

# Qualidade de vida dos idosos residentes em instituições asilares da cidade de Caxias do Sul - RS<sup>1</sup>

*Paula Cristina Mincato\**  
*Cíntia de La Rocha Freitas\*\**

## Resumo

O objetivo deste estudo foi correlacionar capacidade funcional e qualidade de vida em idosos institucionalizados da cidade de Caxias do Sul - RS. A amostra foi composta por 66 idosos capazes de responder aos questionamentos do entrevistador. Os instrumentos utilizados foram: perfil de saúde de Nottingham (PSN), para avaliar a qualidade de vida, e escala de autopercepção do desempenho em atividades da vida diária, que avalia a capacidade funcional. Nos resultados ocorreu prevalência de mulheres (63,6%) sobre os homens (36,4%), com idade média de 78,3 anos. A amostra ficou distribuída semelhantemente nas cinco categorias da capacidade funcional; quanto à qualidade de vida, a média foi de 14,70 ( $\pm 9,00$ ). Ocorreu uma correlação inversa de  $r = -0,610$ , pois, conforme diminui a capacidade funcional, o escore do PSN aumenta (diminui a qualidade de vida). As mulheres apresentaram qualidade de

vida e capacidade funcional menor que as dos homens, sugerindo-se que isso se deva à idade superior. Idosos institucionalizados têm capacidade funcional e qualidade de vida menor que idosos não institucionalizados.

**Palavras-chave:** Idoso institucionalizado. Capacidade funcional. Qualidade de vida.

\* Especialização em Atividade Física e Saúde pela Universidade Luterana do Brasil.

\*\* Especialização em Ciências do Esporte na Universidade Federal do Rio Grande do Sul; mestrado e doutorado em Ciências do Movimento Humano na Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

<sup>1</sup> Estudo baseado no trabalho de conclusão de especialização em Atividade Física e Saúde na Universidade Luterana do Brasil.

*Recebido em mar. 2007 e avaliado em abr. 2007*

## Introdução

A partir do momento em que um indivíduo é concebido, ele sofre constantes modificações. Este desenvolvimento segue uma linha, com a fase da concepção, do nascimento, da infância, da adolescência, da idade adulta, da velhice e da morte.

Essa seqüência de acontecimentos é definida como um processo universal, irreversível, heterogêneo, deletério e intrínseco chamado de “envelhecimento” (ROSSI e GROENWALD, 2005). Com isso, podem-se definir grandes evoluções ao longo da vida, como as mudanças físicas, fisiológicas e as intelectuais, porém cada indivíduo tem a sua particularidade com relação à ordem e à velocidade de seu desenvolvimento.

Verifica-se que do nascimento à adolescência a evolução se dá rapidamente em todos os níveis, ao passo que a partir da idade adulta essas mudanças vão se tornando mais lentas, sobretudo no aspecto físico. Isso se explica por que o crescimento físico estagna, sendo maior o desenvolvimento intelectual. Alguns sinais de envelhecimento já podem ser percebidos após os 35-40 anos, porém é a partir dos 60-65 anos que se podem notar a diminuição das capacidades físicas e mentais e as transformações na aparência física (MAZO, LOPES e BENEDETTI, 2004).

As principais alterações no envelhecimento em nível antropométrico são: a diminuição da estatura em consequência da compressão vertebral, estreitamento de discos e cifose; o aumento de peso por volta dos 45 anos, estabilizando-se aos setenta anos e com declínio aos oitenta anos; como consequência, o índice de massa corporal (IMC) modifica-se (MAT-

SUDO, MATSUDO e BARROS NETO, 2005). A composição corporal modifica-se; o volume de água corporal total diminui; há a distribuição da gordura corporal, com os homens mantendo características andróides (forma de maçã) e as mulheres em ginecoides básica (forma de pêra); ocorre, gradualmente, a perda de massa livre de gordura, principalmente pela perda de tecido muscular (SPIRDUSO, 2005). Também há a diminuição na velocidade de contração muscular e a atrofia das fibras que compõem esses músculos, consequentemente diminuindo a elasticidade muscular. Há uma perda de mineralização óssea, tornando os ossos mais frágeis, e diminuição da amplitude articular em todos os movimentos (SPIRDUSO, 2005; GEIS, 2003). A perda muscular, tendo como consequência a diminuição da força muscular, é a principal responsável pela deterioração na mobilidade e na capacidade funcional do indivíduo que está envelhecendo (MATSUDO et al., 2003).

Com o avanço da idade, as principais mudanças em nível cardiovascular são: diminuição do consumo de oxigênio (VO<sub>2</sub> máx.), diminuição do débito cardíaco, diminuição da frequência cardíaca máxima, possível insuficiência respiratória (MAZO, LOPES e BENEDETTI, 2004). Além disso, podem ocorrer distúrbios elétricos cardíacos com diferentes graus de bloqueio e de arritmia (GEIS, 2003).

