

Avaliação da independência funcional e da qualidade de vida de idosos institucionalizados.

Evaluation of functional independence and quality of life in institutionalized elderly.

Luisa Murakami ¹, Fatima Scattolin ².

RESUMO

Objetivos: Investigar a independência funcional e a qualidade de vida (QV) de idosos institucionalizados e a relação entre estes conceitos. **Método:** A pesquisa foi conduzida na Vila dos Velinhos de Sorocaba (São Paulo, Brasil) no período de maio a agosto de 2008, com 63 sujeitos de ambos os sexos, com idade ≥ 60 anos, residentes há pelo menos três meses. Foram utilizados os instrumentos: Caracterização Sociodemográfica e Clínica, MEEM, WHOQOL-OLD e MIF. **Resultados:** Dos sujeitos 63,5% (40/63) eram mulheres, com média de idade de $79,2 \pm 8,7$ anos, 44,5% (28/63) viúvos, escolaridade média de 4 anos e 73% (43/63) aposentados. As doenças cardiovasculares prevaleceram (27,98%) seguidas pelas osteoarticulares (15,39%). Foram constatadas médias elevadas dos escores da MIF ($103 \pm 15,3$) e do WHOQOL-OLD ($69,81 \pm 14,81$) indicando pouco comprometimento da independência funcional e da QV. A confiabilidade dos dois instrumentos avaliada pelo Alfa de Cronbach foi satisfatória (0,70 a 0,94). Constataram-se correlações significantes de forte magnitude entre a MIF (total e subescalas) e o WHOQOL-OLD (total) e as facetas Autonomia e Participação Social. As facetas Funcionamento Sensorio, Atividades Passadas e Futuras e Intimidade apresentaram correlações significantes e de moderada magnitude entre a MIF (total e subescalas). Não houve correlação significativa entre a MIF (total e subescalas) e a faceta Morte e Morrer. **Conclusão:** As correlações apontam que a independência funcional está diretamente correlacionada com a QV, sugerindo que todas as ações voltadas para a promoção da independência funcional podem otimizar a QV dos idosos institucionalizados. (*Rev Med Hered 2010;21:18-26*).

PALAVRAS-CHAVE: idosos institucionalizados, independência funcional, qualidade de vida.

SUMMARY

Objectives: Investigate institutionalized elderly people functional independence and quality of life (QOL) and the relationship between these concepts. **Material and Methods:** Research was conducted in a elder care facility in the city of Sorocaba (São Paulo, Brasil) between May and August/2008, with a sample of 63 man and women, 60 years old or more and residents for at least three months in this facility. The following survey instruments were used: social demographic and clinical characterization, MMSE, WHOQOL-OLD and FIM. **Results:** 63.5% were women, had an average age of 79.2 ± 8.7 years, 44.5% were widows, studied for an average of 4 years and 73% were

¹ Enfermeira graduada pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo-Campus Sorocaba. E-mail: lu_kami@yahoo.com.br

² Docente do Departamento de Enfermagem da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo-Campus Sorocaba. E-mail: fscattolin@pucsp.br

retired. Cardiovascular diseases prevailed (27.98%), followed by osteochondropathies (15.39%). High averages were found for FIM (103 ± 15.3) and WHOQOL-OLD (69.81 ± 14.81) scores, indicating low functional independence and QOL losses. The reliability of the two instruments evaluated by Cronbach's Alpha were satisfactory (0.70 to 0.94). High magnitude significant correlations were found between FIM (total and subscales) and WHOQOL-OLD (total) and Autonomy and Social Participation facets. Sensory Functioning, Past and Future Activities and Intimacy facets displayed moderate magnitude significant correlations between FIM (total and subscales). There were no significant correlation between FIM (total and subscales) and Death and Die facet. **Conclusions:** Correlations indicate that functional independence is directly correlated with QOL, suggesting that all actions aimed to promote functional independence may improve institutionalized elderly people QOL. (*Rev Med Hered 2010;21:18-26*).

KEYWORDS: institutionalized elderly people, functional independence, quality of life.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um fenômeno mundial. De 1950 a 1998 houve um crescimento da população de idosos de quase oito milhões por ano. Em 2025, aproximadamente 1,2 bilhões de pessoas terão mais de 60 anos, essa faixa etária representará um quinto da população do mundo (1). No Brasil, essa população também vem aumentando. Conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística IBGE (2), somam 15 milhões. Estimase que nos próximos 20 anos poderá ultrapassar os 30 milhões.

