UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

ALESSANDRA MARINO BÁRBARO

Qualidade de vida e saúde mental de residentes em Instituições de
Longa Permanência para Idosos

Ribeirão Preto

2012

ALESSANDRA MARINO BÁRBARO

Qualidade de vida e saúde mental de residentes em Instituições de
Longa Permanência para Idosos

Dissertação apresentada à Escola de
Enfermagem de Ribeirão Preto da
Universidade de São Paulo para obtenção do
título Mestre em Ciências, Programa
Enfermagem Psiquiátrica.

Linha de Pesquisa: Enfermagem Psiquiátrica:
o doente, a doença e as práticas terapêuticas.

Orientador: Prof. Dr. Luiz Jorge Pedrão.

Ribeirão Preto

2012

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Bárbaro, Alessandra Marino.

Qualidade de vida e saúde mental de residentes em Instituições de Longa Permanência para Idosos. Ribeirão Preto, 2012.

83 p.

Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Área de concentração: Enfermagem Psiquiátrica

Orientador: Pedrão, Luiz Jorge

1.Qualidade de Vida; 2. Saúde Mental; 3.Assistência a Idosos; 4.Instituição de Longa Permanência para Idosos.

BÁRBARO; Alessandra Marino

Qualidade de vida e saúde mental de residentes em Instituições de Longa Permanência para Idosos.

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título Mestre em Ciências, Programa Enfermagem Psiquiátrica.

Aprovado em//

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

*Dedico este trabalho aos meus pais
Laerte e Elenice, que foram à base de
tudo pra mim, apoiando-me nos
momentos difíceis, ensinando-me a
persistir nos meus objetivos e
ajudando a alcançá-los*

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus por sempre iluminar o meu caminho

Ao meu orientador Prof.Dr. Luiz Jorge Pedrão, pela compreensão, pelas excelentes sugestões e por todo conhecimento passado.

Aos meus pais Laerte e Elenice agradeço por todo amor, carinho e respeito.

Aos meus irmãos: Ricardo e Débora pelo companheirismo e por estarem sempre presentes em minha vida, em especial Ivana e Laerte pelas grandes sugestões.

Às amigas do mestrado: Ariana e Kátia, pela amizade e companheirismo.

Aos idosos participantes do estudo, pela receptividade, apoio e ensinamentos.

RESUMO

BÁRBARO, A. M. **Qualidade de vida e saúde mental de residentes em Instituições de Longa Permanência.** 2012. 83f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

A elevação da expectativa de vida ocasionou a expansão do contingente de idosos no mundo e ascendeu à preocupação quanto à qualidade de vida dos mesmos. Os idosos solitários geralmente permanecem sob os cuidados dos familiares, que muitas vezes carecem de tempo para os assistirem adequadamente, e assim os alocam em Instituições de Longa Permanência (ILPIs), com a certeza de que receberão uma assistência adequada. Os moradores de ILPIs em sua grande maioria apresentam o aumento do sedentarismo, maior perda de autonomia, ausência de familiares e outros fatores que contribuem para uma qualidade de vida deficiente e maior incidência de enfermidades, sobretudo mentais. O objetivo do presente estudo foi avaliar a qualidade de vida de idosos residentes em ILPIs, verificar seu estado de saúde mental e correlacionar esses dois aspectos. O estudo foi realizado em 15 ILPIs do município de Ribeirão Preto, estado de São Paulo, Brasil. Foi aplicado o Mini Exame do Estado Mental (MEEM) em 357 idosos para a seleção dos que seriam incluídos no estudo e foram selecionados 99, nos quais foram aplicadas as escalas: WOQOL-Bref, WOQOL-Old e Inventário de Saúde Mental (MHI). Os escores médios dos domínios do WOQOL-Bref foram: Físico 46,57, Psicológico 53,58, Relações Sociais 66,08 e Meio Ambiente 57,58, sendo o domínio que mais favoreceu a QV foi o das Relações Sociais e o que mais desfavoreceu foi o Físico. Os escores dos domínios do WOQOL-Old foram: Funcionamento Sensorial 35,86; Autonomia 43,12; Participação social 53,35; Atividades Passadas, Presentes e Futuras 59,03; Morte e Morrer 32,5 e Intimidade 72,85. A faceta que apresentou o menor escore foi Morte e Morrer seguidos de Funcionamento Sensorial e Autonomia, demonstrando que estes aspectos estão rebaixados e contribuem desfavorecendo a QV. O escore total médio obtido pelo WOQOL-Old foi de 49,46, mostrando que a QV dos idosos entrevistados não está satisfatória nem insatisfatória, em virtude principalmente de alguns aspectos, próprios do idoso, de um modo geral, que contribuem negativamente para tal resultado, como o aspecto Morte e Morrer, o Funcionamento Sensorial e a Autonomia. O escore médio total do MHI foi de 30,70, mostrando uma saúde mental deficiente. Foram encontradas correlações moderadas entre as dimensões de QV e SM, portanto, se as dimensões da QV forem satisfatórias, as da SM tenderão também a ser e vice-versa. Conclui-se, portanto, que a qualidade de vida da população estudada é mediana e sua saúde mental deficitária, sendo assim importante se atentar tanto à qualidade de vida, quanto à saúde mental desta população, pois elas se correlacionam.

Palavras-chave: Qualidade de Vida. Saúde Mental. Assistência a Idosos. Instituição de Longa Permanência para Idosos.

ABSTRACT

BÁRBARO, A. M. **The life quality and mental health of Long-Term Care Facilities residents.** 2012. 83f. Abstract (Master's degree) – Nursing College of Ribeirão Preto, University São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

The recent rise in life expectancy has led to a higher number of elderly people in the world and brought up concerns regarding their welfare. The elderly generally remains under their family care, alone, due to the fact that their relatives lack the time to assist them properly, which leads their families to allocate them into Long-Term Care Facilities (LTCF) so that they can rest assured that they will receive proper care. LTCF residents in general develop traits of sedentary lifestyle and become dependent, that's due to the absence of their relatives and other factors that lead to an impaired life with higher rates of diseases, mostly mental diseases. The goal of this research is to evaluate the life quality of LTCF residents, verify their mental health state and correlate both of these aspects. The research was conducted in 15 LTCF in the city of Ribeirão Preto, in the State of São Paulo, Brazil. 357 elders went through the Mini Mental State Examination (MMSE) to select the ones who were going to be included in this research and 99 of them were selected, in which the following scales were applied to: WOQOL-Bref, WOQOL-Old and Mental Health Inventory (MHI). The average WOQOL-Bref scores were: Physical 46,57, Psychological 53,58, Social Relationships 66,08 and Environmental 57,58, of which the one that favored the QV the most was Social Relationships and the least favored was the Physical domain. The WOQOL-Old domain scores were: Sensory Function 35,86; Autonomy 43,12; Social Participation 53,35; Past, Present and Future Activities 59,03; Death and Dying 32,5; Privacy 72,85. The domain with the lowest score was Death and Dying followed by Sensory Function and Autonomy, this shows that these aspects are lowered and they contribute unfavorably to the QV. The average score obtained by the WOQOL-Old was 49,46, this means that the QV of the elderly interviewed is neither satisfactory nor unsatisfactory, mainly due to some aspects that are characteristic of aged people, which contribute in an unfavorable way towards the aforementioned domains (Death and Dying, Sensory Function and Autonomy). The MHI total score average was 30, 70, which means a deficient mental health. Moderate correlations were found in between the dimensions of the QV and the SM, therefore, if the dimensions of the QV are satisfactory, so are the SM dimensions and vice-versa. It can be concluded that the life quality of the population interviewed is average and their mental health is deficient, therefore it is important to look into this population's mental health because it is correlated to their life quality.

Key-words: Life quality. Mental health. Eldercare. Long-Term Care Facilities.

RESUMEN

BÁRBARO, A. M. **Calidad de vida y la salud mental de los residentes en asilos**. 2012. 83. Tesis (Maestría) - Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, de 2012.

