

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GERIATRIA E  
GERONTOLOGIA BIOMÉDICA**

**ANDREA MENDES ARAÚJO**

**PESSOA IDOSA EM LISTA DE ESPERA E RESIDENTE EM  
INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA: POSSÍVEIS DIFERENÇAS  
NA QUALIDADE DE VIDA**

**Porto Alegre  
2014**

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GERIATRIA E GERONTOLOGIA  
BIOMÉDICA**

**ANDREA MENDES ARAÚJO**

**PESSOA IDOSA EM LISTA DE ESPERA E RESIDENTE EM  
INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA: POSSÍVEIS  
DIFERENÇAS NA QUALIDADE DE VIDA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, para obtenção do título de doutora.

**Linha de pesquisa:** Aspectos socioculturais, demográficos e bioéticos no envelhecimento.

**Orientador:** Prof. Dr. Ângelo José Gonçalves Bós

**Porto Alegre  
2014**

### **Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)**

**A663p** Araújo, Andrea Mendes

Pessoa idosa em lista de espera e residente em instituição de longa permanência: possíveis diferenças na qualidade de vida. / Andrea Mendes Araújo. – Porto Alegre, 2014.

169 f.; tabelas

Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica – Instituto de Geriatria e Gerontologia, PUCRS.

Orientador: Prof. Dr. Ângelo José Gonçalves Bós

1. Gerontologia Biomédica. 2. Envelhecimento. 3. Idoso – Qualidade de Vida. 4. Instituição de Longa Permanência para Idosos.

I. Bós, Ângelo José Gonçalves. II. Título.

**CDD 618.97**

Ficha elaborada pelo bibliotecário Vlademir Luciano Pinto - CRB 10/1112.

**ANDREA MENDES ARAÚJO**

**PESSOA IDOSA EM LISTA DE ESPERA E RESIDENTE EM  
INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA: POSSÍVEIS  
DIFERENÇAS NA QUALIDADE DE VIDA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, para obtenção do título de doutora.

**Porto Alegre, 26 de Junho de 2014**

**COMISSÃO EXAMINADORA:**

---

Professora Doutora Iride Cristofoli Caberlon - ULBRA

---

Professora Doutora Irani Iracema de Lima Argimon - PUCRS

---

Professora Doutora Patrícia Krieger Grossi – IGG/PUCRS

---

Professor Doutor Irênio Gomes da Silva Filho –IGG/PUCRS - Suplente

*“Minha casa é uma riqueza  
Pelas joias que ela tem  
Minha casa aqui tem tudo  
Tanta coisa de valor  
Minha casa não tem nada  
Vivo só, não tenho amor”*

*Trecho da música “Minha casa” de Joubert Gontijo de Carvalho (1946), citado por pessoa idosa de 96 anos aguardando vaga em lista de espera há 02 anos.*

*A meus pais, Dedé e Lúcia,  
meus avós, Neuza e Lucas, meu  
esposo, Temístocles, e minha filha,  
Maria Clara.*

## **MANIFESTO GRATIDÃO**

*À Santíssima trindade, a quem dedico minha vida e agradeço por todas as bênçãos.*

*À nossa mãe santíssima, por estar me guiando nesta caminhada desde o princípio, e por todas as graças alcançadas.*

*Aos meus pais por todo o auxílio e amor e pelas renúncias em favor da realização dos meus sonhos*

*Aos meus irmãos, Allysson e Andressa, pelas palavras de consolo e afeto.*

*A você, Temístocles, pelo amor, companheirismo, compreensão e renúncias.*

*À minha filha Maria Clara, tão pequena e com um histórico grande de ausências da mamãe em prol do doutoramento.*

*A todos os meus demais familiares, em especial Fátima, Sandra, Socorro, Eliana, Nenenzinha e minha vó Neuza pela compreensão, carinho, incentivo e orações, mesmo distantes, acreditaram e torceram por mim.*

*À Maria Betânea, pelas palavras de incentivo, pelo carinho e pelas contribuições sugeridas para o aperfeiçoamento deste trabalho.*

*À Márcia por dividir comigo os momentos de angústia proporcionados pela distância da família, como também pelas contribuições neste trabalho.*

*A Cacá e Lelé por tantas vezes terem assumido minha filha e amenizado as constantes ausências.*

*Aos colegas do curso de doutorado, pelos momentos de convivência.*

*Aos professores do Instituto de Geriatria e Gerontologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, pelos conhecimentos e experiências compartilhados.*

*Aos colegas professores e técnicos administrativos da Escola Técnica de Saúde da UFPB, pelo incentivo e colaboração.*

*À CAPES pelo financiamento do Doutorado interinstitucional (DINTER).*

*À professora Dra Nilzamira da Silva Oliveira por haver conduzido a coordenação operacional do DINTER.*

*Às ILPIs, pela aceitação da pesquisa me recebendo carinhosamente.*

*Às pessoas idosas e familiares que contribuíram com nossa pesquisa e a tornaram possível.*

*Às professoras Dra Patrícia Krieger Grossi, Dr<sup>a</sup>. Irani Iracema de Lima Argimon e Dra Iridi Cristofoli, pelas valiosas contribuições para o aprimoramento deste trabalho.*

## **AGRADECIMENTO ESPECIAL**

*Ao professor Dr. Ângelo José Gonçalves Bós por aceitar me guiar no universo da pesquisa que, com sabedoria e competência, conduziu-me de modo seguro na realização deste trabalho. Meus sinceros agradecimentos pelo carinho, apoio, compreensão e incentivo nesta caminhada.*



## RESUMO

**Introdução:** Maior longevidade, mudanças no contexto familiar e falta de estruturação política para atender às especificidades da população idosa, proporcionam o aumento na demanda por instituições de longa permanência que passam a assistir, além da necessidade de moradia, os cuidados com a saúde. Ao comparar a qualidade de vida da população institucionalizada com a não institucionalizada, pesquisas apontam o efeito negativo dessas instituições na qualidade de vida da pessoa idosa. **Objetivo:** Avaliar possíveis diferenças na qualidade de vida da pessoa idosa em lista de espera, residente em instituição de longa permanência, e daquela que não está em lista de espera nem demonstra interesse em residir na instituição. **Método:** Estudo quantitativo, transversal, com três grupos - pessoas idosas em lista de espera para residir em instituição de longa permanência (*espera*), residentes em instituições de longa permanência (*residente*) e pessoas que não constam em lista de espera e não desejam residir em instituições de longa permanência (*controle*) da cidade de João Pessoa-PB. Foram estudados 50 respondentes de cada grupo, sendo realizada avaliação da qualidade de vida através dos instrumentos WHOQOL BREF e WHOQOL OLD. **Resultados:** Amostra predominantemente do sexo feminino 76%, com média de idade entre os grupos variando no máximo em 2,5 anos ( $p=0,2166$ ) e os anos de estudo variando entre 6,3 no *residente* e 7,2 no *controle* ( $p=0,7002$ ). Os motivos para a institucionalização mais citados foram: opção própria e falta de cuidador pelos grupos *espera* e *residente*, sendo que ficar sozinho por muito tempo também foi um importante motivo para o *residente*. Atividade religiosa ( $p=0,0140$ ); de lazer ( $p<0,0001$ ) e doméstica ( $p=0,0003$ ) foram menos desenvolvidas pelo grupo *espera*. Não existiu diferença significativa na capacidade funcional entre os grupos ( $p=0,2019$ ). Encontrou-se diferença significativa na avaliação da qualidade de vida em todos os domínios e questões do WHOQOL BREF entre os três grupos, com as médias do escore total de:  $62,0\pm 10,61$ ,  $44,1\pm 13,63$  e  $68,8\pm 7,07$ , respectivamente, para os grupos *residente*, *espera* e *controle*. Importantes diferenças também foram identificadas na avaliação do WHOQOL OLD. O escore total para o *residente* foi de  $60,4\pm 9,88$ ; para o grupo *espera* de  $48,5\pm 12,15$  e para o *controle* de  $68,5\pm 7,90$  ( $p<0,0001$ ). A única faceta em que não houve diferença estatística foi *morte e morrer* na comparação dos três grupos. **Conclusão:** Constatou-se evidente diferença na qualidade de vida existente entre os grupos *residente*, *espera* e *controle*, sendo que os escores do *residente* foram mais próximos ao do *controle* e o produzido pelo grupo *espera* foi invariavelmente inferior. Portanto, considera-se que a institucionalização não proporciona piora na qualidade de vida da pessoa idosa. A percepção dessa qualidade pode já estar comprometida quando se procura a institucionalização.

**Palavras-chave:** Envelhecimento. Idoso. Qualidade de Vida. Instituição de Longa Permanência para Idosos.

## ABSTRACT

**Introduction:** Increased longevity, changes in family conditions and lack of political structure to meet the specifics of the elderly population, provide the increased demand for long-term institutions that go beyond the need for housing, but also for health care. When comparing the quality of life of institutionalized with the non-institutionalized population, studies show the negative effect of these institutions on the quality of life of the elderly.

**Objective:** To evaluate possible differences in the quality of life of elderly people on waiting lists, residents in long-term institutions and those who are not waitlisted nor show interest in residing in such institution. Method: A quantitative, cross-sectional study with three groups - elderly people on a waiting list to live in long-stay institutions (*waitlisted*), residents of long-stay institutions (*resident*) and everyone not on waiting list or wishing to reside in long-term (*control*) of the city of João Pessoa - PB institutions. Fifty respondents in each group answered a questionnaire using standard assessment tools for quality of life: WHOQOL BREF and WHOQOL OLD. **Results:** The sample was predominantly female 76%, mean age between groups differed less than 2.5 years ( $p=0.2166$ ) and years of study ranged between 6.3 in the *resident* and 7.2 for the *control* ( $p=0.70$ ). The most cited reasons for institutionalization were: own option and the lack of caregiver for *resident* and *waitlisted* groups, while be alone for a long time was an important reason also for the *resident*. Religious ( $p=0.0140$ ), leisure time ( $p<0.0001$ ) and domestic ( $p=0.0003$ ) activities were developed by the group least expects. There was no significant difference in functional capacity between the groups ( $p=0.2019$ ). There was significant difference in the quality of life in all areas and issues of the WHOQOL BREF among the three groups, the mean total scores were:  $62.0\pm 10.61$ ,  $44.1\pm 13.63$  and  $68.8\pm 7.07$ , respectively for the *resident*, *waitlisted* and *control* groups. Important differences were also identified in the evaluation of the WHOQOL OLD. The total score for the *resident* was  $60.4\pm 9.88$ , *waitlisted* to  $48.5\pm 12.15$  and  $68.5\pm 7.90$  for the *control* ( $p<0.0001$ ). The only facet that no statistical difference was *death and dying* in the comparison of the three groups. **Conclusion:** We found a clear difference in quality of life among existing resident, *waitlisted* and control groups, and the scores of the resident were closer to the control group and those produced by the *waitlisted* were invariably lower. Therefore, it is considered that institutionalization does not provide poorer quality of life of the elderly. The perception of this quality can already be compromised when seeking institutionalization.

**Keywords:** Aging. Elder. Quality of Life. Institution for the Aged.

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

hab: Habitante

km: Quilômetro

AUT: Autonomia

MEM: Morte e Morrer

APPF: Atividades Presentes, Passadas e Futuras

PSO: Participação Social

INT: Intimidade

FS: Funcionamento do sensório

DP: Desvio Padrão

Q: Questão

et al: e outros

ed: edição

p. ex: por exemplo

SM: Salário Mínimo

Orgs: Organizadores

n: número

## LISTA DE SIGLAS

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
OMS: Organização Mundial de Saúde  
SBGG: Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia  
ILPI: Instituição de Longa Permanência para Idoso  
OPAS: Organização Pan-Americana de Saúde  
AVD: Atividade de Vida Diária  
PNAD: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios  
WHO: World Health Organization  
WHOQOL: World Health Organization Quality of Life  
SF-36: *Short-form Health Survey*  
QV: Qualidade de Vida  
RS: Rio Grande do Sul  
ES: Espírito Santo  
PNI: Política Nacional do Idoso  
MPAS: Ministério da Previdência e Assistência Social  
SEAS: Secretaria de Estado de Assistência Social e Cidadania  
ANVISA: Agência Nacional de Vigilância em Saúde  
SAS: Secretaria de Assistência Social  
RDC: Resolução da Diretoria Colegiada  
IPEA: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada  
PR: Paraná  
PB: Paraíba  
VV: Vila Vicentina  
ASPAN: Associação Promocional do Ancião  
LP: Lar da Providência Carneiro da Cunha  
CDM: Casa da Divina Misericórdia  
IENL: Instituição Espírita Nosso Lar  
ABVD: Atividade Básica de Vida Diária  
MMEE: Miniexame do Estado Mental  
PUCRS: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul  
UFPB: Universidade Federal da Paraíba

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1:</b> ILPIs selecionadas para participar da pesquisa e número de respondentes do grupo <i>residente</i> . João Pessoa-PB, maio de 2012 a fevereiro de 2013.....	40
<b>Tabela 2:</b> Dados utilizados na localização do grupo <i>espera</i> , obtidos nas ILPIs da cidade de João Pessoa-PB, maio de 2012 a fevereiro de 2013.....	47
<b>Tabela 3:</b> Distribuição das pessoas idosas quanto aos critérios de pareamento, João Pessoa-PB, maio de 2012 a fevereiro de 2013.....	50
<b>Tabela 4:</b> Distribuição das pessoas idosas quanto às características demográficas e econômicas de acordo com o grupo, João Pessoa-PB, maio de 2012 a fevereiro de 2013 .....	51
<b>Tabela 5:</b> Distribuição das pessoas idosas quanto às características socioambientais de acordo com o grupo, João Pessoa-PB, maio de 2012 a fevereiro de 2013 .....	53
<b>Tabela 6:</b> Distribuição das pessoas idosas quanto aos aspectos clínicos e hábitos de vida, de acordo com o grupo, João Pessoa-PB, maio de 2012 a fevereiro de 2013 .....	55
<b>Tabela 7:</b> Distribuição das pessoas idosas quanto às características funcionais através da avaliação das AVDs de acordo com os grupos, João Pessoa-PB, maio de 2012 a fevereiro de 2013 .....	56
<b>Tabela 8:</b> Distribuição das questões gerais e dos domínios do instrumento WHOQOL BREF de acordo com o grupo de pessoas idosas, João Pessoa-PB, maio de 2012 a fevereiro de 2013 .....	57
<b>Tabela 9:</b> Distribuição das facetas do instrumento do WHOQOL OLD de acordo com o grupo de pessoas idosas, João Pessoa-PB, maio de 2012 a fevereiro de 2013 .....	57
<b>Tabela 10:</b> Médias de avaliação das questões gerais e do domínio físico do WHOQOL BREF para cada nível de características sociodemográficas e grupo pesquisado, João Pessoa-PB, maio de 2012 a fevereiro de 2013 .....	60
<b>Tabela 11:</b> Médias de avaliação das questões gerais e do domínio físico do WHOQOL BREF, para cada nível de características socioeconômicas, hábitos de vida e grupo pesquisado, João Pessoa-PB, maio de 2012 a fevereiro de 2013 .....	62
<b>Tabela 12:</b> Médias dos escores de avaliação das questões gerais e do domínio físico do WHOQOL BREF para as dificuldades referidas pela pessoa idosa para sair de casa e grupo pesquisado, João Pessoa-PB, maio de 2012 a fevereiro de 2013 .....	64
<b>Tabela 13:</b> Médias dos escores de avaliação das questões gerais e do domínio físico do WHOQOL BREF para as dificuldades referidas pela pessoa idosa para sair de casa, hábitos de vida e grupo pesquisado, João Pessoa-PB, maio de 2012 a fevereiro de 2013 .....	66
<b>Tabela 14:</b> Médias de avaliação das questões gerais e do domínio físico do WHOQOL BREF para os motivos apresentadas pela pessoa idosa para residir numa ILPI, ou que poderia levar a residir, e grupo pesquisado, João Pessoa-PB, maio de 2012 a fevereiro de 2013 .....	68

<b>Tabela 15:</b> Médias de avaliação das questões gerais e do domínio físico do WHOQOL BREF para as características clínicas das pessoas idosas e grupo pesquisado, João Pessoa-PB, maio de 2012 a fevereiro de 2013.....	70
<b>Tabela 16:</b> Médias de avaliação das questões gerais e do domínio físico do WHOQOL BREF para as características clínicas das pessoas idosas e grupo pesquisado, João Pessoa-PB, maio de 2012 a fevereiro de 2013 .....	72
<b>Tabela 17:</b> Médias dos domínios: psicológico e relações sociais do WHOQOL BREF para cada nível de características sociodemográficas e grupo pesquisado, João Pessoa-PB, maio de 2012 a fevereiro de 2013 .....	74
<b>Tabela 18:</b> Médias dos domínios: psicológico e relações sociais do WHOQOL BREF para cada nível de características sociodemográficas e grupo pesquisado, João Pessoa-PB, maio de 2012 a fevereiro de 2013.....	76
<b>Tabela 19:</b> Médias dos escores dos domínios: psicológico e relações sociais do WHOQOL BREF para as dificuldades referidas pela pessoa idosa para sair de casa e grupo pesquisado, João Pessoa-PB, maio de 2012 a fevereiro de 2013 .....	78
<b>Tabela 20:</b> Médias dos escores dos domínios: psicológico e relações sociais do WHOQOL BREF para hábitos de vida e grupo pesquisado, João Pessoa-PB, maio de 2012 a fevereiro de 2013.....	79
<b>Tabela 21:</b> Médias dos escores dos domínios: psicológico e relações sociais do WHOQOL BREF para os motivos apresentadas pela pessoa idosa para residir numa ILPI ou que poderia levar a residir e grupo pesquisado João Pessoa-PB, maio de 2012 a fevereiro de 2013 .....	80
<b>Tabela 22:</b> Médias dos escores dos domínios: psicológico e relações sociais do WHOQOL BREF para doenças referidas pela pessoa idosa e grupo pesquisado, João Pessoa-PB, maio de 2012 a fevereiro de 2013 .....	81
<b>Tabela 23:</b> Médias dos escores dos domínios: psicológico e relações sociais do WHOQOL BREF para as características clínicas da pessoa idosa e grupo pesquisado, João Pessoa-PB, maio de 2012 a fevereiro de 2013 .....	82
<b>Tabela 24:</b> Médias do domínio meio ambiente e escore total do WHOQOL BREF para cada nível de características sociodemográficas e grupo pesquisado, João Pessoa-PB, maio de 2012 a fevereiro de 2013 .....	84
<b>Tabela 25:</b> Médias do domínio meio ambiente e escore total do WHOQOL BREF para cada nível de características socioeconômicas e hábitos de vida e grupo pesquisado, João Pessoa-PB, maio de 2012 a fevereiro de 2013 .....	86
<b>Tabela 26:</b> Médias do domínio meio ambiente e do escore total do WHOQOL BREF para as dificuldades para sair de casa e grupo pesquisado, João Pessoa-PB, maio de 2012 a fevereiro de 2013 .....	88
<b>Tabela 27:</b> Médias do domínio meio ambiente e do escore total do WHOQOL BREF para hábitos de vida e grupo pesquisado, João Pessoa-PB, maio de 2012 a fevereiro de 2013 .....	89

<b>Tabela 28:</b> Médias dos escores do domínio meio ambiente e o escore total do WHOQOL BREF para os motivos referidos pela pessoa idosa para residir numa ILPI ou que poderia levar a residir e grupo pesquisado, João Pessoa-PB, maio de 2012 a fevereiro de 2013 .....	90
<b>Tabela 29:</b> Médias do domínio meio ambiente e o escore total do WHOQOL BREF para características clínicas apresentadas pela pessoa idosa e grupo pesquisado, João Pessoa-PB, maio de 2012 a fevereiro de 2013 .....	92
<b>Tabela 30:</b> Médias das facetas: funcionamento do sensório, autonomia, morte e morrer do WHOQOL OLD para cada nível de características sociodemográficas e grupo pesquisado, João Pessoa-PB, maio de 2012 a fevereiro de 2013 .....	94
<b>Tabela 31:</b> Médias das facetas: funcionamento do sensório, autonomia, morte e morrer do WHOQOL OLD para cada nível de características socioeconômicas e hábitos de vida e grupo pesquisado, João Pessoa-PB, maio de 2012 a fevereiro de 2013 .....	96
<b>Tabela 32:</b> Médias das facetas: funcionamento do sensório, autonomia, morte e morrer do WHOQOL OLD para as dificuldades relatadas pela pessoa idosa para sair de casa e grupo pesquisado, João Pessoa-PB, maio de 2012 a fevereiro de 2013 .....	98
<b>Tabela 33:</b> Médias das facetas: funcionamento do sensório, autonomia, morte e morrer do WHOQOL OLD para as dificuldades apresentadas pela pessoa idosa para sair de casa, hábitos de vida e grupo pesquisado, João Pessoa-PB, maio de 2012 a fevereiro de 2013 .....	100
<b>Tabela 34:</b> Médias das facetas: funcionamento do sensório, autonomia, morte e morrer do WHOQOL OLD para os motivos referidos pela pessoa idosa para residir numa ILPI ou que poderia levar a residir e grupo pesquisado, João Pessoa-PB, maio de 2012 a fevereiro de 2013.....	102
<b>Tabela 35:</b> Médias das facetas: funcionamento do sensório, autonomia, morte e morrer do WHOQOL OLD para as características clínicas apresentadas pela pessoa idosa e grupo pesquisado, João Pessoa-PB, maio de 2012 a fevereiro de 2013 .....	104
<b>Tabela 36:</b> Médias das facetas: funcionamento do sensório, autonomia e morte e morrer do WHOQOL OLD para as características clínicas apresentadas pelas pessoas idosas e grupo pesquisado, João Pessoa-PB, maio de 2012 a fevereiro de 2013.....	106
<b>Tabela 37:</b> Médias dos escores das facetas: atividades passadas, presentes e futuras e participação social do WHOQOL OLD para cada nível das características sociodemográficas e grupo pesquisado, João Pessoa-PB, maio de 2012 a fevereiro de 2013 .....	108
<b>Tabela 38:</b> Médias dos escores das facetas: atividades passadas, presentes e futuras e participação social do WHOQOL OLD para cada nível de características sociodemográficas, hábitos de vida e grupo pesquisado, João Pessoa-PB, maio de 2012 a fevereiro de 2013.....	110
<b>Tabela 39:</b> Médias dos escores das facetas: atividades passadas, presentes e futuras e participação social do WHOQOL OLD para as dificuldades encontradas pelas pessoas idosas e grupo pesquisado, João Pessoa-PB, maio de 2012 a fevereiro de 2013 .....	112

<b>Tabela 40:</b> Médias dos escores das facetas: atividades passadas, presentes e futuras e participação social do WHOQOL OLD para hábitos de vida apresentados pelas pessoas idosas e grupo pesquisado, João Pessoa-PB, maio de 2012 a fevereiro de 2013 .....	113
<b>Tabela 41:</b> Médias dos escores das facetas: atividades passadas, presentes e futuras e participação social do WHOQOL OLD para os motivos apresentados pela pessoa idosa para residir numa ILPI, ou que poderia levar a residir, e grupo pesquisado, João Pessoa-PB, maio de 2012 a fevereiro de 2013 .....	114
<b>Tabela 42:</b> Médias dos escores das facetas: atividades passadas, presentes e futuras e participação social do WHOQOL OLD para as características clínicas apresentadas pela pessoa idosa e grupo pesquisado, João Pessoa-PB, maio de 2012 a fevereiro de 2013 .....	116
<b>Tabela 43:</b> Médias da faceta intimidade e escore total do WHOQOL OLD para cada nível das características sociodemográficas e grupo pesquisado, João Pessoa-PB, maio de 2012 a fevereiro de 2013 .....	118
<b>Tabela 44:</b> Médias da faceta intimidade e escore total do WHOQOL OLD para cada nível de características socioeconômicas, hábitos de vida e grupo pesquisado, João Pessoa-PB, maio de 2012 a fevereiro de 2013 .....	120
<b>Tabela 45:</b> Médias da faceta intimidade e escore total do WHOQOL OLD para as dificuldades relatadas pelas pessoas idosas para sair de casa e grupo pesquisado, João Pessoa-PB, maio de 2012 a fevereiro de 2013 .....	122
<b>Tabela 46:</b> Médias da faceta intimidade e escore total do WHOQOL OLD para hábitos de vida e grupo pesquisado, João Pessoa-PB, maio de 2012 a fevereiro de 2013 .....	123
<b>Tabela 47:</b> Médias da faceta intimidade e escore total do WHOQOL OLD para os motivos apresentadas pela pessoa idosa para residir numa ILPI ou que poderia levar a residir e grupo pesquisado, João Pessoa-PB, maio de 2012 a fevereiro de 2013 .....	124
<b>Tabela 48:</b> Médias da faceta intimidade e escore total do WHOQOL OLD para as características clínicas e grupo pesquisado, João Pessoa-PB, maio de 2012 a fevereiro de 2013 .....	126



## **LISTA DE QUADROS**

Quadro 1: Critério de pareamento através da variável escolaridade, definido pelos autores do estudo. maio de 2012, João Pessoa/PB .....	42
Quadro 2: Dificuldades encontradas no percurso da coleta de dados e as estratégias adotadas, João Pessoa-PB, maio de 2012 a Fevereiro de 2013 .....	49

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>17</b>
<b>2 REVISÃO DA LITERATURA .....</b>	<b>21</b>
2.1 CONSIDERAÇÕES SOBRE O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO .....	21
2.2 QUALIDADE DE VIDA .....	24
2.3 INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA PESSOAS IDOSAS.....	28
<b>3 OBJETIVOS .....</b>	<b>37</b>
3.1 GERAL.....	37
3.2 ESPECÍFICOS .....	37
<b>4 MÉTODOS.....</b>	<b>38</b>
4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO .....	38
4.2 POPULAÇÃO/AMOSTRA .....	38
4.3 CONTEXTO DA PESQUISA.....	39
<b>4.3.1 Critérios de Inclusão .....</b>	<b>40</b>
<i>4.3.1.1 Critério de Inclusão para o Grupo Residente .....</i>	<i>40</i>
<i>4.3.1.2 Critério de Inclusão para o Grupo Espera .....</i>	<i>41</i>
<i>4.3.1.3 Critério de Inclusão para o Grupo Controle .....</i>	<i>41</i>
<b>4.3.2 Critérios de Exclusão .....</b>	<b>41</b>
<b>4.3.3 Critérios de Pareamento .....</b>	<b>41</b>
4.4 VARIÁVEIS DO ESTUDO .....	42
<b>4.4.1 Variáveis Dependentes .....</b>	<b>42</b>
<b>4.4.2 Variável Independente .....</b>	<b>42</b>
<b>4.4.3 Variáveis Secundárias .....</b>	<b>42</b>
4.5 INSTRUMENTOS PARA COLETA DOS DADOS .....	42
<b>4.5.1 Questionário Demográfico, Socioeconômico e de Saúde.....</b>	<b>43</b>
<b>4.5.2 Escala de Katz et al.....</b>	<b>43</b>
<b>4.5.3 Mini Exame do Estado Mental (MMEE) .....</b>	<b>43</b>
<b>4.5.4 Questionário WHOQOL BREF .....</b>	<b>44</b>
<b>4.5.5 Questionário WHOQOL-OLD.....</b>	<b>45</b>

4.6 PROCEDIMENTO PARA COLETA DOS DADOS.....	46
4.7 ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	48
<b>5 RESULTADOS .....</b>	<b>50</b>
5.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA .....	50
5.2 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA.....	56
5.3 MÉDIAS DOS ESCORES DO WHOQOL BREF E WHOQOL OLD PARA CADA NÍVEL DE CARACTERÍSTICA (DEMOGRÁFICAS, SOCIAIS, ECONÔMICAS, HÁBITOS DE VIDA E CLÍNICAS) E GRUPO PESQUISADO. ....	58
<b>6 DISCUSSÃO .....</b>	<b>127</b>
<b>7 CONCLUSÃO.....</b>	<b>142</b>
<b>APÊNDICE A QUESTIONÁRIO .....</b>	<b>155</b>
<b>APÊNDICE B TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....</b>	<b>159</b>
<b>ANEXO A - ESCALA DE KATZ .....</b>	<b>160</b>
<b>ANEXO B - WHOQOL BREF .....</b>	<b>161</b>
<b>ANEXO C - WHOQOL OLD.....</b>	<b>162</b>
<b>ANEXO D - MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL - MEEM .....</b>	<b>163</b>
<b>ANEXO E - PARECER DA COMISSÃO CIENTÍFICA DA PUCRS.....</b>	<b>164</b>
<b>ANEXO F - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA PUCRS .....</b>	<b>165</b>
<b>ANEXO G - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CCS/UFPA.....</b>	<b>166</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A mudança no perfil etário da população nos países desenvolvidos ocorreu gradativamente, resultado do seu próprio avanço enquanto que, nos países em desenvolvimento, como o Brasil, essa mudança ocorreu de forma brusca e conseqüentemente despreparada<sup>1</sup>. Os índices crescentes de pessoas idosas impõem situações desafiadoras ao poder público, sociedade, família e indivíduos, no que se refere à elaboração de estratégias que favoreçam uma longevidade com preservação da autonomia e independência, alicerçada na promoção de uma vida ativa e saudável<sup>2</sup>.

O progressivo aumento da população idosa é justificado na literatura como proveniente do aumento da expectativa de vida, da diminuição da mortalidade e da fecundidade<sup>2</sup>.

Segundo o censo demográfico realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2010, a população brasileira atingiu um total de 190.732.694 habitantes, sendo que aproximadamente 12,4% dessa população representam as pessoas com 60 anos ou mais<sup>3</sup>, consideradas pessoas idosas<sup>4</sup>.

Projeções do IBGE (2013) apontam para uma população idosa que irá passar dos 22.1 milhões em 2013 para 73.551.010 em 2060. A Paraíba passará dos seus atuais 433.747 mil para 718.126 mil pessoas idosas<sup>5</sup>. Dessa forma, os cuidados com essa parcela populacional devem estar voltados para a manutenção da capacidade funcional, da independência social, da mobilidade e das habilidades cognitivas<sup>6</sup>.

O envelhecimento é um processo natural, universal e próprio de cada ser humano, que envolve aspectos biopsicossociais<sup>7</sup>. O aspecto psicológico é evidenciado de maneira dinâmica e complexa, influenciado por fatores individuais que se iniciam com o declínio lento e progressivo das habilidades individuais, caracterizados por perdas da autoimagem e autoestima<sup>7</sup>. As adaptações do indivíduo ao processo de envelhecimento, englobam variados aspectos, que em alguns casos configura-se um drama para além da ruptura com as redes sociais de referência e os grupos aos quais pertencem, como a família<sup>8</sup>.

Dentre as questões referentes ao envelhecimento, a saúde desenvolve importante impacto sobre a qualidade de vida da pessoa idosa, é também responsável pela representação negativa, normalmente associada ao envelhecimento, que tem como fator principal o declínio biológico, algumas vezes acompanhado por doenças e limitações funcionais com o avançar da idade<sup>9</sup>.

Compreender o processo do envelhecimento é buscar entender os determinantes da longevidade com qualidade de vida. Envelhecer satisfatoriamente depende de um equilíbrio entre os limites impostos pelos anos vividos e as capacidades e/ou potencialidades do indivíduo. Essa relação irá possibilitar à pessoa idosa mecanismos para lidar com diferentes graus de sucesso, com as perdas próprias do envelhecimento<sup>10</sup>. Estudos buscam compreender o que constituiria um envelhecimento bem sucedido<sup>11</sup>.

O Ministério da Saúde estabelece que na atenção à pessoa idosa devam ser enfatizadas as iniciativas dirigidas à proteção, manutenção e recuperação de sua capacidade funcional, incluindo medidas que visem à promoção da qualidade de vida, do envelhecimento ativo e a proximidade com a família e a comunidade o maior tempo possível<sup>9</sup>. A política nacional de saúde propõe um modelo de atenção à pessoa idosa baseado na perspectiva da OMS que defende ações dirigidas ao envelhecimento ativo, no lugar da concepção de envelhecimento saudável, que estava ligada à ocorrência de doenças não transmissíveis. Essa política visa mobilizar as três esferas do governo para maior atenção ao tema<sup>9,12</sup>.

O termo qualidade de vida expressa a maneira como o indivíduo está adaptado às atividades do seu cotidiano, incluindo seu estado de saúde que envolve bem estar físico mental, funcional e sua inclusão social<sup>13</sup>. Destaca-se a percepção que o indivíduo tem do espaço que ocupa na vida dentro do contexto social, cultural e do sistema de valores de onde vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações<sup>10,14</sup>.

O processo de transição demográfica vem proporcionando alterações consideráveis no perfil de saúde da pessoa idosa, convivência maior com doenças crônicas e incapacidade funcional, favorecendo a uma maior vulnerabilidade e dependência, aumentando os demandantes de cuidados em meio à diminuição de descendentes para cuidar. A família, que culturalmente é a provedora de cuidados, sofre transformações estruturais decorrentes da queda da natalidade (1,77 filhos em média por mulher), mudanças nos padrões de nupcialidade e o ingresso da mulher no mercado de trabalho<sup>15,16</sup>.

Entre as alternativas para o cuidado não familiar da pessoa idosa, as mais antigas e conhecidas são as instituições asilares, que no Brasil foram renomeadas pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG), para Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI). Essa modalidade de cuidado sempre foi vista com resistência e preconceito, assemelhada a “depósitos de pessoas idosas” e à finitude da vida<sup>17</sup>.

As ILPIs surgem para suprir a necessidade de guarda, proteção, segurança e alimentação, abrigando as pessoas idosas rejeitadas pelos seus grupos diretos, à medida que sua presença torna-se incômoda, difícil e insustentável, ficando sua participação familiar e

social limitada ou até impossibilitada <sup>18</sup>. A instituição oferece condições melhores do que viver nas ruas ou serem vítimas de maus tratos familiares. Favorece a construção e manutenção de vínculos afetivos e não reduz a importância da família no apoio e cuidado de seus membros <sup>19</sup>. Significa uma nova organização e divisão de responsabilidade entre os “pilares do bem estar” <sup>20</sup>, família, estado e mercado <sup>19</sup>.

Poucos são os estudos <sup>21,22,23</sup> que evidenciam dados positivos da institucionalização; a maioria demonstra <sup>24,25,26,27,28,29</sup> que a qualidade de vida da pessoa idosa institucionalizada é inferior ao da não institucionalizada, que vive na comunidade e que provavelmente não tenha a necessidade de residir numa ILPI, reforçando negativamente o conceito que se tem destas instituições. Contesta-se nesses estudos a escolha do grupo de comparação. Será que a qualidade de vida da pessoa idosa residente em ILPI, se comparada com aquela que apresenta necessidade de apoio à moradia ou cuidados com a saúde, teria os mesmos resultados?

Solicitar vaga para residir em ILPI é uma decisão que acarreta sofrimento e geralmente só é tomada quando a pessoa idosa apresenta incapacidades funcionais. Aqueles que as solicitam, antes da instalação de comprometimentos físicos e mentais, também são atormentados pelas imagens negativas que acompanham esses serviços. As pesquisas na área mostram dados que potencializam essa concepção. Comparam a qualidade de vida da pessoa idosa residente em ILPI com a residente na comunidade. Estatisticamente provam que pessoa idosa na comunidade vive com mais qualidade <sup>24,26,29</sup>.

No processo de envelhecimento destaca-se o aumento da demanda por ILPI, considerada uma alternativa de moradia, <sup>18,30,31</sup> e assistência à saúde <sup>26</sup>. A cobertura dessa modalidade de atendimento é baixa, talvez reflexo da imagem pejorativa que acompanha a institucionalização <sup>16,32</sup>. Tem-se a concepção que a pessoa idosa só reside em ILPI após ter esgotado todas as outras possibilidades de moradia, e esta demanda sofrimento à pessoa idosa, realidade contestada quando se observa no cotidiano das instituições relatos dos residentes que apresentam satisfação na nova morada. Os estudos sobre institucionalização das pessoas idosas deixam no anonimato dados referentes a uma parcela considerável desta população que aguarda vaga em lista de espera para residir em ILPI. Existem pontuais citações da sua existência, <sup>30,31</sup> mas não foi encontrada, na literatura brasileira, a descrição dessa amostra.

Considerando as peculiaridades da pessoa idosa institucionalizada e a carência de estudos que abordem a parcela populacional em lista de espera, surgiu a necessidade de se avaliar e comparar a qualidade de vida das pessoas idosas residentes em ILPI (*residente*), daquelas residentes na comunidade que não demonstrem interesse em residir em ILPI (*controle*) e das que se encontram em lista de espera para residir em ILPI (*espera*).

Diante do exposto, justifica-se o propósito desta pesquisa, uma vez que existe a necessidade de discutir e formular novos conceitos sobre a institucionalização da pessoa idosa no Brasil. Pretende-se apresentar à sociedade e às autoridades públicas, dados provenientes de uma abordagem diferenciada dessa parcela da população idosa, com tendências a um crescimento vertiginoso.

Identificar possíveis diferenças na qualidade de vida das pessoas idosas segundo o contexto dos grupos *residente*, *espera* e *controle*, poderá contribuir com a elaboração de políticas públicas destinadas a apoiar as ILPIs, melhorar as condições de moradia da pessoa idosa institucionalizada, apoiar as famílias com orientação e suporte de cuidador domiciliar, além de ofertar mais serviços destinados a atender as necessidades desta clientela, segundo o contexto no qual estão inseridas.

Para a realização deste estudo assumiu-se como hipótese, a pessoa idosa *residente* em ILPI apresentar qualidade de vida melhor que a pessoa idosa em lista de *espera* e esta apresentar qualidade de vida pior do que o respondente *residente* e *controle*. As possíveis hipóteses nulas foram: o grupo *espera* apresentar qualidade de vida igual ao *controle*; o grupo *residente* apresentar qualidade de vida igual ao *controle* e o grupo *espera* apresentar qualidade de vida igual ao *residente*. E como hipóteses alternativas: o grupo *espera* apresentar qualidade de vida diferente do *controle*, o *residente* diferente do *controle* e o *espera* diferente do *residente*.

## 2 REVISÃO DA LITERATURA

### 2.1 CONSIDERAÇÕES SOBRE O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO

Segundo a visão biogerontológica o envelhecimento é conceituado como um processo dinâmico e progressivo, no qual há modificações morfológicas, bioquímicas, funcionais e psicológicas, que determinam perda da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos que terminam por levá-lo à morte <sup>33</sup>. Esse processo é multifatorial e envolve a hereditariedade, a ação do meio ambiente, a própria idade, tipo de ocupação, a dieta e o estilo de vida do indivíduo <sup>34</sup>.

O envelhecimento caracteriza-se como um processo de transformações construídas no decorrer da existência, fortemente influenciado pelas condições históricas e sociais do período. Esses fatores tornam as concepções sobre a velhice variável conforme o indivíduo, a cultura e a época <sup>35</sup>. A velhice é uma experiência vivenciada por pessoas e gerações de maneira diferente, o maior ou menor êxito irá depender dos padrões biológicos, psicológicos e sociais <sup>33</sup>.

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) conceitua o envelhecimento como sequencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte <sup>36</sup>.

O Ministério da Saúde define o envelhecimento como um processo natural de diminuição progressiva da reserva funcional dos indivíduos (senescência), o que, em condições normais, não costuma provocar qualquer problema. No entanto, em condições de sobrecarga, como, por exemplo, doenças, acidentes e estresse emocional, podem ocasionar uma condição patológica que requeira assistência (senilidade) <sup>37</sup>.

Sumarizando pode-se dizer que o processo de envelhecimento é acompanhado por mudanças físicas e psíquicas, que acontecem em determinadas esferas e em certa sequência temporal <sup>38</sup>. Pesquisadores mencionam o fato da não homogeneidade do envelhecimento, seja para o indivíduo ou para todos os povos. Os fatores pessoais e fatores estruturais de desenvolvimento de um país estão inter-relacionados, determinando o processo de envelhecimento, como também condicionando seu conceito <sup>39</sup>.



Ao comparar-se o envelhecimento populacional ocorrido no Brasil com demais países desenvolvidos, observam-se diferenças significantes, particularmente no que se refere ao tempo que a população levou para envelhecer, como se deu o processo de envelhecimento individual, e as condições para viver a velhice<sup>39</sup>.

Além das questões biológicas, cronológicas e psicossociais, que envolvem o processo de envelhecimento, faz-se necessário abordar as representações correntes na sociedade que se expressam em dois focos: perspectiva negativa – onde a pessoa idosa é vista como inútil, sem possibilidades de contribuir e consumista de recursos -, e perspectiva positiva – assume conotação de sujeito autônomo que exerce seu papel de cidadão e que é portador de um projeto de vida<sup>40</sup>.

As mudanças que ocorrem na velhice, principalmente na quantidade de energia e produtividade e nos recursos disponíveis ao indivíduo, podem exigir alterações radicais em atividades rotineiras, por deixarem as pessoas idosas mais vulneráveis, físico e emocionalmente<sup>10</sup>.

A cada ano, aumenta o número de pessoas idosas no Brasil, a maior parte com doenças crônicas e algumas com limitações funcionais<sup>41</sup>. Essas doenças crônicas tendem a se manifestar de forma expressiva na idade mais avançada. Podem gerar um processo incapacitante, afetando a funcionalidade das pessoas idosas<sup>42</sup>, ou seja, dificultando ou impedindo o desempenho das atividades cotidianas de forma independente, com repercussão significativa na sua qualidade de vida<sup>37</sup>. Tornar-se dependente é uma situação temida entre as pessoas idosas<sup>42</sup>, pois estaria se anulando diante de um contexto social no qual supervaloriza a autonomia e a independência.

Pesquisas apontam aumento na dependência para o desempenho das Atividades de Vida Diária (AVDs)<sup>42</sup>. Projeções populacionais indicam maiores taxas de crescimento para as pessoas muito idosas, por ser o grupo mais exposto às fragilidades da idade, sendo representado em sua maioria pelas mulheres, fato justificado pela expectativa de vida maior do que os homens e conseqüentemente mais exposição às doenças crônicas<sup>32</sup>.

Como referido anteriormente, a maioria das doenças crônicas das pessoas idosas tem como principal fator de risco a própria idade, no entanto, a longevidade não impede que esta pessoa possa conduzir sua própria vida de maneira autônoma e decidir sobre seus interesses. A pessoa idosa que mantém sua independência e autodeterminação deve ser considerada saudável, ainda que apresente uma ou mais doenças crônicas<sup>42</sup>.

Das principais doenças citadas na investigação feita pela Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) em 2008, a hipertensão afetou 58,9% das pessoas idosas do

sexo masculino e 66,6% do sexo feminino. Outras doenças referidas foram artrite ou reumatismo, problemas na coluna, doenças cardíacas e diabetes<sup>32</sup>. As psicopatologias também são frequentes<sup>43</sup>; no Brasil a prevalência de depressão entre as pessoas acima de 60anos varia de 4,7% a 36,8%, dependendo fundamentalmente do instrumento utilizado, dos pontos de corte e da gravidade dos sintomas. É considerada um dos transtornos mais comuns entre as pessoas idosas<sup>37</sup> e pode afetar significativamente sua qualidade de vida<sup>44</sup>.

A dificuldade no prognóstico das doenças crônicas as tornam difíceis de administrar, demanda tratamento prolongado, cuidados específicos e contínuos, resultando em elevados custos financeiros<sup>16,45</sup>. As doenças crônicas podem ser prevenidas ou controladas por meio da identificação precoce, hábitos de vida saudáveis, prática de exercícios físicos e acesso a serviços adequados<sup>45</sup>. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a sociedade tem o dever de reconhecer e dar assistência às necessidades das pessoas com algum tipo de limitação física e/ou psíquica<sup>16</sup>.

O grau de preservação da capacidade funcional é o fator considerado para se identificar o nível de saúde, antes mensurável pela presença ou ausência de enfermidades, passando a ser um dos principais determinantes da percepção de saúde da pessoa idosa<sup>37</sup>. É importante conhecer o comprometimento causado pelas doenças crônicas. A avaliação funcional é indispensável para se precisar um diagnóstico, prognóstico e julgamento clínico adequado para um planejamento assistencial efetivo<sup>41</sup>.

Para a avaliação funcional o instrumento mais utilizado na literatura gerontológica tanto em âmbito nacional quanto internacional é o Index de Independência nas Atividades de Vida Diária (AVDs) – desenvolvido por Sidney Katz e equipe, agregando informações teóricas e empíricas<sup>46</sup>. A adaptação transcultural da Escala de Independência nas Atividades da Vida Diária, ou escala de Katz, foi realizada por Lino et al. A versão em português mostrou ser equivalente à original em inglês; os itens apresentaram consistência e as taxas foram confiáveis<sup>47</sup>. As atividades da vida diária de Katz são vistas como habilidades na manutenção das funções básicas, como tomar banho, alimentar-se, vestir-se, higiene pessoal (caminha, usa o banheiro, veste-se), transferência (deitar na cama, levantar sem ajuda) e continência (controla urina e fezes)<sup>48</sup>.

Com o contínuo envelhecimento muitas tarefas consideradas banais e de fácil execução, gradativamente, vão apresentando graus de dificuldades na realização, muitas vezes imperceptível pela pessoa idosa<sup>49</sup>. O comprometimento funcional apresenta-se como fator determinante para cuidados de longa duração. Para os demandantes desses cuidados, tem-se na ILPI uma opção de provimento das necessidades da pessoa idosa e da família. O maior

desafio na atenção à pessoa idosa é conseguir contribuir para que, apesar das progressivas limitações que possam ocorrer, elas consigam redescobrir novas possibilidades de viver com a máxima qualidade possível<sup>37</sup>.

## 2.2 QUALIDADE DE VIDA

O prolongamento na expectativa de vida é uma aspiração de qualquer sociedade, no entanto, só pode ser considerada como uma real conquista na medida em que se adicione “qualidade aos anos de vida”<sup>41</sup>. O progresso das descobertas no campo da saúde, a cura de doenças responsáveis por altas taxas de mortalidade e a oferta de tratamento para as que não apresentam cura, associados à longevidade, têm possibilitado uma convivência maior com a forma abrandada ou assintomática das doenças consideradas crônicas<sup>10</sup>. Com esse advento surge outra necessidade: dispor de maneiras para mensurar a forma como as pessoas vivem esse prolongamento da vida<sup>10</sup>.

Os resultados dos indicadores da morbidade e mortalidade são parâmetros de avaliação de um atendimento focado no diagnóstico e tratamento das doenças. Essa avaliação nas últimas décadas vem agregando outros conceitos e o resultado das condutas no atendimento às doenças tem sido avaliado, também, através das variáveis subjetivas que incorporam as percepções dos assistidos em relação ao seu bem-estar e à qualidade de vida<sup>50,51</sup>

Avaliar a qualidade de vida no contexto da atenção à saúde tornou-se prática constante e significativa em pesquisa, acompanhamento clínico, planejamento de ações e de políticas, alocação de recursos e avaliações de programas, principalmente em países desenvolvidos. No Brasil, mais recentemente, sua importância vem sendo discutida e, pouco a pouco, ganhando popularidade<sup>50</sup>.

A introdução do conceito de qualidade de vida como medida de desfecho em saúde surgiu a partir da década de 1970. Foram consideradas algumas vertentes para a elaboração do que significaria o termo qualidade de vida, entre elas: Estudos de base epidemiológica sobre a felicidade e bem-estar, indicadores sociais, insuficiência das medidas objetivas de desfecho em saúde, psicologia positiva (resiliência, esperança, coragem sabedoria, criatividade e espiritualidade), satisfação do cliente e o movimento de humanização da medicina<sup>10</sup>.