O processo de transição demográfica em nosso país está associado ao aumento da demanda por instituições de longa permanência. A correlação multicausal entre envelhecimento e asilamento é determinada pelo perfil social e de saúde. Alguns fatores que caracterizam a vida moderna, tais como: a participação feminina no mercado de trabalho, que retira do domicílio a figura tradicionalmente convocada para o cuidado dos mais velhos e a drástica queda da taxa da fecundidade, que reduz a disponibilidade de cuidadores domiciliares, contribuem para a necessidade de institucionalização. Da mesma forma, a nova configuração das unidades familiares – mulheres sós, mães solteiras, casais sem filhos, filhos que emigraram – reduzem a perspectiva de envelhecimento em um ambiente familiar seguro. Outros fatores também contribuem para a institucionalização, tais como morar só, suporte social precário e baixa renda (associada à viuvez, aposentadoria, menor oportunidade de empregos formais e estáveis e aumento dos gastos com a própria saúde) são cada vez mais frequentes no Brasil (3).

Estudos apontam que de 1985 a 2060 o número de idosos institucionalizados no Brasil aumentará de 1,3 para 4,5 milhões, sendo que grande parte será de idosos dependentes (4). No Brasil, no intuito de responder à

demanda populacional foi instituída a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI – Portaria nº 19, de 30 de setembro de 1998), que tem como foco central manter por mais tempo a funcionalidade do indivíduo que envelhece.

O comprometimento da capacidade funcional do idoso tem implicações importantes para a família, comunidade, para o sistema de saúde e para a vida do próprio idoso, uma vez que a incapacidade ocasiona maior vulnerabilidade e dependência na velhice, contribuindo para a diminuição do bem-estar e da qualidade de vida (QV) dos idosos (5). Segundo Spidurso e Cronin (6), uma QV satisfatória para os idosos pode ser interpretada como a possibilidade de conseguir cumprir suas funções diárias adequadamente, se sentir bem e viver de forma independente.

Em relação à funcionalidade, o idoso experimenta um aumento progressivo das limitações para as atividades cotidianas, o que afeta a sua independência e a sua autonomia. A independência funcional se refere à capacidade de realizar algo com os próprios meios. Está ligada à mobilidade e à capacidade funcional (7).

A avaliação da QV aparece como um diferencial importante, que busca considerar a percepção e as preferências do sujeito (8). De acordo com Bowling (9) o conceito de QV engloba a saúde física, o bem estar psicossocial, a independência, o controle sobre a própria vida, circunstâncias materiais e o meio ambiente externo. Isso tudo reflete a influência do macro universo (sociedade) bem como do micro (individual) e representa a interação das dimensões objetivas e subjetivas da vida (10).

Portanto, parece certo que avaliar a percepção que o idoso tem sobre a sua funcionalidade e investigar a relação entre a independência funcional e a qualidade

de vida poderá subsidiar intervenções que, por meio da melhora da funcionalidade possam resultar também na melhoria da QV, o que permitirá alcançar o tão almejado envelhecimento bem sucedido.

O objetivo deste estudo foi investigar a correlação entre a independência funcional e a qualidade de vida de idosos institucionalizados.

MÉTODO

Tratase de uma pesquisa exploratória com abordagem quantitativa. Foi conduzida em uma instituição asilar do município de Sorocaba (São Paulo, Brasil) com sujeitos de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 60 anos, que residiam na instituição há pelo menos três meses. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética do Centro de Ciências Médicas da Faculdade de Medicina da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo e autorizada pela Diretoria da Instituição.

Foram incluídos os sujeitos que concordaram em participar do estudo voluntariamente por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e excluídos aqueles que apresentaram limitações que impossibilitassem a comunicação e expressão. Para atender a este critério foi aplicado o instrumento Mini Exame do Estado Mental. O tamanho da amostra foi calculado para testar um Coeficiente de Correlação de 0,35, com poder do teste de 0,80 e nível de significância de 0,05 (Biostat 2.0). Assim foi determinado um número mínimo de 63 sujeitos.

Para a coleta de dados foi utilizada a técnica de entrevista semi-estruturada realizada de forma individual. Foram utilizados quatro instrumentos para a coleta de dados:

A) Mini Exame do Estado Mental (MEEM): É a escala de avaliação cognitiva traduzida e validada para o português do Brasil por Bertolucci et al. (11), que

refere um impacto importante da escolaridade sobre o desempenho e o escore no teste. Para contornar esse problema e adequar o instrumento aos vários níveis de instrução, esses autores propõem pontos de corte diferenciados para os diversos níveis de escolaridade para o diagnóstico genérico de declínio cognitivo.

B) Instrumento de Caracterização Sociodemográfica e Clínica: Este instrumento foi constituído por

perguntas mistas (nome, idade, estado civil, sexo, procedência, escolaridade, religião; condições clínicas, hábitos e estilo de vida e número/tipo de medicamentos utilizados).