El aumento de la esperanza de vida causado la expansión del número de personas de edad avanzada en el mundo y se levantó a la preocupación por la calidad de vida para ellos. Los ancianos suelen permanecer solitario en el cuidado de familiares, que a menudo carecen de tiempo para atender correctamente, y así destinar las instituciones en el largo plazo (ILPI), con la garantía de que la asistencia adecuada. Los residentes de ILPI su mayoría muestran el aumento de los estilos de vida sedentarios, mayor pérdida de la autonomía, la falta de familia y otros factores que contribuyen a una mala calidad de vida y una mayor incidencia de enfermedades, sobre todo mentales. El objetivo de este estudio fue evaluar la calidad de vida de los ancianos residentes en ILPI, revise su estado de salud mental y la correlación de estos dos aspectos. El estudio se realizó en 15 ILPI de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. Se utilizó el Mini Mental State Examination (MMSE) en 357 adultos mayores para la selección de los cuales se incluyeron en el estudio y 99 fueron seleccionados en los que las escalas aplicadas fueron: WOQOL-Bref, WOQOL Viejo y el Inventario de Salud Mental (MHI) . Las puntuaciones medias de WOQOL-Bref dominios fueron: 46,57 y 53.58 físicos, psicológico, relaciones sociales y medio ambiente 66,08 57,58, siendo la zona más favorecida era de relaciones sociales y la calidad de vida desfavoreceu más era el físico. Las puntuaciones fueron de dominio del WOQOL de edad: el funcionamiento sensorial 35,86, 43,12 Autonomía, Participación Social 53,35; actividades pasadas, presentes y futuros 59,03; 32,5 muerte y el morir y la intimidad 72,85. El lado que tenía la puntuación más baja fue seguida por muerte y los moribundos y de autonomía de funcionamiento sensorial, lo que demuestra que estos se redujeron y contribuir desalentar la calidad de vida. La puntuación media total obtenida por WOQOL de edad fue 49,46, demostrando que la calidad de vida de los encuestados de edad avanzada no es satisfactorio o insatisfactorio, debido principalmente a algunos aspectos de la tercera edad, en general, contribuyendo negativamente a ese resultado , como la Muerte y el Morir aspecto, el funcionamiento sensorial y la autonomía. La puntuación media total de MHI fue de 30, 70, mostrando una mala salud mental. Se encontraron correlaciones moderadas entre las dimensiones de la calidad de vida y SM, así que si las dimensiones de la calidad de vida son satisfactorios, los Estados miembros también tienden a ser, y viceversa. De ello se desprende que la calidad de vida de la población es la media y el déficit de la salud mental, por lo que es importante prestar atención tanto a la calidad de vida, la salud mental de esta población, ya que están correlacionados.

Palabras clave: Calidad de vida. Salud Mental. Asistencia a los Ancianos. Establecimiento de Cuidado a Largo Plazo.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Características sócio-demográficas dos moradores das Instituições de Longa Permanência para Idosos	36
Tabela 2: Escores dos domínios dos instrumentos WOQOL- Bref, WOQOL-Old e MHI	38
Tabela 3: Correlações entre os domínios dos instrumentos MHI e WOQOL-Bref.....	40
Tabela 4: Correlações de Spearman entre os domínios dos instrumentos MHI e WOQOL-Old	42

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Número de Instituições de Longa Permanência para Idosos e moradores participantes do estudo	29
---	----

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
1.1 O idoso e o processo do envelhecimento	12
1.1.1 Conceitos	12
1.2 Instituições de longa permanência para idosos	14
1.2.1 Conceito	14
1.3 Qualidade de vida	15
1.3.1 Conceito	15
1.3.2 Qualidade de vida na terceira idade	18
1.4 Saúde Mental	19
1.4.1 Conceito	19
1.4.2 Saúde mental na terceira idade	20
1.4.3 Qualidade de vida versus saúde mental	22
2 JUSTIFICATIVA	23
3 OBJETIVOS	25
4 MÉTODO	27
4.1 Tipo de Estudo	28
4.2. Local do estudo	28
4.3 Sujeitos	28
4.4 Aspectos éticos	29
4.5 Instrumentos utilizados	30
4.6 Procedimentos	32
4.7 Análise dos dados	33
5 RESULTADOS	34
6 DISCUSSÃO	45
7 CONCLUSÃO	54
8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	56
ANEXO 1: PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	69
ANEXO 2: <u>MINI EXAME DO ESTADO MENTAL</u>	70
ANEXO 3: <u>FICHA DE DADOS DEMOGRÁFICOS DO WOOQOL ABREVIADO</u>	71
ANEXO 4: WHOQOL – ABREVIADO	72
ANEXO 5: <u>WOQOL-OLD</u>	74
ANEXO 6: <u>INVENTÁRIO DE SAÚDE MENTAL – MHI</u>	77
ANEXO 7: <u>AUTORIZAÇÃO PARA A UTILIZAÇÃO DO MHI</u>	81
APÊNDICE : <u>TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</u>	82

1 Introdução

A qualidade de vida tem sido motivo de grande preocupação desde o início da existência humana, consistindo na busca por uma vida saudável que proporcione o bem estar do indivíduo. É baseada no modo de viver do sujeito como: auto-estima, saúde, lazer, trabalho, moradia e outros (SANTOS et al., 2002).

O conceito de qualidade de vida é subjetivo, baseado na percepção pessoal de entender a vida, com bem estar e está associado a fatores inerentes, tais como: capacidade física, estado emocional, interação social, atividade intelectual, situação econômica e saúde (HORNQUIST, 1990).

A elevação da expectativa de vida ocasionou a expansão do contingente de idosos no mundo e juntamente se ascendeu à preocupação quanto à qualidade de vida dessa população (PASCHOAL, 2000).

Segundo dados do Censo de 2000, em 1950 havia aproximadamente 204 milhões de idosos no mundo e em 1998 este número ultrapassou a 570 milhões de pessoas, representando um crescimento de quase oito milhões de idosos por ano (IBGE, 2002). Dados do mesmo Censo revelaram que o número de idosos era de 14,5 milhões (8% da população total), já o Censo de 2010 evidenciou que o Brasil possui 18 milhões de pessoas acima dos 60 anos de idade, o que já representa 12% da população brasileira (IBGE, 2010).

Estima-se que no Brasil no ano de 2020, o número de idosos chegará a 32 milhões (SILVESTRE; COSTA NETO, 2003).

A velhice é considerada uma fase de demasiadas perdas como a aposentadoria, perda de papéis sociais, viuvez, redução do apoio social, sendo esses fatores determinantes para o empobrecimento da qualidade de vida (PASCHOAL; JACOB FILHO; LITVOC, 2007).

Os idosos residentes em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs), representadas por asilos e casas geriátricas, em sua grande maioria apresentam: aumento do sedentarismo, perda de autonomia, ausência de familiares e outros fatores que contribuem para uma qualidade de vida deficiente e a maior incidência de morbidades (GONÇALVES et al., 2008).

Deste modo, a qualidade de vida determina as potencialidades de saúde e vida dos idosos, e assim interfere diretamente no processo saúde/doença, ou seja, uma boa qualidade de vida repercute em um indivíduo saudável e vice-versa (NERI, 2001).

No município de Ribeirão Preto/SP há um número elevado de ILPIs, sendo um mercado rentável e que cresce a cada ano. Isso se deve a vida atribulada, uma vez que, os familiares carecem de tempo para assistirem os seus idosos e muitas vezes a solução é alocá-

los nestes lares, com a perspectiva de receberem uma assistência multiprofissional e mais apropriada do que receberiam caso estivessem em domicílio.

Em consulta realizada na Divisão de Vigilância Sanitária do município de Ribeirão Preto/SP, constatou-se que, no ano de 2009, foram cadastrados 35 lares de idosos, sendo estes de caráter municipal e privado.¹

Diante dos fatos abordados, torna-se um anseio a obtenção de respostas para os seguintes questionamentos: Que avaliação os idosos que residem em ILPIs fazem de sua qualidade de vida? Como a qualidade de vida interfere na saúde mental dos idosos?