Quanto à visão, com a perda da gordura que se localiza ao redor do globo ocular, o olho tem aparência afundada na face, há a diminuição na produção de lágrimas e de fixar a visão em objetos muito próximos (GEIS, 2003). Ocorre a perda na audição em grande parte das pes-

soas com mais de sessenta anos, as quais ficam com dificuldades de distinguir os sons (SKINNER e VAUGHAN, 1985). As papilas gustativas e as terminações olfativas diminuem em número (GEIS, 2003). Também ocorre uma diminuição da capacidade de coordenação motora fina, tornando as pontas dos dedos menos sensíveis (SKINNER e VAUGHAN, 1985). Ocorre o ressecamento da pele, tornando-a mais fina e menos moldável; há a perda dos dentes, menor adaptação a climas e lugares diferentes daqueles do seu dia-a-dia; o cansaço físico e mental é visível; ocorre o aumento na probabilidade de quedas e fraturas e dificuldades de recuperação (SPIRDUSO, 2005).

Assim, com a funcionalidade do corpo mais lenta, as capacidades físicas, como força, resistência, flexibilidade, agilidade e velocidade, diminuem caso não sejam treinadas. Com isso, a perda da capacidade funcional, total ou parcial, leva à incapacidade para realizar as atividades da vida diária (AVDs) (BORGES et al., 2005), ou seja, ocorre gradualmente a perda da autonomia (NASSER e PIUCCO, 2005).

As atividades da vida diária são as atividades cotidianas realizadas pelas pessoas que, se mensuradas, associam a capacidade funcional com nível de saúde, que correspondem a aplicações práticas do dia-a-dia (MATSUDO, 2005). Com isso, as AVDs propostas pela American Geriatrics Society podem ser classificadas em três tipos: atividades básicas da vida diária (ABVD), atividades intermediárias da vida diária (AIVD) e atividades avançadas da vida diária (AAVD) (MAZO, LOPES e BENEDETTI, 2004). As ABVDs são as atividades como caminhar, vestir-se, tomar banho,

comer, levantar-se da cama ou da cadeira, ou atividades de autocuidado (MATSUDO, 2005). Se o indivíduo não consegue realizar essas atividades, apresenta condição de morbidade, ou seja, depende de terceiros e não tem qualidade de vida alta, se comparada com o padrão da maioria das pessoas (SPIRDUSO, 2005). As AIVDs estão relacionadas às capacidades físicas complexas, como preparar refeições, atividades de limpeza da casa, lavar e passar roupas, arrumar a cama e fazer compras (SPIRDUSO, 2005), assim envolvendo as atividades de autocuidado, manutenção e independência (MAZO, LOPES e BENEDETTI, 2004). Já as AAVDs requerem capacidades mais complexas, podendo se apresentar em nível de atividades sociais (emprego, viagem, *hobbies*, grupos sociais), religiosas ou físicas (atividades recreativas, artesanato) (SPIRDUSO, 2005), ou seja, são as funções necessárias para se viver sozinho (MAZO, LOPES e BENEDETTI, 2004). Portanto, envelhecimento saudável é a interação multidimensional entre saúde física, saúde mental, independência na vida diária, integração social, suporte familiar e independência econômica (RAMOS, 2003).

Por meio dos aspectos relacionados, pode-se verificar o quanto importante são as dimensões físicas para as pessoas idosas, pois estar apto ou capaz fisicamente é a base para a realização de atividades cotidianas e para manter a autonomia e a independência (CARVALHO et al., 2005; SPIRDUSO, 2005). Afinal, a qualidade de vida pode ser indicada pela capacidade que o idoso tem de desempenhar as atividades básicas da vida diária (ABVD) de modo que seja independente (STREIT et al., 2005).

Além das alterações já mencionadas, no processo do envelhecimento também podem ocorrer perdas sociais, afetivas e psicológicas. As perdas sociais relacionam-se à perda parcial dos papéis do cotidiano (profissional, político ou familiar), perda econômica, de poder, levando ao afastamento da sociedade. Em nível psicológico, aparece a perda de identidade, de auto-estima e auto-imagem, existindo a necessidade de dividir a dor, o ressentimento e o medo com alguém, para que a tristeza possa ser superada e se evite, assim, o agravamento de situações depressivas ou o aparecimento de novas patologias. Por fim, as perdas afetivas se dão pela separação (filhos, cônjuge, família e amigos); no homem a impotência sexual se acentua e na mulher acontece a chegada da menopausa, que a fragiliza, podendo levar à depressão (SPIRDUSO, 2005).