Ao termo qualidade de vida incorpora-se uma multiplicidade de conceitos, colocados de forma heterogênea. Está submetido a vários pontos de vista influenciados conforme região, época, cultura, classe social e até mesmo de indivíduo para indivíduo<sup>50</sup>. Não existe um

consenso ou uma definição amplamente adotada de qualidade de vida, no entanto, há uma significativa concordância quanto ao fato da qualidade de vida ser mais abrangente do que o simples estado de saúde - este representa apenas um dos domínios da qualidade de vida <sup>52</sup>.

Na elaboração do conceito qualidade de vida alguns termos apresentaram certa finitude, como status de saúde, status funcional e incapacidade/deficiência (visão biológica e funcional); bem-estar, satisfação e felicidade (abordagem psicológica) e um terceiro grupo baseado na teoria da “preferência” (o valor que os indivíduos dão aos diferentes estados). A qualidade de vida apresenta intersecções com a maioria destes conceitos; o diferencial e relevante está no seu aspecto genérico <sup>10</sup>.

A Organização Mundial de Saúde através do grupo WHOQOL conceituou qualidade de vida como sendo “a percepção do indivíduo da sua posição na vida, no contexto de sua cultura e no sistema de valores em que vive e em relação às suas expectativas, seus padrões e suas preocupações” <sup>10</sup>. Conforme o grupo WHOQOL, três características importantes são pontuadas nesse conceito: subjetividade – perspectiva do indivíduo; multidimensionalidade – considera vários domínios (p. ex. domínio Físico, psicológico e relacionamento social) e a bipolaridade - presença de dimensões positivas (ex. mobilidade, funcionalidade) e negativas (ex. dor, dependência de medicação) <sup>53</sup>. Outro autor complementa com a mutabilidade e a complexidade, considerando que a qualidade de vida pode mudar em função do local, tempo, pessoa, contexto cultural; para uma mesma pessoa, muda conforme seu estado de humor. Todas essas características também aumentam a dificuldade de avaliação <sup>50</sup>.

Existe consenso dos pesquisadores quanto à complexidade na mensuração da qualidade de vida e quanto à necessidade de uma avaliação que inclua os aspectos objetivos e subjetivos <sup>51,54,55,56</sup>. Como medidas objetivas, têm-se os indicadores concretos, a exemplo da taxa de desemprego, densidade demográfica, dentre outros, e nas medidas subjetivas incluiriam-se os indicadores abstratos <sup>54</sup>, os significados atribuídos pelo próprio indivíduo referentes ao seu bem-estar, satisfação, realização pessoal.

Instrumentos multidimensionais consideravelmente sensíveis são necessários para que se possa captar a variabilidade dos diferentes grupos de pessoas idosas e de sua qualidade de vida, uma vez que esta faixa etária apresenta particularidades, que englobam as experiências de vida e valores que os diferenciam dos mais jovens, maior susceptibilidade às doenças e diversas situações sociais (aposentadoria, viuvez, dependência, perda de autonomia e de papéis sociais, entre outros). Todos esses fatores contribuem para uma maior complexidade da mensuração da qualidade de vida das pessoas idosas <sup>50</sup>. O autor faz uma consideração bastante pertinente, ao relatar que a qualidade de vida em pessoas idosas e sua avaliação são

influenciadas também pelo preconceito dos profissionais e da própria pessoa idosa sobre a velhice.

A literatura apresenta diferentes instrumentos para avaliar a qualidade de vida, os quais devem contemplar as necessidades particulares da pessoa idosa e fornecer dados que reflitam com precisão os fatores relacionados à qualidade de vida e ao processo de envelhecimento. Entre as escalas disponíveis, genérica e especificamente está a escala de Vida de Flanagan, WHOQOL 100, WHOQOL BREF, o *Geriatric Quality of Life Questionnaire*, o *Short-form Health Survey (SF-36)* <sup>38</sup>.

O Grupo WHOQOL, mediante a necessidade de avaliar a qualidade de vida, numa visão transcultural desenvolveu inicialmente um instrumento genérico WHOQOL 100, <sup>56</sup> que, em termos práticos, ficou extenso. Outro instrumento genérico de avaliação numa forma reduzida foi elaborado, WHOQOL-BREF, que fornece escores resumidos para quatro domínios (físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente) <sup>57</sup>. É uma opção válida para as situações em que seja inviável a aplicação de um questionário longo (p. ex: levantamentos de base epidemiológica e estudos que incluam diversas medidas) <sup>58</sup>.

O WHOQOL BREF é uma alternativa de instrumento genérico de aferição de qualidade de vida aplicável em uma variedade de populações. Na aplicação desse instrumento em uma amostra de 300 indivíduos, divididos em dois grupos, sendo um composto de 250 pacientes de um hospital universitário de Porto Alegre e outro de 50 indivíduos saudáveis, observou-se que o questionário apresenta uma boa consistência interna, validade discriminante, validade de conteúdo e confiabilidade teste-reteste <sup>58</sup>. O WHOQOL 100 e o WHOQOL-BREF são instrumentos que avaliam uma ampla variedade de domínios de QV e são confiáveis e válidos para uso em diversas culturas <sup>57</sup>.

Alguns instrumentos específicos foram elaborados pelo grupo WHOQOL, entre eles o WHOQOL OLD, demonstrando uma preocupação em avaliar a qualidade de vida das pessoas com 60 anos ou mais, motivados pelo acentuado envelhecimento populacional. A construção e validação multicêntrica desse instrumento envolveu 22 países: Escócia (centro coordenador), Brasil, Inglaterra, Espanha, Dinamarca, França, República Tcheca, Hungria, Noruega, Canadá, Austrália, Estados Unidos, Israel, Japão, Suécia, China, Lituânia, Uruguai, Turquia, Grécia e Suécia, além do escritório europeu da Organização Mundial da Saúde (OMS) <sup>59</sup>. No Brasil, Fleck e colaboradores, coordenados pela OMS, desenvolveram um módulo complementar aos instrumentos WHOQOL existentes, para adultos idosos, o WHOQOL-OLD <sup>10</sup>.

Um teste aplicando o questionário WHOQOL OLD, realizado com amostra de 424 pessoas idosas na cidade de Porto Alegre/RS, em 2005, mostrou características satisfatórias quanto à consistência interna (Coeficientes de Cronbach de 0,71 a 0,88), validade discriminante ( $p < 0,01$ ), validade concorrente (Coeficientes de correlação entre -0,61 e -0,50) e fidedignidade teste-reteste (Coeficientes de correlação entre 0,58 a 0,82). O Módulo WHOQOL-OLD representa uma alternativa útil e com bom desempenho psicométrico na investigação de qualidade de vida em pessoas idosas<sup>55,58</sup>.

Na avaliação da Qualidade de Vida são considerados os aspectos perceptuais quanto ao bem estar pessoal e autoestima, além das questões relacionadas às condições clínicas de saúde do indivíduo. Para contemplar o processo de avaliação necessita-se investigar questões relativas à percepção do estado de saúde, estilo de vida, capacidade funcional, autocuidado, suporte familiar, interação social, atividade intelectual, nível socioeconômico, estado emocional, valores culturais e religiosos e satisfação pessoal quanto às atividades diárias e ambiente em que vive<sup>60</sup>.

Uma avaliação positiva da vida é estabelecida pelo ambiente físico-social e posteriormente pelas escolhas do sujeito para sua própria vida. A partir desse momento, o que ele consegue ou não realizar é proveniente das oportunidades disponíveis como também do seu esforço frente às oportunidades que sua condição de vida oferece<sup>61</sup>.

Em pesquisa realizada com 339 pessoas com 60 anos ou mais, estratificados por sexo, idade e percepção subjetiva de saúde ou doença, objetivando identificar as variáveis relevantes na qualidade de vida da pessoa idosa, de acordo com a percepção da própria pessoa idosa, foram encontradas associações com pior QV nas variáveis: sexo (masculino), idade (idades mais avançadas), estado civil (casados), classe social (C+D) e percepção de saúde, observada também uma considerável associação com sintomas depressivos. Os domínios nível de independência, meio ambiente e psicológico estiveram relacionados a uma melhor avaliação da qualidade de vida<sup>59</sup>.

Em outra pesquisa, cujo objetivo foi comparar a qualidade de vida de 70 pessoas com 60 anos ou mais funcionalmente independentes e residentes em instituições e 210 não institucionalizados na região metropolitana de Vitória-ES, observou-se uma pior qualidade de vida em todos os domínios dos instrumentos, oferecendo subsídios ao pesquisador para constatar que a institucionalização de pessoas idosas é um fato determinante na perda da qualidade de vida<sup>24</sup>. Os achados dessa pesquisa estão de acordo com estudos semelhantes, onde compararam pessoas idosas institucionalizadas com não institucionalizadas<sup>28,62</sup>.

### 2.3 INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA PESSOAS IDOSAS

Diante das dificuldades impostas ao cotidiano familiar e das restritas soluções encontradas para garantir o cuidado e a Qualidade de Vida da pessoa idosa, a família e, muitas vezes, a própria pessoa idosa, optam pela institucionalização <sup>63</sup>. Uma das alternativas de cuidados não familiar mais antigas corresponde às ILPIs, sejam públicas ou privadas.

Culturalmente, em nossa sociedade, espera-se que a pessoa idosa tenha suas necessidades de moradia e cuidado, atendidas pelos familiares. A Política Nacional do Idoso (Lei 8.842 de 1994) prioriza o cuidado em seu domicílio <sup>64</sup>, no entanto as mudanças na dinâmica familiar fragilizam esta atenção. E as políticas públicas necessitam se estruturar para atender às necessidades oriundas do acentuado crescimento da população idosa.

Além das transformações pelas quais vêm passando as famílias, outra característica importante no cuidado domiciliar é o reduzido apoio e orientação do Estado, sendo escassas as políticas e os programas de cuidado formal domiciliar, enquanto as existentes restringem-se ao cuidado institucional, em ILPIs <sup>65</sup>. Existe a necessidade de rearticulação dos tradicionais pilares que formam os sistemas de seguridade social “família, estado e mercado”, na definição de uma nova divisão de responsabilidade pelos cuidados <sup>65</sup>.

No Brasil são poucas as pesquisas <sup>30,31</sup> que relatam o drama social causado pelo aumento no número de pessoas idosas com necessidades de cuidados de longa duração, assim como necessidades sociais, sem suporte comunitário que aguardam em listas de espera uma vaga para residir em ILPI.

O termo Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) é proveniente de uma adaptação do *Long-Term Care Institution* utilizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS)<sup>66</sup> e surgiu para substituir as expressões asilo, ancianato, abrigo, albergues, clínica geriátrica, casa de repouso. entre outras. Fundamentada na Lei n. 10.741, de 1º de outubro de 2003, a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, adotou essa expressão<sup>17</sup>. É definida como um lugar para atendimento integral à pessoa idosa, dependente ou não, sem condição familiar ou domiciliar para a sua permanência na comunidade de origem <sup>67</sup>. A prioridade das ILPIs para aqueles que não têm famílias ou estão abandonados é uma forma de controle estatal para impedir abusos de famílias descompromissadas <sup>35</sup>. Essas instituições devem assumir características residenciais, seja nos seus aspectos físicos ou na sua programação, apresentando detalhes que lembrem uma casa, um lar, um contexto familiar <sup>66</sup>.

A Portaria nº 810/1989 foi a primeira a definir as normas e padrões de funcionamento de casas de repouso, clínicas geriátricas e outras instituições para pessoas idosas. Elaborada

pelo Ministério da Saúde, define como deve ser a organização da instituição, a área física, as instalações e os recursos humanos <sup>68</sup>. Consideram-se as instituições específicas para pessoas idosas, estabelecimentos com denominações diversas, correspondentes aos locais físicos equipados para acolher pessoas com 60 anos ou mais, sob o regime de internato ou não, mediante o pagamento ou não, por período de tempo indeterminado e que disponham de um quadro de funcionários para atender às necessidades de cuidados com a saúde, alimentação, higiene, repouso e lazer dos usuários, além de desenvolver outras atividades características da vida institucional <sup>68</sup>. No item 2 da Portaria, no que refere à organização, as instituições para pessoas idosas devem contar com responsável técnico da área da saúde.

Em 1994, foi promulgada a Política Nacional do Idoso (PNI), que cria os Conselhos do Idoso, onde a assistência asilar foi pouco mencionada, vindo ter uma atenção no Decreto nº 1.948/96, que regulamenta a PNI. A assistência asilar será assegurada pela União, pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios, às pessoas idosas que não tenham meios de prover a sua própria subsistência, que não tenham família ou cuja família não tenha condições de garantir sua manutenção. (Decreto nº 1.948/96)<sup>69</sup>.

As novas modalidades de referências para atenção à pessoa idosa foram apresentadas pelo Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) através das Portarias nº 2.854 de 19 de julho de 2000 e nº 2.874 de 30 de Agosto de 2000, em consonância com o que preconiza a PNI, assim como alternativas que reforcem a autonomia e a independência da pessoa, a exemplo: Residência em Casa-lar, Residência em República, Atendimento em Centro-Dia e Atendimento em Centro de Convivência <sup>70,71</sup>. Essas novas modalidades não excluíram as existentes como as Instituições asilares e congêneres.

Cabe à instituição investir na reconstrução dos vínculos familiares que propiciem o retorno da pessoa idosa à família <sup>70,71</sup>. Autores destacam a referência feita pelas Portarias, à priorização do cuidado familiar <sup>16,72</sup>.

Através dessas Portarias se definiu que o atendimento integral institucional “é aquele ofertado em instituições acolhedoras conhecidas como: abrigo, asilo, lar e casa de repouso, durante o dia e a noite, às pessoas idosas em situação de abandono, sem família ou impossibilitadas de conviver com suas famílias”<sup>70,71</sup>. Infelizmente essas modalidades não têm sido bem difundidas pelo país <sup>73</sup>. Os centros de convivência, destinados aos idosos hígidos e ativos são as modalidades mais presentes <sup>65</sup>. Essa opção pode ser justificada talvez pelo seu baixo custo e maior capacidade de representação política das pessoas idosas assistidas <sup>73</sup>.

Em mais uma etapa de regulamentação da PNI, a Portaria SEAS/MPAS nº 073/2001 reafirma a expressão atendimento integral institucional, estabelece as “Normas de



Funcionamento de Serviços de Atenção ao idoso no Brasil” e define novas modalidades de atendimento integral institucional, considerando o grau de dependência e autonomia da pessoa idosa <sup>74</sup>.

Ainda é muito baixa a proporção de instituições brasileiras que atendem pessoas idosas classificadas em uma única modalidade. Pesquisa constata que, no conjunto das instituições brasileiras, em 2,6% residem apenas pessoas idosas dependentes e em 2,4%, independentes <sup>16</sup>. Na realidade fica difícil para as ILPIs optarem pela oferta de serviços segundo as modalidades sugeridas, uma vez que, ao admitir uma pessoa idosa independente, com o passar dos anos esta se torna dependente. Segundo Camarano et al, a transferência para outra ILPI, considerando aspectos sociais e emocionais, não é aconselhável, pois acarreta ruptura de vínculos. O Estatuto do Idoso orienta a sua permanência na mesma instituição. O regulamento técnico da ANVISA recomenda às instituições que promovam a convivência mista entre os residentes de diversos graus de dependência <sup>16</sup>.

A longevidade proporciona mudanças no perfil das pessoas idosas, conseqüentemente as instituições de acolhida para esta faixa etária devem se estruturar para atenderem outras necessidades, como proporcionar cuidados especializados na manutenção da saúde, alterando a concepção de um espaço que venha responder unicamente a assistência social. Para expressar a nova função híbrida dessas instituições, a SBGG sugeriu a adoção de outra nomenclatura (ILPI) <sup>32</sup>.

A PNI aponta a intenção de excluir da responsabilidade de instituições asilares de caráter social a atenção à pessoa idosa necessitada de cuidados de serviços de enfermagem e atendimento médico (Lei 8.842/94 art.4 parágrafo único) <sup>69</sup>. Segundo autor este parágrafo parece ignorar os fatores que predispõem a institucionalização e que, em quase todas elas, acabam por fazer aumentar a quantidade de pessoas idosas apresentando comprometimento físico e psíquico <sup>66</sup>.

A necessidade de prevenção e redução de riscos à saúde aos quais ficam expostos os idosos residentes em instituições de Longa Permanência, foi uma das considerações adotadas para a elaboração do regulamento técnico para o funcionamento das ILPIs (RDC 283/2005) <sup>67</sup>.

Os formuladores de políticas públicas não são claros ao definirem a rede de assistência das quais as ILPIs fazem parte. No Brasil tem havido resistência para aprofundar essa discussão enquanto outros países já utilizam a expressão sociosanitária para traduzir tal concepção <sup>66</sup>. As instituições para pessoas idosas foram consideradas “Serviços de Saúde” pela Portaria MS 810/89, enquanto na Portaria SAS-MPAS73/01 elas são consideradas parte da “rede de serviços de assistência social”. A RDC 283 considera as ILPIs de “caráter

residencial destinado ao domicílio coletivo”, no item 4.4, referente às considerações gerais “A categorização da instituição deve obedecer à normalização do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome”. A SBGG defende a necessidade de incluir também as ILPIs na atenção à saúde<sup>32</sup>, suprimindo, assim, uma necessidade de atenção integral à pessoa idosa.

A opção pela ILPI possui aspectos sociais e de saúde. Essa natureza híbrida demanda a criação de um modelo sociosanitário de assistência, agregando valores e práticas das duas esferas<sup>73</sup>.

No que se refere ao grau de complexidade das ILPIs, para o Ministério da Ação Social e Combate à Fome estas são consideradas de alta complexidade, situadas no âmbito da Proteção Social Especial. Dessa maneira, as ações são destinadas às famílias e/ou indivíduos que perderam seus vínculos familiares ou não têm mais condições de convívio familiar ou comunitário. O Ministério da Saúde considera a necessidade de atenção à saúde nas ILPIs de baixa complexidade e estão inseridas na atenção básica<sup>72</sup>.

Segundo a literatura, os motivos mais frequentes que levam à busca pela instituição são: ausência da família, dificuldades da família cuidar, relações familiares conflituosas aliadas à carência de renda e falta de moradia<sup>22,66,75,76</sup>. A institucionalização engloba duas situações: a primeira diz respeito à situação socioeconômica e demográfica da família e, a segunda, refere-se à pessoa idosa que, ao longo de sua vida, não construiu vínculos que assegurassem à sua velhice o amparo e a permanência no meio familiar<sup>39</sup>. Os fatores de riscos para a institucionalização também incluem Síndrome de imobilidade, múltiplos problemas médicos, depressão, demência, alta hospitalar recente, incontinência<sup>66</sup>, ser do sexo feminino, ter idade acima de 70 anos, ser solteiro, sem filhos, ou viúvo recente e morar sozinho<sup>31,66,77,78</sup>.

Em pesquisa realizada com familiares de pessoas idosas institucionalizadas foram identificados os motivos que levaram à opção pela moradia coletiva, dentre eles morte do cônjuge, não possuir descendentes diretos, inexistência de grupo familiar, dificuldade de relacionamento, opção própria, ou seja, do desejo da pessoa em procurar um local no qual encontre atenção e conforto. Além disso, existe também o atendimento às necessidades básicas, a dependência da pessoa idosa e a necessidade de os familiares manterem-se no mercado de trabalho, aliadas à dificuldade em encontrar e manter um cuidador formal, que responda pelo atendimento das demandas oriundas da pessoa idosa doente<sup>63</sup>.

Em pesquisa realizada com 991 pessoas idosas, sendo 393 institucionalizadas e 598 não institucionais (controle populacional) na cidade de Pelotas/RS, de 2007 a 2008, descreveram-se os indicadores mais fortemente associados à ocorrência da institucionalização, dentre eles destacando-se: ser do sexo feminino, ter idade maior ou igual a

80 anos, viver sem companheiro (solteiro, separado ou viúvo), ser fisicamente inativo e não possuir escolaridade formal <sup>79</sup>. O perfil sociodemográfico da pessoa institucionalizada no país de Gales e na Inglaterra ratifica esses achados, excetuando-se não possuir escolaridade formal <sup>80</sup>.

Em estudo realizado em 2000, no município de Caxias do Sul, pessoas idosas institucionalizadas citaram os motivos que levaram a sua institucionalização: sem cuidador (34,67%), sozinho (25,33%), sem lugar para morar (12,00%), doença (9,33%), sem trabalho (4,00%). Segundo a sua autora, esses motivos totalizam 85%, um expressivo percentual que pode ser interpretado como abandono, constituindo-se, assim, o maior e o principal motivo do “asilamento”. A pesquisa também faz referência aos 8% das pessoas que apresentaram como motivo “opção própria” expressada da seguinte maneira “porque eu quis e acho bom”, desejo próprio”, “resolvi para não dar mais ocupação para a minha filha adotiva”<sup>39</sup>.

No capítulo *Como as Famílias Brasileiras estão lidando com idosos que demandam cuidados e quais as perspectivas futuras? A visão mostrada pelas PNADs*, autoras fazem referências às pessoas idosas demandantes de cuidados de longa duração, classificando-as em dois grupos: aquelas que vivenciam algum tipo de dificuldade para realizar as Atividades de Vida Diária (AVDs) e aquelas que não têm renda suficiente para seu sustento<sup>32</sup>.

Ainda sobre a pesquisa citada anteriormente, as autoras falam no surgimento de um novo risco social, cuidados de longa duração para pessoas idosas com incapacidade funcional. Na projeção feita pela pesquisa, se não ocorrerem melhorias nas condições de saúde da população idosa nos próximos 12 anos, pode-se esperar cerca de 4,5 milhões de pessoas idosas apresentando dificuldades para as AVDs em 2020, o que representa um acréscimo de 1,3 milhão em relação ao contingente observado em 2008<sup>32</sup>. O incentivo ao cuidado informal, a partir das ações educativas e culturais focadas no papel da família para a pessoa idosa, pode impedir a institucionalização desses indivíduos<sup>79</sup>.

Ao analisar o suporte de cuidado informal das pessoas idosas, observa-se uma proporção maior destas em famílias estruturalmente comprometidas, o que fragiliza sua capacidade assistencial e requer urgência no desenvolvimento de suporte complementar <sup>42</sup>. Assim como ocorre com as instituições, reportagens, documentários e notícias denunciam diariamente os abusos cometidos por maridos e companheiros contra as mulheres, pais contra seus filhos e por filhos contra seus pais idosos <sup>81</sup>. Um dado alarmente refere-se às agressões contra a pessoa idosa. As denúncias triplicaram entre 2011 e 2012, um crescimento que chega a quase 200% ao ano. Os crimes mais denunciados são negligência e violência psicológica, seguidos de abuso financeiro e econômico, violência física e abandono<sup>82</sup>.

A dependência de cuidados da pessoa idosa em relação ao familiar é um dos fatores de risco para a violência <sup>83</sup>. Atribuir a responsabilidade do bem estar da velhice unicamente a família, num contexto de mudanças, é prorrogar de maneira imprudente a reflexão e as propostas de ações inovadoras para uma experiência de envelhecimento com qualidade <sup>81</sup>.

Quando da impossibilidade da rede de suporte prover o cuidado de forma adequada ou prolongada, quer pela condição da pessoa idosa, quer pelo tamanho pequeno da rede, o cuidado comunitário formal ou a institucionalização são as únicas opções <sup>42</sup>.

Em análise realizada com experiências internacionais, referente às políticas adotadas em três países de sistemas organizacionais diferentes, a exemplo da Alemanha (Conservador), Dinamarca (Sociodemocrata) e Estados Unidos (Liberal), pôde-se observar a existência de organização no âmbito da seguridade social para cuidados de longa duração <sup>20</sup>.

Outras estratégias semelhantes foram identificadas na procura por melhor atenção à pessoa idosa, com necessidade de assistência de longa duração: busca por um novo equilíbrio entre responsabilidades públicas e privadas no cuidado das pessoas idosas; entendimento de que alternativas que mantenham as pessoas idosas em seus próprios lares e/ou comunidades são preferenciais a institucionalização, em função tanto das possíveis reduções com os custos do atendimento quanto como forma de assegurar seu bem-estar; profissionalização da atividade de cuidar; valorização do papel dos cuidadores informais, principalmente familiares; e urgência do desenvolvimento de programas informativos e de apoio voltados para os mesmos <sup>84</sup>.

A busca pela desinstitucionalização do cuidado da pessoa idosa parece ser uma tendência internacional. Alguns países desenvolvidos, exemplos já citados neste texto, investem em estratégias que favoreçam o convívio familiar <sup>85</sup>. A tecnologia assistiva é um dos recursos adotados, com o objetivo de promover vida independente, inclusão social com reflexos na melhoria da qualidade de vida da pessoa idosa que apresente limitações <sup>85, 86</sup>.

Os dados referentes à população idosa institucionalizada no Brasil são falhos. Em 2002 a Comissão de Direitos Humanos da Câmara dos Deputados publicou o relatório “V Caravana Nacional de Direitos Humanos: uma amostra da realidade dos abrigos e asilos no Brasil”. De acordo com o relatório, havia cerca de 19.000 pessoas idosas institucionalizados em todo o país, o que representa 0,14% do total das pessoas idosas. É de se esperar que esse número seja bem maior, levando-se em consideração que muitas das ILPIs não são cadastradas e que grande parte funciona na clandestinidade <sup>37</sup>.

Segundo pesquisa realizada pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA entre 2007 e 2009 foram identificadas 3.548 instituições de longa permanência para idosos,

sendo a maior parte delas filantrópicas. Estima-se em 95,2 mil o número de residentes em ILPIs, constituindo 1% da população idosa brasileira, o que caracteriza essa modalidade de atendimento como de relativa baixa cobertura, e estas já estão operando na sua total capacidade<sup>32</sup>. Diante do exposto é urgente a necessidade de viabilizar modelos alternativos de assistência, que possam suprir uma necessidade emergente de um rápido processo de envelhecimento<sup>36</sup>.

Ainda de acordo com os dados do IPEA as ILPIs estão distribuídas em aproximadamente 29,9% das cidades brasileiras, sendo 65,2% filantrópicas (religiosas e leigas), 28,2% privadas e 6,6% públicas ou mistas. A região Nordeste detém o maior percentual de instituições filantrópicas (81,4%), a região Norte apresenta a maior proporção de instituições públicas (34,7%), enquanto as privadas (41,2%) têm maior concentração na região Sul. Observa-se uma subrepresentação das ILPIs nas regiões Norte e Nordeste. Do total das ILPIs, 8,5% se encontra na região Nordeste, com 25,9% da população idosa, enquanto a região Sudeste que concentra 46,9% da população idosa, detém 63,5% das Instituições. As ILPIs estão localizadas em maior número nas grandes cidades, enquanto 71% dos municípios brasileiros não têm ILPIs<sup>32</sup>.

Quando a temática institucionalização da pessoa idosa é abordada, se faz referência à imagem negativa, fertilizada culturalmente por situações de abandono e maus tratos. Ao analisar o processo de institucionalização no Brasil, boa parte dos autores<sup>8,66,87</sup> comenta a associação dos “asilos” ao conceito de instituições totais como apresentado no livro intitulado *Manicômios, prisões e conventos*, o qual conceitua instituições totais 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, leva uma vida fechada e formalmente administrada”<sup>88</sup>. Relata que toda instituição tem tendências de "fechamento", algumas são muito mais "fechadas" do que outras. Seu "fechamento" ou seu caráter total é simbolizado pela barreira da relação social com o mundo externo e por proibições à saída<sup>88</sup>.

A teoria das instituições totais é uma ferramenta conceitual que teve sua contribuição no entendimento do drama asilar e na crítica ao caráter totalitário de determinadas gestões<sup>8</sup>. Nesse sentido, as instituições para população idosa são ainda vistas com preconceito e resistência, tanto por parte das pessoas idosas quanto de seus familiares. Teve sua história fortemente associada à pobreza e ao abandono<sup>66</sup>. Independente do motivo, decidir pela institucionalização da pessoa idosa continua sendo complexo e embaraçoso para o contexto cultural brasileiro<sup>89</sup>.

Além dos já citados, outros preconceitos que se fortaleceram: proximidade com a finitude (ser morador de uma "instituição" significa estar mais próximo da morte e jamais retornar para a comunidade e a família); denúncia de violência veiculada na mídia; perda da privacidade e conseqüente perda da individualidade e a baixa qualidade do serviço prestado por algumas instituições também reforçam o preconceito<sup>19</sup>. Em geral algumas instituições surgem para suprir as necessidades de uma comunidade, sem estrutura adequada, comprometendo a qualidade do serviço<sup>66</sup>.

As ILPIs, segundo autor, constituem uma moradia especializada, cujas funções básicas são oferecer assistência integral e ao mesmo tempo um ambiente doméstico, aconchegante, capaz de preservar a intimidade e a privacidade dos seus residentes, sem negligências. Lamentavelmente, são poucas as instituições que apresentam esse parâmetro de qualidade. São inúmeras deficiências, como falta de definição de padrões de qualidade, de mecanismos institucionais eficientes, de instrumentos de avaliação e de pessoas qualificadas para aplicar<sup>66</sup>.

A qualidade inadequada dos serviços e a baixa oferta favorecem a manutenção da imagem negativa que se tem dessas instituições. O aumento da oferta desses serviços iria funcionar como um mecanismo de pressão para a melhoria da qualidade, sendo fatores inter-relacionados e significantes para fortalecer essa forma de residência e cuidado e conseqüentemente romper preconceitos<sup>19</sup>.

Morar em instituição para muitas pessoas idosas representa uma alternativa de amparo, proteção e segurança; melhor do que viver nas ruas ou ser exposto a conflitos familiares<sup>18</sup>. Em pesquisa realizada no Distrito Federal, para avaliar o nível de satisfação de 186 idosos institucionalizados, 71,40% mostraram-se satisfeitos com sua instituição<sup>90</sup>. Corroboram com esse dado pesquisa realizada com 154 pessoas idosas institucionalizadas, das quais 66,3% relataram gostar da institucionalização<sup>21</sup>.

Numa pesquisa qualitativa realizada com 22 pessoas idosas residentes em uma ILPI de caráter privativo e fins lucrativos na cidade de Curitiba/PR, identificou-se nos discursos respostas onde prevaleceu a possibilidade do cuidado como maneira de manter a vida e fortalecimento do bem estar, que estavam ameaçados. Esteve presente a caracterização da ILPI como um local onde eles podem repousar e esse repouso não foi visto como ociosidade, mas a ausência da agitação e stress do cotidiano. A busca pela proteção, amparo, segurança e convivência social foram as razões motivadoras relatadas pelas pessoas idosas<sup>76</sup>.

O envelhecimento populacional requer implementação de serviços de atenção à pessoa idosa que possam atender as necessidades oriundas do aumento na expectativa de vida. Os cuidados de longa duração para pessoas idosas, com comprometimento na capacidade

funcional e/ou necessidade de moradia vêm sendo assistidos nas ILPIs, que continuam sendo a opção para atender esta demanda.

É imprescindível que ocorra mudanças na percepção quanto a relevância das ILPIs para a população idosa necessitada. Considerá-las como integrantes da rede de apoio a pessoa idosa poderia ampliar sua oferta e melhorar a qualidade do atendimento. As alternativas existentes como centros-dia, centros de convivência, hospitais dia e cuidador domiciliar formal, se devidamente implementadas poderiam atenuar o sofrimento de familiares e pessoas idosas, porém sempre existirão aquelas que não possuem família ou não formaram vínculos afetivos, como também não disponibilizam de renda para seu sustento, para as quais além de cuidados com a saúde é necessário o provimento de moradia.

O arcabouço legal orienta a permanência da pessoa idosa na comunidade em detrimento ao cuidado institucional, porém, não há efetivação de políticas públicas que supram essa carência, resultando em pessoas idosas com necessidades de cuidados aguardando em listas de espera para residir em ILPIs, conforme relatado por autores.

### 3 OBJETIVOS

#### 3.1 GERAL

Avaliar possíveis diferenças na qualidade de vida da pessoa idosa em lista de espera, residente em instituição de longa permanência e daquela que não está em lista de espera nem demonstra interesse em residir na instituição.

#### 3.2 ESPECÍFICOS

Observar a distribuição dos idosos quanto às características demográficas, econômicas, socioambientais, clínicas, funcionais e de hábitos de vida.

Identificar possíveis diferenças na qualidade de vida da pessoa idosa entre os grupos constituídos por pessoas que residem em ILPI (*residente*), que aguardam vaga para residir em ILPI (*espera*) e daquela que não está em lista de espera nem demonstra interesse em residir na instituição (*controle*).

Identificar quais os componentes da qualidade de vida que apresentam diferença entre as pessoas idosas nos grupos *espera*, *residente* e *controle*.

Identificar as variáveis que estão relacionadas à qualidade de vida dos respondentes dos três grupos.



## 4 MÉTODOS

### 4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo transversal prospectivo que objetivou avaliar as possíveis diferenças na qualidade de vida da pessoa idosa residente em ILPI (*residente*), em lista de espera para residir em ILPI (*espera*) e da pessoa idosa que não está em lista de espera e não demonstra interesse em residir numa ILPI (*controle*).

### 4.2 POPULAÇÃO/AMOSTRA

Optou-se por desenvolver a pesquisa na cidade de João Pessoa – PB. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, no Censo Demográfico 2010 João Pessoa apresentou uma população de 723.515 habitantes. Destes, 74.635 eram representados por pessoas com 60 anos ou mais<sup>3</sup>.

A população selecionada para pesquisa foi composta por todas as pessoas idosas residentes nas ILPIs de João Pessoa-Pb, pela pessoa idosa que aguardava vaga em lista de espera para residir em ILPI e a pessoa idosa que não estava relacionada em lista de espera e não desejava residir em ILPI.

Consideraram-se neste estudo níveis de institucionalização caracterizados em três grupos: pessoa idosa residente em ILPI, identificada como *residente*; que aguarda vaga em lista de espera para residir em ILPI, referida neste trabalho como *espera*; e a pessoa idosa que não está em lista de espera e não demonstra interesse em residir em ILPI, nomeada como do grupo *controle*.

Para o cálculo amostral, foi feita inicialmente uma estimativa utilizando-se um terço das 369 pessoas idosas residentes nas ILPIs, escolhidas para pesquisa, que preenchessem os critérios de inclusão a serem descritos no item 4.3.1. Dessa forma seriam 123 pessoas idosas institucionalizadas participantes da pesquisa e, conseqüentemente, tentar-se-ia identificar o mesmo número no *espera* e no *controle*. Em pesquisa anterior, comparando a qualidade de vida através do WHOQOL BREF, observaram-se diferenças significativas entre 70 pessoas idosas institucionalizadas e não institucionalizados<sup>24</sup>. Assim, o tamanho amostral de 123 pessoas para cada grupo seria provavelmente suficiente para observar as diferenças nos resultados do WHOQOL BREF e do WHOQOL OLD entre os grupos.

Ressalte-se que não foi identificado estudo anterior utilizando amostra de pessoas idosas em lista de espera para serem institucionalizadas. A análise preliminar de 50 respondentes em cada grupo mostrou uma média de escore total WHOQOL BREF de  $68,8 \pm 7,02$  para o grupo *controle*,  $62,0 \pm 10,6$  para o grupo *residente* e  $44,1 \pm 13,6$  para o grupo *espera*. Baseado nestes dados pré-liminares, o tamanho amostral da pesquisa foi recalculado, utilizando-se o programa disponibilizado pelo Departamento de Estatística da Universidade Colômbia Britânica <sup>91</sup>. Usando o referido Programa chegou-se a uma necessidade de termos:

- 7 pessoas em cada um dos grupos *residente* e *espera*;
- 3 pessoas em cada grupo para observar diferença significativa entre *espera* e *controle*;
- 26 pessoas em cada um dos grupos *controle* e *residente*.

Dessa forma concluiu-se que os 50 entrevistados em cada grupo foram suficientes para apontar as diferenças entre os grupos.

#### 4.3 CONTEXTO DA PESQUISA

O estudo foi desenvolvido nas ILPIs de João Pessoa-PB: Vila Vicentina Júlia Freire (VV), Associação Promocional do Acião (ASPAN), Lar da Providência Carneiro da Cunha (LP), Casa da Divina Misericórdia (CDM) e Instituição Espírita Nosso Lar (IENL).

A cidade de João Pessoa possui cadastro de 06 ILPIs no Conselho Municipal do Idoso, vinculado à Secretaria Municipal de Ação Social deste município. Quanto à natureza jurídica, todas são privadas filantrópicas, totalizando no município 379 pessoas idosas institucionalizadas. Das ILPIs cadastradas, constatou-se que apenas uma, com 10 residentes do sexo feminino, recusou-se a participar da pesquisa. Não foi realizada entrevista com a pessoa idosa em duas das 05 ILPIs, por não ter respondente do grupo *espera* localizado na lista de espera destas. Na Tabela 1 descreve-se o número de pessoas idosas residentes nas ILPIs e a quantidade de entrevistas realizadas com o grupo *residente*.

**Tabela 1** - ILPIs selecionadas para participar da pesquisa e número de respondentes do grupo residente. João Pessoa-PB, Maio de 2012 a Fevereiro de 2013

ILPI	Residentes	Entrevistados
A	104	11
B	32	0
C	43	0
D	128	23
E	62	16
<b>Total</b>	369	50

Os grupos *espera* e *controle* foram localizados em 40% dos bairros de João Pessoa, sendo que para cada respondente do grupo *espera*, localizava-se o correspondente do grupo *controle* no mesmo bairro, de acordo com critério de pareamento. Listaram-se os bairros com a quantidade de pessoas idosas entrevistadas em domicílio: 13 de Maio (04); Altiplano (02); Bairro dos Estados (08); Bancários (06); Bessa (04); Centro (02); Cidade Universitária (04); Cidade Verde (04); Cristo (06); Esplanada (02); Expedicionários (02); Bairro das Indústrias (02); Jaguaribe (08); Jardim Luna (02); Jardim Oceania (02); Manaíra (06); Mandacarú (04); Mangabeira (02); Mário Andreazza (02); Miramar (02); Bairro dos Novais (02); Padre Zé (02); Roger (04); Tambaú (02); Torre (04); Valentina (04). Além do município de João Pessoa foram feitas entrevistas em alguns bairros de outros municípios Tibiri II – Santa Rita (02); Conceição - Campina Grande (02) e Jacaré – Cabedelo (02), totalizando 100 respondentes, sendo 50 para cada grupo.

#### 4.3.1 Critérios de Inclusão

Foram incluídas as pessoas idosas que:

- Tinham 60 anos ou mais;

##### 4.3.1.1 Critério de Inclusão para o Grupo Residente

- Residissem em ILPI do município de João Pessoa;
- Residissem em ILPI há pelo menos 6 meses.

#### 4.3.1.2 Critério de Inclusão para o Grupo Espera

- Constassem em lista de espera aguardando por vaga para residir em ILPI no período de janeiro de 2010 a dezembro de 2012
- Residissem em João Pessoa e/ou em outra cidade com distância de até 200 km de João Pessoa/PB;

#### 4.3.1.3 Critério de Inclusão para o Grupo Controle

- Não constassem em lista de espera para residir em ILPI, como também não demonstrassem interesse (o interesse independia do tomador da decisão, fosse familiar ou a própria pessoa idosa).

### 4.3.2 Critérios de Exclusão

Foram excluídas as pessoas idosas que:

- Não tivessem funções cognitivas preservadas para compreender e responder às questões sobre Qualidade de Vida;
- Por algum motivo se recusassem a concluir as avaliações, tendo assim questionários incompletos nos quesitos de qualidade de vida;
- E residissem em ILPI que não trabalhasse com lista de espera.

### 4.3.3 Critérios de Pareamento

A partir do grupo *espera* buscaram-se respondentes *residentes* e *controle* que se assemelhassem aos seguintes critérios de pareamento:

- Tivesse idade com diferença máxima de 05 anos da pessoa idosa em lista de espera;
- Possuísse o mesmo sexo da pessoa idosa em lista de espera;
- Respondente *residente* estivesse na mesma ILPI para a qual a pessoa idosa do grupo *espera* tivesse solicitado vaga;
- Respondente do grupo *controle* residisse a uma distância máxima de 500m da residência do respondente grupo *espera*;

- Possuísse escolaridade de acordo com o respondente do grupo *espera*, respeitando ao critério descrito no Quadro 1.

Quadro 1. Critério de pareamento através da variável escolaridade, definido pelos autores do estudo. Maio de 2012, João Pessoa/PB

<b>Escolaridade</b>	<b>Escolaridade correspondente</b>
Analfabeto	Analfabeto
Alfabetizado	Alfabetizado ou primário incompleto
Primário incompleto ou completo	Primário incompleto, primário completo ou ginásial incompleto.
Ginásial incompleto ou completo	Primário completo, Ginásial incompleto, ginásial completo ou secundário incompleto.
Secundário completo ou incompleto	Ginásial completo, secundário incompleto, secundário completo ou superior incompleto.
Superior completo ou incompleto e pós graduação.	Secundário completo, superior incompleto, superior completo ou pós graduação.

#### 4.4 VARIÁVEIS DO ESTUDO

##### 4.4.1 Variáveis Dependentes

A variável de desfecho foi qualidade de vida.

##### 4.4.2 Variável Independente

Foi considerado como variável preditora, o nível de institucionalização (*residente, espera e controle*).

##### 4.4.3 Variáveis Secundárias

Foram consideradas variáveis secundárias aquelas utilizadas na descrição da amostra (socioambientais, demográficas, econômicas, funcionais e clínicas) que poderiam causar influência na relação entre as variáveis dependentes e independentes.

#### 4.5 INSTRUMENTOS PARA COLETA DOS DADOS

Para este estudo, foram utilizados os seguintes instrumentos com suas respectivas variáveis:

#### **4.5.1 Questionário Demográfico, Socioeconômico e de Saúde**

Elaborado pelos autores da pesquisa para conhecer o perfil dos indivíduos estudados (APÊNDICE A). Esses dados foram classificados em:

- a) Dados demográficos: sexo, raça, idade, escolaridade;
- b) dados socioambientais: estado conjugal, número de filhos, tipo de residência, reside sozinho e motivos que levaram ou levariam a residir em uma ILPI;
- c) dados econômicos: renda e participação econômica na renda familiar;
- d) hábitos de vida: atividades desenvolvidas, frequência que sai de casa e número de refeições diárias;
- e) dados clínicos: presença de doenças crônico-degenerativas ou comprometimentos com a saúde.

#### **4.5.2 Escala de Katz et al**

Para observar a capacidade funcional dos grupos utilizou-se a escala de Katz, que avalia a independência no desempenho de seis funções das atividades de vida diária: banhar-se, vestir-se, realizar sua higiene pessoal, transferir-se, controlar esfíncteres e alimentar-se, são consideradas biopsicossocialmente integradas<sup>42</sup>. Soma-se um ponto para cada atividade que a pessoa idosa consiga realizar satisfatoriamente, o resultado final pode ir de 0 a 6 pontos, podendo as pessoas idosas serem englobadas em três grupos distintos (0-4 pontos – dependência importante para ABVD, 3-4 dependência parcial e 5-6 pontos independência),<sup>43,74</sup> (ANEXO A).

#### **4.5.3 Miniexame do Estado Mental (MMEE)**

Foi utilizado na pesquisa para atender ao critério de exclusão (4.3.2). É o teste mais utilizado para avaliar a função cognitiva, por ser rápido (em torno de 10 minutos), de fácil aplicação e não requer material específico. Deve ser utilizado como instrumento de rastreio não substituindo uma avaliação mais detalhada, pois, apesar de avaliar vários domínios (orientação temporal, espacial, memória imediata e de evocação, cálculo, linguagem-nomeação, repetição, compreensão, escrita e cópia de desenho<sup>92</sup>, o faz de maneira superficial

<sup>93</sup>. Não serve para diagnóstico, mas convém para indicar que funções devem ser melhor investigadas <sup>93</sup>. É um dos poucos testes validados e adaptados para a população brasileira <sup>41</sup>. Para fins de rastreamento cognitivo das pessoas idosas institucionalizadas e não institucionalizadas foi utilizado ponte de corte 18, para as não alfabetizadas, e 24, para as pessoas idosas com um ou mais anos de estudos. Utilizou-se como referência o estudo realizado por Lourenço e Veras, intitulado *Miniexame do estado mental: características psicométricas em idosos ambulatoriais*(ANEXO B) <sup>93</sup>.

#### 4.5.4 Questionário WHOQOL BREF

Refere-se a uma versão abreviada do instrumento genérico WHOQOL 100, engloba 26 questões distribuídas em quatro domínios (físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente) e duas questões gerais sobre qualidade de vida ,que consideram como o indivíduo avalia sua QV e o quão satisfeito está com sua saúde <sup>58</sup>. Objetivando uma melhor compreensão do instrumento, foram detalhados os quatro domínios, com seus subdomínios e o número das questões(Q) correspondentes(ANEXO C) <sup>58</sup>.

Domínio 1 - Físico: Dor e desconforto (Q03); energia e fadiga (Q10); sono e repouso (Q16); mobilidade (Q15); atividades da vida cotidiana (Q17); dependência de medicações ou tratamentos (Q4); capacidade de trabalho (Q18).

Domínio 2 - psicológico: Sentimentos positivos (Q5); pensar, aprender, memória e concentração (Q7); auto-estima (Q19); imagem corporal e aparência (Q11); sentimentos negativos (Q26); espiritualidade/religião/crenças pessoais (Q6).

Domínio 3 – Relações sociais: relações pessoais (Q20); suporte (apoio) social (Q22); atividade sexual (Q21).

Domínio 4 – Meio ambiente: segurança física e proteção (questão 8); ambiente no lar (questão 23); recursos financeiros (questão 12); cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade (questão 24); oportunidade de adquirir novas informações e habilidades (questão 13); participação em, e oportunidade de recreação/lazer(questão 14); ambiente físico: poluição, ruído, trânsito, clima, (questão 9); transporte (questão 25).

No instrumento genérico de avaliação da qualidade de vida, algumas questões(Q3, Q4 e Q26) aparecem com escala de resposta invertida, sendo necessário convertê-las, assim como orienta o manual WHOQOL ((1=5)(2=4)(3=3)(4=2)(5=1)) <sup>94</sup>.

A Qualidade de Vida é avaliada pelo valor do escore de cada domínio, quanto maior, melhor será a qualidade de vida <sup>95</sup>; não existe um ponto de corte para cada domínio. A

inexistência de um valor que determine uma melhor ou pior qualidade de vida mantém conformidade com o pressuposto de que a qualidade de vida é multidimensional, considerando as variações presentes em cada elemento <sup>40</sup>.

Segundo as instruções contidas no manual de aplicação dos instrumentos WHOQOL, o instrumento específico WHOQOL OLD deve ser aplicado em conjunto com o WHOQOL BREF <sup>94</sup>, tornando-se um eficaz instrumento para conhecer a realidade social e como esta é percebida pelos integrantes de uma dada comunidade <sup>96</sup>.

#### **4.5.5 Questionário WHOQOL-OLD**

Consiste em um instrumento específico para avaliar a qualidade de vida das pessoas idosas; contém 24 itens, com resposta por escala tipo Likert de 1 a 5, divididos em seis facetas: Funcionamento do Sensório (FS), Autonomia (AUT), Morte e Morrer (MEM), Atividades Passadas, Presentes e Futuras (APPF), Participação Social (PSO) e Intimidade (INT). Cada uma das facetas possui 4 itens <sup>56</sup>, podendo as respostas variar de 4 a 20 pontos. Os escores das seis facetas, combinados com as respostas aos 24 itens, geram também um escore total <sup>56</sup>. Instrumento no ANEXO D.