C) Medida de Independência Funcional (MIF): É um instrumento específico para avaliação da funcionalidade por meio do desempenho do indivíduo nas Atividades de Vida Diária (AVDs). A MIF foi desenvolvida na década de 80, por uma força tarefa norte americana organizada pela Academia Americana de Medicina de Reabilitação (Ottenbacher et al., 1996). Este instrumento foi traduzido e validado para o português do Brasil por Riberto et al. em 2001 (12), e consiste de um conjunto de 18 tarefas, referente às subescalas de autocuidado, controle esfíncteriano, mobilidade/transferência, locomoção, comunicação e cognição social. Cada item é classificado em graus de dependência de sete níveis, em que 7 equivale independência completa.

D) WHOQOL-OLD: É um instrumento específico para a população idosa e seu protocolo de desenvolvimento seguiu a partir da experiência anterior do Grupo WHOQOL. Trata-se de um instrumento útil e com bom desempenho psicométrico (confiabilidade e validade) na investigação da QV em idosos. O desenvolvimento e validação da versão para o português do Brasil do módulo WHOQOL-OLD foi realizada por Fleck et al., 2006 (13). O questionário é composto por 24 itens com respostas formuladas segundo escalas de intensidade (tipo Likert), divididos em seis facetas: funcionamento dos sentidos (FS); autonomia (AUT); atividades passadas, presentes e futuras (PPF); participação social (PSO); morte e morrer (MEM) e intimidade (INT).

As análises estatísticas realizadas foram: descritiva – para tratamento dos dados sociodemográficos e escores do WHOQOL-OLD e da MIF, de confiabilidade para os dois instrumentos por meio do Alfa de Cronbach, de *comparação* entre os escores do WHOQOL-OLD e da MIF e variáveis sociodemográficas e de correlação, com o emprego do Coeficiente de Correlação de Spearman. Para a interpretação da magnitude dos coeficientes de correlação foram utilizados os critérios adotados por Ajzen e Fishbeim (14), sendo adotada a seguinte classificação dos coeficientes de correlação: <0,3 (fraca magnitude), ≥ 0,3 a < 0,5 (moderada magnitude) e ≥0,5 (forte magnitude) com nível de significância de 5% (p<0,05).

RESULTADOS

Dos 63 sujeitos estudados 63,5% (40/63) eram mulheres, com a média de idade de 79,2 ±8,7 anos, 44,5% (28/63) viúvos, com escolaridade média de 4 anos de estudo, 73% (43/63) aposentados e 77,8% (49/63) pertencentes à religião católica (Tabela 1). Destes, 9,5% já haviam morado em outra instituição, 90,5% estava residindo na instituição pela primeira vez e 42,9% por um período de um a cinco anos. O tempo médio de residência na instituição foi de 5,58 anos, 87,3% respondeu gostar do local onde vive.

Quanto às características clínicas observou-se que as doenças cardiovasculares foram as mais prevalentes 27,98% (40/63) vindo a seguir as doenças osteoarticulares 15,39% (22/63). Dos 63 idosos participantes do estudo 13,29% (19/63) não tinham diagnósticos nos prontuários e 53,96% (34/63) faziam uso de mais de 4 tipos de medicamentos/dia (Tabela 2).

A aplicação do instrumento MEEM aos idosos participantes do estudo não excluiu nenhum dos sujeitos que atenderam ao critério de inclusão. Na tabela 3 estão apresentados os escores do MEEM em relação ao grau de escolaridade.

Tabela 1. Características sócio-demográficas dos idosos (n=63).

Variável	N (%)	Média ± dp*	Varição Observada
Feminino	40 (63,49)		
Idade		79,2 ± 8,7	63-99
Masculino		77,5 ± 9,2	64-99
Feminino		80,1 ± 8,3	63-93
Escolaridade (anos de estudo)		4,0 ± 3,2	0-16
Masculino		5,3 ± 3,8	0-16
Feminino		3,2 ± 2,5	0-14
Estado Civil			
Casado	3 (4,76)		
Viúvo	28 (44,44)		
Solteiro	18 (28,57)		
Amasiado/Divorciado	14 (22,22)		
Vínculo empregatício			
Ativo	1 (1,58)		
Aposentado	46 (73,01)		
Aposentado por Invalidez	3 (4,76)		
Pensionista	10 (15,87)		
Sem renda	3 (4,76)		
Religião			
Católico	49 (77,77)		

*dp= desvio padrão

Tabela 2. Características clínicas dos idosos (n=63).

