLECK *et al*, 1999).

Em relação à bipolaridade, considera-se que o construto possui dimensões positivas e negativas, que podem ser aplicadas a condições diversas, como a autonomia, a dor e a mobilidade (FLECK *et al*, 1999).

Paschoal (2001) acrescenta duas outras características inerentes ao processo de avaliação da qualidade de vida: complexidade e mutabilidade. Este autor considera que, por ser multidimensional, bipolar e subjetivo, o conceito torna-se complexo e difícil de avaliar. Por outro lado, a avaliação da qualidade de vida muda com o tempo, pessoa, lugar e contexto cultural; muda até mesmo para um mesmo indivíduo, conforme seu estado de espírito e humor.

Até o momento, o grupo WHOQOL desenvolveu dois instrumentos gerais de qualidade de vida: WHOQOL-100 e WHOQOL- Bref. O primeiro consta de 100 questões que avaliam seis domínios (Físico, Psicológico, Nível de independência, Relações sociais, Meio ambiente e Espiritualidade), considerando que cada domínio identifica um foco particular de atenção e agrupa vários itens (THE WHOQOL GROUP, 1995).

Convém ressaltar que, na estruturação de um questionário de avaliação de qualidade de vida, as variáveis são agrupadas sob a denominação de dimensão ou domínio, que, por sua vez se subdividem em subdimensões ou subdomínios (referidas como as facetas da qualidade de vida) (WHO, 1994).

A necessidade de instrumentos de rápida aplicação determinou o desenvolvimento da versão abreviada, o WHOQOL-Bref, traduzido, adaptado e validado em português (Fleck *et al*, 2000). O WHOQOL-Bref consta de 26 facetas divididas em duas questões gerais e quatro domínios: Domínio físico (07), Domínio Psicológico (06), Domínio relações sociais (03) e Domínio Meio ambiente (08) (THE WHOQOL GROUP, 1998), conforme apresentado no Tabela 2.

Tabela 2. Domínios e facetas do WHOQOL-Bref.

DOMÍNIOS	FACETAS
Domínio I – Físico	1. Dor e desconforto
	2. Energia e fadiga
	3. Sono e repouso
	4. Mobilidade
	5. Atividades da vida cotidiana
	6. Dependência de medicação ou de tratamentos
	7. Capacidade de trabalho
	8. Sentimentos positivos
Domínio II – Psicológico	9. Pensar, aprender, memória e concentração
	10. Auto-estima
	11. Imagem corporal e aparência
	12. Sentimentos negativos
	13. Espiritualidade/religião/crenças pessoais
Domínio III – Relações pessoais	14. Relações pessoais
	15. Suporte (apoio) social
	16. Atividade sexual
	17. Segurança física e proteção
	18. Ambiente no lar

	19. Recursos financeiros
	20. Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade
	21. Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades
	22. Participação e oportunidades de recreação/lazer
Domínio IV- Meio ambiente	23. Ambiente físico (poluição, ruído, trânsito, clima)
	24. Transporte
Questões gerais	25. Percepção da qualidade de vida global
	26. Percepção geral da saúde

Fonte: The WHOQOL Group (1998)

As escalas de respostas são do tipo *Likert* com 5 pontos e os escores são obtidos pela média aritmética para as dimensões, variando de 1 a 5. Quanto maior a pontuação, melhor a percepção de QV. Por consenso e definição, não existem pontos de corte para os quais a QV possa ser considerada como boa ou ruim; o resultado deve ser sempre interpretado segundo as médias dentro da própria amostra (THE WHOQOL GROUP, 1998).

O WHOQOL-Bref é classificado como instrumento genérico, por ser um questionário de base populacional sem especificar patologias, sendo apropriado para planejamento e avaliação do sistema de saúde e em estudo epidemiológicos, como é o caso do presente trabalho (THE WHOQOL GROUP, 1998). Entretanto, há outras modalidades de mensuração classificadas como específicas, voltadas para situações relacionadas à qualidade da vida cotidiana de grupos específicos.

Preservando os pressupostos norteadores dos instrumentos genéricos (subjetividade, multidimensionalidade e bipolaridade) e a transculturalidade, o grupo WHOQOL propôs questionários voltados para avaliação da qualidade de vida em populações especiais, como pessoas com mais de 60 anos de idade. Reconhecendo o relevante aumento da proporção de idosos na população mundial e as características peculiares dessa faixa etária, elaborou-se o WHOQOL-OLD, específico para idosos (FLECK *et al*, 2003).

Este instrumento consta de 24 itens, com resposta por escala tipo *Likert* de 1 a 5, divididos em seis domínios: 1) funcionamento dos sentidos; 2) autonomia; 3) atividades passadas, presentes e futuras; 4) participação social; 5) morte e morrer e 6) intimidade, conforme apresentado no Quadro 6.

A análise dos resultados seguiu o modelo estatístico adotado pelo WHOQOL – OLD, por meio de cálculos para o Escore Bruto das Facetas (EBF), Escore Médio Padronizado da

Faceta (EPF), com valores entre 1 a 5 e o Escore Transformado da Faceta (ETF) que varia de zero a 100, de acordo com o Manual do WHOQOL-OLD (POWER e SCHMIDT, 2006).

O escore médio em cada um dos seis domínios (EPF) indica a percepção dos idosos quanto à sua satisfação em cada um desses aspectos em sua vida. De acordo com a escala utilizada de 0 a 100 (ETF), quanto mais próximo o escore médio dos idosos estiver de 100, mais satisfeita ou positiva é a percepção acerca daquele domínio, de acordo com os respectivos itens.

Tabela 3. Caracterização dos domínios do WHOQOL-Old.

DOMÍNIOS	CONTEÚDO
Habilidades sensoriais (FS)	Funcionamentos sensoriais, impactos da perda de habilidades sensoriais na qualidade de vida.
Autonomia (AUT)	Independência na velhice, capacidade ou liberdade de viver de forma autônoma e tomar decisões.
Atividades Passadas, Presentes e Futuras (PPF)	Satisfação sobre conquistas na vida e coisas que se anseia.
Participação Social (PSO)	Participação nas atividades quotidianas, especialmente na comunidade.
Morte e Morrer (MEM)	Preocupações, inquietações e temores sobre a morte e sobre morrer.
Intimidade (INT)	Capacidade de ter relacionamentos pessoais e íntimos.

Fonte: POWER e SCHMIDT, 2006

Além de ser validado para a população brasileira e específico para idosos, o WHOQOL-OLD permite a avaliação do impacto da prestação do serviço e de diferentes estruturas de atendimento social e de saúde sobre a qualidade de vida, especialmente na identificação das possíveis consequências das políticas sobre qualidade de vida para idosos e uma compreensão mais clara das áreas de investimento para se obter melhores ganhos na qualidade de vida (FLECK *et al*, 2003).

Conforme orientação do grupo WHOQOL, o instrumento específico WHOQOL-OLD deve ser aplicado juntamente com o genérico WHOQOL-Bref. Como os dois instrumentos fornecem informações diferentes, eles são empregados concomitantemente como forma de complementação (FLECK *et al*, 2003).

Lai *et al* (2005) ressaltam ainda que o uso do WHOQOL-BREF pode ajudar a identificar as fraquezas/debilidades nas facetas da qualidade de vida relacionada com saúde em idosos, ajudar a identificar as necessidades, encontrar maneiras para prevenir algumas consequências piores do envelhecimento em condições de institucionalização, e proporcionar dados para a melhoria da saúde neste tipo de população.

Na ausência de um questionário validado que avalie a qualidade de vida específica de idosos institucionalizados, utilizo-se nesse estudo os instrumentos do grupo WHOQOL (WHOQOL OLD e WHOQOL-BREF – Anexo 6), tendo em vista as características apresentadas pelos mesmos:

1. Versão em português desenvolvida e validada sob critérios científicos, validado para população brasileira (FLECK *et al*, 1999; FLECK *et al*, 2006) e com confiabilidade, validade e responsividade aceitáveis para avaliar idosos institucionalizado (LAI *et al*, 2005);
2. Instrumentos que permitem uma avaliação genérica (WHOQOL-Bref) e específica (WHOQOL-OLD) da qualidade de vida de idosos;
3. Apresenta domínios de interesse para o presente estudo na avaliação da qualidade de vida do idoso institucionalizado (Domínio ambiente físico, por exemplo);
4. Facilidade de aplicação do instrumento: demanda pouco tempo para seu preenchimento e avaliação, é de fácil entendimento e propriedades psicométricas satisfatórias (FLECK, 2000).

No presente estudo, com todos os participantes, o modo de administração do instrumento foi o aplicado pelo entrevistador. Nesta modalidade de aplicação, o entrevistador lê as instruções, as questões, os descritores da escala de resposta e assinala a resposta dada pelo inquirido, conforme orienta Power e Schmidt (2006).

A razão desta escolha é uma estratégia para reduzir possíveis perdas na amostra, devido o analfabetismo e baixa escolaridade que muitos idosos podem apresentar impossibilitando a leitura e preenchimento do questionário. Além disso, muitos idosos podem cursar com problemas visuais e outros, dada a debilidades físicas (Mal de Parkinson ou sequela de acidente vascular encefálico, por exemplo) podem não conseguir escrever. Assim, para que todos tenham as mesmas condições de aplicação, optou-se por usar o mesmo modo de administração com todos os participantes. Desta forma, os investigadores reproduziram oralmente os itens, registrando a opção indicada por cada participante para cada item.

Wu *et al* (1997), investigaram se haveria diferenças entre os escores de instrumentos de qualidade de vida administrados mediante entrevista e auto-aplicados. Esses autores não encontram diferenças significativas entre as duas modalidades de aplicação e concluem que há vantagens e desvantagens nos diferentes procedimentos de coleta de dados. Por fim, ressaltam que a escolha do modo de administração deve considerar as características dos participantes que compõem a amostra.

De forma a uniformizar a administração do questionário, foram cumpridas rigorosamente todas as recomendações do grupo WHOQOL (POWER e SCHMIDT, 2006). Para evitar qualquer influência nas respostas dos indivíduos, os questionários foram aplicados pelo entrevistador de forma pausada, sem nenhuma outra explicação ou utilização de sinônimos.

6.2. Variável independente

Foram consideradas como variáveis independentes os fatores socioeconômicos, de saúde e institucionalização.

6.2.1. Fatores socioeconômicos

Os aspectos socioeconômicos compreendem 1) idade; 2) sexo; 3) escolaridade; 4) estado civil; 5) renda; 6) atividades exercidas atualmente e 7) fonte de renda. Os dados foram coletados a partir da aplicação de um questionário previamente padronizado e pré-codificado (Anexo 5).

6.2.2. Fatores relacionados à saúde

Foram avaliados o estado nutricional, capacidade funcional, uso de medicamentos e estado cognitivo, conforme procedimentos descritos a seguir.

- Avaliação do Estado Nutricional

Para esta variável, a equipe de Nutrição aplicou a Mini Avaliação Nutricional (MAN), questionário utilizado para identificar risco nutricional em idosos. Esta avaliação inclui variáveis antropométricas, de consumo alimentar, uma avaliação global da saúde a autopercepção do estado nutricional. Os 18 itens da MAN (Anexo 7) são aplicados em duas etapas. A primeira é a triagem, constituída por seis variáveis e com um valor máximo de 14 pontos, sendo que escore ≤ 11 sugere risco para desnutrição. A etapa seguinte completa o

questionário. Os escores totais entre 17 e 24 indicam risco de desnutrição, escores <17 indicam desnutrição e acima de 24 indicam o estado nutricional satisfatório (GUIGOZ *et al*, 1994).

- Avaliação da Capacidade Funcional

Para avaliação da capacidade funcional, a equipe de fisioterapia utilizou a Escala de Barthel (Anexo 9), instrumento que avalia o nível de independência do indivíduo para a realização de dez atividades básicas de vida. A pontuação da escala varia de 0 a 100, sendo que a pontuação mínima de zero corresponde à máxima dependência para todas as Atividades de Vida Diárias (AVD) avaliadas, e a máxima de 100 equivale à independência para todas as mesmas AVD avaliadas (MAHONEY e BARTHEL, 1965).

- Medicamentos

A equipe de Medicina realizou o levantamento do número, tipos e dosagem dos medicamentos de uso regular pelos idosos. Esses dados foram obtidos a partir do receituário médico fornecidas pelos cuidadores dos idosos, pelos dados do prontuário e pelo profissional de saúde da ILPI.

- Estado Cognitivo

As funções cognitivas foram avaliadas a partir da aplicação do Mini-exame do Estado Mental – MEEM (Anexo 2) (FOLSTEIN *et al*, 1975; BRUCKI *et al*, 2003). Considerou-se os critérios de diagnóstico preconizados por Bertolucci *et al* (1994)

6.2.3. Fatores relacionados à Institucionalização

Os aspectos de institucionalização compreendem: 1) motivo da institucionalização; 2) tempo de institucionalização; 3) decisão pela institucionalização e 4) frequência de visitas de parentes e/ou amigos na instituição. Esses dados foram coletados a partir da aplicação de um questionário previamente padronizado e pré-codificado (Apêndice 4).

No quadro abaixo (Tabela 4) segue o resumo das variáveis independentes utilizadas nesse estudo:

Tabela 4. Variáveis independentes utilizadas no estudo.

VARIÁVEIS INDEPENDENTES	
VARIÁVEL	COMPONENTES
SOCIOECONÔMICOS	<ul style="list-style-type: none"> • Idade • Sexo • Escolaridade • Estado civil • Estado nutricional (MAN)
SAÚDE	<ul style="list-style-type: none"> • Capacidade funcional (AVD) • Medicamentos • Estado cognitivo • Tempo na ILPI
INSTITUCIONALIZAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> • Motivo da institucionalização • Iniciativa pela institucionalização • Frequência de visitas na ILPI

7. PROCESSAMENTO E ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS DADOS

A tabulação e análise dos dados serão realizadas com o auxílio do programa *Statistical Package for the Social Science* (SPSS) versão 16.0. A análise dos resultados do questionário de qualidade de vida seguirá o modelo estatístico adotado pelo WHOQOL (WHO, 1994).

No sentido de caracterizar a população estudada, as variáveis serão expressas através de análise descritiva dos dados, com a distribuição da frequência, cálculo de tendência central (média e mediana) e de dispersão (amplitude de variação, desvio padrão e intervalo de confiança). Os dados serão estratificados segundo o sexo (masculino e feminino) e a faixa etária (60-69 anos, 70-79 anos, ≥ 80 anos). As análises inferenciais, empregadas com o intuito de confirmar ou refutar evidências encontradas na análise descritiva, será o testes t-Student na comparação de médias para duas amostras independentes.

A normalidade dos dados será verificada pelo teste de Kolmogorov-Smirnov para todas as variáveis analisadas. Naquelas que não apresentaram distribuição normal, serão utilizados testes não-paramétricos. Para todos os testes, será empregado um nível de significância α de 0,05, considerando hipóteses bicaudais. Outros testes poderão ser aplicados de acordo com a necessidade de análise.

INFRA-ESTRUTURA E APOIO TÉCNICO DISPONÍVEL

O projeto foi desenvolvido pelo Núcleo de pesquisa CEIAE (Centro de Estudo e Intervenção na Área do Envelhecimento) da Escola de Nutrição da UFBA, contando com profissionais e estudantes de Nutrição, além de profissionais e estudantes de Medicina da UFBA e Fisioterapia da Universidade do Estado da Bahia (UNEB), uma enfermeira, um educador físico. O projeto conta ainda com o apoio da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG), seção Bahia.

A Escola de Nutrição disponibilizou computadores, impressoras, espaço físico, telefone e data show colaborando com a operacionalização do trabalho.

CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO

Meta 1: Levantamento bibliográfico.

Atividade: Pesquisa em livros, periódicos, anais de eventos científicos, banco de teses e análise exploratória em campo com o objetivo de construir um referencial teórico que ofereça suporte científico para a realização da investigação.

Meta 2: Coleta de dados.

Atividade: Realização da coleta de dados em campo por equipe devidamente treinada.

Meta 3: Análise de dados.

Atividade: Construção e tabulação do banco de dados com e realização de análises com auxílio do profissional estatístico.

Meta 4: Encaminhamento dos idosos em risco ou com problema de saúde para acompanhamento médico e/ou nutricional.

Atividade: Encaminhamento dos idosos identificados durante a coleta de dados que estejam em risco ou com problema de saúde para acompanhamento médico e/ou nutricional no Ambulatório Professor Francisco de Magalhães Netto.

Meta 5: Elaboração de artigos, trabalhos para congressos.

Atividade: Análise dos dados e do referencial teórico visando a produção científica.

Meta 6: Defesa do projeto de pesquisa.

Atividade: Apresentação do projeto de investigação para banca examinadora.

REFERÊNCIAS

- AARONSON, N.K.; AHMEDZAI, S.; BERGMAN, B.; BULLINGER, M.; CULL, A.; DUEZ, N.J. The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-30: a quality of life instrument for use in international clinical trials in oncology. *J Natl Cancer Inst*, v. 85, p.365-75. 1993.
- ALCÂNTARA, A.O. Velhos institucionalizados e Família: entre abafos e desabafos. Coleção Velhice e Sociedade. São Paulo: Alínea, 149 p. 2004.
- ALMEIDA, M.C.S.; GUIMARÃES, T.D.; FREITAS, M.C.S.F.; SAMPAIO, L.R. Cultura alimentar em idosos de Mutuípe, Bahia. In: FREITAS, M.C.S.; FONTES, G.A.; OLIVEIRA, N. (Orgs.). *Escritas e narrativas sobre alimentação e cultura*. Salvador: EDUFBA, 2008. p. 406-418.
- ALMEIDA, M.A.B.; GUTIERREZ, G.L.; MARQUES, R. Qualidade de vida: definição, conceitos e interfaces com outras áreas, de pesquisa. São Paulo: Escola de Artes, Ciências e Humanidades– EACH/USP. 142 p. 2012. Disponível em: <http://each.uspnet.usp.br/edicoes-each/qualidade_vida.pdf>. Acesso em: 27 jan. 2013.
- ADORNO, R.C.F.; CASTRO, A.L. O exercício da sensibilidade: pesquisa qualitativa e a saúde como qualidade. *Saúde Sociedade*, v. 3, n.2, p.172-85.1994.
- AMATUZZI, M.M. *Por uma psicologia humana*. Campinas, SP: Editora Alínea, 2001.
- ARAÚJO, L.F.; Coutinho, M.P.L. & Santos, M.F.S. (2006, maio–agosto). O idoso nas instituições gerontológicas: um estudo na perspectiva das representações sociais. *Psicol.Soc.*, 18(2). Porto Alegre.
- AUGRAS, M. *O ser da compreensão: Fenomenologia da situação de psicodiagnóstico*. Petrópolis: Vozes. 1981.
- BARBOSA, S.R.C.S. Qualidade de Vida e ambiente: uma temática em construção. In: BARBOSA, S.R.C.S. (Org.). A temática ambiental e a pluralidade do Ciclo de Seminários do NEPAM. Campinas: UNICAMP, 1998. p. 401-423.
- BERNARDO, K.J.C. Envelhecer em Salvador: uma página da história (1850-1900). 2012. 333f. Tese (Doutorado em História Social), Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2010.
- BERTOLUCCI, P.H.F.; BRUCKI, S.M.D.; CAMPACCI, S.R.; JULIANO, Y. O minixame do estado mental em uma população geral. Impacto da escolaridade. *Arq. Neuropsiquiatria*, v.52, p. 1-7. 1994.
- BOGDAN, R.; BIKLEN, S. Características da investigação qualitativa. In: *Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora, 1994. p.47-51.
- BOSI, E. *O tempo vivo da memória: ensaios de psicologia social*. São Paulo: Ateliê Editorial. 2003.

BORN, T. Quem vai cuidar de mim quando eu ficar velha? *Revista Kairós Gerontologia*. São Paulo, v.4, n.2, p.135-148, 2001.

BORN, T.; BOECHAT, N.S. A qualidade dos cuidados ao idoso institucionalizado. Capítulo 119. p 1132. In: FREITAS, E. V. *et al. Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p.1131-1141. cap. 119.

BOWLING, A.; BRAZIER, J. Quality of life in social science and medicine Introduction. *Soc Sci Med*, v. 41, p. 1337-8. 1999.

BRUCKI SMD, NITRINI R, CARAMELLI P, BERTOLUCCI PHF, OKAMOTO IH. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. *Arq Neuropsiquiatr.*, v. 61, n. 3B, p. 777-81. 2003.

BRASIL. Portaria 810/89 do Ministério da Saúde – Normas para o funcionamento de casas de repouso, clínicas geriátricas e outras instituições destinadas ao atendimento do idoso. Disponível: <http://www.mpba.mp.br/atuacao/cidadania/geido/legislacao/portaria_810_89.asp>. Acesso em: 11 maio 2012.

_____. Lei N° 8.842 de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18842.htm>. Acesso em: 20 de jun de 2013.

_____. Portaria n°1.395 de 9 de dezembro de 1999. Política Nacional de Saúde do Idoso. Disponível em: <www.planalto.gov.br>. Acesso em: 29 de maio de 2013.

_____. Portaria 073 de 10 de maio de 2001, Secretaria de Estado de Assistência Social (SEAS). Estabelece normas de funcionamento de serviços de atenção ao idoso no Brasil. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/marg/portar/2001/portaria-73-10-maio-2001-325960-norma-seas.html>> Acesso em: 12 maio 2012.

_____. Ministério da Saúde. Promoção da saúde: Declaração de Alma-Ata, Carta de Ottawa, 2002.

_____. Lei 10.741 de 1° de outubro de 2003. Estatuto do idoso. Disponível em: <www.planalto.gov.br>. Acesso em: 29 de maio de 2013.

_____. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC n° 283, de 26 de setembro de 2005 – Regulamento técnico para o funcionamento das Instituições de Longa Permanência para idosos. Disponível em: <http://www.sbgg.org.br/pdf/rdc_283_2005.pdf> Acesso em: 11 maio 2012.

BRITO F.C.; RAMOS L.R. Serviços de Atenção à Saúde do Idoso. In: NETTO, M. P. *Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em uma visão globalizada*. São Paulo: Aheneu, 2002. p. 394-402. cap.35.

BUSS, P.M. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.5, n.1, p.163-77, 2000.

CABALLERO, F.F.; MIRET, M.; POWER, M.; CHATTERJI, S.; TOBIASZ-ADAMCZYK, B. *et al.* Validation of an instrument to evaluate quality of life in the aging population: WHOQOL-AGE. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2013.

CAMARANO, A.A. *Características das instituições de longa permanência para idosos - Região Nordeste*. Brasília: IPEA, 2008. p 51-85.

CAMARANO, A. A.; KANSO, S.; MELLO, J.L. Diagnóstico e desempenho recente das ações governamentais de proteção social para idosos dependentes no Brasil. In: *Brasil em Desenvolvimento: estado e planejamento de políticas públicas*, v. 3. Brasília: IPEA, p. 712-738. 2009.

CAMARANO, A.A.; *et al.* As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. In: CAMARANO, A.A (Org.). *Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?* Rio de Janeiro: IPEA, 2010. p. 187-212. cap. 7.

CARVALHO, A.S. *Metodologia da Entrevista*. Uma Abordagem Fenomenológica. RJ: Agir, 1987.

CASARA, M. B. *Quem é o idoso institucionalizado*, 2009. Disponível: <<http://www.portaldoenvelhecimento.org.br/acervo/retratos/retratos1.htm>>. Acesso em: 04 maio 2012.

CHAIMOWICZ, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. *Revista Saúde Pública*, v. 32, p. 184-200. 1997.

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

CHRISTOPHE, M. Instituições de Longa Permanência para Idosos no Brasil: uma opção de cuidados de longa duração? 2009. 178f. Dissertação (Mestrado em Estudos Populacionais e Pesquisas Sociais), Escola Nacional de Ciências Estatísticas, Rio de Janeiro, 2009.