O envelhecimento compromete o bom funcionamento do sistema nervoso central, ocorrendo a perda progressiva e degenerativa de células nervosas no sistema vestibular periférico e central, processo degenerativo que pode levar à ocorrência de vertigem, tonturas ou desequilíbrios (PERES e SILVEIRA, 2005). Portanto, o processo do envelhecimento está associado às doenças que podem comprometer o bom funcionamento do sistema nervoso central, como as enfermidades neuropsiquiátricas, principalmente a depressão (STELLA et al., 2002).

Com tantas perdas relacionadas ao envelhecimento, algumas doenças, principalmente as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), em conjunto com a inatividade física, agravam-se, podendo levar à dependência parcial, total ou até

à morte. Assim, é muito comum o idoso depender de cuidados especiais, de cuidadores ou familiares para a realização de tarefas muito comuns, como alimentar-se, vestir-se, tomar banho ou até mesmo realizar os hábitos de higiene e necessidades pessoais. Isso leva à perda da autonomia e da independência, pois o indivíduo não consegue realizar as atividades básicas da vida diária (ABVD), induzindo a um declínio da qualidade de vida e do bem-estar tanto dos idosos como dos familiares. Pela falta de condições da família, tanto financeiras como psicológicas, muitos idosos são encaminhados para instituições especializadas no cuidado de pessoas com mais de sessenta anos.

As entidades de atendimento ao idoso são lugares destinados às pessoas com mais de sessenta anos (BRASIL, 2003) e que compreendem duas modalidades: asilar e não asilar (BRASIL, 1994). O asilo compreende o atendimento a idosos sem vínculo familiar, ou sem condições de manter sua própria subsistência de modo a satisfazer as suas necessidades de moradia, alimentação, saúde e convivência social, sendo em regime de internato (BRASIL, 1994). A modalidade não asilar compõe-se dos centros de convivência, centro de cuidados diurno, hospital-dia, casa-lar e oficina abrigada de trabalho, e destina-se ao atendimento por determinado período do dia (YAMAMOTO e DIOGO, 2002). A casa-lar é considerada como uma residência de caráter participativo, cedida por alguma instituição pública ou privada, destinada a idosos detentores de renda insuficiente para sua manutenção e sem família (BRASIL, 1994). Grande parte das entidades de atendimento aos idosos

são instituições religiosas e filantrópicas, que se mantêm por meio de doações e que têm como função social abrigar os idosos com problemas de moradia, sem família e carentes de recursos econômicos para sua subsistência (GUIMARÃES, SIMAS e FARIAS, 2005).

Os asilos são a modalidade mais antiga e universal de atendimento ao idoso fora do convívio familiar, porém, conforme Davim et al. (2004), apresentam fatores negativos, como o isolamento e inatividade física e mental. Os autores reforçam que normalmente os asilos são locais inapropriados e inadequados às necessidades do idoso, visto que não oferecem assistência social, cuidados básicos de higiene e alimentação.

O Estatuto do Idoso prevê as seguintes obrigações às entidades de atendimento ao idoso: contrato escrito da prestação de serviço com o idoso; observação dos direitos e garantias dos titulares do idoso; vestuário adequado (instituição pública) e alimentação suficiente; instalações físicas adequadas para a habitabilidade; atendimento personalizado; preservação dos vínculos familiares; acomodações apropriadas para recebimentos de visitas; cuidados à saúde; promoção de atividades educacionais, esportivas, culturais e de lazer; assistência religiosa de acordo com cada crença; proceder a estudo social e pessoal de cada caso; comunicar às autoridades casos de doença infecto-contagiosa de idosos; providenciar os documentos necessários àqueles que não os tiverem; fornecer comprovante de bens móveis que receberem dos idosos; manter anotações gerais sobre o idoso; comunicar às autoridades no caso de abandono moral

ou material por parte da família e manter no quadro de pessoal profissionais com formação específica (BRASIL, 2003).

As instituições asilares têm o compromisso de suprir as necessidades básicas dos idosos, proporcionando-lhes uma melhor qualidade de vida. Contudo, nem sempre lhes são oferecidas atividades, por falta de mão-de-obra especializada, problemas financeiros, ou até mesmo pela restrição de espaço físico. Assim, os idosos ficam muito tempo ociosos, o que pode levar a problemas de angústia e depressão, entre outras doenças (GUIMARÃES, SIMAS e FARIAS, 2005).

Sabendo das dificuldades que o idoso enfrenta quando institucionalizado, este trabalho tem como principal objetivo verificar e correlacionar o nível de qualidade de vida e funcionalidade dos idosos residentes em instituições asilares da cidade de Caxias do Sul - RS.

## Materiais e métodos

Os instrumentos utilizados para coletar os dados foram: o perfil de saúde de Nottingham, também chamado de PSN (TEIXEIRA-SALMELA et al., 2004a) e a escala de autopercepção das atividades da vida diária (ANDREOTTI e OKUMA, 1999).