Para responder a essas questões foram traçados os seguintes objetivos: avaliar a qualidade de vida e analisar a saúde mental dos idosos.

Além disso, o presente estudo pretendeu buscar se há relação entre a qualidade de vida e um comprometimento da saúde mental dos idosos residentes em ILPIs.

1.1 O idoso e o processo do envelhecimento

1.1.1 Conceitos

Na civilização grega Hipócrates associava a velhice à idade de 56 anos. Aristóteles situava a velhice nos 50 anos, Santo Agostinho afirmava que a velhice aparecia aos 60 anos (VAZ, 2006).

A partir da década de 50, iniciou-se o processo do envelhecimento social, em decorrência à desvalorização econômica do saber e da experiência dos indivíduos que possuíam mais idade, houve a retirada destes do mercado de trabalho, apesar de se manterem aptos fisicamente (FARIA; OLIVEIRA; SIMÕES, 2012).

Nos dias atuais, de acordo com o Estatuto do Idoso, idoso é considerada a pessoa que tenha 60 anos de idade completos. Apesar do Estatuto estabelecer a idade de 60 anos, alguns dos direitos exigem que o idoso tenha idade igual ou superior a 65 anos, tal como o direito à gratuidade no transporte coletivo, conforme previsão do artigo 230 da Constituição da República Federativa do Brasil de 1998 (BOAS, 2007).

A definição do idoso pode ser baseada em argumentos de caráter biológico, pois é uma fase de declínio de determinadas características físicas. Esta se inicia na maioria dos indivíduos em uma idade cronológica semelhante, o que faz a idade um critério de

¹ Fonte: Divisão de Vigilância Sanitária do município de Ribeirão Preto/SP, 2009.

demarcação da velhice (CAMARANO, 1999). Porém a idade cronológica não pode ser o único fator que defina o envelhecimento, uma vez que o homem por ser um ser biopsicossocial é passível de ser influenciado pelo meio físico e sociocultural em que vive, o que confere o aceleração ou retardamento do envelhecimento (RODRIGUES et. al. 1996). Devido a isso, a Organização das Nações Unidas (ONU) define os idosos nos países desenvolvidos a partir de 65 anos e nos países em desenvolvimento a partir dos 60 anos (ONU, 1982).

Atualmente estão surgindo novas formas de classificar os idosos. Nos países ocidentais caracteriza um indivíduo na terceira idade como aquele que não apresenta a idade produtiva para o trabalho e simultaneamente não possui decréscimo da saúde (CAMARANO, 1999).

O envelhecimento trata-se de um processo dinâmico e progressivo, caracterizado por manifestações ocorridas ao longo da vida nos campos biológico, psíquico e social. Este processo ocorre de forma diferenciada em cada indivíduo (MINCATO; FREITAS, 2007).

O ideal é envelhecer de forma saudável através da interação multidimensional entre tais aspectos: saúde física, saúde mental, independência na vida diária, integração social, suporte familiar e independência econômica (RAMOS, 2003).

O envelhecimento saudável é denominado envelhecimento bem-sucedido, segundo Neri e Cachioni (1999) e está associado a realização do potencial individual para alcançar o bem-estar físico, social e psicológico.

Bowling et al. (2007), revisou os modelos de envelhecimento bem-sucedido, sumariamente os modelos mencionam que o envelhecimento bem-sucedido seja o envelhecimento saudável, deste modo trata-se em envelhecer com bem-estar, com qualidade de vida, com saúde física e mental e no exercício das competências cognitivas.

Quando o envelhecimento não é bem sucedido, o idoso tem grande tendência a apresentar comprometimento cognitivo e patologias, sendo que estes podem gerar a dependência total ou parcial na execução das Atividades de Vida Diária (AVDs), o que determina a necessidade de um cuidado específico. Esta é a principal causa da institucionalização de idosos (DEL DUCA et al., 2012).

Na população idosa institucionalizada é esperado que o envelhecimento saudável seja uma meta, sendo esta uma consequência da qualidade da assistência multidimensional prestada (SILVA; FIGUEREDO, 2012).

1.2 Instituições de longa permanência para idosos

1.2.1 Conceito

Para a ANVISA, ILPIs são instituições de caráter residencial, governamentais ou não governamentais, designadas para domiciliar pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar, oferecendo condição de liberdade, dignidade e cidadania (ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2005). Para Born e Boechat (2006), ILPI é um lar especializado, designado para oferecer assistência de geriatria e gerontologia, conforme o grau de dependência dos seus residentes, além de proporcionar um ambiente aconchegante, no qual são preservadas a intimidade e identidade dos seus residentes.

O aumento da expectativa de vida ocasionou grande crescimento da população idosa, e o aumento de pessoas com comprometimento da capacidade física, mental e cognitiva, deste modo tornando necessária uma assistência especializada, sendo a institucionalização vista como a melhor alternativa. Este foi o fator que fez com que os asilos deixassem de ser instituições apenas destinadas apenas à assistência social e passassem a ser de assistência à saúde (CAMARANO; KANSO, 2010).

Contraditoriamente, de acordo com estudos brasileiros somente 0,8% da população idosa reside em ILPIs, demonstrando que a institucionalização não é uma prática comum no Brasil (GONÇALVES, 2010). Estimam que no Brasil o número de indivíduos assistidos por cuidadores não familiares irá duplicar até 2020, portanto é suposto que o número de pessoas institucionalizadas também irá crescer (PEIXOTO VERAS, 2012).

O índice de idosos que residem em ILPIs nos países de transição demográfica é 11%, ao passo que no Brasil este índice não chega a 1,5% (CHAIMOWICZ; GRESSO, 1999).

Segundo a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG), a palavra asilo provém do grego ásylos e pelo latim asylu e significa casa de assistência social (Seção São Paulo, 2003). A SBGG denominou estas instituições de Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs), porém na literatura encontram-se outras designações como: casas de repouso, abrigos, asilos e clínicas geriátricas.

Conforme dito anteriormente, as ILPIs oferecem assistência em saúde de acordo com o grau de dependência do idoso, portanto as instituições são classificadas em: Modalidade I – destinada a idosos independentes para as atividades da vida diária (AVDs), mesmo que necessitem utilizar algum equipamento de auto-ajuda (andador, bengala, cadeira de rodas, adaptações para vestimenta, entre outros); Modalidade II - destinada a idosos dependentes e

independentes que necessitem de ajuda e cuidados especializados, com acompanhamento e controle adequado de profissionais da área de saúde e Modalidade III- destinada a idosos dependentes que necessitem de assistência total em pelo menos uma atividade da vida diária. Requer uma equipe interdisciplinar de saúde (BRITO; RAMOS, 2006).

As AVDs são relacionadas as tarefas que o indivíduo necessita realizar diariamente para o seu auto-cuidado, sendo elas: banhar-se, vestir-se, ir ao banheiro, andar, alimentar-se e possuir continência urinária e fecal (COSTA; NAKATANI; BACHION, 2006).

Segundo Creutzberg (2007), as ILPIs são consideradas um sistema social organizacional, portanto estas promovem uma assistência que atende todas as demandas deste grupo etário, desde os cuidados básicos da enfermagem à integração da equipe multidisciplinar, como atendimento médico, psicológico, odontológico, assim favorecendo o bem-estar e satisfação dos idosos.

As ILPIs são avaliadas e inspecionadas periodicamente pela Divisão de Vigilância Sanitária do município, a fim de se verificar se há o cumprimento de todas as exigências propostas pela RDC nº283/05. Estas exigências consistem em oferecer um ambiente físico acolhedor, seguro, higiênico e salubre, além disso, que ofereça assistência de profissionais qualificada (BRASIL, 2005). Caso não sejam cumpridas as recomendações, as instituições serão multadas e posteriormente fechadas. Portanto as ILPIs têm por obrigação proporcionar qualidade no atendimento de seus idosos, oferecendo um ambiente que preserve a cidadania, dignidade e respeito, pois estas condições são significativas para se obter qualidade de vida e saúde.