Variáveis	N (%)
Osteoartrose	15 (10,49)
Seqüelas de Trauma	2 (1,40)
DPOC	13 (9,09)
Doenças do Trato Gastrointestinal	11 (7,69)
Hipertensão Arterial	25 (17,48)
Insuficiência Vascular	6 (4,20)
Insuficiência Cardíaca	5 (3,50)
Distúrbio Psiquiátrico	5 (3,50)
Depressão	4 (2,80)
Diabetes	11 (7,69)
Desnutrição	1 (0,70)
Anemia	1 (0,70)
Diagnóstico Ausente	19 (13,29)
Número de medicamentos/dia	
0	15 (23,81)
1 a 3	14 (22,22)
4 a 6	10 (15,87)
7 a 9	12 (19,05)
10 a 14	10 (15,87)
>15	2 (3,17)

A média dos escores da MIFt (MIF total), MIFm (MIF motora) e MIFcs (MIF cognitiva/social) mostraram-se elevadas, indicando pouca dependência do cuidado de terceiros, conforme mostra a tabela 4.

A avaliação da consistência interna da MIF por meio do Coeficiente Alfa de Cronbach mostrou homogeneidade dos itens nas três sub escalas, sendo constatado menor valor na MIFcs.

Na avaliação por tarefas, a média dos escores da MIF desta amostra indicou dependência modificada em relação à alimentação, banho, utilização do vaso sanitário, controle da urina, transferência do leito para a cadeira, para o vaso sanitário e marcha. Foi observada a menor pontuação no item que avalia o uso de escadas, mostrando a dependência completa desses idosos na realização desta atividade.

Os resultados obtidos com a aplicação do WHOQOL-OLD, conforme tabela 5, mostram que as médias dos escores obtidos em todas as facetas para

Tabela 3. Estatística descritiva do MEEM (n=63)

MEEM	Média ± dp	Mediana	Varição Observada	Varição Possível
Não alfabetizados	19,1 ± 1,3	19	17-21	13-30
1 a 8 anos de estudo	24,8 ± 4,0	25	18-30	18-30
Acima de 8 anos de estudo	28,2 ± 2,0	28,5	26-30	26-30
Total	24,2 ± 4,2	25	17-30	14-30

Tabela 4. Estatística descritiva e confiabilidade da MIF (n=63).

MIF	Média ± dp	Mediana	Varição Observada	Varição Possível	Alfa de Cronbach
MIF m	71,8 ± 12,8	76	33-85	13-91	0,94
MIF cs	31,2 ± 3,4	32	22-35	5-35	0,78
MIF t	103 ± 15,3	108	61-120	18-126	0,94

Tabela 5. Estatística descritiva e confiabilidade do WHOQOL-OLD (n=63).

WHOQOL – OLD	Média* ± dp	Mediana	Varição Observada**	Varição Possível	Alfa de Cronbach
Funcionamento Sensorio (FS)	72,22 ± 26,15	81,25	5-20	4-20	0,83
Autonomia (AUT)	64,04 ± 20,92	68,75	7-20	4-20	0,70
Atividades passadas, presentes e futuras (PPF)	70,32 ± 22,01	75	6-20	4-20	0,85
Participação Social (PSO)	59,32 ± 21,47	62,5	4-20	4-20	0,82
Morte e Morrer (MEM)	77,48 ± 22,38	81,25	6-20	4-20	0,74
Intimidade (INT)	75,89 ± 22,47	81,25	7-20	4-20	0,84
TOTAL	69,81 ± 14,81	72,94	54-114	24-120	0,88

* Os escores apresentados para as médias e medianas são os escores transformados;

** os escores que indicam as variações são os escores brutos.

Tabela 6. Coeficientes de Correlação de Spearman entre WHOQOL-OLD e MIF (n=63).

WHOQOL-OLD	MIF		
	Motora	Cognitiva/Social	Total
Funcionamento Sensorio (FS)	0,43*	0,38*	0,43*
Autonomia (AUT)	0,71*	0,64*	0,74*
Atividades passadas, presentes e futuras (PPF)	0,42*	0,45*	0,46*
Participação Social (PSO)	0,64*	0,52*	0,66*
Morte e Morrer (MEM)	-0,16**	-0,19**	-0,16**
Intimidade (INT)	0,37*	0,36*	0,39*
Total	0,60*	0,54*	0,62*

*0,0001 <p< 0,05; **p>0,05;

este grupo de sujeitos foram próximas da média do valor que poderia ser obtido no instrumento. Os valores mais altos dos desvios-padrão indicam maior variabilidade dos escores. A avaliação da consistência interna do WHOQOL-OLD por meio do Alfa de Cronbach mostrou homogeneidade dos itens em todas as facetas e no escore total. Na comparação entre as médias dos escores totais do WHOQOL-OLD de homens e mulheres a diferença não foi significativa (p=0,13).