CLEARY, P.D.; WILSON, P.D.; FOWLER, F.J. Health-related quality of life in HIV-infected persons: a conceptual model. In: DIMSDALE, J.E.; BAUM, A. (Orgs.). *Quality of life in behavioral medicine research*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, 1995. p. 191-204.

CRITELLI, D.M. A analítica do sentido: uma aproximação e interpretação da real orientação fenomenológica. São Paulo: Educ/Brasiliense, 1996.

DARTIGUES, A. O que é fenomenologia? São Paulo: Moraes, 1992.

DEBERT, G. *A reinvenção da velhice: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo/ Fapesp. 1999.

DIOGO, M.J.D'E. Modalidades de assistência ao idoso e à família: impacto sobre a qualidade de vida. In: FREITAS, E.; *et al.* *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara, 2002. p. 1383-1387. cap. 148.

FALLOWFIELD, L. *The quality of life: the missing measure in health care*. Souvenir Press. 1990.

FARQUHAR, M. Definitions of quality of life: a taxonomy. *Journal of Advanced Nursing*, v. 22, p. 502-8. 1995.

FERNANDES, A. A. *Velhice e sociedade*. Oeiras: Celta editora. 1997.

FERNANDES, J.M.M.B.L. *Qualidade de vida e autoeficácia em idosos institucionalizados*. 2000. Dissertação. Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa, 2000.

FLECK, M. P. A.; LEAL, O. F.; LOUZADA, S.; XAVIER, M.; CHACHAMOVICH, E.; VIEIRA, G.; SANTOS, L.; PINZON, V. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v.21, n. 1, p. 19 – 28. 1999.

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

_____.Desenvolvimento e validação da versão em Português do módulo WHOQOL-OLD. *Revista de Saúde Pública*, v. 40, n.5, p.785-910. 2006.

FLECK, M. P. A. Problemas conceituais em qualidade de vida. In: FLECK, M. P. A. *et al. A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde*. Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 19-28.

FOLSTEIN, M.F.; FOLSTEIN, S.E.; MCHUGH, P.R. "Mini-mental state": A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res.*,v. 12, n. 3, p. 189-98. 1975.

FREITAS, M.C.S., MINAYO, M.C.S., FONTES, G.A.V. Sobre o campo da Alimentação e Nutrição na perspectiva das teorias compreensivas. *Ciências e Saúde Coletiva* , v.16, n.1, p.31-38. 2011.

GADAMER, H.G. Problemas Epistemológicos das Ciências Humanas. In FRUCHON, P. (Org.). *O problema da consciência histórica*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1998. p.17-25.

_____.*Verdade e Método*. Petrópolis: Vozes. 1997.

GILL, T.M.; ALVAN, M.D.; FEINSTEIN, M.D. A critical appraisal of the quality of quality-of-life measurements. *JAMA*, v.271, p. 619-26. 1994.

GLADIS, M.M.; GOSCH EA, D.N.M.; CRITS-CRISTOPH, P. Quality of life: expanding the scope of clinical significance. *J Consult Clin Psychol*, v.67, p.320-31. 1999.

GOFFMAN, E. *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva S.A. 1974.

GRAEFF, L. “O mundo da velhice” e a cultura asilar – estudo antropológico sobre memória social e cotidiano de velhos no Asilo Padre Cacique. 2005. Dissertação. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

GROISMAN, D. *A infância do asilo: a institucionalização da velhice no Rio de Janeiro da virada do século*. 1999.124f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva), Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1999.

GONÇALVES, A.; VILARTA, R. Qualidade de Vida: identidades e indicadores. In: GONÇALVES, A.; VILARTA, R.(Orgs.). *Qualidade de Vida e atividade física: explorando teorias e práticas*. Barueri: Manole, 2004. p.03-25.

GROENVOLD, M.; KLEE, M.C.; SPRANGERS, M.A.G.; AARONSON, N.K. Validation of the EORTC QLQ-C30 Quality of Life Questionnaire through combined qualitative and quantitative assessment of patient-observer agreement. *J Clin Epidemiol*, v. 50, p. 441-50. 1997.

GUIGOZ, Y.; VELLAS, B.; GARRY, P.J. The mini-nutritional assessment: a practical assessment tool for grading the nutritional state of elderly patients. In: GUIGOZ, Y. *et al. The mini nutritional assessment: MNA, facts and research in gerontology*. New York: Serdi, 1994. p.15-59.

GUI TERAS, A.F.; BAYÉS, R. Desarrollo de un instrumento para la medida de la calidad de vida en enfermedades crónicas. In: FORNS, M.; ANGUERA, M.T. (Orgs.). *Aportaciones recientes a la evaluación psicologica*. Barcelona: Universitat, 1993. p. 175-95.

GUYATT, G.H.; FEENY, D.H.; PATRICK, D.L. Measuring health - related quality of life. *Ann Intern Med*, v. 118, p. 622-9. 1993.

HALTER, J.B.; OUSLANDER, J.G.; TINETTI, M.E.; STUDENSKI, S.; HIGH, K.P.; ASTHANA, S. *Hazzard's Geriatric Medicine and Gerontology*. McGraw Hill. 2009.

HEIDEGGER, M. *Ser e Tempo (Parte I)*. Trad.: SCHUBACK, M.S.C., 11 ed., Petrópolis: Vozes, 2001.

HERÉDIA, V. B. M.; CORTELLETTI, I.A.; CASARA, M.B. Institucionalização do idoso: identidade e realidade. In: CORTELLETTI, I.A.; CASARA, M.B.; HERÉDIA, V. B.M. *Idoso asilado: um estudo gerontológico*. Caxias do Sul: Educs/ Edipucrs, 2004a. cap 13.

HEREDIA, V.B.M.; CASARA, M.B.; CORTELLETTI, I.A.; RAMALHO, M.H.; SASSI, A.; BORGES, M.N. *et al.* A Realidade do Idoso Institucionalizado. *Textos Envelhecimento*, Rio de Janeiro, v.7, n.2, 2004b.

HORTELÃO, A.P. S. *Envelhecimento e qualidade de vida: Estudo comparativo de idosos residentes na comunidade e idosos institucionalizados na região de Lisboa*. 2003. Dissertação. Universidade Aberta, Lisboa, 2003.

HOSHINO, K.; YAMADA, H.; ENDO, H.; NAGURA, E. An preliminary study on quality of life scale for elderly: an examination in terms of psychological satisfaction. *Shinrigaku Kenkyu*. 67:134–140. 1996.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2008. Rio de Janeiro: IBGE, 281 p. 2008.

_____. Comunicação Social. 17 de setembro de 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1717&id_pagina=1>. Acesso em 20 de set. 2011.

JACOB, L. *Serviços para idosos*. 2002. Disponível em: <<http://www.socialgest.pt>> . Acesso em: 21 mai 2013.

JAMES, J. B.; WINK, P. The third age: a Rationale for research. In: *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, v.26, p. 19-32. 2006.

JUNGES, J.R. Uma leitura crítica da situação do idoso no atual contexto sociocultural. In: *Estudos interdisciplinares sobre Envelhecimento*, Porto Alegre: Núcleo de estudos interdisciplinares sobre o Envelhecimento da PROEXT/UFRGS, 2004, v.6, p.123-144.

KARSCH, U. Idosos dependentes: famílias e cuidados. *Caderno Saúde Pública*, v. 19, n.3, p.861-866, 2003.

KANE, R.A. Long-Term Care and a Good Quality of Life: Bringing Them Closer Together. *The Gerontologist*, v. 41, n. 3, p. 293-304. 2001.

KANE, R.A.; KLING, K.C.; BERSHADSKY, B.; KANE, R.L.; GILES, K.; DEGENHOLTZ, H.B.; LIU, J.; CUTLER, L. Quality of Life Measures for Nursing Home Residents. *Journal of Gerontology: Medical sciences*. v. 58A, n. 3, p.240-248. 2003.

LAI, K.L.; TZENG, R.J.; WANG, B. L.; LEE, H. S.; AMIDON, R. L. e KAO, S. Health-related quality of life and health utility for the institutional elderly in Taiwan. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care & Rehabilitation*, v.14, n. 4, p. 1169-1180. 2005.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. de A. Fundamentos de metodologia científica. 4.ed., São Paulo, Atlas, 2001. 288p.

LAWTON, M.P.; BRODY, E.M. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*, v.9, p. 179-186. 1969.

LAWTON, M.P. A multidimensional view of quality of life in frail elderls. In: BIRREN, J.E.; LUBBEN, J.E.; ROWE, J.C. *et al. The Concept and Measurement of Quality of life in the frail elderly*. San Diego: Academics Press, 1991.

LEFEVRE, F. "Promoção de saúde: um novo modo de entender e praticar saúde". São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, USP, 2001. Disponível em: <<http://www.estadao.com.br/agestado/noticias/05/09/2003>>. Acesso em: 24 jun. 2012.

LEVENSON, S.A. A assistência institucional de longo prazo. In: GALLO, J.J.; BUSBY-WHITEHEAD, J.; RABINS, P.V.; SILLIMAN, R.A.; MURPHY, J.B. (Org.), *Assistência ao idoso: aspectos clínicos do envelhecimento*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001. p.527-538.

- LIMA-COSTA, M.F.; VERAS, R. Saúde pública e envelhecimento. *Caderno Saúde Pública*, v.19, n. 3, p. 700-701. 2003.
- LUDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. Pesquisa em educação: abordagens qualitativas. São Paulo: E.P.U., 1986. 99p.
- MAHONEY, F.I.; BARTHEL, D.W. Functional evaluation: the Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*, v.14, p. 61-65.1965.
- MARTINS J., BICUDO M.A. A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos. São Paulo: Moraes,1989.
- MASINI, E.F.S. O enfoque fenomenológico de pesquisa em educação. In: FAZENDA, I. (Org.) *Metodologia da pesquisa educacional*. São Paulo, 1989.
- MATSUDO, S.; ARAÚJO, T.; MATSUDO, V.; ANDRADE, D.; ANDRADE, E.; OLIVEIRA, L.C. *et al.* Questionario Internacional de atividade física (IPAQ): Estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. *Atividade Física e Saúde*, v.6, n. 2. 2001.
- MENDONÇA, J.Á.; MARQUES NETO, J.F. Qualidade de vida do idoso institucionalizado frente aos grupos de afecções crônicas. *Rev. ciências médicas*, v.12, n.4, p. 299-306. 2003.
- MINAYO, M.C.O.; SANCHES, O. Quantitativo-Qualitativo: oposição ou complementaridade?. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.9, n.3, p. 239-262, jul/set. 1993.
- MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 4 ed. São Paulo, 1996. 269p.
- MINAYO, M.C.S.; HARTZ, Z.M.A.; BUSS, P.M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n.1, p. 7-18. 2000.
- NERI, A.L. Qualidade de vida na velhice. In: REBALATTO, J.R.; MORELLI, J.J. *et al.* *Fisioterapia Geriátrica: a prática da assistência ao idoso*. Barueri: Manole, 2004. p. 1-36.
- NOVAES, R.H.L. *Os asilos de idosos no Estado do Rio de Janeiro: Repercussões da (não) integralidade no cuidado e na atenção à saúde dos idosos*. 2003. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva), Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/UERJ, 2003.
- ORLANDI, E.P. *Análise de Discurso: princípios e procedimentos*. Campinas, SP: Pontes, 2001.
- PATRÍCIO, Z.M. Métodos qualitativos de pesquisa e de educação participante como mediadores na construção da qualidade da vida novos paradigmas, outros desafios e compromissos sociais. *Texto Contexto Enfermagem*, v. 8, n.3, p.53-77. 1999.
- PAIM, J.S; ALMEIDA FILHO N. A crise da Saúde Pública e a utopia da Saúde Coletiva. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva/ Universidade Federal da Bahia, 2000.

POLLO, S. H. L.; ASSIS, M. Instituições de longa permanência para idosos - ILPIS: desafios e alternativas no município do Rio de Janeiro. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 29-44. 2008.

PASCHOAL, S.M.P. Autonomia e Independência. In: PAPALÉO-NETTO, M. *Gerontologia*. São Paulo: Atheneu, 1996. p.313-23.

_____. *Qualidade de vida no idoso: elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião*. São Paulo, 2001. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública), Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

PASCHOAL, S.M.; JACOB, F.W.; LITVOC, J. Development of elderly quality of life index - EqoLI: item reduction and distribution into dimensions. *Clinics*. v. 63, p.179–188. 2008.

PASQUALI, L. Psicometria. *Revista Escola Enfermagem USP*, v. 43, p.992-9. 2009.

PAVAN F. J.; MENEGHEL, S. N.; JUNGES, J. R. Mulheres idosas enfrentando a institucionalização. *Caderno Saúde Publica*. Rio de Janeiro, v. 24, n. 9, p. 2187-2190, set., 2008.

PEREIRA, A.; FREITAS, C.; MENDONÇA, C.; MARÇALA, F.; SOUZA, J.; NORONHA, J.P. *et al.* Envelhecimento, estresse e sociedade: uma visão psiconeuroendocrinológica. *Ciências & Cognição*, v. 1, p. 34-53. 2004.

PEREIRA, E.F.; TEIXEIRA, C.S.; SANTOS, A. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. *Rev. bras. educ. fís. esporte*, v.26, n.2, p. 241-250. 2012.

PERLINI, N. M.; LEITE M. T.; FURINI, A. C. Em busca de uma instituição para a pessoa idosa morar: motivos apontados por familiares. *Revista Escola Enfermagem USP*, São Paulo, v. 41, n. 2, p. 229-236, jun., 2007.

PIMENTEL, L.M.G. *O lugar do idoso na família: contextos e trajetórias*. Coimbra: Quarteto, 2001.244 p.

POWER, M.; SCHMIDT S. Manual WHOQOL-OLD. OMS: 2006. Disponível em: <<http://ufrgs.br/psiq/WHOQOL-OLD%Manual%20Portugues.pdf>> Acesso em: 24 janeiro 2012.

RELATÓRIO DA V CARAVANA NACIONAL DE DIREITOS HUMANOS. Uma amostra da realidade dos abrigos e asilos de idosos no Brasil. Comissão de Direitos Humanos. Câmara dos Deputados. Brasília, 2002. Disponível em: <http://www.dhnet.org.br/dados/caravanas/br/v_caravana.htm> Acesso em 31 de maio de 2013.

RELATÓRIO DE INSPEÇÃO A INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS (ILPIs). Brasília, Conselho Federal de Psicologia (CFP) e Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), 112 p, 2008. Disponível em: <www.pol.org.br> Acesso em 03 de maio de 2013.

REZENDE, J.M. *Linguagem Médica: Institucionalização do idoso*. 2001. Disponível em: <<http://www.usuarios.cultura.com.br/jmrezende>>. Acesso em: 19 mar. 2013.

RICOEUR, P. *Teoria da Interpretação*. Lisboa: Porto. 1995.

_____. *Tempo e Narrativa I*. Campinas: Papirus. 1994.

RODRIGUES, N.; RAUTH, J. Os Desafios do Envelhecimento no Brasil. In: FREITAS, E.; *et al. Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara, 2002. p.106-110. cap. 12.

ROGERSON, R.J. Environmental and health-related quality of life: conceptual and methodological similarities. *Soc Sci Med*, v.41, p. 1373-82, 1995.

SAMPAIO, L. R. Avaliação nutricional e envelhecimento. *Revista Nutrição*. v.17, n. 4, p. 507-514. 2004.

SANTOS, A. K. S. Avaliação nutricional dos idosos residentes em instituições geriátricas de Feira de Santana-Bahia. (Monografia), Universidade Federal da Bahia, Escola de Nutrição, Departamento das Ciências da Nutrição, Salvador. 2000.

SEIDL, E.M.F.; ZANNON, C.M.L.C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad. Saúde Pública*, v.20, n.2, pp. 580-588. 2004.

SMITH, K.W.; AVIS, N.E.; ASSMANN, S.F. Distinguishing between quality of life and health status in quality of life research. *Qual Life Res*, v.8, p.447-59. 1999.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA (SBGG) – Seção São Paulo. Comissão de Acessoria Técnica a instituições de Longa Permanência. Instituições de Longa Permanência: atendimento integral e as necessidades físicos-espaciais. In: 2º Congresso Paulista de Geriatria e Gerontologia. São Paulo, 2001.

SOUSA, L.; GALANTE, H.; FIGUEIREDO, D. Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. *Revista de Saúde Pública*, v. 37, p. 364-71. 2003.

THE WHOQOL GROUP. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med*, v. 41, p. 1403-10. 1995.

THE WHOQOL GROUP. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment. *Psychological Medicine*, Cambridge, UK, v. 28, n. 3, p. 551-558, may., 1998.

TRIVIÑOS, A. N. S. *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas, 1987. 175p.

VAGETTI, G.C.; WEINHEIMER, M.S.; OLIVEIRA, V. Atendimento Integral à Saúde do Idoso Residente em Instituição de Longa Permanência: uma experiência interdisciplinar. In: *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*. Porto Alegre: Núcleo de Estudos Interdisciplinares sobre Envelhecimento da PROEXT/UFRGS. 2007. p. 53-66.

VERAS, R.P. Experiências e tendências internacionais de modelos de cuidado para com o idoso. *Ciência saúde coletiva*, v.17, n.1, p. 231-238. 2012.

VIEIRA, E.B. *Instituições Geriátricas- Avanço ou Retrocesso?*. Rio de Janeiro: Revinter, 2003, p. 70-71. cap. 6.

VILARTA, R.; GONÇALVES, A. Qualidade de Vida – concepções básicas voltadas à saúde. In: GONÇALVES, A.; VILARTA, R. (Orgs.). *Qualidade de Vida e atividade física: explorando teorias e práticas*. Barueri: Manole, 2004. p.27-62.

WANDERLEY, M.B. Publicização do papel do cuidador domiciliar. Série Programas e Serviços de Assistência Social. São Paulo: IEE/PUC-S; Brasília: Secretaria de Assistência Social/MPAS, 1998.

WOOD-DAUPHINEE, S. Assessing quality of life in clinical research: where have we come and where are we going. *Journal of Clinical Epidemiology*, v.52, n. 4, p. 355-63. 1999.

WHO (World Health Organization) Constitution of the World Health Organization. Basic Documents. WHO. Geneva. 1946.

_____ *Planificación y organización de los Servicios Geriátricos*. Geneva: OMS, 1974.

_____ *Quality of life assessment: an annotated bibliography*. Geneva: World Health Organization, 1994.

_____ *Population aging: a public health challenge*. Geneva: World Health Organization Press Office; 1998.

WHOQOL (WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIFE). Group Development of the WHOQOL: Rationale and Current Status. *Int J Ment Health*, v. 23, p. 24-56.1994.

WU, A.W.; HAYS, R.D.; KELLY, S.; MALITZ, F.; BOZZETTE, S.A. Applications of the medical Outcomes study health-related quality of life measures in HIV/AIDS. *Qual Life Res*, v.6, p. 531-54. 1997.

YESAVAGE, J.A; BRINK, T.L.; ROSE, T.L.; LUM, O.; HUANG, V.; ADEY, M.; LEIRER, V.O. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res.*, v. 17, n. 1, p. 37-49. 1983.

YOSHITOME, A.Y. *Avaliação da qualidade da estrutura de instituições asilares de uma região da cidade de São Paulo*. 2000. 138 p. Dissertação. Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2000.

Os resultados deste estudo são apresentados no formato de artigos científicos. Os artigos listados a seguir estão diretamente vinculados à dissertação e foram produzidos ao longo do desenvolvimento do plano de trabalho vinculado ao Projeto de Pesquisa. Eles serão apresentados em ordem cronológica de envio para publicação.

- **Artigo 1** – *Qualidade de vida de idosos institucionalizados no Brasil*
Quality of life of institutionalized elderly in Brazil

Tipo de estudo: Revisão simples

Objetivo: Analisar artigos sobre a qualidade de vida dos idosos institucionalizados no Brasil

Submissão: Este artigo foi submetido à revista *SOCIAL INDICATORS RESEARCH* (A2)

- **Artigo 2** – *Significados de qualidade de vida atribuídos por idosos institucionalizados*
Meanings of quality of life attributed by institutionalized elderly

Tipo de estudo: Qualitativo

Objetivo: Compreender os significados de qualidade de vida atribuídos por idosos institucionalizados

Submissão: Este artigo foi submetido à revista *QUALITY OF LIFE RESEARCH* (A2).

- **Artigo 3** – *Qualidade de vida e estado nutricional de idosos brasileiros institucionalizados*

Quality of life and nutritional status of institutionalized brazilian elderly

Tipo de estudo: Estudo transversal

Objetivo: Avaliar a qualidade de vida e o estado nutricional de idosos institucionalizados

Submissão: Este artigo será submetido à revista *THE JOURNAL OF NUTRITION, HEALTH & AGING* (A2).

QUALITY OF LIFE OF INSTITUTIONALIZED ELDERLY IN BRAZIL

ABSTRACT

When considering the increasing proportion of institutionalized elderly and the aim of better quality of life for this growing population, it is necessary to know the quality of life for residents in nursing homes in Brazil, which is the purpose of this review. This is a simple review whose research was performed in electronic databases Journal Portal CAPES, Scopus and Bireme. The latter covers information about the subject registered in the SciELO, LILACS, MEDLINE and the Cochrane Library. Identified studies were assessed according to the following inclusion criteria: (1) population (institutionalized elderly in Brazil), (2) theme (quality of life) and (3) quantitative approach. According to this review, most studies that compared the quality of life of residents and non-residents in nursing homes revealed that the institutionalized elderly have a worse perception of quality of life, possibly due to factors that cause the institutionalization and influence this self-perception, such as age, sex, education, lifestyle, autonomy and social participation. Among the domains evaluated in the questionnaire for quality of life the perception of autonomy and environmental aspects were the least satisfied by the institutionalized elderly. To improve the quality of life it is essential that the community living in the institutional space promote the autonomy of the elderly. Public policies that make a difference to the well being of older people need to be maintained, expanded and strengthened continuously to new strategies that respond to demands arising from rapid population aging and promote quality of life improvement.

Keywords: Quality of life; Old age; Institutionalized elderly; Homes for the Aged.

INTRODUCTION

One concern today is to understand with which quality of life people ages (Healp age international 2013). Quality of life can be understood as "an individual's perception of his position in life, in the culture context and value system in which he lives and in relation to his objectives, expectations, standards and concerns" (The Whoqol group 1995). In gerontology quality of life is related to how the elderly experiences the aging process and his old age is a result from the conjugation and maintenance of functional and cognitive capacity and appropriate social support. In this sense, the physical, personnel (significant formal and

informal personal relationships) and social environment exerts a significant role in the elderly quality of life (Lawton 1991).

The rapid advancement that has occurred with the aging population around the world has been characterized as a "Gray Tsunami" (Walker 2012; Perry 2009). This metaphor points to social problems, because of the increase on services, benefits and assistance demands to the elderly, especially in the health sector. The attention seems to turn mainly to the economic and demographic implications of this process, however, as relevant as these consequences and the impact of demographic and epidemiological transitions, is the understanding of individual aging inserted in this context and the goal of promoting not only increased survival, but also with good quality (Zaidi et al. 2013; James and Wink 2006; WHO/NMH/NPH 2002; World Health Organization 1998).

In developing countries, although the increasing number of elderly is a fact, successful population aging is still a distant reality. In these, the accumulation of morbidity, functional decline and increase of dependence, associated with adverse socio-economic conditions, characterize the aging process. These data points to the need for broad social planning issues arising in face of an aging population (UNFPA and HelpAge International 2012; The World Bank 2011).