De tal modo, o ambiente institucional deve atender às necessidades dos idosos, uma vez que torna mais fácil o processo do envelhecimento. O espaço deve estimular a independência dos idosos na execução das AVDs, sendo que desta forma minimiza os aspectos negativos oriundos do envelhecimento, a fim de proporcionar uma melhor qualidade de vida (ALMEIDA; RODRIGUES, 2008).

1.3 Qualidade de vida

1.3.1 Conceito

A Qualidade de Vida (QV) possui raízes na cultura oriental e ocidental, na oriental se mostra presente na antiga filosofia chinesa e medicina tradicional, e pode ser representada pelas forças Yin e Yang, respectivamente positiva e negativa que em equilíbrio significam boa QV. Já na cultura ocidental primeiramente era associada à visão aristotélica, que a felicidade é

a atividade íntegra da alma, assim como sentir-se completo e realizado, sendo esta boa QV (KAWAKAME; MIYADAHIRA, 2005).

Para Campbell, Converse e Rodgers (1976) a QV era um termo extremamente difícil de ser conceituado, e segundo os autores, é uma expressão que todos dizem, mas ninguém sabe defini-la.

O termo e o conceito de QV surgiram com o crescimento e o desenvolvimento econômico ocorridos após a Segunda Guerra Mundial, embora alguns estudos apontem indícios do termo na década de 30 (SEIDL; ZANNON, 2004).

Estudos com este tema no Brasil surgiram nos anos 70, porém foi somente na década de 90 que a subjetividade e multidimensionalidade agregaram-se ao conceito QV, quando este foi revisto por especialistas da OMS (Organização Mundial da Saúde) (ORLEY; KUYKEN, 1994).

A qualidade de vida é um dos principais objetivos que se tem perseguido nos ensaios clínicos atuais. A ciência médica precisou definir conceitualmente, o que ela entende por qualidade de vida. Não poderia ser determinada pelas condições ambientais ou pelo comportamento influenciado pelo meio social em que se vive. A qualidade de vida foi definida como sensação íntima de conforto, bem-estar ou felicidade no desempenho de funções físicas, intelectuais e psíquicas dentro da realidade da sua família, do seu trabalho e dos valores da comunidade à qual pertence (NOBRE, 2011 p.299).

De acordo com Alleyne (2001), a QV é a percepção subjetiva do indivíduo, frente a sua postura na vida, considerando o contexto cultural em que vive e dos seus valores e preceitos em relação aos seus objetivos e expectativas.

Cella e Cherin (1987) definiram o conceito de QV como a distância entre os objetivos e a realização destes. A QV pode ser conceituada como a percepção individual de seu modo de vida, considerando todos os contextos: cultural, econômico, afetivo e as expectativas e objetivos a serem alcançados (GORZONI; PIRES, 2006).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) (1998) define QV como a:

[...] percepção do indivíduo de sua proteção na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.

Para a OMS (1998) a QV é multifatorial, ou seja, depende de seis domínios que representam domínios determinantes na qualidade de vida. Tais como: saúde física, saúde psicológica, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e padrão espiritual.

Rabelo e Neri (2005) acreditavam que a QV esteja relacionada com a satisfação com o que foi possível concretizar os ideais até o momento.

Santos et al. (2002) relatou que o conceito de QV apresenta diversas definições que foram se modificando ao longo do tempo, baseando-se em três princípios: capacidade funcional, nível socioeconômico e satisfação.

Segundo Hornquist (1990), a QV está relacionada com a habilidade física do indivíduo, o seu estado psíquico, a interação social, as atividades intelectuais, a situação financeira e a autoproteção de saúde.

Também, pode ser definida pelo grau de satisfação em diversos aspectos da vida, familiar, amorosa, social e ambiental. Trata-se da capacidade de se realizar uma síntese cultural de todos os elementos que certa sociedade considera como seu modelo de conforto e bem-estar (WANDERLEY et al., 2012).

Para Nahas (2001), a QV de modo geral está intimamente ligada a fatores como: estado de saúde, longevidade, satisfação no trabalho, remuneração, lazer, relações familiares, disposição e espiritualidade, ou seja, é um somatório de aspectos que fazem parte do cotidiano do indivíduo.

Existe uma variedade de instrumentos que avaliam a QV, de maneira geral pelas seguintes escalas: Satisfaction with Life Domain Scale (SLDS), Lehman Quality of Life Interview (QOLI), World Health Organization Quality of Life (WHOQOL). O conceito de qualidade de vida consiste em um parâmetro importante aos conceitos tradicionais de saúde (BODUR; DAYANIR CINGIL, 2009).

A avaliação da QV tornou-se extremamente visível em trabalhos científicos nos últimos anos. Através desses estudos pode-se confirmar que a qualidade de vida é imprescindível para a promoção da saúde física e mental, possibilitando o bem-estar social dos indivíduos, logo este tema se tornou alvo de estudos pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (CARNEIRO et al., 2007). O World Health Organization Quality of Life Group (THE GROUP WHOQOL, 1998) grupo de estudo sobre qualidade de vida da OMS, produziu uma escala WHOQOL para avaliar a qualidade de vida, sendo possível por meio desta analisar vários aspectos da vida como: bem-estar físico e material, relacionamentos, atividades sociais, realização pessoal e recreacionais. Através da avaliação de todos esses contextos, pode-se chegar a um escore referente a qualidade de vida do indivíduo.

1.3.2 Qualidade de vida na terceira idade

O processo de envelhecimento é influenciado por diversos fatores, tais como a caráter genético, sexo, personalidade, estilo de vida, condições socioeconômicas, ambientais, valores individuais e espiritualidade. Esta é uma fase associada a perdas de papéis na sociedade e a solidão, sendo um obstáculo para se ter uma boa qualidade de vida (PASCHOAL; JACOB FILHO; LITVOC, 2007).

De acordo com o conceito do envelhecimento bem sucedido de Rowe e Kahn, o segredo para envelhecer de forma sadia e com elevada qualidade de vida se dá mediante a combinação de dois fatores: a baixa probabilidade genética para doenças e a manutenção das atividades produtivas e das relações interpessoais (MORAES; SOUZA, 2005).

O século XX trouxe muitas transformações e inovações tecnológicas que facilitaram a vida, porém acarretaram no isolamento e abandono dos idosos, visto que com o cotidiano atribulado tornou-se complicado haver tempo para se dedicar aos cuidados dos idosos pelos familiares, e freqüentemente sendo esta uma das causas para a institucionalização (MACHADO et al., 2006). As alterações fisiológicas e patológicas no indivíduo idoso tendem a provocar as limitações físicas e mentais, o que ocasionam a dependência e a institucionalização (MOTTA; AGUIAR, 2007). Segundo a OMS a QV de um indivíduo, principalmente idoso, esta fortemente associada à manutenção da autonomia e a independência (OMS, 2005). A preservação da independência do idoso está atrelada a manutenção das condições físicas e psíquicas, que são determinantes para uma boa QV.

Os idosos residentes em ILPIs geralmente apresentam características importantes como o aumento do sedentarismo, a perda da autonomia, a carência dos familiares e outras que corroboram para o aumento da prevalência de morbididades e co-morbididades associadas à autonomia, interferindo negativamente na qualidade de vida (GONÇALVES et al., 2008). Assim, essas instituições devem ser ambientes que estimulem a pessoa idosa a permanecer autônoma e ativa em diversos aspectos, tornando o processo do envelhecimento mais fácil e com melhor qualidade de vida (ALMEIDA; RODRIGUES, 2008).

Para Freire (2003), as dimensões física, psicológica, social e espiritual devem ser consideradas. Uma boa qualidade de vida implica em um indivíduo autônomo e independente, com boa saúde física, com senso de significado pessoal, desempenhando papéis sociais e permanecendo ativo.