O PSN é um teste que avalia a qualidade de vida e analisa a saúde física, social e emocional do indivíduo. Por ser um teste simples, é indicado para ser aplicado em indivíduos debilitados, hospitalizados ou institucionalizados. É composto por 38 questões com duas possíveis respostas (Sim/Não), que englobam os níveis de energia, dor, reações emocionais, sono, interação social e habilidades físicas. Cada

resposta positiva corresponde a um escore de um (1) e cada resposta negativa, a um escore zero (0); assim, quanto menor a pontuação, melhor é a percepção do indivíduo sobre sua qualidade de vida, com o escore total (0) indicando saúde perfeita. A consistência interna do teste varia entre 0,90 e 0,94 e a confiabilidade teste-reteste é boa ( $r = 0,75$  a  $0,88$ ).

Para a análise da capacidade funcional foi utilizada a escala de autopercepção do desempenho em atividades da vida diária. Esta escala mistura itens que incluem as atividades básicas da vida diária (ABVD) e as atividades instrumentais da vida diária (AIVD), com um total de quarenta itens. Existem cinco possíveis respostas, seguindo a seguinte classificação: (A) não consigo realizar esta atividade, (B) realizo esta atividade só com ajuda de outra pessoa, (C) realizo esta atividade sozinho, (D) realizo esta atividade sozinho com um pouco de dificuldade e (E) realizo esta atividade sozinho e com facilidade. O avaliador pode auxiliar no preenchimento da escala. Para verificar o resultado, devem ser somados todos os itens: (A) equivale a zero; (B), a 1 (um); (C), a 2 (dois); (D), a 3 (três) e o item (E), a 4 (quatro). Assim, após a soma dos resultados deve-se enquadrar os idosos conforme o seguinte nível: pontuação de 0-31 capacidade funcional muito ruim; de 32-64, funcionalidade ruim; 65-97, nível médio de funcionalidade; 98-130, capacidade funcional boa e 131-160, capacidade funcional muito boa (MATSUDO, 2005).

Antes do início da coleta de dados, a Fundação de Assistência Social (FAS),

órgão público vinculado à Prefeitura Municipal de Caxias do Sul - RS, foi contatada para fornecimento do nome das entidades que atendem idosos cadastradas e registradas pelo município. Em seguida, foram realizados os contatos com todas as instituições de atendimento a idosos, explicando-se o estudo; posteriormente, as entidades interessadas assinaram o termo de aprovação de realização da pesquisa.

A coleta de dados foi realizada nos meses de fevereiro e março de 2006. Antes da fase de aplicação dos instrumentos, os idosos foram esclarecidos sobre os testes e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, do qual uma via ficou com o idoso e a outra com o pesquisador. Em seguida, individualmente, os idosos foram entrevistados nos seus lares, quando houve a necessidade da presença dos profissionais da entidade.

A pesquisa englobou indivíduos com mais de sessenta anos, capazes de responder aos questionamentos do entrevistador, de ambos os性os, sendo 42 mulheres e 24 homens. Os 66 idosos da amostra residem em entidades de atendimento ao idoso, seja de caráter asilar, seja não asilar, da cidade de Caxias do Sul - RS.

Os dados coletados foram tratados mediante a estatística descritiva, com a verificação de média e desvio-padrão. Após, foi utilizada a análise de correlação, a fim de verificar a relação entre a qualidade de vida e a capacidade funcional dos idosos.

Para fins de estudo com seres humanos, o estudo foi protocolado e aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Luterana do Brasil na cidade de Canoas - RS.

## Resultados

Os idosos pesquisados residem nas seguintes instituições asilares: Casa Sonho Meu, Casa de Repouso Sítio do Vovô, Casa de Repouso São José, Casa Anjo de Luz (Chácara das Flores), Casa de Repouso Ayme e Lar da Velhice São Francisco de Assis.

Foram entrevistados 66 indivíduos, com uma prevalência de mulheres sobre homens, com um total de 42 idosas e 24 idosos, com idade média de 78,3 anos e desvio-padrão de 9,3 anos.

No questionário de qualidade de vida, os resultados apresentaram uma média de 14,70, com um desvio-padrão de 9,00. Assim, por meio das figuras 1 e 2 podem-se correlacionar os dados da capacidade funcional com os resultados da qualidade de vida, mostrando que existe uma correlação inversa significativa entre as variáveis, ou seja, quanto melhor a capacidade funcional, melhor é a qualidade de vida (menor é o escore do teste PSN). A correlação encontrada é de  $r = -0,610$ .

