

Envelhecimento e qualidade de vida de idosos institucionalizados

Deusedit Lima Lima*, Maria Alice Vieira Damaceno de Lima**, Cristiane Galvão Ribeiro***

Resumo

Estudo do tipo exploratório-descritivo de abordagem quantitativa, foi realizado junto a 69 idosos com média de idade de 75,40 anos, variando de 53 a 90 anos, integrantes de quatro instituições asilares de João Pessoa. Objetivou verificar a qualidade de vida dos idosos institucionalizados dessas instituições. Os dados foram coletados por meio do instrumento WHOQOL-bref, versão em português, para avaliar a qualidade de vida. Os resultados foram obtidos utilizando-se a estatística descritiva (frequência, média e desvio-padrão) e a estatística inferencial. O estudo demonstrou diferença das qualidades de vida quanto ao sexo, visto que os homens se avaliam melhor e possuem melhor bem-estar psicológico, por possuírem mais sentimentos positivos, aproveitarem mais a vida e terem mais poder de concentração que as mulheres. As atividades oferecidas por algumas instituições pesquisadas têm proporcionado melhoria na qualidade de vida, pois possibilitam maior coordenação motora, estimulam o raciocínio e a criatividade dos idosos.

Palavras-chave: Idosos. Institucionalizado. Qualidade de vida.

Introdução

O envelhecimento é hoje um fenômeno universal tanto nos países desenvolvidos como nos em desenvolvimento. Nos idosos institucionalizados ou não, vários elementos apontam como indicadores de bem-estar e qualidade de vida na velhice, como longevidade, produtividade, relações com amigos e familiares, saúde biológica e mental, competência social, eficácia cognitiva, lazer etc.

Nos países em desenvolvimento, como o Brasil, as pessoas idosas são aquelas que têm mais de sessenta anos. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1998), até o ano 2025 a população idosa brasileira crescerá 16 vezes, contra cinco da população total. Isso classifica um país com a sexta população do mundo em idosos, correspondendo a mais de 34 milhões de pessoas com sessenta anos ou mais idade.

Com o envelhecimento populacional observado no Brasil, tem crescido a demanda por serviços e instituições

* Alunos do curso da disciplina Estágio Supervisionado Básico – Discurso Científico

** Alunos do curso da disciplina Estágio Supervisionado Básico – Discurso Científico

*** Professora Titular do curso de Psicologia do Centro Universitário de João Pessoa, psicóloga clínica, mestre em Psicologia Social e doutoranda em Psicologia Social. Endereço para correspondência: Centro Universitário de João Pessoa, Rua Maria Rosa, 441, ap^o 202-A – Manaíra, 58038-460 – João Pessoa- PB. E-mail: deuseditl@hotmail.com e alicedamaceno@hotmail.com

↳ Recebido em fevereiro de 2009 – Avaliado em março de 2010.

↳ doi:10.5335/rbceh.2010.032

para o atendimento e acompanhamento integral ao idoso. No entanto, visando garantir a assistência prestada ao idoso, foi instituído no Brasil o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003), que prioriza o atendimento desse indivíduo em sua própria família em detrimento do atendimento asilar, exceto nos casos em que este e sua família carecerem de condições mínimas de sobrevivência.

Apesar da determinação contida no estatuto, algumas vezes a internação do idoso em uma instituição asilar pode se apresentar como a única saída para a família diante da não disponibilidade familiar, financeira e psicológica de atendimento a esse. Nessas instituições asilares, o indivíduo vive na forma de internato, por tempo determinado ou não, mediante pagamento ou não. Geralmente, essas instituições são ligadas a entidades religiosas destinadas a amparar idosos, proporcionando-lhes moradia, cuidados de saúde, condições de higiene e alimentação.