In this scenario it is possible to understand the cause of the growing interest of scholar and professionals from different fields of knowledge, as well as society as a whole, to investigate the quality of life in old age. Furthermore, it is argued that social indicators and subjective well-being measures are necessary to evaluate a society (Makai et al 2014; Michalos 2004; Hagerty et al. 2001; Diener and Suh 1997).

According to the World Health Organization (WHO 1974) elderly residents in Nursing Homes (NHs) are more exposed to risks and health problems, which compromise their quality of life. In general, NHs receive individuals on condition of high functional dependence, with different comorbidities, whose families cannot provide the necessary care (Jacobzone 1999; O'Shea 2003).

In a country like Brazil, with enormous cultural diversity and socioeconomic inequalities, institutions for elderly are heterogeneous in relation to services provision, physical structure, financial resources and public served, which reflects on the quality which individuals experience their routine in these spaces (Camarano et al 2009). In this sense, investigating quality of life in geriatric institutions becomes fundamental to the development of public policies for health promotion and improvement of life in institutional spaces of care to the elderly (Veenhoven 2002).

When considering the increasing population of institutionalized elderly and the goal of an improved survival rate for this age it is necessary to know the quality of life for NHs residents, which is the purpose of this review.

METHODOLOGY

Search strategy

This is a sample review whose research was conducted between June to July 2013 in electronic databases of “Portal de Periodicos CAPES”, Scopus and Bireme, the latter covers information on the subject recorded in the Scientific Electronic Library Online (SCIELO), in the “Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saude” (Lilacs), National Library of Medicine (MEDLINE) and Cochrane Library.

The descriptors used were: quality of life; elderly and nursing homes. During the search the integrated search method was used.

The search criteria were: Descriptors present in title, abstract or subject, documents in paper format, full available version and, in the research with English descriptors, papers that brought Brazil as subject of study were searched.

Selection of studies

Identified studies were assessed according to the following inclusion criteria: (1) population (institutionalized elderly in Brazil), (2) theme (quality of life) and (3) quantitative approach.

Paper analysis

After selection, articles were read in full and those who were not within the established criteria were excluded from the study. For analyzes of studies, information of each work were summarized as follows: work identification (author and year); location of the study and sample; region where the research was conducted; instrument for assessment of quality of life and results. For a better presentation of the results, studies were analyzed according to the presented objectives and were grouped according to their similarity.

RESULTS

Identified studies

In a research conducted in Bireme, “Portal de Periodicos Capes” and Scopus electronic databases, were identified 211, 119 and 68 papers, respectively. After analyzing the

abstract, 203 papers from Bireme, 37 from “Portal de Periodicos Capes” and 67 from Scopus were excluded.

In order to handle duplicity in papers retrieved on different bases, those identified more than once were excluded. As the source of research information, stood the one in which the paper appeared first, in the following order: Scopus, Periodicos Capes and Bireme.

According to the predetermined inclusion criteria, eight papers for were selected study: six from Bireme, one from “Periodicos Capes” and one from Scopus. The methodology and search strategy results adopted are presented in Figure 1.

General characteristics of the articles found

From the selected studies, it was observed that the majority was performed in the South-eastern region. The other identified regions in the study were South and Northeast, investigations about quality of life in institutionalized elderly in the Midwest and Northern Brazil were not found (Table 1).

In evaluating quality of life, most studies used the instruments proposed by the World Health Organization (WHOQOL - Old and WHOQOL - Bref) and only one applied the *Medical Outcome Study 66 - item Short Form (SF-36)*.

Overall, the studies had as objective to compare the quality of life perception between residents and non-residents in NHs and to evaluate the perception of this construct by institutionalized elderly. The main results of the work that compare and evaluate were summarized in Table 1 and 2, respectively.

Oliveira et al. (2011) in cross-sectional study compared the quality of life of 70 institutionalized elderly and 210 non-institutionalized ones in the metropolitan region of Vitoria-ES. As evaluation tool the WHOQOL-Bref was used. It was observed that institutionalized elderly had the lowest scores in all domains compared to non-institutionalized, the difference being statistically significant between groups ($p < 0.05$). Given this result, authors concluded that institutionalization is a determinant factor in the loss of quality of life of the elderly. In the institutionalized ones, the "Environment" domain had the lowest score.

A similar result was found by Vitorino et al. (2013) comparing the perception of quality of life by WHOQOL-Bref among the elderly community of Porto Alegre (RS) and institutionalized elderly from Santa Rita do Sapucaí (MG). Elderly resident in NHs had, generally, worse quality of life, especially in the Psychological and Social relation domains

($p < 0.05$). Authors attributed these findings to more advanced age and lower socioeconomic and health conditions of institutionalized elderly.

Dias et al. (2013), using the WHOQOL-Bref and WHOQOL-Old, compared the quality of life of elderly in the city of Sao José dos Campos (SP) who lived alone, with the family and in NHs with the city of Barra Bonita (SP): they observed that the three analyzed groups presented themselves as satisfied with the quality of life in all domains of the questionnaires. Only on the Physical domain institutionalized elderly had a less positive evaluation when compared to those living with their families ($p < 0.05$). The authors attributed this result to the fact that institutionalized elderly had less daily physical activity and, therefore, they have not perceived physical changes that could influence their satisfaction level in this domain. The study concluded that NHs elderly resident do not had worse perception on quality of life when compared to those non-institutionalized.

Studies analyzing the domains of quality of life in institutionalized elderly revealed that depending on the location and subject of study, the assessment was different, however, in all studies it was observed less satisfaction with autonomy and aspects related to this item (Table 2).

Vitorino et al. (2012) in a study with 77 elderly of two NHs from Pouso Alegre and Santa Rita do Sapucaí (MG) found that younger elderly, with higher education and who practiced physical and leisure activities, had, in average, better perception in quality of life evaluated by WHOQOL-Old and WHOQOL-Bref. In the evaluation of WHOQOL-Old domains, they observed that the Functioning of sensory had greater satisfaction (73.7%) and Autonomy worst rating (56.9%). The WHOQOL-Bref domains showed greater satisfaction in elderly for Social Relations (68%) and lower for the Physical (63.2%).

Nunes et al. (2010), in a cross-sectional study, examines the quality of life in 43 institutionalized elderly in Natal - Rio Grande do Norte, using WHOQOL-Old. The Sensorimotor Functioning domain obtained the highest mean score (68.1%) and Autonomy domain got the smaller mean percentage (40.7%), revealing dissatisfaction of the elderly about the ability to take decisions in the institutions where they live.

Wachholz et al. (2011), when analyzing the correlation between quality of life perception and nutritional status of 35 institutionalized elderly men in Curitiba-PR, observed that the Environment domain had less satisfaction among elderly (56.3%) while social relations had a better score (62.1%). They also observed that malnutrition and obesity have proven to be indicators of dissatisfaction on the quality of life of this population. Moreover, regardless the nutritional status, quality of life perception was better for the youngest elderly.

Murakami and Scattolin (2010) identified that, generally, elderly in a NH in Sorocaba (São Paulo) evaluated quality of life as somewhat compromised. From WHOQOL-Old, the Social Participation (62.5%) and Autonomy (68.7%) domains were the worst reviewed by the elderly.

Freitas and Scheicher (2010) in a study with elderly from three NHs of Avare-SP, using the SF-36, observed a bad quality of life in these individuals, especially about the assessment of the General State of Health. They also emphasize that quality of life perception was worse in institutions that did not offer leisure activities.

DISCUSSION

According to the present review, most studies comparing quality of life between residents and non-residents in NHs revealed that institutionalized elderly had a worse perception of quality of life, independently of the investigated area. However, this information should be carefully analyzed. In the study of Vitorino et al. (2013), for instance, even though the authors have found that institutionalized elderly had a poorer perception about quality of life, statistical analyzes indicated that institutionalization did not influence in this self-assessment, but the sociodemographic characteristics (age, education and leisure activities) and health did. Thus, the different contexts, cultural and socio-economic scenarios and not only the condition of being institutionalized, are related with the meanings that individuals attach to their lives.

These results emphasized the heterogeneity of the aging process and emphasize that the perception of quality of life depends upon objective and subjective factors of personal evaluation (Paskulin et al. 2012; Baernholdt et al. 2009; Tajvar et al. 2008; Lai et al. 2005). Thus, it is not possible to say that institutionalization influences quality of life in a negative way, however institutionalized elderly presented themselves less satisfied with life, possibly by factors that lead them to institutionalization, age, sex, scholarship, life style, autonomy and social participation (Del Duca et al. 2012; Luppá et al. 2010; Onder et al. 2007; Gaugler 2007). It is necessary to investigate factors associated to quality of life perception that differ among institutionalized and non-institutionalized elderly, analyzing the effects that these variables have on the overall assessment of the quality of life or specifically in each of the dimensions that constitute it.

Measuring quality of life is not an easy task, especially because there is no previously agreed definition on what this really means. This lack of consensus entails the construction of several instruments with different assumptions and variables, making it difficult to compare

results between them. In this work, the analysis of results was made on a comparative basis, i.e., the findings were compared according to the assessment tool used.

It was observed that most studies used the WHOQOL-Bref and Old. These transcultural tools, validated for the Brazilian population, can be applied in the general population and in the elderly, respectively. The WHOQOL group recommends the combined use of these questionnaires as a complementary tool, however, only Vitorino et al. 2012 and Dias et al. 2013 studies presented data from the two instruments.

The WHOQOL-Bref is considered a generic instrument because it is a population-based questionnaire, not specific to age groups or to those with certain pathologies. It consists of 26 questions divided in two general evaluations on four domains: Physical; Psychological; Social Relations; and Environment (The Whoqol group 1998). Among these, the Environment assessment had the worst perception, suggesting that the physical space where the elderly is inserted exerts influence in his quality of life (O'Shea 2003). Generally, the elderly have higher possibility of being physically and socially active if he lives in a safe environment, where he can move properly and in satisfactory socioeconomic conditions. Elderly that live in insecure spaces have fewer social relations and therefore are more susceptible to isolation and depression, as well as to have more mobility problems and worse physical state (Del Pino 2003).

The other instrument identified in the studies, WHOQOL-Old, consists of 24 items divided in 6 areas: Operation of Sensory, Autonomy, Past, Present and Future Activities, Social Participation, Death and Dying and Intimacy (Power et al. 2005; Fleck, Chachamovich and Trentin 2006). Among these, the worst reviewed domains by the elderly were Autonomy, Physical and Social Participation, which reveal dissatisfaction with independence, decision-making capacity and self-management of life. These results indicate that these are areas needing more support and priority of planning and execution of institutional care. They also suggest that geriatric institutions in Brazil, generally, undervalue the personal abilities and life experience of the elderly. Camarano et al. (2009) considers that life management of the elderly by the NH is a result of the lack of autonomy and not necessarily the residence in an institution. Thus, dependent elderly would have a life governed by the institution due to their condition and disability and, if they lived at home, they would have their lives equally managed.

There is a need to investigate the casual relation between reduction of autonomy and institutionalization in order to verify if the search for the geriatric institution is due to impaired functional capacity and until which point institutionalization worsens the elderly

autonomy and quality of life. Besides, it becomes relevant to perform qualitative studies that expand the knowledge field, contemplating the subjective aspects of institutionalization in the elderly autonomy perception. However, what can be said in face of these results is that the improvement in institutionalized elderly quality of life incorporates the reduction of physical limitations and greater stimulus to perform basic daily living activity independently (Perkins et al. 2012; Agich 2003).

The investigation about the quality of life in elderly living in nursing homes, becomes relevant especially for the expectation of increased demand for these services. Two factors can increase the number of elderly in need of long-term care. One of them is the change of women status and social and familiar values that will continue to affect the availability of familiar help for these elderly. The other factor is the greater absolute number of frail elderly, although a reduction in the proportion of functionally dependent elderly due to advances in disease prevention and better treatment techniques is expected. However, it is consensual that elderly are more exposed to diseases and non-communicable chronic diseases, many culminating with limiting sequelae of a good functional performance, generating dependence situations and consequent need of care (IBRD 2011; OECD 2005).

The proportion of elderly residing in institutions is related to prevailing social policies and cultural opinions on (in)formal care, therefore the share of institutionalized elderly vary greatly across countries (OECD 2005). In Brazil, unlike in developed countries, studies with institutionalized elderly are scarce, which may be explained by the fact that institutionalization is a little known and stigmatized practice, so that less than 1% of the elderly population lives in NHs nationwide. The Southeast region has a higher proportion of elderly (51.7%) and NHs concentration (2/3 of Brazil NHs) (Camarano et al. 2009), which may explain the greater number of publications about quality of life in institutionalized elderly, as noted in this review. However, studies that investigate and compare the reality in different Brazilian regions about living in NHs and quality of life of the elderly in these areas are needed.

Population aging in Brazil, as in other developing countries, is a source of concern. Although in the last decade many countries have made important progress in adopting new laws and policies on aging, for many of the current elderly cohort, social disadvantages faced in earlier phases of life continue to be a challenge (The world bank 2011). Thus, researches of this nature are useful to direct actions and support public policies that promote better quality of life. At the same time, they may guide the organization of social and health services in networks that provide a comprehensive care to the elderly. Besides, the results in this study

can be used to establish comparisons between countries in order to better understand the reality of the aging population.

CONCLUSION

Studies about quality of life of institutionalized elderly in Brazil are few, recent and do not address the issue in depth. The use of different evaluation instruments about quality of life makes it difficult to compare results and limits the analysis, since each questionnaire addresses different aspects. The construction of specific instruments that evaluate the quality of life in institutionalized elderly is suggested.

More investigations are needed, with robust methodologies and representatives' samples of institutionalized elderly, which will plot a profile of the Brazilian reality in order to support public policies and actions for a dignified aging.

According to the results from this review it is possible to affirm that institutionalized elderly have a worse quality of life when compared to non-institutionalized ones. However, the perception of this construct varies with the subjective and objectives factors related to life and health conditions and that are not only related with institutionalization.

It should be emphasized that the number of studies in Brazil is still insufficient to establish a solid body of knowledge on quality of life in old age. This highlights the relevance of better understanding quality of life in samples in this age group.

Among the evaluated domains in the of quality of life questionnaire, satisfaction with the autonomy and environment were the aspects of lower score. Therefore, to improve the quality of life it is essential that the community living in institutional spaces promotes the autonomy of the elderly.

In this context, institutional service should be organized seeking the satisfaction of multiple needs of the elderly, both the material, emotional and spiritual character, as well as for the inclusion and social valorisation, including comprehensive health care.

It is important that health professionals, in particular, as well as those responsible for elaborating public policies, do not lose sight of the aging complexity and have enough interest in improving the assistance to the elderly in order to ensure good quality of life for those aging.

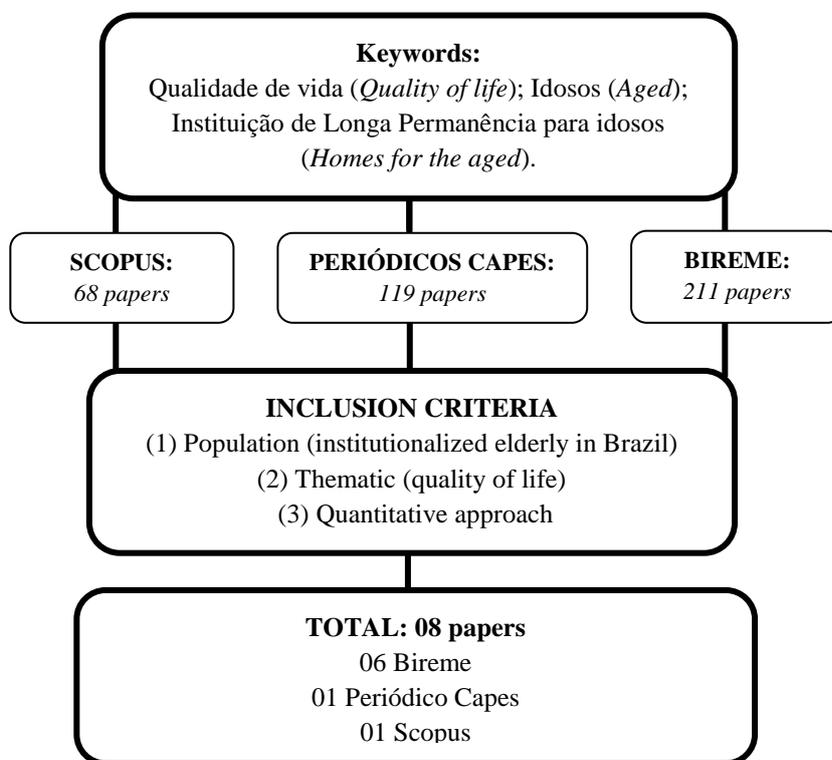


Figure 1: Methodological scheme and the search results of articles in the review about quality of life in institutionalized elderly in Brazil.

Table 1. Studies that have compared institutionalized and non-institutionalized elderly's quality of life in Brazil.

STUDY	LOCATION AND SAMPLE	REGION	INSTRUMENT	RESULTS
Oliveira et al, 2011	<ul style="list-style-type: none"> 70 functionally independent elderly living in NHs (G2) and 210 non-institutionalized (G2) of both sexes, Metropolitan Region of Vitoria - ES 	Southeast	WHOQOL-BREF	<ul style="list-style-type: none"> Institutionalized elderly had a worse quality of life The "Environment" domain had lower score.
Vitorino et al. 2013	<ul style="list-style-type: none"> 288 non-institutionalized elderly in Porto Alegre (Rio Grande do Sul) and 76 institutionalized elderly in Pouso Alegre and Santa Rita do Sapucaí (Minas Gerais) 	South and Southeast	WHOQOL- BREF	<ul style="list-style-type: none"> Elderly resident in NHs had, generally, worse quality of life. The psychological and social relations domains had lower scores.
Dias et al. 2013	<ul style="list-style-type: none"> 51 elderly of both sexes, from the city of Barra Bonita (SP). Elderly were divided in three groups, each with 17 elderly members. Group 1: elderly living alone Group 2: elderly living with family Group 3: institutionalized elderly 	Southeast	WHOQOL-BREF and WHOQOL-OLD.	Institutionalized elderly showed no worse perception of their quality of life when compared to non-institutionalized.

Table 2. Studies that show the evaluation of quality of life in institutionalized elderly in Brazil

STUDY	LOCATION AND SAMPLE	REGION	INSTRUMENT	RESULTS
				<i>WHOQOL-Old</i> Lowest score: Autonomy Domain (56.9%) Highest score: Functioning of Sensory Domain (73.7%)
Vitorino et al. 2012	Cross-sectional study, with 77 institutionalized elderly in Pouso Alegre and Santa Rita do Sapucaí (MG).	Southeast	WHOQOL-Bref and WHOQOL-Old.	<i>WHOQOL - Bref</i> Lower score: Physical domain (63.2%) Higher score: Social relation (68%)
Nunes et al. 2010	43 elderly residents in six NHs in Natal - Rio Grande do Norte.	Northeast	WHOQOL-OLD	Lowest score: autonomy domain (40.7%) Highest score: Sensory motor operation area (68.1%)
Wachholz et al. 2011	35 NHs elderly residents during at least 12 months Curitiba - PR.	South	WHOQOL-BREF	Lowest score: Environment domain (56.3%) Highest score: Social relations (62.1%)
Murakami and Scattolin 2010	Institutionalized elderly in the city of Sorocaba (Sao Paulo, Brazil)	Southeast	WHOQOL-OLD	Lowest score: Social participation and Autonomy Highest score: Death and Dying; Intimacy and Sensory motor operation domains.
Freitas and Scheicher 2010.	36 institutionalized elderly in the city of Avaré, SP.	Southeast	SF-36	Lowest score: Functional capacity and General health status assessment.

REFERENCES

- Agich, G. J. (2003). *Dependence and autonomy in old age: An ethical framework for long-term care*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Baernholdt, M., Hinton, I., Yan, G., Rose, K., & Mattos, M. (2012). Factors associated with quality of life in older adults in the United States. *Quality of Life Research*, 21(3), 527-34.
- Camarano, A. A., Kanso, S., & Mello, J.L. (2009). Diagnóstico e desempenho recente das ações governamentais de proteção social para idosos dependentes no Brasil. In J.C.Cardoso (Ed.). *Brasil em Desenvolvimento: estado e planejamento de políticas públicas* (pp. 712-738). Brasília: IPEA.
- Del Duca, G.F., Silva, S.G., Thumé, E., Santos, I.S., & Hallal, P.C. (2012). Predictive factors for institutionalization of the elderly: a case-control. *Revista de Saúde Pública*, 46(1), 147-53.
- Del Pino, A.C.S. (2003). Calidad de vida en la atención al mayor. *Revista Multigeneracional de Gerontologia*, 13(3), 188-92.
- Dias, D.S.G., Carvalho, C.S., & Araujo, C.V. (2013). Comparação da percepção subjetiva de qualidade de vida e bem-estar de idosos que vivem sozinhos, com a família e institucionalizados. *Revista brasileira de geriatria e gerontologia*, 16 (1), 127-138.
- Diener, E., & Suh, E. (1997). Measuring quality of life: economic, social, and subjective indicators. *Social Indicators Research*, 40 (1-2), 189–216.
- Fleck, M.P.; Chachamovich, E., & Trentini, C. (2006). Development and validation of the Portuguese version of the WHOQOL-Old module. *Revista de Saúde Pública*, 40(5), 785-791.
- Freitas, M.A.V., Scheicher, M.E. (2010). Qualidade de vida de idosos institucionalizados. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 13(3), 395-402.
- Gaugler, J. E., Duval, S., Anderson, K. A., & Kane, R. L. (2007) Predicting nursing home admission in the U.S.: a meta-analysis. *BMC Geriatrics*, doi:10.1186/1471-2318-7-13.
- Hagerty, M.R., Cummins, R.A., Ferriss, A.L., Land, K., Michalos, A.C., Peterson, M., et al. (2001). Quality of life indexes for national policy: review and agenda for research. *Social Indicators Research*, 55 (1), 1–96.
- Help age international. (2013). Global Age Watch Index 2013: Purpose, methodology and results. www.globalagewatch.org. Accessed 04 october 2013.
- IBRD (International Bank for Reconstruction and Development). (2011). Aging in a Brazil Oldest. http://siteresources.worldbank.org/BRAZILINPOREXTN/Resources/3817166-1302102548192/Envelhecendo_Brasil_Sumario_Executivo.pdf. Accessed 23 october 2013.
- Jacobzone, S. (1999). Ageing and care for frail elderly persons: an overview of international perspectives. Occasional Papers, Paris: OECD, *Labour Market and Social Policy*. 38, 18.
- James, J. B., & Wink, P. (2006). The third age: a Rationale for research. In: *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 26, 19-32.
- Lai, K.L., Tzeng, R.J., Wang, B. L., Lee, H. S., Amidon, R. L., & Kao, S. (2005). Health-related quality of life and health utility for the institutional elderly in Taiwan. *Quality of Life Research*, 14 (4), 1169-1180.