Pormenorizando as facetas de acordo com a distribuição dos seus itens no questionário, tem-se: Funcionamento do Sensório (FS) corresponde às questões 01, 02, 10 e 20, analisa o funcionamento sensorial e o impacto da perda das habilidades sensoriais na qualidade de vida; Autonomia (AUT) descrita pelas questões 03, 04, 05 e 11 referindo-se à independência na velhice e, portanto, descreve até que ponto se é capaz de viver de forma autônoma e tomar suas próprias decisões; Atividades Passadas, Presentes e Futuras (APPF), representadas pelas questões: 12, 13, 15 e 19 descrevem a satisfação sobre conquistas na vida e coisas a que se anseia; Participação Social (PSO) engloba as questões 14, 16, 17 e 18 onde delinea a participação em atividades do cotidiano, principalmente na comunidade; Morte e Morrer compreendem as questões: 06, 07, 08 e 09, referenciam as preocupações, inquietações, e temores sobre a finitude, e a faceta Intimidade (INT) avaliada pelas questões: 21, 22, 23 e 24, onde demonstra a capacidade de se ter relações pessoais e íntimas <sup>57</sup>.

Algumas perguntas apresentam escores negativos. Para análise fez-se recodificação de maneira que os valores numéricos atribuídos ficassem invertidos (1=2; 2=4; 3=3; 4=2; 5=1), sendo realizado nas questões, 01, 02, 10 (FS) e 06,07,08,09 (MEM) <sup>56</sup>.



#### 4.6 PROCEDIMENTO PARA COLETA DOS DADOS

Antes de iniciar a coleta de dados o projeto de pesquisa, que segue as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos, segundo a resolução 196/96<sup>97</sup>, foi apresentado ao Conselho Municipal do Idoso do município de João Pessoa para autorização da conselheira presidente. Posteriormente, foi dirigido a cada representante legal das ILPIs, para a obtenção das cartas de anuências e só então encaminhado à Comissão Científica da PUCRS (ANEXO E). Após sua aprovação, foi submetido aos Comitês de Ética em Pesquisa da PUCRS, protocolo nº 11/05737, e da UFPB, parecer nº 17123 (ANEXOS F e G). O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido utilizado na pesquisa consta no apêndice B deste projeto.

Previamente à coleta de dados, foi realizado um estudo piloto, visando ao ajuste dos instrumentos de avaliação e a operacionalização para a fase da coleta. Participaram seis pessoas idosas, sendo dois respondentes para cada grupo, representativos das populações a serem estudadas (*residente, espera e controle*), que não foram incluídos na pesquisa.

Os dados foram coletados através da aplicação dos instrumentos entre os meses de Maio de 2012 e Fevereiro de 2013, obedecendo ao seguinte cronograma de execução:

- Maio, Junho e Dezembro de 2012, contato com as ILPIs para localização dos registros em lista de *espera*;
- Maio a Novembro de 2012 e Janeiro a Fevereiro de 2013, foram efetuadas as ligações, realizadas as entrevistas domiciliares (*espera e controle*) e nas ILPIs.

As pessoas idosas foram entrevistadas segundo os critérios de inclusão e pareamento estabelecidos.

A população idosa que aguardava vaga em ILPI foi localizada, utilizando-se a lista de espera obtida nas próprias instituições. Foram consideradas todas as pessoas idosas que solicitaram vaga nos anos de 2010 a 2012 nas ILPIs. Das seis ILPIs, uma não trabalhava com lista de espera. Segundo seu presidente “a procura era grande e quando surgia vaga logo era preenchida”. Duas outras possuíam apenas alguns nomes registrados, pois até então não haviam pensado na importância de se manter uma lista de espera atualizada, sendo que uma delas havia descartado parte dos registros dos anos 2011 e 2012, portanto, os números apresentados na Tabela 2 estão subnotificados, não representando o quantitativo real da existência de pessoas que solicitaram vagas para residir nestas ILPIs.

Foram oferecidos às instituições que não tinham sistematizado o registro de solicitação de vaga, um livro ata e um roteiro contendo as informações necessárias para o registro, visando orientá-las na utilização dos registros da lista de espera, tanto para preencher as vagas, seguindo uma ordem de solicitações, como também favorecer melhores condições para realização desta pesquisa.

**Tabela 2** - Dados utilizados na localização do grupo espera, obtidos nas ILPIs da cidade de João Pessoa-PB, maio de 2012 a Fevereiro de 2013

ILPI	Registros	Contatos*	Autorizações	Questionários válidos
A	162	91	11	09
B	28	11	0	0
C	0	0	0	0
D	404	251	37	33
E	96	56	10	08
<b>Total</b>	690	409	58	50

\* Foram excluídos os contatos desligados, inexistentes, não atendidos, sem número ou com número errado.

O contato com as pessoas idosas do grupo *espera* foi realizado pela pesquisadora e um colaborador, previamente treinado. Na oportunidade se explicava por telefone o objetivo do contato e era solicitada a participação do responsável e/ou a própria pessoa idosa para preencher um breve questionário sociodemográfico e condições clínicas. Na ocorrência de cognição preservada, solicitava-se autorização para visita domiciliar ao responsável e/ou à própria pessoa idosa.

Foram observadas várias dificuldades para acesso à pessoa idosa, entre elas citam-se: telefones desligados ou inexistentes, números desconhecidos, familiares que recusaram falar no assunto, pessoas idosas e/ou familiares que recusaram receber visita, pessoas idosas em óbito, familiares que negaram a solicitação da vaga. Em 70 casos a vaga foi solicitada em mais de uma instituição. Os contatos efetuados com êxito tiveram sua distribuição segundo os anos 2010 (139), 2011 (128) e em 2012 (80 pessoas idosas); destes, 08 pessoas tinham idade inferior a 60 anos sendo, excluídas da pesquisa.

A etapa referente à visita domiciliar foi desenvolvida pela autora e um colaborador graduado em Psicologia, treinado através de leituras em artigos que abordavam a área em estudo, além de orientações sobre a aplicação dos instrumentos e realização do estudo piloto.

Na ocorrência de pessoas idosas do grupo *espera*, identificadas na fase da coleta de dados em domicílio, em situação de risco (agressão e/ou abandono), foi comunicada ao setor social da ILPI. Na inexistência dessa, era informada ao presidente da Instituição.

O recrutamento do grupo *controle* foi concomitante ao grupo *espera*. Para cada respondente desse grupo se localizava na mesma rua ou bairro, numa distância máxima de 500m, o respondente do grupo *controle* - e deveria apresentar características semelhantes ao *espera*, conforme critério de pareamento. A princípio era solicitada ao respondente do grupo *espera* indicação de outra pessoa idosa na mesma rua ou bairro. Na impossibilidade de localizar com as informações do respondente, os entrevistadores procuravam através da sondagem nas residências. Não foi solicitado apoio às igrejas, associação de bairro ou qualquer outra entidade, para evitar viés na amostra.

Quanto ao grupo *residente* em ILPI, para cada 10 entrevistas realizadas na comunidade (5 *residente* + 5 *espera*), realizavam-se 5 entrevistas na ILPI para a qual o respondente do grupo *espera* solicitou a vaga. As pessoas idosas residentes foram localizadas através dos registros das instituições.

#### 4.7 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados foram organizados em um banco de dados no programa EPI INFO versão 3.5.3, onde foram analisados através da estatística descritiva e analítica, com os resultados distribuídos em tabelas.

Para análise dos dados inicialmente foram caracterizados os grupos de estudo através das variáveis demográficas, socioambientais, econômicas, funcionais, hábitos de vida e clínicas. Esses dados foram tabulados e distribuídos por meio de frequência e percentuais, para os três grupos de pesquisa, dispostos em tabelas, exceto para as variáveis: idade, frequência que sai de casa e número de filhos, que tiveram suas médias calculadas e comparadas entre os grupos. As possíveis diferenças nas frequências e nas médias foram testadas pelo qui-quadrado e teste de ANOVA (análise da variância), respectivamente. Quando a variância de cada grupo não foi homogênea para o mesmo teste, utilizou-se o teste não paramétrico Kruskal-Wallis, para medir a possível diferença entre os grupos.

A média dos escores de cada componente do questionário WHOQOL BREF e WHOQOL OLD foi comparada entre os grupos pela ANOVA. Quando a ANOVA foi significativa, dois testes t de Student foram realizados entre o grupo *residente* e o grupo *espera* e este com o grupo *controle*. O mesmo procedimento teria sido realizado com o índice de Katz, caso houvesse ocorrido diferença significativa entre grupos.

Os testes que obtiveram um  $p < 0,05$  foram considerados como significativos (um erro tipo alfa de 5%), nas tabelas encontram-se destacados em negrito e sublinhado. Foram

considerados indicativos de significância  $p$  entre 0,1 e 0,05 (destacados em negrito), onde se permitiu deduzir que em amostras maiores essa significância poderia ser atingida<sup>98</sup>.

#### 4.8 VIESES E ESTRATÉGIAS DE CONTROLE

Procurou-se, no decorrer da pesquisa, minimizar a ocorrência de possíveis vieses, que pudessem interferir na análise dos resultados. Na fase da coleta dos dados participaram a autora e dois colaboradores treinados previamente. Todo processo de coleta foi discutido e comparado. Na ocorrência de possíveis interferências, aplicavam-se estratégias de ação. No Quadro 2 listaram-se as dificuldades encontradas no percurso da coleta e as estratégias adotadas.

Quadro 2. Dificuldades encontradas no percurso da coleta de dados e as estratégias adotadas, João Pessoa-PB, maio de 2012 a fevereiro de 2013

<b>Vieses</b>	<b>Estratégias</b>
Lista de espera desatualizada com dados subnotificados	Foram deixados folhetos explicativos da pesquisa com espaço para nome, contato e endereço, para serem entregues aos solicitantes da vaga.
Números para contatos desligados ou sempre ocupados.	As ligações foram refeitas por 03 tentativas em turnos diferentes.
Resistência da família em autorizar visita domiciliar.	<i>Resistência motivada pela insegurança urbana:</i> informada a seriedade da pesquisa, fornecidos contatos para averiguação, como também apresentação da identificação do entrevistador em domicílio. <i>Resistência motivada por sentimentos de abandono:</i> explicado que a procura por instituições vem aumentando em consequência de diversos fatores, e que assim como ela outras inúmeras famílias passam pelo mesmo problema.
Presença de familiar no momento da entrevista	As visitas foram realizadas por dois pesquisadores, onde um ficava entrevistando a pessoa idosa e o outro ficava com o familiar em ambientes diferentes.
Dificuldade na leitura do questionário	Com a permissão do respondente, o entrevistador dava apoio.
Dificuldade na interpretação das questões do WHOQOL BREF e WHOQOL OLD.	O entrevistador repetia a pergunta utilizando as mesmas palavras do texto.
Questionário longo	Deixava a pessoa idosa se expressar e dava tempo para responder o questionário.
Expectativa do familiar e/ou pessoa idosa em ser contemplada com uma vaga por estar participando da pesquisa.	Apresentava a pesquisa e sua importância, como também esclarecia a impossibilidade de qualquer vantagem na obtenção da vaga.

## 5 RESULTADOS

### 5.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Fizeram parte deste estudo 150 pessoas idosas igualmente distribuídas segundo nível de institucionalização em três grupos: *residente* (50), *espera* (50) e *controle* (50). A Tabela 3 descreve os critérios de pareamento onde 100% dos respondentes do grupo *residente* e 92% *espera* e *controle* ( $p=0,1209$ ) foram localizados na cidade de João Pessoa; 76% ( $p=1,0000$ ) eram do sexo feminino nos três grupos; com média de idade entre os grupos variando no máximo em 2,5 anos ( $p=0,2166$ ) e os anos de estudo variando entre 6,3 no *residente* e 7,2 no *controle* ( $p=0,7002$ ). Não houve diferença estatística entre os grupos para essas variáveis, haja vista que foram utilizados critérios de pareamento (4.3.3) na seleção da amostra.

**Tabela 3** - Distribuição das pessoas idosas quanto aos critérios de pareamento, João Pessoa-PB, Maio de 2012 a Fevereiro de 2013

Variáveis	GRUPO			P
	Residente (n=50)	Espera (n=50)	Controle (n=50)	
<b>Cidade</b> João Pessoa/PB	50(100%)	46(92,0%)	46(92,0%)	0,1209
<b>Sexo</b>				
Feminino	38(76,0%)	38(76,0%)	38(76,0%)	1,0000
Masculino	12(33,3%)	12(33,3%)	12(33,3%)	
<b>Idade*</b>	78,5±7,51	76,4±8,49	76,0±7,19	0,2166
<b>Anos de estudo*</b>	6,3±4,77	6,8±5,64	7,2±4,91	0,7002

\*Média ± desvio padrão

A Tabela 4 descreve a distribuição das pessoas idosas quanto às características demográficas e econômicas de acordo com o grupo. No grupo *residente* 52% era da cor branca, 60% e 56% da cor parda para os grupos *espera* e *controle* respectivamente. Quanto à renda mensal houve um indicativo de significância na distribuição dos níveis de renda e os grupos ( $p=0,0882$ ), a maioria do grupo *residente* possuía renda de até 1 salário mínimo e o grupo *espera* foi o que apresentou a maior proporção de pessoas idosas com renda mensal de 3 salários mínimos ou mais. Quanto à participação econômica na renda familiar, 56% do grupo *espera* e 70% do grupo *controle* apresentaram-se como maior ou único responsável pelo provimento do recurso. O grupo *residente* não foi questionado quanto à participação na renda familiar.

**Tabela 4** - Distribuição das pessoas idosas quanto às características demográficas e econômicas de acordo com o grupo, João Pessoa-PB, Maio de 2012 a Fevereiro de 2013

Características	GRUPO			Todos	P	
	Residente (n=50)	Espera (n=50)	Controle (n=50)		Espera/ residente	Espera/ Controle
<b>Cor da pele</b>						
Amarela	0(0%)	2(4%)	2(4%)			
Branca	26(52%)	17(34%)	18(36%)	0,3138	0,1357	0,9338
Parda	24(48%)	30(60%)	28(56%)			
Preta	0(0%)	1(2%)	2(4%)			
<b>Renda da pessoa idosa</b>						
Até 1 sm	31(62,0%)	22(44,0%)	22(44,0%)	<b>0,0882*</b>	<b>0,0986</b>	0,4902
>1 até 2 sm	14(28,0%)	13(26,0%)	18(36,0%)			
3 sm ou mais	5(10,0%)	15(30,0%)	10(20,0%)			
<b>Participação econômica na renda familiar</b>						
Sem participação ou divide responsabilidade	--	22(44,0%)	15(30,0%)	--	--	0,1470
Maior responsável ou único responsável	--	28(56,0%)	35(70,0%)			

valor de p= negrito - indicativo de significância p entre 0,1 a 0,05

A Tabela 5 apresenta a distribuição das pessoas idosas quanto às características socioambientais de acordo com o grupo. Na descrição do estado civil observou-se uma maior frequência de solteiros e viúvos nos grupos, *residente* e *espera* e para o grupo *controle* a maior parte foi representada pelos viúvos e casados ( $p < 0,0001$ ).

Quanto ao número de filhos a maioria dos respondentes do grupo *residente* não tinha filhos, a maior parte do grupo *espera* tinha de 1 a 3 filhos e do grupo *controle* uma frequência maior foi observada para 4 ou mais filhos ( $p < 0,0001$ ). Ao selecionar os grupos *espera* e *controle* foram encontradas diferenças significativas referentes às variáveis estado civil ( $p = 0,0003$ ) e número de filhos ( $0,0068$ ), conforme consta na Tabela 5.

O fato de residir em casa própria, conforme Tabela 5, foi representado pela maioria dos respondentes 72% do grupo *espera* e *controle*, quanto ao grupo *residente* todos residiam em ILPI, portanto não própria ( $p < 0,0001$ ). Quanto a morar sozinho a maioria do grupo *espera* e a grande maioria do grupo *residente* referiu não morar sozinho. Essa alternativa também foi citada por todos do grupo *residente* ( $p < 0,0001$ ).

Os motivos apresentados para residir numa ILPI apontados pelos grupos *residente* e *espera* e aos prováveis motivos elencados pelo *controle* que levariam a solicitar vaga para residir em uma ILPI, citados (Tabela 5) com maior frequência foram: falta de cuidador ( $p = 0,0003$ ) e solicitação da família ( $p = 0,0158$ ). O motivo opção própria e falta de cuidador foi escolhido na maioria das vezes pelos grupos *residente* e *espera*, não havendo diferença estatística entre estes dois grupos. Quanto a ficar sozinho por muito tempo, foi citado em sua maioria pelo grupo *residente*. Foi observada diferença significativa entre os três grupos ( $p < 0,0001$ ).

Ao selecionar os grupos *residente* e *espera* observou-se diferença significativa para o motivo ficar sozinho por muito tempo ( $p = 0,0003$ ). E na seleção dos grupos *espera/controle* essa diferença foi encontrada em todos os motivos, exceto morar sozinho (Tabela 5).

**Tabela 5** - Distribuição das pessoas idosas quanto às características socioambientais de acordo com o grupo, João Pessoa-PB, Maio de 2012 a Fevereiro de 2013

Características	GRUPO			P		
	Residente (n=50)	Espera (n=50)	Controle (n=50)	Todos	Espera/ residente	Espera/ Controle
<b>Estado civil</b>						
Casado	2(4,0%)	3(6,0%)	21(42,0%)			
Divorciado	8(16,0%)	12(24,0%)	2(4,0%)	<b>&lt; 0,0001</b>	0,6232	<b>0,0003</b>
Solteiro	25(50%)	17(33,3%)	9(18,0%)			
Viúvo	15(30,0%)	18(36,0%)	18(36,0%)			
<b>Nº filhos</b>						
Nenhum	26(52,0%)	16(32,0%)	11(22,0%)			
1-3	18(36,0%)	24(48,0%)	14(28,0%)	<b>0,0001</b>	0,1201	<b>0,0068</b>
4 ou mais	6(12,0%)	10(20,0%)	25(50,0%)			
<b>Tipo de residência</b>						
Não própria	50(100%)	32 (64,0%)	14(28,0%)	<b>&lt; 0,0001</b>	<b>&lt;0,0001</b>	<b>0,0060</b>
Própria	0(0,0%)	18(36,0%)	36(72,0%)			
<b>Reside sozinho?</b>						
Não	50(100%)	33(66,0%)	44(88,0%)	<b>&lt; 0,0001</b>	<b>&lt;0,0001</b>	<b>0,0089</b>
Sim	0(0,0%)	17(34,0)	6(12,0%)			
<b>Motivos p/ residir numa ILPI?</b>						
Falta de cuidador	20(40,0%)	24(48,0%)	6(12,0%)	<b>0,0003</b>	0,4203	<b>&lt;0,0001</b>
Nenhum motivo	0(0,0%)	0(0,0%)	38(76,0%)	<b>&lt;0,0001</b>	--	<b>&lt;0,0001</b>
Opção própria	29(58,0%)	26(52,0%)	1(1,8%)	<b>&lt;0,0001</b>	0,5464	<b>&lt;0,0001</b>
Solicitação da família	12(24,0%)	17(34,0%)	5(10,0%)	<b>0,0158</b>	0,2705	<b>0,0037</b>
Sozinho	26(52,0%)	9(18%)	3(6,0%)	<b>&lt;0,0001</b>	<b>0,0003</b>	<b>0,0648</b>

valor de p sublinhado e negrito diferença significativa

valor de p negrito - indicativo de significância



Na Tabela 6 encontra-se a distribuição das pessoas idosas quanto aos aspectos clínicos e hábitos de vida, de acordo com o grupo. As doenças mais relatadas pelos respondentes dos três grupos foram Artrose ( $p=0,9704$ ), Depressão ( $p=0,4642$ ) e Osteoporose ( $p=0,4386$ ), Problemas Intestinais ( $p=0,0282$ ), e em sua maioria a Hipertensão Arterial ( $p=0,3397$ ), também citada pelos três grupos. Quanto a Problemas nos Olhos ( $0,0287$ ), foi uma das opções da maioria dos entrevistados do grupo *espera*.

Na seleção dos grupos *espera/residente*, conforme consta na Tabela 6, a diferença estatisticamente significativa foi observada em Problemas Intestinais ( $p=0,0252$ ) e Problemas nos Olhos ( $p=0,0163$ ), enquanto que na seleção dos grupos *espera/controle* esta diferença foi identificada em Problemas nos Olhos ( $p=0,0275$ ).

No grupo *residente*, quase todos os respondentes referiram fazer quatro refeições ou mais por dia, assim como a grande maioria do grupo *controle* e a maioria do *espera* ( $p=0,0184$ ). A diferença estatística manteve-se na seleção dos grupos *espera/residente* ( $p=0,0029$ ), conforme exposto na Tabela 6.

A Tabela 6 descreve a frequência que a pessoa idosa sai de casa em quantidade de vezes por semana, sendo que apresentaram médias e desvio padrão:  $1,9 \pm 8,40$  *residente*;  $5,6 \pm 11,16$  *espera* e  $17,7 \pm 16,14$  *controle* ( $p < 0,0001$ ). Diferença estatisticamente significativa também foi observada para essa variável entre os grupos *espera/controle* ( $p=0,0009$ ). Dentre as dificuldades apresentadas para sair de casa, as que apresentaram significância estatística para os três grupos foram: dificuldade de locomoção ( $p=0,0029$ ), falta de companhia ( $p < 0,0001$ ) e dificuldade com transporte coletivo ou privado ( $p=0,0175$ ).

Foram encontradas diferenças estatísticas nas atividades desenvolvidas atualmente pelos respondentes dos três grupos, onde atividade religiosa ( $0,0140$ ), atividade de lazer ( $p < 0,0001$ ) e atividade doméstica ( $p=0,0003$ ) mostraram-se significantes, assim como na seleção dos grupos, exceto a atividade doméstica para os grupos *espera/residente* ( $p=0,8399$ ), conforme Tabela 6.

**Tabela 6** - Distribuição das pessoas idosas quanto aos aspectos clínicos e hábitos de vida, de acordo com o grupo, João Pessoa-PB, Maio de 2012 a Fevereiro de 2013

Características	GRUPO			Todos	P	
	Residente (n=50)	Espera (n=50)	Controle (n=50)		Espera/ residente	Espera/ Controle
<b>Doenças</b>						
Ansiedade	8(16,0%)	9(18,0%)	5(10,0%)	0,5003	0,7900	0,2490
Artrose	17(34,0%)	16(32,0%)	17(34,0%)	0,9704	0,8315	0,8315
Cardiopatia	4(8,0%)	9(18,0%)	9(18,0%)	0,2640	0,1370	1,0000
Depressão	14(28%)	13(26,0%)	9(18,0%)	0,4642	0,8217	0,3342
Diabetes	8(16,0%)	6(12,0%)	5(10,0%)	0,6558	0,5643	0,7492
Hipertensão	36(72,0%)	32(64,0%)	29(58,0%)	0,3397	0,3911	0,5385
Osteoporose	14(28,0%)	20(40,0%)	18(36,0%)	0,4386	0,2052	0,6803
Problemas intestinais	2(4,0%)	9(18,0%)	11(22,0%)	<b><u>0,0282</u></b>	<b><u>0,0252</u></b>	0,6170
Problemas nos olhos	20(40,0%)	32(64,0%)	21(42,0%)	<b><u>0,0287</u></b>	<b><u>0,0163</u></b>	<b><u>0,0275</u></b>
<b>Número de refeições diárias</b>						
Menos de 04	4(8,0%)	15(30,0%)	9(18,0%)	<b><u>0,0184</u></b>	<b><u>0,0029</u></b>	0,3310
04 ou mais	46(92,0%)	35(70,0%)	41(82,0%)			
<b>Frequência que sai de casa (Média ± DP)</b>	1,9 ±8,40	5,6±11,16	17,7±16,14	<b><u>&lt;0,0001</u></b>	0,1370	<b><u>0,0009</u></b>
<b>Dificuldades para sair de casa</b>						
Dificuldade de locomoção	23(46,0%)	33(66,0%)	16(32,0%)	<b><u>0,0029</u></b>	<b><u>0,0439</u></b>	<b><u>0,0006</u></b>
Falta de segurança	10(20,0%)	9(18,0%)	10(20,0%)	0,9582	0,7987	0,7987
Falta de companhia	29(58,0%)	17(34%)	4(8,0%)	<b><u>&lt;0,0001</u></b>	<b><u>0,0160</u></b>	<b><u>0,0014</u></b>
Dificuldade com transporte público	6(12,0%)	10(20,0%)	1(2,0%)	<b><u>0,0175</u></b>	0,2752	<b><u>0,0040</u></b>
Problemas visuais	5(10,0%)	8(16,0%)	7(14,0%)	0,6677	0,3723	0,7794
Não observa dificuldade	8(16,0%)	10(20,0%)	21(42,0%)	<b><u>0,0061</u></b>	0,6026	<b><u>0,0173</u></b>
<b>Atividades desenvolvidas</b>						
Atividade religiosa	23(46,0%)	13(26,0%)	27(54,0%)	<b><u>0,0140</u></b>	<b><u>0,0372</u></b>	<b><u>0,0042</u></b>
Atividade de lazer	36(72,0%)	9(18,0%)	32(64,0%)	<b><u>&lt;0,0001</u></b>	<b><u>&lt;0,0001</u></b>	<b><u>&lt;0,0001</u></b>
Atividade doméstica	22(44,0%)	21(42,0%)	39(78,0%)	<b><u>0,0003</u></b>	0,8399	<b><u>0,0002</u></b>

valor de p sublinhado e negrito diferença significativa

A Tabela 7 mostra a distribuição das pessoas idosas quanto às características funcionais e grupo pesquisado. A funcionalidade da pessoa idosa foi avaliada através da escala de KATZ. A amostra foi classificada em dependente (0-4 pontos) e independente (5-6 pontos), onde a independência para desenvolver as AVDs representou a grande maioria das pessoas idosas do grupo *residente* e em quase todos os participantes do grupo *espera* e *controle*, não existindo diferença estatisticamente significativa entre os grupos ( $p=0,2019$ ).

**Tabela 7** - Distribuição das pessoas idosas quanto às características funcionais através da avaliação das AVDs de acordo com os grupos, João Pessoa-PB, Maio de 2012 a Fevereiro de 2013

	GRUPO			P
	Residente (n=50)	Espera (n=50)	Controle (n=50)	
<b>ABVD</b>				
Dependência	7(14,0%)	4(8,0%)	2(4,0%)	0,2019
Independência	43(86,0%)	46(92,0%)	48(96,0%)	

## 5.2 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA

A Tabela 8 apresenta a distribuição dos domínios e questões do instrumento WHOQOL BREF de acordo com o grupo. Os escores produzidos nas questões gerais, autopercepção da qualidade de vida ( $p<0,0001$ ) e satisfação com a saúde ( $p<0,0001$ ) demonstram diferença estatisticamente significativa, para os grupos *residente*, *espera* e *controle*, sendo as maiores médias no grupo *controle* e as menores no grupo *espera*, assim como na comparação entre os grupos todos foram estatisticamente diferentes entre eles - *espera/residente* ( $p=0,0003$ ;  $p=0,0239$ ) e *espera/controle* ( $p<0,0001$ ;  $p<0,0001$ ), respectivamente, para as questões autopercepção da qualidade de vida e satisfação com a saúde.

Em relação aos domínios do questionário WHOQOL BREF, houve diferença estatisticamente significativa, em todos os domínios, com  $p<0,0001$ , em relação aos três grupos. Ao comparar os grupos em *espera/residente*, *espera/controle* e *residente/controle*, as significâncias mantiveram-se, exceto para o domínio meio ambiente em relação aos grupos *residente/controle* ( $p=0,3261$ ), conforme se pode constatar na Tabela 8.

O escore total do WHOQOL BREF foi de  $62,0\pm 10,61$  para o grupo *residente*,  $44,1\pm 13,63$  para o grupo *espera* e de  $68,8\pm 7,02$  para o grupo *controle*, evidenciando mais uma vez a diferença estatística que existe entre os três grupos estudados ( $p<0,0001$ ), assim como, mantém uma diferença significativa na seleção de dois grupos *espera/residente*, *espera/controle* ( $p<0,0001$ ), *residente/controle* ( $p<0,0001$ ) e *residente/controle* ( $p=0,0014$ ) -

ver Tabela 8. Em todos os escores do WHOQOL BREF o grupo *espera* foi estatisticamente menor que os outros dois grupos, enquanto o grupo *controle* obteve sempre os melhores escores.

**Tabela 8** - Distribuição das questões gerais e dos domínios do instrumento WHOQOL BREF de acordo com o grupo de pessoas idosas, João Pessoa-PB, Maio de 2012 a Fevereiro de 2013

Questões	GRUPO			Todos	P		
	Residente (n=50)	Espera (n=50)	Controle (n=50)		Espera/ residente/	Espera/ Controle	Residente /controle
Aut_QV	3,6±0,78	2,9±1,10	4,0±0,60	<u>&lt;0,0001*</u>	<u>0,0003*</u>	<u>&lt; 0,0001*</u>	<u>0,0236</u>
satis_saúde	3,3±0,88	2,9±0,94	3,8±0,59	<u>&lt;0,0001*</u>	<u>0,0239</u>	<u>&lt; 0,0001*</u>	<u>0,0034*</u>
<b>Domínios</b>							
Físico	59,7±16,28	44,1±19,65	71,0±13,95	<u>&lt;0,0001</u>	<u>&lt; 0,0001</u>	<u>&lt; 0,0001*</u>	<u>0,0003</u>
Psicológico	64,3±15,50	44,1±18,96	71,0±9,99	<u>&lt; 0,0001</u>	<u>&lt; 0,0001</u>	<u>&lt; 0,0001*</u>	<u>0,0121*</u>
Relações sociais	64,6±13,32	46,8±16,91	74,0±11,50	<u>&lt; 0,0001</u>	<u>&lt; 0,0001</u>	<u>&lt; 0,0001*</u>	<u>0,0003</u>
Meio ambiente	61,3±9,59	43,1±12,98	63,2±10,03	<u>&lt; 0,0001</u>	<u>&lt; 0,0001</u>	<u>&lt; 0,0001</u>	0,3261
Escore Total	62,0±10,61	44,1±13,63	68,8±7,02	<u>&lt; 0,0001</u>	<u>&lt; 0,0001</u>	<u>&lt; 0,0001*</u>	<u>0,0014</u>

Aut\_QV – Autopercepção da qualidade de vida; Satis\_saúde – Satisfação com a saúde. \*Teste Kruskal-Wallis

A Tabela 9 mostra a distribuição das facetas do instrumento WHOQOL OLD e grupo pesquisado. O grupo *espera* apresentou invariavelmente os piores escores atribuídos às facetas. A única dessa que não houve diferença estatística foi a Morte e Morrer – MEM (p=0,8007). Ao comparar os grupos em pares também se constatou significância estatística, exceto para MEM nas três comparações e para a faceta Funcionamento do Sensorio - FS, (p=0,1889) entre os grupos *residente* e *controle*.

As média produzidas no resultado do escore total dos grupos *residente*, *espera* e *controle*, respectivamente, foram: 60,4±9,88; 48,5±12,15 e 68,5±7,90, com significância estatística entre as médias dos três grupos (p<0,0001). O valor de p também se manteve na comparação de dois grupos *espera/controle*, *espera/residente* e *residente/controle*.

**Tabela 9** - Distribuição das facetas do instrumento do WHOQOL OLD de acordo com o grupo de pessoas idosas, João Pessoa-PB, Maio de 2012 a Fevereiro de 2013

Facetas	GRUPO			Todos	P		
	Residente (n=50)	Espera (n=50)	Controle (n=50)		Espera/ residente	Espera/ Controle	Residente/ controle
FS	76,5±22,32	62,0±27,11	82,7±16,73	<u>&lt;0,0001</u>	<u>0,0043</u>	<u>0,0001</u>	0,1889*
AUT	52,1±16,83	41,1±19,40	64,2±12,11	<u>&lt;0,0001</u>	<u>0,0031</u>	<u>&lt;0,0001*</u>	<u>0,0001</u>
MEM	71,1±23,31	67,7±28,53	68,9±25,14	0,8007	0,5186	0,8347	0,6437
PPF	50,5±10,55	39,5±11,67	57,1±10,49	<u>&lt;0,0001</u>	<u>&lt;0,0001</u>	<u>&lt;0,0001</u>	<u>0,0022</u>
PSO	55,4±14,45	39,5±18,14	66,4±10,85	<u>&lt;0,0001</u>	<u>&lt;0,0001</u>	<u>&lt;0,0001*</u>	<u>0,0002*</u>
INT	56,6±20,65	40,9±23,76	71,7±11,79	<u>&lt;0,0001</u>	<u>0,0006</u>	<u>&lt;0,0001*</u>	<u>0,0001*</u>
Escore Total	60,4±9,88	48,5±12,15	68,5±7,90	<u>&lt;0,0001</u>	<u>&lt;0,0001</u>	<u>&lt;0,0001*</u>	<u>0,0001</u>

FS – Funcionamento do sensorio; AUT – Autonomia; MEM – Morte e Morrer; PPF – Atividades presentes, passadas e futuras; PSO – participação Social; INT – Intimidade. \*Teste Kruskal-Wallis

### 5.3 MÉDIAS DOS ESCORES DO WHOQOL BREF E WHOQOL OLD PARA CADA NÍVEL DE CARACTERÍSTICA (DEMOGRÁFICAS, SOCIAIS, ECONÔMICAS, HÁBITOS DE VIDA E CLÍNICAS) E GRUPO PESQUISADO.

Na Tabela 10 observam-se as médias de avaliação das questões gerais e do domínio físico do WHOQOL BREF para as características sociodemográficas e grupo pesquisado. A questão autopercepção da qualidade de vida apresentou média de avaliação mais elevada no sexo feminino para o grupo *controle* e *espera*, e no sexo masculino para o grupo *residente*. O sexo masculino do grupo *espera* manteve piores níveis na avaliação da satisfação com a saúde e domínio físico. Os homens do grupo *controle* apresentaram qualidade de vida melhor que as mulheres, principalmente no domínio físico, onde atingiu um nível de indicativo de significância ( $p=0,0562$ ).

Quanto ao estado civil, as pessoas idosas viúvas do grupo *espera* apresentaram médias baixas de avaliação da autopercepção da qualidade de vida, satisfação com a saúde e domínio físico. Os escores mais elevados foram identificados nos divorciados/separados do grupo *controle* e *residente* ao avaliar a autopercepção de qualidade de vida, também observado no grupo *controle* ao avaliar a satisfação com a saúde e no grupo *residente* ao quando se tratava do domínio físico. Um indicativo de significância ( $p=0,0743$ ) foi apresentado na avaliação da satisfação com a saúde pelos respondentes viúvos do grupo *residente*, conforme se verifica na Tabela10.

No grupo *espera*, as pessoas idosas com 04 filhos ou mais foram responsáveis pelos escores de avaliação mais baixos da questão autopercepção da qualidade de vida, satisfação com a saúde e domínio físico (Tabela 10), apresentando-se estatisticamente significante ( $p=0,0148$ ) na avaliação da satisfação com a saúde e com indicativo de significância ( $p=0,0584$ ) na avaliação do domínio físico. Quanto ao fato de não ter filhos, foi observado no grupo *residente* como responsável pelas piores médias de avaliação da autopercepção da qualidade de vida, satisfação com a saúde e domínio físico, onde para este observou-se uma significância estatística ( $p=0,0129$ ).

Conforme consta na Tabela 10, as pessoas idosas na faixa etária de 60-69 dos três grupos apresentaram níveis mais elevados de avaliação da autopercepção da qualidade de vida, satisfação com a saúde e domínio físico, excetuando-se para o grupo *controle* na avaliação do domínio físico, onde o nível mais elevado foi na faixa etária de 70 a 79 anos, com indicativo de significância ( $p=0,0620$ ). Para a faixa etária do grupo *espera* foram observados indicativos de significância na avaliação da autopercepção de qualidade de vida

( $p=0,0835$ ) e domínio físico ( $p=0,0928$ ) e no grupo *residente* mostrou-se estatisticamente significativa na avaliação do domínio físico ( $p=0,0045$ ).

**Tabela 10** - Médias de avaliação das questões gerais e do domínio físico do WHOQOL BREF para cada nível de características sociodemográficas e grupo pesquisado, João Pessoa-PB, Maio de 2012 a Fevereiro de 2013

Característica	Questões e Domínio WHOQOL-BREF								
	Autopercepção QV			Satisfação com a saúde			Físico		
	Residente	Espera	Controle	Residente	Espera	Controle	Residente	Espera	Controle
<b>Sexo</b>									
Feminino	3,6±0,79	3,0±1,15	4,0±0,59	3,2±0,90	2,9±0,91	3,7±0,61	58,3±16,53	46,1±19,07	68,9±14,02
Masculino	3,7±0,78	2,6±0,90	3,9±0,67	3,6±0,79	2,7±1,07	3,9±0,51	64,3±15,23	37,5±20,85	77,7±11,91
P	0,1351	0,2884	0,7791	0,1740	0,4233	0,2970	0,2688	0,1867	<b>0,0562</b>
<b>Estado civil</b>									
Casado	3,0±1,41	3,3±1,16	3,8±0,57	3,0±1,41	2,7±1,15	3,7±0,64	58,9±22,73	51,2±26,32	73,0±14,44
Divorc/Separ	4,0±0,53	3,0±1,20	4,5±0,71	3,4±0,74	2,9±1,08	4,0±0,00	66,1±10,10	46,7±25,32	66,1±22,73
Solteiro	3,6±0,82	2,9±0,97	4,0±0,50	3,0±0,91	3,0±0,87	3,9±0,33	55,4±18,68	47,1±21,14	68,3±16,21
Viúvo	3,7±0,72	2,7±1,19	4,0±0,69	3,7±0,70	2,7±0,96	3,7±0,67	63,6±13,03	38,3±11,74	70,6±16,21
P	0,3553	0,7667	0,5211	<b>0,0743</b>	0,8302	0,8214	0,2941	0,4758	0,8053
<b>Nº filhos</b>									
Nenhum	3,1±0,69	2,9±0,96	3,9±0,66	3,0±0,87	3,1±0,85	3,9±0,66	53,7±16,77	43,3±20,86	76,5±8,6
1-3	3,4±0,92	3,1±1,11	4,0±0,58	3,6±0,92	3,0±0,91	3,7±0,63	68,1±13,05	49,5±19,05	70,4±15,24
4 ou mais	3,7±0,52	2,3±1,16	4,0±0,63	3,5±0,55	2,1±0,88	3,8±0,40	60,7±13,17	32,1±14,49	65,3±14,82
P	0,2148	0,1372	0,7624	0,1294	<b>0,0148</b>	0,6335	<b>0,0129</b>	<b>0,0584</b>	0,1278
<b>Faixa etária</b>									
60-69	3,7±0,47	3,4±1,21	4,1±0,64	3,6±0,74	3,2±1,17	3,8±0,44	71,4±8,32	54,5±25,06	64,6±14,10
70-79	3,7±0,87	2,9±0,97	3,8±0,44	3,3±1,024	2,7±0,87	3,8±0,44	64,7±15,26	43,3±18,17	78,6±9,78
>=80	3,6±0,81	2,5±1,10	4,0±0,64	3,1±0,82	2,6±0,89	3,7±0,70	53,0±15,93	37,9±15,42	71,6±14,03
P	0,8279	<b>0,0835</b>	0,5304	0,3202	0,3307	0,9908	<b>0,0045</b>	<b>0,0928</b>	<b>0,0620</b>

Na Tabela 11, ressaltam-se as médias de avaliação das questões gerais e do domínio físico do WHOQOL BREF para as características socioeconômicas e os hábitos de vida, e grupo pesquisado. No grupo *espera* quanto à escolaridade foram observados indicativos de significância na avaliação da autopercepção de qualidade de vida ( $p=0,0971$ ), da satisfação com a saúde ( $p=0,0424$ ) e na avaliação do domínio físico ( $p=0,0524$ ). Uma associação estatisticamente significativa foi vista na avaliação do domínio físico ( $p= 0,0392$ ) pelos respondentes do grupo *residente*, quanto à característica escolaridade.

Quanto à renda (Tabela 11), as pessoas idosas que recebiam 3 salários mínimos ou mais foram responsáveis pelos escores mais altos na avaliação da autopercepção da qualidade de vida pelos grupos *controle* e *espera* e na avaliação da satisfação com a saúde e domínio físico pelos grupos *espera* e *residente*. Uma associação estatisticamente significativa foi observada na avaliação da satisfação com a saúde ( $p=0,0424$ ) pelo grupo *espera*.

Na avaliação das questões gerais os grupos *controle* e *espera* com menos de 04 refeições diárias apresentaram médias mais baixas, enquanto que na avaliação do domínio físico pessoas idosas com menos de 04 refeições diárias, foram responsáveis pelas médias mais elevadas nos três grupos. Indicativo de significância observou-se na avaliação da autopercepção da qualidade de vida ( $p=0,0856$ ), pelo grupo *residente*, conforme se verifica na Tabela 11.

Na avaliação da autopercepção da qualidade de vida existe diferença estatisticamente significativa para a variável sair de casa ( $p=0,0374$ ) do grupo *espera* e indicativo de diferença estatística ( $p=0,0676$ ) para o grupo *controle*. Diferenças estatisticamente significativas também foram observadas para esta variável na avaliação da questão satisfação com a saúde ( $p=0,0036$ ) grupo *espera* e na avaliação do domínio físico, no grupo *controle* ( $p=0,0001$ ) e no grupo *espera* ( $p=0,0005$ ), como consta na Tabela 11.



**Tabela 11** - Médias de avaliação das questões gerais e do domínio físico do WHOQOL BREF, para cada nível de características socioeconômicas e hábitos de vida, e grupo pesquisado, João Pessoa-PB, Maio de 2012 a Fevereiro de 2013

Características	Questões e Domínio do WHOQOL BREF								
	Autopercepção QV			Satisfação com a saúde			Físico		
	Residente	Espera	Controle	Residente	Espera	Controle	Residente	Espera	Controle
<b>Escolaridade</b>									
S/ escolaridade	3,4±0,89	2,4±0,89	4,2±0,84	3,4±0,89	2,4±0,55	3,2±0,84	57,9±9,58	40,7±19,8	58,6±16,87
Primário	3,8±0,85	2,6±1,09	3,7±0,67	3,3±0,98	2,8±1,03	4,0±0,47	57,6±18,35	39,4±20,22	79,3±9,49
Ginasial	3,6±0,65	2,7±1,21	3,9±0,50	3,1±0,80	2,7±1,21	3,9±0,36	64,3±11,48	34,5±15,10	71,8±11,95
Secundário	3,4±0,70	3,4±1,00	4,1±0,62	3,4±0,84	3,0±0,83	3,6±0,75	59,3±19,93	54,4±17,20	68,4±15,59
P	0,4678	<b>0,0971*</b>	0,3959	0,9143	0,5496	<b>0,0922</b>	0,7045	<b>0,0524</b>	<b>0,0392</b>
<b>Renda</b>									
até 01 sm	3,6±0,80	2,9±1,11	4,0±0,62	3,2±0,87	2,5±0,91	3,8±0,59	57,1±18,00	41,7±21,35	70,0±13,53
>1 até 2sm	3,6±0,85	2,6±1,26	3,9±0,58	3,3±0,93	2,8±0,99	3,8±0,51	62,2±10,46	42,8±18,39	73,8±15,05
3sm ou mais	3,8±0,45	3,1±0,97	4,0±0,67	3,6±0,89	3,3±0,82	3,5±0,71	68,6±17,02	48,6±18,60	68,2±13,30
P	0,8560	0,5584	0,8292	0,5969	<b>0,0424</b>	0,3034	0,2788	0,5719	0,5449
<b>Nº refeições</b>									
Menos de 04	3,7±0,76	2,7±1,29	3,8±0,67	3,3±0,87	2,6±1,17	3,7±0,71	60,5±15,51	48,6±20,90	71,0±15,20
04 ou mais	3,0±0,82	3,0±1,01	4,0±0,59	3,2±0,96	2,9±0,84	3,8±0,57	50,9±24,64	42,1±19,07	71,0±13,86
P	<b>0,0856</b>	0,3747	0,3232	0,9443	0,3503	0,6060	0,2628	0,2938	0,9941
<b>Sair de casa</b>									
Sim	3,6±0,72	2,4±0,99	4,4±0,55	3,2±0,87	2,3±0,75	3,8±0,47	57,1±16,38	32,0±13,29	52,1±14,85
Não	4,2±0,50	3,2±0,87	3,9±0,55	3,5±0,58	3,4±1,03	3,8±0,46	67,0±17,34	53,6±17,13	76,3±10,04
P	0,1081	<b>0,0374</b>	<b>0,0676</b>	0,4671	<b>0,0036</b>	0,8815	0,2710	<b>0,0005</b>	<b>0,0001</b>

Autopercepção QV= Autopercepção da qualidade de vida

\* Kruskal Wallis

Nos dados observados na Tabela 12, figuram as médias de avaliação das questões gerais e do domínio físico do WHOQOL BREF para as dificuldades referidas pelas pessoas idosas para sair de casa e grupo pesquisado (*controle, espera e residente*). Os respondentes do grupo *espera* que não relataram dificuldades com locomoção, segurança, companhia e transporte apresentaram escores médios mais altos na avaliação das questões autopercepção da qualidade de vida, satisfação com a saúde e no domínio físico, exceção para falta de segurança, onde as pessoas idosas que afirmaram esta dificuldade avaliaram com escores altos a autopercepção da qualidade da vida.

As diferenças significativas foram identificadas com a locomoção ( $p=0,0006$ ), ( $p=0,0150$ ) no grupo *espera* e *residente*, respectivamente, com o transporte no grupo *residente* ( $p=0,0075$ ) na satisfação com a saúde. Para o domínio físico essa diferença foi constatada com a locomoção para os três grupos, com a companhia ( $p=0,0253$ ) grupo *espera* e com o transporte ( $p<0,0001$ ) grupo *residente*. Indicativo de significância foi observado na satisfação com a saúde ( $p=0,0862$ ) e na avaliação do domínio físico ( $p=0,0580$ ) para o grupo *espera* referente a transporte, como demonstrado na Tabela 12.

**Tabela 12** - Médias dos escores de avaliação das questões gerais e do domínio físico do WHOQOL BREF para as dificuldades referidas pela pessoa idosa para sair de casa e grupo pesquisado, João Pessoa-PB, Maio de 2012 a Fevereiro de 2013

Características	Questões e Domínio do WHOQOL-BREF								
	Autopercepção QV			Satisfação com a saúde			Físico		
	Residente	Espera	Controle	Residente	Espera	Controle	Residente	Espera	Controle
<b>Dificuldades</b>									
<b>Locomoção</b>									
Sim	3,7±0,76	2,7±1,04	4,0±3,65	3,0±0,77	2,5±0,90	3,7±0,58	50,5±16,23	34,6±14,47	61,4±13,06
Não	3,6±0,80	3,2±1,15	3,9±0,69	3,6±0,89	3,5±0,72	3,8±0,61	67,6±11,67	62,4±14,95	75,5±12,06
P	0,6446	0,1016	0,7143	<b>0,0150</b>	<b>0,0006</b>	0,9356	<b>0,0001</b>	<b>&lt;0,0001</b>	<b>0,0005</b>
<b>Segurança</b>									
Sim	3,5±0,97	3,2±0,67	3,7±0,48	3,6±1,07	2,4±0,73	3,6±0,70	59,3±17,68	35,7±13,00	65,0±17,56
Não	3,7±0,73	2,8±1,17	4,0±0,62	3,2±0,82	2,9±0,97	3,8±0,56	59,8±16,15	45,9±20,49	72,5±12,72
P	0,5292	0,3075	0,1298	0,2025	0,1482	0,3438	0,9270	0,1610	0,1296
<b>Companhia</b>									
Sim	3,5±0,69	2,5±1,17	4,2±0,50	3,2±0,95	2,6±0,93	4,0±0,00	59,0±16,41	35,5±13,39	61,6±8,93
Não	3,8±0,89	3,1±1,09	3,9±0,611	3,3±0,79	3,0±0,95	3,7±0,61	60,7±16,44	48,5±21,03	71,8±14,07
P	0,3499	0,1064	0,3224	0,7198	0,2584	0,4028	0,7157	<b>0,0253</b>	0,1624
<b>Transporte</b>									
Sim	3,2±0,75	2,8±1,13	4,0±0,00	2,3±0,82	2,4±0,97	4,0±0,00	34,5±13,49	33,6±11,32	60,7±0,00
Não	3,7±0,77	2,9±1,10	3,9±0,61	3,4±0,82	3,0±0,92	3,8±0,60	63,1±13,42	46,7±20,50	71,2±14,01
P	0,1121	0,8001	0,9475	<b>0,0075*</b>	<b>0,0862</b>	0,6861	<b>&lt;0,0001</b>	<b>0,0580</b>	0,4620

Autopercepção QV= Autopercepção da qualidade de vida

\* Kruskal Wallis

Ressalta-se na Tabela 13, quanto às médias de avaliação das questões gerais e do domínio físico do WHOQOL BREF para as dificuldades referidas pela pessoa idosa para sair de casa e hábitos de vida e os grupos, que os respondentes que apresentaram dificuldades de enxergar tiveram as médias mais baixas nas questões gerais e na avaliação do domínio físico para os três grupos, excetuando-se o grupo *controle* na avaliação da autopercepção da qualidade de vida.