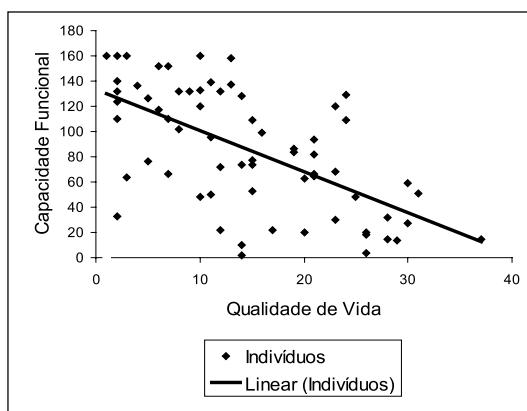


Figura 1 - Correlação entre qualidade de vida e capacidade funcional.

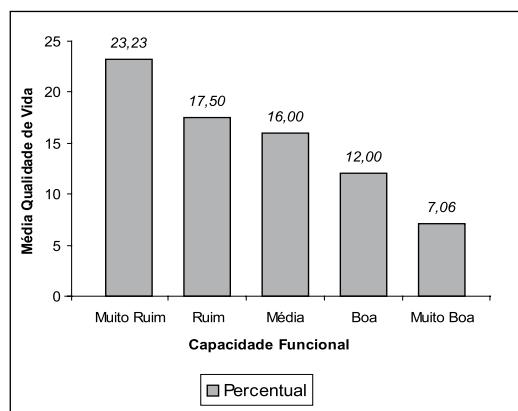


Figura 2 - Correlação entre nível de capacidade funcional e qualidade de vida.

A Figura 3 mostra a correlação entre cada variável e o sexo dos indivíduos. Assim, pode-se avaliar que as mulheres possuem nível de qualidade de vida mais baixo que o dos homens, pois, no escore do perfil de saúde de Nottingham, quanto maior o resultado, menor é o nível de qualidade de vida. Também é possível observar níveis inferiores de capacidade funcional das mulheres se comparados aos dos homens.

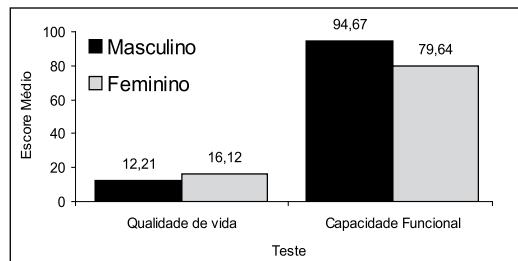


Figura 3 - Relação da qualidade de vida e capacidade funcional entre os sexos.

Outro ponto importante a se considerar é que, conforme aumenta a idade, a capacidade funcional diminui, juntamente com o nível de qualidade de vida, mostrado nas figuras 4 e 5.

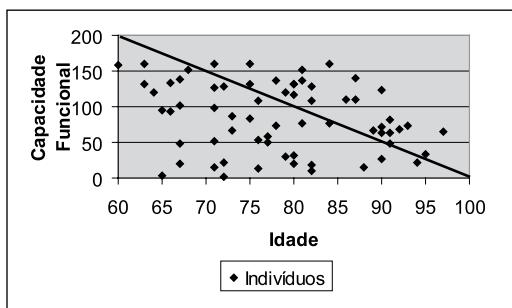


Figura 4 - Relação das variáveis capacidade funcional e a idade.

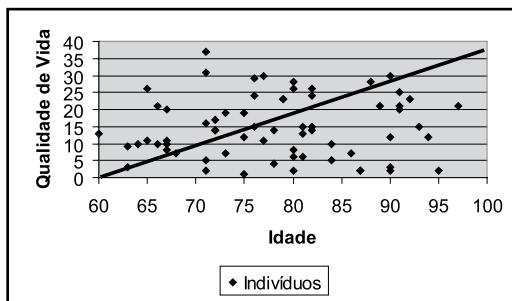


Figura 5 - Relação das variáveis qualidade de vida e a idade.

## Discussão

Quanto ao gênero dos idosos, muitos estudos encontram a presença de mais mulheres do que homens em casas de repouso, lares para idosos ou asilos. Segundo Groenwald (2003), em pesquisa realizada em instituições asilares de Canoas - RS houve prevalência de mulheres; Guedes e Silveira (2004) identificaram 60,55% de pessoas do sexo feminino e 39,44% do sexo masculino em instituições asilares de Passo Fundo - RS; Yamamoto e Diogo (2002), também em estudo em instituições asilares de Campinas - SP, encontraram predominância de mulheres institucionalizadas. Os achados de Mazuim (2005) são semelhantes aos resultados desta pesquisa. Conforme a pesquisadora, fizeram parte da amostra 69% de mulheres

e 31% de homens, todos com condições para responder aos questionamentos e residindo em entidades especializadas em atendimento a idoso do município de Cachoeira do Sul - RS.