Houve uma correlação significativa e de fraca

magnitude entre os escores de QV e a idade (r = -0,29). Na correlação entre as médias dos escores MIFt e idade foi constatada correlação significativa (p=0,001) e inversa (-0,30) indicando que à medida que aumenta a idade diminui a independência funcional desses idosos. Não houve correlação entre genero e MIFt (p=0,5).

A tabela 6 aponta os valores do Coeficiente de Correlação de Spearman entre os escores da MIF e do WHOQOL-OLD, confirmando que há relações diretas entre QV e independência funcional uma vez que os dois instrumentos são diretamente ordenados.

Quanto à força das correlações foram constatadas correlações significantes de forte magnitude entre as facetas do WHOQOL-OLD AUT, PSO e WHOQOL total e a MIF total e as subescalas, apresentando valores maiores a faceta AUT x MIFm ($r=0,71$) e AUT x MIFt ($r=0,74$).

As facetas FS, PPF e INT apresentaram correlações significantes de moderada magnitude com a MIF e subescalas MIFm e MIFcs, sendo os menores valores de correlação entre os escores da faceta INT x MIFt ($r=0,39$), INT x MIFm ($r=0,37$) e INT x MIFcs ($r=0,36$). A faceta MEM não apresentou correlação significativa entre a MIF total e subescalas. É interessante notar que a correlação embora não significativa apresentou-se inversa, como esperado.

O Gráfico 1 ilustra o comportamento do escore total da MIF e do WHOQOL-OLD indicando que à medida que a independência funcional aumenta melhora a QV.

DISCUSSÃO

As características sociodemográficas dos sujeitos estudados retratam uma população idosa, na maior parte mulheres, com idade média de 79,2 anos, com baixa renda, pouca escolaridade, na maioria viúvos e aposentados, o que mostra um perfil muito próximo àquele divulgado pelo IBGE (3,15). Esse conjunto de fatores, cada vez mais freqüente no Brasil continua sendo considerado fator de risco para a institucionalização (16).

A convivência na Instituição durante o período da coleta de dados permitiu um contato mais próximo com os idosos criando um vínculo de amizade e cooperação.

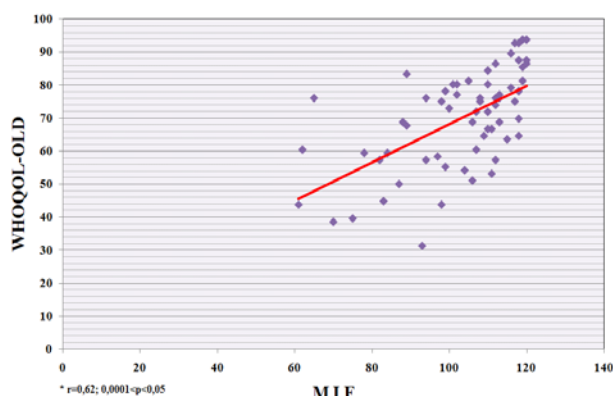
Fomos confidentes de longas histórias de vida, partilhamos álbuns de fotografias, alegrias e tristezas. Pudemos constatar que em geral a possibilidade de internação partiu dos filhos, familiares ou mesmo vizinhos. Por outro lado, alguns idosos decidiram, eles próprios, pela institucionalização no intuito de buscar segurança e manter sua independência e autonomia.

Assim como consta na literatura as dificuldades em relação aos novos arranjos familiares que comprometem o desempenho nas tarefas do cuidar, as incapacidades física e financeira, a dependência econômica dos filhos, a morte do cônjuge foram fatores que precipitaram o asilamento desse grupo de idosos (17). As visitas aos internos são constantes, tanto dos familiares como de religiosos. As visitas mensais coincidiam, geralmente, com o dia de pagamento da mensalidade do asilo ou dia de recebimento de pensões e aposentadorias.

No conjunto dos idosos entrevistados, poucos tinham algum tipo de atividade laboral ou alguma ocupação dentro da Instituição, assim como, cuidar dos jardins, auxiliar no cuidado aos mais dependentes ou ajudar na cozinha. Os demais não tinham qualquer tipo de atividade ou ocupação. As mulheres passavam o dia no quarto ou na sala assistindo televisão, enquanto os homens procuravam mais as áreas externas. A esse respeito Faleiros e Justo (18) afirmam que, na maioria das vezes, são as instituições asilares que não oferecem espaços de lazer e promoção de saúde para os residentes, assim como, raramente possuem um grupo de cuidadores que não associem velhice com doença e incapacidades, continuam sendo depositárias e tuteladoras de idosos oferecendo apenas os cuidados necessários àquelas pessoas que estão envelhecendo.