Quanto ao processo do envelhecimento, acredita-se que a sociedade deve entender que o processo de envelhecimento é dinâmico, progressivo, caracterizado por diversas manifestações nos campos biológicos, psíquico e social, que ocorre ao longo da vida, de forma diferenciada em cada indivíduo. Pode-se associar esse processo às doenças que podem comprometer o bom funcionamento do sistema nervoso central, como as enfermidades neuropsiquiátricas, principalmente a depressão. (MINCATO; FREITAS, 2007).

Acredita-se que a sociedade deve entender que o processo de envelhecimento é dinâmico, progressivo, caracterizado

por diversas manifestações nos campos biológico, psíquico e social, que ocorre ao longo da vida e de forma diferenciada em cada indivíduo. 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).

O envelhecimento bem-sucedido não é um privilégio ou sorte, mas um objetivo a ser alcançado por quem planeja e trabalha para isso, sabendo lidar com as mudanças que efetivamente acompanham o envelhecer.

A velhice nunca deve ser confundida com doença. A saúde e o bem-estar do idoso estão relacionados intimamente à autonomia e independência que ele possui. Devemos, pois, ressaltar que essas transformações necessitam de um cuidado que envolva os aspectos biopsicossociais, não apenas o físico do idoso, para se evitar que as doenças se instalem. (MOURA; CAMARGOS, 2005).

No que tange aos “idosos institucionalizados”, torna-se fundamental definir qual é o entendimento da expressão. Institucionalização significa, na língua portuguesa, “ato ou efeito de institucionalizar”; institucionalizar, por sua vez, é dar o caráter de instituição, ou adquirir o caráter de instituição; instituição é definida como ato ou efeito de instituir, associação ou organização. (FERREIRA, 2002).

As instituições asilares têm o compromisso de suprir as necessidades básicas dos idosos, proporcionando-lhes uma melhor qualidade de vida. Contudo, nem sempre são oferecidas atividades

aos idosos, 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; FARIAS, 2005).

Na literatura nacional encontra-se que o termo “qualidade de vida” é um tema abrangente, que envolve múltiplas definições, as quais enfatizam a ideia de bem-estar físico, emocional, social, econômico, satisfação com a própria vida e, ainda, boas condições de saúde, educação, moradia, transporte, lazer e crescimento individual. (CAMPOS, 2007).

Adota-se aqui o conceito de qualidade de vida como expressão da melhor satisfação subjetiva de uma pessoa em dada circunstância, conforme a rede de atenção de que dispõe e a capacidade de autodeterminar vontades, desejos, necessidades e a condução da própria vida. Privilegia-se, dessa forma, uma gama de construtos que, reunidos, edificam o viver bem, a satisfação e, essencialmente, a garantia das necessidades individuais para uma vida digna, de acordo, inclusive, com os preceitos do exercício da cidadania. (OLIVEIRA, 2006).

Assim, a compreensão de qualidade de vida na velhice está atrelada ao significado de velhice dado pelos idosos. Para isso se devem considerar as referências às mudanças do corpo e às imagens desse corpo, os contrastes sociais e culturais que caracterizam o curso de vida, se o passado foi marcado pela busca de sobrevivência, pelo trabalho com poucas garantias ou não e se hoje, na velhice,

sobrevivem com a ajuda de familiares ou são independentes.

Tendo em vista a variabilidade do conceito de qualidade de vida e sua subjetividade, com o propósito de se orientar as políticas para um envelhecimento bem-sucedido, é imprescindível conhecer o que, para a maioria dos idosos, está relacionado ao bem-estar, à felicidade, à realização pessoal, enfim, à qualidade de vida nessa faixa etária. Qualidade de vida é uma noção eminentemente humana e abrange muitos significados, que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades. Tais significados refletem o momento histórico, a classe social e a cultura a que pertencem os indivíduos. (VECCHIA et al., 2005).