- Lawton, M.P. (1991). A multidimensional view of quality of life in frail elderly. In, J.E. Birren, J.E. Lubben, J.C. Rowe et al. *The Concept and Measurement of Quality of life in the frail elderly* (pp.3-27). San Diego: Academic Press.
- Luppa, M., Luck, T., Weyerer, S., König, H., Braehler, E., & Riedel-Heller, S. (2010). Prediction of institutionalization in the elderly. A systematic review. *Age and Aging*, 39, 31–38.
- Makai, P., Brouwer, W.B.F., Koopmanschap, M.A., Stolk, E.A., & Nieboer, A.P. (2014). Quality of life instruments for economic evaluations in health and social care for older people: A systematic review. *Social Science & Medicine*, 102 (1), 83-93.
- Michalos, A.C. (2004). Social indicators research and health-related quality of life research. *Social Indicators Research*, 65, 27–72.
- Murakami, L., & Scattolin, F. (2010). Avaliação da independência funcional e da qualidade de vida de idosos institucionalizados. *Revista Medica Hereditaria*, 21 (1), 18-26.
- Nunes, V.M.A., Menezes, R.M.P., & Alchieri, J.C. (2010). Avaliação da Qualidade de Vida em idosos institucionalizados no município de Natal, Estado do Rio Grande do Norte. *Acta Scientiarum Health Sciences*, 32 (2), 119-126.
- OECD. (2005). Long-term care for older people. Paris: OECD.
- Oliveira, E.R.A., Gomes, M.J., & De Paiva, K.M. (2011). Institucionalização e qualidade de vida de idosos da região metropolitana de Vitória – ES. *Escola Anna Nery*, 15(3), 518-523.
- Onder, G., Liperoti, R., Soldato, M., Carpenter, I., Steel, K., Bernabei, R., et al. (2007). Case management and risk of nursing home admission for older adults in home care: results of the AgeD in HOME Care Study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 55(3), 439-44.
- O'Shea, E. (2003). La mejora de la calidad de vida de las personas mayores dependientes. Madrid: Instituto de Migraciones y Servicios Sociales.
- Paskulin, L., Vianna, L., Molzahn, A.E. (2009). Factors associated with quality of life of Brazilian older adults. *International Nursing Review*, 56, 109-115.
- Perkins, M.M., Ball, M.M., Whittington, F.J., & Hollingsworth, C. (2012). Relational autonomy in assisted living: A focus on diverse care settings for older adults. *Journal of Aging Studies*, 26, 214–225.
- Perry, D. (2009). In the balance: silver tsunami or longevity dividend? *Quality in Ageing and Older Adults*, 10 (2), 15-22.
- Power, M., Quinn, K., Schmidt, S., & The Whoqol-Old Group. (2005). Development of the Whoqol-Old module. *Quality of Life Research*, 14(10), 2197-214.
- Veenhoven, R. (2002). Why social policy needs subjective indicators. *Social Indicators Research*, 58, 33–45.
- Tajvar, M., Arab, M., & Montazeri, A. (2008) Determinants of health-related quality of life in elderly in Tehran, Iran. *BMC Public Health*, 8: 323, doi: 10.1186/1471-2458-8-323
- The WHOQOL Group. (1995). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*, 41, 1403-10.

The Whoqol group. (1998). Development of the World Health Organization Whoqol-bref quality of Life Assessment. *Psychological Medicine*, 28(3): 551-558.

The World Bank. (2011). Population Aging: Is Latin America Ready? Directions in Development. The World Bank. Washington, DC.

UNFPA & HelpAge International (2012). Ageing in the Twenty-First Century: A Celebration and a Challenge.

Vitorino, L.M., Paskulin, L.M.G., & Vianna, L.A.C. (2012). Quality of life among older adults resident in long-stay care facilities. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 20 (6), 1186-1195.

Vitorino, L.M., Paskulin, L.M.G., & Vianna, L.A.C. (2013). Qualidade de vida de idosos da comunidade e de instituições de longa permanência: estudo comparativo. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 21, 3-11.

Wachholz, P.A., Rodrigues, S.C., & Yamane, R. (2011). Estado nutricional e a qualidade de vida em homens idosos vivendo em instituição de longa permanência em Curitiba, PR. *Revista brasileira de geriatria e Gerontologia*, 14 (4), 23-27.

Walker, G. (2012). Emergentology: The Geriatric Tsunami. *Emergency Medicine News*. 34 (8), 18-24.

World Health Organization. (1974). Planificación y organización de los Servicios Geriátricos. Ginebra.

World Health Organization. (1998). Population aging: a public health challenge. Geneva: World Health Organization Press Office.

WHO/NMH/NPH. (2002). Active ageing: a policy framework. <http://www.who.int/hpr/ageing>. Accessed 09 out 2013.

Zaidi, A., Gasior, K., Hofmarcher, M.M., Lelkes, O., Marin, B., Rodrigues, R., et al. (2013). Active Ageing Index 2012. Concept, Methodology, and Final Results. Research Memorandum/Methodology Report, European Centre Vienna. www.euro.centre.org/data/aai/1253897823_70974.pdf. Accessed 24 march 2013.

MEANINGS OF QUALITY OF LIFE ATTRIBUTED BY INSTITUTIONALIZED ELDERLY

ABSTRACT

Purpose: As relevant as to pay attention to the impact and consequences of population aging, is to know the perception about quality of life of those aging, in order to suggest policies and behaviors that promote health and a successful aging. This study aimed to understand the meaning of quality of life attributed by institutionalized elderly.

Methods: A qualitative research approach was used in nursing homes in the city of Salvador-BA questioning twelve elderly residents, their conceptions of the construct quality of life.

Results: Four categories presented in the empirical dimension were discussed: Past present; Stigma of old age; Sense of worthlessness and losses. The speeches revealed the permanent need of the elderly relation with time and space, besides reflecting propositions about their better survival. Also, it was observed the desire to promote and keep more meaningful social relations and activities for them. The stigma about aging alluded to indifference and devaluation that the elderly perceive in the sociocultural environment in which he is inserted and that disqualifies him in this phase of life.

Conclusion: It was concluded that the meanings of life quality for the interviewed elderly, make a close relationship between aging, memories of the past and loneliness felt in the present.

Introduction

The aging of Brazilian population is happening in an accelerated pace, however without the necessary conditions of life and health to insure a survival with good quality [1,2]. One of the consequences of this demographic transition is the increased demand for nursing homes (NHs) [3-5]. These can be considered a hybrid service, acting not only on the social inclusion of the elderly, but also in actions that promote health [6,7].

Health promotion has a primary focus to ensure the quality of life of individuals and collectivities [8,9]. However, it can be misleading and unfeasible to work in this direction without understanding the meanings that individuals give to this construct. About this, the discourses to understand how the elderly perceive the quality of their life are valued in this study [10,11].

There is still no consensual definition about quality of life. A broad view could contain objective and subjective dimensions, referred to material and measurable conditions, and on another level, reveal how subjects feel and think their institutionalized lives [12-17].

When seeking publications in journals indexed by databases, it appears that there are few studies that go deeper into significant aspects for the elderly quality of life in their terms [18-21]. In fact, investigating in this way can add new a perspective to the study object, covering another aspect disregarded in the quantitative research approach. The look of the subject on itself and its place reveal a immersion of a world of meaning where the everyday conflicts and feelings arise to the understanding of the topic.

Thus, facing the growing aging population, high demand for NHs and the challenge of Public Health in promoting the health of older people, listening and understanding their allusions to life can be helpful in building a reality consistent with a good quality of life for those aging in these institutions. The aim of this study is, therefore, to understand the meanings of quality of life attributed by institutionalized elderly.

Methodology

This is a qualitative study whose research field consisted in Nursing Homes (NHs) in Salvador, Bahia. In this study, approved by the Committee of Ethics in Research of the School of Nutrition from Universidade Federal da Bahia, opinion n^o 11/12, preserving the identity of both NHs and elderly, fictitious names are used when referencing them. The elderly participation occurred by signature (or fingerprint, when necessary) of the Informed Consent.

The study was conducted in three NHs in the period of March-July 2012. The institutions are located in different Sanitary Districts (SD) (Itapagipe, Liberdade and History Center) and were randomly chosen.

Twelve elderly were interviewed (four in each NHs), of both sexes, aged between 67 and 95 years old, who met the criteria of speech mastery, hearing, cognition and agreed to be interviewed. The number of respondents was determined in the field, being deemed satisfactory when the narratives about the object became similar, which is the intersubjective nature in the interpretative analysis [22,23].

Interviews were conducted using a semi-structured script with questions related to the experience of life of individuals and their meanings on quality of life issues. Every conversation generated long life stories, with details that impress while listening. Interviews recorded and transcribed for analysis formed the life texts of these subjects aged by time. A

diary was also used to record signs and impressions of the place, the people and the expressions that is possible to capture from the subject during interviews.

The analyses of these reports were based on studies of Eni Orlandi [24] and Paul Ricouer [25]. Initially it was performed the reading of the interviews in order to know and become familiar with the texts. Then, the many meanings of unities stood out configured as subtopics or sub studies.

The interpretation of implicit meanings in subjects' speeches was based on comprehensible theories [26-29]. In this sense, it was understood that the phenomenon is revealed in its essence, not by using explanatory theories, but by the focus centered on understanding the meaning of what is desired to know. This was how it was possible to produce a careful analysis of the many fragments of life presented here.

Results and discussion

To analyze the quality of life of institutionalized elderly, the meaning units were interpreted as the following subcategories: "Past present", which reveals an association between current quality of life and the referred memories. "Stigma of old age", suggesting a list of stereotypes about aging and the perception of quality of life. "Sense of worthlessness", denouncing the restrictions of autonomy in the institutional space. "Sense of loss", unveiling socio-affective disruptions, as signifiers of quality of life.

Category I – The Past-present

My quality of life was better. I do my bed, take care of a plant, but is not what I want for my life. I have no future (Marina, 71 years).

The meanings the elderly attribute to quality of life are the result of their experiences, impressions about their current situation and future prospects [30]. Thus, the quality of life presents a temporal dimension, as if the symbolic time pursued a representation in real time, the very reality of the living world. Past and future are mutually intertwined in the present moment, without, thereby, dead time: the past makes itself present on what one is today and the future in what is projected at the present moment [29].

In the quality of life concept proposed by Lawton [31] the author considers the temporal dimension of this construct referencing it to actual relations, past and prospective of the elderly and their environment. In the present study it was noted that the relationship of the elderly with their time and space influences the quality of life meanings. The speeches bellow reveal the presence of the past remembered on the institutional routine:

I think a lot. Who I was in the past (puts hand on the head and looks at the sky through the bedroom window, sitting in a wheelchair). When I put my head on the pillow, my head makes like this... in the past (circular movement of the fingers around the temples). My life is a balance, sometimes is up there, sometimes it is down there. The disappointments of life were one after the other. I was standing up and everything turned around. Things were changing and now they are like this (looks around the room as if to show off its unique space) (Antônio, 69 years).

Quality of life is to sleep and wake up without thinking about anything. I don't have it. I sleep thinking about my past. I had no childhood, my youth was taking care of my sick son and now I'm here. Each one with its own history (Alice, 84 years).

The *nothing* brings unspeakable and permanent absence, inseparable from everyday life, as a past remaking itself in the present. A past that has not passed yet, because it is present to remember, as a longing that lives in every heart, according to another elder. Thus, life trajectories are unveiled as a integrant part of the present quality of life and of the relationship between identity and reminiscences.

In this context, the memory has the function to perform a permanent correspondence between past and present, giving meaning to reality [32] by allowing the "relation of the present body with the past, while interfering in the current process of representation" [33]. Understood in this way, the memory has space, is active, and can be perceived as a significant value on quality of life.

Regarding the future, elderly did not reveal plans and projects that attribute meaning to their lives, *therefore there is nothing to expect, nothing more to achieve in life* (Célia, 81 years). For them, the experience at the institution is restricted, without expectations of new achievements and highlights the finitude: *Quality of life I no longer have. My future is to stay here and die later* (Joana, 79 years). The hopelessness of new situations is like a process that ritualizes the closure of life. As observed in the narrative of Joana, abandoned by her family in the NH and with her meanings of life doomed. From there, anxiety is unfolded anticipating

death. The impression is that death occurs before the body fades, by not knowing the reason to live anymore.

To Heidegger [29], the man is a being who exists to death as it confers the character of finalization of material existence. In this sense, the organism ages to die, just as at any stage of life, it stops growing and developing [34]. Ricouer [35] considers that, although death is in a future horizon, there is a force, even though not noticeable, which says that being is to be against death. This force may be understood as the hope that allows the individual to stay alive until the inevitable, death, developing new possibilities of existence, which though finite, can be full of meanings.

Given the above, perception about quality of life reveals itself as a dynamic and continuous process: what the elderly have already lived and what he expects (or not) from tomorrow influences how he means his life today.

Category II - The old (and the) prejudice

Quality of life is for young people, not for me, no. My time has passed (Ana, 81 years).

With the values we inherited from occidental culture, it is inconsistent and even contradictory to associate good quality of life with the old age. There is a lack of symbolic appreciation of the old that can influence the perception of quality attributed to this stage of life [36,37]. The elderly themselves embody prejudices, undervaluing themselves:

No one is happy at this age. I am old and I don't like to be old. Being old is a mess. Old people is no good. My mother told me this and I didn't believe it. Old people have no value. People do not respect (Zélia, 86 years).

The disdain felt towards aging is a representation of socio-cultural values that the jettison the social context. It is noticed that the conceptions of old age are rooted in the idea of worthlessness, inferiority, devaluation, discard and lack of credibility, reflected in discriminating social practices. The elderly are mentioned or analyzed in their actions, especially for their stigmatized condition of old [37,38].

Old age was not always represented as a synonymous with decrepitude. In traditional societies, the old man was the personification of the origins and culture of a people and, therefore, had space, function and social value [32]. With the industrial revolution, the individual is valued, almost exclusively, by its workforce, ability to produce and therefore what he can have due to that. Thus, the one that is old has no value of use for the capital, for

not being reproductive, or producer of wealth [37]. In Brazilian historical documents [39], there are registers of slave manumission papers that contained the following justification: *Old, so without value*. The notion of old was associated with the idea of invalidity and worthlessness.

There is theoretical consensus in considering the culture as a mediator in the assessment of quality of life, because despite its highly subjective nature, the perception of this construct is not performed in an isolated context, but framed by cultural values from where the person lives [15-17]. Thus, quality of life and well-being can be affected by stigma and age discrimination [40].

According to Goffman [41], the stigmatized person has a stroke, or experiences a condition, that removes him from everyday social relations and at the same time destroys the possibility of attention to other attributes that he possesses. This is configured as a brand identity to the point that the elderly feels disqualified for presenting in his body the signs of aging repelled by society.

The dimension of old age problems is marked by its ambiguity. If on one hand public policies for the elderly underscore the longevity trump, on the other, they not always emphasize the continuity of social, cognitive and cultural production and development, in this stage of life [42].

A subtle movement is still perceived to give better quality of life for the elderly, however refusing the old age. Elderly became targeted by anti-aging industry products that promise a youth for as long as possible, propagating old age as a sentence from which one should run away. Media conveys stories of old people that do not look old, the so-called "Young Seniors" that, at all costs, want to equate the younger as a way to keep value. However, these behaviors only reaffirm the stigma of old age and are more balanced with the interests of consumer market than necessarily the promotion of good health and quality of life. Those who do not fit the new paradigm of the elderly are increasingly marginalized and disqualified, given that society was meant for people in full exercise of their personal and social functions [37].

Old age can be a time of opportunity, but only if the attitudes towards older people are not discriminatory. For ethical and humanitarian reasons, it should promote a change in attitudes towards aging. Opportunities for lifelong learning through education and training are essential to attend the individuals needs [43]. Thus, promoting a good quality of life in old age must be seen as an investment of inclusion and sociocultural appreciation of the elderly.

Category III - Sense of worthlessness

I do not think I have quality of life. I do not work anymore, when I want things someone has to do them for me. I have need of people and that is not good (Zélia, 86 years).

In this statement, there is the need of autonomy and independence of the elderly in the institutional space tasks. As the resources and initiatives to enhance the individuals' functional capacity are scarce, it is noted that many of them assume a sense of worthlessness and sink into a depressive state, since they view only losses and absences:

Quality of life is doing what you like. I don't read anymore, I don't sew anymore, I cannot do anything else (Maria, 90 years).

I am very proud of my life. But I can't do what I did before. Take care of my crops (Manoel, 71 years).

I vegetate. I'm already at the end of my life. I hardly do anything (Lourdes, 93 years).

These discussions are marked by the representation of a body that declines, both because physical limitations resulting from senescence and senility, as well as the institutional rules that restrict the social role of the elderly.

Again the sense of "nothing" appears with value. *Doing nothing* denotes something pejorative, whose metaphor of "vegetative" state refers to a marginalization feeling, harmful to elderly health, which can be both the cause and consequence of their functional and psychical ability decline.

In the studied NHs, the elderly is subjected to a time schedule, regulation of eating and routine of what he may and may not do. This situation is addressed as a condition of submission to regulations that limit the autonomy:

For me, quality of life is to not depend on anyone. In an asylum we do not have freedom. If it was my house I'd turn-on the stereo out loud, would prepare my good food (Francisca, 79 years).

Quality of life is to do what we like. I wanted to go to the kitchen, to cook a meal as I did before, but I can't, they do not let me (Marina, 71 years).

The melancholy in the elderly speech, observed in several moments of the interview, alludes to the sense of worthlessness and restriction of freedom, once they understand that possible choices are restricted [40]. Food, in general, integrates the quality of life meaning,

not for what is eaten or by the nutritional value, but for what it symbolically represents in relation to memories and autonomy since the choice, preparation and meals sharing [24].

The restrictions of autonomy make the experience of old age in institutional space existentially frustrating. Hence unfolds the strangeness, the feeling extracted from what it is familiar and from their own resources [29]. For these elderly, NHs are a barrier (physical and psychological) from the outside world and the interaction that could arise from there:

My quality of life is bad because being here is bad. Ever noticed how here is surrounded by bars? You can't even see life outside. If it were a place good to live in it would not have that. I feel stuck. I get at the window; look others passing, but I can't go out. For those who are clueless about life it isn't that bad, but for me, it makes me sicker (Timoteo, 67 years).

The separation of NHs from the community's everyday life seems to deteriorate the elderly health, because it does not stimulate the maintenance and restoration of their functional capacity [45]. By studying lucid elderly, Mazuim [46] observed that before institutionalization they performed routine activities, which favored the maintenance of autonomy and independency. However, after moving to a NH, many had impaired functional capacity due to the shortage of activities. Institutional rules, in order to homogenize residents' daily activities and facilitate the routine of caregivers affect the elderly quality of life [47], leaving the *tiresome of living the same thing* (Célia, 81 years).

There is a process of institutionalized elderly separation with the external world that is part of the institutions dynamic, though not openly. In addition to physical separation and biographic objects, there would also be loss of social roles, so that the self is systematically, although often unintentionally, mortified [48]. For these reason it is almost straights the association of elderly nursing home with the model of total institution.

To Goffman [48] a total institution is one that is configured as a "place of residence and work where a big number of individuals in similar situation, separated from the wider society for a considerable period of time, carry a closed and heavily administrated life". When considering the several types of total institutions that the author presents, hospices are inserted between those offering assistance to persons deemed invalid and helpless.

Graeff [49] questions the vulgarization of the Theory of Total Institution use in NHs studies. This author considers that, although this theory serves as a conceptual tool that contributes to a part of the analysis about the totalitarian character of certain managements, it is important to understand the heterogeneity of the asylum issue. In their study, the author notes a redefinition of the institutions nature dedicated to the elderly, as well as a movement

to assert differences and a systematic effort of many elderly to reframe their institutionalization experience. Thus, the institutionalization process could not be explained or interpreted solely by this theory.

To Camarano et al [50] the "degree of completeness" of institutions depends on the degree of dependency of residents. According to these authors, dependent elderly have a life fully governed by the institution, but that is due to their disability condition. Thus, even if they were living with their families they would equally have their lives administrated. Thus, life administration of these elderly would be due to the lack of autonomy and, not necessarily, of residence in a NH.

Even considering the negative aspects of the keeping elderly in some NHs (isolation, inactivity) [51,52], they cannot be dismissed as a means of social support. With the increase of life expectancy and changes in family structure, institutions became a necessary space not only for the care of frail or homeless elderly, but also of independent and active. To this change in the profile of assisted individuals it is important to be alert to the necessary changes on the nature of care provided that must not provide only care, but also, a place to live well [53].

In this context, it becomes essential to reframe everyday's life in geriatric institutions through the development of health promotion activities for and with the elderly, according to their capacities, needs and interests.

Category IV - Sense of loss

Here I lack nothing. But there is one thing that is even hard to say: here there is no love, there is a lack of humanity (Maria, 93 years).

Many NHs basically prioritizes attendance of biological and material needs (such as food, hygiene and medicine) but leaves aside the socio-affective assistance of the elderly [54]. This way, the speeches reveal an accompanied solitude and meaningless absences: *I have no one here, just acquaintances. I am here away from everyone* (Zélia, 86 years). Institutionalization generates strangeness as everyday familiarity is broken, the "world" is not able anymore to offer anything, not even others co-presence. The *other* can be physically close, but there is no interaction or emotional communication, things are present, but out of

the being [29]. Despite being in a collective space *people are in their corner, there is no companionship* (Maria, 93 years). These statements reveal that the presence of someone next door does not necessarily imply a companionship, since they do not settle significant social relationships.

In the field of investigation of this article it was observed that the contact between the elderly and their families, in general, is also scarce. Many of them do not mention the actual relationship with their family, as if there were constraints, at the same time that they justify the relatives absence, they also criticize the helplessness they feel in the institution.

Quality of life is to feel cared, receive affection, nice words. I wanted to see my children on fathers' day, but they live far away and could not come, they work a lot (lower voice ton). I'm needy (Timoteo, 67 years).

Needy and stuck, Timoteo feels alone. Lack of affection is the resentment of care failure that the elderly perceive in the institutional routine. Care regarding the affective area, creating bounds of dedication [55]. What is noticed as care is a control, orientation governed by standards and pre-established behavioral models, poor of humanization. With this, they feel an emotional void.

Rupture and significant social relations weakening have been considered health risk factors as harmful as smoking, hypertension, obesity and sedentary [56]. In general, one can consider that those who are able to maintain greater relational network live more and better than those who do not enjoy these relationships [57]. In this sense, social support that gives material, cognitive, affective and emotional support can resignifies elderly life by improving its quality.

Final considerations

Quality of life meanings are a part of the sense that each elderly interviewed in this study gives to their present condition and incorporate the cultural, social and environmental context of the institutions where they live.

After their speeches it was observed that the meanings about the quality of life constructor were structured in categories such as: Past-present; Elder stigma; Sense of worthlessness and sense of losses. Based on their acceptations it is possible to affirm that NHs, while spaces that promote health must provide care and be a place to live well, where the elderly can be valued, establishing significant social relations and finding possibilities to develop productive activities. Thus, it becomes essential to stimulate a fundamental assistance

practice in the bio-psychosocial wellbeing, with dialogues that stimulate past and present memories in order to promote a better quality of life for these institutionalized elderly.

