

COMPARAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA ENTRE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS E NÃO INSTITUCIONALIZADOS EM RECIFE-PE

Compare quality of life between elderly institutions and not institutions in Recife-PE

Sarah Pessoa de Araújo Sabino¹, Cristiana Maria Macedo Brito², Érica Patrícia Borba Lira Uchôa³, Valéria Conceição Passos de Carvalho⁴, Andrezza Pimentel de Santana⁵

RESUMO

Contextualização: A população mundial está em processo de envelhecimento. Segundo dados oficiais, a faixa etária que se considera idoso é de 65 anos em países desenvolvidos e 60 anos em países subdesenvolvidos. A institucionalização do idoso está diretamente ligada a fatores como: classe social, manifestação da doença e disfunção, imobilidade, instabilidade, incontinência e perdas cognitivas sendo os três últimos os principais. Diante de uma população cada vez mais envelhecida, é importante que os idosos possuam uma boa qualidade de vida. **Objetivo:** Comparar a qualidade de vida entre idosos institucionalizados e não institucionalizados em Recife-PE. **Métodos:** É um estudo do tipo observacional, descritivo, de corte transversal. Foi desenvolvido em unidades institucionalizadas, em domicílios ou clínicas, localizadas na cidade do Recife. A amostra foi composta por 60 idosos dos quais 30 eram institucionalizados e 30 não institucionalizados. Após a obtenção do consentimento, foi assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e aplicados os questionários SF-36 e WHOQOL-BREF. **Resultados:** Observaram-se diferenças significantes apenas para o escore da capacidade funcional do SF-36 e quanto aos domínios do Whoqol-Bref, notou-se diferenças significantes quanto aos domínios físicos, de relações sociais e de meio ambiente. **Conclusão:** Evidenciou-se a importância do acompanhamento do fisioterapeuta com pacientes idosos, enfatizando os institucionalizados, atuando de forma curativa e preventiva, com grande importância nos programas de assistência à saúde do idoso.

Palavras-chave: Câncer do Colo do Útero, Radioterapia, Saúde da Mulher, Câncer.

ABSTRACT

Background: According to the World Health Organization (WHO), the age group that is considered elderly is 65 years in advanced countries and 60 in not advanced countries. The institutionalization of the elderly is connect to factors such as social class, disease infection and dysfunction, immobility, instability and cognitive impairment with the three last. In a old population, it is important to ensure not only the long life, but also a good quality of life. **Objective:** To compare the quality of life among institutionalized and non-institutionalized elderly in Recife-PE. **Methods:** The study is an observational, descriptive, cut-sectional. Was developed in units institutionalized in homes or clinics, located in Recife City. The sample consisted of 60 elderly people of whom 30 were institutionalized and 30 not institutionalized. After obtaining consent, signed the Statement of Consent (SC), and applied the questionnaire SF-36 and WHOQOL-BREF. **Results:** There were significant differences only for the score of the functional capacity of the SF-36 and how the domains of WHOQOL-BREF, we noted a significant difference in physical domains, social relationships and environment. **Conclusion:** It was evident the importance of monitoring the physiotherapist with the elderly, emphasizing the institutionalized acting curative and preventive programs with big importance in the health care of the elderly.

Keywords: Elderly, quality of life, institutionalization.

¹ Graduanda do Curso de Fisioterapia da Universidade Católica de Pernambuco. Recife - PE - Brasil.

² Docente no curso de Fisioterapia da disciplina Prática Supervisionada II de Pediatria da Universidade Católica de Pernambuco. Recife- PE- Brasil.

³ Docente no curso de Graduação e Pós-Graduação em Fisioterapia da Universidade Católica de Pernambuco. Recife- PE- Brasil.

⁴ Docente no curso de Graduação em Fisioterapia da Universidade Católica de Pernambuco. Recife- PE- Brasil.

⁵ Docente no curso de Estética e Cosmética da Faculdade Integrada de Pernambuco. Recife- PE- Brasil.

AUTOR CORRESPONDENTE:

Autor responsável: Andrezza Pimentel de Santana. Avenida Manoel Borba, 1000, apto: 1701, Boa Vista, Recife - PE - Brasil.

andrezzapimentel@hotmail.com

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas observou-se um nítido processo de envelhecimento demográfico. A Organização das Nações Unidas (ONU) considera o período de 1975 a 2025 a Era do Envelhecimento. Nos países em desenvolvimento, esse envelhecimento populacional foi mais significativo e acelerado¹.