A qualidade de vida do ser humano expressa a qualidade de sua saúde, suas possibilidades e imitações individuais e coletivas. Segundo Lopez (1996), a qualidade de vida é tida como uma conquista, mas na verdade deve ser vista como um direito de todos. No Brasil, no entanto, isso é problemático, pois, em virtude das condições de desigualdade, injustiça e exclusão social, são poucas as pessoas que têm acesso a um serviço de saúde adequado às suas necessidades, ou seja, algumas pessoas já possuem uma qualidade de vida deficiente, o que constitui um fator determinante tanto para a dificuldade de acesso aos serviços de saúde de qualidade quanto para a satisfação de suas necessidades.

Apesar de não haver definição consensual, existe razoável concordância entre os pesquisadores acerca do construto QV, cujas características são

subjetividade, multidimensionalidade e bipolaridade. O grupo de estudos sobre qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde define QV como a “percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. Nessa definição se incluem seis domínios principais: saúde física, estado psicológico, níveis de independência, relacionamento social, características ambientais e padrão espiritual. (SEIDL; ZANNON, 2004).

A qualidade de vida da pessoa idosa, que é proporcional à duração de sua vida, está em geral assegurada se ele vive no seu lar. Nesse sentido, todos os esforços devem ser realizados para procurar manter a pessoa idosa em seu lar, isto é, no lugar onde ela vive. O lar deve ser um lugar onde cada um se sente importante, útil, único e desempenhando o seu papel. Afinal, a qualidade de vida pode ser indicada pela capacidade que o idoso tem de desempenhar as atividades básicas da vida diária de modo que seja independente. (MINCATO; FREITAS, 2007).

Diante dessas premissas, questiona-se: Qual é a qualidade de vida dos idosos institucionalizados de João Pessoa? Este projeto teve por objetivos verificar a qualidade de vida dos idosos institucionalizados e relacionar, de acordo com a descrição dos idosos institucionalizados, o nível de satisfação sentido quando participam de atividades que promovem melhoria na qualidade de vida.

A pesquisa foi viável considerando que foi feita em instituições para idosos

de João Pessoa e teve amostra significativa. Justificou-se pela necessidade de se conhecer a qualidade de vida dos idosos em instituições asilares de João Pessoa, pois na realidade dessa cidade pouco se conhece sobre o assunto em estudo.

População e metodologia

A população considerada para a presente investigação caracteriza-se pelos idosos institucionalizados e distribuídos nas seguintes instituições da cidade de João Pessoa, PB: Casa da Divina Misericórdia - Jaguaribe (27 idosos); Ministério de Atendimento Assistencial Nordeste de Acampamento e Instituto (Maanain) - Bancários (8 idosos); Instituto Espírita Nosso Lar – Castelo Branco (37 idosos); Congregação das Irmãs dos Pobres de Santa Catarina de Sena – Lar da Providência “Carneiro da Cunha” – Bairro dos Estados (119 idosos). Dessa forma, a população foi de 191 idosos, sendo a amostra constituída por 57 idosos (que correspondem a 30% da população); portanto, uma amostra significativa, de ambos os sexos e com idade igual ou superior a sessenta anos, de acordo com o conceito de idoso da Organização Mundial de Saúde.

Diante da presente população, a amostra foi construída através da técnica de amostragem probabilística por randomização estratificada. Do estudo participaram 69 idosos, com média de idade de 75,40 anos, variando de 53 a 90 anos, moradores das instituições citadas.

Utilizou-se como instrumento a versão abreviada do WHOQOL-bref com 26 itens. A Organização Mundial de Saúde

elaborou o WHOQOL-100 na busca de um instrumento que avaliasse qualidade de vida dentro de uma perspectiva genuinamente internacional. Posteriormente, foi desenvolvido o WHOQOL-brief, versão abreviada do WHOQOL-100, pela necessidade de instrumentos curtos, que demandem pouco tempo para seu preenchimento, o qual é constituído de cinco domínios: geral, físico, psicológico, relações sociais e ambiente e 26 itens (FLECK et al., 1999). As escalas de respostas são do tipo Likert com 5 pontos e os escores foram obtidos pela média aritmética para as facetas e dimensões, variando de 1 a 5.

