

Avaliação da qualidade de vida de idosos institucionalizados e não institucionalizados de Ubá e microrregião

(Evaluation of the quality of life of the institutionalized and non institutionalized elderly of Ubá and region)



*Sandra Maria Jannotti Quintão
Geovane Elias Guiduci Lima
Renato Laureano Pedrosa
José Dionísio de Paula Jr
Daniele Rodrigues dos Reis
Juana Amaral*

Resumo: Observa-se, atualmente, aumento da população idosa mundial. Segundo a Organização Mundial de Saúde, em 2020 existirão 30,8 milhões de idosos no Brasil, país em que a transição demográfica não é acompanhada de melhorias nas condições sociais e de assistência à saúde da população, prejudicando a qualidade de vida do idoso. Por meio de estudo descritivo, transversal, com abordagem quali-quantitativa, a presente pesquisa buscou identificar o meio no qual os idosos possuem melhor qualidade de vida. Para tanto, foram utilizados como instrumentos dois questionários (World Health Organization Quality of Life – Bref e a Escala de Depressão Geriátrica Abreviada) e uma ficha de avaliação das características sociodemográficas. Após a aplicação, procedeu-se à coleta de dados, os quais foram compilados, analisados e discutidos com o intuito de responder ao objetivo da pesquisa. Verificou-se que os idosos possuem boa qualidade de vida, porém ressalta-se a exigência de aprimorar algumas práticas essenciais ao seu bem-estar.

Descritores: assistência a idosos, qualidade de vida, envelhecimento.

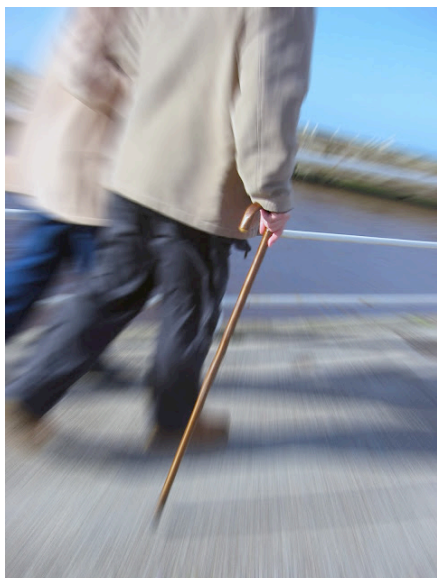
Introdução

Observa-se o aumento da população idosa mundial¹. A previsão feita pelo Ministério da Saúde é de que em 2020 existirão 30,8 milhões de idosos no Brasil, 14,2% da população. A velocidade desse aumento é motivo de preocupação, pois ocorre acelerada e radicalmente.²

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, em países em desenvolvimento idosos são aqueles que possuem idade igual ou superior a 60 anos.^{1, 3, 4}

No Brasil, a transição demográfica não foi acompanhada de melhorias nas condições sociais e de assistência à saúde da população, o que implica aos idosos viver experiências desagradáveis no enfrentamento das mudanças fisiológicas que sofrem.¹

O processo de envelhecimento se caracteriza como interação entre fatores biológicos, psíquicos e sociais, modificações na estrutura e fisiologia dos sistemas orgânicos; e, concomitantemente a essas características, devemos considerar que o processo transcorre de modo variável e individualmente.³



A sociedade se encontra pouco preparada para enfrentar o envelhecimento populacional, revelando dificuldade do sistema de saúde em suportar encargos, acumulação de patologias crônicas, viabilidade financeira dos sistemas de segurança social, pouco apoio social aos idosos, e de qualidade duvidosa.^{4, 5}

Importante a formulação de políticas públicas que permitam envelhecimento saudável, proporcionando qualidade de vida à população.³

O conceito de qualidade de vida deve ser considerado na perspectiva individual, desenvolvendo-se de maneira inseparável de condições de vida, como saúde, moradia, educação, lazer, transporte, autoestima, baseando-se em capacidade funcional, nível socio-econômico e satisfação.^{3,6}

Equilibrar a relação entre a manutenção do desempenho cognitivo e capacidade funcional contribui para o idoso continuar participante das atividades diárias, mantendo vida plena e desenvolvendo a competência de controle de si.⁷

A capacidade funcional sofre influência de fatores socioeconômicos, culturais e psicossociais. Importante considerar, procurar e estimular o empoderamento dos idosos, garantindo o direito de viver em ambientes favoráveis à sua independência funcional e buscar conhecimentos, prazer e qualidade de vida.⁴

Em conjunto com o avanço da idade, surgem incapacidades, como as restrições em desempenhar atividades da vida diária (autocuidado, capacidade de mobilidade e participação social), utilizar meios de transportes, atender ao telefone, fazer compras e outras funções que, quando restritas, diminuiriam a expectativa de vida dessa população.⁸

Observa-se ser imprescindível uma atuação maior e mais qualificada de profissionais da área da saúde, incluindo os da enfermagem, especialistas no cuidar, preparados para diminuir e evitar o desenvolvimento do “idoso frágil”: fraco, exausto, com pouca prática de atividade física, perda de peso, diminuição da marcha e do equilíbrio.