No Brasil, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), na década de 1970, cerca de 4,95% da população brasileira de idosos, este percentual pulou para 8,47 na década de 1990; e, em 2010 tem expectativa de alcançar 9,2%. Esse aumento do número de idosos na população brasileira tem sido acompanhado pelo acréscimo significativo nos anos de vida. A esperança de vida, que era em torno de 33,7 anos em meados dos anos 50, passou para 50,99 em 1990, chegou até 66,25 em 1995 e deverá alcançar 77,08 entre os anos 2020/2025^{1,2}.

A velhice deve ser compreendida em sua totalidade porque é, simultaneamente, um fenômeno biológico, envolvendo alterações neurobiológicas, estruturais, funcionais e químicas, com consequências psicológicas, onde o ser humano precisa adaptar-se a cada situação nova do seu cotidiano, apresentando certos comportamentos característicos desta fase^{3,4}. Tem como uma dimensão existencial que modifica a relação da pessoa com o tempo gerando mudanças em suas relações com o mundo e com a sua própria história^{5,6} e constitui um momento do processo biológico, mas não deixa de ser um fato social e cultural. Sendo entendida também como etapa do curso da vida na qual, em decorrência da avançada idade cronológica ocorrem modificações de ordem biopsicossocial que afetam as relações do indivíduo com seu contexto social^{7,8,9}.

Não há, portanto, uma idade universalmente aceita como limiar do processo de envelhecimento. As opiniões divergem de acordo com a classe econômica e cultural, não havendo um consenso, até mesmo entre os estudiosos, esta definição está focalizada prioritariamente pelos limites numéricos no olhar demográfico. A medicina, as instituições assistenciais, culturais, burocráticas, públicas e privadas, estabelecem números que variam de 60 a 65 anos para caracterizar o início da velhice. Dados estes enfatizados pela Organização Mundial de Saúde, a idade em que se chega a velhice é fixada em 60 anos para países em desenvolvimento e no terceiro mundo e 65 anos em países desenvolvidos, classificação que busca vislumbrar a situação econômica e social de cada país^{6,10}.

A institucionalização do idoso está diretamente ligada a fatores como: classe social, manifestação da doença e disfunção, sendo que imobilidade, instabilidade, incontinência e perdas cognitivas são os principais. Esses fatores por si só já representam um fator de grande risco, já que os idosos institucionalizados necessitam de atenção, suporte e serviços especializados, pois a grande maioria é fragilizada e apresenta morbidades físicas ou mentais, tornando-as mais propensas a quedas. Pelo seu isolamento social, inatividade física e processos psicológicos subentende-se que quanto maior o tempo de institucionalização, maior a debilidade do idoso, podendo alterar a qualidade de vida destes indivíduos^{11,12}.

Qualidade de vida é um conceito subjetivo, dependente do nível sociocultural, da faixa etária e das aspirações pessoais do indivíduo.¹³ Diante da realidade de uma população cada vez mais envelhecida, evidencia-se a importância de garantir aos idosos não só uma sobrevida maior, mas também uma boa

qualidade de vida, onde o conceito está relacionado à autoestima e ao bem-estar pessoal e abrange uma série de aspectos como a funcionalidade cognitiva¹⁴, o nível socioeconômico, o estado emocional, a interação social, a atividade intelectual, o autocuidado, o suporte familiar, o próprio estado de saúde, os valores culturais, éticos e a religiosidade, o estilo de vida a satisfação com o emprego e com as atividades diárias e o ambiente em que vive^{12,15,16,17,18}.

Diante do exposto, observou-se a necessidade de comparar a qualidade de vida entre idosos institucionalizados e não institucionalizados em Recife-PE.

MATERIAL E MÉTODOS

O presente estudo está vinculado a Universidade Católica de Pernambuco (UNICAP), ao centro de Ciências Biológicas e Saúde (CCBS), ao curso de Fisioterapia. Foi atrelado ao projeto de pesquisa intitulado “Recursos de avaliação e intervenção fisioterapêuticos em alterações osteomioarticulares na saúde de indivíduos adultos e idosos” aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da UNICAP, e está cadastrado sob CAAE: 09962313.8.0000.5206 e nº de protocolo: 226.764. O estudo realizado é do tipo observacional, descritivo, de corte transversal. O mesmo foi desenvolvido em unidades institucionalizadas, em domicílios onde há idosos e em clínicas especializadas no atendimento em geriatria, localizadas na cidade do Recife, capital do estado de Pernambuco. A amostra foi composta por 60 idosos, entre institucionalizados e não institucionalizados.