Para a análise contemplou-se uma abordagem quantitativa com a utilização do *software* SPSS em sua versão 15.0, cujos dados foram analisados utilizando-se a estatística descritiva (frequência, média e desvio-padrão) e da estatística inferencial (teste *t* e Anova).

O protocolo de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba.

Resultados e discussões

Quanto às características sociodemográficas dos 69 idosos estudados, 54 (78,3%) são do sexo feminino e 15 (21,7%) do sexo masculino. No que se refere à escolaridade, 26 idosos (37,7%) não concluíram o ensino fundamental e 19 (27,5%) são analfabetos; no ensino médio, cinco idosos (7,2%) concluíram o curso e três (4,3%) possuem o superior

completo. Cabe ressaltar que, em relação à escolaridade, cinco entrevistados deixaram de responder ao item. Em relação ao estado civil, 33 (47,8%) são solteiros; 23 (33,3%), viúvos(as); 10 (14,5%), separados e 3 (4,3%), casados. Na Tabela 1 demonstram-se as médias e os desvios-padrão dos domínios do instrumento referido.

Tabela 1: Médias gerais dos domínios do *brief*.

Domínios	n	Média	Desvio-padrão
Geral	68	3,38	0,95
Físico	68	3,02	0,74
Psicológico	63	3,46	0,70
Social	62	3,14	0,71
Ambiental	66	3,08	0,73

Observaram-se índices medianos de qualidade de vida ao se analisar a contribuição dos diferentes domínios da escala e também boa contribuição no domínio geral, que diz respeito à autoavaliação da qualidade de vida. O domínio que mais contribuiu na qualidade de vida foi o psicológico, seguido do social e do ambiental; o físico mostrou as médias mais fracas entre as facetas em razão da idade e, conseqüentemente, da impossibilidade de locomoção e de exercer atividades da vida diária.

Na Tabela 2 é explanada a comparação entre os domínios geral e psicológico em relação ao sexo.

Tabela 2: Média dos domínios geral e psicológico em relação ao sexo.

Domínio	Sexo	N	Média	DP	t	p
Geral	Masculino	15	3,80	0,561	2,11	0,04*
	feminino	53	3,25	1,003		
Psicológico	Masculino	13	3,94	0,449	2,90	0,05*
	feminino	50	3,34	0,706		

Observou-se, no que tange à avaliação da própria vida e ao bem-estar psicológico, que os homens obtiveram uma melhor qualidade de vida que as

mulheres. Na Tabela 3 são demonstrados os itens dos domínios geral e psicológico que mais contribuíram para a diferença observada entre os sexos.

Tabela 3: Itens do domínio psicológico que contribuíram para diferença entre sexos.

Perguntas	Sexo	N	Média	Desvio-padrão	t	p
5 O quanto você aproveita sua vida?	Masculino	15	3,47	0,990	3,06	0,003
	Feminino	53	2,42	1,216		
7 O quanto você consegue se concentrar?	Masculino	15	4,00	0,756	3,45	0,001
	Feminino	54	2,91	1,154		
26 Com que frequência você tem sentimentos negativos, tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	Masculino	15	4,40	0,632	2,12	0,003
	Feminino	54	3,91	0,830		

No domínio geral, os homens avaliaram melhor a qualidade de vida que as mulheres, o que está relacionado à autoavaliação da própria vida e da saúde. Para o domínio psicológico, os homens também demonstraram a maior média (3,94), enquanto as mulheres obtiveram a média 3,34. A diferença entre os sexos deve-se, provavelmente, ao fato de as mulheres responderem que aproveitam menos a vida, concentram-se menos,

têm sentimentos negativos, ansiedade e depressão mais frequentemente que os homens. Assim, percebe-se que a qualidade de vida subjetiva é melhor para os homens do que para as mulheres idosas, talvez porque o envelhecimento seja percebido pela mulher como mais negativo.