Essa atitude exige novo olhar dos profissionais da saúde e comunidade científica, e ações políticas em relação a esse grupo populacional crescente e carente de atenções, prevenindo o agravamento da fragilidade e aumentando o bem-estar, interação social, atividade intelectual e suporte familiar, diminuindo os índices de institucionalização e hospitalizações.^{9,10}

A Gerontologia é área em desenvolvimento contínuo voltada para a longevidade com qualidade, ressaltando a independência e a autonomia, indicando a avaliação funcional do idoso como cuidado importante e indispensável dos enfermeiros. Ela incorpora a técnica e a teoria de diferentes áreas do conhecimento, centrando-se no atendimento de qualidade.⁵

Outra questão observada, além da transição demográfica e as alterações que acarreta, é a mudança do perfil social, caracterizado pelo aumento da participação feminina no mercado de trabalho, retirando dos lares a pessoa que, tradicionalmente, era a mais indicada para os cuidados dos idosos e das famílias. As mulheres são parte dessas diferentes constituições de famílias: mulheres sós, mães solteiras, casais sem filhos, filhos que emigram, casais homossexuais. Todas essas alterações contribuem para maior institucionalização e menor probabilidade de envelhecer no ambiente familiar.¹¹

No Brasil, os idosos passaram a fazer parte das prioridades de investimentos na área da saúde a partir do surgimento e regulamentação da Política Nacional do Idoso, em 1997, assegurando os direitos sociais desse grupo. Em 2003, foi instituído o Estatuto do Idoso, pela Lei nº 10.741, o qual obriga os Estados a garantir proteção à vida e à saúde por meio de políticas sociais públicas. Em 2006, foi criado o Pacto pela Saúde, que possui três dimensões: Pacto em Defesa do SUS, Pacto pela Vida e Pacto de Gestão, buscando maior qualificação da gestão do SUS, com o objetivo de aumentar a eficiência e qualidade das respostas.¹²

Das três dimensões citadas, destaca-se o Pacto pela Vida, que prioriza a saúde do idoso e a promoção do envelhecimento ativo, por meio da capacitação dos profissionais para o atendimento a esse público, instituindo avaliação gerontológica global executada pela enfermagem, em parceria com outras áreas do conhecimento. A meta é aumentar a educação e saúde,

melhorar a autoestima, reduzir a alienação, expandindo o campo de possibilidades de escolhas do indivíduo.¹²

Com a queda na prevalência de doenças infecto-contagiosas e o aumento da prevalência de doenças crônico-degenerativas, torna-se essencial a readequação nos serviços oferecidos para os idosos em hospitais e instituições de longa permanência.^{1, 13}

De acordo com o Decreto nº 1.948, de 3 de julho de 1996, há duas formas de atendimento ao idoso. A primeira é o atendimento asilar, hoje conhecido como Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI), em regime de internato. A outra é o não asilar, promovido pelos Centros de Convivência (CC), Hospital-Dia, Casa-Lar e outros que objetivam o atendimento ao idoso apenas por determinado período do dia.¹⁴

A ILPI é de caráter residencial, governamental ou não, destinada ao abrigo coletivo de pessoas com idade igual ou maior de 60 anos, com ou sem suporte familiar, em condição de liberdade, dignidade e cidadania. Com o aumento das institucionalizações, surge como imprescindível a análise dos cuidados prestados aos idosos nas ILPI^{13,15}, pois essa mudança representa não apenas ambiente físico diferente, mas a urgência de adaptação ao ambiente, às pessoas e à nova rotina.¹⁶

Um dos maiores problemas nas ILPIs é a inexistência de profissionais qualificados, pois grande parte não tem equipe multidisciplinar no atendimento a esse grupo, e não há fiscalização rígida por parte dos órgãos competentes. A Lei nº 8.842 garante ao idoso cidadania, dignidade, bem-estar e direito à vida; cabe, portanto, à família, à sociedade e ao Estado fazer valer esses direitos.¹⁴