Os idosos foram abordados de forma aleatória durante a visita às instituições, observando os critérios de inclusão e exclusão. Os critérios de inclusão são idosos acima de 65 anos de idade e que assinem o Termo de consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). E os de exclusão são os idosos que apresentem alterações cognitivas que não permitam a entrevista, apresentem distúrbios oculares e auditivos que dificultem a comunicação e que tenham alterações estruturais, como amputações.

Após a obtenção do consentimento, os idosos foram submetidos no primeiro momento a uma explicação do protocolo e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). No segundo momento foi observado a aplicação dos questionários SF-36 e WHOQOL-BREF, que avaliam a qualidade de vida dos idosos. O WHOQOL-BREF é um questionário mais abrangente, onde se avalia os domínios físicos, psicológicos, ambiente, relações sociais e faceta geral da qualidade de vida. Já o SF-36 estuda o estilo de vida, e aponta ações que contribui de forma positiva para melhorar o estilo de vida^{17,19}.

A escala de WHOQOL-BREF, é constituída de 26 perguntas (sendo a pergunta número 1 e 2 sobre a qualidade de vida geral), as respostas seguem uma escala de LIKERT (de 1 a 5, quanto maior a pontuação melhor a qualidade de vida). Fora as 2 questões (1 e 2), o instrumento tem 24 facetas, as quais compõem 4 domínios: físico, psicológico, relações sociais e o meio ambiente¹⁷.

O questionário SF-36, é do tipo multidimensional, formado por 36 itens, englobados em 8 escalas ou componentes: Capacidade funcional (10 itens), aspectos físicos (4 itens), dor (2 itens), estado geral de saúde (5 itens), vitalidade (4 itens), aspectos sociais (2 itens), aspectos emocionais (3 itens), saúde mental (5 itens) e mais uma questão de avaliação comparativa entre as condições de saúde atual e de 1 ano atrás. Avalia tanto

os aspectos negativos de saúde (doenças ou enfermidades), como os aspectos positivos (bem-estar). Os dados são avaliados a partir das respostas em escores escala 0-100, de cada componente, não havendo um único valor que resuma toda a avaliação, resultando em um estado de saúde melhor ou pior.¹⁹

No terceiro momento foi realizada a análise da amostra, sendo composta por 60 idosos dos quais 30 são institucionalizados e 30 não institucionalizados com idades de 65 a 107 anos residentes na cidade de Recife-PE.

Foi realizada uma análise descritiva para expor os resultados e a apresentação das variáveis mensuradas foi feita através de tabelas ou gráficos. Inicialmente foi aplicado o teste de Kolmogorov-Smirnov para verificar a suposição de normalidade dos dados. E para comparação dos escores de qualidade de vida dos domínios do SF-36 e dos domínios do WHOQOL-BREF quanto a institucionalização ou não dos idosos foi aplicado o teste t-student. Todas as conclusões foram tomadas ao nível de significância de 5%.

RESULTADOS

De acordo com a tabela 1 verificamos que os grupos são semelhantes em relação ao sexo e demais patologias, exceto quanto à presença de lombalgia que ocorre mais frequentemente entre os idosos não institucionalizados (p-valor=0,001).

Tabela 1 – Distribuição dos idosos institucionalizados e não institucionalizados quanto ao sexo e patologias.

Características gerais	Não institucionalizado		Institucionalizado		p-valor
	N	%	N	%	
Sexo					
Masculino	6	20,0	7	23,3	
Feminino	24	80,0	23	76,7	1,000
Patologia					
Asma	1	3,3	3	10,0	0,612
Hipertensão	6	20,0	10	33,3	0,382
Diabetes	4	13,3	7	23,3	0,506
Cardíaco	1	3,3	3	10,0	0,612
Lombalgia	10	33,3	0	0,0	0,001
Nenhuma	13	43,3	7	23,3	0,170

N= número de indivíduos

Tabela 2 - Distribuição dos idosos institucionalizados e não institucionalizados quanto a idade, altura, peso e índice de massa corporal.