Na Tabela 4 é mostrada a comparação feita entre a qualidade de vida dos idosos por instituição.

Tabela 4: Relação domínios da QV e instituição.

Domínio	Instituição	N	Média	DP
Físico (F = 3,09 p < 0,03)	Nosso Lar	20	3,08	0,893
	Lar Divina Misericórdia	7	2,29	0,452
	Maanain	6	3,33	0,597
	Lar da Providência	35	3,09	0,628
Psicológico (F = 5,87 p < 0,01)	Nosso Lar	19	3,28	0,782
	Lar Divina Misericórdia	5	2,60	0,450
	Maanain	6	3,25	0,828
	Lar da Providência	33	3,73	0,509
Ambiental (F = 24,53 p < 0,001)		63	3,46	0,702
	Nosso Lar	20	2,45	0,578
	Lar Divina Misericórdia	7	2,54	0,499
	Maanain	5	2,95	0,716
	Lar da Providência	34	3,58	0,423
		66	3,08	0,729

Nos domínios físico, psicológico e ambiental observa-se que houve diferenças estatisticamente significativas entre as médias dos domínios entre as instituições, na seguinte sequência: Lar da Providência – domínio psicológico (3,73), domínio ambiental (3,58) e domínio físico (3,09); Maanain – domínio físico (3,33), domínio psicológico (3,25) e domínio ambiental (2,95). Observa-se que o Lar da providência se sobressai

entre as demais com melhores índices de qualidade de vida, provavelmente por oferecer mais atividades de lazer. Nesta instituição há o incentivo às caminhadas e outras atividades, práticas que aumentam consideravelmente a qualidades de vida dos idosos.

Na Tabela 5 é mostrada a contribuição do domínio físico para as diferenças observadas entre as instituições.

Tabela 5: Contribuição do domínio físico para as diferenças entre as instituições.

Item	Instituição	DP	N	Média
Você tem energia suficiente para seu dia a dia? (F = 5,48 p < 0,02)	Nosso Lar	21	3,14	1,108
	Lar Divina Misericórdia	7	1,57	0,535
	Maanain	6	3,50	0,837
	Lar da Providência	35	3,09	1,040

No domínio físico o item que mais contribuiu para a diferença entre as instituições foi a energia de que cada um pode dispor para se mover livremente e para as atividades diárias. Nesse sentido, o Lar Maanain teve a maior média (3,50), seguido do Lar da Providência (3,09), Nosso Lar (3,14) e, finalmente, Lar Divina Misericórdia (1,57). Esta última instituição apresenta níveis muito baixos quanto à energia de que os idosos necessitam no dia a dia, provavelmente

por não oferecer quase nenhuma atividade. Destaque-se que a instituição abriga os idosos mais debilitados (cadeirantes, hipertensos), o que os impede de participar das atividades diárias, sendo, portanto, entre as demais pesquisadas, a que apresentou o índice do domínio físico mais o baixo.

Na Tabela 6 é mostrada a contribuição do domínio psicológico para as diferenças entre as instituições.

Tabela 6: Contribuição do domínio psicológico para as diferenças entre as instituições.

Item	Instituição	DP	N	Média
Quanto você aproveita sua vida? (F = 10,123 p < 0,001)	Nosso Lar	21	2,19	1,030
	Lar Divina Misericórdia	7	1,14	0,378
	Maanain	6	2,50	1,378
	Lar da Providência	34	3,26	1,082
11 Você é capaz de aceitar sua aparência física? (F = 6,37 p < 0,001)	Nosso Lar	21	3,24	1,411
	Lar Divina Misericórdia	6	2,50	0,837
	Maanain	6	3,33	0,816
	Lar da Providência	35	3,77	0,547

Quanto ao domínio psicológico, os itens que mais contribuíram estão ligados às crenças pessoais (aceitar a aparência física, aproveitar a vida). Provavelmente, a religião e a espiritualidade estão influenciando nesses escores, visto que algumas instituições são de cunho religioso (católica, evangélica e espírita). As maiores médias estão nas instituições Lar da Providência, Maanain e Nosso Lar.