No presente estudo foram entrevistados nas instituições idosos com idade média de 78,3 anos com um desvio-padrão de 9,3 anos; assim, compreenderam-se idosos com idade entre 63 a 97 anos, com mulheres com idade média de 79,26 anos, com desvio-padrão de 9,28, e os homens com idade média de 76,54, desvio-padrão de 9,36. Conforme Menezes e Marucci (2005), em estudo em instituições geriátricas de Fortaleza - CE a idade variou de 60 a 99 anos, com uma média etária de 75,9 anos; as mulheres com média etária de 75,9 anos ( $\pm 9,5$ ) e os homens, 73 anos ( $\pm 8,7$ ).

A capacidade funcional foi o outro aspecto estudado nesta pesquisa por meio da escala de autopercepção do desempenho de atividades da vida diária, e os resultados encontrados ficaram distribuídos de forma semelhante entre as escalas, ou seja, cada nível tinha um número similar de indivíduos. Mazuim (2005) em estudo em idosos lúcidos constatou que, antes de serem institucionalizados, tanto os homens quanto as mulheres realizavam atividades rotineiras, o que favorecia a manutenção da autonomia e independência; após a institucionalização, em virtude da escassa atividade sugerida, muitos perdiam a capacidade funcional. Guedes e Silveira (2004) utilizaram a escala de Barthel para diagnosticar a capacidade funcional, encontrando que 59,63% dos idosos institucionalizados são independentes. Em pesquisa realizada com o mesmo instrumento deste estudo, porém

com idosos com idade média de 69 anos, praticantes de atividade física e residentes em seus domicílios, os autores encontraram os seguintes resultados: 82,4% capacidade funcional muito boa e 17,6% boa (BORGES et al., 2005). Já Novais et. al. (2005), em estudo semelhante, porém somente com idosas também praticantes de atividade física, encontraram que 63,15% apresentaram escore de capacidade funcional muito bom, 23,68% com resultado bom e 10,52% com capacidade funcional média.

Com relação à qualidade de vida, muitos estudos são realizados com outros instrumentos e com população não institucionalizada. Neste estudo, os resultados do perfil de saúde de Nottingham (PSN) apresentaram uma média de 14,70, com um desvio-padrão de 9,00. Cassiano et al. (2005), avaliando idosos não-institucionalizados que participavam de um programa de exercícios, encontraram como resultado do PSN um escore de 4,70 ( $\pm$  5,83) para a primeira avaliação (antes do início do programa de exercícios) e, na segunda avaliação, 2,96 ( $\pm$  5,33). Após, ocorreu a interrupção das atividades e o escore foi o seguinte: 2,28 ( $\pm$  3,77), 2,00 ( $\pm$  3,52) e, na última avaliação, 3,52 ( $\pm$  5,58). Em estudo com idosos em treinamento por 12 semanas, o resultado com o mesmo teste (PSN) foi de 6,16 ( $\pm$  6,87) e, na segunda avaliação, 5,55 ( $\pm$  6,04) (TEIXEIRA-SALMELA et al., 2004b). Portanto, pode-se observar que o nível de qualidade de vida de idosos institucionalizados é menor quando comparados a idosos que residem em seus lares, já que, quanto maior for o nível do perfil de saúde de Nottingham, menor será a qualidade de vida.

Em comparação com as duas variáveis – capacidade funcional e qualidade de vida –, no presente estudo pôde-se confirmar uma relação consistente com a bibliografia pesquisada. Segundo Cueto (2003), estados de saúde físico, social e mental afetam a qualidade de vida, e a capacidade funcional é um dos importantes marcadores de um envelhecimento bem-sucedido e da qualidade de vida dos idosos. Muitas pesquisas relacionam a qualidade de vida com a prática de atividade física, mostrando que um indivíduo ativo tem nível maior de qualidade de vida que um que não pratica atividade física (PACHECO et al., 2005; ROSA, GERALDO e ÁVILA, 2005; VIANA, 2004). Os resultados também apontam uma diminuição da capacidade funcional e, consequentemente, da qualidade de vida à medida que o indivíduo envelhece. Esses achados estão de acordo com os resultados de Cueto (2003).

## Conclusão

Com base nos resultados encontrados no presente estudo, pode-se concluir que em instituições asilares na cidade de Caxias do Sul - RS há a predominância de mulheres sobre os homens, em percentuais aproximados de 64% de mulheres e 36% de homens.

Como não foram encontradas pesquisas que utilizam a escala de autopercepção do desempenho de atividades da vida diária e do perfil de saúde de Nottingham em idosos institucionalizados, os dados desta pesquisa foram comparados a estudos com idosos não institucionalizados. Assim, conclui-se que idosos institucionalizados apresentam níveis de capacidade funcional e qualidade de vida inferior aos dos idosos não institucionalizados.