Características gerais	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio	P-valor
Idade						
Não institucionalizado	30	60,00	84,00	74,87	5,77	
Institucionalizado	30	65,00	107,00	79,03	11,17	0,076
Altura						
Não institucionalizado	30	1,50	1,78	1,59	0,06	
Institucionalizado	30	1,52	1,88	1,65	0,11	0,029
Peso						
Não institucionalizado	30	40,00	90,00	59,07	14,62	
Institucionalizado	30	40,00	90,00	66,93	13,79	0,036
IMC*						
Não institucionalizado	30	16,87	35,25	23,05	4,67	
Institucionalizado	30	16,65	34,93	24,65	4,36	0,177

A tabela 3 apresenta os escores obtidos nos domínios do SF-36, na qual verifica-se diferença significativa apenas para o escore de capacidade funcional, assim pode-se dizer que os idosos não institucionalizados tiveram melhor capacidade funcional que os institucionalizados (p -valor=0,017).

Estado Geral de Saúde

SF-36	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio	p-valor
Capacidade Funcional						
Não institucionalizado	30	0,00	100,00	52,67	28,43	
Institucionalizado	30	0,00	100,00	32,83	33,88	0,017
Aspectos Físicos						
Não institucionalizado	30	0,00	100,00	43,33	44,50	
Institucionalizado	30	0,00	100,00	45,83	45,53	0,830
Dor						
Não institucionalizado	30	21,00	74,00	47,03	10,36	
Institucionalizado	30	31,00	60,00	47,60	7,01	0,805
Não institucionalizado	30	30,00	87,00	59,10	14,76	
Institucionalizado	30	35,00	92,00	60,27	15,45	0,766
Vitalidade						
Não institucionalizado	30	20,00	85,00	59,00	16,47	
Institucionalizado	30	20,00	100,00	57,50	17,01	0,730
Aspectos Sociais						
Não institucionalizado	30	12,50	100,00	57,08	20,42	
Institucionalizado	30	25,00	100,00	59,17	24,11	0,719
Aspectos Emocionais						
Não institucionalizado	30	0,00	100,00	55,56	43,18	
Institucionalizado	30	0,00	100,00	38,89	46,39	0,155
Saúde Mental						
Não institucionalizado	30	20,00	100,00	67,60	17,62	
Institucionalizado	30	36,00	100,00	64,40	19,77	0,511

N= número de indivíduos

Tabela 4 – Distribuição dos idosos institucionalizados e não institucionalizados quanto aos domínios do WHOQOL-BREF.

WHOQOL-BREF	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio	P-valor
Físico						
Não institucionalizado	30	21,43	92,86	56,67	18,54	
Institucionalizado	30	14,29	87,50	46,01	18,63	0,030
Psicológico						
Não institucionalizado	30	25,00	91,67	63,33	16,50	
Institucionalizado	30	29,17	91,67	56,94	13,05	0,102
Relações sociais						
Não institucionalizado	30	0,00	91,67	44,17	19,22	
Institucionalizado	30	0,00	58,33	29,17	18,41	0,003
Meio-ambiente						
Não institucionalizado	30	21,88	96,88	57,60	16,65	
Institucionalizado	30	15,63	87,50	44,58	14,31	0,002

N = número de indivíduos

REFERÊNCIAS

Algumas considerações teóricas e conceituais. *Ciências & Saúde Coletiva*. 2002; 7(4):899-906.