References

1. IBRD - International Bank for Reconstruction and Development. (2011). Aging in a Brazil Oldest. http://siteresources.worldbank.org/BRAZILINPOREXTN/Resources/3817166-1302102548192/Envelhecendo_Brasil_Sumario_Executivo.pdf. Accessed 23 october 2013.
2. The World Bank (2011). Population Aging: Is Latin America Ready? Directions in Development. The World Bank. Washington, DC.
3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE). (2010). Comunicação Social.
4. OECD. (2005). Long-term care for older people. Paris: OECD.
5. Onder, G., Liperoti, R., Soldato, M., Carpenter, I., Steel, K., Bernabei, R., Landi, F. (2007). Case management and risk of nursing home admission for older adults in home care: results of the Aged in Home Care Study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 55(3), 439-444.
6. Kane, R. A., & Kane, R. L. (1987). *Long-term care: Principles, programs, and policies*. New York: Springer.
7. Creutzberg, M., Gonçalves, L.H.T., Sobottka, E.A., & Ojeda, B.S. (2007). Long-Term Care Institutions for Elders and the health system. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15(6),1144-9.
8. World Health Organization. (2002). *The World Health Report 2002: Reducing Risks, Promoting Healthy Life*. Geneva: World Health Organization.
9. WHO. Department of National Health and Welfare (DHW) (1986). The Ottawa Charter for Health Promotion. Geneva: WHO.
10. Veenhoven, R. (2002). Why Social Policy Needs Subjective Indicators. *Social Indicators Research*, 58, 33–45.
11. Potvin, L., Haddad, S., & Frohlich, K.L.(2001). Beyond process and outcome evaluation: a comprehensive approach for evaluating health promotion programmes. In I. Rootman. (Ed.) *Evaluation in Health Promotion: Principles and perspectives*. (pp. 45-62), Denmark: WHO Regional publications. European Series.
12. Power, M., Quinn, K., Schmidt, S. (2005). Development of the WHOQOL-old module. *Quality of Life Research*, 14 (10), 2197-2214.
13. Skevington, S.M., Lotfy, M., & O'Connell, K.A. (2004). The world health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. *Quality of Life Research*, 13(2), 299-310.
14. Smith, K.W., Avis, N.E., & Assmann, S.F. (1999). Distinguishing between quality of life and health status in quality of life research. *Quality of Life Research*, 8(5), 447-59.
15. The Whoqol group. (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment. *Psychological Medicine*, 28(3), 551-558.
16. The Whoqol Grouo. (1995). The World Health Organization quality of life assessment: position paper from the World Health Organization. *Social Science and Medicine*, 41, 1403-10.
17. Allison, P. J., Locker, D., & Feine, J. S. (1997). Quality of life: a dynamic construct. *Social Science and Medicine*, 45(2), 221–30.
18. Hjaltadóttir, I., & Gústafsdóttir, M. (2007). Quality of life in nursing homes: perception of physically frail elderly residents. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 21(1), 48-55.
19. Farquhar, M. (1995). Elderly people's definitions of quality of life. *Social Science and Medicine*, 41(10), 1439–46.

20. Bowling, A., Gabriel, Z., Dykkes, J., Dowding, L.M., Evans, O., Fleissig, A., et al. (2003) Let's ask them: a national survey of definitions of quality of life and its enhancement among people aged 65 and over. *International Journal Aging and Human Development*, 56 (4), 269–306.
21. Faden, R. & German, P. S. 1994. Quality of life: considerations in geriatrics. *Clinical Geriatric Medicine*, 10(3), 541–51.
22. Schutz, A. (1979). Bases da fenomenologia. In: H. Wagner (Ed.). *Fenomenologia e relações sociais: textos escolhidos de Alfred Schutz*. Rio de Janeiro: Zahar.
23. Minayo, M.C.S. (2004). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec.
24. Orlandi, E.P. (2001). *Análise de Discurso: princípios e procedimentos*. Campinas, SP: Pontes.
25. Ricoeur, P.(1995). *Teoria da Interpretação*. Lisboa: Porto.
26. Gadamer, H.G.(1997). *Verdade e Método*. Petrópolis: Vozes.
27. Freitas, M.C.S., Minayo, M.C.S., & Fontes, G.A.V. (2011). Sobre o campo da Alimentação e Nutrição na perspectiva das teorias compreensivas. *Ciências e Saúde Coletiva* , 16 (1), 31-38.
28. Ricoeur , P. (1994). *Tempo e Narrativa I*. Campinas: Papirus.
29. Heidegger, M. (2001). *Ser e Tempo (Parte I)*. Petrópolis: Vozes.
30. Carr, A. J., Gibson, B. & Robinson, P. G. (2001). Measuring quality of life: is quality of life determined by expectations or experience? *British Medical Journal*. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.322.7296.1240>.
31. Lawton, M.P. (1991). A multidimensional view of quality of life in frail elderls. In, J.E. Birren, J.E. Lubben, J.C. Rowe et al. *The Concept and Measurement of Quality of life in the frail elderly* (pp.3-27). San Diego: Academics Press.
32. Bosi, E. (1994). *Memória e Sociedade: Lembranças de velhos*. São Paulo: Companhia das Letras.
33. Goldfarb, D.C. (1998). *Corpo, tempo e envelhecimento*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
34. Morin, E. (1997). *O homem e a morte*. Rio de Janeiro: Imago.
35. Ricoeur, P.(2012). *Vivo Até a Morte - Seguido de Fragmentos*. São Paulo: Martins Fontes.
36. Hazan, H.(1994). *Old age: constructions ans desconstructions*. Cambridge: Cambridge University Press.
37. Beauvoir, S.(1990). *A velhice*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
38. Chasteen, A.L. (2000). The role of age and age-related attitudes in perceptions of elderly individuals. *Basic and Applied Social Psychology*, 22 (3),147–156.
39. Bernardo, K.J.C. (2010). Envelhecer em Salvador: uma página da história (1850-1900). 333f. Tese (Doutorado em História Social), Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia, Salvador.
40. Dobbs, D., Eckert, J.K, Rubinstein, B., Keimig, L., Clark, L., Frankowski, A.C., & Zimmerman, S. (2007). An Ethnographic Study of Stigma and Ageism in Residential Care or Assisted Living. *The Gerontologist*, 48(4), 517–526.
41. Goffman E.(1982). *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Rio de Janeiro: Zahar.
42. World Health Organization. (2002). *Active Ageing: a Policy Framework*. Geneva: World Health Organization.
43. Leveille, S.G., Guralnik, J.M., Ferrucci, L., & Langlois, J.A. (1999). Aging successfully until death in old age: opportunities for increasing active life expectancy. *American Journal of Epidemiology*, 149 (7): 654-64.
44. Freitas, M.C.S. (1997). Educação nutricional: aspectos socioculturais. *Revista de Nutrição*, 10(1), 45-49.

45. Perkins, M.M., Ball, M.M., Whittington, F.J., & Hollingsworth, C. (2012). Relational autonomy in assisted living: A focus on diverse care settings for older adults. *Journal of Aging Studies*, 26(2), 214–225.
46. Mazuim, C.R. (2005). *Idoso institucionalizado: suporte, abrigo ou segregação?* Canoas: Ulbra.
47. Agich, G.J. (2003). Dependence and autonomy in old age: An ethical framework for long-term care. Cambridge University Press; Cambridge.
48. Goffman, E. (1974). *Manicômios, Prisões e Conventos*. São Paulo: Perspectiva.
49. Graeff, L. (2011). Considerações sobre a velhice institucionalizada: memória social, cotidiano e ritmos de vida. *Revista Polis e Psique*, 1(1), 03-33.
50. Camarano, A.A, Kanson, S., Mello, J.L., & Carvalho, D.F. (2010). As Instituições de longa permanência para idosos no Brasil. In: A.A. Camarano (Ed.). *Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?* (pp. 187-212). Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada (IPEA).
51. Kane, R.A. (2001). Long-term care and a good quality of life: bringing them closer together. *The Journal of Gerontology*, 41(3), 293–304.
52. Institute of Medicine (U.S.) Committee on Improving Quality in Long-Term Care. (2001). *Improving the quality of long-term care*. Washington, DC: National Academies Press.
53. Kane, R. A., Kling, K. C., Bershadsky, B., Kane, R. L., Giles, K., Degenholtz, H. B., et al (2003). Quality of life measures for nursing home residents. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*. doi: 10.1093/gerona/58.3.M240.
54. Kane, R.L., Kane, R.A. (2001). What Older People Want From Long-Term Care, And How They Can Get It. *Health Affairs*, 20(6), 114-127.
55. Boff, L.(1999). *Saber Cuidar: Ética do humano – compaixão pela terra*, Petrópolis: Vozes.
56. Holt-Lunstad, J., Smith, & T.B, Layton, J.B. (2010). Social Relationships and Mortality Risk: A Meta-analytic Review. *PLoS Medicine*, 7(7), 20-33.
57. Findlay, R. A. (2003). Interventions to reduce social isolation amongst older people: Where is the evidence? *Ageing & Society*. doi: 10.1017/S0144686X03001296.

QUALIDADE DE VIDA E ESTADO NUTRICIONAL DE IDOSOS BRASILEIROS INSTITUCIONALIZADOS

QUALITY OF LIFE AND NUTRITIONAL STATUS OF INSTITUTIONALIZED BRAZILIAN ELDERLY

RESUMO: Mais do que promover uma maior sobrevida dos indivíduos, torna-se relevante proporcionar condições adequadas para um envelhecimento bem sucedido. Nesse sentido, cabe investigar as mudanças no estado nutricional que podem repercutir não apenas na morbidade e mortalidade, mas na qualidade de vida dos idosos. Desse modo, o objetivo desse estudo foi avaliar a qualidade de vida e o estado nutricional de idosos institucionalizados. *Tipo de estudo:* Transversal. *Cenário:* Instituições de Longa Permanência para idosos da cidade de Salvador-BA. *Participantes:* 185 idosos institucionalizados. *Indicadores:* A qualidade de vida foi analisada pelos questionários WHOQOL-Old e WHOQOL-Bref da Organização Mundial de Saúde. O estado nutricional foi avaliado segundo os critérios da Mini Avaliação Nutricional (MAN). Realizou-se a análise descritiva dos dados, teste t-student e qui-quadrado com auxílio do programa SPSS, versão 16.0. *Resultados:* 76% dos idosos eram do sexo feminino, a média de idade foi de 79 anos (DP 8,7). Os escores de qualidade de vida foram mais baixos nos domínios Intimidade (50%), Autonomia (51%) e Ambiente (54%). Observou-se elevada prevalência de idosos desnutridos e em risco de desnutrir (53,5%) e uma pior qualidade de vida desses indivíduos. Os homens apresentaram maior risco de desnutrição ($p=0,006$) e menor satisfação com a qualidade de vida que as mulheres, sendo estas diferenças estatisticamente significantes nos domínios Relação social ($p=0,035$), Ambiente ($p=0,001$), Participação social ($p=0,020$) e Autonomia ($p=0,004$). *Conclusão:* A qualidade de vida dos idosos apresentou maior comprometimento nos aspectos relacionados à autonomia, intimidade e ambiente. A desnutrição e o risco de desnutrir foram achados relevantes e expressivos nos idosos institucionalizados deste estudo, havendo mais da metade dos indivíduos nessa condição. Além disso, os idosos desnutridos e em risco de desnutrir apresentaram pior qualidade de vida que os bem nutridos, o que sugere uma relação entre estes fatores. Os homens apresentaram maior risco de desnutrição e pior qualidade de vida que as mulheres.

DESCRITORES: Qualidade de vida, Idoso, Estado nutricional, Mini avaliação nutricional (MAN).

ABSTRACT: More than promoting a larger survival of individuals, it is relevant to proportionate adequate conditions for a well succeeded aging. In this sense, it is worth investigating the changes in nutritional state that may reverberate not only on morbidity and mortality, but in the quality of life of elderly. Thereby, the objective of this study was evaluating the quality of life and nutritional state of institutionalized elderly. *Type of study:* Cross-sectional. *Scenario:* Nursing Homes for elderly in the city of Salvador-BA. *Participants:* 187 institutionalized elderly. *Indicators:* Quality of life was analyzed by WHOQOL-Old and WHOQOL-Bref surveys of the World Health Organization. Nutritional state was evaluated according to criteria from the Mini Nutritional Assessment (MNA). Descriptive analysis of data, t-student's and chi-squared tests were performed with the help of SPSS program, version 16.0. *Results:* 76% of elderly were females, the average age was 79 years old (DP 8.7). Scores of quality of life were lower in domains Intimacy (50%), Autonomy (51%) and Environment (54%). High prevalence of malnourished elderly and at risk of malnutrition was observed, as well as a worse quality of life of those individuals. Men had higher risk of malnutrition ($p=0.006$) and lower satisfaction with quality of life than women, those differences are statistically significant in domains Social Relation ($p=0.035$), Environment ($p=0.001$), Social Participation ($p=0.020$) and Autonomy ($p=0.004$). *Conclusion:* Quality of life of elderly had greater impairment in aspects related to autonomy, intimacy and environment. Malnutrition and risk of malnourishment were relevant and expressive discoveries about institutionalized elderly of this study, with more than half of individuals in this condition. Furthermore, malnourished elderly and in risk of malnutrition had worse quality of life than the well nourished, suggesting a relationship between those factors. Man had higher risk of malnutrition and worse quality of life than women.

KEY WORDS: Quality of life, Elderly, Nutritional Status, Mini Nutritional Assessment (MNA).

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional tem apresentado crescente interesse por parte de profissionais e estudiosos de diferentes campos do conhecimento em função do ritmo acelerado com que esse fenômeno tem ocorrido em diversos países. A América Latina, por exemplo, é a segunda região de mais rápido envelhecimento no mundo, com a proporção atual de idosos (10%) projetada para mais que o dobro (25%) no ano de 2050 (1).

O processo de envelhecimento é acompanhado por alterações fisiológicas, psicológicas, sociais, bem como econômicas, que determinam que a população idosa seja mais vulnerável a déficits nutricionais (2,3). Além de sua relevância para a morbidade e mortalidade (4) a desnutrição está associada com piora da funcionalidade e da qualidade de vida (5,6).

Nesse contexto, avaliar a qualidade de vida (QV) emergiu como o objetivo central para a promoção da saúde do idoso (1), por isso, a compreensão dessa temática mostra-se cada vez mais relevante (7,8). Há uma grande variedade de questões em pesquisas sobre QV e envelhecimento (9), entretanto, existe poucos trabalhos que abordem esse tema relacionando-o ao estado nutricional (10-12), especialmente com idosos institucionalizados, nos quais a prevalência de desequilíbrios alimentares e nutricionais é maior quando comparados aos que vivem em seus domicílios (13,14).

Com o aumento crescente da demanda por Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) (15), investigar a condição nutricional e a qualidade de vida dos residentes constitui uma questão de saúde pública (16). Desse modo, o objetivo desse estudo foi avaliar a qualidade de vida e o estado nutricional de idosos institucionalizados.

MATERIAIS E MÉTODOS

Estudo transversal, realizado com indivíduos de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 60 anos, residentes em ILPIs públicas e privadas, situadas na zona urbana da cidade de Salvador, localizada na região nordeste do Brasil.

Foram identificadas na cidade 29 ILPIs, com um total de 1239 idosos, (916 mulheres e 323 homens). O cálculo da amostra foi realizado com base em uma amostragem aleatória estratificada por Distrito Sanitário, de forma a garantir sua representatividade. A amostra total calculada foi de 412 idosos, com poder de 80%.

Foram incluídos no estudo indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos, aptos a responder os questionários e realizar a avaliação nutricional. Não foram avaliados os idosos

que apresentaram déficit na fala e/ou audição, com comprometimento físico e/ou cognitivo, ou outra condição que o impossibilitasse de se submeter aos procedimentos para coleta de dados. Desse modo, 185 idosos participaram da amostra final.

A coleta de dados foi realizada por uma equipe multidisciplinar de saúde, composta por geriatras, nutricionistas, enfermeira, fisioterapeuta e educador físico, do Centro de Estudos e Intervenção na área do Envelhecimento da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Todos realizaram treinamento e os procedimentos de coleta foram padronizados como medida de controle de qualidade e consistência das informações.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Escola de Nutrição da UFBA (nº11/2012). Para sua realização, solicitou-se previamente a autorização das ILPIs, através dos seus respectivos diretores e/ou responsáveis administrativos. A participação dos idosos foi voluntária, mediante assinatura ou impressão digital no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os dados coletados foram devolvidos às ILPIs.

Foram utilizados os seguintes instrumentos: 1) Questionário semiestruturado previamente padronizado e codificado para a obtenção das variáveis sociodemográficas (sexo, idade, escolaridade e estado civil), de institucionalização (tempo em anos) e medicamentos (número utilizado por dia); 2) Escala de Atividades de Vida Diária (AVDs), para avaliar a capacidade funcional (17); 3) Mini-avaliação Nutricional (MAN), para avaliar o estado nutricional dos idosos (18); e 4) os instrumentos de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de saúde (World Health Organization Quality of Life - WHOQOL): WHOQOL-Bref (19) e WHOQOL-Old (20).

Quanto à escolaridade, os indivíduos foram classificados de acordo com os anos de estudo: analfabetos (menos de 1 ano de estudo); baixa escolaridade (1 a 4 anos incompletos); média escolaridade (4 a 8 anos incompletos) e alta escolaridade (8 ou mais anos) (21).

Avaliação da qualidade de vida

Seguindo as instruções do Grupo WHOQOL, a qualidade de vida foi avaliada pelo WHOQOL-Bref (instrumento genérico) e WHOQOL-Old (específico para idosos). Como os dois instrumentos fornecem informações diferentes, eles são empregados concomitantemente como forma de complementação (22).

Os instrumentos WHOQOL-Bref e WHOQOL-Old foram analisados isoladamente com suas respectivas sintaxes. Os resultados dos instrumentos foram transformados em escores que variam de zero a 100%. O escore percentual médio em cada um dos domínios,

indica a percepção dos idosos quanto à sua satisfação em cada um dos aspectos investigados. Assim, quanto mais próximo de 100%, mais satisfeita ou positiva é a percepção acerca do domínio (22).

No quadro abaixo (Quadro 1) foram sumarizados os aspectos avaliados por cada um dos domínios que compõem os instrumentos de qualidade de vida.

Avaliação do estado nutricional

Para a avaliação do estado nutricional utilizou-se a MAN [18]. Este instrumento é composto de 18 itens que englobam 4 blocos: antropometria (índice de massa corporal, circunferência da panturrilha e circunferência do braço), dietética (número de refeições, autonomia para alimentar-se, ingestão hídrica e alimentar), avaliação global (medicamentos, residência, mobilidade, demência, estresse ou doença aguda e presença de lesões cutâneas) e autoavaliação (da saúde e do estado nutricional).

A interpretação é baseada no escore total, sendo considerado desnutrido o indivíduo que obteve escore menor que 17; entre 17 e 23,5 em risco de desnutrição; e quando o escore foi maior ou igual a 24 considerou-se como adequado estado nutricional [18].

Processamento e análise estatística dos dados

Os dados sociodemográficos, de institucionalização, medicamentos e capacidade funcional foram expressos por média e desvio-padrão para as variáveis contínuas e como porcentagens para as variáveis categóricas. Foi utilizado o teste t student para avaliar as diferenças de médias entre as variáveis contínuas e o teste qui quadrado de pearson para variáveis categóricas.

Considerou-se nível de significância de 5%. Os dados foram analisados com o software *Statiscal Package for Social Sciences* (SPSS), versão 16.0.

RESULTADOS

Participaram do estudo 185 idosos, com predominância do sexo feminino (n=161) (Tabela 1). A média de idade dos indivíduos foi de 79 anos, sendo significativamente superior para as mulheres ($p < 0,00$). Os idosos, em sua maior parte, eram solteiros e apresentava baixa e média escolaridade (48,6%), devendo-se destacar o percentual de quase 10% de analfabetos. O tempo médio de institucionalização foi de 7,4 anos (DP 10,1). A maioria era independente para as atividades da vida diária (80,3%) e as mulheres faziam mais uso de medicamentos que os homens ($p = 0,002$).

Na avaliação da qualidade de vida pelo WHOQOL-Bref os idosos mostraram menor satisfação no domínio ambiente (54%). Os homens apresentaram satisfação significativamente inferior às mulheres nos domínios ambiente e relações sociais (Figura 1).

O WHOQOL-Old evidenciou menores pontuações nos domínios Intimidade (50%) e Autonomia (51%) (Figura 2). Os homens apresentaram menor escore quanto a Participação social (52%) e Autonomia (44%).

Quanto ao estado nutricional, a maioria dos idosos apresentava-se desnutridos e em risco para desnutrição (53,5%), sendo essa prevalência maior entre os homens (70,4%) (Tabela 2).

Foram observadas diferenças nos escores da maioria dos domínios de qualidade de vida de acordo com o estado nutricional (Tabela 3), sendo que os idosos desnutridos e em risco de desnutrir apresentaram, em geral, pior qualidade de vida quando comparados aos bem nutridos.

DISCUSSÃO

O presente estudo avaliou a qualidade de vida e o estado nutricional de idosos institucionalizados. Trata-se de uma investigação inédita, com amostra representativa das ILPIs da terceira maior capital do Brasil e com coleta de dados primários.

Em linhas gerais, os resultados mostraram que, apesar da predominância do sexo feminino, é a situação dos homens que se destaca nessa população, pois estes apresentaram pior percepção de qualidade de vida e maior risco de desnutrição quando comparados às mulheres. Observou-se elevada prevalência de idosos desnutridos e em risco de desnutrir e uma menor qualidade de vida nesses indivíduos.

A satisfação com a qualidade de vida dos idosos deste estudo foi menor que a observada em regiões mais desenvolvidas do Brasil, conforme mostrado por estudos semelhantes a este (23-25). É possível que esse achado esteja associado à baixa escolaridade identificada nos idosos deste estudo e às piores condições socioeconômicas da região investigada neste trabalho (26). Embora na última década tenham ocorridos progressos significativos na redução das desigualdades sociais nos países em desenvolvimento, para muitos da população atual de idosos, as desvantagens acumuladas no curso da vida continuam a ser um desafio e podem influenciar a qualidade com que se vivencia a velhice (1).

Até onde se tem conhecimento, ainda não existem pontos de corte que determinem um escore abaixo ou acima do qual se possa considerar a qualidade de vida como “boa” ou

“ruim”, entretanto, os domínios menos pontuados indicam campos de menor satisfação e, portanto carentes de intervenção.

Em relação à qualidade de vida avaliada pelo WHOQOL-Bref, o domínio Ambiente apresentou menor pontuação, o que também foi observado em outros estudos com idosos institucionalizados (25,27). A insatisfação com esse domínio pode comprometer a capacidade funcional, gerar estresse e reduzir o prazer e interesse pela vida (28). Desse modo, os aspectos relacionados ao ambiente, especialmente numa ILPI, precisam ser considerados para promoção de melhor qualidade de vida.

Na avaliação pelo WHOQOL-Old, os domínios Intimidade e Autonomia apresentaram menor escore. O comprometimento da Intimidade reflete a necessidade de criação e manutenção de vínculos pessoais significativos entre os idosos, tanto na instituição, quanto na comunidade em que estão inseridos. Em relação à Autonomia, o maior comprometimento nesse domínio também foi observado em outros estudos (24, 29,30) e evidencia a insatisfação dos idosos institucionalizados quanto à capacidade de tomar decisões, gerir suas vidas e sentir-se produtivo (31).

Os baixos escores observados nos domínios de qualidade de vida sugere uma relação entre estes, uma vez que a insatisfação com o ambiente em que se vive, pode comprometer a autonomia e limitar a intimidade, o que aumenta sua susceptibilidade ao isolamento e à depressão (19).

Nesse estudo, observou-se diferença na avaliação da qualidade de vida entre homens e mulheres nos domínios Relação social e Ambiente (WHOQOL-Bref) e Participação social e Autonomia (WHOQOL-Old). Embora a relação entre sexo e qualidade de vida não seja consensual (32), os resultados da literatura indicam que os idosos do sexo masculino, tanto institucionalizados (24,33,34) quanto não institucionalizados (35-36) apresentam melhor percepção de qualidade de vida, entretanto, isso não foi encontrado no presente trabalho. Uma possível explicação está relacionada às mudanças nas atividades e papéis sociais desempenhados pelos homens, assim como na situação financeira, que pode afetar de forma mais contundente a adaptação destes ao processo de envelhecimento e institucionalização, com repercussões na qualidade de vida e estado de saúde e nutrição (35,37).

Em relação ao estado nutricional, a prevalência de desnutrição e risco de desnutrir mostra-se relevante, tanto nos homens quanto nas mulheres desse estudo. Outras investigações utilizando a MAN, também encontraram resultados semelhantes (38-41). Embora ainda não haja um método padrão ouro para o diagnóstico de desnutrição, a MAN

tem sido indicada como a ferramenta mais adequada, pois reflete melhor as particularidades do estado nutricional dos idosos institucionalizados (42).