Para Andrade e Vaistsman (2002) as relações sociais apresentam uma grande importância na qualidade de vida do indivíduo, na velhice há redução destas, o que infere em risco à saúde, podendo ser comparado ao fumo, à pressão arterial elevada, à obesidade e ao

sedentarismo. Segundo Del Prette e Del Prette (2002), as relações sociais conturbadas geram dificuldades nas habilidades sociais e estas por sua vez, estão associadas ao aparecimento de transtornos psicológicos que contribuem para a redução na qualidade de vida do sujeito, tais como: timidez, isolamento, depressão, ansiedade e suicídio.

Foi realizado um estudo comparativo de avaliação da QV entre idosos institucionalizados e não institucionalizados da região metropolitana de Vitória (ES), com a aplicação do instrumento WOQOL-Bref. O resultado apresentado foi que os idosos não institucionalizados apresentaram os maiores escores em todos os domínios do instrumento, assim pôde-se concluir neste estudo que os idosos não institucionalizados apresentaram melhor QV. A ordem de maior satisfação entre as facetas foi: relações sociais, psicológico, global, físico e meio ambiente (OLIVEIRA et al., 2011).

Acredita-se que idosos asilados em ILPIs tendem a apresentar maior dependência, ausência de autonomia e escassa rede social, piorando a qualidade de vida e estando mais propensos ao isolamento e ao surgimento de distúrbios mentais (PEREIRA et al., 2006).

Estando a QV vinculada diretamente ao bem-estar, as ILPIs têm por obrigação a atender todas as necessidades básicas de seus moradores, incluindo a assistência à saúde, assim possibilitando a estes um ambiente que lembre o aconchego de suas residências, e que proporcione conforto e segurança, estimulando uma vida familiar, embora não se substitua a família, porém a ampliação desta com laços afetivos são igualmente significativos (CREUTZBERG et. al, 2007).

1.4 Saúde Mental

1.4.1 Conceito

Segundo Caplin (1989), a saúde mental (SM) se constitui em um estado de boa adaptação, com sensação subjetiva de bem-estar e prazer de viver, e sensação de que o indivíduo está a exercer os seus talentos e aptidões. Considera-se a saúde mental como o equilíbrio emocional entre o meio interno e as vivências externas. Sendo expresso pela capacidade do indivíduo de administrar as suas próprias emoções mesmo diante de um amplo espectro de variações no mundo (FONSECA, 1985).

Segundo a OMS, a SM não é somente a ausência de algum transtorno mental, é o “bem-estar”, desta forma o indivíduo consegue realizar todas as suas atividades de forma satisfatória, como trabalhar de forma produtiva e colaborar para a comunidade em que se insere (WHO, 2004).

A SM é manifestada pelo bem-estar subjetivo, este é alcançado por meio da percepção da própria eficácia, da autonomia, da competência e da auto-realização das capacidades intelectuais e emocionais (WHO, 2004).

A SM consiste em saber lidar com boas e más emoções, tais como: a raiva, o ciúmes, as frustrações e a culpa, porém quando estas emoções se tornam perturbadores e interferem nas atividades diárias há a necessidade de assistência profissional. Saúde mental, além disso, é capacidade do indivíduo de reconhecer os seus próprios limites e buscar auxílio quando necessário (DIMENSTEIN, 2004).

1.4.2 Saúde mental na terceira idade

O crescimento da população idosa no mundo foi determinante para o aumento de pessoas com risco de adquirir doenças neurológicas e psíquicas (MAIA; DURANTE RAMOS, 2004). De acordo com Veras e Murphy (1994), um em cada seis idosos apresenta uma história de transtorno mental.

Vários estudos demonstraram existir uma relação entre a qualidade de vida deficitária e o aparecimento de agravos mentais. Idosos que possuem um precário suporte social apresentam maiores chances de desenvolverem distúrbios psíquicos, tais como a depressão e ansiedade. No idoso, os fatores que podem desencadear sintomas depressivos são: a falta de contatos sociais, história de depressão pregressa, viuvez, eventos de vida estressantes, institucionalização em casas asilares, baixa renda, insatisfação com o suporte social, ansiedade, falta de atividades sociais, nível educacional baixo, perda do estado de saúde física e uso de medicação antidepressiva (IRIGARAY; SCHENEIDER, 2008).

Garrido e Menezes (2002), proferem que os idosos fazem parte do grupo da população mais propenso a problemas de saúde, comparando-se à população geral. Os transtornos mentais são muito frequentes e correspondem a de cerca 8% de todas as doenças. Em estudo realizado, investigou 327 idosos quanto à prevalência de distúrbios mentais, o resultado foi que cerca de 30% dos idosos apresentaram algum distúrbio mental (MAIA; DURANTE; RAMOS, 2004).

Existem vários tipos de transtornos mentais prevalentes nos indivíduos de idade avançada, entre eles os mais frequentes são: a demência, a depressão e os transtornos de ansiedade.

A demência afeta cerca de 5% dos idosos com 65 anos e 20% daqueles com 80 anos ou acima dessa faixa etária. Já, a depressão atinge em média de 5% à 35% do idosos, considerando o nível de gravidade da doença (ALMEIDA, 1999). Os transtornos de ansiedade

se manifestam com maior frequência em idosos com mais de 80 anos, isso se deve ao desgaste relacionado ao envelhecimento e às circunstâncias de perdas comuns nesta fase da vida. A menor satisfação e o pior padrão de qualidade de vida podem levar a manifestação de quadros ansiosos e depressivos (XAVIER et al., 2001).

Os fatores desencadeadores da depressão são biológicos e ambientais. Os fatores biológicos são as alterações que ocorrem no sistema nervoso central, advindas da velhice, que ocasionam a redução de neurônios e de neurotransmissores, o que infere na perda de habilidades cognitivas e funcionais. Os fatores ambientais consistem na interação do indivíduo com o meio externo. Geralmente, na velhice, aumentam os estressores psicológicos e sociais, e, estes, se relacionam às perdas dos papéis sociais, pessoas queridas e a solidão (GUIMARÃES; CALDAS, 2006).

Projeta-se que em 2020 a depressão será a segunda causa de perda funcional de idosos, uma vez que esta perda poderá gerar dependência e possível institucionalização (IRIGARAY; SCHNEIDER, 2008).

A depressão pode ser evitada ou até minimizada através do apoio de familiares e amigos, entretanto, idosos residentes em ILPIs em geral apresentam menor suporte social, afetando diretamente na sua qualidade de vida e isso amplia a probabilidade do surgimento de doenças mentais.

Segundo Frank e Rodrigues (2006), o transtorno depressivo apresenta maior prevalência entre os idosos, variando entre 4,8% a 14,6% nos idosos que vivem em comunidade, já em idosos institucionalizados essa prevalência chega a 22%. Este fato demonstra que idosos que vivem em ILPIs estão mais suscetíveis a manifestarem o transtorno depressivo.

De acordo com Garrido e Menezes (2002), no ano de 1997 entre todas as internações, as internações psiquiátrica estavam entre as dez primeiras causas no grupo de pessoas idosas e do sexo masculino.

Em estudo realizado para verificar a incidência de ansiedade em idosos com mais de 80 anos, constatou que 10,6% dos 77 idosos participantes apresentavam transtorno de ansiedade generalizada (XAVIER et al., 2001).

Diversos autores afirmam a existência da correlação entre os relacionamentos sociais, a qualidade de vida e a capacidade funcional, sendo que estes fatores estiverem nefastos, se relacionam com a manifestação da depressão (CARNEIRO et al., 2007).