Diferentemente das ILPIs, os grupos de convivência de idosos não são destinados à moradia desses indivíduos. Esses grupos surgiram diante da exigência apresentada em 2003 pelo Estatuto do Idoso de viabilizar formas alternativas de participação, ocupação e convívio do idoso com as demais gerações, promovendo um envelhecimento ativo e preservando o potencial de aprendizagem desse grupo.¹⁷ As atividades praticadas pelos idosos no CC baseiam-se em palestras, jogos, excursões, dramatizações, caminhadas, danças, ginásticas, organização de festas, entre outras, oferecendo bem-estar físico, psicológico e social, evitando a depressão e mantendo o idoso no seio de sua família.^{17, 18}

Os motivos para o presente estudo são a importância da avaliação de diferentes estilos de vida, analisando a assistência e os cuidados prestados à população idosa, crescimento acelerado frente à precariedade estrutural do

Brasil, o que torna relevante avaliar a qualidade de vida dos idosos submetidos ou não à institucionalização.

Deve-se refletir sobre a reorganização da assistência à saúde da população idosa, como a criação de ações preventivas, assistenciais e de reabilitação, para esses objetivos serem alcançados.

A pesquisa tem como objetivo identificar o meio no qual os idosos possuem melhor qualidade de vida, avaliar a prevalência de sintomas depressivos e relacionar a prática de atividade física entre os idosos com a pontuação da Escala de Depressão Geriátrica Abreviada.

Metodologia

Estudo descritivo, transversal, com abordagem qualiquantitativa, teve como cenário do estudo a instituição filantrópica Asilo Lar Feliz, que atende 44 idosos, localizada na cidade de Tocantins – MG, e o Centro de Convivência da Melhor Idade Rosa Mauad Jacob, localizado na cidade de Ubá - MG, no período de outubro e novembro de 2012.

A população de estudo foi constituída por uma amostra de 15 idosos, residentes em uma instituição de longa permanência, e 15 idosos frequentadores do centro de convivência, totalizando 30 idosos.

Teve como critérios de inclusão: sujeitos com idade igual ou superior a 60 anos, cadastrados regularmente e em situação de abrigo permanente na Instituição de Longa Permanência (mínimo de três meses), e os idosos frequentadores das atividades no Centro de Convivência no mínimo três vezes por semana. Todos os participantes foram orientados quanto ao caráter e confiabilidade da pesquisa e concordaram com o termo de consentimento livre e esclarecido. Os critérios de exclusão foram idosos com problemas neurológicos e com dificuldades de cognição que impossibilitassem o preenchimento dos questionários.

Instrumentos

Primeiramente foram investigadas, por meio de entrevistas, as características sociodemográficas, econômicas e de saúde, como idade, sexo, estado civil, escolaridade em anos de estudo, tipo de moradia (se própria ou outra), com quem mora, renda em salários mínimos, profissão que exerceu ou exerce, e situação atual.

Foi avaliada a condição de saúde dos participantes por meio da percepção da saúde, comparação da saúde com outros idosos, relato de doenças, internação hospitalar e consulta médica nos últimos três meses, uso de medicamentos, prática de atividade física e existência de plano de saúde (Anexo II).

Em seguida, foram aplicados dois questionários: o primeiro instrumento foi World Health Organization Quality of Life - Bref (WHOQOL – Bref), composto

por 26 questões. A primeira questão refere-se à qualidade de vida de modo geral e a segunda à satisfação com a própria saúde. As outras 24 estão divididas nos domínios físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. Esse instrumento pode ser utilizado para populações saudáveis e populações acometidas por agravos e doenças crônicas.

Além do caráter transcultural, os instrumentos WHOQOL valorizam a percepção individual, avaliando a qualidade de vida em diversos grupos e situações. A versão em português foi feita segundo metodologia preconizada pelo Centro WHOQOL para o Brasil e apresentou características psicométricas satisfatórias.^{19,20}

Para fins de classificação a pontuação desse questionário foi dividida em 1,0 a 1,50 (qualidade de vida ruim), 1,51 a 2,50 (qualidade de vida fraca), 2,51 a 3,50 (qualidade de vida regular), 3,51 a 4,50 (qualidade de vida boa), 4,51 a 5,0 (qualidade de vida ótima);³ (Anexo III).