A prevalência de desnutrição é significativamente maior em idosos residentes em ILPIs quando comparados aos que vivem em seus domicílios (13,45), a depender dos critérios aplicados ela varia de 5% a 70% (44,45), enquanto nos não institucionalizados está em torno de 15-20% (46). Tais evidências apontam para a vulnerabilidade nutricional do idoso institucionalizado, ressaltando a relevância do cuidado nutricional voltado a esta população, uma vez que a desnutrição nesse grupo está associada ao aumento da morbidade e da dependência (14, 47), representando, portanto, um importante problema de saúde pública.

Em geral, os idosos estão em maior risco de desnutrição, devido a condições socioeconômicas adversas, bem como a estados depressivos e fatores fisiopatológicos que acarretam numa ingestão alimentar insuficiente e de baixa qualidade nutricional (48). Esta situação é agravada no contexto da institucionalização, devido à presença de aspectos que interferem na alimentação do idoso, dentre estes, destaca-se a forma de preparo dos alimentos e monotonia dos cardápios (49)

Foram observadas diferenças significantes nos resultados da MAN quando comparados por sexo, havendo maior percentual de homens em risco de desnutrir. As diferenças do estado nutricional por sexo ainda não estão claras, há estudos que identificam (11, 25, 49) e outros que não observam essa relação (38, 50), possivelmente porque os fatores relacionados à deterioração nutricional são múltiplos, complexos e até então pouco compreendidos.

Ressalta-se que neste estudo os homens mostraram menor qualidade de vida e maior risco de desnutrição do que as mulheres. Dados da literatura apontam que o impacto da desnutrição na qualidade de vida é maior nos homens do que nas mulheres (11). Uma possível explicação para isto é que, no processo de emagrecimento, enquanto as mulheres perdem mais gordura, os homens tem uma perda mais elevada de massa muscular (53), o que afeta diretamente a capacidade funcional e conseqüentemente, a qualidade de vida.

Neste estudo, os idosos desnutridos e em risco de desnutrir apresentaram pior percepção de qualidade de vida na maioria dos domínios, o que também foi observado em outras investigações (35,51,52). Uma das razões para este achado é que um estado nutricional deficiente altera a funcionalidade, autonomia e participação social do idoso, afetando sua qualidade de vida (12, 40).

A relação entre qualidade de vida e estado nutricional ainda não está bem estabelecida, devido às diferentes abordagens e instrumentos utilizados para avaliação destas variáveis.

Entretanto, os resultados disponíveis na literatura e neste estudo, mostram a necessidade da incorporação de variáveis relacionadas aos aspectos nutricionais nos instrumentos de avaliação da qualidade de vida.

Apesar da prevalência de desnutrição ser alta nos idosos com comprometimento cognitivo [54], esse grupo não foi incluído neste estudo, o que pode ser considerado uma limitação deste trabalho. Contudo, seria inviável avaliar a qualidade de vida e o estado nutricional destes indivíduos com os mesmos métodos utilizados para avaliar os que não apresentavam esse quadro clínico.

CONCLUSÕES

A qualidade de vida dos idosos institucionalizados desse estudo esteve mais comprometida nos aspectos relacionados ao ambiente, autonomia e intimidade. A desnutrição e o risco de desnutrir foram achados relevantes e expressivos nos idosos institucionalizados deste estudo, havendo mais da metade dos indivíduos nessa condição. Além disso, os idosos desnutridos e em risco de desnutrir apresentaram pior qualidade de vida que os bem nutridos, o que sugere uma relação entre estes fatores. Os homens apresentaram maior risco de desnutrição e pior qualidade de vida que as mulheres. Os resultados apresentados neste estudo têm implicações no direcionamento dos cuidados de longa duração aos idosos institucionalizados, especialmente nos aspectos da assistência que interferem na qualidade de vida e estado nutricional.

Quadro 1. Domínios e respectivos aspectos avaliados pelos instrumentos WHOQOL-Old e WHOQOL-Bref.

Domínios do WHOQOL – Bref (19)	Aspectos avaliados
Físico	Dor; sono e repouso; mobilidade; energia; atividades da vida diária; dependência de medicamentos e tratamentos e capacidade de trabalho.
Psicológico	Felicidade e alegria de viver; capacidade de concentração; sentimento sobre si mesmo; imagem corporal e aparência; religião/ espiritualidade / crenças pessoais.
Relações sociais	Atividade sexual; relações pessoais e apoio social;
Ambiente	Sensação de segurança física e proteção; recursos financeiros; participação em recreação / lazer; transporte adequado e ambiente físico.
Domínios do WHOQOL – Old (22)	Aspectos avaliados
Intimidade	Capacidade de ter relacionamentos pessoais e íntimos
Morte e Morrer	Preocupações, inquietações e temores sobre a morte e sobre morrer
Participação Social	Participação nas atividades cotidianas.
Atividades Passadas Presentes e Futuras	Satisfação sobre conquistas na vida e coisas que se anseia.
Habilidades sensoriais	Funcionamentos sensoriais, impactos da perda de habilidades sensoriais na qualidade de vida.
Autonomia	Independência na velhice, capacidade ou liberdade de viver de forma autônoma e tomar decisões.

Tabela 1 – Características da amostra de acordo com o sexo.

Variáveis	Total	Homens	Mulheres
N	185	44	141
Idade (anos); Média (DP)	78,8 (8,7)	72,0 (8,2)	80,9* (7,8)
Estado civil (%)			
Solteiro	49,1	45,5	50,3
Casado/união estável	7,0	11,4	5,7
Viúvo	33,5	25,0	36,2
Divorciado	10,3	18,2	7,8
Escolaridade (%)			
Não alfabetizado	9,7	11,4	9,2
Baixa e média escolaridade	48,6	56,8	46,1
Alta escolaridade	41,6	31,8	44,7
Tempo de institucionalização (anos); Média (DP)	7,4 (10,1)	7,0 (11,0)	7,5 (9,8)
Capacidade funcional (%)			
Dependente	5,2	4,7	5,4
Parcialmente dependente	14,5	20,9	12,3
Independente	80,3	74,4	82,3
Medicamentos (%)			
≥ 3 por dia	61,5	40,9	68,1*
< 3 por dia	38,5	59,1	31,9

* $p < 0.05$. Comparações foram estimadas usando o teste t-student para amostras independentes ou teste qui-quadrado.

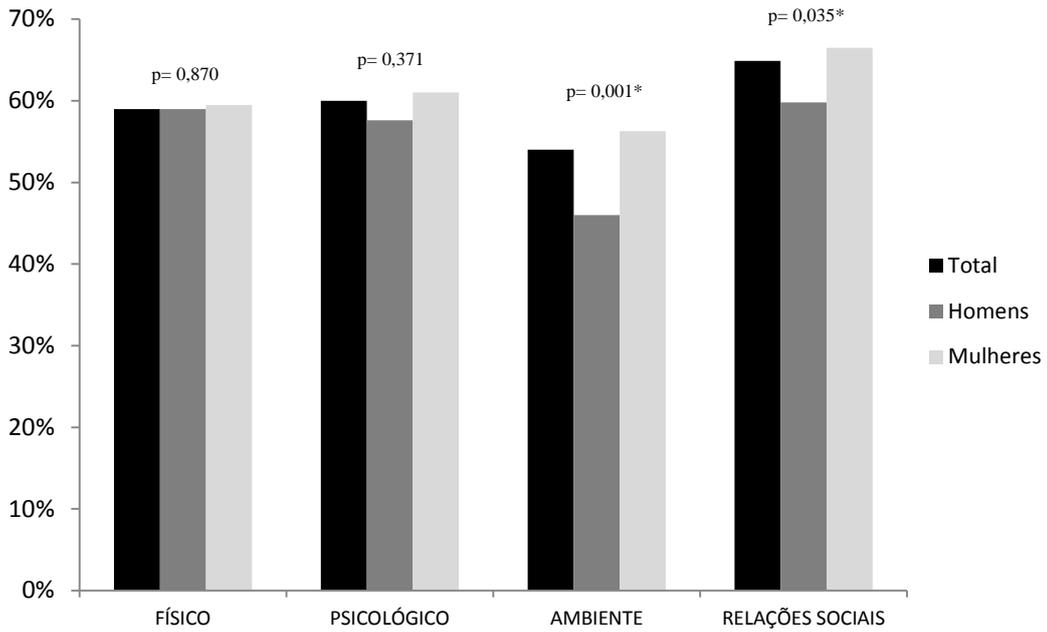


Figura 1. Escores percentuais dos domínios do WHOQOL-Bref (n=185).

* $p < 0.05$. Comparações foram estimadas usando o teste t-student para amostras independentes.

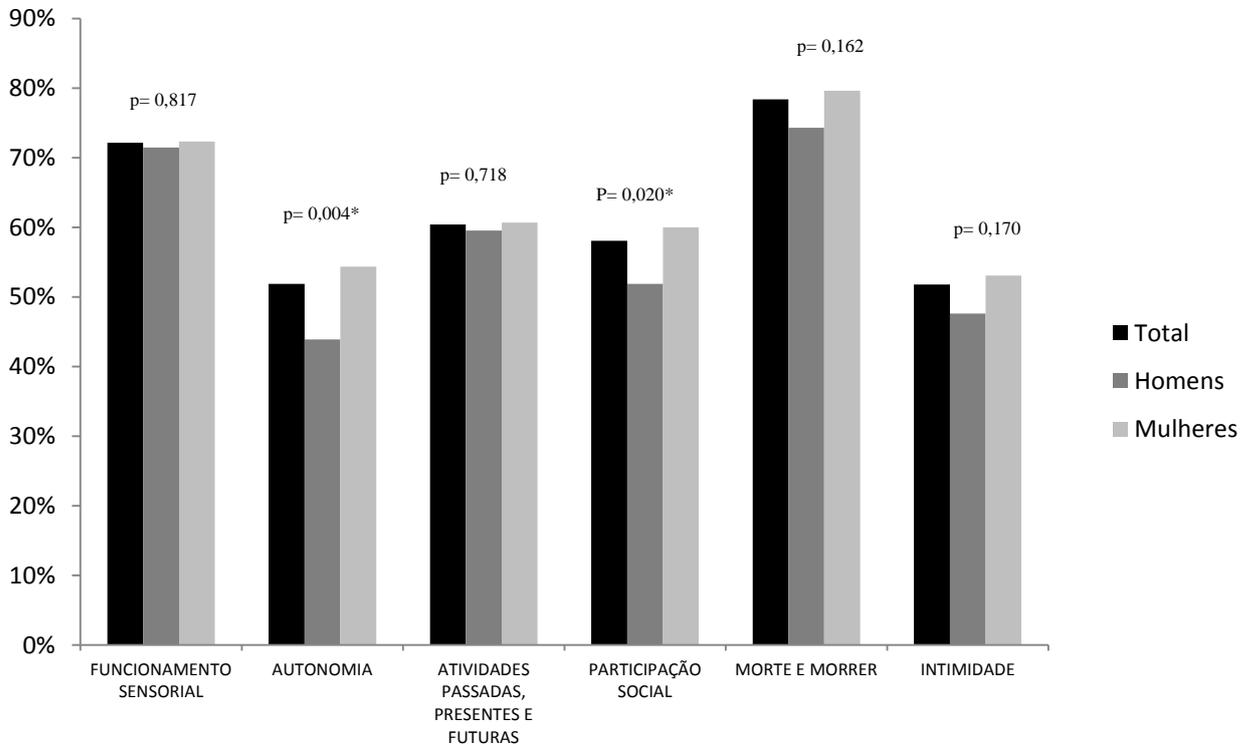


Figura 2. Escores percentuais dos domínios do WHOQOL-Old (n=185).

* $p < 0.05$. Comparações foram estimadas usando o teste t-student para amostras independentes.

Tabela 2. Estado nutricional dos idosos institucionalizados Salvador, BA, Brasil, 2013.

Estado nutricional	Total (N=185)	Homens (n=44)	Mulheres (n=141)
Desnutrido, % (n)	8,6 (16)	4,5 (2)	9,9* (14)
Risco, % (n)	44,9 (83)	65,9 (29)	38,3* (54)
Bem nutrido, % (n)	46,5 (86)	29,5 (13)	51,8* (73)

* p< 0.05. Comparações foram estimadas usando o teste qui-quadrado.

Tabela 3. Escore percentual médio dos domínios de qualidade de vida de acordo com o estado nutricional.

Qualidade de vida	Resultados da MAN (N=185)		
	Desnutridos e em risco de desnutrir (n=99)	Bem nutrido (n=86)	p-valor
WHOQOL-Old			
FUNCIONAMENTO SENSORIAL (%)	71,3	73,1	0,542
AUTONOMIA (%)	48,2	56,1	0,004*
ATIVIDADES PASSADAS, PRESENTES E FUTURAS (%)	56,9	64,4	0,005*
PARTICIPAÇÃO SOCIAL (%)	54,4	62,2	0,005*
MORTE E MORRER (%)	76,3	80,8	0,168
INTIMIDADE (%)	47,2	57,1	0,003*
WHOQOL-Bref			
RELACOES SOCIAIS (%)	62,0	70,1	0,002*
MEIO AMBIENTE (%)	50,3	59,0	0,000*
PSICOLÓGICO (%)	56,7	64,7	0,001*
FISICO (%)	57,2	61,9	0,077

* p< 0.05. Comparações foram estimadas usando o teste t-student para amostras independentes.

REFERÊNCIAS

1. Help age international (2013) Global Age Watch Index 2013: Purpose, methodology and results. www.globalagewatch.org. Acesso em 04 dez 2013.
2. Chen CC, Schilling LS & Lyder CH (2001) A concept analysis of malnutrition in the elderly. *J Adv Nurs* 36:131–142. doi: 10.1046/j.1365-2648.2001.01950.x
3. Brownie S (2006). Why are elderly individuals at risk of nutritional deficiency? *Int J Nurs Pract* 12:110–118. doi: 10.1111/j.1440-172X.2006.00557.x
4. Groot CP & Van Staveren WA (2002) Survey in Europe on Nutrition and the Elderly, a Concerted Action. Undernutrition in the European SENECA studies. *Clin geriatr Med* 18: 699-708.
5. Amarantos E, Martinez A, Dwyer J (2001) Nutrition and Quality of life in older Adults. *J gerontol A Biol Sci Med Sci* 2: 54-64.
6. Dey DK, Rothenberg E, Sundh V, Bosaeus I, Steen B (2001) Body mass index, weight change and mortality in the elderly. A 15 y longitudinal population study of 70 y olds. *Eur J Clin Nutr* 55:482-92.
7. WHO (1995) The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med* 41:1403-9.
8. Vecchia RD, Ruiz T, Bocchi SCM, Corrente JE (2005) Qualidade de vida na terceira idade: Um conceito subjetivo. *Rev Bras Epidemiol* 8:246-52.
9. Dawalibi NW, Anacleto, GVC, Witter C, Goulart RMM, Aquino RC (2013) Envelhecimento e qualidade de vida: análise da produção científica da SciELO. *Estud Psicol* 30: 393-403.
10. Kostka T, Bogus K (2007) Independent contribution of overweight/obesity and physical inactivity to lower health-related quality of life in community-dwelling older subjects. *Z Gerontol Geriatr* 40: 43-51. doi: 10.1007/s00391-006-0374-6.
11. Kvamme JM, Gronli O, Florholmen J, Jacobsen BK (2011) Risk of malnutrition and health-related quality of life in community-living elderly men and women: The Tromso study. *Qual Life Res* 20: 575-582. doi 10.1007/s11136-010-9788-0.
12. Hickson M, Frost G (2004) An investigation into the relationships between quality of life, nutritional status and physical function. *Clinical Nutrition* 23:213-221.
13. Donini LM, Scardella P, Piombo L et al (2013) Malnutrition in Elderly: Social and economic determinants. *J Nutr Health Aging* 17:9-15. doi: 10.1007/s12603-012-0374-8.
14. Guigoz Y, Lauque S, Vellas BJ (2002) Identifying the elderly at risk for malnutrition. The Mini Nutritional Assessment. *Clin Geriatr Med* 18:737-757.
15. Ramos LR (2003) Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. *Cad Saúde Pública* 19:793-98.
16. Holtkamp CC, Kerkstra A, Ribbe MW, Van Campen C, Ooms ME (2000) The relation between quality of co-ordination of nursing care and quality of life in Dutch nursing homes. *J Adv Nurs* 32: 1364–1373.
17. Mahoney FI, Barthel DW (1965) Functional evaluation: the Barthel Index. *Md State Med J* 14: 61-65.
18. Guigoz Y, Vellas BJ, Garry PJ (1994) Mini Nutritional Assessment: a practical assessment tool for grading the nutritional state of elderly patients. *Facts Reserch in Gerontology* 4:15-59.
19. The WHOQOL Group (1998) Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment. *Psychol Med Cambridge* 28:551-558.
20. Fleck MPA, Chachamovich E, Trentin C (2006) Desenvolvimento e validação da versão em Português do módulo WHOQOL-OLD. *Rev. Saúde Pública* 40: 785-910.
21. Bertolucci PHF, Brucki SMD, Campacci SR, Juliano Y (1994) O minixame do estado mental em uma população geral. Impacto da escolaridade. *Arq. Neuro-Psiquiatr* 52: 1-7.
22. Power M, Schmidt S (2012) Manual WHOQOL-OLD. OMS. Disponível em. <http://ufrgs.br/psiq/WHOQOL-OLD%Manual%20Portugues.pdf> . Acesso em: 04 janeiro 2012.
23. Dias DSG, Carvalho CS & Araujo CV (2013) Comparação da percepção subjetiva de qualidade de vida e bem-estar de idosos que vivem sozinhos, com a família e institucionalizados. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 16: 127-138.
24. Vitorino LM, Paskulin LMG, Vianna LAC (2012) Quality of life among older adults resident in long-stay care facilities. *Rev Latino-Am Enfermage* 20:1186-1195.

25. Wachholz PA, Rodrigues SC, Yamane R. Estado nutricional e a qualidade de vida em homens idosos vivendo em instituição de longa permanência em Curitiba, PR. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol* 14: 625-635.
26. Instituto Brasileiro de Geografia E Estatística (IBGE) (2008) Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2008. Rio de Janeiro: IBGE, 281.
27. Oliveira ERA, Gomes MJ, Paiva KM (2011) Institutionalization and quality of life in elderly at metropolitan region in Vitória – ES, Brazil – ES. *Esc Anna Nery*. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452011000300011>. Acesso 5 de julho 2012.
28. Lawton MP, Nahemow L (1973) Ecology and the aging process. In C. Eisdorfer & M. P. Lawton (ed), *Psychology of Adult Development and Aging*. Washington, DC: American Psychological Association, pp. 619–674.
29. Freitas MAV, Scheicher ME (2010) Qualidade de vida de idosos institucionalizados. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol* 13:395-402.
30. Nunes VMA, Menezes RMP, Alchieri JC (2010) Avaliação da Qualidade de Vida em idosos institucionalizados no município de Natal, Estado do Rio Grande do Norte. *Acta Scientiarum. Health Sciences* 32: 119-126. doi:10.4025/actascihealthsci.v32i2.8479.
31. Hellstrom Y, Hallberg IR (2004) Determinants and characteristics of help provision for elderly people living in home and in relation to quality of life. *Scand J Caring Sci* 18: 387–395.
32. Bowling A, Banister D, Sutton S, Evans O, Windsor J. (2002) A multidimensional model of the quality of life in older age. *Aging Ment Health* 6:355-371.
33. Bodur S, Cingil D.D (2009) Using whoqol-bref to evaluate quality of life among turkish elders in different residential environments. *J Nutr Health Aging* 13: 652-656.
34. Almeida AJPS, Rodrigues VMCP (2008) The quality of life of aged people living in homes for the aged. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692008000600014>. Acesso em acesso 05 abril 2013.
35. Jimenez-Redondo S, Beltran MB, Banegas JG, Mercedes LG, Gomez-Pavon J, Cuadrado Vives C (2013) Influence of nutritional status on health-related quality of life of non-institutionalized older people. *J Nutr Health Aging* 7: 1-6.
36. Pereira RJ, Cotta RMM., Franceschini SCC, Ribeiro RCL, Sampaio RF, Priore SE, Cecon PR (2006) Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. *Rev Psiquiatr* 28:27-38.
37. Jakobsson U, Hallberg IR, Westergren A (2004) Overall and health related quality of life among the oldest old in pain. *Qual Life Res* 13:125-36.
38. Pereira MRS, Santa CCMA (2011) Risk of malnutrition among Brazilian institutionalized elderly: a study with the Mini Nutritional Assessment (MNA) questionnaire. *J Nutr Health Aging* 15:532-5.
39. De Lima CBV, Moraes FL, Cristine Souza LA (2012) Nutritional Status and Associated Factors in Institutionalized Elderly. *J Nutr Disorders Ther* 2:116. doi:10.4172/2161-0509.1000116.
40. Miguelez, JM, Salve CA, Bernardez MM (2009) Evaluación del riesgo nutricional mediante el MNA en una población anciana no institucionalizada. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición* 59: 390-395.
41. Kulnik D, Elmadfa I (2008) Assessment of the Nutritional Situation of Elderly Nursing Home Residents in Vienna. *Ann Nutr Metab* 52:51–53. doi: 10.1159/000115350.
42. Diekmann R, Winning K, Uter W, Kaiser MJ, Sieber CC, Volkert D, Bauer JM (2013) Screening for malnutrition among nursing home residents a comparative analysis of the mini nutritional assessment, the nutritional risk Screening, and the malnutrition universal Screening tool. *J Nutr Health Aging* 17:326-31. doi: 10.1007/s12603-012-0396-2.
43. Pauly L, Stehle P, Volkert D (2007) Nutritional situation of elderly nursing home residents. *Z Gerontol Geriatr* 40: 3-12.
44. Bauer JM, Kaiser MJ, Anthony P, Guigoz Y, Sieber CC (2008) The Mini Nutritional Assessment - Its History, today's Practice, and Future Perspectives. *Nutr Clin Pract* 23: 388-396. doi: 10.1177/0884533608321132.
45. Han Y, Li S, Zheng Y (2009) Predictors of nutritional status among community-dwelling older adults in Wuhan, China. *Public Health Nutr* 12: 1189–1196. doi: 10.1017/S1368980008003686.
46. Ramos MJG, Valverde FMG, Álvarez CS (2005) Estudio del estado nutricional en la población anciana hospitalizada. *Nutr Hosp* 20:286-292.

47. Sampaio LR. Avaliação nutricional e envelhecimento (2004) *Revista de Nutrição*, Campinas, 17 (4): 507-514.
48. Johansson L, Sidenvall B, Malmberg L, Christesson L (2009) Who will become malnourished? A prospective study of factors associated with malnutrition in older persons living at home. *J Nutr Health Aging* 13: 855-861.
49. Santelle O, Lefevre AMC, Cervato AM (2007) Alimentação institucionalizada e suas representações sociais entre moradores de instituições de longa permanência para idosos em São Paulo, Brasil. *Cad de Saúde Pública* 23: 3061-3065.
50. Castel H, Shahar D, Harman-Boehm I (2006) Gender Differences in Factors Associated with Nutritional Status of Older Medical Patients. *J Am Coll Nutr* 25: 128-134.
51. Gombos T, Kertesz K, Csikos A, Söderhamn U, Söderhamn O, Prohaszka Z (2008) Nutritional form for the elderly is a reliable and valid instrument for the determination of undernutrition risk, and it is associated with health-related quality of life. *Nutr Res* 28:59–65. doi: 10.1016/j.nutres.
52. Keller HH, Ostbye T, Goy R (2004). Nutritional risk predicts quality of life in elderly community-living Canadians. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 59: 68–74.
53. Newman AB, Lee JS, Visser M, Goodpaster BH, Kritchevsky SB, Tylavsky FA, et al (2005) Weight change and the conservation of lean mass in old age: The health, aging and body composition study. *Am J Clin Nutr* 82: 872-878.
54. Abbasi AA, Rudman D (1994) Undernutrition in nursing home: prevalence, consequences, causes and prevention. *Nutr Rev* 52: 113-122.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Analisar variáveis de cunho subjetivo e multidimensional como o constructo qualidade de vida não é uma empreitada simples. Partindo do pressuposto de que existe uma grande variação inter e intraindividual sobre a percepção de qualidade de vida, há certa dificuldade em sua compreensão e avaliação.