Estudos estão fazendo uso do Inventário de Saúde Mental (MHI) em intervenções de estresse. O instrumento foi utilizado para avaliar níveis de depressão e ansiedade em

estudantes de licenciatura em enfermagem de uma determinada faculdade, e, o resultado obtido, foi que os alunos do 1.º e 3.º anos do curso apresentaram níveis de ansiedade mais elevados comparando-se aos alunos dos outros anos regulares deste curso (CLAUDINO; CORDEIRO, 2006). Outro estudo com a aplicação do MHI para a avaliação da saúde mental em estudantes do primeiro ao sexto ano de Medicina da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior apresentou como resultado um alto nível de Distresse, ou seja, os entrevistados encontravam-se com a saúde mental abalada (ROBERTO et al., 2011).

Em vista dos argumentos expostos, pode-se dizer que a saúde mental satisfatória é sinônimo de prevenção a transtornos mentais em qualquer grupo etário, sobretudo em idosos moradores de ILPs, que normalmente apresentam menor autonomia, menor contato com os familiares e menor suporte social, sendo estes fatores mediadores da qualidade de vida insatisfatória e posteriormente podem ser a causa da manifestação de transtornos mentais.

1.4.3 Qualidade de vida versus saúde mental

Os conceitos de qualidade de vida e saúde mental são muito utilizados em pesquisas como sinônimos. Para o esclarecimento sobre as diferenças entre esses termos, Smith et al. (1999) realizaram estudos onde foi pesquisado os fatores que afetam a qualidade de vida em pacientes portadores de doenças crônicas. Definiram que qualidade de vida seja constituída por três esferas: funcionamento físico, funcionamento social e saúde mental. Foi observado que o escore da esfera mental afetou significativamente os escores da qualidade de vida, já o funcionamento físico foi a faceta que apresentou o escore menos expressivo. Esse estudo revelou que a saúde mental é uma dimensão constituinte da qualidade de vida e que, portanto, estão diretamente interligadas.

Para Silva (2009), as condições de saúde, os fatores socioeconômicos, a fatores psicológicos, podem levar a deteriorização do bem-estar e de funcionalidades, podendo afetar a qualidade de vida.

Em decorrência deste fato, Minayo et al. (2000) recomendaram que a qualidade de vida fosse vista de forma ampliada, ressaltando as condições humanas, espirituais e materiais que são extremamente imprescindíveis para a promoção à saúde e prevenção de enfermidades físicas e mentais.

Assim, no presente estudo, busca-se encontrar relações entre a qualidade de vida e a saúde mental dos idosos.

Não são raros os estudos relacionados com idosos, em diferentes modalidades ou áreas, mas, no que se refere à área de psiquiatria e saúde mental, os estudos são escassos. No Brasil, na área de enfermagem psiquiátrica, com idosos institucionalizados, as pesquisas são praticamente inexistentes.

Pela seriedade do tema, necessita-se de atenção especial por parte dos profissionais da área da saúde de forma geral, devido que, idosos, estão sendo excluídos da sociedade, inclusive das próprias famílias, sendo alocados em Instituições também denominadas Casas de Repouso que configuram em seus eternos lares.

Assim sendo, a realização deste estudo torna-se particularmente importante devido à avaliação da qualidade de vida e da saúde mental dessas pessoas, pois, com o avanço da medicina, da farmacologia, e da ciência de um modo geral, novos e diversos recursos para preservação da condição física e mental, surgem de um modo extremamente acelerado, que, de modo geral, oferecem uma grande contribuição ao aumento da perspectiva de vida.

O presente estudo objetivou avaliar a qualidade de vida de idosos residentes em ILPIs, verificar o seu estado de saúde mental e correlacionar sua qualidade de vida com o seu estado de saúde mental.

4.1 Tipo de Estudo

Este é um estudo exploratório, descritivo e transversal de abordagem quantitativa. Neste tipo de estudo utiliza-se de coleta e de descrições detalhadas de variáveis existentes, obtendo-se dados para avaliar e justificar condições e práticas (LO BIONDO-WOOD; HABER, 2001).

4.2 Local do estudo

O estudo foi realizado em 15 ILPIs do município de Ribeirão Preto, estado de São Paulo, Brasil, das quais três eram de caráter filantrópicas e doze particulares.

4.3 Sujeitos

Os sujeitos possíveis participantes do presente estudo consistiram em idosos institucionalizados em 15 ILPIs do município de Ribeirão Preto, estado de São Paulo, Brasil. Todos os moradores das 15 ILPIs foram convidados a participar, porém, alguns recusaram, e outros, devido ao déficit cognitivo e ao elevado grau de dependência, não tiveram condições de participação.

As 15 ILPIs tinham no total 453 moradores, desses, 357 aceitaram participar do estudo e assinaram o Termo de Compromisso Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE 1). Posteriormente foram submetidos a aplicação do Mini Exame do Estado Mental (MEEM) (FOLSTEIN; FOLSTEI; MCHUGH, 1975) (ANEXO 2), que apontou 99 idosos para serem incluídos no estudo. O Quadro 1 a seguir mostra esta distribuição.

ILPI	Nº total de moradores	Não aceitaram	Aceitaram	Selecionados pelo MEEM
1	18	3	15	5
2	15	3	12	4
3	23	3	20	6
4	18	8	10	1
5	42	7	35	8
6	26	4	22	7
7	17	3	14	5
8	35	9	26	10
9	35	5	30	9
10	19	4	15	4
11	15	3	12	5
12	66	16	50	13
13	75	12	63	12
14	29	8	21	7
15	20	8	12	3
Total	453	96	357	99

Quadro 1: Número de Instituições de Longa Permanência para Idosos e moradores participantes do estudo

4.4 Aspectos éticos

Quanto aos aspectos éticos, este estudo foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo em 19/10/2010, sob o protocolo CEP-EERP/USP nº. 1209/2010 (ANEXO 1).

Cada participante recebeu um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), (APÊNDICE 1), que continha informações sobre os objetivos da pesquisa e o compromisso com o sigilo a respeito da identidade. Os sujeitos da amostra foram informados quanto a total liberdade de participarem ou não do estudo.

4.5 Instrumentos utilizados

Mini Exame do Estado Mental (MEEM) (FOLSTEIN; FOLSTEIN; MCHUGH, 1975) (ANEXO 2). O MEEM consiste em um exame que avalia a orientação, a atenção, a memória e a linguagem do indivíduo. É um instrumento amplamente utilizado na clínica, portanto de domínio público. Foi escolhido para a seleção dos idosos, pelo fato de ser um instrumento de fácil aplicabilidade, para a identificação de demência e outros agravos mentais.

Bertolucci et al. (1994) traduziu e adaptou esse instrumento e definiu os pontos de corte de acordo com o nível de escolaridade da população avaliada. O escore pode variar de 0 a 30 pontos, logo os escores de corte segundo o nível de escolaridade em nosso meio são: 13 pontos para analfabetos, 18 para escolaridade média (até 8 anos de instrução formal) e 26 para indivíduos de alta escolaridade (mais de 8 anos). Assim, a aplicação do MEEM nos sujeitos que aceitaram participar do estudo indica o seu real estado mental e as reais condições de serem incluídos e prosseguir nas respostas aos outros instrumentos.

Ficha de dados demográficos do WOQOL (ANEXO 3), consiste em uma ficha com dados de identificação dos participantes tais como sexo, estado civil, nível educacional, auto avaliação da qualidade de vida e problema de saúde atual.

WHOQOL-Bref (ANEXO 4) consiste em uma versão reduzida do Word Health Organization Quality of Life Instrument 100 (WHOQOL-100), consistindo em uma escala desenvolvida pelo grupo de qualidade de vida da OMS (Organização Mundial da Saúde), no qual desenvolveram um instrumento com a finalidade de mensurar a qualidade de vida em adultos, dentro de uma perspectiva transcultural e subjetiva (THE GROUP WHOQOL, 1998). É composto por 26 questões, sendo duas delas gerais de qualidade de vida e 24 representantes de cada uma das 24 facetas que compõem o instrumento original, o WHOQOL-100. Este instrumento é constituído por quatro domínios da qualidade de vida, sendo que cada domínio tem por objetivo analisar, respectivamente: a capacidade física, o bem-estar psicológico, as relações sociais e o meio ambiente onde o indivíduo está inserido. Cada domínio é composto por questões, cujas pontuações das respostas variam de 1 a 5.