O segundo instrumento foi a Escala de Depressão Geriátrica Abreviada (EDGA), questionário com 15 perguntas, com respostas objetivas a respeito de como a pessoa idosa se sentiu durante a semana anterior. A escala de depressão geriátrica abreviada é ferramenta útil de avaliação rápida para facilitar a identificação da depressão em idosos. A pontuação varia de 0 a 15, sendo a pontuação de 0 a 5 considerada normal, de 6 a 10 considerada depressão leve, e de 11 a 15 depressão severa²; (Anexo IV).

Houve visitas ao Centro de Convivência e à Instituição de Longa Permanência, onde os sujeitos que atenderam aos critérios de inclusão já descritos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Os idosos receberam as informações e orientações essenciais para participar da pesquisa. A coleta dos dados ocorreu nos meses de outubro e novembro de 2012, nos quais os 30 idosos responderam aos questionários na presença das pesquisadoras. O trabalho foi encaminhado ao Comitê de Pesquisa da Fundação Presidente Antônio Carlos (Fupac). A análise dos dados foi feita a partir da estatística descritiva, com cálculos das médias, desvio padrão e porcentagem, por meio do programa Excel versão 2010.

Resultados e discussão

Dentre os 30 sujeitos entrevistados foi identificada prevalência de 86,7% de homens na ILPI, e no CC a prevalência foi de mulheres, com 53,3%.

A idade dos idosos institucionalizados variou de 62 a 92 anos, sendo a média de 73,8 + 8,6; no Centro de Convivência a média foi 72,5 + 8,25 anos, com idade variando de 60 a 88 anos. O fato mostra que a média de idade da população em estudo está dentro da expectativa de vida do país, que é de 71,3 anos.²¹

Tabela 1 - Características sociodemográficas e prática de atividade física entre os idosos da Instituição de Longa Permanência e do Centro de Convivência

Variáveis	Instituição de Longa Permanência (n=15)	Centro de Convivência (n=15)
Sexo		
Masculino	86,7%	46,7%
Feminino	13,3%	53,3%
Estado Civil		
Casado	6,7%	26,7%
Solteiro	66,7%	6,7%
Divorciado	13,3%	20%
Prática de Atividade Física		
Sim	13,3%	80%
Não	86,7%	20%
Total	100%	100%
Idade	73,8 + 8,6	72,5 + 8,25

Uma das diferenças encontradas entre os dois grupos de idosos entrevistados é que na ILPI 86,7% dos idosos não praticam atividade física, o que corrobora estudo de Almeida e Rodrigues, que encontraram em sua pesquisa atividades muito limitadas entre os idosos: a maioria conversava com os colegas e a outra parte assistia à televisão.⁴



No CC, 80% dos idosos praticam atividade física (Tabela 1). A prática de atividade física é associada a melhorias no equilíbrio, mobilidade, flexibilidade, coordenação, diminuição do declínio funcional, além de melhorar a autoconfiança, autoimagem e socialização. ^{22, 23}

No Brasil, 1% dos idosos está internado em ILPI, ao contrário do que ocorre nos países desenvolvidos, nos quais 5% dos idosos vivem nas mesmas condições. Os resultados indicam a exigência não só da prática de atividade física, mas de uma assistência à saúde pautada em benefícios para o idoso.²⁴

Tabela 2: Média da Pontuação do Whoqol - Bref relacionada ao estado civil dos idosos

Estado Civil	Média da Pontuação do <u>Whoqol - Bref</u>	
	Instituição de Longa Permanência	Centro de Convivência
Casados	2,73 - regular	4,22 – boa
Solteiros	3,69 – boa	3,0 – regular
Viúvos	3,46 – regular	3,98 – boa
Divorciados	3,64 – boa	3,61 – boa

A maioria dos idosos da ILPI é solteira (66,7%), diferentemente do CC, em que a maioria é viúva (46,6%). O dado se diferencia dos achados em Almeida e Rodrigues,⁴ que encontraram maioria de idosos viúvos na instituição e a segunda maior porcentagem de solteiros (Tabela 1). O melhor índice de qualidade de vida foi encontrado no CC entre a população casada (4,22 – bom), corroborando Marcon et al, que afirmam ser a família o principal apoio do idoso, em que as relações se desenvolvem.²⁵ Já na ILPI, essa população se enquadrava no pior índice (2,73 – regular) (Tabela 2).