Os respondentes sem dificuldades apresentaram médias mais elevadas na autopercepção de qualidade de vida e satisfação com a saúde e na avaliação do domínio físico para os três grupos, com exceção do grupo *controle* na autopercepção de qualidade de vida. Diferenças estatisticamente significativas foram observadas na autopercepção da qualidade de vida ( $p=0,0190$ ) e na satisfação com a saúde ( $p=0,0011$ ), ambos no grupo *espera* e na avaliação do domínio físico para o grupo *controle* ( $p=0,0001$ ) e grupo *espera* ( $p<0,0001$ ), sendo indicativo de significância no grupo *residente* ( $p=0,0718$ ), conforme Tabela 13.

Entre as atividades realizadas pelas pessoas idosas, as atividades de lazer foram as que obtiveram diferenças significativas e níveis de qualidade de vida mais elevadas. Nas médias da questão autopercepção da qualidade de vida, as diferenças significativas foram observadas nos respondentes que desenvolviam atividade de lazer do grupo *residente* ( $p=0,0429$ ). Quanto à satisfação com a saúde as diferenças significativas foram observadas nos respondentes do grupo *espera* que desenvolviam atividade religiosa ( $p=0,0466$ ) e indicativo de significância em atividade de lazer ( $p=0,0984$ ), conforme se constata na Tabela 13.

No domínio físico (Tabela 13) diferenças estatísticas foram identificadas no grupo *controle* ( $p=0,0056$ ) em atividade de lazer e no grupo *espera* ( $p=0,0095$ ) em atividade doméstica. Indicativo de significância foi observado em atividade doméstica grupo *controle* ( $p=0,0854$ ) e atividade de lazer grupo *espera* ( $p=0,0955$ ).

**Tabela 13** - Médias dos escores de avaliação das questões gerais e do domínio físico do WHOQOL BREF para as dificuldades referidas pela pessoa idosa para sair de casa e hábitos de vida, e grupo pesquisado, João Pessoa-PB, Maio de 2012 a Fevereiro de 2013

Características	Questões e Domínio do WHOQOL-BREF								
	Autopercepção QV			Satisfação com a saúde			Físico		
	Residente	Espera	Controle	Residente	Espera	Controle	Residente	Espera	Controle
<b>Dificuldades</b>									
<b>Enxergar</b>									
Sim	3,6±0,55	2,5±1,20	4,1±0,69	3,0±1,00	2,2±0,89	3,6±0,53	56,4±22,22	43,3±18,35	69,4±11,64
Não	3,6±0,80	2,9±1,08	3,9±0,59	3,3±0,87	3,0±0,92	3,8±0,60	60,1±15,78	44,2±20,09	71,3±14,39
P	0,9048	0,2910	0,3939	0,4598	<b>0,0458</b>	0,3681	0,6391	0,9055	0,7453
<b>Sem dificuldade</b>									
Sim	3,7±1,03	36,0±1,17	3,8±0,65	3,5±0,76	3,7±0,67	3,9±0,57	69,2±13,35	70,0±11,32	79,4±9,24
Não	3,6±0,73	2,7±1,02	4,0±0,57	3,2±0,91	2,6±0,89	3,7±0,60	57,9±16,29	37,6±15,49	64,9±13,70
P	0,6664	<b>0,0190</b>	0,3110	0,4469	<b>0,0011</b>	0,3278	<b>0,0718</b>	<b>&lt;0,0001</b>	<b>0,0001</b>
<b>Atividades</b>									
<b>Religiosa</b>									
Sim	3,9±0,76	3,2±0,72	4,0±0,62	3,3±0,82	2,7±0,86	3,8±0,46	62,4±14,28	50,3±16,72	71,3±13,74
Não	3,4±0,75	2,8±1,19	3,9±0,60	3,3±0,94	0,8±0,94	3,7±0,71	57,4±17,74	41,9±20,34	70,7±14,49
P	<b>0,0526</b>	0,1841	0,6174	0,8591	<b>0,0466</b>	0,2377	0,2822	0,1886	0,8727
<b>Lazer</b>									
Sim	3,8±0,72	3,2±1,30	4,0±0,62	3,3±0,79	3,3±0,87	3,7±0,52	61,3±15,40	54,0±18,07	75,0±11,76
Não	3,3±0,83	2,8±1,05	3,9±0,58	3,2±1,12	2,8±0,94	3,8±0,71	55,6±18,3	41,9±19,51	63,9±14,98
P	<b>0,0429</b>	0,3075	0,5384	0,7461	<b>0,0984</b>	0,5162	0,2709	<b>0,0955</b>	<b>0,0056</b>
<b>Doméstica</b>									
Sim	3,7±0,88	2,9±1,12	3,9±0,60	3,1±0,86	3,0±0,89	3,7±0,55	62,7±14,78	52,4±16,50	72,8±11,97
Não	3,6±0,69	2,8±1,10	4,2±0,60	3,4±0,91	2,8±0,99	3,8±0,75	57,4±17,28	38,0±19,80	64,6±18,73
P	0,4866	0,6964	0,1708	0,4908	0,3796	0,7157	0,2606	<b>0,0095</b>	<b>0,0854</b>

Autopercepção QV= Autopercepção da qualidade de vida

Na Tabela 14 apresentam-se as médias dos escores de avaliação das questões gerais e do domínio físico do WHOQOL BREF para os motivos apresentados pela pessoa idosa para a institucionalização ou uma provável (no caso do *controle*) e grupo pesquisado. As pessoas idosas dos três grupos que optaram pelo motivo falta de cuidador, ofereceram médias baixas na avaliação do domínio físico; indicativo de significância foi observado na avaliação do domínio físico pelo grupo *residente* ( $p=0,0532$ ) e o referido motivo.

Quando o motivo foi por opção própria, o grupo *espera* apresentou médias altas de avaliação para a questão autopercepção da qualidade de vida e domínio físico, exceto para a satisfação com a saúde.

Vê-se ainda na Tabela 14 que o fato de não ficar sozinho por muito tempo para o grupo *controle*, significou maiores escores de avaliação no domínio físico, com diferença significativa ( $p=0,0034$ ).

**Tabela 14-** Médias de avaliação das questões gerais e do domínio físico do WHOQOL BREF para os motivos apresentadas pela pessoa idosa para residir numa ILPI, ou que poderia levar a residir e grupo pesquisado, João Pessoa-PB, Maio de 2012 a Fevereiro de 2012 a Fevereiro de 2013

Características	Questões e Domínios do WHOQOL-BREF								
	Autopercepção QV			Satisfação com a saúde			Físico		
	Residente	Espera	Controle	Residente	Espera	Controle	Residente	Espera	Controle
<b>Motivos</b>									
<b>Falta de cuidador</b>									
Sim	3,6±0,59	3,0±0,83	3,7±0,52	3,0±0,89	2,9±0,97	4,0±0,00	54,3±18,27	42,1±18,39	64,8±18,27
Não	3,6±0,89	2,7±1,29	4,0±0,61	3,4±0,86	2,8±0,94	3,7±0,62	63,3±13,97	45,9±20,94	71,8±13,30
P	0,9416	0,2125	0,2086	0,1334	0,6890	0,2937	<b>0,0532</b>	0,5040	0,2561
<b>Opção própria</b>									
Sim	3,7±0,89	3,0±1,13	4,0±0,00	3,3±0,86	2,8±0,98	4,0±0,00	59,1±15,50	46,8±21,58	60,7±0,00
Não	3,6±0,60	2,7±1,07	4,0±0,61	3,2±0,93	2,9±0,92	3,8±0,60	60,5±17,66	41,1±17,28	71,2±14,01
P	0,6002	0,4277	0,9475	0,5466	0,6890	0,6861	0,7625	0,3044	0,4620
<b>Solicitação da família</b>									
Sim	3,6±0,51	2,6±1,17	3,8±0,84	3,2±0,83	2,8±0,88	3,8±0,45	62,2±17,92	44,1±16,60	79,3±8,14
Não	3,7±0,85	3,0±1,06	4,0±0,58	3,3±0,90	2,9±0,99	3,8±0,61	58,9±15,9	44,0±21,29	70,1±14,21
P	0,7751	0,2870	0,5384	0,6145	0,8475	0,8752	0,5491	0,9906	0,1637
<b>Sozinho</b>									
Sim	3,7±0,67	3,1±0,78	3,9±0,60	3,3±0,93	2,5±0,88	3,3±0,58	60,9±16,64	42,1±16,05	48,8±17,98
Não	3,5±0,88	2,8±1,16	3,9±0,58	3,2±0,85	2,9±0,96	3,8±0,59	58,5±16,14	44,5±20,50	72,4±12,61
P	0,8584	0,4920	0,2745	0,8199	0,2919	0,2003	0,6122	0,7387	<b>0,0034</b>

Autopercepção QV= Autopercepção da qualidade de vida

Na Tabela 15 destacam-se as médias de avaliação das questões gerais e do domínio físico para as características clínicas das pessoas idosas e grupo pesquisado.

As pessoas idosas dos três grupos que referiram ansiedade e diabetes avaliaram com médias baixas as questões gerais e o domínio físico. Diferença significativa foi encontrada em pior satisfação com a saúde entre os respondentes dos grupos *espera* ( $p=0,0162$ ) e *controle* ( $p=0,0239$ ) que relataram ter diabetes, assim como as pessoas do grupo *residente* ( $p=0,0119$ ) que referiram depressão.

O grupo *residente* com cardiopatia apresentou escores médios de qualidade de vida melhores em relação aos grupos *controle* e *espera* na avaliação das questões e no domínio físico. Para esse grupo com cardiopatia um indicativo de significância foi observado na satisfação com a saúde ( $p=0,0887$ ). No grupo *controle* ( $p=0,0475$ ) com cardiopatia pôde-se constatar uma diferença significativa na satisfação com a saúde. Dados confirmados na Tabela 15.



**Tabela 15** - Médias de avaliação das questões gerais e do domínio físico do WHOQOL BREF para as características clínicas das pessoas idosas e grupo pesquisado, João Pessoa-PB, Maio de 2012 a Fevereiro de 2013

Características	Questões e Domínio do WHOQOL-BREF								
	Autopercepção –QV			Satisfação com a saúde			Físico		
	Residente	Espera	Controle	Residente	Espera	Controle	Residente	Espera	Controle
<b>Doenças</b>									
<b>Ansiedade</b>									
Sim	3,4±1,07	2,8±1,20	4,0±0,71	2,9±0,99	2,7±0,71	3,6±0,89	57,6±13,69	39,7±17,17	64,3±12,88
Não	3,7±0,72	2,9±1,09	4,0±0,60	3,4±0,85	2,9±1,00	3,8±0,56	60,1±16,84	45,0±20,22	71,7±13,99
P	0,2968	0,7617	0,8780	0,1584	0,5048	0,5290	0,6914	0,4650	0,2607
<b>Artrose</b>									
Sim	3,6±1,00	3,0±1,03	3,9±0,56	3,2±0,93	2,6±0,89	3,7±0,59	57,8±11,10	39,5±14,84	67,6±10,29
Não	3,7±0,65	2,8±1,14	4,0±0,64	3,4±0,86	3,0±0,97	3,8±0,60	60,7±18,47	46,2±21,41	72,7±15,36
P	0,8357*	0,6018	0,8764	0,3553	0,2329	0,6469	0,2450*	0,2643	0,2260
<b>Cardiopatía</b>									
Sim	4,0±0,82	2,8±1,30	3,9±0,78	4,0±0,00	2,6±1,01	3,7±0,50	69,6±8,50	40,9±22,24	62,7±16,18
Não	3,6±0,77	2,9±1,07	4,0±0,57	3,2±0,89	2,9±0,93	3,9±0,61	58,8±16,56	44,8±19,27	72,8±12,92
P	0,3387	0,7617	0,7011	<b>0,0887</b>	0,2919	0,6060	0,2067	0,5949	<b>0,0475</b>
<b>Depressão</b>									
Sim	3,5±0,85	2,84±0,80	4,0±0,50	2,8±1,05	3,1±0,95	3,8±0,83	55,1±16,68	43,7±19,24	64,7±16,31
Não	3,7±0,76	2,9±1,20	3,9±0,63	3,5±0,74	2,8±0,95	3,8±0,54	61,5±16,00	44,2±20,05	72,4±13,20
P	0,7011	0,8989	0,8291	<b>0,0119</b>	0,3426	0,9218	0,2149	0,9347	0,1349
<b>Diabetes</b>									
Sim	3,4±0,91	2,7±1,03	3,6±0,55	2,7±0,89	2,0±0,00	3,2±0,84	48,7±14,53	43,5±16,66	61,4±13,92
Não	3,7±0,75	2,9±1,12	4,0±0,60	3,38±0,85	3,0±0,95	3,8±0,53	61,8±15,88	44,2±20,19	72,1±13,69
P	0,2968	0,6176	0,1628	<b>0,0629</b>	<b>0,0162</b>	<b>0,0239</b>	<b>0,0347</b>	0,9354	0,1064

Autopercepção QV= Autopercepção da qualidade de vida

\* Kruskal Wallis

Na Tabela 16, observam-se as médias de avaliação das questões gerais e do domínio físico para as características clínicas das pessoas idosas e grupo pesquisado, com indicativo de significância ( $p=0,0862$ ) para o grupo *espera*, que referiu hipertensão na avaliação da satisfação com a saúde, e estatisticamente significante ( $p=0,0061$ ) na avaliação do domínio físico pelo grupo *controle* e esta mesma doença.

Quanto à osteoporose e o grupo *controle*, identifica-se diferença significativa na satisfação com a saúde ( $p=0,0065$ ) e na avaliação do domínio físico ( $p=0,0043$ ). Ainda para este mesmo grupo, observa-se indicativo de significância em pessoas com problemas intestinais na satisfação com a saúde ( $p=0,0513$ ), resultados a serem conferidos na Tabela 16

Conforme o exposto na Tabela 16, os respondentes dos três grupos que não apresentaram problemas nos olhos avaliaram com médias altas as questões do WHOQOL BREF e o domínio físico. Diferença significativa foi observada na avaliação do domínio físico pelo grupo *controle* ( $p=0,0156$ ) e o referido comprometimento. Também se constata indicativo de significância pelo grupo *espera* ( $p=0,0691$ ) e problemas nos olhos na avaliação do domínio físico.

**Tabela 16** - Médias de avaliação das questões gerais e do domínio físico do WHOQOL BREF para as características clínicas das pessoas idosas e grupo pesquisado, João Pessoa-PB, Maio de 2012 a Fevereiro de 2013

Características	Questões e Domínio do WHOQOL-BREF								
	Autopercepção QV			Satisfação com a saúde			Físico		
	Residente	Espera	Controle	Residente	Espera	Controle	Residente	Espera	Controle
<b>Doenças</b>									
<b>Hipertensão</b>									
Sim	3,7±0,81	2,9±1,05	3,9±0,59	3,2±0,94	2,7±0,82	3,7±0,61	61,0±14,14	41,1±16,95	66,5±13,85
Não	3,4±0,65	2,8±1,22	4,0±0,63	3,4±0,74	3,2±1,10	3,9±0,54	56,4±21,07	49,4±23,28	77,2±11,76
P	0,2334	0,6270	0,6949	0,7038	<b>0,0862</b>	0,1422	0,3715	0,1520	<b>0,0061</b>
<b>Osteoporose</b>									
Sim	3,9±0,83	2,9±1,00	3,8±0,55	3,1±0,95	3,0±0,89	3,4±0,70	55,1±15,58	45,9±18,69	63,7±10,05
Não	3,5±0,74	2,8±1,18	4,1±0,62	3,3±0,86	2,7±0,98	3,9±0,44	61,5±16,40	42,9±20,48	75,1±14,27
P	0,1016	0,7173	0,1108	0,4984	0,2512	<b>0,0065*</b>	0,2149	0,5977	<b>0,0043</b>
<b>Prob intestinais</b>									
Sim	4,5±0,77	2,6±0,88	3,7±0,47	3,0±0,00	3,1±0,93	3,4±0,69	42,9±10,10	38,9±19,76	68,5±10,08
Não	3,6±0,71	2,9±1,14	4,0±0,63	3,3±0,90	2,8±0,96	3,8±0,54	60,4±16,17	45,2±19,69	71,7±14,89
P	0,1105	0,3336	0,1503	0,6514	0,3856	<b>0,0513</b>	0,1365	0,3877	0,5076
<b>Prob. Olhos</b>									
Sim	3,4±0,89	2,9±1,01	3,9±0,62	3,2±0,91	2,8±0,93	3,7±0,64	59,6±13,62	40,3±17,92	65,5±14,65
Não	3,8±0,68	3,1±1,26	4,0±0,60	3,3±0,88	2,9±1,00	3,8±0,56	59,8±18,01	50,8±21,27	75,0±12,15
P	0,1597	0,4029	0,5878	0,8466	0,6414	0,6464	0,9801	<b>0,0691</b>	<b>0,0156</b>

Autopercepção QV= Autopercepção da qualidade de vida

\* Kruskal Wallis

A Tabela 17 descreve as médias de avaliação dos domínios psicológico e relações sociais do WHOQOL BREF para cada nível de características sociodemográficas e grupo pesquisado. No domínio psicológico, os homens dos grupos *espera* e *residente* foram responsáveis pelas maiores médias, e no grupo *controle* este fenômeno foi notado na avaliação feita pelas mulheres. Para o domínio relações sociais a situação ocorrida foi inversa - o sexo masculino dos grupos *espera* e *residente* foi responsável pelas médias mais baixas. Não houve diferença estatisticamente significativa.

Quanto ao estado civil, as pessoas idosas divorciadas/separadas do grupo *espera* e *residente* apresentaram médias altas na avaliação do domínio psicológico e do grupo *controle* na avaliação do domínio relações sociais. Os escores mais baixos foram localizados nos viúvos do grupo *controle* e *espera* ao avaliar os domínios psicológico e relações sociais. Uma diferença estatisticamente significativa ( $p=0,0218$ ) ocorreu no estado civil e grupo *controle* ao avaliar o domínio relações sociais e um indicativo de significância ( $p=0,0670$ ) foi identificado no estado civil e grupo *residente* ao avaliar o domínio psicológico. Dados disponíveis para conferência na Tabela 17.

Em relação ao número de filhos (Tabela 17) as pessoas idosas dos grupos *controle* e *residente*, com 04 filhos ou mais, representaram médias elevadas na avaliação dos domínios psicológico e relações sociais. Para o grupo *espera* essa quantidade de filhos foi responsável pelas médias mais baixas na avaliação dos referidos domínios. Um indicativo de significância ( $p=0,0990$ ) foi observado na avaliação do domínio relações sociais pelo grupo *residente*.

As pessoas idosas com 80 anos ou mais dos grupos *espera* e *residente* apresentaram as menores médias na avaliação dos domínios psicológico e relações sociais. Uma diferença estatisticamente significativa ( $p=0,0335$ ) foi observada na avaliação do domínio relações sociais pelo grupo *espera*, onde a maior média está na faixa etária de 60 a 69 anos e a menor está em 80 anos ou mais, conforme Tabela 17.

**Tabela 17** - Médias dos domínios psicológico e relações sociais do WHOQOL BREF para cada nível de características sociodemográfico e grupo pesquisado, João Pessoa-PB, Maio de 2012 a Fevereiro de 2013

Características	Domínios do WHOQOL-BREF					
	Psicológico			Relações sociais		
	Residente	Espera	Controle	Residente	Espera	Controle
<b>Sexo</b>						
Feminino	62,3±16,52	43,7±20,22	71,1±10,25	66,0±14,28	46,9±18,01	73,9±11,33
Masculino	70,8±9,57	45,1±14,96	70,8±9,57	60,4±8,79	46,5±13,51	74,3±12,54
p	0,1125*	0,8275	0,9480	0,2080	0,9436	0,9172
<b>Estado civil</b>						
Casado	60,4±14,73	43,1±15,78	70,4±10,94	66,7±11,78	58,3±16,67	76,6±10,41
Divorc/Separ	76,0±6,95	54,5±19,42	70,8±11,79	58,3±8,91	51,4±12,73	87,5±17,68
Solteiro	59,8±17,43	44,4±19,20	74,5±6,05	65,0±14,23	44,6±18,39	76,8±10,85
Viúvo	66,1±12,69	37,0±16,90	69,9±10,65	67,2±13,90	44,0±17,81	68,1±10,40
p	<b>0,0670</b>	0,1017	0,7156	0,5016	0,4047	<b>0,0218</b>
<b>Nº filhos</b>						
Nenhum	63,1±13,63	44,8±19,39	72,0±10,39	64,4±13,45	46,3±15,51	70,8±12,55
1-3	64,6±18,20	47,7±19,39	69,0±10,96	61,6±12,83	49,3±17,53	75,0±11,54
4 ou mais	68,7±13,63	34,2±14,93	74,2±6,13	75,0±10,54	41,6±18,00	75,8±10,17
P	0,7323	0,1619	0,3222	<b>0,0990</b>	0,4914	0,4797
<b>Faixa etária</b>						
60-69	72,9±8,63	53,0±18,83	68,6±10,15	64,6±8,63	58,3±13,94	73,7±11,20
70-79	63,3±17,89	44,6±19,36	73,1±5,56	68,2±13,68	44,2±15,78	68,5±10,85
>=80	62,3±15,16	37,2±16,70	71,4±11,04	62,5±14,19	42,7±17,71	75,9±11,64
P	0,2317	0,1012	0,5520	0,4081	<b>0,0335</b>	0,2493

\* Kruskal Wallis

A Tabela 18 encontram-se as médias dos domínios psicológico e relações sociais do WHOQOL BREF para cada nível de características socioeconômico e hábito de vida e grupo pesquisado. Quanto à escolaridade percebem-se médias baixas na avaliação do domínio psicológico, pelos grupos estudados com seus respondentes sem escolaridade, sendo possível constatar indicativo de significância ( $p=0,0665$ ) no grupo *espera* e uma diferença estatisticamente significante ( $p=0,0002$ ) para o grupo *controle* na avaliação do domínio psicológico. Na avaliação do domínio relações sociais os escores mais altos foram observados nos grupos *controle* e *residente* com pessoas idosas sem escolaridade.

O grupo *espera* com renda de até 01 salário mínimo foi responsável pelas médias mais altas na avaliação do domínio psicológico e do domínio relações sociais. Não houve indicativo ou diferença estatisticamente significativa na característica renda, ver Tabela 18.

As pessoas idosas do grupo *residente*, conforme consta na Tabela 18, que faziam menos de 04 refeições diárias, apresentaram médias altas na avaliação do domínio físico e domínio psicológico, fenômeno observado nos grupos *controle* e *espera* com mais de 04 refeições diárias.

Em relação à característica sair de casa, os dados da Tabela 18 revelam diferença estatisticamente significativa na avaliação do domínio psicológico pelo grupo *controle* ( $p=0,0063$ ) e *espera* ( $p=0,0001$ ) e na avaliação do domínio relações sociais pelo grupo *espera* ( $p=0,0494$ ), onde a afirmativa sair de casa pelo menos uma vez na semana foi responsável por médias baixas na avaliação dos referidos domínios.

**Tabela 18** - Médias dos domínios psicológico e relações sociais do WHOQOL BREF para cada nível de características sociodemográficas e grupo pesquisado, João Pessoa-PB, Maio de 2012 a Fevereiro de 2013

Características	Domínios do WHOQOL-BREF					
	Psicológico			Relações sociais		
	Residente	Espera	Controle	Residente	Espera	Controle
<b>Escolaridade</b>						
S/ escolaridade	62,5±13,82	30,8±4,75	55,0±9,03	66,7±14,43	40,0±20,75	78,3±7,45
Primário	63,1±17,41	41,1±18,33	77,1±9,26	64,0±14,41	42,8±14,84	77,5±11,15
Ginasial	66,7±12,61	38,8±12,55	72,4±6,19	66,0±10,47	45,8±13,70	71,0±11,67
Secundário	65,0±17,03	53,7±20,72	70,2±9,79	63,3±15,32	54,4±17,95	74,4±12,43
P	0,9178	<b>0,0665*</b>	<b>0,0002</b>	0,9439	0,1370	0,4066
<b>Renda</b>						
até 01 sm	62,6±14,81	45,6±17,75	71,4±6,82	64,5±12,54	50,7±17,42	73,9±11,59
>1 até 2sm	64,6±17,73	41,3±20,72	69,9±12,75	63,7±16,54	42,9±15,90	74,5±9,68
3sm ou mais	74,2±11,56	44,2±20,16	72,1±6,82	68,3±9,13	44,4±16,87	73,3±15,13
P	0,3092	0,8167	0,8376	0,8019	0,3449	0,9642
<b>Nº refeições</b>						
Menos de 04	65,1±14,86	43,3±22,26	67,1±10,91	65,4±12,91	46,6±22,45	73,1±14,30
04 ou mais	55,2±22,15	44,4±17,70	71,8±9,71	56,2±17,18	46,9±14,30	74,2±10,99
P	0,2233	0,8569	0,2027	0,1904	0,9642	0,8090
<b>Sair de casa</b>						
Sim	63,3±15,41	32,1±12,47	62,5±9,32	64,4±13,48	40,0±18,65	73,3±12,36
Não	72,9±7,98	54,2±14,79	73,5±7,54	72,9±17,18	53,8±16,40	74,4±11,97
P	0,2350	<b>0,0001</b>	<b>0,0063</b>	0,2596	<b>0,0494</b>	0,8494

\*Kruskal Wallis

A Tabela 19 mostra as médias de avaliação dos domínios psicológico e relações sociais do WHOQOL BREF para as dificuldades referidas pela pessoa idosa para sair de casa, e grupo pesquisado. Não referir dificuldade para sair de casa, para os três grupos, foi responsável pelos escores mais elevados na avaliação dos referidos domínios, com exceção para o grupo *residente*, na avaliação do domínio relações sociais.

Foram verificadas na Tabela 19 diferenças significativas na avaliação do domínio psicológico, entre as médias dificuldade de enxergar ( $p=0,0355$ ) do grupo *controle*; dificuldade de locomoção ( $p=0,0057$ ) do grupo *espera*, como também para o mesmo grupo não ter dificuldades ( $p=0,0029$ ) e dificuldade com transporte ( $p=0,0045$ ) do grupo *residente*. Um indicativo de significância ( $p=0,0697$ ) foi observado na avaliação do domínio psicológico, entre as médias do grupo *controle*, com os respondentes sem dificuldades para sair de casa,

Na avaliação do domínio relações sociais diferenças significativas foram constatadas nas médias do grupo *espera* sem falta de companhia ( $p=0,0134$ ) e no grupo *residente* com a falta de segurança ( $p=0,0361$ ), conforme Tabela 19.



**Tabela 19** - Médias dos escores dos domínios psicológico e relações sociais do WHOQOL BREF para as dificuldades referidas pela pessoa idosa para sair de casa, e grupo pesquisado, João Pessoa-PB, Maio de 2012 a Fevereiro de 2013

Características	Domínios do WHOQOL-BREF					
	Psicológico			Relações sociais		
	Residente	Espera	Controle	Residente	Espera	Controle
<b>Dificuldades</b>						
<b>Locomoção</b>						
Sim	62,5±14,81	38,9±16,95	69,8±7,38	64,9±13,28	45,2±17,56	72,4±12,81
Não	65,9±16,18	54,2±19,04	71,6±11,07	64,5±13,59	50,0±15,59	74,8±10,95
p	0,4459	<b>0,0057</b>	0,5630	0,9276	0,3472	0,5042
<b>Segurança</b>						
Sim	59,2±20,39	48,6±15,02	67,5±8,74	72,5±15,74	49,1±12,80	73,3±8,61
Não	65,6±14,05	43,1±19,73	71,9±10,20	62,7±12,08	46,3±17,78	74,2±12,20
p	0,2426	0,4344	0,2192	<b>0,0361</b>	0,6653	0,8400
<b>Companhia</b>						
Sim	61,3±16,06	39,0±16,73	69,8±6,25	62,4±10,82	38,7±15,57	70,8±8,33
Não	68,5±14,04	46,7±19,73	71,1±10,30	67,9±15,87	51,0±16,24	74,3±11,76
p	0,1106	0,1735	0,8039	0,1513	<b>0,0134</b>	0,5711
<b>Transporte</b>						
Sim	47,9±14,85	46,2±20,27	79,2±0,00	58,3±10,54	48,3±21,80	83,3±0,00
Não	66,6±14,34	43,5±18,85	70,8±10,03	65,5±13,52	46,5±15,78	73,8±11,54
p	<b>0,0045</b>	0,6905	0,4147	0,2177	0,7574	0,4178
<b>Enxergar</b>						
Sim	63,3±18,96	41,1±21,41	63,7±12,66	66,7±17,68	43,7±22,16	72,6±13,36
Não	64,4±15,32	44,6±18,69	72,2±9,12	64,4±12,98	47,4±15,99	74,2±11,33
p	0,8810	0,6373	<b>0,0355</b>	0,7273	0,5789	0,7357
<b>Sem dificuldade</b>						
Sim	70,3±15,82	59,6±20,76	74,0±10,62	59,4±15,71	52,5±16,69	75,0±11,78
Não	63,2±15,37	40,2±16,57	68,8±9,09	65,7±12,78	45,4±16,87	73,3±11,44
p	0,2378	<b>0,0029</b>	<b>0,0697</b>	0,2236	0,2400	0,6059

A Tabela 20 descreve as médias de avaliação dos domínios psicológico e relações sociais do WHOQOL BREF e hábitos de vida e grupo pesquisado. Os dados revelaram que as pessoas idosas dos três grupos que desenvolviam atividade religiosa, apresentaram as maiores médias na avaliação destes domínios, assim como ocorreu com os respondentes que desenvolviam atividade de lazer, exceto para o grupo *controle* na avaliação do domínio psicológico e também com os respondentes que referiram a prática de atividade doméstica, afora para o grupo *controle* na avaliação do domínio relações sociais.

Foi possível observar na Tabela 20 indicativo de significância entre as médias das pessoas idosas do grupo *residente* ( $p=0,0880$ ) e atividade de lazer na avaliação do domínio psicológico, assim como nos escores médios do grupo *controle* ( $p=0,0903$ ) e atividade religiosa e do grupo *residente* ( $p=0,0662$ ) e atividades domésticas, na avaliação do domínio relações sociais.

Diferença significativa foi identificada na avaliação do domínio relações sociais, pelo grupo *espera* ( $p=0,0384$ ) que desenvolvia atividades religiosas.

**Tabela 20** - Médias dos escores dos domínios: psicológico e relações sociais do WHOQOL BREF para hábitos de vida e grupo pesquisado, João Pessoa-PB, Maio de 2012 a Fevereiro de 2013.

Características	Domínios do WHOQOL-BREF					
	Psicológico			Relações sociais		
	Residente	Espera	Controle	Residente	Espera	Controle
<b>Atividades Religiosa</b>						
Sim	67,4±14,03	47,8±16,10	72,1±10,83	66,3±13,17	55,1±12,05	76,4±9,82
Não	61,7±16,47	42,8±19,91	69,7±8,99	63,3±13,53	43,9±17,53	71,0±12,78
p	0,2011	0,4223	0,8158	0,4278	<b>0,0384</b>	<b>0,0903</b>
<b>Lazer</b>						
Sim	66,7±13,77	50,5±18,92	70,7±11,27	66,0±12,81	52,8±17,18	75,5±11,77
Não	58,3±18,49	42,7±18,91	71,5±7,46	61,3±14,47	45,5±16,78	71,3±10,78
p	<b>0,0880</b>	0,2285*	0,7827	0,2706	0,2482	0,2158
<b>Doméstica</b>						
Sim	64,4±18,08	48,4±18,89	71,1±9,98	68,6±14,30	50,4±15,70	72,7±11,10
Não	64,3±13,49	40,9±18,70	70,4±10,45	61,6±11,86	44,2±17,55	78,0±12,51
p	0,9808	0,1718	0,8400	<b>0,0662</b>	0,2081	0,1909

\* Kruskal Wallis

A Tabela 21 apresenta as médias dos escores dos domínios psicológico e relações sociais do WHOQOL BREF para os motivos apontados pela pessoa idosa para residir numa ILPI ou que poderia levar a residir e grupo pesquisado. O motivo opção própria, referido pelos grupos na avaliação destes domínios, foi responsável pelos escores indicativos de melhor qualidade de vida, exceto para o grupo *residente* na avaliação do domínio psicológico. Os piores escores foram observados na avaliação dos referidos domínios, pelas pessoas idosas que tiveram suas vagas solicitadas pela família, no caso do grupo *residente* e *espera*, ou que poderiam ser solicitadas pela família, no caso do *controle*.

Quanto à diferença significativa, foi observada na avaliação do domínio psicológico pelo grupo *controle* que poderiam ter suas vagas requeridas por familiares ( $p=0,0149$ ) e na avaliação do domínio relações sociais pelo grupo *residente* com o motivo provável opção própria ( $p=0,0483$ ). Indicativo de significância foi observado na avaliação deste domínio pelo grupo *residente* que teve como motivo para solicitação da vaga, sozinho por muito tempo ( $p=0,0838$ ), conforme Tabela 21.

**Tabela 21** - Médias dos escores dos domínios psicológico e relações sociais do WHOQOL BREF para os motivos apresentadas pela pessoa idosa para residir numa ILPI ou que poderia levar a residir e grupo pesquisado João Pessoa-PB, Maio de 2012 a Fevereiro de 2013

Características	Domínios do WHOQOL-BREF					
	Psicológico			Relações sociais		
	Residente	Espera	Controle	Residente	Espera	Controle
<b>Motivos</b>						
<b>Falta de cuidador</b>						
Sim	63,3±14,72	48,3±15,63	68,1±6,27	62,5±8,33	47,2±14,04	76,4±14,35
Não	65,0±16,22	40,2±21,15	71,4±10,39	66,1±15,77	46,5±19,46	73,7±11,21
P	0,7137	0,1356	0,4474	0,4919*	0,8777	0,5927
<b>Opção própria</b>						
Sim	64,2±15,77	45,7±21,94	79,2±0,00	67,8±13,68	48,7±17,75	83,3±0,00
Não	64,5±15,51	42,4±15,38	70,8±10,03	60,3±11,76	44,8±16,08	73,8±11,54
P	0,9540	0,5426	0,4147	<b>0,0483</b>	0,4177	0,4178
<b>Solicitação da família</b>						
Sim	64,9±15,33	40,9±16,68	60,8±9,59	64,6±10,73	46,6±17,94	71,7±12,64
Não	64,1±15,76	45,7±20,08	72,1±9,48	64,7±14,17	47,0±16,64	74,3±11,49
P	0,8802	0,4043	<b>0,0149</b>	0,9805	0,9377	0,6373
<b>Sozinho</b>						
Sim	65,1±15,64	48,1±13,99	66,7±16,67	61,5±13,35	46,3±13,89	83,3±8,33
Não	63,5±15,65	43,2±19,91	71,3±9,64	68,1±12,69	46,9±17,65	73,4±11,48
P	0,7325	0,4831	0,4443	<b>0,0838</b>	0,9175	0,1489

\* Kruskal Wallis

Na Tabela 22, observam-se as médias da avaliação dos domínios psicológico e relações sociais do WHOQOL BREF para as características clínicas das pessoas idosas e grupo pesquisado. Na avaliação do domínio psicológico indicativos de significância foram observados em ansiedade ( $p=0,0837$ ) e em cardiopatia ( $p=0,0570$ ) no grupo *controle*. Na avaliação do domínio relações sociais esses indicativos foram encontrados em ansiedade ( $p=0,0500$ ) e em depressão ( $0,0887$ ) no grupo *residente*.

Na avaliação do domínio psicológico pelo grupo *residente* e doenças houve diferença estatisticamente significativa em cardiopatia ( $p=0,0074$ ) e em depressão ( $p=0,0155$ ), segundo a Tabela 22.

**Tabela 22** - Médias dos escores dos domínios psicológico e relações sociais do WHOQOL BREF para doenças referidas pela pessoa idosa e grupo pesquisado, João Pessoa-PB, Maio de 2012 a Fevereiro de 2013

Características	Domínios do WHOQOL-BREF					
	Psicológico			Relações sociais		
	Residente	Espera	Controle	Residente	Espera	Controle
<b>Doenças</b>						
<b>Ansiedade</b>						
Sim	56,8±21,59	43,4±20,78	78,3±8,02	56,2±12,40	48,1±13,68	70,0±12,64
Não	65,8±13,94	43,8±18,79	70,2±9,93	66,3±13,01	46,5±17,67	74,4±11,43
P	0,1336	0,8247	<b>0,0837</b>	<b>0,0500</b>	0,7997	0,4178
<b>Artrose</b>						
Sim	60,8±18,70	40,9±18,77	73,0±10,00	69,1±16,61	48,4±21,35	76,5±11,87
Não	66,2±13,53	45,6±19,13	69,9±9,98	62,4±10,85	46,1±14,69	72,7±11,27
P	0,2493	0,4188	0,3053	0,1775	0,6502	0,2800
<b>Cardiopatia</b>						
Sim	80,2±3,99	48,1±20,85	63,3±13,18	68,7±17,18	46,3±18,22	79,6±10,30
Não	62,9±15,37	43,2±18,68	72,3±8,87	64,3±13,11	46,9±16,85	72,8±11,49
P	<b>0,0074*</b>	0,4831	<b>0,0570</b>	0,5281	0,9175	0,1054
<b>Depressão</b>						
Sim	55,9±16,07	38,1±17,58	70,4±7,64	59,5±11,72	47,4±15,36	70,4±13,89
Não	67,6±14,19	46,2±19,2	71,1±10,52	66,7±13,51	46,6±17,62	74,8±10,94
P	<b>0,0155</b>	0,1918	0,8371	<b>0,0887</b>	0,8831	0,3004

\* Kruskal Wallis

É possível visualizar na Tabela 23, as descrições das médias de avaliação dos domínios psicológico e relações sociais do WHOQOL BREF para as características clínicas apresentadas pela pessoa idosa e grupo pesquisado. Escores mais elevados foram observados na avaliação desses domínios nas pessoas idosas que não apresentam diabetes em todos os três grupos, sendo estatisticamente significativa na avaliação do domínio psicológico pelo grupo *controle* ( $p=0,0081$ ) e indicativo de significância no grupo *residente* ( $p=0,0868$ ).

Indicativo de significância também foi observado na avaliação do domínio psicológico pelo grupo *residente* ( $p=0,0599$ ) e a hipertensão, como consta na Tabela 23.

De acordo com a Tabela 23, as pessoas idosas que optaram pela negativa para problemas nos olhos, apresentaram escores elevados na avaliação do domínio psicológico para os três grupos e do domínio relações sociais para o grupo *espera*.

**Tabela 23** - Médias dos escores dos domínios psicológico e relações sociais do WHOQOL BREF para as características clínicas da pessoa idosa e grupo pesquisado, João Pessoa-PB, Maio de 2012 a Fevereiro de 2013

Características	Domínios do WHOQOL-BREF					
	Psicológico			Relações sociais		
	Residente	Espera	Controle	Residente	Espera	Controle
<b>Doenças</b>						
<b>Diabetes</b>						
Sim	55,7±18,09	42,4±19,26	6,0±9,13	64,6±14,60	45,8±15,59	70,0±12,64
Não	66,0±14,64	44,3±19,13	72,2±9,40	64,7±13,25	47,0±15,59	74,4±11,43
P	<b>0,0868</b>	0,8153	<b>0,0081</b>	0,9848	0,8791	0,4178
<b>Hipertensão</b>						
Sim	66,9±14,97	44,8±17,00	69,8±9,36	65,3±13,14	46,9±16,90	72,7±11,55
Não	57,7±15,41	42,8±22,50	72,6±10,83	63,10±14,14	46,8±17,42	75,8±11,46
P	<b>0,0599</b>	0,7285	0,3348	0,6079	0,9818	0,3532
<b>Osteoporose</b>						
Sim	64,0±20,84	46,2±20,36	68,5±11,63	69,0±15,82	46,7±19,00	74,1±12,09
Não	64,5±13,23	42,6±18,17	72,4±8,84	63,0±12,03	46,9±15,70	74,0±11,35
P	0,5430*	0,5149	0,1908	0,1487	0,9553	0,9732
<b>Prob intestinais</b>						
Sim	68,7±2,95	47,2±16,92	70,1±12,19	75,0±23,57	41,7±13,82	76,5±10,42
Não	64,2±15,80	43,4±19,50	71,3±9,45	64,2±12,97	48,0±17,46	73,3±11,81
P	0,6853	0,5885	0,7322	0,2670	0,3164	0,4170
<b>Prob. Olhos</b>						
Sim	60,6±18,61	42,8±17,94	68,4±10,91	66,2±14,93	44,5±16,07	74,2±10,17
Não	66,8±12,78	46,3±20,00	72,8±9,02	63,6±12,28	50,9±18,05	73,8±12,54
P	0,1696	0,5413	0,1263	0,4981	0,2025	0,9153

\* Kruskal Wallis

Na Tabela 24 constatam-se as médias do domínio meio ambiente e resultado do escore total do WHOQOL BREF para cada nível das características sociodemográficas e grupo pesquisado. O domínio meio ambiente obteve média de avaliação mais elevada no sexo feminino para o grupo *controle* e *espera* e no sexo masculino para o grupo *residente*. Os homens do grupo *controle* e *residente* apresentaram qualidade de vida melhor que as mulheres no escore total do instrumento.

Quanto ao estado civil, as pessoas idosas casadas do grupo *controle* e *espera* apresentaram médias baixas de avaliação do domínio meio ambiente. Os escores mais elevados foram identificados nos divorciados/separados do grupo *controle* e *espera* e nos viúvos do grupo *residente* ao avaliar o domínio meio ambiente. As pessoas idosas divorciadas ou separadas dos três grupos apresentaram melhor qualidade de vida na avaliação do escore total, conforme Tabela 24.

No grupo *espera*, de acordo com a Tabela 24, as pessoas idosas sem filhos foram responsáveis pelo escore de avaliação mais baixo do domínio meio ambiente, e nos grupos *controle* e *residente* os respondentes com 04 filhos ou mais apresentaram médias altas de avaliação para este mesmo domínio. As pessoas idosas que tinham filhos nos grupos *espera* e *controle* apresentaram uma melhor qualidade de vida no resultado do escore total.

Conforme consta na Tabela 24, as pessoas idosas na faixa etária de 60-69 dos grupos *espera* e *residente* apresentaram níveis mais elevados de avaliação do domínio meio ambiente, com indicativos de significância, como também no resultado do escore total, onde houve diferença estatisticamente significativa nas médias do grupo *espera* ( $p=0,0232$ ) e do grupo *residente* ( $p=0,0186$ ).

**Tabela 24** - Médias do domínio meio ambiente e escore total do WHOQOL BREF para cada nível de características sociodemográficas e grupo pesquisado, João Pessoa-PB, Maio de 2012 a Fevereiro de 2013

Características	Domínio e Escore total do WHOQOL_BREF					
	Meio ambiente			Escore total		
	Residente	Espera	Controle	Residente	Espera	Controle
<b>Sexo</b>						
Feminino	60,7±9,63	43,7±13,97	63,4±10,38	61,0±11,10	44,8±13,94	68,2±7,14
Masculino	63,3±9,62	41,4±9,53	62,8±9,28	65,1±8,57	41,8±12,93	70,6±6,60
p	0,4204	0,6040	0,8486	0,2525	0,5150	0,3186
<b>Estado civil</b>						
Casado	64,1±15,47	38,5±9,50	61,5±9,50	62,0±16,94	45,8±16,38	68,9±6,86
Divorc/Separ	63,3±11,30	46,3±11,68	71,9±17,68	66,7±7,79	49,1±15,53	71,9±17,68
Solteiro	59,9±8,91	40,8±15,01	68,4±10,76	59,2±11,80	44,0±14,99	70,9±6,80
Viúvo	96,9±9,84	43,9±12,57	61,8±9,07	64,2±8,54	40,6±10,25	67,2±6,36
p	0,7599	0,6445	0,1787	0,2765	0,4188	0,5479
<b>Nº filhos</b>						
Nenhum	59,3±8,50	43,2±12,41	61,2±10,59	59,2±10,24	44,01±13,71	69,6±6,94
1-3	62,0±11,10	44,3±13,69	62,7±10,20	64,3±11,30	47,3±13,64	68,1±7,71
4 ou mais	68,3±6,38	40,3±13,05	67,0±8,66	67,0±7,53	36,6±11,53	69,4±5,84
P	0,1095	0,7285	0,3325	0,1380	0,1104	0,7814
<b>Faixa etária</b>						
60-69	68,0±8,14	51,1±12,21	61,5±11,22	69,8±4,98	53,5±16,07	65,7±4,72
70-79	61,9±10,59	40,5±10,84	62,1±9,04	63,9±12,07	42,8±11,81	70,5±6,29
>=80	58,9±8,60	41,4±14,77	64,4±9,97	58,5±9,59	39,5±11,86	69,7±7,84
P	<b>0,0588</b>	<b>0,0638</b>	0,6622	<b>0,0186</b>	<b>0,0232</b>	0,1769

Na Tabela 25 observam-se as médias do domínio meio ambiente e escore total do WHOQOL BREF para cada nível de características socioeconômicas e hábito de vida, e grupo pesquisado. As pessoas idosas dos três grupos que declararam ter o secundário foram responsáveis pelos escores médios mais elevados na avaliação do domínio meio ambiente.

As piores médias na avaliação da qualidade de vida, apresentada no escore total, ocorreu com as pessoas idosas sem escolaridade, dos três grupos, onde houve diferença estatisticamente significativa nas médias do grupo *controle* ( $p=0,0277$ ) e *espera* ( $p=0,0136$ ) - conferir na Tabela 25.

Quanto à renda, as pessoas idosas que recebiam 3 salários mínimos ou mais foram responsáveis pelos escores mais altos, tanto na avaliação do domínio meio ambiente quanto no escore total, fato ocorrido nos três grupos. As piores médias foram observadas naquelas pessoas que recebiam até um salário mínimo na avaliação do domínio meio ambiente, para os três grupos, como também nas médias do escore total, com exceção para o grupo *espera*, onde a menor média ocorreu em pessoas idosas que recebiam entre 1 e 2 salários mínimos. Não houve diferença significativa entre os escores médios de cada grupo, como demonstra a Tabela 25.