No idoso a qualidade de vida 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 bom e péssimo). Nesse sentido, a qualidade de vida depende da interpretação emocional que cada indivíduo faz dos fatos e eventos e está intimamente relacionada à percepção subjetiva dos acontecimentos e condições de vida. (XAVIER, 2003).

Na Tabela 7 é mostrada a contribuição do domínio ambiental para as diferenças entre as instituições.

Tabela 7: Contribuição do domínio ambiental para as diferenças entre as instituições.

Item	Instituição	N	Média	DP
Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades? ($F = 6,20$ $p < 0,001$)	Nosso Lar	21	2,57	1,121
	Lar Divina Misericórdia	7	2,43	0,976
	Maanain	6	2,83	1,169
	Lar da Providência	35	3,49	0,612
Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia a dia? ($F = 12,56$ $p < 0,001$)	Nosso Lar	21	1,48	0,814
	Lar Divina Misericórdia	7	2,43	1,512
	Maanain	6	2,67	1,033
	Lar da Providência	35	3,09	0,887
Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer? ($F = 24,84$ $p < 0,001$)	Nosso Lar	21	1,29	0,644
	Lar Divina Misericórdia	7	1,14	0,378
	Maanain	6	1,83	1,169
	Lar da Providência	35	3,09	0,951

No domínio ambiental, os itens que mais contribuíram para as diferenças entre as instituições estão estreitamente relacionados entre si, associados às informações de que os idosos podem dispor no seu dia a dia; às atividades de lazer oferecidas e aos recursos financeiros para suprir suas necessidades. No domínio ambiental, observa-se a deficiência das instituições Nosso Lar e Divina Misericórdia principalmente no que tange às atividades, demonstrando que oferecem poucos recursos de lazer, diminuindo consideravelmente suas qualidades de vida. De acordo com O'Shea (2003), a moradia e o ambiente físico adequados têm influência positiva na qualidade de vida do idoso.

Considerações finais

O estudo demonstrou diferença na qualidade de vida quanto ao sexo, visto que os homens se avaliam melhor e possuem melhor bem-estar psicológico, por possuírem mais sentimentos positivos,

aproveitarem mais a vida e terem mais poder de concentração que as mulheres.

Quanto às diferenças entre instituições, o Lar da Providência destacou-se positivamente nos domínios ambiental (pela instituição ser mais bem estruturada) e psicológico (por terem mais lazer, o que contribuiu para o bem-estar). A maior influência da qualidade de vida e do bem-estar desses idosos diz respeito ao domínio físico, pois nessa instituição os idosos movem-se livremente e têm capacidade para desenvolver suas atividades rotineiras, o que contribui para os melhores índices de qualidade de vida e, conseqüentemente, para serem mais ativos. Como destaca Néri (1993), quanto mais ativo o idoso, maior sua satisfação com a vida e, portanto, melhor sua qualidade de vida.

Uma das dimensões a ser considerada deve ser o ambiente físico em que o idoso está inserido, uma vez que o domínio ambiental apresentou média de 2,54, inferior à de outras duas instituições.

Ressaltamos que os idosos residentes nessa instituição não têm capacidade funcional para a vida diária, sendo, portanto, necessário criar alternativas de lazer adaptadas para essas pessoas.

As atividades oferecidas têm proporcionado melhoria na qualidade de vida, pois possibilitam maior coordenação motora, estimular o raciocínio e a criatividade dos idosos. Outro fator marcante na melhoria da qualidade de vida dos idosos é que hoje participam, têm maior iniciativa durante as atividades e são mais ágeis.