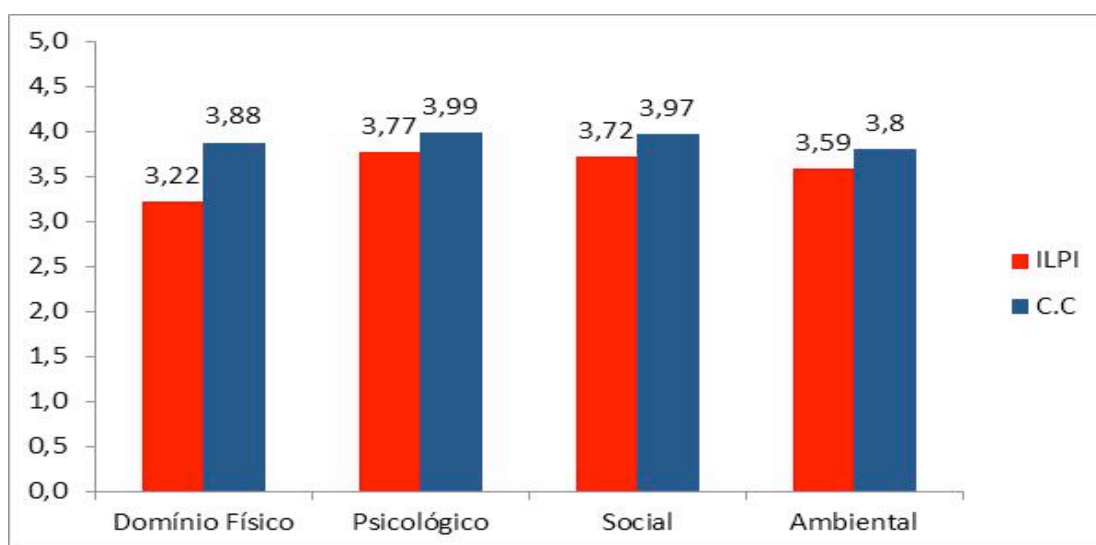


Gráfico 1: Relação da média dos domínios encontrados no questionário WHOQOL – Bref aplicados no Centro de Convivência e na Instituição de Longa Permanência

Percebe-se, pelo Gráfico 1, que todos os domínios alcançaram pontuação média, classificada como qualidade de vida boa, e o resultado que mais se diferenciou entre a ILPI (3,22) e o CC (3,88) foi no domínio físico.

A maior média encontrada entre os domínios do WHOQOL – Bref no CC (3,99 + 0,96) e na ILPI (3,77 + 0,52) foi no domínio psicológico. A menor média encontrada na ILPI (3,22 + 0,63) é o da saúde física. No CC, a menor média foi no domínio meio ambiente (3,80 + 0,68), dados que não corroboram o estudo de Chepp²⁶, no qual o maior escore entre os domínios foi alcançado no social; logo após, o domínio ambiental, o domínio psicológico e o domínio físico obtiveram resultados similares.

Relacionando a média da idade dos idosos ao domínio físico do WHOQOL – Bref, verificamos que na ILPI a média da idade é de 73,80; + 8,65 e a média do domínio físico é de 3,22; + 0,63, enquadrando-se em qualidade de vida regular. No CC, a média das idades é de 72,53; + 8,25, e a média do domínio físico é de 3,88; + 0,76, enquadrando-se em qualidade de vida boa. Faller defende que a qualidade de vida diminui com o aumento da idade,³ diferentemente de Chepp.²⁶

No Gráfico 2 verificamos que o índice de qualidade de vida, segundo a pontuação no questionário WHOQOL – Bref, das mulheres e dos homens do Centro de Convivência, possui um índice melhor que dos idosos da Instituição de Longa Permanência Permanência. Estudos indicam que poucos idosos possuem autonomia e independência dentro da ILPI.²⁷



Comprovou-se que a prática de atividades diversas minimiza as consequências da institucionalização, e que a oferta de oportunidades de momentos de lazer melhora a autoestima, a participação social do idoso e seus índices de qualidade de vida.^{28, 29}

Silva et al.³⁰ constataram em sua pesquisa que os idosos da ILPI não possuem perspectiva de vida, mas em contrapartida possuem o

atendimento eficaz de que necessitam no dia a dia, o que indica melhor qualidade de vida em relação aos não institucionalizados, o que diferencia de nosso estudo.