Os escores finais de cada domínio serão calculados por uma sintaxe, que considera as respostas de cada questão que compõe o domínio, resultando em escores finais numa escala de 4 a 20, comparáveis aos do WHOQOL-100, que podem ser transformados em escala de 0 a 100. Esta escala é de domínio público, portanto pode ser utilizada sem solicitação de autorização.

WOQOL-Old (ANEXO 5) trata-se de um instrumento propício para a avaliação de qualidade de vida em adultos idosos com faixa etária a partir do 60 anos, sendo recomendado pelo autor do instrumento o seu uso juntamente com o WOQOL- Bref. O WOQOL-Old constitui-se em 24 itens atribuídos em 6 facetas, tais como: funcionamento do sensório, autonomia, atividades passadas, presente e futuro, participação social, morte e morrer, e intimidade. Cada uma das facetas possui 4 itens, sendo que os escores dos valores dessas facetas variam de 4 a 20, estas serão vinculadas para constituir o escore global do módulo. Os instrumentos WOQOL Bref e WOQOL Old estão disponíveis no site da Divisão de Saúde Mental - Grupo WHOQOL, ambos são de domínio da Organização Mundial de Saúde (OMS), porém podem ser utilizados livremente, contando com a ressalva de não modificar as orientações e questões dos instrumentos. Esta escala também é de domínio público, portanto pode ser utilizada sem solicitação de autorização.

O Inventário de Saúde Mental – MHI (VEIT; WARE, 1983) (ANEXO 6) traduzido e validado por Pais-Ribeiro (2001; 2011) é uma escala de avaliação da saúde mental muito utilizado para a identificação de agravos mentais. Apresenta 38 itens que se distribuem por cinco facetas, tais como, Ansiedade, Depressão, Perda de Controle Emocional/Comportamental, Afeto Positivo e Laços Emocionais. Essas cinco facetas agrupam-se em duas grandes facetas que medem respectivamente o Distress Psicológico e o Bem-Estar Psicológico. Para a utilização desta escala foi solicitado autorização junto ao seu autor (ANEXO 7).

O Distress Psicológico foi resultante do agrupamento das sub-escalas de Ansiedade, Depressão, e Perda de Controle Emocional/Comportamental e a de Bem-Estar Psicológico resulta do agrupamento das sub escalas, sendo estas o Afeto Geral Positivo e Laços Emocionais. A resposta de cada item foi obtida por uma escala ordinal de cinco ou seis posições. A pontuação total foi resultante da soma dos valores brutos dos itens que compõem cada dimensão referida. A pontuação foi convertida na escala de 0 a 100. Os valores mais elevados correspondem a melhor Saúde Mental. Em um estudo onde utilizou-se o MHI para identificar a prevalência de sintomas depressivos numa determinada população, foi identificado o escore de corte de 52 pontos para identificar a presença de sintomas graves e 60 pontos para identificar a presença de sintomas moderados (YAMAZAKI et al., 2005). Estes escore de corte, reconhecidos pelo autor do referido instrumento (PAIS-RIBEIRO, 2011), é também utilizado no presente estudo. O MHI ainda não foi validado para o português do Brasil, portanto é possível haver lacunas na avaliação da saúde mental, uma vez que há diferenças sócio culturais que certamente influenciam nesta avaliação, porém, a escolha deste

instrumento se deu por avaliar simultaneamente todos aspectos significativos para a saúde mental. Considerou-se oportuno sua utilização, mesmo com as possíveis lacunas, mesmo porque, não foi encontrado, até o momento, um instrumento que atendesse as especificidades do estudo. Sugere-se, oportunamente, sua versão no português brasileiro, com os testes de validade, confiabilidade, estrutura fatorial e outros que se fizerem necessários.

A escolha da utilização do WHOQOL-Bref e WHOQOL-Old neste estudo é justificada pela literatura, que mostra boa resposta dos instrumentos à qualidade de vida de idosos, e, a utilização do Inventário de Saúde Mental– MHI justifica-se pela sua condição de avaliação da saúde mental dos idosos sujeitos dos estudos, e, também, por não se ter conhecimento, no momento, de outro instrumento que possa ser utilizado para esta avaliação.

4.6 Procedimentos

Foi realizada uma busca no Departamento de Vigilância Sanitária de Ribeirão Preto e verificado que no ano de 2009 foram cadastrados 35 lares para idosos no município, sendo estes de caráter privado ou municipal.

Com esses dados, foi realizado contato via telefone e pessoalmente com os responsáveis pelos 35 lares de idosos e feito um convite para participação no estudo. Destes, 15 aceitaram em participar. Os que não aceitaram, alegaram que, por serem instituições de natureza privada, teriam prováveis entraves com os familiares dos idosos, o que poderia vir a causar uma situação incômoda entre eles.

Nessas 15 ILPIs foi feito um levantamento, junto aos seus responsáveis, do número de idosos residentes, e apurou-se um número de 453 que constituíram a população total a ser pesquisada, os quais foi feito um convite à participação. Alguns desses, pela condição frágil de saúde, avaliados pelas equipes de saúde dos locais, não tiveram nem a possibilidade de responder ao convite. Alguns se recusaram a participar, e, outros, desistiram mesmo após terem aceitado o convite. Assim, adicionando os critérios estabelecidos para a seleção da amostra dos sujeitos que seriam efetivamente inclusos no estudo, que foram: indivíduos com faixa etária igual ou superior a 60 anos, conscientes e orientados no tempo e no espaço, chegou-se uma amostra de 357 idosos, aos quais, foi aplicado o MEEM para a verificação da real condição que os sujeitos tinham de participar do estudo. Destes, 99 idosos reuniram as condições suficientes para a inclusão definitiva no estudo, e foram submetidos à aplicação dos demais instrumentos, sendo eles a Ficha de dados Demográficos do WOQOL, WHOQOL-Bref, WOQOL-Old e o MHI. A realização e exposição das questões foram realizadas pelo

pesquisador de forma individual em uma sala com tranquilidade e silêncio nas próprias instituições, onde o participante verbalizou suas repostas. O tempo estimado para todo o procedimento de aplicabilidade dos instrumentos foi em média de 120 minutos, e, o registro das respostas, nos instrumentos, foi realizado pelo próprio pesquisador.

4.7 Análise dos dados

Para a análise dos dados foi utilizada a abordagem quantitativa. Primeiramente foi realizada a codificação das variáveis dos três instrumentos utilizados (WOQOL-Bref, WOQOL-Old e MHI), sendo então elaborada uma planilha no programa Excel. Para o cálculo dos domínios do WOQOL-Bref foi utilizada a sintaxe disponível no site: <<http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol86.html>>, já para calcular os domínios do WHOQOL-Old foi utilizada a sintaxe do SPSS disponível no site: <<http://www.ufrgs.br/psiq/SINTAXE%20PARA%20O%20PROGRAMA%20ESTAT%C3%84DSTICO%20SPSS.pdf>>.

Para calcular os domínios do MHI foi utilizado o Inventário de Saúde Mental-MHI, e seguindo suas instruções foi desenvolvida uma sintaxe no programa Statistical Package for the Social Science (SPSS, versão 17.0). Todos os domínios, das três escalas, variam de 0 a 100, foi respeitado o modo de calcular e converter o escore para tal amplitude.

Para as comparações entre as variáveis que possuíam dois grupos foi utilizado o teste não paramétrico de Wilcoxon para amostras independentes (Conover, 1981), implementado no software R. Para as comparações entre as variáveis que possuíam mais de dois grupos foi utilizado o teste não paramétrico de Kruskal-Wallis (KW) seguido do pós-teste de Dunn quando o KW foi significativo. Já para correlacionar os domínios dos questionários WHOQOL Bref e Old com MHI e Idade foi proposto o coeficiente de correlação de Spearman, que quantifica a associação entre duas variáveis quantitativas. Este coeficiente varia entre os valores -1 e 1. O valor 0 (zero) significa que não há relação, o valor 1 indica uma relação perfeita positiva e o valor -1 também indica uma relação perfeita, mas inversa, ou seja, quando uma das variáveis aumenta a outra diminui. Quanto mais próximo estiver de -1 ou +1, maior é a associação entre as duas variáveis. Os resultados foram obtidos com o auxílio do software SAS® 9.0, através da PROC CORR.