Na avaliação do domínio meio ambiente, as pessoas idosas dos grupos *controle* e *residente* com menos de 04 refeições diárias apresentaram médias mais elevadas, com diferença estatisticamente significativa nos escores médios do grupo *residente* ( $p=0,0205$ ). No resultado do escore total, as pessoas com menos de 04 refeições diárias nos grupos *controle* e *espera* representaram avaliação pior da qualidade de vida. Indicativo de significância foi observado no resultado do escore total apresentado pelo grupo *residente* ( $p=0,0637$ ), conforme se visualiza na Tabela 25.

Consta na Tabela 25 que na avaliação do domínio meio ambiente existe diferença significativamente menor para o fato de sair de casa ( $p=0,0094$ ) do grupo *espera*. Essa diferença significativa também ocorreu para essa variável no escore total do grupo *controle* ( $p=0,0044$ ) e do grupo *espera* ( $p<0,0001$ ).



**Tabela 25** - Médias do domínio meio ambiente e escore total do WHOQOL BREF para cada nível de características socioeconômicas e hábitos de vida e grupo pesquisado, João Pessoa-PB, Maio de 2012 a Fevereiro de 2013

Características	Domínio e Escore total do WHOQOL_BREF					
	Meio ambiente			Escore total		
	Residente	Espera	Controle	Residente	Espera	Controle
<b>Escolaridade</b>						
S/ escolaridade	56,9±5,13	37,5±17,26	60,0±10,46	59,8±7,53	37,1±7,53	60,6±2,38
Primário	61,8±9,69	40,1±12,03	59,1±11,46	61,2±11,72	40,5±13,22	71,8±7,14
Ginásial	61,1±10,87	41,7±13,36	62,6±9,20	64,0±9,09	39,4±11,49	68,8±5,54
Secundário	62,8±9,93	49,3±11,51	68,3±8,9	62,4±12,12	52,5±12,94	69,6±8,28
P	0,7229	0,1062	0,1140	0,8496	<b>0,0136</b>	<b>0,0277</b>
<b>Renda</b>						
até 01 sm	59,9±9,41	39,8±12,77	60,4±8,96	60,3±11,01	43,19±14,38	67,6±6,17
>1 até 2sm	63,4±10,50	44,5±14,44	65,1±8,92	63,4±9,70	43,0±14,64	70,0±7,07
3sm ou mais	64,4±7,85	46,9±11,51	66,2±13,16	68,5±9,18	46,4±12,21	78,6±8,87
P	0,4027	0,2437	0,1921	0,2397	0,7476	0,5582
<b>Nº refeições</b>						
Menos de 04	62,2±8,93	38,9±14,75	65,3±10,87	62,8±9,80	43,8±16,54	68,4±9,24
04 ou mais	50,8±12,07	44,9±11,94	62,8±9,93	52,6±16,46	44,2±12,46	68,9±6,58
P	<b>0,0205</b>	0,1390	0,5088	<b>0,0637</b>	0,9242	0,8567
<b>Sair de casa</b>						
Sim	60,3±9,72	38,3±12,54	63,1±6,77	60,7±10,70	35,1±8,64	61,0±2,16
Não	62,5±9,20	50,3±9,21	61,7±10,66	67,7±10,03	52,7±11,23	70,5±6,80
P	0,6736	<b>0,0094</b>	0,7865	0,2221	<b>&lt;0,0001</b>	<b>0,0044</b>

Segundo os dados observados na Tabela 26, as médias de avaliação do domínio meio ambiente e escore total do WHOQOL BREF para as dificuldades encontradas pelas pessoas idosas para sair de casa e grupo pesquisado. Os respondentes dos três grupos que apresentaram dificuldade com a locomoção; falta de segurança; falta de companhia ou dificuldade para enxergar apresentaram comportamentos semelhantes ao avaliar com piores escores o domínio meio ambiente e o escore total, exceto o grupo *controle* em: falta de segurança, dificuldade de enxergar e sem dificuldades. As pessoas idosas que não tinham dificuldades para sair de casa apresentaram uma melhor qualidade de vida na avaliação do escore total.

As diferenças significativas foram identificadas em dificuldade com a locomoção ( $p=0,0274$ ) e falta de companhia ( $p=0,0263$ ) para o grupo *espera* e na dificuldade com transporte para o grupo *residente* ( $p=0,0066$ ), ao avaliarem o domínio meio ambiente. Ainda foi possível observar um indicativo de significância na avaliação desse domínio pelo grupo *residente* ( $p=0,0936$ ) com falta de companhia, conforme Tabela 26.

No escore total da avaliação da qualidade de vida, diferenças significativamente menores foram observadas na dificuldade de locomoção referidas pelos respondentes dos três grupos: *controle* ( $p=0,0070$ ), *espera* ( $p=0,0001$ ) e *residente* ( $p=0,0425$ ). Na falta de companhia pelo grupo *espera* ( $p=0,0116$ ) e na dificuldade com transporte pelo grupo *residente* ( $p<0,0001$ ), os escores também foram significativamente menores, assim como o fenômeno foi observado nas pessoas idosas sem dificuldades nos grupos *controle* ( $p=0,0017$ ) e *espera* ( $p<0,0001$ ), constantes da Tabela 26.

**Tabela 26** - Médias do domínio meio ambiente e do escore total do WHOQOL BREF para as dificuldades para sair de casa e grupo pesquisado, João Pessoa-PB, Maio de 2012 a Fevereiro de 2013

Características	Domínio e Escore total do WHOQOL-BREF					
	Meio ambiente			Escore total		
	Residente	Espera	Controle	Residente	Espera	Controle
<b>Dificuldades</b>						
<b>Locomoção</b>						
Sim	60,9±7,70	40,2±12,64	61,7±10,36	58,7±9,88	38,9±10,95	65,0±6,05
Não	61,7±11,09	48,7±12,11	64,0±9,95	64,8±10,59	54,2±18,82	70,6±6,80
p	0,7666	<b>0,0274</b>	0,4648	<b>0,0425</b>	<b>0,0001</b>	<b>0,0070</b>
<b>Segurança</b>						
Sim	60,0±11,58	41,6±8,98	65,0±7,34	61,1±13,64	42,6±8,47	66,7±6,31
Não	61,6±9,17	43,4±13,78	62,8±10,63	62,2±9,92	44,4±14,59	69,3±7,17
p	0,6335	0,7139	0,5430	0,7741	0,7174	0,2894
<b>Companhia</b>						
Sim	59,4±9,74	37,5±11,69	59,4±7,65	60,1±10,71	37,4±10,19	64,1±5,48
Não	64,0±8,93	46,0±12,82	63,6±10,21	64,6±10,16	47,5±14,04	69,2±7,04
p	<b>0,0936</b>	<b>0,0263</b>	0,4263	0,1403	<b>0,0116</b>	0,1626
<b>Transporte</b>						
Sim	51,6±8,56	37,8±10,87	50,0±0,00	46,5±7,92	40,0±11,74	64,6±0,00
Não	62,6±9,02	44,4±13,25	63,5±9,95	64,1±9,11	45,1±14,01	68,9±7,07
p	<b>0,0066</b>	0,1499	0,1850	<b>&lt;0,0001</b>	0,2919	0,5505
<b>Enxergar</b>						
Sim	56,2±9,63	37,1±13,72	67,0±8,43	59,4±14,79	40,8±14,58	67,6±5,94
Não	61,9±9,53	44,3±12,69	62,6±10,23	62,3±10,23	44,7±13,54	69,0±7,23
p	<b>0,2170</b>	0,1548	0,2956	<b>0,5623</b>	0,4541	0,6217
<b>Sem dificuldade</b>						
Sim	63,7±12,93	52,2±11,97	63,8±10,67	66,4±11,65	59,3±12,50	72,3±6,69
Não	60,9±8,95	40,9±12,35	94,4±9,72	61,2±10,34	40,3±11,12	66,2±6,18
p	<b>0,4535</b>	0,0120	0,7277	<b>0,2055</b>	<0,0001	0,0017

Na Tabela 27 observam-se as médias mais elevadas do domínio meio ambiente do WHOQOL BREF para as pessoas idosas que desenvolviam atividades em quase todos os grupos pesquisados. Afora para os que realizavam atividades de lazer e doméstica do grupo *controle*, esse fato não foi observado. Na avaliação do domínio meio ambiente a diferença estatisticamente significativa foi observada nos respondentes que desenvolviam atividade religiosa ( $p=0,0287$ ) do grupo *controle*, e indicativo de significância pelo grupo *residente* ( $p=0,0543$ ) para esta mesma atividade. Pessoas idosas que desenvolviam atividades de lazer do grupo *espera* foram responsáveis por escores mais elevados na avaliação do meio ambiente, com indicativo de significância ( $p=0,0792$ ).

As pessoas idosas dos três grupos pesquisados que desenvolviam atividades foram responsáveis pelas melhores médias no resultado do escore total, com indicativo de significância no grupo *controle* ( $p=0,0775$ ) e *residente* ( $p=0,0975$ ), que desenvolviam atividade religiosa, e no grupo *espera* que desenvolviam atividade de lazer ( $p=0,0673$ ). Ocorreu diferença estatisticamente significante no grupo *espera* ( $p=0,0386$ ), que desenvolvia atividade doméstica (tabela 27).

**Tabela 27** - Médias do domínio meio ambiente e do escore total do WHOQOL BREF para hábitos de vida e grupo pesquisado, João Pessoa-PB, Maio de 2012 a Fevereiro de 2013

Características	Domínio e Escore total do WHOQOL-BREF					
	Meio ambiente			Escore total		
	Residente	Espera	Controle	Residente	Espera	Controle
<b>Atividades</b>						
<b>Religiosa</b>						
Sim	64,1±7,29	47,8±9,75	66,1±9,68	64,7±8,39	49,4±10,40	70,4±6,18
Não	58,9±10,75	41,5±13,68	59,9±9,59	59,7±11,87	42,2±14,25	66,8±7,60
p	<b>0,0543</b>	0,1296	<b>0,0287</b>	<b>0,0975</b>	0,1015	<b>0,0775</b>
<b>Lazer</b>						
Sim	63,0±7,74	50,0±10,60	63,0±11,20	63,8±8,79	51,6±12,37	70,0±7,19
Não	56,9±12,51	41,6±13,08	63,7±7,81	57,4±13,60	42,4±13,48	66,7±6,36
p	0,1360	<b>0,0792</b>	0,8086	0,1765*	<b>0,0673</b>	0,1093
<b>Doméstica</b>						
Sim	62,5±9,88	45,2±11,17	63,2±9,47	63,8±11,64	48,8±11,77	69,2±6,67
Não	60,4±9,43	41,6±14,15	63,3±12,35	60,6±9,72	40,7±14,08	67,3±8,35
p	0,4435	0,3326	0,9699	0,3042	0,0386	0,4401

\* Kruskal Wallis

Na Tabela 28 aparecem as médias dos escores do domínio meio ambiente e o escore total do WHOQOL BREF para os motivos apresentados pela pessoa idosa para residir em ILPI ou que poderia levar a residir (no caso do grupo *controle*) e grupo pesquisado. As pessoas idosas do grupo *espera* que optaram pelos motivos falta de cuidador e opção própria apresentaram médias mais altas, não sendo observada diferença estatisticamente significativa. Os respondentes do grupo *controle* que poderiam solicitar uma vaga por opção própria apresentaram as piores médias de avaliação do domínio meio ambiente e no escore total.

As piores avaliações de qualidade de vida foram apresentadas no escore total pelas pessoas idosas do grupo *espera* e *residente*, que tiveram como solicitante da vaga para residir em ILPI a própria família ou como motivo sozinho por muito tempo. O mesmo ocorreu no grupo *controle*, para os motivos que poderiam levar a solicitar vaga para residir nesses serviços, existindo indicativo de significância na solicitação da família ( $p=0,0830$ ) e na opção sozinho ( $p=0,0614$ ) do grupo *controle*, de acordo com a Tabela 28.

**Tabela 28** - Médias dos escores do domínio meio ambiente e o escore total do WHOQOL BREF para os motivos referidos pela pessoa idosa para residir numa ILPI ou que poderia levar a residir e grupo pesquisado, João Pessoa-PB, Maio de 2012 a Fevereiro de 2013

Características	Domínio e Escore total WHOQOL-BREF					
	Meio ambiente			Escore total		
	Controle	Espera	Residente	Controle	Espera	Residente
<b>Motivos</b>						
<b>Falta de cuidador</b>						
Sim	60,4±12,76	44,4±10,59	60,8±8,92	65,6±7,03	45,1±12,06	59,7±11,11
Não	63,6±9,72	41,9±14,98	61,7±10,15	69,2±6,99	43,2±15,13	63,5±10,18
P	0,4666	0,5100	0,7528	0,2430	0,6415	0,2182
<b>Opção própria</b>						
Sim	50,0±0,00	45,2±13,39	62,2±8,77	64,6±0,00	46,2±15,77	62,5±10,26
Não	63,5±9,95	40,9±12,43	60,1±10,73	68,9±7,07	41,8±10,74	61,4±11,31
P	0,1850	0,2453	0,4598	0,5505	0,2544	0,7117
<b>Solicitação da família</b>						
Sim	68,7±13,73	40,6±13,76	59,9±7,75	68,5±8,01	42,5±11,42	62,4±9,03
Não	63,2±9,74	44,4±12,59	61,8±10,16	68,8±7,01	44,9±14,74	61,9±11,18
P	0,9079	0,3336	0,5627	<b>0,0830</b>	0,5468	0,8850
<b>Sozinho</b>						
Sim	60,4±17,21	42,0±10,49	60,8±10,32	61,5±3,12	44,1±9,72	62,0±11,78
Não	63,4±9,68	43,4±13,57	61,8±8,93	69,3±6,96	44,1±14,45	62,1±9,44
P	0,6189	0,7801	0,7082	<b>0,0614</b>	0,9987	0,9773

A Tabela 29 descreve as médias do domínio meio ambiente e o escore total do WHOQOL BREF para características clínicas apresentadas pelas pessoas idosas e grupo pesquisado. A avaliação do domínio meio ambiente obteve médias altas nas pessoas com ansiedade dos três grupos, fato oposto ocorreu com as pessoas que apresentaram diabetes, onde as médias de avaliação foram baixas.

A pior qualidade de vida foi observada no resultado do escore total, pelas pessoas idosas que apresentaram ansiedade nos três grupos, assim como aquelas com diabetes, onde ocorreu diferença estatisticamente significativa para o grupo *controle* ( $p=0,0333$ ) e grupo *residente* ( $p=0,0423$ ).

Nos grupos *espera* e *residente*, conforme expõe a Tabela 29, as pessoas idosas que apresentaram cardiopatia, avaliaram como boa a qualidade de vida, através das médias elevadas no escore total, sendo significativo no *residente* ( $p=0,0379$ ). A mesma situação foi observada para as pessoas que apresentaram depressão, tendo como significância estatística a diferença apresentada nas médias do grupo *residente* ( $p=0,0484$ ).

As pessoas dos grupos *controle* e *residente* que apresentaram problemas intestinais avaliaram com escores médios baixos o domínio meio ambiente, sendo estatisticamente significativo no grupo *controle* ( $p=0,0052$ ) - conferir na Tabela 29.

O resultado do escore total apresentou médias indicativas de pior qualidade de vida para as pessoas idosas com problemas intestinais e as pessoas idosas com problemas nos olhos. Na Tabela 29 também se observa que ocorreu diferença significativa no escore total do grupo *controle* em pessoas idosas com hipertensão ( $p=0,0154$ ) e pessoas idosas com osteoporose ( $p=0,0036$ ).

**Tabela 29** - Médias do domínio meio ambiente e o escore total do WHOQOL BREF para características clínicas apresentadas pela pessoa idosa e grupo pesquisado, João Pessoa-PB, Maio de 2012 a Fevereiro de 2013

Características	Domínio e Escore total WHOQOL-BREF					
	Meio ambiente			Escore total		
	Residente	Espera	Controle	Residente	Espera	Controle
<b>Doenças</b>						
<b>Ansiedade</b>						
Sim	63,3±11,66	44,1±12,83	63,7±10,03	59,1±12,41	43,6±13,80	68,3±8,29
Não	60,9±9,27	42,9±13,17	63,2±10,15	62,6±10,32	44,2±13,77	68,8±6,98
P	0,5321	0,8070	0,9079	0,4037	0,9105	0,8796
<b>Artrose</b>						
Sim	59,9±9,46	44,1±12,85	64,7±12,19	60,7±10,80	42,5±11,28	69,1±6,11
Não	62,0±9,73	42,7±13,21	62,5±8,84	62,7±10,62	44,8±1,71	68,6±7,54
P	0,4691	0,7085	0,4672	0,5214	0,5767	0,8166
<b>Cardiopatía</b>						
Sim	65,6±10,21	43,4±14,53	62,5±14,06	70,8±3,07	44,1±15,49	65,4±7,79
Não	60,9±9,56	43,1±12,82	63,4±9,14	61,3±10,70	44,1±13,41	69,5±6,72
P	0,3539	0,9444	0,8073	<b>0,0379*</b>	0,9792	0,1097
<b>Depressão</b>						
Sim	59,4±12,07	43,3±11,89	61,5±8,98	57,3±12,09	42,6±12,63	65,7±6,74
Não	62,1±8,52	43,1±13,50	63,6±10,31	63,9±9,54	44,6±14,10	69,5±6,99
P	0,3786	0,9634	0,5595	<b>0,0484</b>	0,6547	0,1521
<b>Diabetes</b>						
Sim	56,6±9,22	41,1±5,38	62,5±7,33	55,1±9,37	42,7±11,88	62,5±3,45
Não	62,2±9,51	43,4±13,72	63,3±10,35	63,3±10,41	44,3±13,97	69,5±6,99
P	0,1343	0,6949	0,8623	<b>0,0423</b>	0,7923	<b>0,0333</b>
<b>Hipertensão</b>						
Sim	61,7±9,78	42,5±12,17	62,5±10,23	63,2±10,00	43,2±11,42	66,8±6,10
Não	60,3±9,37	44,3±14,63	64,3±9,91	58,8±11,85	45,7±17,14	71,6±7,40
P	0,6360	0,6446	0,5400	0,1913	0,5358	<b>0,0154</b>
<b>Osteoporose</b>						
Sim	61,4±8,63	43,4±13,90	60,2±12,12	61,2±12,06	45,3±13,59	65,0±5,80
Não	61,3±10,06	42,9±12,58	64,9±8,39	62,4±10,16	43,3±13,84	70,9±6,84
P	0,9742	0,8912	0,1128	0,7248	0,6293	<b>0,0036</b>
<b>Prob. Intestinais</b>						
Sim	57,8±6,63	46,2±9,73	55,9±9,52	58,3±8,84	43,7±13,07	65,7±5,66
Não	61,5±9,72	42,4±13,60	65,3±9,29	62,2±10,73	44,2±13,91	69,7±7,19
P	0,6036	0,4413	<b>0,0052</b>	0,6211	0,9325	0,1010
<b>Prob. Olhos</b>						
Sim	58,4±9,88	42,5±11,93	64,4±10,00	60,3±11,36	42,2±12,82	67,0±5,87
Não	63,3±9,05	44,3±14,98	62,4±10,14	63,2±10,13	47,5±14,73	70,1±7,58
P	<b>0,0835</b>	0,6446	0,4831	0,3581	0,1879	0,1185

\* Kruskal Wallis

A Tabela 30 descreve as médias das facetas funcionamento do sensório, autonomia e morte e morrer do WHOQOL OLD para cada nível de característica sociodemográfica e grupo pesquisado. Na avaliação do funcionamento do sensório os homens apresentaram menores médias em relação às mulheres nos três grupos. Situação inversa foi observada na avaliação da faceta morte e morrer, onde os homens apresentaram melhores médias, com indicativo de significância no grupo *residente* ( $p=0,0561$ ). Quanto à faceta autonomia as mulheres dos grupos *espera* e *residente* foram responsáveis pela melhor avaliação.

De acordo com a Tabela 30, as pessoas idosas solteiras dos grupos *residente* e *espera*, e as viúvas do grupo *controle*, apresentaram as maiores médias de avaliação da faceta funcionamento do sensório, com diferença estatisticamente significativa observada no grupo *espera* ( $p=0,0458$ ). Na avaliação da faceta autonomia, as pessoas idosas solteiras apresentaram as menores médias, para os três grupos.

Conforme consta na Tabela 30, os respondentes na faixa etária de 80 anos ou mais dos grupos *espera* e *residente* apresentaram níveis baixos de avaliação da faceta funcionamento do sensório, com diferença significativa no grupo *espera* ( $p=0,0430$ ). As pessoas idosas entre 60 e 69 anos apresentaram melhor avaliação da faceta autonomia, fato ocorrido nos três grupos, com indicativo de significância para o grupo *controle* ( $p=0,0895$ ).

Nos grupos *controle* e *espera*, as pessoas idosas com 04 filhos ou mais apresentaram pior avaliação do funcionamento do sensório, assim como na faceta autonomia (Tabela 30).



**Tabela 30** - Médias das facetas funcionamento do sensório, autonomia, morte e morrer do WHOQOL OLD para cada nível de característica sociodemográfica e grupo pesquisado, João Pessoa-PB, Maio de 2012 a Fevereiro de 2013

Características	Facetas do WHOQOL OLD								
	Funcionamento do sensório			Autonomia			Morte e morrer		
	Residente	Espera	Controle	Residente	Espera	Controle	Residente	Espera	Controle
<b>Sexo</b>									
Feminino	78,3±20,49	63,8±26,77	82,9±15,70	52,1±18,34	41,4±19,02	62,7±12,29	67,6±24,05	65,6±20,20	66,9±25,70
Masculino	70,8±27,61	56,2±28,58	82,3±20,44	52,1±11,09	40,1±21,40	69,3±10,48	82,3±17,24	74,5±26,31	75,0±23,23
P	0,3181	0,4049	0,9146	0,9923	0,8369	0,1000	<b>0,0561</b>	0,3539	0,3382
<b>Estado civil</b>									
Casado	50,0±35,36	68,7±27,2	78,9±21,05	50,0±0,00	43,7±18,75	66,7±11,91	75,0±35,36	37,5±34,80	69,9±22,3
Divorc/Separ.	77,3±21,89	56,8±23,15	84,4±4,42	51,6±14,47	49,4±19,30	65,6±4,42	74,2±13,13	68,2±20,02	78,1±13,26
Solteiro	78,2±22,40	75,7±22,52	82,6±11,60	49,5±18,67	37,1±20,90	65,3±9,43	67,7±27,76	72,8±22,64	72,2±24,23
Viúvo	76,7±21,19	51,4±29,51	87,1±13,47	57,1±18,66	38,9±17,88	65,3±9,43	74,6±19,11	67,7±35,70	64,9±30,25
P	0,4039	<b>0,0458</b>	0,5067	0,5957	0,3751	0,5027	0,7995	0,2804	0,8321
<b>Faixa etária</b>									
60-69	82,8±18,52	74,4±22,78	86,1±12,80	53,1±16,02	47,7±19,01	72,2±14,01	79,7±15,58	64,2±26,68	72,2±25,41
70-79	85,5±11,35	64,9±25,05	85,5±13,72	51,2±17,41	39,4±17,72	62,3±12,56	67,2±27,15	70,1±26,65	71,4±25,93
>=80	69,0±26,07	49,2±28,86	74,5±22,60	52,4±17,32	39,1±22,07	63,0±7,42	90,9±22,84	66,8±33,52	61,1±23,41
P	0,1006*	<b>0,0430</b>	0,1179	0,9592	0,4502	<b>0,0895</b>	0,4727	0,8470	0,4351
<b>Nº filhos</b>									
Nenhum	73,6±23,67	65,2±25,41	80,1±13,64	48,6±15,44	41,8±18,50	65,9±13,22	69,5±27,35	69,1±29,71	77,3±19,01
1-3	77,8±23,21	65,7±26,64	90,2±8,74	55,6±17,92	44,0±20,89	63,8±13,47	72,9±18,32	65,6±31,11	67,0±27,78
4 ou mais	85,4±10,21	48,7±29,43	79,7±20,19	57,3±18,71	33,1±16,42	63,7±11,27	72,9±20,41	70,6±21,46	66,2±26,08
P	0,4893	0,2281	0,1472	0,2948	0,3313	0,8803	0,8771	0,8770	0,4628

\* Kruskal Wallis

Na Tabela 31 encontram-se as médias das facetas funcionamento do sensório, autonomia morte e morrer do WHOQOL OLD, para cada nível de característica socioeconômica e hábito de vida e grupo pesquisado. Quanto à escolaridade, diferença significativa foi observada nas médias de avaliação da faceta funcionamento do sensório pelo grupo *espera* ( $p=0,0318$ ), melhor avaliação para as pessoas idosas com nível secundário. Na avaliação da autonomia observa-se que as menores médias de avaliação foram nas pessoas idosas sem escolaridade, para os três grupos, constando indicativo de significância para o grupo *espera* ( $p=0,0823$ ) e diferença significativa para o grupo *controle* ( $p=0,0060$ ).

Pessoas idosas dos grupos *espera* e *residente*, com renda de 3 salários mínimos ou mais apresentaram médias de avaliação da faceta funcionamento do sensório altas em relação a outros níveis de renda, ocorrendo diferença estatisticamente significativa no grupo *espera* ( $p=0,0135$ ). Com renda entre 1 e 2 salários mínimos os três grupos avaliaram com escores altos as facetas autonomia e morte e morrer, excetuando-se o grupo *residente* na avaliação da faceta morte e morrer (tabela 31).

Conforme se apresenta na Tabela 31, quanto ao número de refeições, indicativo de significância foi encontrado nas médias de avaliação da faceta morte e morrer, pelas pessoas idosas do grupo *espera* ( $p=0,0613$ ).

Em relação a sair de casa uma vez por semana, as pessoas idosas dos três grupos que não tinham esta prática, apresentaram melhor avaliação das facetas funcionamento do sensório, autonomia e morte e morrer, exceção para o grupo *controle* na avaliação dessa última faceta. Foram encontradas diferenças significativas na avaliação do funcionamento do sensório pelo grupo *controle* ( $p=0,0029$ ) e na avaliação da autonomia pelos grupos *controle* ( $p=0,0243$ ) e *espera* ( $p=0,0014$ ), conforme Tabela 31.

**Tabela 31** - Médias das facetas funcionamento do sensório, autonomia, morte e morrer do WHOQOL OLD para cada nível de característica socioeconômica e hábitos de vida e grupo pesquisado, João Pessoa-PB, Maio de 2012 a Fevereiro de 2013

Características	Facetas do WHOQOL OLD								
	Funcionamento do sensório			Autonomia			Morte e morrer		
	Residente	Espera	Controle	Residente	Espera	Controle	Residente	Espera	Controle
<b>Escolaridade</b>									
S/ Escolaridade	68,7±27,24	71,2±24,45	75,0±28,30	47,5±9,48	30,0±18,96	52,5±9,48	56,2±21,65	75,0±22,96	73,7±5,23
Primário	75,6±26,44	49,4±25,73	84,2±14,47	52,0±14,35	39,8±18,35	64,3±12,04	70,4±26,88	62,8±33,04	65,8±27,99
Ginásial	79,8±15,55	70,8±27,86	83,7±18,68	52,4±16,64	31,2±11,18	73,7±7,10	71,6±23,18	72,9±26,71	64,4±26,20
Secundário	78,1±19,38	72,4±24,51	82,6±14,74	54,4±25,18	49,6±20,67	61,6±11,72	79,4±12,17	70,2±25,25	75,0±24,76
P	0,8161	<b>0,0318</b>	0,7472	0,9109	<b>0,0823</b>	<b>0,0060</b>	0,3634	0,7377	0,5085
<b>Renda</b>									
até 01 sm	73,4±24,84	59,9±29,10	83,3±17,82	49,8±15,18	38,6±17,74	63,9±9,82	67,1±23,66	59,4±32,60	65,1±22,79
>1 até 2sm	79,4±18,90	48,1±23,71	83,7±14,72	56,7±18,09	45,7±21,86	65,3±15,34	76,8±24,69	68,7±25,51	77,1±20,34
3sm ou mais	87,5±7,66	77,1±19,72	80,0±19,05	53,7±23,64	40,8±20,17	63,1±11,20	80,0±12,02	59,2±21,09	62,5±35,11
P	0,3638	<b>0,0135</b>	0,8472	0,4422	0,5924	0,8944	0,2985	0,1146	0,2187
<b>Refeições</b>									
Menos de 04	68,7±32,68	63,3±33,64	86,8±10,10	53,1±24,21	39,2±18,97	61,1±15,55	76,6±27,18	56,2±30,98	71,5±24,03
04 ou mais	77,2±21,58	61,4±24,32	81,9±17,83	52,0±16,41	42,0±19,80	64,9±11,34	70,6±23,23	72,7±26,35	68,3±25,63
P	0,4748	0,8226	0,4276	0,9029	0,6451	0,3962	0,6316	<b>0,0613</b>	0,7306
<b>Sair de casa</b>									
Sim	72,3±23,99	57,2±28,55	66,2±24,84	48,5±16,22	32,5±17,16	56,2±11,70	69,2±23,61	67,8±29,19	77,5±14,39
Não	82,8±14,77	69,3±23,29	88,1±11,88	60,9±17,95	53,4±12,61	69,0±11,07	76,6±13,86	78,4±18,19	66,2±26,90
P	0,4023	0,2386	<b>0,0029</b>	0,1651	<b>0,0014</b>	<b>0,0243</b>	0,5478	0,2853	0,3716

A Tabela 32 descreve as médias das facetas funcionamento do sensório, autonomia, morte e morrer do WHOQOL OLD para as dificuldades relatadas pelas pessoas idosas para sair de casa e grupo pesquisado. Os respondentes dos grupos *espera* e *residente* com dificuldade de locomoção, avaliaram com médias baixas o funcionamento do sensório, sendo indicativo de significância no grupo *residente* ( $p=0,0609$ ) e estatisticamente significativo no grupo *espera* ( $p=0,0293$ ).

As pessoas idosas dos três grupos sem dificuldades de locomoção apresentaram escores altos na avaliação da faceta autonomia, sendo significativo no grupo *espera* ( $p=0,0077$ ), conforme observa-se na Tabela 32.

As pessoas idosas dos três grupos que relataram falta de companhia, apresentaram piores avaliações nas facetas autonomia e funcionamento do sensório, exceto grupo *residente*. para esta última. O grupo *espera* ( $p=0,0475$ ) apresentou diferença estatisticamente significativa na faceta do funcionamento do sensório. Quanto à avaliação da faceta morte e morrer, indicativo de significância foi observado no grupo *residente* ( $p=0,0773$ ), referente à dificuldade mencionada, também descritos na Tabela 32.

Conforme ainda se depreende na Tabela 32, o transporte foi marcado pelos respondentes como uma das dificuldades encontradas para sair de casa, diferenças estatisticamente significativa foram identificadas na avaliação das facetas funcionamento do sensório pelos grupos *espera* ( $p=0,0017$ ) e *residente* ( $p=0,0321$ ) e na autonomia pelo grupo *residente* ( $p=0,0081$ )

**Tabela 32** - Médias das facetas: funcionamento do sensório, autonomia, morte e morrer do WHOQOL OLD para as dificuldades relatadas pela pessoa idosa para sair de casa e grupo pesquisado, João Pessoa-PB, Maio de 2012 a Fevereiro de 2013

Características	Facetas do WHOQOL OLD								
	Funcionamento do sensório			Autonomia			Morte e morrer		
	Residente	Espera	Controle	Residente	Espera	Controle	Residente	Espera	Controle
<b>Dificuldades</b>									
<b>Locomoção</b>									
Sim	70,1±23,69	56,1±27,31	82,8±14,16	49,7±18,32	36,0±18,56	60,9±9,55	69,8±23,89	68,9±31,23	66,0±29,93
Não	81,9±19,94	73,5±23,34	82,7±18,01	54,2±15,50	51,1±17,43	65,8±12,99	72,2±23,21	65,4±23,08	70,2±22,93
P	<b>0,0609</b>	<b>0,0293</b>	0,9858	0,3579	<b>0,0077</b>	0,1875	0,7224	0,6856	0,5864
<b>Falta_segurança</b>									
Sim	79,4±19,99	48,6±27,38	77,5±19,59	55,6±21,74	44,4±16,07	59,4±9,43	68,1±23,28	63,2±34,86	63,7±26,49
Não	75,8±23,05	64,9±26,48	84,1±15,95	51,2±15,58	40,4±20,16	65,5±12,50	71,9±23,56	68,7±27,35	70,2±24,98
P	0,6536	0,1023	0,2716	0,4678	0,5762	0,1569	0,6538	0,6019	0,4768
<b>Falta_companhia</b>									
Sim	77,1±18,77	51,5±28,26	81,2±13,50	49,3±18,63	37,1±20,43	57,8±15,62	76,1±20,32	63,2±33,14	75,0±21,04
Não	75,6±26,95	67,4±25,23	82,9±17,10	55,9±13,48	43,2±18,84	64,8±11,81	64,3±25,86	70,1±26,09	68,3±25,60
P	0,8102	<b>0,0475</b>	0,8539	0,1736	0,3011	0,2722	<b>0,0773</b>	0,4275	0,6165
<b>Transporte</b>									
Sim	58,3±26,71	38,7±27,60	87,5±0,00	35,4±20,03	46,9±18,46	62,5±0,00	70,8±30,53	66,2±30,79	62,5±0,00
Não	79,0±20,80	67,8±23,96	82,6±16,89	54,4±15,22	39,7±19,59	64,3±12,24	71,2±22,60	68,1±28,34	69,0±25,39
P	<b>0,0321</b>	<b>0,0017</b>	0,7776	<b>0,0081</b>	0,2995	0,8857	0,9743	0,8547	0,8008

Na Tabela 33 encontram-se as médias das facetas funcionamento do sensório, autonomia, morte e morrer do WHOQOL OLD para as dificuldades referidas pela pessoa idosa para sair de casa, hábitos de vida e grupo pesquisado. Dificuldades de enxergar significou uma pior qualidade de vida na avaliação do funcionamento do sensório pelos três grupos e para os grupos *controle* e *residente* na avaliação da autonomia, existindo diferenças significativa na avaliação da faceta funcionamento do sensório pelos grupos *controle* ( $p=0,0058$ ) e *espera* ( $p=0,0022$ ).

Não apresentar dificuldades refletiu em melhor qualidade de vida para os três grupos na avaliação das facetas: funcionamento do sensório e autonomia. Foram observadas diferenças significativas na avaliação do funcionamento do sensório pelo grupo *espera* ( $p=0,0002$ ) e indicativo de significância pelo grupo *controle* ( $p=0,0536$ ). Na avaliação da autonomia, diferença significativa ocorreu pelo grupo *controle* ( $p=0,0021$ ) e indicativo de significância pelo grupo *espera* ( $p=0,0834$ ).

As pessoas idosas com dificuldades apresentaram escores elevados na avaliação da faceta morte e morrer, sendo indicativo de significância o grupo *residente* ( $p=0,0778$ ), conforme Tabela 33.

Demonstra-se na Tabela 33 que as pessoas idosas dos grupos *espera* e *residente* que desenvolviam atividade religiosa apresentaram melhor avaliação nas facetas autonomia e morte e morrer. Diferenças significativas foram encontradas no grupo *espera* para as facetas autonomia ( $p=0,0096$ ) e morte e morrer ( $p=0,0397$ ). Indicativo de significância foi observado na avaliação de morte e morrer pelo grupo *residente* ( $p=0,0705$ ).

As pessoas idosas que desenvolviam atividades de lazer foram responsáveis por médias altas de avaliação em autonomia e funcionamento do sensório, exceto no grupo *controle*, para esta última. Na faceta autonomia o grupo *controle* apresentou diferença significativa ( $p=0,0463$ ). Já na avaliação de morte e morrer o fato de desenvolver atividades de lazer foi responsável pelas menores médias de avaliação (tabela 33).

Desenvolver atividade doméstica resultou em médias altas na avaliação das facetas: funcionamento do sensório e autonomia, para os três grupos. E médias menores na avaliação no que diz respeito a morte e morrer, sendo estatisticamente significativa no grupo *residente* ( $p=0,0164$ ), segundo explicitado na Tabela 33.

**Tabela 33-** Médias das facetas funcionamento do sensório, autonomia, morte e morrer do WHOQOL OLD para as dificuldades apresentadas pela pessoa idosa para sair de casa, hábitos de vida e grupo pesquisado, João Pessoa-PB, Maio de 2012 a Fevereiro de 2013

Características	Facetas do WHOQOL OLD								
	Funcionamento do sensório			Autonomia			Morte e morrer		
	Controle	Espera	Residente	Controle	Espera	Residente	Controle	Espera	Residente
<b>Dificuldades</b>									
<b>Enxergar</b>									
Sim	67,0±25,44	35,9±27,90	66,2±21,01	58,9±7,09	46,1±20,58	41,2±15,69	68,7±31,66	68,0±31,59	81,2±25,77
Não	85,3±13,63	67,0±24,24	77,6±22,40	65,1±12,59	40,2±19,28	53,3±16,75	68,9±24,38	67,7±28,32	70,0±23,06
P	<b>0,0058</b>	<b>0,0022*</b>	0,2837	0,2135	0,4350	0,1290	0,9889	0,9814	0,3109
<b>S/dificuldade</b>									
Sim	88,1±12,17	88,1±13,32	80,5±26,19	70,2±13,39	50,6±19,64	53,9±12,02	68,1±25,15	66,9±17,69	57,8±26,67
Não	79,0±18,63	55,5±25,76	75,7±21,79	59,9±9,08	38,7±18,84	51,8±17,69	69,4±25,57	68,0±30,82	73,7±22,01
P	<b>0,0536</b>	<b>0,0002</b>	0,5885	<b>0,0021</b>	<b>0,0834</b>	0,7476	0,8652	0,9150	<b>0,0778</b>
<b>Atividades</b>									
<b>Religiosa</b>									
Sim	81,0±17,55	59,6±25,72	81,5±19,17	63,7±13,76	52,9±12,91	54,6±18,29	69,9±26,80	53,8±32,53	64,7±21,78
Não	84,8±15,86	62,8±27,87	72,2±24,27	64,9±10,10	36,9±19,73	50,0±15,50	67,7±23,59	72,6±25,70	76,6±23,55
P	0,4335	0,7164	0,1438	0,7119	<b>0,0096</b>	0,3385	0,7566	<b>0,0397</b>	<b>0,0705</b>
<b>Lazer</b>									
Sim	80,5±19,56	68,7±29,31	77,3±21,50	66,8±11,82	44,4±17,25	53,3±15,20	64,6±25,48	55,6±31,32	69,8±24,80
Não	86,8±9,07	60,5±26,75	74,6±25,06	59,7±11,59	40,4±19,97	49,1±20,78	76,4±23,34	70,4±27,57	74,5±19,38
P	0,5974	0,4150	0,7048	<b>0,0463</b>	0,5762	0,4347	0,1139	0,1588	0,5222
<b>Doméstica</b>									
Sim	84,6±14,33	66,9±13,15	78,7±23,91	65,5±12,41	45,2±16,99	54,0±17,84	68,4±26,59	63,4±29,73	61,1±26,86
Não	76,1±23,02	58,4±29,52	74,8±21,29	59,7±10,22	38,1±20,75	50,7±16,17	70,4±20,17	70,9±27,71	79,0±16,69
P	0,1393	0,2749	0,5435	0,1567	0,2053	0,4959	0,8163	0,3634	<b>0,0164*</b>

\* Kruskal Wallis

Na Tabela 34 estão descritas as médias das facetas funcionamento do sensório, autonomia, morte e morrer do WHOQOL OLD para os motivos referidos pela pessoa idosa para residir em ILPI ou que poderia levar a residir e grupo pesquisado. O motivo falta de cuidador foi responsável pelas menores médias de avaliação das facetas citadas, realizadas pelos três grupos, exceto para o grupo *espera* na avaliação da autonomia e o grupo *residente* na avaliação de morte e morrer. Ocorreu diferença significativa na avaliação de morte e morrer pelo grupo *controle* ( $p=0,0077$ ).

As pessoas idosas que optaram para residir em ILPI, caso dos grupos *espera* e *residente*, foram responsáveis pelas menores médias de avaliação no que tange a funcionamento do sensório e morte e morrer e maiores médias na avaliação da autonomia. Podem ser observados na Tabela 34 indicativos de significância pelo grupo *espera*, na avaliação da autonomia ( $p=0,0844$ ) e na avaliação da faceta morte e morrer ( $p=0,0842$ ). Diferenças significativas ocorreram no grupo *residente*, para a avaliação da autonomia ( $p=0,0168$ ) e para a avaliação do aspecto morte e morrer ( $p=0,0059$ ) - Tabela 34.

Conforme se observa na Tabela 34, as pessoas idosas dos grupos *residente* e *espera*, que tiveram suas vagas solicitadas por familiares, avaliaram as facetas funcionamento do sensório e morte e morrer com escores elevados, e com médias baixas a faceta autonomia. Indicativos de significância ocorreram no grupo *espera* ( $p=0,0692$ ) ao avaliar essa faceta e no grupo *residente* ( $p=0,0844$ ) ao avaliar morte e morrer.

No grupo *espera*, as pessoas idosas que tiveram como motivo ficar sozinho por muito tempo, apresentaram pior qualidade de vida na avaliação das facetas: funcionamento do sensório, autonomia e morte e morrer. Diferença estatisticamente significativa ocorreu na avaliação da faceta funcionamento do sensório, pelo grupo *controle* ( $p=0,0001$ ) onde citou como motivo que poderia levar a solicitar uma vaga para residir em ILPI o fato de ficar sozinho por muito tempo (tabela 34).



**Tabela 34** - Médias das facetas: funcionamento do sensório, autonomia, morte e morrer do WHOQOL OLD para os motivos referidos pela pessoa idosa para residir numa ILPI ou que poderia levar a residir e grupo pesquisado, João Pessoa-PB, Maio de 2012 a Fevereiro de 2013

Características	Facetas do WHOQOL OLD								
	Funcionamento do sensório			Autonomia			Morte e morrer		
	Residente	Espera	Controle	Residente	Espera	Controle	Residente	Espera	Controle
<b>Motivos</b>									
<b>Falta_cuidador</b>									
Sim	72,5±26,63	61,2±24,38	78,1±15,69	48,7±14,43	43,2±15,95	57,3±6,14	75,0±25,00	65,4±32,33	43,7±17,68
Não	79,2±18,95	62,7±29,87	83,4±16,94	54,4±18,14	39,2±22,26	65,20±12,46	68,5±22,17	69,9±23,72	72,3±24,16
P	0,3057	0,8431	0,4761	0,2510	0,4669	0,1351	0,3424	0,5753	<b>0,0077</b>
<b>Opção própria</b>									
Sim	73,7±24,80	59,1±30,01	87,5±0,00	56,9±16,98	45,7±18,27	62,5±0,00	63,6±24,61	61,1±31,14	62,5±0,00
Não	80,4±18,25	65,1±23,81	82,6±16,89	45,5±14,54	36,2±19,76	64,3±12,24	81,5±16,94	75,0±23,96	69,0±25,39
P	0,3033	0,4422	0,7776	<b>0,0168</b>	<b>0,0844</b>	0,8857	<b>0,0059</b>	<b>0,0842</b>	0,8008
<b>Solic. família</b>									
Sim	83,3±9,73	65,0±27,69	78,7±20,06	48,4±13,62	34,2±21,66	60,0±16,30	81,2±11,92	74,5±23,37	62,5±30,30
Não	74,3±24,74	60,4±27,09	83,2±16,53	53,3±17,72	44,7±17,41	64,7±11,70	67,9±25,18	64,4±30,64	69,6±24,81
P	0,2275	0,5703	0,5784	0,3894	<b>0,0692</b>	0,4139	<b>0,0844</b>	0,2505	0,5555
<b>Sozinho</b>									
Sim	76,7±24,15	60,4±27,95	47,9±25,26	52,9±17,61	40,3±15,97	64,6±14,43	71,2±25,99	63,2±34,86	60,4±15,73
Não	76,3±20,67	62,3±27,26	84,9±13,65	51,3±16,27	41,3±20,25	64,2±12,13	71,1±20,59	68,7±27,35	69,4±25,64
P	0,9527	0,8489	<b>0,0001</b>	0,7434	0,8867	0,9614	0,9928	0,6019	0,5533

A Tabela 35 permite inferir as médias das facetas funcionamento do sensório, autonomia, morte e morrer do WHOQOL OLD para as características clínicas apresentadas pelas pessoas idosas e grupo pesquisado. Apresentar ansiedade teve relação com escores baixos na faceta funcionamento do sensório para os grupos *espera* e *controle* e morte e morrer nos três grupos.

Pessoas idosas com artrose apresentaram pior qualidade de vida na avaliação da faceta autonomia nos três grupos, na avaliação do funcionamento do sensório pelos grupos *controle* e *espera* e na avaliação de morte e morrer nos grupos *controle* e *residente*, com diferença significativa (Tabela 35) na avaliação desta última faceta pelo grupo *residente* ( $p=0,0010$ ).

Conforme consta na Tabela 35, ocorreram diferenças significativas na avaliação da faceta funcionamento do sensório pelo grupo *controle* ( $p=0,0009$ ) e cardiopatia, também pelo grupo *controle* ( $p=0,0302$ ) e diabetes, e na avaliação da faceta autonomia pelo grupo *controle* ( $p=0,0445$ ) e depressão.

As médias atribuídas à faceta morte e morrer pelos grupos pesquisados com cardiopatia representaram a pior qualidade de vida, assim como ocorreu com a depressão, (Tabela 35).

**Tabela 35** - Médias das facetas funcionamento do sensório, autonomia, morte e morrer do WHOQOL OLD para as características clínicas apresentadas pela pessoa idosa e grupo pesquisado, João Pessoa-PB, Maio de 2012 a Fevereiro de 2013

Características	Facetas do WHOQOL OLD								
	Funcionamento do sensório			Autonomia			Morte e morrer		
	Residente	Espera	Controle	Residente	Espera	Controle	Residente	Espera	Controle
<b>Doenças</b>									
<b>Ansiedade</b>									
Sim	73,4±30,21	53,5±19,30	92,5±2,79	53,9±22,39	42,4±21,14	61,2±11,18	60,2±21,89	57,6±31,37	61,2±35,19
Não	77,1±20,92	63,9±28,39	81,7±17,29	51,8±15,88	40,9±19,27	64,6±12,28	73,2±23,23	70,0±27,78	69,7±24,17
P	0,6765	0,3021	0,1359*	0,7476	0,8353	0,5648	0,1483	0,2442	0,4804
<b>Artrose</b>									
Sim	77,6±22,32	57,8±29,18	80,9±18,55	51,8±17,51	40,6±19,50	63,1±12,78	56,6±23,43	74,6±22,20	65,4±27,87
Não	75,9±22,65	64,0±26,30	83,7±15,93	52,3±16,74	41,4±19,65	65,3±11,81	78,6±19,70	64,5±30,84	70,6±23,88
P	0,8100	0,4593	0,5763	0,9321	0,9020	0,3804	<b>0,0010</b>	0,2474	0,4939
<b>Cardiopatia</b>									
Sim	81,2±19,76	51,4±31,06	64,6±22,32	56,2±8,84	43,1±16,37	64,60±9,88	73,4±12,88	54,9±33,19	66,7±20,49
Não	76,1±22,68	64,3±26,00	86,7±12,36	51,8±17,36	40,7±20,16	64,2±12,66	70,9±24,09	70,6±27,04	69,4±26,25
P	0,6619	0,1977	<b>0,0009*</b>	0,6143	0,7454	0,9285	0,8386	0,1359	0,7744
<b>Depressão</b>									
Sim	70,5±23,18	63,4±25,15	82,6±17,05	46,9±21,34	40,9±15,86	56,9±11,02	67,4±27,42	66,8±29,03	67,4±31,83
Não	78,8±21,87	61,3±28,06	82,8±16,87	54,2±14,56	41,2±20,70	65,8±11,87	72,6±21,82	68,1±28,75	69,2±23,90
P	0,2427	0,7673	0,9827	0,1713	0,9560	<b>0,0445</b>	0,4880	0,8938	0,8443
<b>Diabetes</b>									
Sim	88,3±9,11	64,6±28,41	67,5±22,27	46,9±11,57	43,7±14,79	61,2±8,15	61,7±21,24	65,6±30,55	75,0±17,68
Não	74,3±23,43	61,6±27,25	84,4±15,40	53,1±17,58	40,8±20,06	64,6±12,50	72,9±23,49	68,0±28,60	68,2±25,90
P	0,1394*	0,8064	<b>0,0302</b>	0,3408	0,7278	0,5648	0,2165	0,8481	0,5712

\* Kruskal Wallis

Na Tabela 36 são mostradas as médias das facetas funcionamento do sensório, autonomia, morte e morrer do WHOQOL OLD para as características clínicas apresentadas pela pessoa idosa e grupo pesquisado. Dados estatisticamente significativos foram encontrados na avaliação da faceta funcionamento do sensório, pelas pessoas que referiram ter osteoporose no grupo *espera* ( $p=0,0404$ ), como também na avaliação da faceta morte e morrer pelas pessoas com a referida doença e os grupos *controle* ( $p=0,0364$ ) e *residente* ( $p=0,0247$ ). Indicativos de significância surgiram na avaliação da faceta autonomia pela osteoporose e grupos *controle* ( $p=0,0936$ ) e *residente* ( $p=0,0646$ ).