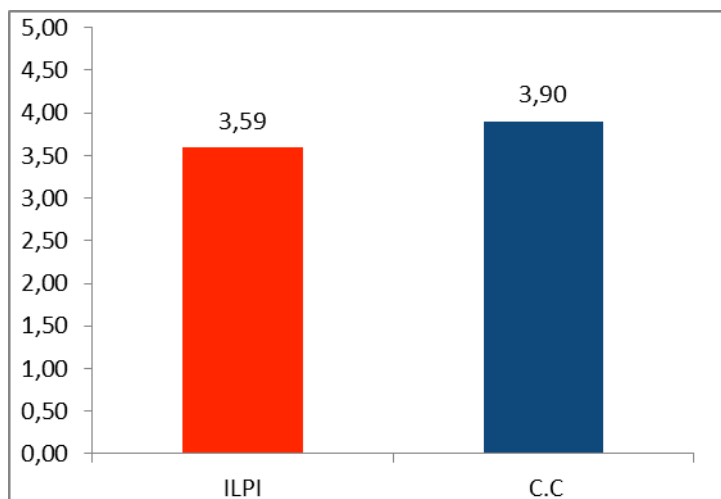


Gráfico 2 - Relação entre a pontuação do questionário WHOQOL – Bref e a população de idosos dividida em Instituição de Longa Permanência e Centro de Convivência

Segundo a Escala de Depressão Geriátrica Abreviada, 60% dos idosos da ILPI e 86,7% dos idosos do CC foram classificados como não portadores de depressão, sendo que a pontuação da escala encontrada na ILPI foi maior que a do CC (Gráfico 3). Estudo³¹ revela que mudanças no modo de vida do idoso causariam estresse e desencadeariam a depressão, o que explicaria a diferença desse índice nos dois locais avaliados.

Outro resultado relevante encontrado na ILPI é que na maioria dos idosos não praticantes de atividade física foram constatados maiores valores na pontuação da Escala de Depressão Geriátrica Abreviada, quando comparado com o Centro de Convivência, onde a maioria pratica essas atividades.

Nota-se mais uma vez a importância da atividade física na qualidade de vida do idoso, o que é bastante conhecido e divulgado.³²

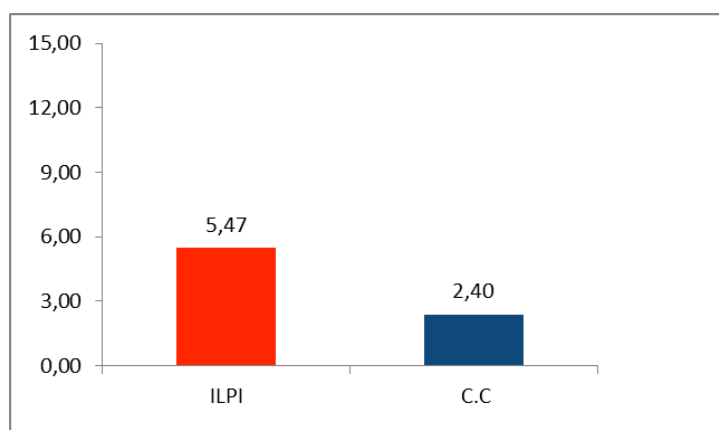


Gráfico 3 - Relação entre a pontuação da Escala de Depressão Geriátrica Abreviada e os idosos da Instituição de Longa Permanência e do Centro de Convivência

Ao relacionar a Escala de Depressão Geriátrica Abreviada com o questionário WHOQOL – Bref percebe-se na ILPI média de EDGA de 5,47; + 3,98, que se enquadra ainda em níveis normais em relação à depressão e à média da pontuação geral do WHOQOL – Bref de 3,59; + 0,41 se encaixando ainda na qualidade de vida boa. Já no CC, a média da EDGA é de 2,40; + 2,10, e a média do WHOQOL – Bref é de 3,90; 0,53. Na ILPI e no CC os idosos são classificados como não depressivos e com qualidade de vida boa.

No CC esses níveis se mostram melhores que na ILPI, o que condiz com os estudos de Chachamovich, que indicam que os níveis dos sintomas depressivos intervêm na qualidade de vida do idoso - maior nível de depressão, menor o índice de qualidade de vida.³³

Conclusão

Evidenciou-se que no Centro de Convivência e na Instituição de Longa Permanência os idosos foram classificados com boa qualidade de vida, porém no CC esses níveis se mostraram melhores. Outro resultado que se destaca é a atividade física - não praticada pela maioria dos idosos da instituição asilar, diferentemente do CC, confirmando a necessidade de as ILPIs promoverem atividades que estimulem o idoso ao convívio social, implicando mais sentido à sua vida.

Em relação aos níveis de depressão, os idosos do CC e da ILPI foram classificados como não portadores, com melhor pontuação no CC.