No processo de diálogo dos componentes que se destacaram na avaliação quali e quantitativa deste estudo, chama a atenção o fato de que os significados de qualidade de vida mencionados nos discursos dos sujeitos são contemplados, de modo geral, nos domínios que compõem os instrumentos de avaliação da qualidade de vida da OMS, entretanto as narrativas dos sujeitos nos permitem aprofundar e ver mais de perto a subjetividade inerente à avaliação da vida. A autonomia em relação ao comer e à comida, por exemplo, mostraram-se significantes para a qualidade de vida, como os discursos revelaram, entretanto, as ferramentas usadas para mensurar a qualidade de vida não detalham esses aspectos que podem passar despercebidos sem uma escuta compreensiva da questão.

Os resultados da pesquisa qualitativa indicaram como principais significantes da qualidade de vida dos idosos: a **temporalidade**, o **estigma da velhice**, a **autonomia** e os **vínculos sócio afetivos**. Os sentidos de qualidade de vida apresentaram-se de forma muito particular, no sentido de que cada pessoa tem seu próprio conceito com base em seus valores, histórias e perspectivas de vida e relações que considera importante para si. Desse modo, a polissemia da qualidade de vida se faz presente nos discursos dos sujeitos.

Na pesquisa quantitativa, destacaram-se os domínios com menor satisfação pelos idosos: **Ambiente**, **Autonomia** e **Intimidade**. Assim, esse conjunto de aspectos, essa multicausalidade, precisa ser observado para que a qualidade de vida do idoso não seja comprometida.

Em linhas gerais, os resultados desse estudo sugerem que a questão fundamental para a qualidade de vida dos idosos institucionalizados é a necessidade de promover a construção e manutenção de **vínculos** significativos ao mesmo tempo em que devem manter a independência e **autonomia**. Para isso, as ILPIs devem fornecer mais que o necessário para a manutenção da vida, mas serem **ambientes** que propaguem também os sentidos necessários para que a **velhice** seja plena em projetos significativos e valores positivos. Os idosos precisam sentir-se gestores dos ritmos da própria vida em um **ambiente seguro**, que lhe proporcione as condições suficientes para viver de forma independente e que lhe assegure sua **intimidade**.

Assim, a qualidade de vida apresenta-se como uma percepção que considera, além das questões biológicas, os aspectos psicológicos e social dos indivíduos. Esses achados destacam o fato de que é importante utilizar delineamentos metodológicos que permitam captar as perspectivas dos sujeitos quando buscamos compreender e não apenas mensurar as dimensões de qualidade de vida.

Recomenda-se para esse segmento populacional, a incorporação de outros domínios que identifiquem a influência dos aspectos nutricionais na qualidade de vida dos idosos, uma vez que ficou evidenciada neste estudo, a pior percepção de qualidade de vida entre os indivíduos desnutridos e em risco de desnutrir.

Por fim, ressalta-se o papel das ILPIs em promover, além de uma adequada assistência, uma boa qualidade de vida para os idosos, considerando o que é significativo para o bem-estar dos seus residentes. Após tantos investimentos e expectativas no prolongamento da vida, seria, no mínimo, um desperdício não serem criadas condições de vivê-la com satisfação.

PERSPECTIVAS FUTURAS

Tem-se a perspectiva de realizar outros trabalhos com a inclusão de importantes variáveis que possam ter influência na qualidade de vida, como atividade física, depressão, capacidade funcional e aspectos socioeconômicos, demográficos e de institucionalização que aprofundarão os estudos.

Alguns trabalhos desenvolvidos a partir de dados desse projeto já foram apresentados em eventos e novos estudos estão em construção para a produção de artigos científicos e outros trabalhos que serão apresentados em congressos.

Pretende-se seguir na área do ensino e pesquisa, desenvolvendo estudos na campo do envelhecimento, saúde, nutrição e qualidade de vida.

APÊNDICE 1. Quadro resumo dos dados do IPEA na Pesquisa em ILPIs no Brasil e na Bahia.

	BRASIL	BAHIA
NATUREZA JURÍDICA DAS ILPIs	<ul style="list-style-type: none"> • 3.294 ILPIs responderam à pesquisa • 65,2% são filantrópicas (religiosas e leigas) <ul style="list-style-type: none"> • 28,2% são privadas • 6,6% são públicas ou mistas 	<ul style="list-style-type: none"> • 82 ILPIs responderam à pesquisa • 48,8% são filantrópicas religiosas • 42,7% são filantrópicas leigas • 7,3% são privadas • 1,2% são públicas • 9,8% funcionam em regime aberto • 64,6% funcionam em regime semiaberto • 25,6% das ILPIs seguem o regime fechado
CARACTERÍSTICAS DOS RESIDENTES	<ul style="list-style-type: none"> • 100.251 residentes • 11,9% não eram idosos (idade \geq 60 anos) • Predomínio de mulheres com 80 anos ou mais <ul style="list-style-type: none"> • Condições de autonomia: • 34,9% são independentes • ILPIs privadas: 38,8% são dependentes • ILPIs públicas e mistas: 43,9% são independentes 	<ul style="list-style-type: none"> • 2.922 residentes • Predomínio de mulheres com 80 anos ou mais • 7,6% não eram idosos (idade \geq 60 anos) <ul style="list-style-type: none"> • Condições de autonomia: • 29,4% são independentes • 25,8% são semidependentes • 44,8% são dependentes
SERVIÇOS PRESTADOS NAS ILPIs	<ul style="list-style-type: none"> • Serviços de saúde • 66,1% oferecerem serviços médicos • 56,0% oferecem fisioterapia • Serviços de lazer • 45,4% oferecem atividades de lazer 	<ul style="list-style-type: none"> • Serviços de saúde • 52,4% oferecem serviços médico • 37,8% oferecem fisioterapia • 93,9% delas utilizam a rede do Serviço Único de Saúde (SUS) • 19,5% oferecem cursos diversos e terapia ocupacional • 17,1% oferecem serviços dentário • 13,4% oferecem atividades educacionais • 9,8% oferecem atendimento psicológico • 3,7% oferecem fonoaudiologia • 15,9% oferecem outros serviços

		<ul style="list-style-type: none"> • Serviços de lazer • 92,7% organizam festas e bailes • 61,0% organizam passeios • 58,5% organizam atividades de dança, música, cinema, vídeo, teatro e museus • 30% das instituições organizam jogos • 25,6%, caminhadas, ginástica ou hidroginástica
<p>RECURSOS HUMANOS E FINANCEIROS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fonte dos recursos financeiros: • 57% da mensalidade dos residentes • 20% de financiamento público • 12,6% do total do financiamento são recursos próprios 	<ul style="list-style-type: none"> • A principal fonte de renda para a manutenção das ILPIs é proveniente da contribuição (por mensalidade ou recolhimento) dos idosos (52,7%) • Os recursos próprios das instituições correspondem a 19,9% • O financiamento público é responsável por 16,5% • Doações em dinheiro contribuem com 6,6% • Outras fontes com 4,3% • O valor cobrado de mensalidade varia entre R\$ 150,00 e R\$ 2.800,00. • No caso dos recolhimentos, é cobrado o equivalente a 70% do salário mínimo ou o salário mínimo integralmente. • Recursos Humanos • 5,8% de enfermeiros • 5,6% de técnicos de enfermagem • 5,6% de Médicos • 4,9% de fisioterapeutas • Menos de 1% de outros profissionais de saúde • 12,7% de profissionais com funções mistas

		<ul style="list-style-type: none"> • 10,6% de cuidadores de idosos • 10,2% de funcionários da faxina <ul style="list-style-type: none"> • 69,5% das ILPIs conta com voluntários <p>O número médio de cuidadores por instituição é de quatro funcionários</p>
CONVÊNIOS E PARCERIAS	<ul style="list-style-type: none"> • Parcerias com o Estado: • Fornecimento de medicamentos e serviços médicos • Parcerias com Universidades: • Estágios Supervisionados 	<ul style="list-style-type: none"> • 72,0% possuem algum tipo de parceria ou convênio • 79,7% possuem convênios com a prefeitura ou com as secretarias municipais • 22,0% possuem convênio com associações religiosas • 18,6% mantêm parceria com universidades ou faculdades • 15,3% mantêm parceria com escolas
	<ul style="list-style-type: none"> • Gastos das instituições: • Gasto monetário médio de R\$ 744,10 mensal por residente; • Valor mínimo de R\$ 92,92; • Valor máximo de R\$ 9.230,77 • Gasto <i>per capita</i> mensal em ILPI Pública e mista: R\$ 909,92 • Gasto <i>per capita</i> mensal em ILPI Filantrópica: R\$ 738,18 • Gasto <i>per capita</i> mensal em ILPI Privada de R\$ 724,52 • Estrutura dos gastos 	<ul style="list-style-type: none"> • Gasto das instituições: • Gasto monetário médio de R\$ 544,58 mensal por residente • 60% das instituições possui um gasto por idoso inferior a R\$ 500 • Em 30% o gasto fica entre R\$ 500,00 e R\$ 1.000,00 • Em 10% o gasto por idoso foi superior a R\$ 1.000,00 • Estrutura dos gastos • 44,6% das despesas destinada a recursos humanos • 22,3% são com alimentação • 5,7% com medicamentos

<p>GASTOS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 52,9% das despesas destinada a recursos humanos • 14,0% dos gastos são destinados à alimentação • 9,5% para pagamento de despesas fixas (telefone, luz, gás, água) • 5% destinado a medicamentos 	<ul style="list-style-type: none"> • 5% com produtos de higiene pessoal • 7,2% com produtos de limpeza, aluguel e combustível • 11,3% são despesas fixas (água, luz, telefone e gás) • 3,9% com outras despesas (material de escritório, consertos, etc)
<p>INFRAESTRUTURA</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Número dos residentes • Média de 30 idosos por ILPI • 38,0% contam com até 20 residentes • 62% contam com mais de 20 residentes • Infraestrutura física <ul style="list-style-type: none"> • 90% das ILPIs possuem refeitório, jardim/pátio/quintal e sala de TV/vídeo • 50% dispõem de sala ecumênica e/ou capela • 15% dispõem de biblioteca ou sala de leitura • Disposição dos cômodos <ul style="list-style-type: none"> • 72% dos quartos dispõem de um ou dois leitos • 5,9% têm cinco leitos e mais 	<ul style="list-style-type: none"> • Número dos residentes • Média de 36 idosos por ILPI • Na maioria residem mais de 20 pessoas • 40,3% contam com até 20 • Infraestrutura física: <ul style="list-style-type: none"> • 92% possuem refeitório e jardim/pátio/quintal • 82% possuem sala de tv e/ou vídeo • 54,9% dispõem de sala ecumênica ou capela • 63,4% possuem vestiário para funcionários • 45,1% possuem postos de enfermagem • 43,9% possuem consultório médico • 39,0% possuem enfermaria • 26,8% possuem sala de fisioterapia/ginástica • 36,6% dispõem de horta/pomar • 13,4% dispõem de sala de jogos • 13,4% dispõem de biblioteca/sala de leitura • 6,1% dispõem de piscina • Disposição dos cômodos <ul style="list-style-type: none"> • 50,7% dos quartos dispõem de apenas um leito;

		<ul style="list-style-type: none">• 20,5% dos quartos contam dois leitos• 11,5% dos quartos contam três leitos;• 7,5% dos quartos contam quatro leitos;• 9,7% dos quartos contam com cinco leitos ou mais.
--	--	---

Fonte: Adaptado de Camarano, 2010.

APÊNDICE 2 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE NUTRIÇÃO****PROJETO DE PESQUISA: AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DOS IDOSOS RESIDENTES EM INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA NA CIDADE DE SALVADOR-BA.**

Eu,, fui procurado(a) pela pesquisadora _____ da Escola de Nutrição da Universidade Federal da Bahia, quando fui informado (a) sobre o objetivo da pesquisa, sob a coordenação da professora Lílian Ramos Sampaio, com o título acima citado. O objetivo principal desta pesquisa é o de avaliar como está a minha saúde, estilo de vida e alimentação e isto será verificado por diferentes equipes de profissionais de saúde. Foi colocada a importância deste estudo uma vez que pretende avaliar as condições de vida, saúde e nutrição dos moradores de casa de longa permanência na cidade de Salvador- BA. Foi explicado que, para a realização das medidas antropométricas, eu terei que vestir roupas finas e leves e que uma das equipes irá acompanhar toda a minha alimentação. A pesquisadora deixou claro que caso eu desista de participar em qualquer fase da pesquisa, não terei prejuízo e que, caso eu necessite de algum tratamento, serei encaminhado(a) para acompanhamento.

Segundo as informações prestadas, a pesquisa consta de levantamento de meus dados pessoais, demográficos, avaliação clínica, antropométrica (peso, circunferências da cintura e panturrilha, comprimento da perna, pregas cutâneas tricóptica, subescapular, bíptica e supriliaca e o diâmetro do abdômen), bioquímica, no qual ficarei em jejum de 12 horas para realização da coleta de sangue (Glicemia, Colesterol total e frações, Triglicérides, Uréia, Ácido úrico, potássio, hemograma, albumina, Proteínas totais e globulina) e de urina (sódio urinário), avaliação da alimentação, do nível de dependência e da atividade física. Foi garantido que receberei os resultados de todos os exames realizados durante a pesquisa para acompanhamento e/ou tratamento, além de receber assistência médica e nutricional prestada por um dos ambulatórios de Nutrição do anexo Profº Francisco Magalhães Neto do HUPES . Foi dito também que a pesquisa não acarretará danos, prejuízos, desconfortos ou lesões que possam por em risco a minha integridade física e psíquica e que todas as informações sobre a minha pessoa serão mantidas em sigilo, e não poderei ser identificado como participante da pesquisa. Também fiquei ciente de que caso tenha alguma

reclamação a fazer deverei procurar a professora Lilian Ramos Sampaio ou o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Nutrição da UFBA (Rua Araújo Pinho, 32, Canela CEP: 40.110-150 Salvador, Bahia, Brasil Tel: 71-3283-7700/7704. Fax: 71-3283-7705) Assim, considero-me satisfeito(a) com as explicações da pesquisadora e concordo em participar como voluntário(a) deste estudo.

COMO TENHO DIFICULDADE PARA LER (SIM..... NÃO), O ESCRITO ACIMA. ATESTO TAMBÉM QUE O PESQUISADOR LEU PAUSADAMENTE ESSE DOCUMENTO E ESCLARECEU AS MINHAS DÚVIDAS, E COMO TEM A MINHA CONCORDÂNCIA PARA PARTICIPAR DO ESTUDO, COLOQUEI ABAIXO A MINHA ASSINATURA (OU IMPRESSÃO DIGITAL).

SALVADOR , DE DE 2012

PESQUISADO:

NOME.....

ASSINATURA:

IMPRESSÃO DATILOSCÓPICA (Quando se aplicar)

TESTEMUNHAS:

1. NOME:.....

ASSINATURA:

2. NOME:.....

ASSINATURA:

.....
ASSINATURA PESQUISADOR

APÊNDICE 3 - Roteiro de entrevista semi-estruturada

QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS

ABRIGO: _____

ENTREVISTADO: _____

NATURALIDADE: _____ **PROFISSÃO/OCUPAÇÃO:** _____

IDADE: _____ **TEMPO DE INSTITUCIONALIZAÇÃO:** _____

ENTREVISTA – PARTE I	
PERGUNTA	OBSERVAÇÃO
<p>QUAL A SUA COMPOSIÇÃO FAMILIAR? (FILHOS, NETOS, IRMÃOS)</p>	
<p>COMO É O SEU DIA-A-DIA AQUI NO ABRIGO?</p>	
ENTREVISTA – PARTE II	
PERGUNTA	OBSERVAÇÃO
<p>CONSIDERANDO SUA EXPERIÊNCIA DE VIDA, O QUE SIGNIFICA QUALIDADE DE VIDA PARA SR.(a)?</p>	
<p>PENSANDO EM SUA VIDA HOJE, O (A) SR. (A) SENTE QUE TEM QUALIDADE DE VIDA?</p>	

DATA: _____

DURAÇÃO DA ENTREVISTA: _____

APÊNDICE 4 – Questionário do projeto

Avaliação multidimensional dos idosos residentes em Instituições de Longa Permanência de Salvador-BA

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

ESCOLA DE NUTRIÇÃO

CENTRO DE ESTUDO E INTERVENÇÃO NA ÁREA DO ENVELHECIMENTO - CEIAE

COORDENAÇÃO: LÍLIAN BARBOSA RAMOS E ADRIANA LIMA MELLO

As informações contidas neste questionário permanecerão confidenciais.

IDENTIFICAÇÃO

Número do questionário: _____

Nome do Entrevistado: _____

Nome do Cuidador: _____

Nome da Instituição: _____

Bairro: _____ **Telefone:** _____

Nome do entrevistador: _____

Data da entrevista: _____

INFORMAÇÕES GERAIS

1. Sexo

Masculino (1) Feminino (2)

2. Raça/cor

Branca (1) Negra (2) Amarela (3) Indígena (4) Parda/mulata (5) Outros (10)

Qual? _____

3. Quantos anos o(a) Sr(a) tem? (Idade em anos) _____

4. Data de nascimento: ____/____/____

5. Naturalidade: (cidade, estado) _____

6. O Senhor (a) estudou? Se sim, quanto tempo de estudo o senhor (a)?

Não alfabetizado (1) Alfabetizado (2) Estudo doméstico (3)

Primeiro grau incompleto – primário (4) Primeiro grau completo – primário (5)

Primeiro grau incompleto – ginásio (6) Primeiro grau completo – ginásio (7)

Segundo grau incompleto (8) Segundo grau completo (9)

Superior incompleto (11) Superior completo (12) Não sabe (77) Sem informação (99)

7. Qual o seu estado civil atual?

Solteiro (1) Casado/união estável (2) Viúvo (3) Desquitado/separado/divorciado (4) Sem informação (99)

8. Qual é sua religião?

Católica (1) Protestante/evangélica (2) Espírita (3) Judaica (4) Afro-brasileira (5) Não tem religião (6) Outros (10) Qual? _____ Não sabe (77) Sem informação (99)

9. É praticante da religião?

Sim (1) Não (2) Não se aplica (88) Não sabe (77)

10. O Sr. Exerce alguma atividade atualmente? Se sim, qual (*Quais*)?

Trabalho doméstico (1) Trabalho eventual/biscate (2) Trabalho voluntário/atividade associativa (3) Trabalho remunerado com carteira profissional (4) Trabalho remunerado sem carteira profissional (5)

Não exerce atividade atualmente (6) Outros (10) Qual? _____ Sem informação (99)

11. O Sr. (a) possui alguma fonte de renda? Se sim, qual (*Quais*)?

Autônomo (1) Desempregado (2) Em benefícios/LOAS (3) Aposentado (4)

Vive de renda ou pensão (5) Não possui fonte de renda (6) Outros (10)

Qual? _____ Sem informação (99)

12. Se aposentado, qual foi o motivo da aposentadoria?

Tempo de serviço (1) Idade (2) Problema de saúde (3) Acidente (4) Aposentadoria especial (5)

Não está aposentado (6) Outros (10) Qual? _____ Não sabe (77) Não se aplica (88) Sem informação (99)

RECURSOS DE SAÚDE

13. Havendo a necessidade de serviços de saúde, que tipo de serviço procura em 1º lugar:

Unidade básica do SUS (1) Hospital público (2) Hospital particular (3) Hospital/convênio (4) Médico particular (5) Farmacêutico (6)

Balconista da farmácia(7) Auto-medicação(8) Outros(10) Qual? _____

Não sabe (77) Sem informação (99)

DADOS DE ESTILO DE VIDA

14. O(a) Sr(a) fuma?

Sim (1) Não (2)

15. Com que frequência o(a) Sr(a) fuma?

Final de semana (1) Esporadicamente (2) Diariamente (3)

Outros (10) Qual? _____ Não se aplica (88) Sem informação (99)

16. Se não fuma, é ex-fumante?

Sim (1) Não (2) Não se aplica (88) Sem informação (99)

17. Se ex-fumante, por quanto tempo o(a) Sr(a) fumou?

Menos de 5 anos (1) 5-10 anos (2) 10-20 anos (3) 20-30 anos (4)

Mais de 30 anos (5) Não sabe (77) Não se aplica (88) Sem informação (99)

18. O(a) Sr(a) consome bebida alcoólica?

Sim (1) Não (2)

19. Com que frequência

Final de semana (1) Esporadicamente (2) Diariamente (3)

Outros (10) Qual? _____ Não se aplica (88) Sem informação (99)

20. Se não bebe, já bebeu anteriormente?

Sim (1) Não (2) Sem informação (99) Não se aplica (88)

SAÚDE FÍSICA**21. Em geral, como o(a) Sr(a) acredita que está a sua saúde?**

Ótima (1) Boa (2) Ruim (3) Péssima (4)

Não sabe (77) Sem informação (99)

22. Em comparação com os últimos cinco anos, como é a sua saúde hoje?

Melhor (1) Mesma coisa (2) Pior (3) Não sabe (77) Sem informação (99)

23. O(a) Sr(a) realizou alguma consulta médica no último ano?

Sim (1) Não (2) Não sabe (77) Sem informação (99)

24. O(a) Sr(a) ficou internado no último ano?

Sim, uma vez (1) Sim, duas vezes (2) Sim, três vezes (3)

Sim, mais de três vezes (4) Não (5)

Não sabe (77) Sem informação (99)

25. Se ficou internado, qual o motivo de internamento?

Doença (1) Acidente (2) Outros (10) Qual? _____

Não sabe (77) Não se aplica (88) Sem informação (99)

26. a) PARA MULHERES: Realizou consulta com ginecologista no último ano?

Sim (1) Não (2) Não sabe (77) Não se aplica (88) Sem informação (99)

b) PARA HOMENS: Realizou consulta com urologista no último ano?