As pessoas idosas dos grupos pesquisados que apresentaram hipertensão ou osteoporose ou problema nos olhos foram responsáveis por escores baixos na avaliação da faceta autonomia. Fato semelhante ocorreu na avaliação da faceta funcionamento do sensório, onde os respondentes com hipertensão, exceto grupo *residente*, ou problemas intestinais ou problema nos olhos, exceto grupo *residente*. Os grupos que apresentaram uma significativa pior qualidade de vida, na faceta funcionamento do sensório e problemas nos olhos (tabela 36), foram o grupo *controle* ( $p=0,0161$ ) e o grupo *espera* ( $p=0,0030$ ).

**Tabela 36** - Médias das facetas: funcionamento do sensório, autonomia e morte e morrer do WHOQOL OLD para as características clínicas apresentadas pelas pessoas idosas e grupo pesquisado, João Pessoa-PB, Maio de 2012 a Fevereiro de 2013

Características	Facetas do WHOQOL OLD								
	Funcionamento do sensório			Autonomia			Morte e morrer		
	Residente	Espera	Controle	Residente	Espera	Controle	Residente	Espera	Controle
<b>Doenças</b>									
<b>Hipertensão</b>									
Sim	77,3±22,76	61,5±25,11	79,3±19,34	52,1±13,77	40,8±20,08	61,8±11,37	69,8±23,07	68,7±29,01	72,0±22,70
Não	74,6±21,85	62,8±31,10	87,5±11,00	52,2±23,59	41,7±18,69	67,6±12,60	74,6±24,45	66,0±28,30	64,6±28,18
P	0,7048	0,8703	0,1646*	0,7437*	0,8841	0,1007	0,5222	0,7447	0,3093
<b>Osteoporose</b>									
Sim	77,7±24,23	71,6±22,62	78,8±17,70	45,1±12,30	38,7±17,98	60,4±13,73	59,4±23,35	69,7±27,53	59,0±27,05
Não	76,0±21,88	55,6±28,30	85,0±16,02	54,9±17,68	42,7±20,44	66,4±10,74	75,7±21,95	66,5±29,57	74,4±22,59
P	0,8186	<b>0,0404</b>	0,2162	<b>0,0646</b>	0,4854	<b>0,0936</b>	<b>0,0247</b>	0,6992	<b>0,0364</b>
<b>Prob. Intestinais</b>									
Sim	71,9±30,94	59,7±21,45	77,3±17,74	46,9±4,42	43,1±19,38	64,2±14,55	81,2±26,52	71,5±30,32	64,2±21,30
Não	76,7±22,32	62,5±28,40	84,3±16,34	52,3±17,13	40,7±19,62	64,3±11,56	70,7±23,39	66,9±28,44	70,2±26,22
P	0,7683	0,7839	0,2225	0,6572	0,7454	0,9889	0,5363	0,6654	0,4911
<b>Prob. Olhos</b>									
Sim	77,5±20,11	53,7±26,13	75,3±20,49	51,9±16,86	40,8±18,98	62,8±9,98	65,3±25,61	67,8±31,48	67,2±26,51
Não	75,8±24,00	76,7±22,68	88,1±10,87	52,3±17,09	41,7±20,67	65,3±13,53	75,0±21,21	67,7±23,22	70,0±24,5
P	0,7989	<b>0,0030</b>	<b>0,0161*</b>	0,9327	0,8841	0,4763	0,1520	0,9939	0,7037

\* Kruskal Wallis

A Tabela 37 descreve as médias dos escores das facetas atividades passadas, presentes e futuras e participação social do WHOQOL OLD para cada nível das características sociodemográficas e grupo pesquisado. Os homens dos três grupos pesquisados apresentaram melhor qualidade de vida na avaliação da faceta atividades passadas, presentes e futuras e na avaliação da participação social apenas no grupo *controle*.

As pessoas idosas casadas dos grupos *controle* e *espera* avaliaram com médias altas a faceta atividades passadas, presentes e futuras, fato também ocorrido na avaliação da participação social pelos casados e grupo *espera* (tabela 37).

Quanto à faixa etária, diferença significativa foi observada pelo grupo *residente* ( $p=0,0139$ ) na avaliação da faceta participação social, assim como indicativo de significância pela faixa etária e grupo *espera* ( $p=0,0837$ ) na avaliação deste mesmo ponto (Tabela 37).

Na avaliação da faceta atividades passadas, presentes e futuras, as pessoas idosas com 04 filhos ou mais nos grupos *controle* e *residente*, apresentaram as maiores médias (Tabela 37). Na avaliação da participação social a menor média foi apresentada pelas pessoas idosas do grupo *espera* com 04 ou mais filhos, diferença estatisticamente significativa ( $p=0,0056$ ).

**Tabela 37** - Médias dos escores das facetas atividades passadas, presentes e futuras e participação social do WHOQOL OLD para cada nível das características sociodemográficas e grupo pesquisado, João Pessoa-PB, Maio de 2012 a Fevereiro de 2013

Características	Facetas do WHOQOL OLD					
	Ativ. passadas, presentes e futuras			Participação social		
	Residente	Espera	Controle	Residente	Espera	Controle
<b>Sexo</b>						
Feminino	50,0±10,17	38,8±12,08	56,1±9,80	56,6±14,8	39,8±18,91	65,5±10,65
Masculino	52,1±12,02	41,6±10,44	60,4±12,31	51,6±13,09	38,5±16,18	69,3±11,45
P	0,5565	0,4664	0,2158	0,2993	0,8362	0,2938
<b>Estado civil</b>						
Casado	50,0±0,00	47,9±7,22	59,2±11,96	53,1±13,26	50,0±12,50	66,1±13,34
Divorc/separ	46,1±11,54	42,7±11,57	56,2±±0,00	51,6±15,58	42,7±16,82	71,9±4,42
Solteiro	95,4±9,77	37,9±13,16	56,2±8,84	55,2±16,10	40,1±19,89	68,1±4,42
Viúvo	52,5±12,00	37,5±10,50	55,2±10,11	57,9±11,68	35,1±18,08	68,1±9,08
P	0,5955	0,3609	0,7258*	0,7946	0,4926	0,8277
<b>Faixa etária</b>						
60-69	47,7±12,91	40,3±11,31	59,7±10,42	57,8±11,45	44,3±23,79	71,5±8,90
70-79	51,6±6,65	41,0±12,62	56,7±11,53	62,9±10,57	42,9±14,99	66,7±10,90
>=80	50,7±11,90	36,7±10,68	56,2±8,47	50,0±15,41	31,2±16,14	62,0±10,96
P	0,6944	0,5155	0,7169	<b>0,0139</b>	<b>0,0837</b>	0,1247
<b>Nº filhos</b>						
Nenhum	48,8±10,61	41,0±11,85	55,7±7,10	52,4±15,82	35,9±18,75	65,9±10,59
1-3	51,7±10,01	40,9±12,36	54,1±12,05	59,0±12,90	47,1±15,74	66,5±6,76
4 ou mais	54,2±12,29	33,7±8,44	59,0±10,84	57,3±11,47	26,9±14,75	66,5±12,99
P	0,4476	0,2226	0,4514	0,3144	<b>0,0056</b>	0,9876

\* Kruskal Wallis

Na Tabela 38 se encontram as médias dos escores das facetas atividades passadas, presentes e futuras e participação social do WHOQOL OLD para cada nível de característica socioeconômica, hábitos de vida e grupo pesquisado. Foram observadas na avaliação desse último domínio indicativo de significância em escolaridade e grupo *controle* ( $p=0,0694$ ) e diferença significativa em escolaridade e grupo *espera* ( $p=0,0398$ ), sendo que as pessoas com secundário ou mais, apresentaram o maior percentual.

As pessoas idosas com renda de 3 salários mínimos ou mais nos grupos *controle* e *residente* apresentaram médias mais elevadas na avaliação da faceta atividades passadas, presentes e futuras, enquanto esta situação ocorreu com pessoas idosas do grupo *espera* que recebiam até 1 salário mínimo. Diferença significativa ocorreu na avaliação da referida faceta e o grupo *residente* ( $p=0,0244$ ) - dados contidos na Tabela 38.

Na avaliação do item atividades presentes, passadas e futuras, conforme mostra a Tabela 38, as maiores médias de avaliação nas pessoas idosas com 04 refeições ou mais foram apresentadas pelos grupos *controle* e *residente*. Na avaliação da participação social a média alta manteve-se no *residente* com 04 refeições ou mais, sendo estatisticamente significativo ( $p=0,0170$ ).

Em relação à característica sair de casa uma vez por semana (Tabela 38), as piores médias de avaliação foram encontradas nas pessoas idosas dos três grupos que tinham esta prática, excetuando-se o grupo *residente* na avaliação da faceta atividades passadas, presentes e futuras. Ocorreram diferenças significativas na avaliação das atividades passadas, presentes e futuras, pelos grupos *controle* ( $p=0,0286$ ) e *espera* ( $p=0,0050$ ) e na avaliação da faceta participação social também pelos grupos *controle* ( $p=0,0398$ ) e *espera* ( $p=0,0002$ ).



**Tabela 38** - Médias dos escores das facetas atividades passadas, presentes e futuras e participação social do WHOQOL OLD para cada nível de características sociodemográficas, hábitos de vida e grupo pesquisado, João Pessoa-PB, Maio de 2012 a Fevereiro de 2013

Características	Facetas do WHOQOL OLD					
	Ativ. passadas, presentes e futuras			Participação social		
	Residente	Espera	Controle	Residente	Espera	Controle
<b>Escolaridade</b>						
S/ escolaridade	55,0±9,27	33,7±11,35	53,7±12,96	51,2±8,15	32,5±11,18	60,0±12,18
Primário	48,0±9,52	38,6±11,35	58,6±9,16	57,4±12,60	37,5±17,68	64,5±11,07
Ginásial	50,5±10,96	35,4±6,45	57,5±12,08	57,7±16,17	27,1±8,54	73,7±0,8
Secundário	53,7±12,57	43,7±12,89	55,8±11,09	50,0±18,16	48,5±19,46	66,1±6,81
P	0,4017	0,2288	0,7678	0,4779	<b>0,0398</b>	<b>0,0694</b>
<b>Renda</b>						
até 01 sm	47,4±9,65	42,3±11,24	56,5±8,73	54,0±15,69	39,5±17,40	63,6±9,77
>1 até 2sm	55,4±9,13	37,0±11,82	54,5±12,46	54,9±11,80	37,5±18,92	70,5±11,90
3sm ou mais	56,2±13,97	37,5±12,05	63,1±8,56	65,0±11,36	41,2±19,59	65,0±9,86
P	<b>0,0244</b>	0,3197	0,1063	0,2922	0,8666	0,1254
<b>Nº refeições</b>						
Menos de 04	43,7±8,84	40,4±10,79	56,9±11,88	39,7±23,59	40,4±18,12	70,1±6,83
04 ou mais	51,1±10,57	39,1±12,16	57,2±10,32	56,8±12,83	39,1±18,40	65,6±11,45
P	0,1850	0,7220	0,9552	<b>0,0170</b>	0,8178	0,2547
<b>Sair de casa</b>						
Sim	49,6±12,38	34,7±9,40	50,0±9,88	53,7±15,62	25,6±13,89	58,7±14,39
Não	46,9±6,25	46,0±10,92	59,5±8,49	59,4±14,88	49,4±17,33	70,0±10,35
P	0,6730	<b>0,0050</b>	<b>0,0286</b>	0,5018	<b>0,0002</b>	<b>0,0398</b>

A Tabela 39 descreve as médias dos escores das facetas atividades passadas, presentes e futuras e participação social do WHOQOL OLD para as dificuldades encontradas pelas pessoas idosas para sair de casa e grupo pesquisado. As pessoas idosas dos três grupos com dificuldades de locomoção apresentaram a pior qualidade de vida na avaliação das duas referidas facetas, onde se pode observar diferença estatisticamente significativa na avaliação da participação social pelos grupos *controle* ( $p=0,0360$ ), *espera* ( $p=0,0001$ ) e *residente* ( $p=0,0196$ ).

Na avaliação da faceta atividades passadas, presentes e futuras (Tabela 39), houve indicativo de significância com média maior na falta de segurança para o grupo *residente* ( $p=0,0860$ ) e com média menor na dificuldade de enxergar para o grupo *controle* ( $p=0,0516$ ). Também foram observadas diferenças estatisticamente significativas na avaliação da participação social em falta de companhia e grupo *espera* ( $p=0,0075$ ) e dificuldade com transporte e grupo *residente* ( $p=0,0007$ ).

Pessoas idosas sem dificuldades apresentaram uma boa qualidade de vida, conferida pelos escores altos na avaliação das atividades passadas, presentes e futuras, exceto grupo *residente*, e na avaliação da faceta participação social pelos três grupos, com diferença estatisticamente significativa na avaliação da participação social pelos grupos *controle* ( $p=0,0307$ ) e *espera* ( $0,0006$ ), conforme consta na Tabela 39.

**Tabela 39** - Médias dos escores das facetas atividades passadas, presentes e futuras e participação social do WHOQOL OLD para as dificuldades encontradas pelas pessoas idosas e grupo pesquisado, João Pessoa-PB, Maio de 2012 a Fevereiro de 2013

Dificuldades	Facetas do WHOQOL OLD					
	Ativ. passadas, presentes e futuras			Participação social		
	Residente	Espera	Controle	Residente	Espera	Controle
<b>Locomoção</b>						
Sim	49,4±12,77	38,4±10,95	54,3±8,45	50,3±15,93	32,8±16,61	61,7±10,43
Não	51,4±8,37	41,5±13,06	58,5±11,19	59,7±11,67	52,6±13,45	68,6±10,50
P	0,5243	0,3795	0,1939	<b>0,0196</b>	<b>0,0001</b>	<b>0,0360</b>
<b>Falta de segurança</b>						
Sim	55,6±10,40	43,7±13,97	53,7±11,49	56,9±15,44	38,9±19,46	65,0±8,44
Não	49,2±10,32	38,6±11,08	58,0±10,20	55,0±14,38	39,6±18,09	66,7±11,44
P	<b>0,0860</b>	0,2314	0,2595	0,7177	0,9125	0,6589
<b>Falta de companhia</b>						
Sim	50,4±11,44	37,5±11,27	59,4±15,73	53,2±15,99	30,1±16,72	64,1±13,86
Não	50,6±9,46	40,5±11,91	56,9±10,14	58,3±11,75	44,3±17,14	66,6±10,72
P	0,9574	0,3900	0,6593	0,2216	<b>0,0075</b>	0,6615
<b>Transporte</b>						
Sim	46,9±11,69	43,7±12,50	43,7±0,00	37,5±17,23	38,1±18,74	56,2±0,00
Não	51,0±10,44	38,4±11,37	57,4±10,42	57,8±12,36	39,9±18,22	66,6±10,87
P	0,3752	0,2011	0,2008	<b>0,0007</b>	0,7918	0,3513
<b>Enxergar</b>						
Sim	52,5±13,69	40,6±13,77	50,0±13,50	51,2±21,83	35,9±18,53	63,4±12,20
Não	50,3±10,32	39,3±11,41	58,3±9,62	55,8±13,68	40,2±18,22	66,9±10,70
P	0,6597	0,7695	<b>0,0516</b>	0,5067	0,5500	0,4388
<b>Sem dificuldade</b>						
Sim	49,2±9,11	40,0±15,08	58,6±10,55	59,4±12,93	56,2±13,82	70,2±11,17
Não	50,7±10,89	39,4±10,89	56,0±10,50	54,6±14,74	35,3±16,72	63,6±9,89
P	0,7120	0,8814	0,3932	0,3986	<b>0,0006</b>	<b>0,0307</b>

A Tabela 40 descreve as médias dos escores das facetas atividades passadas, presentes e futuras e participação social do WHOQOL OLD para o hábito da prática de atividades pela pessoa idosa e grupo pesquisado. Na avaliação da participação social as pessoas idosas que desenvolviam atividades apresentaram os melhores escores de avaliação, sendo significativos em atividade religiosa e grupo *espera* ( $p=0,0013$ ); atividade de lazer e grupo *controle* ( $p=0,0087$ ); atividade de lazer e grupo *espera* ( $p=0,0137$ ); atividade doméstica e grupo *espera* ( $p=0,0029$ ); e ainda em atividade doméstica e grupo *residente* ( $p=0,0001$ ). Houve indicativo de significância em atividade religiosa e grupo *residente* ( $p=0,0611$ ), na avaliação da faceta participação social.

As pessoas idosas dos grupos *controle* e *espera* que desenvolviam atividade religiosa apresentaram melhor qualidade de vida, na avaliação das atividades passadas, presentes e futuras, com indicativo de significância nos escores médios do grupo *espera* ( $p=0,0895$ ), conforme Tabela 40.

**Tabela 40** -Médias dos escores das facetas atividades passadas, presentes e futuras e participação social do WHOQOL OLD para hábitos de vida apresentados pelas pessoas idosas e grupo pesquisado, João Pessoa-PB, Maio de 2012 a Fevereiro de 2013

Características	Facetas do WHOQOL OLD					
	Ativ. passadas, presentes e futuras			Participação social		
	Residente	Espera	Controle	Residente	Espera	Controle
<b>Atividades</b>						
<b>Religiosa</b>						
Sim	49,5±9,78	44,2±12,09	57,4±10,97	59,5±10,97	52,9±15,01	67,6±11,76
Não	51,4±11,28	37,8±11,21	56,8±10,13	51,8±16,24	34,8±16,90	64,9±9,74
P	0,5243	<b>0,0895</b>	0,8390	<b>0,0611</b>	<b>0,0013</b>	0,3956
<b>Lazer</b>						
Sim	51,6±10,39	37,5±13,26	57,6±11,08	58,2±11,36	52,8±15,97	69,3±10,69
Não	47,8±10,86	39,9±11,43	56,2±9,59	48,2±19,06	36,6±17,43	61,1±9,23
P	0,2578	0,5756	0,6628	0,1080*	<b>0,0137</b>	<b>0,0087</b>
<b>Doméstica</b>						
Sim	50,3±8,73	41,4±13,47	57,8±10,99	63,9±8,61	33,19±15,45	67,1±10,31
Não	50,7±11,95	38,1±10,21	54,5±8,43	48,7±14,67	33,2±17,53	63,6±12,75
P	0,8995	0,3404	0,3611	<b>0,0001*</b>	<b>0,0029</b>	0,3486

\* Kruskal Wallis

A Tabela 41 descreve as médias dos escores das facetas: atividades passadas, presentes e futuras e participação social do WHOQOL OLD para os motivos apresentados pela pessoa idosa para residir numa ILPI, ou que poderia levar a residir no caso específico do grupo *controle*, e grupo pesquisado. As pessoas idosas que tiveram suas vagas solicitadas pela família nos grupos *espera* e *residente* ou que poderiam vir a serem solicitadas, no caso do grupo *controle*, apresentaram as piores médias de avaliação das atividades passadas, presentes e futuras. Na avaliação da referida faceta uma diferença estatisticamente significativa foi identificada no motivo ficar maior parte do tempo sozinho e grupo *residente* ( $p=0,0166$ ).

Conforme consta na Tabela 41, indicativo de significância ocorreu em falta de cuidador e grupo *residente* ( $p=0,0998$ ) na avaliação da faceta participação social. Na avaliação dessa faceta, ocorreu diferença estatisticamente significativa em opção própria e grupo *espera* ( $p=0,0425$ ) e no motivo ficar sozinho por muito tempo e grupo *controle* ( $p=0,0170$ ).

**Tabela 41** - Médias dos escores das facetas atividades passadas, presentes e futuras e participação social do WHOQOL OLD para os motivos apresentados pela pessoa idosa para residir numa ILPI, ou que poderia levar a residir e grupo pesquisado, João Pessoa-PB, Maio de 2012 a Fevereiro de 2013

Características	Facetas do WHOQOL OLD					
	Atividade presente, passada e futura			Participação social		
	Residente	Espera	Controle	Residente	Espera	Controle
<b>Motivos</b>						
<b>Falta de cuidador</b>						
Sim	50,6±11,09	40,4±10,58	56,2±8,84	51,2±15,92	40,4±16,48	65,6±10,27
Não	50,4±10,37	38,7±12,75	57,2±10,79	58,1±12,94	38,7±19,84	66,5±11,04
P	0,9463	0,6198	0,8301	<b>0,0998</b>	0,7498	0,8590
<b>Opção própria</b>						
Sim	51,9±9,61	41,8±12,72	43,7±0,00	58,0±13,04	44,5±19,15	56,2±0,00
Não	48,5±11,68	37,0±10,08	57,4±10,42	51,8±15,83	34,1±15,36	66,6±10,87
P	0,2612	0,1440	0,2008	0,1366	<b>0,0425</b>	0,3513
<b>Solicitação da família</b>						
Sim	49,5±11,76	36,8±11,46	56,2±18,22	56,8±12,63	35,7±15,59	72,5±12,18
Não	50,8±10,29	40,9±11,70	57,2±9,60	54,9±15,11	41,5±19,25	65,7±10,63
P	0,7049	0,2381	0,4463*	0,7053	0,2876	0,1863
<b>Sozinho</b>						
Sim	47,1±9,39	39,6±11,69	56,2±6,25	53,8±16,68	38,9±19,96	52,1±9,55
Não	54,2±10,69	39,5±11,82	57,2±10,74	57,0±11,70	39,6±17,98	67,3±10,36
P	<b>0,0166</b>	0,9814	0,8833	0,4419	0,9125	<b>0,0170</b>

\* Kruskal Wallis

Na Tabela 42 se observa a descrição das médias dos escores das facetas atividades passadas, presentes e futuras e participação social do WHOQOL OLD as características clínicas e grupo pesquisado. Na avaliação das atividades passadas, presentes e futuras, ocorreu diferença significativa, com maiores médias em não apresentar cardiopatia para o grupo *controle* ( $p=0,0120$ ), diabetes para este mesmo grupo ( $p=0,0290$ ) e osteoporose, também para o grupo *controle* ( $p=0,0160$ ).

Indicativo de significância se notou na avaliação das atividades passadas, presentes e futuras em cardiopatia e grupo *residente* ( $p=0,0793$ ) e depressão e grupo *residente* ( $p=0,0582$ ), conforme Tabela 42.

Nos grupos pesquisados, as pessoas idosas com depressão apresentaram os piores escores de avaliação das facetas atividades passadas, presentes e futuras e participação social, fato semelhante ocorreu nos respondentes com diabetes e nos respondentes com problemas intestinais (Tabela 42).

Foram observadas na Tabela 42 diferenças significativas na avaliação da participação social em hipertensão e grupo *controle* ( $p=0,0119$ ), osteoporose e grupo *controle* ( $p=0,0377$ ) e problemas nos olhos e grupo *controle* ( $p=0,0117$ ), existindo também indicativo de significância na avaliação da mencionada faceta pela doença diabetes e grupo *residente* ( $p=0,069$ ).

**Tabela 42** - Médias dos escores das facetas atividades passadas, presentes e futuras e participação social do WHOQOL OLD para as características clínicas apresentadas pela pessoa idosa e grupo pesquisado, João Pessoa-PB, Maio de 2012 a Fevereiro de 2013

Características	Facetas do WHOQOL OLD					
	Ativ. passadas, presentes e futuras			Participação social		
	Residente	Espera	Controle	Residente	Espera	Controle
<b>Doenças</b>						
<b>Ansiedade</b>						
Sim	47,7±14,15	40,9±12,54	60,0±10,46	57,8±10,95	41,0±21,0	60,0±7,13
Não	51,0±9,85	39,2±11,61	56,8±10,56	54,9±15,09	39,2±17,73	67,1±11,02
P	0,4112	0,6805	0,5238	0,6078	0,7912	0,1686
<b>Artrose</b>						
Sim	51,5±10,49	39,8±12,68	56,6±11,58	59,2±11,07	35,2±18,38	64,7±11,04
Não	50,0±10,71	38,3±11,36	57,4±10,06	53,4±15,71	41,5±17,94	67,2±10,83
P	0,6454	0,8881	0,8090	0,1829	0,2495	0,4408
<b>Cardiopatia</b>						
Sim	59,4±10,83	37,5±10,82	49,3±11,88	57,8±15,62	35,4±20,96	65,3±11,32
Não	49,7±10,29	39,9±11,93	58,8±9,48	55,2±14,51	40,4±17,63	66,6±10,88
P	<b>0,0793</b>	0,5756	<b>0,0120</b>	0,7290	0,4616	0,7414
<b>Depressão</b>						
Sim	46,0±9,68	36,1±10,57	54,9±9,77	53,6±17,28	38,9±22,70	63,2±6,59
Não	52,3±10,47	40,7±11,93	57,6±10,69	56,1±13,40	39,7±16,62	67,1±11,53
P	<b>0,0582</b>	0,2199	0,4803	0,5874	0,8990	0,3368
<b>Diabetes</b>						
Sim	47,7±7,42	36,5±10,01	47,5±15,69	46,9±14,56	34,4±17,12	61,2±10,27
Não	51,0±11,04	39,9±11,92	58,2±9,41	57,0±14,02	40,2±18,35	66,9±10,88
P	0,4112	0,5018	<b>0,0290</b>	<b>0,0690</b>	0,7341	0,2701
<b>Hipertensão</b>						
Sim	50,8±7,64	39,6±11,94	57,5±10,35	57,5±12,39	38,9±16,63	63,1±10,07
Não	49,6±16,16	39,2±11,51	56,5±10,91	50,0±18,18	40,6±21,03	70,8±10,52
P	0,5232*	0,9060	0,7442	0,1015	0,7460	<b>0,0119</b>
<b>Osteoporose</b>						
Sim	47,3±8,39	41,9±13,00	52,4±11,57	59,8±10,88	39,7±19,38	62,1±10,39
Não	51,7±11,14	37,9±10,63	59,8±8,97	53,7±15,41	39,4±17,62	68,7±10,53
P	0,1869	0,2440	<b>0,0160</b>	0,1775	0,9532	<b>0,0377</b>
<b>Prob. Intestinais</b>						
Sim	40,6±4,42	37,5±10,83	55,1±11,46	50,0±26,52	36,1±12,80	64,2±7,44
Não	50,9±10,55	39,9±11,93	57,7±10,29	55,6±14,20	40,2±19,16	67,0±11,64
P	0,1794	0,5756	0,4772	0,5966	0,5415	0,4584
<b>Prob. Olhos</b>						
Sim	52,5±9,81	38,3±11,64	55,4±10,51	58,4±12,87	37,9±18,03	61,9±11,84
Não	49,2±10,98	41,7±11,74	58,4±10,47	53,3±15,29	42,4±18,51	69,6±8,95
P	0,2783	0,3300	0,3155	0,2248	0,4086	<b>0,0117</b>

\* Kruskal Wallis

A Tabela 43 descreve as médias da faceta intimidade e escore total do WHOQOL OLD para cada nível de características sociodemográficas e grupo pesquisado. Na avaliação da faceta intimidade as maiores médias foram observadas nas mulheres do grupo *espera* e *residente* e nos homens do grupo *controle*. O sexo masculino do grupo *espera* apresentou pior qualidade de vida no resultado do escore total.

Quanto ao estado civil, as pessoas idosas viúvas do grupo *controle*, casadas do grupo *residente* e solteiras do grupo *espera* foram responsáveis pelas menores médias de avaliação da faceta intimidade. O resultado do escore total apontou como melhor qualidade de vida as pessoas idosas divorciadas/separadas dos grupos *controle* e *espera* e os viúvos do grupo *residente*, não houve diferenças estatisticamente significativas (Tabela 43).

Os respondentes na faixa etária de 80 anos ou mais (Tabela 43) dos grupos *controle* e *espera* foram responsáveis pelas menores médias de avaliação da faceta intimidade e para esta mesma faixa etária nos três grupos pesquisados o resultado do escore total mostrou uma pior qualidade de vida, sendo estatisticamente significativo para o grupo *controle* ( $p=0,0461$ ) e grupo *espera* ( $p=0,0446$ ).

Ainda conforme a Tabela 43, as pessoas idosas com 04 filhos ou mais dos grupos *controle* e *espera* apresentaram os valores mais baixos no escore total da qualidade de vida.



**Tabela 43** - Médias da faceta intimidade e escore total do WHOQOL OLD para cada nível das características sociodemográficas e grupo pesquisado, João Pessoa-PB, Maio de 2012 a Fevereiro de 2013

Características	Facetas do WHOQOL OLD					
	Intimidade			Escore total		
	Residente	Espera	Controle	Residente	Espera	Controle
<b>Sexo</b>						
Feminino	56,7±20,98	41,3±24,38	71,5±11,32	60,2±9,94	48,5±11,59	67,6±7,49
Masculino	56,2±20,47	39,6±22,67	72,4±13,71	60,8±10,12	48,4±14,38	71,4±8,80
P	0,9434	0,2139	0,8303	0,8506	0,9946	0,1439
<b>Estado civil</b>						
Casado	53,1±4,42	52,1±25,26	71,7±14,74	55,2±14,73	50,0±19,30	68,7±9,64
Divorc/separ	58,6±15,29	43,7±18,66	71,9±4,42	59,9±8,55	50,6±11,99	71,3±3,68
Solteiro	55,7±20,64	38,2±27,76	73,6±7,51	59,5±9,64	50,3±11,74	69,7±6,86
Viúvo	57,5±25,24	39,6±23,77	70,8±10,72	62,7±10,92	45,2±11,82	67,4±6,68
P	0,9789	0,7864	0,9568	0,6769	0,5339	0,8453
<b>Faixa etária</b>						
60-69	50,8±25,32	51,1±26,19	73,6±13,54	62,0±10,83	53,7±13,97	72,6±8,38
70-79	54,7±16,22	41,6±22,66	72,1±10,27	65,2±8,01	50,0±9,99	69,1±7,75
>=80	59,6±21,81	32,8±22,07	69,7±14,17	58,8±10,67	42,6±12,10	64,4±6,48
P	0,5246	0,1415	0,7353	0,5001	<b>0,0446</b>	<b>0,0461</b>
<b>Nº filhos</b>						
Nenhum	52,9±19,14	33,6±23,37	73,9±4,69	57,7±9,80	47,8±12,05	69,8±7,51
1-3	61,8±15,88	46,6±23,09	72,3±12,19	63,1±8,55	51,6±11,76	69,1±7,06
4 ou mais	57,3±36,32	38,7±24,79	70,5±13,80	64,1±12,02	42,0±11,63	67,6±8,68
P	0,3770	0,2287	0,7548*	0,1171	0,1039	0,7179

\* Kruskal Wallis

A Tabela 44 apresenta as médias da faceta intimidade e escore total do WHOQOL OLD para cada nível de características socioeconômicas, hábito de vida e grupo pesquisado. Na avaliação do item intimidade, referente à escolaridade, as pessoas idosas dos grupos *espera* e *residente* com escolaridade declarada secundário, apresentaram médias elevadas, assim como ocorreu no resultado do escore total, indicando uma melhor qualidade de vida, com diferença estatisticamente significativa no resultado do escore total e grupo *espera* ( $p=0,0116$ ).

Quanto à renda (Tabela 44), as pessoas idosas dos grupos pesquisados com 03 salários mínimos ou mais, avaliaram com melhores escores a faceta intimidade, sendo indicativo de significância grupo *residente* ( $p=0,0519$ ). O resultado do escore total trouxe como melhor qualidade de vida as pessoas do grupo *espera* e *residente*, que recebiam a referida renda, e as pessoas idosas do grupo *controle*, que recebiam de 1 a 2 salários mínimos. Diferença estatisticamente significativa ocorreu no resultado do escore total pelo grupo *residente* ( $p=0,0076$ ) e renda.

Conforme se encontra na Tabela 44, as pessoas idosas com hábito de 04 ou mais refeições diárias dos grupos *espera* e *residente* apresentaram melhor qualidade de vida, expressada na avaliação da faceta intimidade e do resultado do escore total.

Os piores escores de avaliação da qualidade de vida foram observados na característica sair de casa, onde os respondentes dos grupos *controle*, *espera* e *residente* com a prática de sair de casa apresentaram médias baixas na avaliação da faceta intimidade e no escore total, sendo estatisticamente significativas, no resultado do escore total, as diferenças nas médias do grupo *controle* ( $p=0,0380$ ) e grupo *espera* ( $p=0,0004$ ), segundo os dados da Tabela 44.

**Tabela 44** - Médias da faceta intimidade e escore total do WHOQOL OLD para cada nível de características socioeconômicas, hábitos de vida e grupo pesquisado, João Pessoa-PB, Maio de 2012 a Fevereiro de 2013

Características	Facetas do WHOQOL OLD					
	Intimidade			Escore total		
	Residente	Espera	Controle	Residente	Espera	Controle
<b>Escolaridade</b>						
S/ escolaridade	58,7±21,47	35,0±27,10	67,5±10,27	56,2±9,66	46,2±11,64	63,7±4,80
Primário	54,5±15,45	34,7±24,15	72,3±12,11	59,7±9,50	43,8±12,36	68,3±8,21
Ginasial	52,4±25,07	37,5±14,25	76,2±9,22	60,7±9,05	45,8±9,29	71,6±8,25
Secundário	65,6±24,34	51,8±22,83	69,2±13,31	63,5±12,18	56,1±9,77	68,4±7,85
P	0,4480	0,1339	0,4324	0,5790	<b>0,0116</b>	0,3619
<b>Renda</b>						
até 01 sm	51,8±18,90	39,5±26,89	71,4±11,52	57,3±9,01	46,5±13,67	67,3±7,31
>1 até 2sm	61,2±23,02	40,4±25,08	70,5±13,86	64,1±9,15	46,2±11,42	70,2±8,87
3sm ou mais	73,7±14,25	43,3±18,52	75,0±8,33	69,4±9,57	53,2±9,51	68,1±7,55
P	<b>0,0519</b>	0,8906	0,6168	<b>0,0076</b>	0,1984	0,4984
<b>Nº refeições</b>						
Menos de 04	45,3±31,20	38,3±28,53	76,4±7,51	54,4±11,45	46,3±15,41	70,5±5,75
04 ou mais	57,6±18,67	41,9±21,79	70,7±12,38	60,9±9,70	49,4±10,59	68,1±8,30
P	0,2575	0,6255	0,1955	0,2128	0,4209	0,4158
<b>Sair de casa</b>						
Sim	53,5±21,44	30,6±23,46	71,2±5,59	57,8±9,54	41,4±10,76	63,3±5,07
Não	60,9±16,44	45,4±27,97	73,5±11,68	64,6±12,00	57,0±9,86	71,1±7,68
P	0,5134	0,1265	0,6726	0,2035	<b>0,0004</b>	<b>0,0380</b>

A Tabela 45 descreve as médias da faceta intimidade e o escore total do WHOQOL OLD para as dificuldades relatadas pelas pessoas idosas para sair de casa e grupo pesquisado. Na avaliação da faceta intimidade, diferenças estatisticamente significativas foram observadas para grupo *espera* ( $p=0,0050$ ) e dificuldade de locomoção, dificuldade de enxergar e grupo *controle* ( $p=0,0236$ ), assim como não apresentar dificuldades e o grupo *espera* ( $p=0,0008$ ). Como indicativo de significância na avaliação da referida faceta destacam-se falta de segurança e grupo *residente* ( $p=0,0998$ ) e falta de companhia e grupo *espera* ( $p=0,0682$ ).

O resultado do escore total apresentado pelas dificuldades e grupos apontaram para uma pior qualidade de vida nas pessoas idosas com dificuldades de locomoção, transporte e de enxergar nos três grupos pesquisados; com falta de segurança nos grupos *controle* e *espera*; com falta de companhia nos grupos *espera* e *residente*. Diferenças significativas foram ressaltadas no resultado total da avaliação da qualidade de vida em dificuldade de locomoção e grupo *espera* ( $p=0,0006$ ); falta de companhia e grupo *espera* ( $p=0,0055$ ); dificuldade com transporte e grupo *residente* ( $p=0,0049$ ); dificuldade de enxergar e grupo *controle* ( $p=0,0131$ ). Indicativo de significância foi observado na Tabela 45, para falta de segurança e grupo *controle* ( $p=0,0780$ ).

As pessoas idosas dos grupos *controle* e *espera* sem dificuldades para sair de casa (Tabela 45) apresentaram diferenças significativas nas médias do resultado do escore total para os grupos *controle* ( $p=0,0205$ ) e *espera* ( $p=0,0002$ ).

**Tabela 45** - Médias da faceta intimidade e escore total do WHOQOL OLD para as dificuldades relatadas pelas pessoas idosas para sair de casa e grupo pesquisado, João Pessoa-PB, Maio de 2012 a Fevereiro de 2013

Características	Facetas do WHOQOL OLD					
	Intimidade			Escore total		
	Residente	Espera	Controle	Residente	Espera	Controle
<b>Dificuldades</b>						
<b>Locomoção</b>						
Sim	59,0±21,05	34,3±21,88	71,5±9,94	58,1±11,17	44,4±10,81	60,2±7,30
Não	54,6±20,48	53,7±22,54	71,9±12,71	62,3±8,35	56,3±10,93	69,6±8,05
P	0,4648	<b>0,0050</b>	0,9143	0,1278	<b>0,0006</b>	0,1585
<b>Falta de segurança</b>						
Sim	66,2±21,29	41,7±26,33	68,1±15,71	63,6±9,30	46,7±8,49	64,6±7,83
Não	54,2±20,04	40,7±23,52	72,7±10,66	59,6±9,97	48,8±12,87	69,5±7,71
P	<b>0,0998</b>	0,9135	0,2817	0,2459	0,6480	<b>0,0780</b>
<b>Falta de companhia</b>						
Sim	55,4±20,71	33,4±24,13	75,0±0,00	60,3±9,52	42,0±11,25	68,7±7,56
Não	58,3±20,95	45,3±22,70	71,5±12,27	60,5±10,60	51,8±11,36	68,5±8,01
P	0,6236	<b>0,0682</b>	0,5709	0,9327	<b>0,0055</b>	0,9525
<b>Transporte</b>						
Sim	51,4±20,32	42,5±27,45	75,0±0,00	50,0±7,16	46,0±13,94	54,6±0,00
Não	57,4±20,81	40,5±23,13	71,7±11,91	61,8±9,39	49,1±11,78	68,6±7,97
P	0,4858	0,8118	0,7839	<b>0,0049</b>	0,4877	0,6199
<b>Enxergar</b>						
Sim	56,2±23,80	37,5±27,55	62,5±19,09	58,1±12,44	44,0±15,69	61,8±8,35
Não	56,7±20,58	41,5±23,30	73,6±9,67	60,6±9,70	49,3±11,40	69,6±7,35
P	0,9664	0,6658	<b>0,0236</b>	0,5967	0,2630	<b>0,0131</b>
<b>Sem dificuldade</b>						
Sim	50,8±23,49	62,5±16,93	73,8±10,77	58,6±9,28	60,7±8,13	71,5±7,62
Não	57,7±20,18	35,5±22,22	70,3±12,46	60,7±10,06	45,4±11,05	66,3±7,50
P	0,3880	<b>0,0008</b>	0,2981	0,5833	<b>0,0002</b>	<b>0,0205</b>

A Tabela 46 descreve as médias da faceta intimidade e escore total do WHOQOL OLD para hábitos de realizar atividades, referidos pelas pessoas idosas e grupo pesquisado. Na avaliação da intimidade ocorreu diferença estatisticamente significativa nas médias da atividade religiosa e grupo *espera* ( $p=0,0095$ ) e atividade de lazer e grupo *espera* ( $p=0,0072$ ).

As pessoas que desenvolvem atividades (Tabela 46) apresentaram os melhores índices de avaliação da qualidade de vida, expressados nas médias elevadas dos escores da intimidade (exceto *residente* na atividade religiosa) e do resultado total, com indicativo de significância para este último na atividade doméstica e grupo *espera* ( $p=0,0723$ ).

**Tabela 46** - Médias da faceta intimidade e escore total do WHOQOL OLD para hábitos de vida e grupo pesquisado, João Pessoa-PB, Maio de 2012 a Fevereiro de 2013

Características	Facetas do WHOQOL OLD					
	Intimidade			Escore total		
	Residente	Espera	Controle	Residente	Espera	Controle
<b>Atividades</b>						
<b>Religiosa</b>						
Sim	56,2±20,38	55,3±18,55	73,8±12,14	61,0±8,89	53,1±12,84	68,9±8,85
Não	56,9±21,25	35,8±23,51	69,3±11,13	59,8±10,80	46,8±11,64	68,1±6,81
P	0,9071	<b>0,0095</b>	0,1766	0,6816	0,1082	0,7142
<b>Lazer</b>						
Sim	58,7±16,86	59,7±17,15	72,6±12,87	61,5±9,25	53,1±14,26	68,6±8,59
Não	51,3±28,29	36,7±23,14	70,1±9,72	57,6±11,23	47,4±11,59	68,4±6,75
P	0,2632	<b>0,0072</b>	0,4745	0,2173	0,2066	0,9378
<b>Doméstica</b>						
Sim	57,1±20,44	47,3±22,41	71,8±13,21	60,8±10,29	52,1±10,42	69,2±8,17
Não	56,2±21,18	36,2±24,00	71,6±4,30	60,0±9,72	45,83±12,81	66,0±6,59
P	0,8866	0,1032	0,2387*	0,7701	<b>0,0723</b>	0,2356

\* Kruskal Wallis

A Tabela 47 descreve as médias da faceta intimidade e escore total do WHOQOL OLD para os motivos apresentadas pela pessoa idosa para residir numa ILPI ou que poderia levar a residir (no caso do grupo *controle*) e grupo pesquisado.

As pessoas idosas que relataram solicitar vaga em ILPI, motivadas pela falta de cuidador, foram responsáveis pelas piores médias de avaliação da faceta intimidade e do escore total para os três grupos (tabela 47), com diferença estatisticamente significativa nas médias do resultado do escore total apresentadas pelo grupo *controle* ( $p=0,0128$ ).

Quando o interesse pela institucionalização foi por opção própria, as médias de avaliação do item intimidade mostraram-se elevadas, com diferença estatisticamente significativa em grupo *residente* ( $p=0,0015$ ) e indicativo de significância estatística no grupo *espera* ( $p=0,0523$ ). No resultado do escore total as maiores médias também foram observadas nas pessoas idosas que optaram (*residente e espera*) pela residência coletiva (Tabela 47).

As pessoas idosas que solicitaram vagas, motivadas por sozinho por muito tempo apresentaram médias baixas no resultado do escore total, sendo estatisticamente significante no grupo *controle* ( $p=0,0304$ ). Quando o motivo foi por solicitação da família nos grupos *controle e espera* os escores médios, também foram baixos na avaliação da faceta intimidade e escore total, representando uma pior qualidade de vida, para estes grupos (tabela 47).

**Tabela 47** - Médias da faceta intimidade e escore total do WHOQOL OLD para os motivos apresentadas pela pessoa idosa para residir numa ILPI ou que poderia levar a residir e grupo pesquisado, João Pessoa-PB, Maio de 2012 a Fevereiro de 2013

Características	Facetas do WHOQOL OLD					
	Intimidade			Escore total		
	Residente	Espera	Controle	Residente	Espera	Controle
<b>Motivos</b>						
<b>Falta de cuidador</b>						
Sim	56,6±18,97	39,1±22,06	65,6±15,18	59,1±11,36	48,3±10,91	61,1±4,25
Não	56,7±22,02	42,5±25,56	72,6±11,21	61,2±8,87	48,6±13,42	69,5±7,78
P	0,9863	0,6094	0,1777	0,4672	0,9148	<b>0,0128</b>
<b>Opção própria</b>						
Sim	64,2±16,01	47,1±24,70	75,0±0,00	61,4±9,78	49,9±13,52	64,6±0,00
Não	46,1±22,05	34,1±21,17	71,7±11,91	59,0±10,10	46,9±10,54	68,6±7,97
P	<b>0,0015</b>	<b>0,0523</b>	0,7839	0,4006	0,3949	0,6199
<b>Solicitação da família</b>						
Sim	57,3±16,82	36,8±21,07	56,2±27,24	62,8±8,16	47,1±11,42	64,4±13,71
Não	56,4±21,92	42,9±25,09	73,5±7,56	59,6±10,35	49,1±12,63	69,0±7,10
P	0,8995	0,3855	0,3273*	0,3427	0,5816	0,2438*
<b>Sozinho</b>						
Sim	54,3±19,51	42,4±25,15	72,9±3,61	59,3±10,51	47,4±8,53	59,0±3,18
Não	59,1±21,96	40,5±23,76	71,7±12,14	61,5±9,24	48,7±12,89	69,1±7,74
P	0,4183	0,8383	0,8618	0,4443	0,7874	<b>0,0304</b>

\* Kruskal Wallis

Na Tabela 48 se localizam as médias da faceta intimidade e escore total do WHOQOL OLD para as características clínicas e grupo pesquisado. Na avaliação da intimidade diferenças significativas foram observadas nas médias da depressão e grupo *residente* ( $p=0,0090$ ), diabetes e grupo *controle* ( $p=0,0083$ ) e problemas nos olhos e grupo *espera* ( $p=0,0217$ ), com indicativo de significância para cardiopatia e grupos *controle* ( $p=0,0685$ ) e *residente* ( $p=0,0628$ ), como também problemas nos olhos e grupo *controle* ( $p=0,066$ ).

Finalmente, de acordo com a Tabela 48 a pior qualidade de vida foi identificada no resultado do escore total pelas pessoas idosas com ansiedade nos três grupos; artrose nos três grupos; Cardiopatia nos grupos *controle* e *espera*, com diferenças estatisticamente significativa no grupo *controle* ( $p=0,0118$ ); depressão nos três grupos, com diferença estatística no grupo *residente* ( $p=0,0119$ ), assim como diabetes nos três grupos, apresentando diferença estatística no grupo *controle* ( $p=0,0242$ ); hipertensão nos grupos *controle* e *espera*; osteoporose e os grupos *controle* e *residente*, diferença estatística no grupo *controle* ( $p=0,0005$ ); problemas intestinais nos três grupos e problemas nos olhos também nos três grupos, com diferença estatística nas médias dos grupos *controle* ( $p=0,0084$ ) e *espera* ( $p=0,0253$ ).