Os Centros de Convivência devem ser espaços para a promoção de ações de saúde para a população, conscientizando-a da importância de se manter o idoso no ambiente familiar, estimulando sua frequência a esses grupos e o convívio social. Além disso, é indispensável integrar a família nas ações do CC, para entender o processo de envelhecimento, melhorando sua convivência com o idoso, evitando ao máximo sua institucionalização.

Por fim, destaca-se a importância de se melhorar a qualidade de vida da população idosa, que aumenta substancialmente, sendo ação de grande importância para a sociedade.

Referências

- 01 - Porcu M, Scantamburlo VM, Albrecht NR, Silva SP, Vallim FL, Araújo CR, ET AL. *Estudo comparativo sobre a prevalência de sintomas depressivos em idosos hospitalizados, institucionalizados e residentes na comunidade*. Maringá. 2002; 24 (3): 713-717.
- 02 - Ministério da Saúde. *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa*. Série A. Normas e Manuais Técnicos Cadernos de Atenção Básica, n. 19. 2007: 148.
- 03 - Faller JW, Melo WA, Versa GLGS, Marcon SS. Qualidade de vida dos idosos cadastrados na estratégia saúde da família de Foz do Iguaçu – PR. *Esc. Anna Nery*. 2010; 14 (4): 803-810.

- 04 - Almeida AJPS, Rodrigues VMCP. A qualidade de vida da pessoa idosa institucionalizada em lares. *Rev. Latino – am Enfermagem*. 2008; 16 (6): 88-95.
- 05 - Camacho ACLF. A gerontologia e a interdisciplinaridade: aspectos relevantes para a enfermagem. *Rev. Latino – am Enfermagem*. 2002; 10 (2): 229-233.
- 06 - Santos SR, Santos IBC, Fernandes MGM, Henriques MERM. Qualidade de vida do idoso na comunidade: aplicação da escala de Flanagan. *Rev. Latino - am Enfermagem*. 2002; 10 (6): 757-764.
- 07 - Loureiro APL, Lima AA, Silva RCG, Najjar ECA. Reabilitação cognitiva em idosos institucionalizados: um estudo piloto. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*. 2011; 22 (2): 136-144.
- 08 - Duca GFD, Silva MC, Hallal PC. Incapacidade funcional para atividades básicas e instrumentais da vida diária em idosos. *Rev. Saúde Pública*. 2009; 43 (5): 796-805.
- 09 - Linck CL, Crossetti MGO. Fragilidade no idoso: o que vem sendo produzido pela enfermagem. *Rev. Gaúcha Enferm*. 2011; 32 (2): 385-393.
- 10 - Torres GV, Reis LA, Reis LA, Fernandes MH. Qualidade de vida e fatores associados em idosos dependentes em uma cidade do interior do Nordeste. *J Bras Psiquiatr*. 2009; 58 (1): 38-44.
- 11 - Murakami L, Scattolin F. Avaliação da independência funcional e da qualidade de vida de idosos institucionalizados. *Rev. Med. Heread*. 2010; 21 (1): 18-26.
- 12 - Santos SSC, Barlem ELD, Silva BT, Cestari ME, Lunardi VL. Promoção da saúde da pessoa idosa: compromisso da enfermagem gerontogerátrica. *Acta Paul Enferm*. 2008; 21 (4): 649-653.
- 13 - Melo IAF, Kubrusly ES, Peixoto AAJr. Perfil das instituições de longa permanência para idosos no Estado de Alagoas no período de 2007 a 2008. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2011; 20 (1): 75-83.
- 14 - Yamamoto A, Diogo MJD. Os idosos e as instituições asilares do município de Campinas. *Rev. Latino – am Enfermagem*. 2002; 10 (5): 660-666.
- 15 - Camarano AA, Kanso S. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. *Rev. Bras. Est. Pop.* 2010; 27 (1): 233-235.
- 16 - Vieira LJES, Silveira EAR, Martins EMP, Saintrain MVL, Silva JG. A interface da violência com a institucionalização do idoso. *Rev. APS*. 2008; 11 (4): 389-397.
- 17 - Borges PLC, Bretãs RP, Azevedo SF, Barbosa JMM. Perfil dos idosos frequentadores de grupos de convivência em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2008; 24 (12): 2.798-2.808.
- 18 - Carmo LV, Drummond LP, Arantes PMM. Avaliação do nível de fragilidade em idosos participantes de um grupo de convivência. *Fisioter Pesq*. 2011; 18 (1): 17-22.