Em contrapartida, um dos aspectos fundamentais para a percepção da felicidade é o convívio social (19). O estabelecimento de ações de ordem preventiva é possibilitado pelas atividades sociais que facilite e promova a formação de grupos de idosos, estimulando uma vida associativa e saudável com a realização de atividades recreativas, físicas e culturais (20). A atividade física regular vem sendo considerada essencial para manutenção da aptidão física em indivíduos idosos, citada na literatura como forma de atenuar e reverter à perda de massa muscular, contribuindo para preservar a autonomia funcional e o envelhecimento saudável (21). Entretanto, no período da coleta de dados, o que se observou foi à inatividade e a ausência de propostas terapêuticas que rompessem com a apatia e a inércia predominante entre os residentes.

Gráfico 1. Correlação entre os escores totais* do WHOQOL-OLD e da MIF (n=63).



Quanto à caracterização clínica dos idosos, os residentes tiveram dificuldade para referir morbidades e os medicamentos que faziam uso, assim como, nos prontuários também não havia o registro completo e atualizado dessas informações. No entanto, os dados obtidos apontaram a prevalência das doenças cardiovasculares e osteoarticulares corroborando os dados da literatura (5,22). Mais da metade da população estudada fazia uso simultâneo de muitos medicamentos (em média 5), fato este também relatado em estudo com idosos brasileiros (23).

Neste estudo foram constatados valores do Alfa de Cronbach maior ou igual a 0,70 indicando confiabilidade satisfatória para ambos os instrumentos (24) a exemplos de estudos prévios (13,25). Cabe ressaltar que não foram encontrados estudos que tivessem utilizado a MIF em idosos institucionalizados o que dificultou a comparação. Quanto ao WHOQOL- OLD trata-se de um instrumento novo e ainda pouco testado nas suas propriedades psicométricas. Em relação à aplicação deste instrumento consideramos ser longo e o seu formato de escala tipo Likert nos pareceu cansativo, embora não haja evidência de que isso tenha afetado as respostas.

A análise dos escores da MIF mostrou que os idosos entrevistados apresentaram escores elevados, indicando pouca dependência para a realização das AVDs. As tarefas que correspondem à MIF motora demonstraram dependência modificada (nível 5), ou seja, esses idosos necessitam de supervisão para realizá-las, o que pode estar relacionado à prevalência das doenças cardiovasculares e osteoarticulares presentes nesta amostra (26,27).

Em relação à MIF cognitiva social os escores indicaram independência modificada (nível 6), indicando que para estas tarefas estes idosos necessitam apenas de uma ajuda técnica.

Neste estudo a independência funcional não foi correlacionada com o gênero, mas teve correlação com a idade, ou seja, homens e mulheres à medida que a idade aumenta apresentam menores escores da MIF indicando maior dependência dos cuidados de terceiros.

Apesar deste instrumento não ter sido aplicado em idosos não institucionalizados, outros estudos que investigaram a funcionalidade dos idosos também apresentaram correlações negativas entre os escores totais e a idade (27,28). Quanto à diferença em relação

ao gênero não foi significativa (escore total). As publicações internacionais sobre diferenças entre a QV de homens e mulheres também não se mostraram relevantes. No Brasil, essas diferenças estão mais ligadas à classe social do que propriamente ao gênero (7).

Para o idoso, a QV pode ser percebida como boa ou ruim de acordo com a forma como cada indivíduo vivencia a velhice, podendo variar entre os dois extremos (muito boa e péssima). Nesse sentido, a QV depende, então, da interpretação emocional que cada indivíduo faz dos fatos e está intimamente relacionada à percepção subjetiva dos acontecimentos e condições de vida. Conforme apontado pela literatura, neste estudo a idade não foi um determinante de pior QV. Segundo Neri (7) a investigação dos indicadores de desenvolvimento pessoal e bem estar subjetivo em idosos revelou alta pontuação para todos os sujeitos independentemente da idade.

No que se refere aos escores de QV medida pelo WHOQOL- OLD, quanto maiores os escores, melhor a QV e não existem pontos de corte que determine escore abaixo ou acima do qual se possa avaliar a QV como ruim ou boa. Sendo assim, podemos considerar por ordem crescente de satisfação dentre as seis facetas, nesta amostra, a seguinte seqüência: PSO, AUT, PPF, FS, INT e MEM. A média dos escores de QV (escore total) encontrada nesta pesquisa foi de 69,81(±14,81) indicando que os idosos estudados avaliaram a QV como pouco comprometida.