Quanto às mulheres possuírem menor qualidade de vida e capacidade funcional, sugere-se que isso possa ter ocorrido em razão de apresentarem idade superior à dos homens. Também foi possível concluir que, conforme a idade aumenta, os níveis de capacidade funcional e qualidade de vida pioram.

Conforme o objetivo estabelecido neste estudo, pode-se verificar que existe uma correlação de  $r = -0,610$  entre as variáveis qualidade de vida e capacidade funcional, ou seja, capacidade funcional diminuída reduz a autopercepção dos idosos sobre a qualidade de vida.

## Abstract

### Quality of life in elderly people that live in asylums in the city of Caxias do Sul - RS

The aim of the study was to compare Functional Capacity to Quality of Life in elderly people that live in asylums in the city of Caxias do Sul-RS. The sample was made up of 66 people, with age between 60 and 97 years old, able to answer questions from interviewer. The instruments used were: Nottingham Health Profile (NHP) to evaluate quality of life and Self-perception performance scale on everyday life activities which tests Functional Capacity. The results are as follows: more women (64%) than men (36%); with average age 78,3 years old. The sample was similarly distributed in the five levels of functional capacity; as for quality of life the average was 14,70 ( $\pm 9,00$ ). There was an inverse correlation ( $r = 0,610$ ), for as functional capacity decreases the NHP

score increases (quality of life decreases). The women showed lower quality of life and functional capacity when compared to men, which is probably due to more advanced age. Also, elderly people that live in asylum have worse functional capacity and quality of life than elderly people that live in their own homes.

*Key words:* Elderly people. Asylum. Functional capacity. Quality of life.

## Referências

- ANDREOTTI, R. A.; OKUMA, S. Validação de uma bateria de testes de atividades da vida diária para idosos fisicamente independentes. *Revista Paulista de Educação Física*, v. 13, n. 1, p. 46-66, jan./jun. 1999.
- BORGES, L. J. et al. I Avaliação da auto-percepção das atividades de vida diária, experiências subjetivas e depressão em idoso praticantes de musculação. In: GONÇALVES, A. K.; GROENWALD, R. M. F. *Qualidade de vida e estilo ativo no envelhecimento*. Porto Alegre: Novo Tempo, 2005.
- BRASIL. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. *Política Nacional do Idoso*, Brasília: Ministério da Justiça, Secretaria Nacional dos Direitos Humanos, 1998.
- \_\_\_\_\_. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. *Estatuto do Idoso: Declaração dos Direitos do Idoso*, Brasília: São Miguel, 2003.
- CARVALHO, C. et al. Análise da capacidade funcional de idosos institucionalizados. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL SOBRE ATIVIDADES FÍSICAS PARA A TERCEIRA IDADE, VIII. Canoas. *Anais...* Canoas: Ulbra, 2005. p.14.
- CASSIANO, J. G. et al. Promovendo saúde e qualidade de vida em adultos maduros e idosos.