1. Siqueira RL, Botelho MIV, Coelho FMG. A velhice:
2. Coutinho ESF, Lakis J. Saúde Mental do idoso no Brasil: a relevância da pesquisa epidemiológica. *Cad Saúde Pública*. 2012; 28(3).
3. Santos FH, Andrade VM, Bueno OFA. Envelhecimento: Um processo multifatorial. *Psicologia em estudo*. Maringá. 2009;14 (1) :3-10.
4. Santos SSC. Concepções teórico-filosóficas sobre envelhecimento, velhice, idoso e enfermagem gerontogeriatrica. *Rev Bras Enferm*. Brasília. 2010; 63(6): 1035-9
5. Beauvoir S. A velhice. São Paulo. Difusão Européia do Livro; 1990.
6. Freitas MC, Queiroz TA, Sousa JAV. O significado da velhice e da experiência de envelhecer para idosos. *Rev Esc Enferm*. São Paulo. 2010; 44(2).
7. Mendes RSS, Gusmão JL, Faro ACM, Leite RCBO. A situação social do idoso no Brasil: uma breve consideração. *Acta Paul Enfer*. 2005; 18(4):422-426.
8. Prado SD, Sayd JD. O ser envelhece: técnica, ciência e saber. *Ciênc Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro. 2007; 12(1): 211-221
9. Cardona D, Estrada A, Agudela HB. Calidad de vida y condiciones de salud de la población adulta mayor de Medellín. *Biomédica*. Colombia. 2006; 26:206-15
10. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. Brasília; 2004.
11. Anderson MIP, Assis M, Pacheco LC, Silva EAS, Meneses IS, Duarte T, Storino F, Mota L. Textos sobre Envelhecimentos. Rio de Janeiro. 1998; 1(1): 1-11
12. Silva MC. O processo de envelhecimento no Brasil: desafios e perspectivas. Textos sobre Envelhecimento. Rio de Janeiro. 2005; 8(1).
13. Cabo CMS. Envejecimiento exitoso y calidad de vida. Su papel em lãs teorías del envejecimiento. *Gerokomos*. Cantabria. 2009; 20(4): 172-174.
14. Irigaray TQ, Schneider RH, Gomes J. Efeitos de um treino cognitivo na qualidade de vida e no bem-estar psicológico de idosos. *Psicologia: Reflexão e crítica*. Porto Alegre. 2011; 24(4): 810-818.
15. Vecchia RD, Ruiz T, Bocchi SCM, Corrente JE. Qualidade de vida na terceira idade: Um conceito subjetivo. *Rev Bras Epidemiol*. São Paulo. 2005; 8(3).
16. Fuentes AJM, Díaz IEF. Ancianos y salud. *Trabajos de Revisión*. Cuba. 2008;1-7.
17. Fleck MPA. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização de Saúde (WHOQOL-100): característica e perspectivas. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio Grande do Sul; 5(1):33-38.
18. Pereira RJ, Costa RMM, Franceschini SCC, Ribeiro RCT, Sampaio RF, Priore SE, Cecom PR. Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. *Rev Psiquiatr*. Rio Grande do Sul. 2006; 28(1): 27-38.
19. Ciconelli RMC, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de validação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Ver Bras Reumatol*. 1999; 39(3):143-149.
20. Freire Junior RC, Tavares MFL. A saúde sob olhar do idoso institucionalizado: conhecendo e valorizando sua opinião. *Interface*. Botucatu. 2005; 16(9): 147-158
21. Lima DL, Lima MAVD, Ribeiro CG. Envelhecimento e qualidade de vida de idosos institucionalizados. *RBCEH*. Passo Fundo. 2010; 7(3): 346-356.
22. Vagetti GC, Oliveira V, Barbosa Filho VC, Moreira NB, Campos W. Predição da qualidade de vida global em idosas ativas por meio dos domínios do WHOQOL-BREF e do WHOQOL-OLD. *Motricidade*. Curitiba. 2012; 8(2):709-718.
23. Santos DM, Sichieri R. Índice de massa corporal e indicadores antropométricos de adiposidades em idosos. *Rev Saúde Pública*. Rio de Janeiro. 2005; 39(2):163-8.
24. Lacerda NC, Santos SSC. Avaliação nutricional de idosos: Um estudo bibliográfico. *Rev. RENE*. Fortaleza. 2007; 8(1): 60-70.
25. World Health Organization Quality of Life Group – WHO (2006). A cross-cultural study of spiri-tuality, religion and personal beliefs as compo-nents of quality of life. *Social Science and Medi-cine*, 62(6), 1486-1497
26. Caporri S, Neto MFO. Estudo comparativo de idosos ativos e inativos através da avaliação das atividades da vida diária e medição da qualidade de vida. *Motricidade*. Paraíba. 2011;7(2):15-24.
27. Bispo EPF, Rocha MCGR, Rocha MFMR. Avaliação da capacidade funcional de idosos cadastrados na Estratégia de Saúde da Família na comunidade do Pontal da Barra, Maceió-AL. *Cad.Ter.Ocup.UFSCar*. São Carlos. 2012; 20(1):81-87.
28. Santos MLC, Andrade MC. Incidência de quedas relacionada aos fatores de risco em idosos institucionalizados. *Revista Baiana de saúde pública*. Bahia. 2005; 1(29): 57-8.
29. Jerrold HZAR. *Biostatistical Analysis*. Third Edition, 1996. Prentice Hall, New Jersey.
30. Raposo JV, Teixeira HM. Uma reflexão crítica sobre a prática científica e o seu contributo para a qualidade de vida da sociedade. *Motricidade*. Portugal. 2012; 1(8): 1-4.