**Tabela 48** - Médias da faceta intimidade e escore total do WHOQOL OLD para as características clínicas e grupo pesquisado, João Pessoa-PB, Maio de 2012 a Fevereiro de 2013

Características	Facetas do WHOQOL OLD					
	Intimidade			Escore total		
	Residente	Espera	Controle	Residente	Espera	Controle
<b>Doenças</b>						
<b>Ansiedade</b>						
Sim	49,2±29,78	48,6±18,43	73,7±2,79	57,0±13,79	47,3±11,91	68,1±7,50
Não	58,0±18,59	39,2±24,65	71,5±12,40	61,0±9,03	48,7±12,34	68,6±8,03
P	0,2727	0,2854	0,9164*	0,3012	0,7635	0,9075
<b>Artrose</b>						
Sim	59,9±20,50	36,7±26,21	73,5±13,72	59,4±7,37	47,5±10,06	67,2±9,13
Não	54,9±20,83	42,8±22,67	70,8±10,79	60,9±11,03	48,9±13,14	69,2±7,26
P	0,4227	0,4018	0,4495	0,6346	0,6949	0,4086
<b>Cardiopatia</b>						
Sim	75,0±17,68	43,1±26,41	65,3±15,97	67,2±8,09	44,2±15,42	62,6±7,78
Não	55,0±20,27	40,4±23,48	73,1±10,39	59,8±9,87	49,4±11,33	69,8±7,41
P	<b>0,0628</b>	0,7646	<b>0,0685</b>	0,1525	0,2512	<b>0,0118</b>
<b>Depressão</b>						
Sim	44,6±20,64	42,3±22,99	67,4±8,14	54,8±11,44	48,2±11,24	65,4±7,02
Não	61,3±18,95	40,4±24,32	72,7±12,32	62,5±8,43	48,6±12,60	69,2±8,00
P	<b>0,0090</b>	0,8035	0,2212	<b>0,0119</b>	0,9185	0,1930
<b>Diabetes</b>						
Sim	48,4±20,53	45,8±17,53	53,7±21,47	56,6±5,28	48,4±8,76	61,0±8,19
Não	58,2±20,54	40,2±24,58	73,7±8,49	61,1±10,43	48,5±12,63	69,3±7,51
P	0,2004*	0,5911	<b>0,0083</b>	0,2475	0,9965	<b>0,0242</b>
<b>Hipertensão</b>						
Sim	55,6±18,77	41,0±21,99	69,6±14,05	60,5±8,29	48,4±10,63	67,2±8,76
Não	59,4±25,45	40,6±27,31	74,7±6,98	60,0±13,52	48,5±14,82	70,3±6,32
P	0,5624	0,9562	0,2597	0,8288	0,9873	0,1814
<b>Osteoporose</b>						
Sim	58,0±24,57	39,4±23,83	68,7±12,68	57,9±9,39	50,2±11,66	63,6±7,02
Não	56,1±19,28	41,9±24,08	73,4±11,11	61,3±10,02	47,3±12,54	71,3±7,05
P	0,7666	0,7196	0,1800	0,2713	0,4256	<b>0,0005</b>
<b>Prob. Intestinais</b>						
Sim	71,9±4,42	34,0±11,74	72,7±3,15	60,4±5,89	46,9±12,05	66,3±6,80
Não	56,0±20,83	42,4±25,52	71,5±13,28	60,4±10,05	48,8±12,30	69,1±8,16
P	0,2911	0,3450	0,5431*	0,9952	0,6934	0,2935
<b>Prob. Olhos</b>						
Sim	60,3±18,94	35,2±24,27	68,1±13,68	61,0±9,46	45,6±11,68	65,1±7,28
Não	54,2±21,67	51,0±19,56	74,4±9,65	60,0±10,29	53,5±11,60	71,0±7,53
P	0,3074	<b>0,0217</b>	<b>0,0660</b>	0,7235	<b>0,0253</b>	<b>0,0084</b>

\* Kruskal Wallis

## 6 DISCUSSÃO

Avaliar a qualidade de vida da pessoa idosa assumiu relevância nas últimas décadas, impulsionada pelo aumento da expectativa de vida. A percepção da pessoa idosa sobre aspectos subjetivos como bem estar, felicidade, realização e satisfação, assim como aspectos objetivos como moradia, transporte, acessibilidade entre outros, são primordiais para elaboração de políticas públicas que visem promover a esse prolongamento da vida, recursos que favoreçam uma boa qualidade de vida.

Apesar de estudos provarem menor qualidade de vida na pessoa idosa institucionalizada, pesquisas apontam para aumento na demanda por Instituições de Longa Permanência<sup>18,30,31</sup> e também citam a existência de pessoas idosas em lista de espera<sup>30,31</sup>, situação esta observada na cidade de João Pessoa, onde se tem um importante número de pessoas em lista de espera para residir em ILPI. Este trabalho pretendeu avaliar possíveis diferenças na qualidade de vida da pessoa idosa em lista de espera, residente em instituição de longa permanência e daquela que não está em lista de espera, nem demonstra interesse em residir na instituição.

Para o alcance dos propósitos desta pesquisa adotaram-se estratégias que pudessem expressar a realidade dos grupos em estudo e minimizar a ocorrência de vieses. Assim sendo, admitiram-se critérios de pareamento para os grupos *residente*, *espera* e *controle*. Foram considerados aspectos referentes ao sexo, idade e escolaridade.

As mulheres foram predominantes, corroborando os achados de outros estudos que descreveram aspectos demográficos da população idosa institucionalizada e não institucionalizada<sup>24,31,32,77,78,79,80,99,100,101</sup>. A proporção de mulheres em lista de *espera* antes dos critérios de exclusão foi de 64%, maior do que a proporção na população idosa feminina brasileira que é de 55,8%<sup>102</sup> refletindo aspectos culturais e de arranjos familiares.

Observou-se entre os critérios de exclusão uma proporção maior de homens que recusaram a participação, levando-se a supor que a necessidade de vaga em ILPI pelos homens surge predominantemente quando se esgotam as possibilidades de residência extrainstituição, situação não notada tanto nas mulheres, pois estas demonstraram durante as entrevistas maior preocupação com os cuidados futuros, pela predisposição à viuvez e/ou não casamento ou por estarem solteiras, divergindo dos homens, que têm mais facilidade para casamento e recasamento.

Outro fator importante e destacado nas entrevistas realizadas foi a preocupação expressada pelas mulheres em não sobrecarregar os filhos, ser um obstáculo para a ascensão

familiar e profissional dos mesmos. Segundo Rodrigues, a viuvez e o não querer dar trabalho aos familiares estão entre os motivos para a institucionalização da pessoa idosa<sup>103</sup>. Herédia et al<sup>39</sup> referem através dos discursos da pessoa idosa, o desejo de não ocupar os filhos. Não foram encontrados na literatura estudos que descrevam a população idosa que aguarda vaga para residir em ILPI.

A média de idade não apresentou diferença significativa entre os grupos. A maior média foi observada no grupo das pessoas idosas institucionalizadas, legitimando pesquisas<sup>21,23,77,78</sup>. Embora houvesse um pareamento, existiu dificuldade na identificação de participantes com idades próximas ao grupo *espera*, principalmente entre os *residentes*.

A escolaridade correspondeu ao terceiro e último critério adotado para o pareamento da amostra, onde foi observada uma média de anos de estudo do *residente* em ILPI, inferior ao da pessoa idosa na comunidade (*espera* e *controle*), não representando significância estatística (0,7002). Oliveira et al<sup>21</sup>, em pesquisa realizada com pessoas idosas residentes em ILPI de Brasília, descreveu uma média de 7 anos de estudos. Outros achados revelaram médias inferiores a essa, correspondendo à maioria das pesquisas<sup>31,77,79,100</sup>. O fato talvez seja reflexo de períodos com menor oferta de programas educacionais e maior exclusão no acesso à educação básica<sup>31,102</sup>, principalmente das mulheres.

O Ministério da Educação, desde 2003, através do programa “Brasil Alfabetizado”, objetiva promover a superação do analfabetismo e contribuir para a universalização do ensino fundamental no Brasil, onde as pessoas idosas também são beneficiárias<sup>104</sup>. No entanto, não se tem conhecimento das ações desse Programa beneficiando residentes de ILPI, acredita-se que seja proporcionada pela imagem negativa que se tem destes serviços, como habitat de pessoas idosas incapacitadas física e psiquicamente.

Em relação às outras variáveis que descreveram os grupos estudados, tem-se a renda mensal de até um salário mínimo declarada pela amostra nos três grupos, sendo correspondente à realidade da maioria das pessoas idosas de acordo com estatística brasileira<sup>12</sup>. Outros autores que descreveram pessoas idosas institucionalizadas também citaram a baixa renda encontrada na maioria dos residentes<sup>66,76,99</sup>.

Merece destaque um importante número de pessoas idosas do grupo *espera* que recebiam 03 salários mínimos ou mais. Comparando-se com o *residente*, verificou-se um aumento de pessoas em melhores condições financeiras optando pela residência em ILPI.

Ao indagar “quem irá cuidar de mim quando ficar mais velha?”, como resposta a pessoa idosa encontra poucas alternativas. Segundo Camarano et al, essa população vivencia momentos de profundas transformações no contexto familiar - aumento da violência,

principalmente contra a pessoa idosa<sup>65</sup>, pela fragilidade inerente ao processo de envelhecimento<sup>19</sup> e a falta de organização de serviços adequados que possam atender às demandas da longevidade na própria comunidade. Isso leva as pessoas, mesmo as que poderiam pagar cuidador formal em domicílio, a procurar ILPI, por ofertar cuidados formais, tranquilidade (longe dos conflitos familiares) e segurança.

No que se refere à participação econômica na renda familiar, a maioria das pessoas idosas do grupo *controle* tem assumido papel de maior ou único provedor das despesas domésticas. Conforme dados do IBGE, em 2009 a pessoa idosa ocupava posição econômica de referência em 64,1% dos domicílios do país<sup>3</sup>. Também no referido grupo, foi encontrado o maior número de pessoas idosas residindo em casa própria, com diferença significativa.

Importantes diferenças estatísticas foram descobertas ainda no estado civil dos grupos, pessoas idosas divorciadas/separadas, solteiras e viúvas. Essas diferenças foram predominantes nos grupos *residente* e *espera* - estudos com pessoas idosas institucionalizadas ratificam esses achados<sup>21,31,77,78</sup>:

Na comparação dos grupos *espera* e *controle*, percebeu-se o maior número de participantes casados no grupo *controle* que sai de casa com mais frequência e um maior quantitativo de filhos (04 ou mais). Supõe-se que o fato de ser casado e ter mais descendentes para cuidar gera na pessoa idosa o conforto de ter suas necessidades de cuidados futuros assistidos na própria família e estas atividades serem divididas entre os membros. Além disso, conforme refere Duca et al, a presença do cônjuge para as atividades diárias e de relações sociais contribui para melhorias na autoestima e autonomia da pessoa idosa<sup>79</sup>.

A presença de casados entre os *residentes*, embora em pequeno número, se deve ao fato de ambos os cônjuges estarem vivendo na instituição, mas em quartos e alas separadas, pois as instituições apresentam alas femininas e masculinas, mostrando não estarem preparadas para esta situação. O mesmo fenômeno foi observado no grupo *espera*, onde existiam casais em lista de espera, cientes e em conformidade com as regras institucionais.

Os achados referentes à quantidade de filhos do grupo *espera* diferem do perfil dos *residentes*, onde não ter filhos é mais frequente na população idosa institucionalizada. Existe uma preocupação da pessoa idosa em não sobrecarregar os familiares, não ser um “estorvo” diante das exigências da vida moderna. Para ratificar esse fato, a solicitação da vaga na ILPI por opção própria foi feita pela maioria dos respondentes entre o grupo *espera*. Também mostra a preocupação da pessoa idosa com os cuidados futuros e a busca de melhorias na situação em que se encontra. Rodrigues, na dissertação intitulada *A satisfação com a vida de*

*idosos institucionalizados*, faz referência à preocupação da pessoa idosa em não sobrecarregar os familiares<sup>103</sup>.

O motivo falta de cuidador foi um dos mais citados entre os respondentes do grupo *residente*, conforme encontrado em outras pesquisas<sup>39,63,103</sup>. Também esse motivo faria os respondentes do grupo *controle* solicitar vaga em ILPI. Assim como representou a maior parte dos motivos citados pelos respondentes do grupo *espera*. A oferta de capacitação para cuidadores de idosos faz parte da agenda do Ministério da Saúde, onde prioriza o cuidado domiciliar sugerindo que este seja ofertado por familiares, amigos próximo ou vizinhos<sup>65</sup>. Além da capacitação, a complexidade dos cuidados e a sobrecarga psíquica do cuidador requer diferentes estratégias como: acompanhamento, apoio das Unidades de Saúde da Família, Núcleos de Apoio a Saúde da Família, escalas de folgas, entre outros incentivos que possam favorecer o cuidado domiciliar.

As Estratégias de Saúde da Família (ESF), segundo Camarano e Mello (2010), embora sejam consideradas como uma das primeiras políticas públicas de suporte à família vulnerável, não se tem conhecimento de diretrizes específicas para o atendimento a pessoa idosa e muito menos para o atendimento institucional<sup>65</sup>. Consta como ações estratégicas da PNI a capacitação das equipes de saúde da família e dos agentes comunitários de saúde para adequada orientação, apoio e atendimento das necessidades familiares provenientes do envelhecimento.

De acordo com o estatuto do idoso (art. 18) as instituições de saúde devem atender aos critérios mínimos para o atendimento às necessidades da pessoas idosa, promovendo o treinamento e a capacitação dos profissionais, assim como orientação a cuidadores familiares e grupos de auto-ajuda<sup>4</sup>. As equipes de saúde são consideradas como importante estratégia na promoção da saúde e prevenção de doenças, assim como orientação dos cuidados domiciliares, suas ações devem ir além da promoção de envelhecimento ativo e saudável.

No grupo *espera*, a maioria dos respondentes não reside sozinho, porém é necessário pontuar um número importante deste grupo que reside sozinho, praticamente o triplo das pessoas idosas do grupo *controle* que se encontram na mesma condição. Autores citam o fato de morar sozinho como um dos motivos para a institucionalização<sup>39,66,77,80,101,103</sup>. A busca por companhia, formação de novos vínculos sociais, entretenimento e o desejo de conviver com outras pessoas idosas, permearam algumas falas dos respondentes do grupo *espera*.

Em relação às atividades realizadas pela pessoa idosa, atentou-se a uma semelhança no perfil do *residente* e *controle* com maior número de pessoas idosas realizando atividades religiosas, de lazer e domésticas, o que difere significativamente do grupo *espera*. A

inatividade contribui para comprometimentos físicos e psíquicos <sup>105</sup> e conseqüentemente acelera a necessidade de cuidados de longa duração. Dias et al enfatiza a necessidade de se associar atividades ao desejo e a capacidade de cada pessoa, para que possam ser mais prazerosas e saudáveis <sup>101</sup>.

À medida que a pessoa envelhece, muitas das tarefas consideradas de fácil execução, gradativamente, vão apresentando níveis de dificuldades para sua realização,<sup>49</sup> e as condições ambientais dificilmente estão apropriadas ao desempenho de atividades seguras, para esta fase da vida. O simples fato de sair de casa pode proporcionar na pessoa idosa sofrimento promovido pelo grau de dificuldade que esta atividade pode apresentar. Os entraves mais citados pelos respondentes do grupo *espera* para sair de casa foram: dificuldade de locomoção, falta de segurança e falta de companhia. Já uma grande parte do grupo *controle* não relatou dificuldades, a justificativa pode estar na rede de apoio que tem este grupo e/ou pela menor frequência que sai da instituição.

Uma prática alimentar considerada mais saudável, com 04 ou mais refeições diárias, foi uma característica comum aos grupos *residente* e *controle*, sendo estatisticamente significativa a diferença nos três grupos e na comparação das frequências entre os grupos *espera* e *residente*, para a referida variável. Provavelmente estejam relacionadas aos cuidados oferecidos às pessoas idosas do grupo *residente* pela ILPI e às do *controle* pela família, que se mostrou mais estruturada. Segundo Camarano et al, o cuidado familiar é fundamental para o bem estar da pessoa idosa <sup>16</sup>.

O envelhecimento está associado ao aparecimento de doenças crônicas. As chances são maiores com o aumento da idade. Em pessoas com 75 anos ou mais a probabilidade de apresentar doenças é de 54%, segundo dados do IBGE <sup>3</sup>. Para Veras, as doenças crônicas não transmissíveis constituem um sério problema de saúde pública e seu aumento está relacionado à maior expectativa de vida, mudanças dos hábitos alimentares e aumento do sedentarismo e do estresse <sup>45</sup>.

Entre as principais doenças crônicas que acometem a pessoa idosa brasileira, a hipertensão é a mais prevalente, atingindo 58,9% dos homens e 66,6% das mulheres; outras citadas pelo IBGE foram: artrite ou reumatismo, problemas na coluna, diabetes e doenças cardíacas <sup>16</sup>. Esses dados nacionais corroboram parte dos achados comuns aos três grupos pesquisados que referiram: hipertensão, osteoporose, artrose e diabetes. A depressão foi mais citada pelos grupos *residente* e *espera*. Sendo considerada um dos transtornos mais comuns na pessoa idosa <sup>42</sup>, para Hoffman et al a incapacidade funcional está fortemente associada à ocorrência dessa doença, podendo afetar significativamente a sua qualidade de vida <sup>43</sup>.

Quanto à capacidade funcional entre os grupos, a grande maioria dos respondentes nos três grupos apresentou independência para as atividades cotidianas básicas, avaliadas através da escala de Katz. Não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos.

Contudo, faz-se mister citar que, entre os respondentes com incapacidade funcional, o grupo *residente* apresentou maior percentagem, corroborando estudos que apresentam pessoa idosa institucionalizada com comprometimento da capacidade funcional, sendo geralmente atribuída à inatividade física, idade mais avançada<sup>105</sup> e tempo de institucionalização<sup>106,107</sup>.

Entre as dificuldades para a realização das AVDs, as mais referidas foram tomar banho, vestir-se e incontinência, pelos respondentes dos grupos *espera* e *residente*. Em outros estudos autores citam banho e vestir-se como atividades mais afetadas entre pessoas idosas institucionalizadas<sup>79,106</sup>.

As pessoas entrevistadas no grupo *residente* talvez não tenham sido representativas de todos os residentes das instituições pesquisadas. O pareamento utilizado (4.3.3) fez com que fossem escolhidos residentes mais jovens e com menor comprometimento cognitivo, conseqüentemente menos dependentes do que o observado durante as visitas às instituições.

Capacidade funcional não foi um fator de exclusão adotado no estudo, mas foi necessário que os participantes tivessem condições cognitivas de responder os questionários propostos. Esse critério fez com que houvesse um importante viés de seleção quanto à capacidade funcional na amostra dos participantes do grupo *espera* e por conseguinte do grupo *residente*. Esse viés de seleção impossibilitou a análise de possíveis diferenças na capacidade funcional entre os grupos.

Em pesquisa realizada com 154 pessoas idosas institucionalizadas no Distrito Federal, através da seleção de dois grupos com e sem discernimento, identificou-se que 83,2% dos respondentes com discernimento apresentaram independência para realizar atividades básicas diárias<sup>21</sup>. No grupo *residente*, encontrou-se uma percentagem da capacidade funcional um pouco maior (86%) do que Oliveira et al (2013) em sua pesquisa<sup>21</sup>.

Para a avaliação da qualidade de vida da pessoa idosa, seguiram-se as orientações do manual do instrumento específico WHOQOL OLD, que recomenda aplicar em conjunto com o WHOQOL BREF<sup>94</sup>. No que se refere aos escores de cada domínio da qualidade de vida, não existe um ponto de corte que determine uma “boa” ou “ruim” qualidade de vida<sup>40</sup>. Quanto mais alto o escore, melhor a qualidade de vida<sup>95</sup>.

Um dos objetivos específicos traçados para esta pesquisa foi identificar possíveis diferenças na qualidade de vida da pessoa idosa entre os grupos *residente*, *espera* e *controle*. Ao fazer a comparação entre os grupos, perceberam-se menores médias nos escores

produzidos pelo grupo *espera* em relação aos grupos *residente* e este menor que o *controle*. Identificaram-se diferenças significativas entre os três grupos em todos os domínios do WHOQOL BREF e as facetas do WHOQOL OLD, exceto na faceta morte e morrer, que faz referência às preocupações, inquietações e temores sobre a finitude<sup>57</sup>. Essa faceta, além de não apresentar significância entre os grupos foi a única faceta ou domínio onde o controle não foi maior que o *residente*.

Pesquisa realizada em São Paulo, através da Fundação Perseu Abramo, mostrou um percentual elevado de pessoas idosas (81%) que referiram não temer a morte. As razões pontuadas foram: associação da velhice com a finitude, considerar um evento inevitável e não exercer domínio sobre sua ocorrência. Para Néri<sup>108</sup> morrer faz parte do percurso natural da vida, sendo comum a todas as pessoas, independente da classe social ou ambiente que está inserido. A dependência como desfecho da idade mais avançada, constitui-se em um dos maiores temores desta faixa etária<sup>37</sup>.

Ao comparar os resultados da qualidade de vida em pares de grupos constata-se que quase todas as comparações foram significativas, demonstrando que todos os grupos são diferentes entre si em cada um dos domínios e facetas. As poucas exceções, além do enfoque morte e morrer, ocorreram entre os grupos *residente/controle*, onde não houve diferença estatística na percepção dos respondentes destes grupos para o domínio meio ambiente e a faceta funcionamento do sensório, que analisa o funcionamento sensorial e o impacto das perdas das habilidades sensoriais na qualidade de vida<sup>57</sup>.

Por se tratar de um estudo inédito na abordagem da qualidade de vida de pessoas idosas em lista de espera para ILPI, não se dispõe de dados de outras pesquisas para possíveis comparações. Encontra-se na literatura uma pesquisa realizada por Oliveira et al, com 70 pessoas idosas, funcionalmente independentes, residentes em ILPI, e 210 pessoas idosas não residentes, com diferenças significativas em todos os domínios da qualidade de vida avaliados pelo WHOQOL BREF<sup>24</sup>.

No estudo anteriormente referido as pessoas idosas institucionalizadas apresentaram pior qualidade de vida<sup>24</sup>, e, da mesma maneira, se observou em outras pesquisas<sup>25,26,27,28,29</sup>. O presente estudo também verificou escores piores de qualidade de vida nas pessoas idosas residentes em ILPI, quando comparadas com o grupo *controle*, exceto para a faceta morte e morrer presente no WHOQOL OLD. Entretanto, as pessoas idosas em lista de espera apresentaram invariavelmente escores ainda piores do que os residentes em instituição.

Pesquisa recente, cujo objetivo foi comparar a percepção subjetiva de qualidade de vida e bem-estar das pessoas idosas que vivem sozinhas, com a família e institucionalizados,



não foi citado uso de pareamento, da cidade São José dos Campos – SP, mostrando não haver diferenças significativas nos grupos, exceto pelo domínio físico, onde teve melhor percepção o grupo das pessoas idosas institucionalizadas em comparação com o grupo das pessoas idosas que vivem com a família <sup>101</sup>. Tal diferença estatística também foi observada neste estudo para a avaliação do domínio físico entre os grupos, no entanto a pior média foi apresentada pelo grupo *espera*, e a melhor pelo grupo *controle*.

No resultado do escore total desses instrumentos, assim como em seus domínios e facetas, pode-se constatar que os escores produzidos pelos *residentes* são mais próximos das médias do grupo *controle*, levando a supor que respondentes do grupo *espera* correspondem a uma população com características diferenciadas, apresentando níveis de qualidade de vida inferiores às outras pessoas idosas dos dois grupos estudados.

Em suma, os achados desta pesquisa mostra que a pessoa idosa quando busca ILPI apresenta comprometimentos na sua qualidade de vida. A institucionalização atua nesse contexto para mitigar os efeitos insalubres produzidos pelo contexto social e/ou familiar da pessoa idosa. A análise dos dados leva a uma hipótese muito forte que a institucionalização melhora a qualidade de vida das pessoas que sentem a necessidade deste recurso, ao contrário do que toda a literatura busca comprovar, ou seja, a institucionalização estaria relacionada à piora na qualidade de vida.

No tocante ao segundo objetivo específico, que busca identificar os componentes da qualidade de vida que apresentam diferença entre as pessoas idosas nos grupos *espera*, *residente* e *controle*, detectou-se entre o grupo *espera* que as médias mais baixas na avaliação da qualidade de vida foram atribuídas ao domínio meio ambiente do questionário WHOQOL BREF, demonstrando insatisfação desta população com o meio em que vive.

Para a Organização Mundial de Saúde, o ambiente físico é importante, pois pode representar a diferença entre a dependência e independência da pessoa idosa <sup>109</sup>. No Brasil existe uma carência de mudança no contexto atual, no sentido de produção de um ambiente social e cultural mais favorável à velhice <sup>37</sup>. Um apoio social inadequado está associado ao aumento da mortalidade, morbidade, problemas psicológicos, diminuição da saúde e do bem-estar em geral <sup>109</sup>.

Os respondentes do grupo *espera* apresentaram pior avaliação da faceta do WHOQOL OLD, atividades passadas, presentes e futuras, que descreve a satisfação sobre conquistas e anseios na vida. Constata-se na lista de espera para residir em ILPI, pessoas idosas com desejo de melhorar as condições de vida, ter garantido cuidados futuros, conforto, segurança, tranquilidade e poder construir novas relações sociais.

Também se ouviram a própria pessoa idosa, familiares e não familiares revoltados com a morosidade na obtenção da vaga e inexistência de alternativas para o cuidado da pessoa idosa com limitações. Constatou-se ainda o constrangedor e lamentável percentual de 23% (78 pessoas) de óbitos de pessoas idosas que estavam em lista de espera aguardando ajuda. Dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade do DATASUS demonstram que nos últimos três anos de registro faleceram 7.917 pessoas idosas na cidade de João Pessoa, o que representam 11% da população média no período, desta forma é possível dizer que a mortalidade no grupo *espera* foi duas vezes maior que o previsto.

As pessoas idosas dos grupos *residente* e *controle* apresentaram médias baixas para os domínios meio ambiente e físico, sendo que as médias dos respondentes *residente* foram mais baixas, principalmente no domínio físico. As pesquisas sobre qualidade de vida com pessoas idosas não institucionalizadas corroboram os dados referentes ao *controle*<sup>40,110,111,112</sup>, assim como aos achados das pesquisas com pessoas idosas institucionalizadas<sup>78</sup>, que referem maior comprometimento da capacidade funcional em relação ao grupo social não institucionalizado.

Para Braga et al, em estudo realizado com pessoas idosas residentes em Juiz de Fora – MG, as médias mais baixas de avaliação ocorreram no domínio meio ambiente. A suposta justificativa para o ocorrido está nas precárias oportunidades de lazer ofertadas pela comunidade e na inexistência em localidades próximas. A pessoa idosa não disponibiliza de incentivos para buscar em outras regiões e as dificuldades são inúmeras: baixa renda, problema com transporte<sup>110</sup>, violência, falta de companhia, entre outras.

Na pesquisa realizada por Dias et al<sup>101</sup> na cidade de São José dos Campos, também ocorreu uma percentagem baixa na avaliação do domínio meio ambiente em relação aos demais domínios. Ela faz referência à importância de um ambiente onde a pessoa idosa possa andar com segurança nas calçadas, ir ao parque ou até mesmo tomar um transporte público, estimula o exercício da atividade e mantém o idoso socialmente ativo<sup>101</sup>.

As facetas do instrumento WHOQOL OLD, que obtiveram as menores médias nos grupos *residente* e *controle*, foram autonomia, aqui compreendida como a independência na velhice, capacidade de viver de forma autônoma e tomar decisões<sup>57</sup>, e atividades passadas, presentes e futuras, descrita anteriormente. Achados semelhantes foram apresentados por pesquisadores que avaliaram a qualidade de vida da pessoa idosa institucionalizada<sup>29,62</sup> não institucionalizada<sup>54,113</sup> e na comparação das duas populações<sup>29</sup>.

Essa faceta sofre considerada influência da avaliação do domínio meio ambiente, pois quando inseguros limitam as atividades sociais do idoso, passam a sair menos sozinhos,

principalmente os não institucionalizados, além de favorecer ao isolamento e conseqüentemente a alterações psíquicas, podendo refletir na autonomia dessa pessoa<sup>101</sup>.

Segundo Neri<sup>114</sup> um dos grandes desafios no aumento da expectativa de vida é a preservação da qualidade de vida nas presenças das ameaças de restrição da autonomia e da independência, sendo proporcionadas pelas mudanças no estado de saúde e também pelo empobrecimento da vida social.

Em relação ao propósito de identificar as variáveis que estão relacionadas com a qualidade de vida dos respondentes de cada grupo, viu-se que no grupo *espera* os menores escores foram atribuídos pelas pessoas idosas do sexo masculino, 04 filhos ou mais, viúvas, faixa etária de 80 anos ou mais (exceto no domínio meio ambiente) e com sair de casa pelo menos uma vez por semana. No entanto, somente a variável idade e sair de casa uma vez por semana, teve influência significativa no escore total do WHOQOL BREF. Os dados desta pesquisa não permitem atribuir uma direta relação de causa e efeito do sair de casa sobre a qualidade de vida, pois é possível que as pessoas com menor nível de qualidade possam sair de casa com menor frequência.

Na avaliação da qualidade de vida utilizando o WHOQOL OLD, as variáveis citadas anteriormente apresentaram comportamento semelhante ao ocorrido na avaliação do WHOQOL BREF. O sexo masculino do grupo *espera* foi responsável pelos menores escores na avaliação das facetas e do escore total com exceção para morte e morrer e atividades presentes, passadas e futuras, onde as mulheres foram responsáveis pelas médias mais baixas. As pessoas com 80 anos ou mais também avaliaram negativamente a qualidade de vida, exceto na particularidade morte e morrer, onde o escore menor ocorreu em pessoas na faixa etária de 60-69 anos. A variável sair de casa ratificou os piores escores da qualidade de vida, sendo significativa na maioria das facetas do WHOQOL OLD.

A viuvez representou avaliação negativa para a maioria das facetas do WHOQOL OLD, exceto em autonomia, onde as menores médias ocorreram nas solteiras e em morte e morrer menores médias para as casadas. Significâncias estatísticas foram identificadas na avaliação da faceta funcionamento do sensorio, onde as pessoas viúvas apresentaram pior pontuação, assim como em pessoas de 80 anos ou mais, valores estes expressados também no escore total. Então, os respondentes com 80 anos ou mais que aguardavam vaga para residir em ILPI apresentaram a pior percepção de qualidade de vida.

Ter quatro filhos ou mais esteve relacionado com pior qualidade de vida para os respondentes do grupo *espera*, sendo estatisticamente significativa na satisfação com a saúde e na faceta participação social, com indicativo de significância no domínio físico, fenômeno

não encontrado nos outros dois grupos. Espera-se que em famílias com maior número de filhos as pessoas idosas tenham menos possibilidade de necessitar de cuidados institucionais, no entanto, Paskulin relata que pode não representar necessariamente uma garantia, pois outros fatores podem influenciar esta relação <sup>40</sup>. Algumas situações comprometem o cuidado domiciliar informal, a falta de conhecimento sobre os cuidados adequados e o ingresso da mulher no mercado de trabalho.

Considerando indicativo de significância estatística valores entre 0,1 e 0,05, onde se permite deduzir que em amostras maiores esta significância possa ser atingida <sup>98</sup> observa-se no grupo *espera* indicativo de significância em faixa etária na satisfação com a saúde, no domínio físico e participação social do instrumento WHOQOL BREF.

As mulheres idosas parecem ter mais facilidade de engajar-se em atividades como grupos de pessoas idosas, atividades de lazer, atividades voluntárias, entre outras, no entanto, foram poucos os respondentes do grupo *espera* que relataram participar destas atividades. Esse dado está em conformidade com achados de outra pesquisa, utilizando amostra de um Distrito Sanitário de Porto Alegre <sup>40</sup>.

Percebeu-se, durante as entrevistas, que o sair de casa estava fortemente associado às consultas médicas, receber benefício ou aposentadoria, entre outras, além das dificuldades em relação ao ambiente, quando a pessoa idosa tinha restrição funcional e dependia do auxílio de outras pessoas, o que tornava esta prática mais difícil. Segundo Paschoal, a pessoa idosa sofre redução da adaptabilidade social, provocada pela aposentadoria e pela perda de poder aquisitivo, além do isolamento social, motivado pelas perdas familiares e de amigos e consequentemente restrição no suporte social <sup>50</sup>.

Quanto à escolaridade, no grupo *espera* existe uma associação de não possuir escolaridade ou níveis baixos de escolaridade (primário incompleto ou completo), com a percepção de pior qualidade de vida, sendo estatisticamente significativa no resultado do escore total do WHOQOL BREF e WHOQOL OLD. Exceto na faceta participação social, onde pessoas com ginásio completo ou incompleto avaliaram com pontuações baixas a qualidade de vida, sendo estatisticamente significativos, assim como foi indicativo de significância a avaliação do domínio físico por esta categoria.

No grupo *controle* encontra-se associação das pessoas sem escolaridade com pior qualidade de vida. Diferenças significativas foram identificadas na avaliação dos domínios físico, psicológico e no resultado do escore total do WHOQOL BREF e na faceta autonomia, e no escore total do WHOQOL OLD. Também existiu ocorrência de indicativo de significância para a participação social, com piores contagens apresentadas por pessoas com

ginasial incompleto ou completo e melhores escores de qualidade de vida para pessoas com secundário ou maior nível de escolaridade. Pesquisa realizada em Porto Alegre encontrou associação de baixa escolaridade com pior qualidade de vida <sup>40</sup>. Não houve no grupo *controle* associação significativa de escolaridade com qualidade de vida.

Neri refere que a situação econômica da pessoa idosa tem influência em seu bem-estar e percepção da qualidade de vida <sup>114</sup>. Essa relação foi ratificada nas respostas dos respondentes do grupo *espera* que recebiam três salários mínimos ou mais, ao apresentar melhor satisfação com a saúde e melhores médias na percepção do funcionamento do sensorio, sendo estatisticamente significativa.

No grupo *residente*, identificou-se relação significativa da faixa etária no resultado do escore total do WHOQOL BREF e na faceta participação social. Indicativo de significância ocorreu nos domínios físico e meio ambiente. Os piores escores foram atribuídos pelas pessoas mais idosas. Outros estudos corroboram esses achados <sup>59,86,112</sup>.

Para o grupo *controle*, a variável sair de casa apresentou relação com o domínio físico, sendo que as pessoas idosas que referiram não sair de casa uma vez por semana apresentaram melhor escore. A expressão desta variável na avaliação do WHOQOL OLD foi significativa em quase todas as facetas, inclusive no escore total. As únicas que não apresentaram diferenças estatísticas foram intimidade e morte e morrer.

No grupo *residente* não houve diferenças significativas dos escores de qualidade de vida entre sair ou não de casa, mesmo assim os maiores níveis de avaliação foram produzidos pelas pessoas que não saiam de casa, situação comum aos dois instrumentos de avaliação da qualidade de vida. Entre os três grupos pesquisados, o *residente* referiu sair menos de casa - levando a crer que talvez tenha interferido no nível de percepção da qualidade de vida, visto que não vivencia com a mesma frequência dos demais grupos, as prováveis limitações desta prática.

A existência de dificuldades para sair de casa talvez seja um entrave que gere desconforto na pessoa idosa, refletindo negativamente em sua qualidade de vida. As dificuldades relatadas pelos respondentes do grupo *espera* que apresentaram relação significativa na avaliação dos domínios do WHOQOL BREF foram: dificuldade de locomoção na avaliação da questão autopercepção de saúde, nos domínios físico, psicológico, meio ambiente e escore total; falta de companhia na avaliação dos domínios físico, relações sociais e escore total; e dificuldade de enxergar com a autopercepção de saúde.

No resultado do WHOQOL OLD as diferentes dificuldades apresentadas para sair de casa tiveram forte relação com a qualidade de vida do grupo *espera*. As dificuldades com

significância estatística foram: existência de dificuldades de locomoção para as facetas participação social, funcionamento do sensório, autonomia, intimidade e no escore total; falta de companhia em participação social, funcionamento do sensório, intimidade e escore total; bem como, na avaliação do funcionamento do sensório pelas pessoas idosas com dificuldade de enxergar e dificuldade com transporte.

O comprometimento da qualidade de vida através da avaliação dos domínios e facetas em relação às dificuldades apresentadas pelo grupo *espera* ratifica muitas das pontuações feitas ao longo deste trabalho. Existe uma carência de estruturação política, familiar e individual, que colabora para o surgimento precoce das limitações no envelhecimento. A pessoa idosa não se sente motivada a desenvolver atividade salutar, haja vista que é fomentada pelas dificuldades impostas ao cotidiano, como despreparo dos serviços para atender esta clientela munida de especificidades, acessibilidade deficitária ou inexistente, falta de tempo dos familiares para acompanhá-los e relações familiares conflituosas. Segundo Almeida et al uma avaliação positiva da vida é estabelecida pelo ambiente físico-social e posteriormente pelas escolhas do sujeito para sua própria vida <sup>61</sup>.

Não apresentar dificuldades para sair de casa exerce relação positiva com a qualidade de vida das pessoas idosas em lista de espera. Os respondentes desse grupo que não referiram dificuldades apresentaram significativamente melhor qualidade de vida, demonstrada no resultado do escore total, assim como nas questões autopercepção de qualidade de vida e satisfação com a saúde, avaliação do domínio físico, psicológico e meio ambiente do WHOQOL BREF, e na avaliação das facetas: participação social, funcionamento do sensório, intimidade e no resultado do escore total, com indicativo de significância para autonomia.

Os respondentes do grupo *controle* que referiram dificuldade de enxergar como obstáculo a sair de casa, avaliaram com baixa pontuação o domínio psicológico e as facetas funcionamento do sensório, intimidade e no escore total do WHOQOL OLD. Não apresentar dificuldades teve relação positiva na avaliação do domínio físico, refletindo numa melhor qualidade de vida.

Para o grupo *residente*, não apresentar dificuldade significou melhor avaliação do domínio físico, sendo indicativo de significância. Quanto à existência de dificuldade com transporte houve relação negativa com a satisfação da saúde e com o domínio físico, bem como dificuldade de locomoção para este domínio. Segundo Almeida et al a percepção de uma boa ou má qualidade de vida tem relação com diversos aspectos: a qualidade do ambiente em que se encontra o sujeito, a disponibilidade de condições para a realização e a satisfação das necessidades básicas <sup>61</sup>.

O contexto do envelhecimento requer ações com abrangência na promoção de ambiente seguro, proteção de abusos físicos, psicológicos e econômicos, bem como estímulo à integração familiar e social da pessoa idosa, preservação da capacidade funcional em bons níveis de cognição, comunicação e capacidade física<sup>9</sup>. Segundo Batista et al, essas ações são norteadoras da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa no Brasil, na busca da promoção de um envelhecimento ativo<sup>12</sup>.

Poder dispor de uma rede social e familiar de suporte sólida, associada à saúde física, mental e um ambiente seguro foram citadas por pessoas idosas como fatores relacionados à boa qualidade de vida, conforme estudo de Vecchia et al<sup>60</sup>. As estatísticas apontam mudanças no contexto familiar. O mercado de trabalho tem retirado dos lares o cuidador informal e a pessoa idosa com comprometimento funcional sofre devido à restrita rede de apoio.

No âmbito da Assistência Social, serviços como os Centros de Referência buscam fortalecer o convívio familiar, a integração social, favorecer espaços de convivência, além da motivação para novos projetos de vida e a prevenção ao isolamento e a institucionalização<sup>12</sup>. O motivo ficar sozinho por muito tempo, citado pelos respondentes do grupo *controle*, que poderiam levá-los a solicitar vaga para residir em ILPI, apresentou diferença significativa na avaliação do domínio físico, ou seja, o comprometimento funcional associado à falta de suporte de cuidado poderia levar à institucionalização.

As alterações funcionais próprias da pessoa idosa, associadas às limitações, aos fatores ambientais e à restrição na participação social, podem agir como facilitadores ou obstáculos para a participação e desempenho em atividades responsáveis pelo bem estar e prevenção de incapacidades precoces<sup>109</sup>. A relação benéfica das atividades para pessoa idosa foi constatada nesta pesquisa através da percepção de uma boa qualidade de vida. Desenvolver atividade religiosa para o grupo *espera* esteve relacionada a uma boa satisfação com a saúde, assim como, na percepção do domínio relações sociais e facetas participação social e autonomia. Indicativo de significância foi observado na faceta atividades passadas, presentes e futuras nesse grupo.

Ainda para o grupo *espera* o fato de desenvolver atividade de lazer teve indicativo de significância na autopercepção de saúde, percepção dos domínios físico, meio ambiente e no escore total do WHOQOL BREF, bem como para a faceta participação social. Significância estatística esteve relacionada com a faceta intimidade. A prática da atividade doméstica esteve relacionada com melhores escores na avaliação do domínio físico, no escore total e na faceta participação social, além de estar relacionada a uma boa percepção na participação social, sendo significativa nas três atividades mais citadas pelos respondentes do grupo *espera*. O

exercício das atividades religiosas, lazer e domésticas está relacionado à melhor qualidade de vida. Pesquisa realizada em um Distrito Sanitário de Porto Alegre com pessoas idosas, identificou associação positiva da atividade de lazer com o domínio psicológico<sup>40</sup>.

No grupo *controle* a prática de atividade religiosa teve relação positiva e significativa na percepção do domínio meio ambiente e indicativo de significância para o domínio relações sociais e o escore total do WHOQOL BREF. Também percebeu-se relação significativa na atividade de lazer com a percepção do domínio físico e na participação social e autonomia dos respondentes desse grupo.

Ao analisar as atividades relatadas pelo grupo *residente* observou-se que, desenvolver atividade reflete também para este grupo em boa qualidade de vida. Atividade doméstica esteve relacionada com uma melhor percepção da participação social e a atividade de lazer com uma melhor percepção na avaliação da questão geral da qualidade de vida.

Na fase da coleta de dados foram notadas algumas pessoas idosas participando da dinâmica administrativa da ILPI por opção própria, tinham o desejo de se sentirem úteis, produtivas e poderem ajudar o outro, haja vista que, como passaram boa parte dos anos em atividade, seria desastroso interromper na fase da vida onde manter-se ativo significaria anos a mais com qualidade.

Segundo pesquisa realizada por Mazuim, na cidade de Canoas, a ociosidade ofertada em muitas ILPIs proporciona complicações cognitivas e funcionais. Pessoas idosas que desenvolviam atividades cotidianas e mantinham preservadas autonomia e independência antes de residir em ILPI, apresentaram sinais de comprometimento funcional após a institucionalização<sup>107</sup>.

Existem recomendações para as instituições assumirem características residenciais, com detalhes que lembrem uma casa, um lar, um contexto familiar<sup>66</sup>. No entanto, falta a participação do residente para personalizar esse ambiente, sendo até então considerado agente passivo.

Quanto à presença de doenças e/ou comprometimentos com a saúde referidos pelos respondentes, observou-se a existência de maior relação destas na avaliação da qualidade de vida entre o grupo *controle*. Nas entrevistas ficou evidente que os idosos em lista de espera valorizavam mais questões relacionadas com a situação em que se encontravam ou com a perspectiva de piora na capacidade funcional e/ou cognitiva, do que propriamente a presença ou ausência da doença, não desempenhando a mesma representação que do *controle*. Já para o grupo residente a preocupação com a doença também não existia, pois recebiam suporte institucional.



## 7 CONCLUSÃO

O estudo contemplou grupos de pessoas idosas inseridas em diferentes contextos sociais, sendo formados por aqueles que aguardavam vagas para residir em ILPI, residentes em ILPI e pessoas idosas que não necessitavam de apoio institucional. Como hipótese admitiu-se haver diferenças na qualidade de vida desses três grupos, sendo que a pessoa idosa em lista de espera apresentaria a pior qualidade de vida em relação aos dois outros grupos.

A análise dos dados da pesquisa comprovou a hipótese de haver diferença significativa na qualidade de vida entre os três grupos, sendo que o grupo *espera* foi responsável pelos piores escores atribuídos à qualidade de vida, enquanto que os melhores índices de avaliação foram expressos pelos respondentes do grupo *controle*.

Na comparação da qualidade de vida em pares de grupos, também constatou-se diferença significativa em quase todas as comparações. Entre as poucas exceções encontradas, como ocorrido nos grupos *residente/controle*, não houve diferença na avaliação do domínio meio ambiente, que aborda a percepção das questões referentes à segurança, satisfação com lugar onde mora, com cuidados de saúde e sociais e oportunidade de recreação e lazer.

Ficou evidente, tanto no instrumento genérico, quanto no específico para a pessoa idosa, a diferença que existe na avaliação da qualidade de vida entre os três grupos. Entretanto, os escores do *residente* foram mais próximos ao do *controle*, enquanto que os produzidos pelo grupo *espera* foram consideravelmente inferiores. Portanto, conclui-se que a institucionalização não proporciona piora na qualidade de vida da pessoa idosa. A percepção dessa qualidade já está comprometida, quando se procura ILPI. Sendo assim, a ILPI, que para muitos estudos representa um “inferno”, para as pessoas idosas em lista de espera representa uma “salvação”.

Quanto aos componentes da qualidade de vida que apresentaram diferenças entre os grupos, no grupo *espera* as menores pontuações ocorreram no domínio meio ambiente e nas facetas atividades passadas, presentes e futuras e participação social.

Quanto aos grupos *residente* e *controle*, verificou-se certa semelhança na percepção dos componentes da qualidade de vida, que obtiveram menores escores; a divergência ocorreu na média atribuída, onde os residentes foram responsáveis por valores menores. Dessa forma, corresponderam aos domínios físico e meio ambiente e aos facetas autonomia e atividades passadas, presentes e futuras.

No grupo *espera* as variáveis que apresentaram significativa relação com a pior qualidade de vida expressada nos escores totais foram: 80 anos ou mais, ausência ou baixa

escolaridade e sair de casa uma vez por semana (que esteve mais associada à falta de companhia e dificuldade de locomoção). Referir problema nos olhos apresentou significância apenas no escore total do instrumento WHOQOL OLD.

Para o grupo *residente* as variáveis relacionadas com as piores médias no resultado do escore total dos instrumentos WHOQOL destacaram-se idade de 80 anos ou mais e diabetes, no escore total do BREF; dificuldade de locomoção, dificuldade com transporte e baixa renda no resultado do escore total do OLD; enquanto que apresentar depressão foi referida com significância estatística no resultado total dos dois instrumentos.

No grupo *controle*, as variáveis relacionadas com pior qualidade de vida observadas no resultado total dos instrumentos WHOQOL são sem escolaridade e dificuldade de locomoção no BREF. No OLD foram: idade de 80 anos ou mais, dificuldade de enxergar, apresentar cardiopatia e problema nos olhos. As variáveis sair de casa pelo menos uma vez na semana, ter diabetes e osteoporose apresentaram diferenças estatísticas no escore total dos dois instrumentos.

No que diz respeito aos fatores relacionados significativamente com uma boa qualidade de vida destacaram-se: faixa etária de 60 a 69 anos para o grupo *espera* e *residente*, no escore total do WHOQOL BREF, e para o *controle* e *espera*, no resultado do WHOQOL OLD; possuir escolaridade, para os grupos *controle* e *espera* na avaliação do BREF e para o grupo *espera*, possuir secundário ou mais escolaridade no resultado total do OLD; uma renda pessoal de três salários mínimos ou mais para o *residente* na avaliação do OLD; e, finalmente, no grupo *espera* e *controle*, o fato de não apresentar dificuldades para sair de casa esteve relacionado aos melhores escores de qualidade de vida.