Das seis facetas do WHOQOL-OLD, as facetas PSO e AUT apresentaram menores pontuações, assim como, correlações positivas de forte magnitude com a MIF total e subescalas, o que indica uma aproximação significativa entre os dois conceitos. Em uma população de idosos chineses institucionalizados, Tsang et al. (29) constataram que aqueles que apresentaram menor nível de independência também apresentaram menor nível de satisfação com suas vidas.

A literatura aponta que o principal determinante da percepção de satisfação com a vida na velhice é um relacionamento social estável e os fatores associados estão relacionados à sensação de conforto e bem-estar, independentemente de renda ou classe social (30). Por outro lado, Burgio (31) afirma que a perda do funcionamento adaptativo em idosos não é unicamente o resultado de um declínio ou de mudanças biológicas negativas, mas, sim, consequência de um ambiente que estabelece e decide a ocasião para o comportamento

deficitário e que reforça o comportamento ineficaz e de dependência.

Nesta amostra nos chama a atenção os escores elevados para MEM, o que pode demonstrar uma preocupação menor em relação a essa faceta, ou algum mecanismo de enfrentamento em relação à vida e ao futuro. A literatura tem apontado para a relação espiritualidade e QV, ou seja, a fé e o seguimento de princípios religiosos podem atrair pessoas com disposição para a felicidade e explicar um propósito na vida que promova conforto e bem-estar (32,33). Também é importante salientar que esta foi à única faceta do WHOQOL-OLD que não apresentou correlação significativa com a MIF (total e subescalas), provavelmente pela discrepância entre os itens deste instrumento e os itens da referida faceta.

As correlações verificadas entre o grau de dependência em relação às AVDs e QV em idosos institucionalizados também foram documentadas em outros estudos (17). Essa situação reforça a importância da manutenção da independência funcional na velhice como aspecto promotor de qualidade de vida.

Em conclusão: 1. Foram constatadas correlações diretamente proporcionais de forte magnitude entre o escore total e as subescalas da MIF e as facetas PSO e AUT do WHOQOL-OLD. 2. Foram constatadas correlações diretamente proporcionais de moderada magnitude entre o escore total e as subescalas da MIF e as facetas PSO, PPF e INT. 3. Não foi constatada correlação entre o escore total e as subescalas da MIF e a faceta MEM do WHOQOL-OLD. 4. Houve uma correlação inversa entre a idade e a MIF. 5. Foi constatada uma fraca correlação entre QV e idade. 6. Não houve correlação entre a MIF e QV e gênero.

O envelhecimento não é somente um momento na vida do indivíduo, mas um processo extremamente complexo, que tem implicações tanto para a pessoa vivencia, como para a sociedade que o assiste. Assim, os dados encontrados neste estudo permitem inferir que a avaliação contínua da funcionalidade do idoso pode subsidiar estratégias de manutenção da capacidade funcional pelo maior tempo possível. Políticas públicas de saúde voltadas para programas específicos de prevenção aos fatores relacionados à incapacidade funcional e que estimulem a vida associativa poderão contribuir para o envelhecimento bem sucedido e para a melhor QV dessa população.

Correspondência:

Luisa Murakami

E-mail: lu_kami@yahoo.com.br

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organização Mundial da Saúde. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Distrito Federal: Organização Pan-Americana da Saúde; 2005.
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Comunicação social 2002: perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios. URL disponível em: <http://www.ibge.gov.br> (Acessado em 08 de Agosto de 2008).
3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional Por Amostra de Domicílios 2004: Composição e mobilidade populacional. URL disponível em: <http://www.ibge.gov.br/mtexto/pnadcoment1.htm> (Acessado em 10 de janeiro de 2009).
4. Camarano AA. Envelhecimento da população brasileira. In: Freitas EV, Py L, Néri AL, Cançado FAX, Gorzoni ML, Rocha SM. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan 2002; 58-71.
5. Alves LC, Leimann BC, Vasconcelos ME, et al. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública 2007; 23(8): 1924-1930.
6. Spidurso WW, Cronin DL. Exercise-dose response effects on quality of life and independent living in older adults. Med Sci Sports Exerc 2001; 598-698.
7. Neri AL. Palavras-chave em gerontologia. Campinas: Alínea; 2001. p. 236.
8. Wenger NK. Quality of life: can it and should it be assessed in patients with heart failure? Cardiology 1989; 76: 391-8.
9. Bowling A. Quality of life in older age-what older people say. Em: Mollenkopf H, Walker A. Quality of life in old age-international and multi-disciplinary perspectives. New York: Springer; 2007. p. 15-30.
10. Lawton, MP. 'A Multidimensional View of Quality of Life in Frail Elders. Em: Birren JE, Lubben JE, Rowe JC, Deutchman DD. (Edit). The Concept and Measurement of Quality of Life in the Frail Elderly. San Diego: Academic Press; 1991.p. 3-27.
11. Bertolucci PHF, Brucki SMD, Campacci SR, Juliano Y. O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. Arquivos Neuropsiquiatria 1994; 52: 1-7.
12. Riberto M, Miyasaki HM, Jorge Filho D, Sakamoto H, Batistella LR. Reprodutibilidade de versão brasileira de Medida de Independência Funcional. Acta Fisiátrica 2001; 8 (1): 45-52.
13. Fleck MPA, Chachamovich E, Trentini CM. Desenvolvimento e validação da versão em Português