- In: ENCONTRO DE EXTENSÃO DA UFMG, 8º. Belo Horizonte. *Anais...* Belo Horizonte: UFMG, 2005. Disponível em: [http://www.ufmg.br/proex/arquivos/8Encontro/Saúde\\_49.pdf](http://www.ufmg.br/proex/arquivos/8Encontro/Saúde_49.pdf). Acesso em: 14 nov. 2005.
- CUETO, P. A. *Avaliação da qualidade de vida no grupo de terceira idade do Sesi de Santa Maria - RS*. Monografia (Curso de Especialização em Saúde do idoso, ênfase em Geriatria) - Universidade Luterana do Brasil, Canoas, 2003.
- DAVIM, R. M. B. et al. Estudo com idosos de instituições asilares no município de Natal/RN: características socioeconómicas e de saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 12, n. 3, p. 518-524, maio/jun. 2004.
- GEIS, P. P. *Atividade física e saúde na terceira idade: teoria e prática*. Trad. de Magda Schwartzhaupt Chaves. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.
- GUEDES, F. M.; SILVEIRA, R. R. Análise da capacidade funcional da população geriátrica institucionalizada na cidade de Passo Fundo-RS. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, v. 10, n. 21, p. 10-21, jul./dez. 2004.
- GUIMARÃES, A. A.; SIMAS, J. N.; FARIAS, S. F. O ambiente asilar e a qualidade de vida do idoso. *A Terceira Idade*, v. 16, n. 33, p. 54-71, jun. 2005.
- GROENWALD, R. F. *A institucionalização do idoso no município de Canoas-RS*. Dissertação (Curso de Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Luterana do Brasil, Canoas, 2003.
- MATSUDO, S.; MATSUDO, V.; BARROSNETO, T. Impacto do envelhecimento nas variáveis antropométricas, neuromotoras e metabólicas da aptidão física. *Revista Brasileira Ciência e Movimento*, v. 8, n. 4, p. 21-32, set. 2000.
- MATSUDO, S. et al. Evolução do perfil neuromotor e capacidade funcional de mulheres fisicamente ativas de acordo com a idade cronológica. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, v. 9, n. 6, p. 365-376, nov./dez. 2003.
- MATSUDO, S. M. *Avaliação do idoso: física e funcional*. 2. ed. Londrina: Midiograf, 2005.
- MAZO, G.; LOPES, M.; BENEDETTI, T. *Atividade física e o idoso: concepção gerontológica*. 2. ed. Porto Alegre: Sulina, 2004.
- MAZUIM, C. R. *Idoso institucionalizado: suporte, abrigo ou segregação?* Canoas: Ed. Ulbra, 2005.
- MENEZES, T. N.; MARUCCI, M. N. Antropometria de idosos residentes em instituições geriátrica, Fortaleza, CE. *Revista de Saúde Pública*, v. 39, n. 2, p. 169-175, abr. 2005.
- NASSER, J.; PIUCCO, T. Retrospectiva do uso de calçado por idosos em atividades de lazer. In: GONÇALVES, A. K.; GROENWALD, R. M. F. *Qualidade de vida e estilo ativo no envelhecimento*. Porto Alegre: Novo Tempo, 2005.
- NOVAIS, F. et. al. Influência de um programa de exercícios físicos e recreativos na auto-percepção do desempenho de atividade da vida diária de idosos. In: GONÇALVES, A. K.; GROENWALD, R. M. F. *Qualidade de vida e estilo ativo no envelhecimento*. Porto Alegre: Novo Tempo, 2005.
- PACHECO, M. et. al. Qualidade de vida e performance em idoso: estudo comparativo. *Saúde em Revista*, v. 7, n. 17, p. 47-52, 2005.
- PERES, M.; SILVEIRA, E. Qualidade de vida e equilíbrio em idosos institucionalizados. In: GONÇALVES, A. K.; GROENWALD, R. M. F. *Qualidade de vida e estilo ativo no envelhecimento*. Porto Alegre: Novo Tempo, 2005.
- RAMOS, L. R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 19, n. 3, p. 793-797, jun. 2003.
- ROSA, F.; GERALDO, M.; AVILA, M. Qualidade de vida, atividade física e envelhecimento. *A Terceira Idade*, v. 16, n. 32, p. 52-65, fev. 2005.
- ROSSI, L.; GROENWALD, R. M. Percepção dos idosos sobre sua participação no grupo de convivência da terceira idade. In: GONÇALVES, A. K.; GROENWALD, R. M. F. *Qualidade de vida e estilo ativo no envelhecimento*. Porto Alegre: Novo Tempo, 2005.
- SKINNER, B. F.; VAUGHAN, M. E. *Viva bem a velhice: aprendendo a programar a sua vida*. São Paulo: Sumus, 1985.

- SPIRDUSO, W. W. *Dimensões físicas do envelhecimento*. Barueri: Manole, 2005.
- STELLA, F. et al. Depressão no idoso: diagnóstico, tratamento e benefícios da atividade física. *Motriz*, v. 8, n. 3, p. 7-13, set./dez. 2002.
- STREIT, I. et al. Avaliação funcional do idoso institucionalizado. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL SOBRE ATIVIDADES FÍSICAS PARA A TERCEIRA IDADE, VIII. Canoas. *Anais...* Canoas: Ulbra, 2005. p. 34.
- TEIXEIRA-SALMELA, L. T. et al. Adaptação do perfil de saúde de Nottingham: um instrumento simples de avaliação da qualidade de vida. *Caderno de Saúde Pública*, v. 20, n. 4, p. 905-914, jul./ago. 2004a.
- TEIXEIRA-SALMELA, L. T. et al. Projeto Vale a Pena Viver: promovendo autonomia e qualidade de vida para idosos. In: ENCONTRO DE EXTENSÃO DA UNIVERSIDADE DE MINAS GERAIS, 7º. *Anais...* Belo Horizonte. UFMG, 2004b. Disponível em: <http://www.ufmg.br/proex/arquivos/7Encontro/Asude168.pdf>. Acesso em: 14 nov 2005.
- VIANA, H. B. Avaliando a qualidade de vida de pessoas idosas utilizando parâmetros subjetivos. *Revista Brasileira de Ciência do Esporte*, v. 25, n. 3, p. 149-158, maio 2004.
- YAMAMOTO, A.; DIOGO, M. D. Os idosos e as instituições asilares do município de Campinas. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 10, n. 5, p. 660-666, set./out. 2002.

#### Endereço

Paula Cristina Mincato  
Rua Nicodemos Comerlato, 204  
Bairro Galópolis  
CEP 95090-200  
Caxias do Sul - RS  
Email: [mincato@terra.com.br](mailto:mincato@terra.com.br)