Sim (1) Não (2) Não sabe (77) Não se aplica (88) Sem informação (99)

27. O(a) Sr(a) usa medicação diariamente?

Sim (1) Não (2) Sem informação (99)

28. Quantos remédios o(a) Sr(a) toma por dia?

Um (1) Dois (2) 3-5 (3) Mais de 5 (4)

Não sabe (77) Não se aplica (88) Sem informação (99)

29. Quais? (SABER DA INSTITUIÇÃO)

 FONTE DA INFORMAÇÃO_____

Anti-hipertensivo (1) Hipoglicemiante (2) Hipolipemiante (3)

Anti-depressivo (4) Anti-coagulante (5) Anti-inflamatório (6)

Outros (10)

INSTITUCIONALIZAÇÃO E RELAÇÕES FAMILIARES

(SABER PELA INSTITUIÇÃO)

30. Motivo da Institucionalização

Problemas familiares (1) Não querer morar só (2) Busca de independência(3)

Outros (10) Qual?_____ Sem informação (99)

FONTE DA INFORMAÇÃO:_____

31. Como chegou à Instituição?

Vontade própria (1) Trazidos por outros (2) Trazido por parentes (3) Outros (10)

Qual?_____Sem informação (99)

FONTE DA INFORMAÇÃO:_____

32. Há quanto tempo o(a) Sr(a) mora na instituição? _____

Sem informação (99)

FONTE DA INFORMAÇÃO:_____

33. O(a) Sr.(a) recebe visitas?

Sim (1) Não (2) Não sabe (77) Sem informação (99)

FONTE DA INFORMAÇÃO:_____

34. Se sim, de quem?

Cônjuge/companheiro (1) Filho(a)/filhos(as) (2) Neto(a)/netos(as) (3)

Parentes (4) Amigos (5) Vizinhos (6) Outros (10) Qual?_____

Não sabe (77) Não se aplica (88) Sem informação (99)

FONTE DA INFORMAÇÃO: _____

35. A instituição oferece alguma atividade física?

Sim (1) Não (2) Não se aplica (88) Sem informação (99)

36. Se sim, qual? _____

37. Há quanto tempo? _____

38. Com que frequência?

1 vez/semana (1) 2 vezes/semana (2) 3 vezes/semana (3) 4 vezes/semana (4) 5 vezes ou mais/semana (5) Não sabe (77) Sem informação (99) Não se aplica (88)

PROBLEMAS DE SAÚDE

(SABER DA INSTITUIÇÃO)

39. O(a) Sr(a) tem Hipertensão Arterial?

Sim, com tratamento (1) Sim, sem tratamento (2) Não (3) Não sabe (77) Sem informação (99)

40. O(a) Sr(a) teve AVC com seqüelas?

Sim, com tratamento (1) Sim, sem tratamento (2) Não (3) Não sabe (77) Sem informação (99)

41. O(a) Sr(a) teve AVC sem seqüelas?

Sim, com tratamento (1) Sim, sem tratamento (2) Não (3) Não sabe (77) Sem informação (99)

42. O(a) Sr(a) tem Angina (dor no peito)?

Sim, com tratamento (1) Sim, sem tratamento (2) Não (3) Não sabe (77) Sem informação (99)

43. O(a) Sr(a) teve Infarto do miocárdio?

Sim, com tratamento (1) Sim, sem tratamento (2) Não (3) Não sabe (77) Sem informação (99)

44. O(a) Sr(a) tem Arritmia Cardíaca?

Sim, com tratamento (1) Sim, sem tratamento (2) Não (3) Não sabe (77) Sem informação (99)

45. O(a) Sr(a) tem Insuficiência cardíaca?

Sim, com tratamento (1) Sim, sem tratamento (2) Não (3) Não sabe (77) Sem informação (99)

46. O(a) Sr(a) tem Diabetes Mellitus?

Sim, com tratamento (1) Sim, sem tratamento (2) Não (3) Não sabe (77) Sem informação (99)

47. O(a) Sr(a) tem Dislipidemia (colesterol ou triglicérides elevado)?

Sim, com tratamento (1) Sim, sem tratamento (2) Não (3) Não sabe (77) Sem informação (99)

48. O(a) Sr(a) tem Osteoporose?

Sim, com tratamento (1) Sim, sem tratamento (2) Não (3) Não sabe (77) Sem informação (99)

49. O(a) Sr(a) tem Problema na coluna?

Sim, com tratamento (1) Sim, sem tratamento (2) Não (3) Não sabe (77) Sem informação (99)

50. O(a) Sr(a) tem algum problema nos joelhos?

Sim, com tratamento (1) Sim, sem tratamento (2) Não (3) Não sabe (77) Sem informação (99)

51. O(a) Sr(a) tem algum outro problema nas articulações?

Sim, com tratamento (1) Sim, sem tratamento (2) Não (3) Não sabe (77) Sem informação (99)

Se SIM, QUAL: _____

52. O(a) Sr(a) tem ou teve Tuberculose?

Sim, com tratamento (1) Sim, sem tratamento (2) Não (3) Não sabe (77) Sem informação (99)

53. O(a) Sr(a) tem Gastrite ou úlcera?

Sim, com tratamento (1) Sim, sem tratamento (2) Não (3) Não sabe (77) Sem informação (99)

54. O(a) Sr(a) tem Obstipação (intestino lento)?

Sim, com tratamento (1) Sim, sem tratamento (2) Não (3) Não sabe (77) Sem informação (99)

55. O(a) Sr(a) tem Incontinência fecal?

Sim, com tratamento (1) Sim, sem tratamento (2) Não (3) Não sabe (77) Sem informação (99)

56. O(a) Sr(a) tem Incontinência Urinária?

Sim, com tratamento (1) Sim, sem tratamento (2) Não (3) Não sabe (77) Sem informação (99)

57. O(a) Sr(a) tem ou teve Câncer?

Sim, com tratamento (1) Sim, sem tratamento (2) Não (3) Não sabe (77) Sem informação (99)

58. O(a) Sr(a) tem ou teve outras doenças? _____

Sim, com tratamento (1) Sim, sem tratamento (2) Não (3) Não sabe (77) Sem informação (99)

FONTE DA INFORMAÇÃO _____

RISCO DE QUEDA – EQUIPE DE FISIOTERAPIA

59. O(a) Sr(a) sofreu alguma queda (tombo) nos últimos 3 meses?

Sim (1) Não (2) Não sabe (77) Sem informação (99)

60. O(a) Sr(a) pôde se levantar sozinho do chão?

Sim (1) Não (2) Não sabe (77) Não se aplica (88) Sem informação (99)

61. Em que local o senhor caiu?

Na Instituição (1) Fora da Instituição (2) Onde? _____

Não se aplica (88) Sem informação (99)

62. Teve necessidade de ser hospitalizado depois dessa queda?

Sim (1) Não (2) Não sabe (77) Não se aplica (88) Sem informação (99)

63. Depois dessa queda o(a) Sr(a) deixou de realizar alguma atividade?

Sim (1) Não (2) Não sabe (77) Não se aplica (88) Sem informação (99)

CONSUMO ALIMENTAR – EQUIPE DE NUTRIÇÃO

64. Como está o seu apetite atual?

Diminuído (1) Normal (2) Aumentado (3) Não sabe (77) Sem informação (99)

65. Você tem alguma dificuldade para mastigar os alimentos?

Sim, qualquer alimento(1) Sim, alimentos mais firmes(2) Não(3) Sem informação (99)

66. Você tem alguma dificuldade para engolir os alimentos?

Sim (1) Não (2)

67. Quais as refeições realizadas na Instituição?

Café da manhã(1) Lanche da manhã(2) Almoço(3) Lanche da tarde(4) Jantar (5)

Ceia(6) Não realiza refeições na instituição(7) Sem informação(99) Não se aplica (88)

68. Faz alguma refeição fora da Instituição, regularmente?

Sim, Café da manhã (1) Sim, Lanche da manhã (2) Sim, Almoço (3)

Sim, Lanche da tarde (4) Sim, Jantar (5) Sim, Ceia (6)

Não realiza refeições fora da instituição (7) Sem informação (99)

69. O(a) Sr(a) compra alimentos fora para consumo regular na Instituição?

Sim (1) Não (2) Sem informação (99)

70. Como você avalia o cardápio da Instituição em relação a:**a) Temperatura**

Ótimo(1) Bom(2) Regular(3) Péssimo(4) Não sabe(77) Sem informação(99) Não se aplica (88)

b) Sabor

Ótimo (1) Bom (2) Regular (3) Péssimo (4) Não sabe (77) Sem informação (99) Não se aplica (88)

c) Aparência

Ótimo (1) Bom (2) Regular (3) Péssimo (4) Não sabe (77) Sem informação (99) Não se aplica (88)

d) Textura

Ótimo(1) Bom(2) Regular(3) Péssimo(4) Não sabe(77) Sem informação(99) Não se aplica(88)

e) Diversidade

Ótimo(1) Bom(2) Regular(3) Péssimo(4) Não sabe(77) Sem informação(99) Não se aplica (88)

71. O(a) Sr(a) utiliza adoçante?

Sim (1) Não (2) Não se aplica (88)

72. Se sim, qual o tipo e há quanto tempo começou a usar? _____

AVALIAÇÃO CLÍNICA- EQUIPE DE MEDICINA

Morbidade diagnosticada:

73. Hipertensão Sim (1) Não (2)

74. Diabetes Sim (1) Não (2)

75. Hipercolesterolemia Sim (1) Não (2)

76. Dislipidemia mista Sim (1) Não (2)

77. Outros: _____

PRIMEIRA MEDIDA DA PA	Posição 1	
PAS		pas1 [_____]
PAD		pad1
SEGUNDA MEDIDA DA PA	Posição 2	[_____]
PAS		pas1 [_____]
PAD		pad1 [_____]

Apresentou Hipotensão postural?

Sim (1) Não(2) Sem informação (99)

EXAMES BIOQUÍMICOS

1. Glicose:	
2. Colesterol total:	
3. HDL:	
4. LDL:	
5. VLDL:	
6. Triglicédeos:	
7. Sódio sérico:	
7. Potássio:	
8. Uréia:	
9. Hemograma:	
10. Proteínas totais:	
11. Albumina:	
12. TSH	
13. TGO	
14. TGP	

ANTROPOMETRIA - EQUIPE NUTRIÇÃO

1. Peso (Kg)	
2. Altura (cm)	
3. Cintura (cm)	
4. Altura do Joelho (cm)	
5. Diâmetro abdominal (cm)	
6. Circunferência da Panturrilha (cm)	
7. PCT	
8. PCSE	
9. PCSI	
10. PCB	
11. Circunferência do Braço (cm)	

78 Falta algum braço, mão, perna, pé (OBSERVAR)?

Sim (1) Não (2) Não sabe (77) Sem informação (99)

BIOIMPEDÂNCIA ELÉTRICA

1. Gordura corporal total (%)	
2. Massa corporal magra (kg)	
3. Percentual de Hidratação	
4. Resistência	
5. Reactância	
6. Ângulo de fase	

O idoso avaliado necessidade de encaminhamento para: _____

ANEXO 1 – Formulário de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

	<p>UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA ESCOLA DE NUTRIÇÃO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEPNUT Rua Araújo Pinho, 32, Canela 40.110-150 Salvador, Bahia, Brasil Tel: (71) 3283-7704. Fax: (71) 3283-7705</p>
<p>Formulário de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa</p>	
<p>Projeto de Pesquisa: "Avaliação Multidimensional de idosos residentes em instituições de longa permanência na cidade de Salvador-BA".</p>	
<p>Pesquisador: Lilian Ramos Sampaio Área Temática: Grupo III Parecer: 11/12</p>	
<p>Os Membros do Comitê de Ética em Pesquisa, da Escola de Nutrição da Universidade Federal da Bahia, reunidos em sessão ordinária no dia 28 de maio de 2012, resolveram pela aprovação do projeto. O pesquisador deverá seguir as orientações do parecer consubstanciado, bem como comunicar ao CEP a respeito do andamento da pesquisa através de relatórios anuais, conforme disposto na resolução N° 186 de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde.</p>	
<p>Situação: <u>APROVADO</u></p>	
<p>Salvador, 24 de setembro de 2012.</p>	
	
<p>Prof. Wilson Caetano da Souza Junior Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa Escola de Nutrição Universidade Federal da Bahia</p>	

ANEXO 2 – Mini-exame do estado mental (MEEM)

MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL

(Folstein, Folstein & McHugh, 1.975)

Paciente: _____

Data da Avaliação: ____/____/____ Avaliador: _____

ORIENTAÇÃO

- Dia da semana (1 ponto)()
- Dia do mês (1 ponto)()
- Mês (1 ponto)()
- Ano (1 ponto)()
- Hora aproximada (1 ponto)()
- Local específico (apartamento ou setor) (1 ponto)()
- Instituição (residência, hospital, clínica) (1 ponto)()
- Bairro ou rua próxima (1 ponto)()
- Cidade (1 ponto)()
- Estado (1 ponto)()

MEMÓRIA IMEDIATA

- Fale 3 palavras não relacionadas. Posteriormente pergunte ao paciente pelas 3 palavras. Dê 1 ponto para cada resposta correta()
Depois repita as palavras e certifique-se de que o paciente as aprendeu, pois mais adiante você irá perguntá-las novamente.

ATENÇÃO E CÁLCULO

- (100 - 7) sucessivos, 5 vezes sucessivamente (1 ponto para cada cálculo correto)()
(alternativamente, soletrar MUNDO de trás para frente)

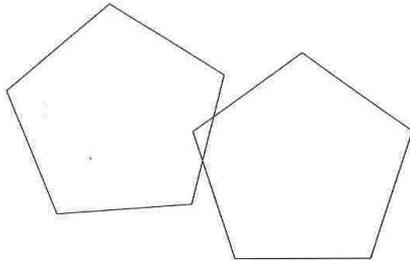
EVOCAÇÃO

- Pergunte pelas 3 palavras ditas anteriormente (1 ponto por palavra)()

LINGUAGEM

- Nomear um relógio e uma caneta (2 pontos)()
- Repetir "nem aqui, nem ali, nem lá" (1 ponto)()
- Comando: "pegue este papel com a mão direita dobre ao meio e coloque no chão (3 pts)()
- Ler e obedecer: "feche os olhos" (1 ponto)()
- Escrever uma frase (1 ponto)()
- Copiar um desenho (1 ponto)()

ESCORE: (___/30)



ANEXO 3 – Questionários de avaliação da qualidade de vida (WHOQOL OLD e WHOQOL BREF)



WHOQOL-OLD

Instruções

ESTE INSTRUMENTO **NAO** DEVE SER APLICADO INDIVIDUALMENTE, MAS SIM **EM CONJUNTO** COM O INSTRUMENTO WHOQOL-BREF

Este questionário pergunta a respeito dos seus pensamentos, sentimentos e sobre certos aspectos de sua qualidade de vida, e aborda questões que podem ser importantes para você como membro mais velho da sociedade.

Por favor, responda todas as perguntas. Se você não está seguro a respeito de que resposta dar a uma pergunta, por favor escolha a que lhe parece mais apropriada. Esta pode ser muitas vezes a sua primeira resposta.

Por favor tenha em mente os seus valores, esperanças, prazeres e preocupações. Pedimos que pense na sua vida **nas duas últimas semanas**.

Por exemplo, pensando nas duas últimas semanas, uma pergunta poderia ser :

O quanto você se preocupa com o que o futuro poderá trazer?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor reflete o quanto você se preocupou com o seu futuro durante as duas últimas semanas. Então você circularia o número 4 se você se preocupou com o futuro "Bastante", ou circularia o número 1 se não tivesse se preocupado "Nada" com o futuro. Por favor leia cada questão, pense no que sente e circule o número na escala que seja a melhor resposta para você para cada questão.

Muito obrigado(a) pela sua colaboração!

As seguintes questões perguntam sobre o **quanto** você tem tido certos sentimentos nas últimas duas semanas.

old_01 Até que ponto as perdas nos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato), afetam a sua vida diária?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_02 Até que ponto a perda de, por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato, afeta a sua capacidade de participar em atividades?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_03 Quanta liberdade você tem de tomar as suas próprias decisões?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_04 Até que ponto você sente que controla o seu futuro?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_05 O quanto você sente que as pessoas ao seu redor respeitam a sua liberdade?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_06 Quão preocupado você está com a maneira pela qual irá morrer?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_07 O quanto você tem medo de não poder controlar a sua morte?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_08 O quanto você tem medo de morrer?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_09 O quanto você teme sofrer dor antes de morrer?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

As seguintes questões perguntam sobre **quão completamente** você fez ou se sentiu apto a fazer algumas coisas nas duas últimas semanas.

old_10 Até que ponto o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato) afeta a sua capacidade de interagir com outras pessoas?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

old_11 Até que ponto você consegue fazer as coisas que gostaria de fazer?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

old_12 Até que ponto você está satisfeito com as suas oportunidades para continuar alcançando outras realizações na sua vida?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

old_13 O quanto você sente que recebeu o reconhecimento que merece na sua vida?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

old_14 Até que ponto você sente que tem o suficiente para fazer em cada dia?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

As seguintes questões pedem a você que diga o quanto você se sentiu **satisfeito, feliz ou bem** sobre vários aspectos de sua vida nas duas últimas semanas.

old_15 Quão satisfeito você está com aquilo que alcançou na sua vida?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

old_16 Quão satisfeito você está com a maneira com a qual você usa o seu tempo?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

old_17 Quão satisfeito você está com o seu nível de atividade?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

old_18 Quão satisfeito você está com as oportunidades que você tem para participar de atividades da comunidade?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

old_19 Quão feliz você está com as coisas que você pode esperar daqui para frente?

Muito infeliz	Infeliz	Nem feliz nem infeliz	Feliz	Muito feliz
1	2	3	4	5

old_20 Como você avaliaria o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato)?

Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	Boa	Muito boa
1	2	3	4	5

As seguintes questões se referem a qualquer **relacionamento íntimo** que você possa ter. Por favor, considere estas questões em relação a um companheiro ou uma pessoa próxima com a qual você pode compartilhar (dividir) sua intimidade mais do que com qualquer outra pessoa em sua vida.

old_21 Até que ponto você tem um sentimento de companheirismo em sua vida?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_22 Até que ponto você sente amor em sua vida?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_23 Até que ponto você tem oportunidades para amar?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

old_24 Até que ponto você tem oportunidades para ser amado?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

VOCÊ TEM ALGUM COMENTÁRIO SOBRE O QUESTIONÁRIO?

OBRIGADO(A) PELA SUA COLABORAÇÃO!

old_09 O quanto você teme sofrer dor antes de morrer?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

As seguintes questões perguntam sobre **quão completamente** você fez ou se sentiu apto a fazer algumas coisas nas duas últimas semanas.

old_10 Até que ponto o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato) afeta a sua capacidade de interagir com outras pessoas?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

old_11 Até que ponto você consegue fazer as coisas que gostaria de fazer?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

old_12 Até que ponto você está satisfeito com as suas oportunidades para continuar alcançando outras realizações na sua vida?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

old_13 O quanto você sente que recebeu o reconhecimento que merece na sua vida?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

old_14 Até que ponto você sente que tem o suficiente para fazer em cada dia?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

WHOQOL - ABREVIADO

Versão em Português

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor, responda a todas as questões.** Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		muito ruim	Ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1(G1)	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2(G4)	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3(F1.4)	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4(F11.3)	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5(F4.1)	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6(F24.2)	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7(F5.3)	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8(F16.1)	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9(F22.1)	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **Quão completamente** você tem sentido ou **J** capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10(F2.1)	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11(F7.1)	Você J capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12(F18.1)	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13(F20.1)	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14(F21.1)	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **Quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito ruim	ruim	nem ruim	bom	muito bom
15(F9.1)	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
16(F3.3)	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17(F10.3)	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18(F12.4)	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19(F6.3)	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20(F13.3)	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21(F15.3)	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22(F14.4)	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23(F17.3)	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24(F19.3)	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25(F23.3)	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	Algumas vezes	frequentemente	muito frequentemente	sempre
26(F8.1)	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?.....

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?.....

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

ANEXO 04 – Mini avaliação nutricional (MAN)

Mini Nutritional Assessment

MNA[®]



Apelido:		Nome:		
Sexo:	Idade:	Peso, kg:	Altura, cm:	Data:

Responda à secção "Triagem", preenchendo as caixas com os números adequados. Some os números da secção "Triagem". Se a pontuação obtida for igual ou menor que 11, continue o preenchimento do questionário para obter a pontuação Indicadora de desnutrição.

Triagem		
<p>A Nos últimos três meses houve diminuição da ingestão alimentar devido a perda de apetite, problemas digestivos ou dificuldade para mastigar ou deglutir?</p> <p>0 - diminuição grave da ingestão 1 - diminuição moderada da ingestão 2 - sem diminuição da ingestão</p>	<input type="checkbox"/>	
<p>B Perda de peso nos últimos 3 meses</p> <p>0 - superior a três quilos 1 - não sabe informar 2 - entre um e três quilos 3 - sem perda de peso</p>	<input type="checkbox"/>	
<p>C Mobilidade</p> <p>0 - restrito ao leito ou à cadeira de rodas 1 - deambula mas não é capaz de sair de casa 2 - normal</p>	<input type="checkbox"/>	
<p>D Passou por algum stress psicológico ou doença aguda nos últimos três meses?</p> <p>0 - sim 2 - não</p>	<input type="checkbox"/>	
<p>E Problemas neuropsicológicos</p> <p>0 - demência ou depressão graves 1 - demência ligeira 2 - sem problemas psicológicos</p>	<input type="checkbox"/>	
<p>F Índice de Massa Corporal (IMC = peso[kg] / estatura [m²])</p> <p>0 - IMC < 19 1 - 19 ≤ IMC < 21 2 - 21 ≤ IMC < 23 3 - IMC ≥ 23</p>	<input type="checkbox"/>	
<p>Pontuação da Triagem (subtotal, máximo de 14 pontos)</p> <p>12-14 pontos: estado nutricional normal 8-11 pontos: sob risco de desnutrição 0-7 pontos: desnutrido</p> <p>Para uma avaliação mais detalhada, continue com as perguntas G-R</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Avaliação global		
<p>G O doente vive na sua própria casa (não em instituição geriátrica ou hospital)</p> <p>1 - sim 0 - não</p>	<input type="checkbox"/>	
<p>H Utiliza mais de três medicamentos diferentes por dia?</p> <p>0 - sim 1 - não</p>	<input type="checkbox"/>	
<p>I Lesões de pele ou escaras?</p> <p>0 - sim 1 - não</p>	<input type="checkbox"/>	
<p>J Quantas refeições faz por dia?</p> <p>0 - uma refeição 1 - duas refeições 2 - três refeições</p>	<input type="checkbox"/>	
<p>K O doente consome:</p> <ul style="list-style-type: none"> • pelo menos uma porção diária de leite ou derivados (leite, queijo, iogurte)? sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> • duas ou mais porções semanais de leguminosas ou ovos? sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> • carne, peixe ou aves todos os dias? sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> <p>0.0 - nenhuma ou uma resposta «sim» 0.5 - duas respostas «sim» 1.0 - três respostas «sim»</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
<p>L O doente consome duas ou mais porções diárias de fruta ou produtos hortícolas?</p> <p>0 - não 1 - sim</p>	<input type="checkbox"/>	
<p>M Quantos copos de líquidos (água, sumo, café, chá, leite) o doente consome por dia?</p> <p>0.0 - menos de três copos 0.5 - três a cinco copos 1.0 - mais de cinco copos</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
<p>N Modo de se alimentar</p> <p>0 - não é capaz de se alimentar sozinho 1 - alimenta-se sozinho, porém com dificuldade 2 - alimenta-se sozinho sem dificuldade</p>	<input type="checkbox"/>	
<p>O O doente acredita ter algum problema nutricional?</p> <p>0 - acredita estar desnutrido 1 - não sabe dizer 2 - acredita não ter um problema nutricional</p>	<input type="checkbox"/>	
<p>P Em comparação com outras pessoas da mesma idade, como considera o doente a sua própria saúde?</p> <p>0.0 - pior 0.5 - não sabe 1.0 - igual 2.0 - melhor</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
<p>Q Perímetro braquial (PB) em cm</p> <p>0.0 - PB < 21 0.5 - 21 ≤ PB ≤ 22 1.0 - PB > 22</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
<p>R Perímetro da perna (PP) em cm</p> <p>0 - PP < 31 1 - PP ≥ 31</p>	<input type="checkbox"/>	
<p>Avaliação global (máximo 16 pontos)</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
<p>Pontuação da triagem</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
<p>Pontuação total (máximo 30 pontos)</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Avaliação do Estado Nutricional		
de 24 a 30 pontos	<input type="checkbox"/>	estado nutricional normal
de 17 a 23,5 pontos	<input type="checkbox"/>	sob risco de desnutrição
menos de 17 pontos	<input type="checkbox"/>	desnutrido

References

- Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA® - Its History and Challenges. *J Nutr Health Aging*. 2006; 10:456-465.
- Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). *J Geront*. 2001; 56A: M366-377
- Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us? *J Nutr Health Aging*. 2006; 10:466-467.

© Société des Produits Nestlé, S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners
© Nestlé, 1994, Revision 2009. N67200 12/99 10M

Para maiores informações: www.mna-elderly.com