- do módulo WHOQOL-OLD. *Rev Saúde Pública* 2006; 40(5): 785-791.
14. Ajzen I, Fishbein M. Understanding attitudes and predicting social behavior. New Jersey: Prentice-Hall; 1980. p. 278.
 15. Universidade Aberta à Terceira Idade. Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção ao idoso. Rio de Janeiro: UNATI; 2000.
 16. Chaimowicz F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. *Rev Saúde Pública* 1997; 31 (2): 184-200.
 17. Savonitti BHRA. Qualidade de vida de idosos institucionalizados. Mestrado. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2000.
 18. Faleiros NP, Justo JS. O idoso asilado: a subjetividade intramuros. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2007; 10(3): 1-16.
 19. Ferraz, AF, Peixoto MRB. Qualidade de vida a velhice: estudo em uma instituição pública de recreação para idosos. *Rev Esc Ef USP* 1997; 31(2): 316-38.
 20. Rosa TEC, Benício MHA, Latorre MRD, Ramos LR. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Rev Saúde Pública* 2003; 37 (1): 40-8.
 21. Fiedler MM, Peres KG. Capacidade funcional e fatores associados em idosos do Sul do Brasil: um estudo de base populacional. *Cad Saúde Pública* 2008; 24 (2): 409-15.
 22. Limeira SC. Benefícios dos exercícios contra-resistidos para idosos com osteoartrose de joelho. *Revista Digital Vida & Saúde Juiz de Fora*, 2002; 1 (2). URL disponível em: <http://www.boletimef.org/biblioteca> (Acessado em 10 de janeiro de 2009).
 23. Rozenveld RA, Singer HK, Repetz NK. Medication as a risk factor for falls in older women in Brazil. *Pan Am J Public Health* 2003; 13(6): 369-75.
 24. Lobiondo-Wood G, Habes J. Confiabilidade e validade. In: Lobiondo-Wood G, Habes J. *Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001. p. 186-99.
 25. Stineman MG, Shea JA, Jette A, et al. The functional independence measure: tests of scaling assumptions, structure and reliability across 20 diverse impairment categories. *Arch Phys Med Rehabil* 1996; 77: 1101-08.
 26. Jones RG, Miller TA, Petrella RJ. Evaluation of rehabilitation outcomes in older patients with hip fractures. *Am J Phys Med Rehabil* 2002; 81: 489-97.
 27. Scattolin FAA. Qualidade de vida e independência funcional do idoso com insuficiência cardíaca. Mestrado. Campinas. Universidade Estadual de Campinas, 2006.
 28. Duarte YAO. Envelhecimento, funcionalidade e arranjos domiciliares na América Latina e Caribe. Tese Livre Docência. Escola de Enfermagem da USP, 2005.
 29. Tsang EYL, Liamputtong P, Pierson J. The views of older Chinese people in Melbourne about their quality of life. *Ageing and Society* 2004; 24: 51-74.
 30. 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. Mestrado. Rio Grande do Sul. Instituto de Geriatria e Gerontologia da PUC do Rio Grande do Sul, 2008.
 31. Burgio LD. Behavioral staff training and management in geriatric long-term care facilities. Em: Wisocki PA. *Handbook of clinical behavior therapy with the elderly client*. New York: Plenum; 1991.
 32. Vecchia RD, Ruiz T, Bocchi SCM, Corrente JE. Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. *Rev Bras Epidemiol* 2005; 8 (3): 246-52.
 33. Panzini RG, Rocha NS da, Bandeira D, Fleck MP. Espiritualidade/religiosidade e qualidade de vida. In: Fleck MP et al. *A avaliação da qualidade de vida: guia para profissionais da saúde*. Porto Alegre: Artmed; 2008. p. 178-96.

Recibido: 21/07/09
Aceptado para publicación: 22/02/10