- 19 - Fleck MP, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida WHOQOL-bref. *Rev Saúde Pública*. 2000; 34 (2):178-83.
- 20 - The WHOQOL Group. World Health Organization. WHOQOL: measuring quality of life. Geneva: WHO; 1997 (MAS/MNH/PSF/97.4).
- 21 - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística– IBGE. Tábuas Completas de Mortalidade – 2003. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=266&id_pagina=1.
- 22 - Annunziato MPHL. Atividade Física com Idosos em Instituições de Longa Permanência [Internet]. [acessado em 12 out. 2012]. Disponível em <http://www.medicinageriatrica.com.br/category/gerontologia/page/7/>.
- 23 - Santos EGS. *Perfil de fragilidade em idosos comunitários de Belo Horizonte: um estudo transversal*. [dissertação]. Belo Horizonte. Universidade Federal de Minas Gerais; 2008.
- 24 - Carvalho ETF, Papaléo MN. *Geriatrics: fundamentos clinica e terapêutica*. São Paulo-SP: Atheneu. 2004.
- 25 - Marcon SS, Carreira L, Waidman MAP, Andrade OG. O cotidiano do idoso e suas relações familiares revelando indícios de qualidade de vida. *Texto&Contexto Enfem* 1999; 8 (3): 200-12.
- 26 - Chepp CC. *Estudo transversal da qualidade de vida através da escala whoqol-bref da população octogenária e nonagenária de Siderópolis*. [dissertação]. Criciúma. Universidade do Extremo Sul Catarinense. 2006: 1-52.
- 27 - Santos NMW. Etapas psicológicas da vida humana e envelhecimento saudável, segundo a Weltanschauung da Psicologia Analítica. *Rev Bras Ciênc Envelhecimento Humano*. 2006; 3 (2): 11-21.
- 28 - João AF, Sampaio AAZ, Santiago EA, et al. Atividades em grupo: alternativa para minimizar os efeitos do envelhecimento. *Textos sobre envelhecimento*. 2005; 8 (3): 1-10.
- 29 - Santana J, et al. Envelhecimento, lazer e instituições de longa permanência. In: *Anais – IX Seminário O lazer em debate*. Imprensa Universitária da UFMG. 2008: 309-16.
- 30 - Silva ALF, Valim JMA, Nogueira KVS, Veneziano LSN. Avaliação da qualidade de vida em idosos com base no questionário whoqol-100. XIII Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e IX Encontro Latino Americano de Pós-Graduação – Universidade do Vale do Paraíba: 1-5.
- 31 - Forlenza OV. Fatores de risco associados à morbidade psiquiátrica em idosos. In: Forlenza OV, Almeida OP. (Ed). *Depressão e demência no idoso: Tratamento psicológico e farmacológico*. Lemos Editorial. 1997: 25-46.
- 32 - Rebelato JR, Morelli JGS. *Fisioterapia Geriátrica: A prática da assistência ao idoso*. Barueri - SP, Manole. 2004.
- 33 - Chachamovich E. *Qualidade de vida em idosos: desenvolvimento e aplicação do módulo WHOQOL-OLD e teste de desempenho do instrumento*

WHOQOL-BREF em uma amostra de idosos brasileiros. Dissertação. UFRGS. 2006: 9-120.

Data de recebimento: 25/03/2013; Data de aceite: 10/04/2013.

Sandra Maria Jannotti Quintão - Mestranda em Gerontologia PUC-SP, enfermeira controladora de infecção da Casa de Saúde Padre Damião, da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais Ubá, docente nos cursos de Enfermagem e Farmácia da Fundação Presidente Antônio Carlos – Fupac, Faculdade de Ubá, MG. E-mail: sandraunipacuba@yahoo.com.br.

Geovane Elias Guiduci Lima - Fisioterapeuta docente nos cursos de Fisioterapia e Enfermagem da Fundação Presidente Antônio Carlos - Fupac, Faculdade de Ubá, MG.

Renato Laureano Pedrosa - Enfermeiro docente no curso de Enfermagem da Fundação Presidente Antônio Carlos – Fupac, Faculdade de Ubá, MG.

José Dionísio de Paula Jr. - Enfermeiro docente no curso de Enfermagem, Engenharia, Farmácia, Gestão Ambiental e Psicologia da Fundação Presidente Antônio Carlos – Fupac, Faculdade de Ubá, MG.

Daniele Rodrigues dos Reis - Acadêmica do curso de Enfermagem Fundação Presidente Antônio Carlos – Fupac, Faculdade de Ubá.

Juana Amaral - Acadêmica do curso de Enfermagem Fundação Presidente Antônio Carlos – Fupac, Faculdade de Ubá, Minas Gerais.