Estudos dessa natureza tornam-se relevantes, pois, além de trazer para o meio acadêmico as discussões que permeiam as políticas públicas de atenção aos idosos, servem para preencher essa lacuna, que a princípio nem poder público nem sociedade, isoladamente, estão aptos a responder com qualidade necessária.

Finalmente, é interessante que haja uma contínua busca pelo que é idealizado até agora como realmente significativo para a vida do idoso, a fim de colaborar para a evolução deste grupo social em todos os campos possíveis, inclusive no campo da QV.

Diante do exposto, pode-se concluir que as atividades diárias influenciam na qualidade de vida desses idosos, de modo que quanto mais atividades praticarem, mais aumenta o nível de qualidade de vida, o que se torna uma ferramenta importante na ocupação do tempo ocioso dos idosos e na interação entre os próprios idosos.

Aging and quality of life of elderly institutionalized

Abstract

Study of the exploratory-descriptive type of quantitative approach was conducted with 69 (sixty-nine) seniors with an average age of 75,40 years ranging from 53 to 90 years, members of four (4) institutions asylum from João Pessoa. Aimed to verify the quality of life of elderly institutionalized these institutions. Data were collected by means of WHOQOL-bref, version in Portuguese, to assess the quality of life. The results were obtained using the descriptive statistics (frequency, mean and standard deviation) and inferential statistics. The study showed difference of Qualities of Life of gender, while men are assessed better and have better psychological well-being, due to more positive feelings, take life more and have more power of concentration than women. The activities offered by some institutions surveyed have provided better quality of life, it enables greater motor coordination, stimulate thinking and creativity of older people.

Key words: Elderly. Institutionalized. Quality of life.

Agradecimentos

Aos idosos e às instituições asilares pela colaboração e acolhimento. À professora Cristiane Galvão Ribeiro, pela orientação na realização desta pesquisa.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. *Estatuto do Idoso*. Brasília, 2003.

_____. Organização Mundial de Saúde. *Procedimentos de aplicação WHOQOL-100 e WHOQOL-bref*. Disponível em: <http://www.ufrgs.br>. Acesso em: 16 abr. 2008.

CAMPOS, Paola. *Como está a qualidade de vida dos idosos institucionalizados?* Escola de Artes Ciências e Humanidades – EACH. São Paulo: USP, 2007.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. *Mini Aurélio – século XXI: o minidicionário da língua portuguesa*. 4. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2002.

FLECK, Marcelo P. A. et al. Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (whoqol-100). *Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100)*. *Saúde Pública*, v. 33, n. 2, p. 198-205, 1999.

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.

LOPEZ, G. Como se mede a qualidade de vida? *Tópicos em Geriatria*, v. 1, n. 1, p. 35-39, 1996.

MINCATO, P. C.; FREITAS, C. L. R. Qualidade de vida dos idosos residentes em instituições asilares da cidade de Caxias do Sul - RS. *RBCEH*, Passo Fundo, v. 4, n. 1, p. 127-138, jan./jun. 2007.

MOURA, L. F.; CAMARGOS, A. T. Atividades educativas como meio de socialização de idosos institucionalizados. In: ENCONTRO DE EXTENSÃO DA UFMG, 8. Belo Horizonte, UFMG. *Anais...*, 2005. p. 3-8.

OLIVEIRA, C. C. Otimizando a qualidade de vida das pessoas idosas institucionalizadas. *Revista Virtual Textos & Contexto*, Florianópolis, n. 6, p. 1-20, dez. 2006.

OMS. Organização Mundial de Saúde. *Apresenta texto sobre promoção de saúde*. Glossário. Genebra, 1998.

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.

SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 20, n. 2, p. 580-588, mar./abr. 2004.

VECCHIA, R. D. et al. Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 8, n. 3, p. 246-252, set. 2005.

XAVIER, F. M. et al. Elderly people's definition of quality of life. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 31-39, 2003.