Averiguou-se que, para os grupos *residente* e *controle*, desenvolver atividade religiosa pode estar relacionado a uma boa qualidade de vida. Para o grupo *espera* participar de atividade de lazer representou melhores médias no WHOQOL BREF e de atividade doméstica no WHOQOL OLD.

Na presença das doenças crônicas não transmissíveis ou outros problemas de saúde referidos pelos três grupos, muitos dos domínios e facetas da qualidade de vida sofreram influência. O grupo *controle* foi o responsável por concentrar o maior número de avaliações significativamente negativas.

Diferenças significativas não foram encontradas na capacidade funcional entre os grupos, apenas diferenças nas percentagens de dependência, sendo menores para o grupo *controle* e maiores para o *residente*. Provavelmente tenha ocorrido um viés de seleção da amostra, onde os respondentes do grupo *espera*, que participaram da pesquisa, precisavam ter

função cognitiva preservada e aceitar receber visita domiciliar. Então, participou deste estudo um seletivo grupo de pessoas que estavam em lista de espera. A realidade desse grupo pode ainda ser pior do que o exposto nesta pesquisa

As pessoas que aguardam vaga para residir em ILPI representam um grupo social negligenciado na ótica das pesquisas, assim como das políticas públicas. A Política Nacional do Idoso (Lei 8.842/1994) instituiu serviços que até poderiam atenuar o seu sofrimento, a exemplo de residência em casa-lar, residência em república, atendimento em centro-dia e atendimento em centro de convivência, no entanto, existe a necessidade de serem efetuadas no cotidiano da população idosa além de uma política estruturada para estes programas, não só em termos de fiscalização, como também de suporte técnico e de financiamento apropriado, a integração de diferentes setores da sociedade para consolidar estas ações. Existem apenas dois centros de convivência para atender à população idosa na cidade de João Pessoa-PB.

É de aquiescência a idéia de que, para a pessoa idosa, o lugar ideal seria estar em sua residência, tendo o suporte familiar, desde que tenha reflexo positivo em sua qualidade de vida. As famílias brasileiras enfrentam muitos obstáculos em relação ao cuidar da pessoa idosa com comprometimento cognitivo e/ou funcional em domicílio. Existe carência de programas que auxiliem na orientação e acompanhamento do cuidado domiciliar; que forneçam apoio de cuidadores formais adequadamente capacitados sem comprometer o orçamento familiar; que possam disponibilizar de equipe multidisciplinar para acompanhar em domicílio a pessoa idosa incapacitada. Os projetos devem incluir ações preventivas e resolutivas, considerando a heterogeneidade desta população.

O número de pessoas idosas em lista de espera na cidade de João Pessoa é maior do que o apresentado nesta pesquisa, visto que a maioria das ILPIs não mantinha registro fidedigno ao quantitativo. Diariamente recebiam muitas solicitações e não tinham como dar retorno a essas pessoas que procuravam ajuda. Dos 50 respondentes da lista de espera, apenas 03 conseguiram uma vaga na instituição, até outubro de 2013. Em contato posterior com essas três pessoas pôde-se perceber uma mudança evidente no grau de felicidade por elas manifestado.

No decorrer da coleta de dados foram oferecidas orientações aos dirigentes das instituições sobre a necessidade de manter registros atualizados dessas solicitações. Também foram disponibilizadas listas com nomes e contatos, previamente autorizados, de cuidadores de pessoas idosas, para fornecer à família e/ou população idosa que precisassem de cuidador formal.

Ao concluir, considera-se importante que os gestores públicos e a sociedade em geral conheçam essa realidade e possam buscar intervenções que proporcionem melhoria da qualidade de vida desse contingente populacional.

Sugere-se ampliar a oferta dos serviços instituídos pela PNI e incentivar uma atenção a pessoa idosa em rede, mantendo articulação com as áreas da saúde, educação, cultura, esporte, mobilidade urbana e desenvolvimento social. Assim como expandir iniciativas como o proposto no projeto *cidade madura*, recentemente inaugurado no município de João Pessoa. Refere-se a construção de casas para pessoas idosas independentes, em condomínio estruturalmente adaptado as necessidades de moradia, promoção da saúde e relações sociais, além da prevenção de doenças. As ações da saúde são ofertadas pela Estratégia de Saúde da Família.

Que as universidades possam contribuir com a formação de cuidadores de pessoas idosas, assim como, incentivar através da oferta de bolsas de extensão e pesquisa a produção de trabalhos, tendo público alvo a família e a pessoa idosa.

## REFERÊNCIAS

1. Carvalho Filho ET, Papaléo Netto M. Geriatria: fundamentos, clínica e terapêutica. São Paulo: Atheneu; 2006.
2. Litivoc J, Brito FC, organizadores. Envelhecimento: prevenção e promoção da saúde. São Paulo: Atheneu; 2004.
3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Dados do censo IBGE 2010. Brasília (DF); 2010. [acesso em 19 de jul. 2011]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/>.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Estatuto do idoso. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.
5. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Projeção 2013. [acesso em 19 de set. 2013]. Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao\\_da\\_populacao/2013/default.shtm](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2013/default.shtm)
6. Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 3. ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.
7. Meirelles ME. Atividade física na terceira idade. 3. ed. Rio de Janeiro: SPRINT; 2000.
8. Graeff L. Instituições totais e a questão asilar: uma abordagem compreensiva. *Estud Interdiscip Envelhec.* 2007;11:9-27.
9. Brasil. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília, 2006. [acesso em 20 de maio 2011]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br>
10. Fleck MPA. Problemas conceituais e qualidade de vida. In: Fleck MPA e colaboradores. *A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde.* Porto Alegre: Artmed; 2008. p. 19-28.
11. Assis M. Envelhecimento ativo e promoção da saúde: reflexões para ações educativas com idosos. *Rev APS.* 2005;8(1):15-24.
12. Batista ASB, Jaccoud LB, Aquino L, El-Moor PD. Envelhecimento e dependência: desafios para a organização da proteção social. Brasília: MPS; 2008. p. 106-137.
13. Neri AL. Palavras-chave em gerontologia. 3. ed. Campinas: Alínea; 2008.
14. Minayo MCS, Hart ZMA, Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2000;5(1):7-18.
15. Demografia. Pensando no futuro dos idosos. Março de 2008. [acesso em 16 de jul. 2013]. Disponível em <http://desafios.ipea.gov.br>.

16. Camarano AA, Kanso S. Como as famílias brasileiras estão lidando com idosos que demandam cuidados e quais as perspectivas futuras? a visão mostrada pelas PNADS. In: Camarano AA. Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido? Rio de Janeiro: IPEA; 2010. p. 93-122.
17. Carvalho JAM, Garcia RA. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. *Cad Saúde Publica*. 2003;19(3):725-33.
18. Camarano AA, Scharfstein EA. Instituição de longa permanência para idosos: abrigo ou retiro? In: Camarano, AA, organizador. Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido? Rio de Janeiro: IPEA; 2010. p. 163-86.
19. Christophe M, Camarano AA. Dos asilos às instituições de longa permanência: uma história de mitos e preconceitos? In: Camarano AA, organizador. Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido? Rio de Janeiro: IPEA; 2010. p. 145-62.
20. Camarano AA, Pasinato MT. O envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas. In: Camarano AA. Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60? Rio de Janeiro: IPEA; 2004. p. 253-292.
21. Oliveira MPF, Novaes MRCG. Perfil socioeconômico, epidemiológico e farmacoterapêutico de idosos institucionalizados de Brasília, Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013;18(9):1069-78.
22. Queiroz GA. Qualidade de vida em Instituições de Longa permanência para idosos: considerações a partir de um modelo alternativo de assistência[dissertação]. São João del-Rei: Universidade Federal de São João del-Rei; 2010.
23. Danilow MZ, Moreira ACS, Villela CG, Barra BB, Novaes MRCG, Oliveira MPF. Perfil epidemiológico e psicossocial de idosos institucionalizados do Distrito Federal. *Comun Ciênc Saúde*. 2007;18(1):9-16.
24. Oliveira ERA, Gomes MJ, Paiva KM. Institucionalização e qualidade de vida de idosos da região metropolitana de Vitória-ES. *Esc Anna Nery*. 2011;15(3):518-523.
25. Freitas MAV, Scheicher ME. Qualidade de vida de idosos institucionalizados. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2010;13(3):395-402.
26. Mincato PC, Freitas CLR. Qualidade de vida dos idosos residentes em instituições asilares da cidade de Caxias do Sul-RS. *RBCEH, Passo Fundo*. 2007;4(1):127-38.
27. Carneiro RS, Falcone E, Clark C, Prette ZD, Prette AD. Qualidade de vida, apoio social e depressão em idosos: relação com habilidades sociais. *Psicol Reflex Crit*. 2007;20(2):229-237.
28. Sagalla R, Spinelli RB, Zanardo VPS, Zemolin GP. Perfil antropométrico e qualidade de vida de idosos independentes institucionalizados e não institucionalizados, no município de Erechim, RS. *Revista Perspectiva*, 2013;37(137):81-92.

29. Ramos LJ. Avaliação do estado nutricional, de seis domínios da qualidade de vida e da capacidade de tomar decisão de idosos institucionalizados e não-institucionalizados no município de Porto Alegre, RS [dissertação]. Porto Alegre: Pontifca Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2008.
30. Pollo SHL, Assis M. Instituições de longa permanência para idosos – ILPIs: desafios e alternativas no município do Rio de Janeiro. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2008;11(1):29-43.
31. Polaro SHI, Fideralino JCT, Nunes PAO, Feitosa ES, Gonçalves LHT. Idosos residentes em instituições de longa permanência para idosos da região metropolitana de Belém-PA. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2012;15(4):777-84.
32. Camarano AA, Kanso S. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. *Rev Bras Estud Popul.* 2010;27(1):232-35.
33. Rodrigues NC, Rauth J. Os desafios do envelhecimento no Brasil. In: Papaléo Netto M. *Tratado de gerontologia.* 2. ed. São Paulo: Atheneu; 2007. p. 186-91.
34. Avlund K, Lund R, Holstein BE, Due P. Social relations as determinant of onset of disability in aging. *Arch Gerontol Geriatric.* 2004;38(1):85-9.
35. Castro V. Envelhecimento e institucionalização [manuscrito]: as experiências na fundação obras sociais da paróquia da boa viagem Belo Horizonte. [dissertação] UFMG: Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas; 2009.
36. Organização Pan Americana de Saúde / Organização Mundial de Saúde. Doenças crônico-degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde. [acesso em 23 de mar. 18 2011]. Brasília; 2003. Disponível em: <http://www.opas.org.br/>
37. Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos de Saúde pública. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
38. Trentini CM, Xavier FM, Fleck MPA. Qualidade de vida em idosos. In: Fleck MPA e colaboradores. *A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde.* Porto Alegre: Artmed; 2008. p. 218-228.
39. Herédia VBM, Cortelleti IA, Casara MB. Institucionalização do idoso: identidade e realidade. In: Cortelleti IA, Casara MB, Herédia VBM. *Idoso asilado: um estudo gerontológico.* 2. ed. Porto Alegre: Edipucrs; 2010. p. 15-62.
40. Paskulin, LMG. Fatores associados à qualidade de vida de idosos de um distrito sanitário de Porto Alegre/RS [tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo. Programa de Pós graduação em Enfermagem; 2006.
41. Veras RP. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev Saúde Pública.* 2009;43(3):548-54.

42. Duarte YAO, Nunes DP, Corona LP, Lebrão DF. Como estão sendo cuidados os idosos frágeis de São Paulo? a visão mostrada pelo estudo Sabe (Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento) In: Camarano AA, organizador. cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido? Rio de Janeiro: IPEA; 2010. p. 123-44.
43. Hoffman EJ, Ribeiro F, Farnese JM, Lima EWB. Sintomas depressivos e fatores associados entre idosos residentes em uma comunidade no norte de Minas Gerais, Brasil. *J Bras Psiquiatr.* 2010;59(3):190-97..
44. Hoffman apud Barrantes-Monge M, Garcia-Mayo EJ, Gutierrez-Robledo LM, Miguel JA. Dependencia funcional y enfermedades crônicas em ancianos mexicanos. *Salud Publica Mex.* 2007;49(Supl. 4) 459-66.
45. Veras RP. Estratégias para o enfrentamento das doenças crônicas: um modelo em que todos ganham. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2011;14(4):779-86.
46. Duarte YAO apud Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA.* 1963;185(12):914-9.
47. Lino VTS, Pereira SEM, Ribeiro Filho ST, Buksman Salo. Adaptação transcultural da escala de independência em atividades da vida diária: Escala de Katz. *Cad Saúde Pública.* 2008;24(1):103-12.
48. Schneider RH, Marcolin D, Dalacorte RR. Avaliação funcional nos idosos. *Sci Med.* 2008;18(1):4-9.
49. Araújo MOP, Hidalgo CFM. Avaliação do grau de independência de idosos residentes em instituições de longa permanência. *Rev Esc Enf USP.* 2007;41(3):378-85.
50. Paschoal SMP. Qualidade de vida na velhice. In: Freitas Ev, Py L. Tratado de geriatria e gerontologia. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011. p. 147-53.
51. Paschoal SMP. Qualidade de vida do idoso: elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião. [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2004. [acesso em: 14 de maio 2011]. Disponível em: [http://medicina.fm.usp.br/mpr/inf\\_pos.html](http://medicina.fm.usp.br/mpr/inf_pos.html).
52. Patrick DL. A qualidade de vida pode ser medida? Como? In: Fleck MPA e colaboradores. A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde. Porto Alegre: Artmed; 2008. p. 29-39.
53. Fleck MP, Leal OF, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G et al. Development of the portuguese version of the OMS evaluation instrument of quality of life. *Rev Bras Psiquiatr.* 1999;21(1):19-28.
54. Beltrame V. Qualidade de vida de idosos diabéticos [tese]. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica, RS; 2008.



55. Chachamovich JLR. Avaliação dos fatores associados à qualidade de vida e qualidade de vida relacionada à saúde em uma amostra de mulheres inférteis brasileiras [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2006.
56. Grupo WHOQOL. Versão em português dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida (WHOQOL). Porto Alegre; 1998 [acesso em 23 de maio 2010]. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol> 1. html.
57. Power M. Qualidade de vida visão geral do projeto WHOQOL. In: Fleck MPA e colaboradores. A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde. Porto Alegre: Artmed; 2008. p. 48-59.
58. Chachamovich E, Fleck PMA. Desenvolvimento do WHOQOL-BREF. In: Fleck MPA e colaboradores. A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde. Porto Alegre: Artmed; 2008. p. 74-82.
59. Trentini CM. Qualidade de vida em idosos [tese]. Porto alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2004.
60. Vecchia RD, Ruiz T, Bocchi SCM. Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. Rev Bras Epidemiol. 2005;8(1):246-52.
61. Almeida MAB, Gutierrez GL, Marques R. Qualidade de vida: definições, conceitos e interfaces com outras áreas de pesquisa. São Paulo, EACH/USP; 2012.
62. Nunes VMA, Meneses RMP, Alchieri JC. Avaliação da qualidade de vida em idosos institucionalizados no município de Natal, Estado do Rio Grande do Norte. Acta Sci Health Sci. 2010;32(2):119-26.
63. Perlini NMOG, Leite MT, Furini AC. Em busca de uma instituição para a pessoa idosa morar: motivos apontados por familiares. Rev Esc Enf USP. 2007;41(2):229-36.
64. Brasil. Lei 8.842 de 04 de Janeiro de 1994 dispõe sobre a Política Nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e da outras providências. [acesso em: 20 de jan. 2012]. Disponível em: [www3.dataprev.gov.br/sislex](http://www3.dataprev.gov.br/sislex)
65. Camarano AA, Mello JL. Cuidados de longa duração no Brasil: arcabouço legal e as ações governamentais. In: Camarano AA. Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido? Rio de Janeiro: IPEA; 2010. p. 67-91.
66. Born T, Boechat NS. A qualidade dos cuidados ao idoso institucionalizado. In: Freitas Ev, Py L, editores. Tratado de geriatria e gerontologia. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011.
67. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução da Diretoria Colegiada 283, de 26 de setembro de 2005. Brasília; 2005. [acesso em 10 de jun. 2010]. Disponível em: [www.portalsaude.gov.br](http://www.portalsaude.gov.br).
68. Brasil. Portaria nº 810, de 22 de Setembro de 1989. [acesso em 15 de mar. de 2013]. Disponível em: <http://direitoidoso.braslink.com/05/port810.html>.

69. Brasil. Decreto nº 1.948/96 regulamenta a lei 8.842, de 04/01/1994, que dispõe sobre a política nacional do idoso, e dá outras providências. [acesso em 10 de jun. 2010]. Disponível em:  
[http://legislacao.planalto.gov.br/legislacao/nsf/View\\_Identificacao/dec%201.948-1996?OpenDocument](http://legislacao.planalto.gov.br/legislacao/nsf/View_Identificacao/dec%201.948-1996?OpenDocument).
70. Brasil. Portaria nº 2.854 de 19 de Julho de 2000. Mantém as modalidades de atendimento prestadas ao idoso, define financiamentos para estes serviços e das outras providências. [acesso em: 16 de mar. 2013]. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/>
71. Brasil. Portaria nº 2.874 de 30 de Agosto de 2000, altera dispositivos da portaria nº 2854 de 19 de julho de 2000. [acesso em: 15 de mar. 2013]. Disponível em: <http://www.mds.gov.br>.
72. Christophe M. Instituições de longa permanência para idosos no Brasil: uma opção de cuidados de longa duração [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Ciências Estatísticas; 2009.
73. Pinto SPLC, Simson ORMV. Instituição de longa permanência para idosos no Brasil: sumário da legislação. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2012;15(1):169-74.
74. Brasil. Portaria SAS-073, de 10 de maio de 2001. Estabelece normas para funcionamento de serviços de atenção ao idoso no Brasil. [acesso em 10 de ago. 2013]. Disponível em: <http://direitoidoso.braslink.com/05/portarias.html>.
75. Davim RMB, Torres GV, Dantas SMM, Lima VM. Estudo com idosos de instituições asilares no município de Natal/RN: características socioeconômicas e de saúde. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2004;12(3):518-24.
76. Michel T. A vivência em uma instituição de longa permanência: significados atribuídos pelos idosos [dissertação]. Curitiba: Universidade Federal do Paraná; 2010.
77. Alencar MA, Bruck NNS, Pereira BC, Câmara TMM, Almeida RDS. Perfil dos idosos residentes em uma instituição de longa permanência. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2012;15(4):785-96.
78. Almeida AJPS, Rodrigues VMCP. A qualidade de vida da pessoa idosa institucionalizada em lares. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2008;16(6):1025-31.
79. Duca GFD, Silva SG, Thumé E, Santos IS, Hallal PC. Indicadores da institucionalização de idosos: estudos de casos e controles. *Rev Saúde Pública.* 2012;46(1):147-53.
80. Grundy E, Jitlal M. Socio-demographic variations in moves to institutional care 1991-2001: a record linkage study from England and Wales. *Age and Ageing.* 2007; 36:424-430.
81. Debert GG, Simões JA. Envelhecimento e velhice na família contemporânea. [acesso em 20 de jun. 2013]. Disponível em:  
[www.pagu.unicamp.br/sites/www.ifch.unicamp.br/pagu/.../julio02.pdf](http://www.pagu.unicamp.br/sites/www.ifch.unicamp.br/pagu/.../julio02.pdf).

82. Soares PR. Denúncias contra idosos crescem quase 200% em um ano [reportagem]. Edição 13 de jan. 2013. [acesso em 20 de jun. 2013]. Disponível em: <http://g1.globo.com/fantastico/noticia/2013/01/denuncias-de-crimes-contraidosos-crescem-quase-200-em-um-ano.html>
83. Grossi PK, Arsego LR. Idosos e violência familiar: desvelando o fenômeno. In: Terra NL, organizador. Envelhecendo com qualidade de vida: programa Geron da PUCRS. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2001. p 63-67.
84. Pasinato MTM, Kornis GEM. A inserção dos cuidados de longa duração para idosos no âmbito dos sistemas de seguridade social: experiência internacional. In: Camarano AA, organizador. Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido? Rio de Janeiro: IPEA; 2010. p. 39-66.
85. Muiser J, Carrin G. Financing long-term care programmes in health systems-with a situationassessment in selected high-, middle- and low-income countries. Geneva: WHO; 2007 [Discussion Paper, n. 6]. [acesso em 29 de set. 2013]. Disponível em: <http://digicollection.org/hss/documents/s15739e/s15739e.pdf>
86. Santos KA, Koszuoski R, Dias-da-Costa JS, Pattussi MP. Fatores associados com a incapacidade funcional em idosos do município de Guatambu, Santa Catarina, Brasil. *Cad Saúde Publica*. 2007;23:2781-8.
87. Farias LS. Instituições de longa permanência para idosos do Recôncavo Sul da Bahia [monografia da internet]. Cachoeira/BA: Universidade Federal do Recôncavo da Bahia; 2012. [acesso em 29 de set. 2013]. Disponível em: [www.ufrb.edu.br/servicosocial/tcc/39-lais-faria-silveira/download](http://www.ufrb.edu.br/servicosocial/tcc/39-lais-faria-silveira/download).
88. Goffman E. Manicômios, prisões e conventos. 7. ed. São Paulo: Perspectiva; 1961.
89. Scharfstein EA. Instituições de longa permanência: uma alternativa de moradia para os idosos brasileiros na vida contemporânea [tese]. Rio de Janeiro: UFRJ/IP; 2006.
90. Araújo NP, Brito Filho DCC, Santos FL, Costa RV, Zoccolli TLV, Novaes MRCGF. Aspectos sociodemográficos, de saúde e nível de satisfação de idosos institucionalizados no Distrito Federal. *Rev Ciênc Med*. 2008;17(3-6):123-32.
91. Inference for means: comparing two independent samples. [Acesso 09 de jul. 2013]. Disponível em: <http://www.ma.utexas.edu/users/mks/384G04/inf2means.pdf>.
92. Folstein MF, Folstein SE, Mchugh PR. Mini-mental State: a practical method for grading the conective state of patients for the clinician. *J Psychiatric Res*. 1975;12:189-98.
93. Lourenço RA, Veras RP. Mini-exame do estado mental: características psicrométricas em idosos ambulatoriais. *Rev Saúde pública*. 2006;40(4):712-9.
94. Versão final do instrumento WHOQOL e o manual de diretrizes para aplicação. [acesso em jan. 2012]. Disponível em: [www.ufrgs.br/psiq](http://www.ufrgs.br/psiq)

95. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação de qualidade de vida WHOQOL BREF. *Rev Saúde Pública*. 2000;34(2):178-83.
96. Martins CR, Albuquerque FJB, Gouveia CNNA. Avaliação da qualidade de vida subjetiva dos idosos: uma comparação entre os residentes em cidades rurais e urbanas. *Estud Interdiscip Envelhec*. 2007;11:133-52.
97. Brasil. Ministério da Ciência e Tecnologia. Resolução nº196 de 10 de outubro de 1996. Estabelece normas para as pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]*. Brasília.
98. Bós AJG. *Epi Info sem mistérios: um manual prático*. 3. ed. Porto Alegre: Edipucrs; 2012. [acesso em 19 de set. 2013]. Disponível em: <http://ebooks.pucrs.br/edipucrs/epiinfo.pdf>.
99. Terra LT, Bós AJG, Bonardi G, Dickel CCM, Mohr CC, Mallmann L, et al. Diferenças biopsicossociais entre idosos de instituição asilar particular e filantrópica da cidade de Porto Alegre. *Sci Med, Porto Alegre*. 2009;19(1):3-10.
100. Ângelo BHB, Silva DIB, Lima MAS. Avaliação das instituições de longa permanência para idosos no município de Olinda-PE. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2011;14(40):663-73.
101. Dias DSG, Carvalho CS, Araújo CV. Comparação da percepção subjetiva de qualidade e bem-estar de idosos que vivem sozinhos, com a família e institucionalizados. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2013;16(1):127-138.
102. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Síntese de indicadores sociais 2010: uma análise das condições de vida da população brasileira. [acesso em 19 de set. 2013]. Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindicsociais2010/SIS\\_2010.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindicsociais2010/SIS_2010.pdf).
103. Rodrigues SI. *A satisfação com a vida de idosos institucionalizados [dissertação]*. Coimbra: Instituto Superior Miguel Torga; 2011.
104. Brasil. Ministério da Educação. Programa Brasil Alfabetizado. [acesso em 19 de set. 2013]. Disponível em: [http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_content&id=17457&Itemid=817](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&id=17457&Itemid=817)
105. Duca GFD, Silva MC, Silva SG, Nahas MV, Hallal PC. Incapacidade funcional em idosos institucionalizados. *Rev Bras Ativ Fís Saúde*. 2011;16(2):120-124.
106. Oliveira EA, Silva RR, Carvalho AGC, Carvalho SMCR, Maciel LFM, Alves EVC, et al. Capacidade funcional de idosas em instituições de longa permanência no município de João Pessoa, Paraíba, Brasil: Estudo piloto. *Rev Bras Ciênc Saúde*. 2012;16(s2):83-88.
107. Mazuim CHR. *Idoso institucionalizado: suporte, abrigo ou segregação? Canoas: Ulbra; 2005.*

108. Néri AL. Atitudes e preconceitos em relação à velhice. In: Néri AL. Idosos no Brasil: vivências, desafios e expectativas na terceira idade. 33-46. São Paulo: Fundação Perseu Abramo; 2007. p. 33-46.
109. World Health Organization - WHO. Envelhecimento ativo: uma política de saúde; tradução Suzana Gontijo. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde; 2005.
110. Braga MCP, Casella MA, Campos MLN, Paiva SP. Qualidade de vida medida pelo WHOQOL BREF: Estudo com idosos residentes em Juiz de Fora. Revista APS. 2011;14(1):93-100.
111. Silva CBDCA. Qualidade de vida de idosos atendidos pelas equipes de saúde da família em Rio Grande [tese]. Rio Grande: Universidade Federal do Rio Grande; 2008.
112. Pereira RJ, Cotta RMM, Franceschini SCC, Ribeiro RCL, Sampaio RF, Priori SE et al. Contribuição dos domínios, físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. Rev Psiquiatr RS. 2006;28(1):27-38.
113. Serbim AK, Figueiredo AEPL. Qualidade de vida de idosos em um grupo de convivência. Sci Med, Porto Alegre. 2011;21(4):166-172.
114. Neri AL. Desafios ao bem-estar físico e psicológico enfrentados por idosos cuidadores no contexto da família: Dados do fibra Campinas. In: Camarano AA. Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido? Rio de Janeiro: IPEA; 2010. p. 303-336.











## APÊNDICE B Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Pesquisa: Pessoa idosa em lista de espera e residente em Instituição de Longa Permanência: Possíveis diferenças na qualidade de vida

Prezado (a) Senhor (a)

Esta pesquisa é sobre pessoas Idosas residentes em instituições de longa permanência (anteriormente conhecidas por asilos, casas geriátricas ou lares assistidos) e que estão esperando uma vaga nestas instituições, as quais gostaríamos de observar quanto a possíveis diferenças na qualidade de vida.

A finalidade deste trabalho é contribuir com a elaboração de políticas públicas destinadas a apoiar as Instituições de Longa Permanência para idosos, melhorar as condições de moradia da pessoa idosa institucionalizada e ofertar mais serviços destinados a atender às necessidades desta clientela, contribuindo assim para um envelhecimento com qualidade de vida.

Solicitamos a sua colaboração para responder aos instrumentos da Pesquisa, que correspondem a um questionário demográfico e sócio econômico, um questionário que avalia a qualidade de vida, um que avalia a dependência para as atividades básicas da vida diária anteriormente a estes, e será ainda aplicado um pequeno teste para avaliar sua memória. Qualquer publicação ou apresentação deste trabalho, seu nome, bem como de todos os demais participantes, permanecerão em sigilo.

Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo(a) Pesquisador(a). Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano. A pesquisa será desenvolvida pela Enfermeira Andrea Mendes Araujo, professora da Escola Técnica de Saúde da Universidade Federal da Paraíba e aluna do Doutorado da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul - PUCRS, telefone: (83) 3216-7400, sob a orientação do Prof. Dr. Ângelo José Gonçalves Bós, telefone (51)3336-8153. Este trabalho será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS, telefone: (51) 3320-3500, email: cep@puers.br e pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da UFPB (83)3216-7791, email: eticaccs@ccs.ufpb.br.

Os pesquisadores estarão à sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da Pesquisa.

Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido (a) e dou o meu consentimento para participar da Pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia deste documento.

\_\_\_\_\_  
Pesquisador

\_\_\_\_\_  
Participante  
João Pessoa, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

**ANEXO A - Escala de KATZ**

Atividade	Independente	Sim	Não
1. Banho	Não recebe ajuda ou somente recebe ajuda para uma parte do corpo.	( )	( )
2. Vestir-se	Pega as roupas e se veste sem qualquer ajuda, exceto para amarrar os sapatos.	( )	( )
3. Higiene pessoal	Vai ao banheiro, usa o banheiro, veste-se e retorna sem qualquer ajuda (pode usar andador ou bengala)	( )	( )
4. Transferência	Consegue deitar na cama, sentar na cadeira e levantar sem ajuda.	( )	( )
5. Continência	Controla completamente urina e fezes	( )	( )
6. Alimentação	Come sem ajuda (exceto para cortar carne ou passar manteiga no pão.	( )	( )

## ANEXO B - WHOQOL BREF

*Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e marque no número que lhe parece a melhor resposta.*

**1. Como você avaliaria sua qualidade de vida?**

1. muito ruim  2. ruim  3. nem ruim nem boa  4. boa  5. muito boa

**2. Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?**

1. muito insatisfeito  2. insatisfeito  3. nem satisfeito nem insatisfeito  4. satisfeito  5. muito satisfeito

*As questões seguintes são sobre o quanto você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.*

3. Em que medida você acha que sua dor (física), impede você de fazer o que precisa?	nada ( )	muito pouco ( )	± ( )	bastante ( )	extremamente ( )
4. O quanto você precisa de tratamento médico para levar sua vida diária?	( )	( )	( )	( )	( )
5. O quanto você aproveita a vida?	( )	( )	( )	( )	( )
6. Em que medida você acha que sua vida tem sentido?	( )	( )	( )	( )	( )
7. O quanto você consegue se concentrar?	( )	( )	( )	( )	( )
8. Quão seguro (a) você se sente em sua vida diária?	( )	( )	( )	( )	( )
9. Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	( )	( )	( )	( )	( )

*As questões seguintes perguntam sobre quão completamente você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.*

10. Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	nada ( )	muito pouco ( )	médio ( )	muito ( )	completamente ( )
11. Você é capaz de aceitar sua aparência física?	( )	( )	( )	( )	( )
12. Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	( )	( )	( )	( )	( )
13. Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	( )	( )	( )	( )	( )

**14. Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?**

1. nada  2. muito pouco  3. médio  4. muito  5. completamente

*As questões seguintes perguntam sobre quão bem ou satisfeito você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.*

**15. Quão bem você é capaz de se locomover?**

1. muito ruim  2. ruim  3. nem ruim nem bom  4. bom  5. muito bom

**16. Quão satisfeito você está com seu sono?**

1. muito insatisfeito  2. insatisfeito  3. nem satisfeito nem insatisfeito  4. satisfeito  5. muito satisfeito

**17. Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?**

1. muito insatisfeito  2. insatisfeito  3. nem satisfeito nem insatisfeito  4. satisfeito  5. muito satisfeito

**18. Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?**

1. muito insatisfeito  2. insatisfeito  3. nem satisfeito nem insatisfeito  4. satisfeito  5. muito satisfeito

**19. Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?**

1. muito insatisfeito  2. insatisfeito  3. nem satisfeito nem insatisfeito  4. satisfeito  5. muito satisfeito

**20. Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?**

1. muito insatisfeito  2. insatisfeito  3. nem satisfeito nem insatisfeito  4. satisfeito  5. muito satisfeito

**21. Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?**

1. muito insatisfeito  2. insatisfeito  3. nem satisfeito nem insatisfeito  4. satisfeito  5. muito satisfeito

**22. Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?**

1. muito insatisfeito  2. insatisfeito  3. nem satisfeito nem insatisfeito  4. satisfeito  5. muito satisfeito

**23. Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?**

1. muito insatisfeito  2. insatisfeito  3. nem satisfeito nem insatisfeito  4. satisfeito  5. muito satisfeito

**24. Quão satisfeito(a) você está com seu acesso aos serviços de saúde?**

1. muito insatisfeito  2. insatisfeito  3. nem satisfeito nem insatisfeito  4. satisfeito  5. muito satisfeito

**25. Quão satisfeito(a) você está com seu meio de transporte?**

1. muito insatisfeito  2. insatisfeito  3. nem satisfeito nem insatisfeito  4. satisfeito  5. muito satisfeito

*A questão seguinte refere-se a com que frequência você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.*

**26. Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?**

1. nunca  2. algumas vezes  3. frequentemente  4. muito frequentemente  5. sempre

## ANEXO C - WHOQOL OLD

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 (p.ex.:audição, visão, paladar, olfato, tato), afetam a sua vida diária?	nada ( )	muito pouco ( )	± ( )	bastante ( )	extremamente ( )
Old 02. Até que ponto a perda de, por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato,afeta a sua capacidade de participar em atividades?	( )	( )	( )	( )	( )
Old 03.Quanta liberdade você tem de tomar as suas próprias decisões?	( )	( )	( )	( )	( )
Old 04. Até que ponto você sente que controla o seu futuro?	( )	( )	( )	( )	( )
Old 05. O quanto você sente que as pessoas ao seu redor respeitam a sua liberdade?	( )	( )	( )	( )	( )
Old 06. Quão preocupado você está com a maneira pela qual irá morrer?	( )	( )	( )	( )	( )
Old 07. O quanto você tem medo de não poder controlar a sua morte?	( )	( )	( )	( )	( )
Old 08. O quanto você tem medo de morrer?	( )	( )	( )	( )	( )
Old 09. O quanto você teme sofrer dor antes de morrer?	( )	( )	( )	( )	( )

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 ( )
Old 11. Até que ponto você consegue fazer as coisas que gostaria de fazer?	( )	( )	( )	( )	( )
Old 12. Até que ponto você está satisfeito com as suas oportunidades para continuar alcançando outras realizações na sua vida?	( )	( )	( )	( )	( )
Old 13. O quanto você sente que recebeu o reconhecimento que merece na sua vida?	( )	( )	( )	( )	( )
Old 14. Até que ponto você sente que tem o suficiente para fazer em cada dia?	( )	( )	( )	( )	( )

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?

( ) 1. muito insatisfeito ( ) 2. insatisfeito ( ) 3.nem satisfeito nem insatisfeito ( ) 4. satisfeito ( ) 5. muito satisfeito

Old 16. Quão satisfeito você está com a maneira com a qual você usa o seu tempo?

( ) 1. muito insatisfeito ( ) 2. insatisfeito ( ) 3.nem satisfeito nem insatisfeito ( ) 4. satisfeito ( ) 5. muito satisfeito

Old 17. Quão satisfeito você está com seu nível de atividades?

( ) 1. muito insatisfeito ( ) 2. insatisfeito ( ) 3.nem satisfeito nem insatisfeito ( ) 4. satisfeito ( ) 5. muito satisfeito

Old 18. Quão satisfeito você está com as oportunidades que você tem para participar de atividades da

( ) 1. muito insatisfeito ( ) 2. insatisfeito ( ) 3.nem satisfeito nem insatisfeito ( ) 4. satisfeito ( ) 5. muito satisfeito

Old 19. Quão feliz você está com as coisas que você pode esperar daqui pra frente?

( ) 1. muito feliz ( ) 2. feliz ( ) 3. nem feliz nem infeliz ( ) 4. infeliz

Old 20. Como você avaliaria o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato)?

( ) 1. muito ruim ( ) 2. ruim ( ) 3. nem ruim nem bom ( ) 4. bom ( ) 5. muito bom

As seguintes questões referem-se a qualquer relacionamento íntimo que você possa ter. Por favor, considere estas questões em relação a um companheiro(a) 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 companherismo em sua vida?

( ) 1. nada ( ) 2. muito pouco ( ) 3. mais ou menos ( ) 4. bastante ( ) 5. extremamente

Old 22. Até que ponto você sente amor em sua vida?

( ) 1. nada ( ) 2. muito pouco ( ) 3. mais ou menos ( ) 4. bastante ( ) 5. extremamente

Old 23. Até que ponto você tem oportunidade para amar?

( ) 1. nada ( ) 2. muito pouco ( ) 3. mais ou menos ( ) 4. bastante ( ) 5. extremamente

Old 24. Até que ponto você tem oportunidade para ser amado?

( ) 1. nada ( ) 2. muito pouco ( ) 3. mais ou menos ( ) 4. bastante ( ) 5. extremamente

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário? ( ) 1. sim ( ) 2. não

## ANEXO D - Miniexame do Estado Mental - MEEM

**Orientação temporal (5): Em que dia estamos?**

Ano  Semestre  Mês  Dia do mês  Dia da semana

**Orientação espacial (5): Onde estamos?**

Estado  Cidade  Bairro  Rua  Local

**Registro (3): Peça para repetir as palavras depois de dizê-las (repita até aprender, máximo 5x)**

Caneta  Tapete  Tijolo

**Perguntar se faz cálculos:**  Sim => Se de R\$ 100,00 fossem tirados R\$ 7,00 quanto restaria?

93 Se retirados mais R\$ 7,00   $86-7=$    $79-7=$    $72-7=$   65

Não => Solete a palavra MUNDO de trás para frente:  O  D  N  U  M

**Memória de evocação (3): Repita as três palavras que disse a pouco.**  Caneta  Tapete  Tijolo

**Mostre um relógio e uma caneta e peça para nomeá-los**  Relógio  Caneta

**Repita a frase (1): "NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ"**  Conseguiu  Falhou

**Siga em ordem os três estágios (3):**

**Pegue o papel com a mão direita,**  Conseguiu 1

**Dobre-o ao meio**  Conseguiu 2  Falhou todos

**Ponha-o no chão**  Conseguiu 3

**Pedir para ler e executar(1):**

Conseguiu  Falhou

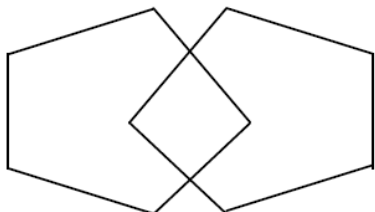
# Feche os olhos

**Peça para escrever uma frase completa (1):** \_\_\_\_\_

Conseguiu  Falhou

**Copie o desenho (1):**

Conseguiu  Falhou



**ANEXO E - Parecer da Comissão Científica da PUCRS**

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul  
INSTITUTO DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA  
COMISSÃO CIENTÍFICA

Porto Alegre, 07 de novembro de 2011.

Senhor (a) Pesquisador (a) ANDREA MENDES ARAÚJO

A Comissão Científica do IGG apreciou e aprovou seu protocolo de "IDOSO INSTITUCIONALIZADO E POTENCIAL A SER INSTITUCIONALIZADO: POSSÍVEIS DIFERENÇAS NA QUALIDADE DE VIDA E DEPENDÊNCIA FUNCIONAL"

Solicitamos que providencie os documentos necessários para o encaminhamento do protocolo de pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS. Salientamos que somente após a aprovação deste Comitê o projeto deverá ser iniciado.

Obs.: Retirar a pasta padrão na secretaria do IGG para encaminhamento dos documentos ao Comitê de Ética em Pesquisa.

Atenciosamente,

**Prof. Carla Helena Schwanke**

Coordenadora da CC/IGG

**PUCRS**

**Campus Central**

Av. Ipiranga, 6690 – P. 60 – CEP: 90.610-000

Fone: (51) 3336-8153 – Fax (51) 3320-3862

E-mail: [igg@pucrs.br](mailto:igg@pucrs.br)

[www.pucrs.br/igg](http://www.pucrs.br/igg)



**ANEXO F - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS**

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

OF. CEP- 088/12

Porto Alegre, 13 de janeiro de 2012.

Senhor Pesquisador,

O Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS apreciou e aprovou seu protocolo de pesquisa registro CEP 11/05737 intitulado **“Idoso institucionalizado e potencial a ser institucionalizado: possíveis diferenças na qualidade de vida e capacidade funcional”**.

Salientamos que seu estudo pode ser iniciado a partir desta data.

Os relatórios parciais e final deverão ser encaminhados a este CEP.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Rodolfo Herberto Schneider  
Coordenador do CEP-PUCRS

Ilmo. Sr.  
Prof. Ângelo José Gonçalves Bós  
IGG  
Nesta Universidade

**PUCRS**

**Campus Central**  
Av. Ipiranga, 6690 - 3º andar - CEP: 90610-000  
Sala 314 - Fone Fax: (51) 3320-3345  
E-mail: [cep@pucrs.br](mailto:cep@pucrs.br)  
[www.pucrs.br/prppg/cep](http://www.pucrs.br/prppg/cep)



**ANEXO G - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa - CCS/UFPB**

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

**CERTIDÃO**

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS aprovou por unanimidade na 3ª Reunião realizada no dia 24/04/2012, o projeto de pesquisa intitulado: “IDOSO INSTITUCIONALIZADO E POTENCIAL A SER INSTITUCIONALIZADO: POSSÍVEIS DIFERENÇAS NA QUALIDADE DE VIDA E CAPACIDADE FUNCIONAL”, da Pesquisadora Andrea Mendes Araújo. CAEE: 01041512.9.0000.1588.

Outrossim, informo que a autorização ara posterior publicação fica condicionado à apresentação do resumo do estudo proposto à apresentação do Comitê.

  
Pro.<sup>a</sup> Eliane Marques T. de Sousa  
Coordenadora CEP/CCS

Plataforma Brasil - Ministério da Saúde

Universidade Federal da Paraíba - Centro de Ciências da Saúde

### PROJETO DE PESQUISA

**Título:** Idoso institucionalizado e potencial a ser institucionalizado: possíveis diferenças na qualidade de vida e capacidade funcional

**Pesquisador:** Andrea Mendes Araújo

**Versão:** 1

**Instituição:** Universidade Federal da Paraíba - Centro de Ciências da Saúde

**CAAE:** 01041512.9.0000.5188

### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

**Número do Parecer:** 17123

**Data da Relatoria:** 02/05/2012

#### Apresentação do Projeto:

I  $\zeta$  Identificação:

Título do projeto:  $\zeta$  IDOSO INSTITUCIONALIZADO E POTENCIAL A SER INSTITUCIONALIZADO: POSSÍVEIS DIFERENÇAS NA QUALIDADE DE VIDA E DEPENDÊNCIA FUNCIONAL  $\zeta$

Protocolo no CEP Nº. 01.04.2012 CAAE: 01041512.9.0000.5188

Área de conhecimento: Grande Área 4. Ciências da Saúde

Finalidade: Projeto de pesquisa de Doutorado DINTER - Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Escola Técnica de Saúde- CCS- UFPB.

Pesquisador responsável: Andrea Mendes Araújo

Pesquisadores-membros:

Local de realização: Instituições de Longa Permanência da cidade de João Pessoa-PB

Data de recebimento no CEP/CCS: 19/03/2012

Data da apreciação: 24/04/2012

Recursos:

#### Objetivo da Pesquisa:

II  $\zeta$  Objetivo Geral:

Avaliar as possíveis diferenças na qualidade de vida e na capacidade funcional, do Idoso Institucionalizado (II), do Idoso Potencial a ser Institucionalizado (IPI) e do Idoso não Potencial a ser Institucionalizado (INPI) no município de João Pessoa-PB.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Apesar do sujeito investigado constituir população vulnerável, todas as cautelas necessárias foram tomadas. Os benefícios futuros foram demonstrados, tendo em vista que a pesquisa em apreço proporcionará propostas de melhorias na qualidade de vida na comunidade envolvida.

#### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

III  $\zeta$  Sumário do projeto

Trata-se de um estudo transversal descritivo e analítico com abordagem quantitativa. O estudo será desenvolvido nas instituições de longa permanência do município de João Pessoa-PB, Vila Vicentina Julia Freire localizada no bairro da torre com demanda de 62 idosos residentes; Instituição Espirita Nosso Lar, localizado no Bairro Castelo Branco possui uma demanda de 44 idosos residentes; Associação Promocional do Ancião (ASPAN) localizada no bairro do Cristo com demanda de 104 idosos residentes; Lar da Providência Carneiro da Cunha localizado no Bairro dos Estados, com 128 idosos residentes e Casa da Divina Misericórdia localizada no bairro Cidade Universitária com 32 idosos residentes. Todas as ILPIs são cadastradas no Conselho Municipal do Idoso vinculado à secretaria municipal de ação social. O estudo também será desenvolvido na comunidade, com o Idoso Potencial a ser Institucionalizado e o Idoso Não Potencial a ser Institucionalizado. A população de IPI será localizada através da lista de espera por vaga nas ILPI, totalizando nas instituições a serem estudadas 258 pessoas, também será localizada através de voluntários informados pela mídia do projeto e a população do INPI será localizada através dos idosos conhecidos ou parentes dos IPI, mas que não desejam ser institucionalizados.

A amostra será constituída pelos idosos institucionalizados, e os que forem identificados como potencial à institucionalização e não potencial à institucionalização, que concordarem em participar da

pesquisa mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE). Tamanho da Amostra no Brasil: 369. A amostra será composta conforme os seguintes critérios de inclusão: Idosos com 60 anos ou mais, institucionalizados e não institucionalizados do município de João Pessoa e PB. Para os idosos institucionalizados permanência mínima na ILPI de 6 meses. Idoso não potencial a ser institucionalizado deverá ser familiar ou conhecido do idoso potencial a ser institucionalizado, com semelhança quanto a idade, gênero e escolaridade e não demonstrar interesse em residir em ILPI, (o interesse independe do tomador da decisão, seja familiar ou o próprio idoso) Serão critérios de exclusão: Idosos que não tenham funções cognitivas preservadas para compreender e responder às questões sobre qualidade de vida. Esse critério será determinado Com a aplicação do Mini-Exame do Estado Mental (MEEM). Serão adotados para fins de rastreamento cognitivo de populações idosas institucionalizadas e não institucionalizadas os pontos de corte 18 e 24 , segundo ausência ou presença de instrução escolar formal prévia, respectivamente. Para este estudo, serão utilizados os seguintes instrumentos: 1 -Questionário elaborado pelos autores da pesquisa para conhecer o perfil demográfico, socioeconômico e de saúde dos indivíduos estudados (APENDICE B). Esses dados serão classificados em: Dados demográficos: Gênero, raça e idade, Dados socioeconômicos: Estado conjugal, escolaridade, renda, nível sócio econômico, suporte social (auxílio financeiro recebido), arranjo domiciliar, ocupação (para os IPI e INPI), frequência que sai de casa, frequência que conversa com amigos frequência que participa de atividades desenvolvidas na comunidade e motivos que levaram ou levariam a residir em uma ILPI. Dados clínicos e de saúde: Dificuldade de locomoção, hábitos alimentares, presença de doenças crônicas degenerativas. Portanto, a investigação se dará da seguinte forma - o idoso residente em instituição de longa permanência apresenta qualidade de vida e/ou capacidade funcional, melhor que o idoso potencial a ser institucionalizado, e este apresenta qualidade de vida e/ou capacidade funcional pior do que o idoso não potencial a ser institucionalizado.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

IV e Considerações do Relator:

O projeto está bem estruturado e apresenta clareza nos objetivos pretendidos e atende a todos os requisitos constantes na Resolução do CNS 196/96. Não há qualquer retificação a ser realizada.

**Recomendações:**

Não há qualquer recomendação.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

V - Parecer do Relator:

Conforme acima relatado, salvo melhor juízo, somos de parecer que este Projeto deve ser considerado APROVADO.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

JOAO PESSOA, 02 de Maio de 2012

---

Assinado por:

Eliane Marques Duarte de Sousa