5 Resultados

Na tabela 1 estão discriminadas as características sócio-demográficas dos idosos moradores das ILPIs. Verifica-se que o perfil dos idosos entrevistados era: 80,81% do sexo feminino, 53,54% viúvos, 49,49% referiram-se apresentar uma boa saúde, 29,29% relataram que o problema de saúde atual de maior relevância era fratura óssea, 59,6% apresentavam uma baixa escolaridade, ou seja, eram analfabetos ou tinham apenas o primeiro grau incompleto e 100% dos participantes referiram ter acompanhamento médico ambulatorial.

Tabela 1: Características sócio-demográficas dos moradores das Instituições de Longa Permanência para Idosos

Variáveis	Categorias	Frequência	Percentual	Frequência Acumulada	Percentual Acumulado
Sexo	Feminino	80	80,81	80	80,81
	Masculino	19	19,19	99	100,00
Estado Civil	1	26	26,26	26	26,26
	2	1	1,01	27	27,27
	3	2	2,02	29	29,29
	4	7	7,07	36	36,36
	5	10	10,1	46	46,46
	6	53	53,54	99	100,00
Estado Civil	Casado	3	3,03	3	3,03
	Separado/Divorciado	17	17,17	20	20,20
	Solteiro	26	26,26	46	46,46
	Viúvo	53	53,54	99	100,00
Saúde está	boa	49	49,49	49	49,49
	fraca	4	4,04	53	53,54
	muito boa	6	6,06	59	59,60
	nem ruim nem boa	40	40,40	99	100,00
forma de administração do questionário	Entrevista	99	100	99	100
Problema de saúde atual	Artrite ou reumatismo	2	2,02	2	2,02
	Catarata	2	2,02	4	4,04
	Derrame	3	3,03	7	7,07
	Diabetes	21	21,21	28	28,28
	Nenhum problema	1	1,01	29	29,29
	Osso quebrado ou fraturado	29	29,29	58	58,59
	Pressão alta	25	25,25	83	83,84
	Problema de coração	12	12,12	95	95,96
	Circulação das pernas	1	1,01	96	96,97
	Glaucoma	1	1,01	97	97,98
	Osteoporose	2	2,02	99	100,00
Escolaridade	Analf./I Grau Incompleto,	59	59,60	59	59,60
	I Grau Completo,	30	30,30	89	89,90
	II Grau Incompleto, II Grau Completo, III Grau Incompleto	10	10,10	99	100,00
Regime de cuidado de saúde	Ambulatorial	99	100	99	100

De acordo com a tabela 2, a idade média dos participantes foi de 76,95 anos. O instrumento WOQOL-Bref é constituído por quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. Cada domínio pode ser calculado separadamente, porém o

instrumento não permite calcular o escore total. Os escores dos domínios apresentam variação de 0 a 100.

Os escores médios dos domínios foram: físico 46,57, psicológico 53,58, relações sociais 66,08 e meio ambiente 57,58. Com base nesses resultados obtidos, foi possível visualizar, que o domínio físico apresentou o escore mais baixo e, portanto, foi o mais prejudicado, uma vez que, o mesmo contém perguntas referentes ao aspecto físico como: dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, mobilidade, atividades da vida cotidiana, dependência de medicação ou de tratamentos e capacidade de trabalho, evidenciando claramente que este domínio está insatisfatório na vida dos indivíduos entrevistados. Já, quando se analisou o domínio das relações sociais, nota-se o escore mais alto e, portanto, foi o que mais corroborou para uma melhor QV, sendo que esta faceta refere-se às relações pessoais, suporte social e atividade sexual, demonstrando que as relações pessoais estão presentes positivamente na vida destes sujeitos e de tal forma contribuíram para uma melhor QV. Por outro lado, os domínios psicológico e meio ambiente apresentaram escores medianos, um pouco acima de 50. A faceta psicológica refere-se aos sentimentos positivos e negativos, memória e cognição,

Tabela 2: Escores dos domínios dos instrumentos WOQOL- Bref, WOQOL-Old e MHI

Descritivas - Geral											
Questionário	Variáveis	N	Média	Desvio Padrão	IC 95%		Mínimo	1º Quartil	Mediana	3º Quartil	Máximo
					LI	LS					
WHOQOL-Bref	Idade	99	76,95	10,17	74,92	78,98	60	67	78	86	98
	Físico	99	46,57	18,06	42,97	50,17	14,29	32,14	42,86	60,71	85,71
	Psicológico	99	53,58	10,8	51,42	55,73	16,67	45,83	54,17	62,5	79,17
	Relações Sociais	99	66,08	14,59	63,17	68,99	25,00	58,33	66,67	75,00	91,67
	Meio-Ambiente	99	57,58	11,36	55,31	59,84	31,25	53,13	56,25	65,63	78,13
WHOQOL-Old	Habilidades Sensoriais	99	35,86	17,8	32,31	39,41	6,25	18,75	31,25	56,25	68,75
	Autonomia	99	43,12	15,43	40,04	46,2	0,00	31,25	37,5	62,5	68,75
	Atividades PPF	99	59,03	18,9	55,26	62,8	12,5	43,75	56,25	68,75	93,75
	Participação Social	99	53,35	25,77	48,21	58,49	18,75	37,5	50,00	81,25	93,75
	Morte e Morrer	99	32,58	30,86	26,42	38,73	0,00	6,25	18,75	75,00	81,25
	Intimidade	99	72,85	15,85	69,69	76,01	31,25	62,5	75,00	81,25	100
	Escore Total	99	49,46	11,45	47,18	51,75	31,25	40,63	47,92	62,5	71,88
MHI	Afeto Positivo	99	43,36	17,23	39,92	46,8	14,55	20,00	40,00	61,82	69,09
	Laços Emocionais	99	37,64	21,07	33,44	41,85	6,67	20,00	40,00	46,67	93,33
	Perda do Controle E/C	99	21,92	10,65	19,8	24,05	6,82	13,64	18,18	29,55	43,18
	Ansiedade	99	24,65	10,19	22,61	26,68	10,00	16,00	24,00	34,00	40,00
	Depressão	99	26,05	13,59	23,34	28,76	4,17	12,5	29,17	41,67	45,83
	Bem-Estar Positivo	99	42,13	15,65	39,01	45,25	17,14	25,71	37,14	57,14	65,71
	Distresse	99	23,92	10,46	21,83	26,00	9,32	14,41	23,73	33,9	40,68
	MHI	99	30,7	11,9	28,33	33,08	14,89	17,02	28,72	44,68	47,87

autoestima, imagem corporal, espiritualidade, religião e crenças pessoais. O domínio meio ambiente refere-se à segurança e salubridade do ambiente físico, recursos financeiros, disponibilidade de qualidade dos cuidados de saúde e sociais, oportunidade de adquirir novas informações e habilidades, participação e oportunidade de recreação de lazer e transporte.

O instrumento WOQOL-Old é representado por seis domínios sendo: Funcionamento Sensorial, Autonomia, Participação Social, Atividades Passadas, Presentes e Futuras, Morte e Morrer e Intimidade. Assim sendo, no presente trabalho os escores dos mesmos foram: Funcionamento Sensorial = 35,86; Autonomia= 43,12; Participação social= 53,35; Atividades Passadas, Presentes e Futuras= 59,09; Morte e Morrer =32,58 e Intimidade= 72,85. A faceta que apresentou o menor escore foi Morte e Morrer seguidos de Funcionamento Sensorial e Autonomia, demonstrando que estes aspectos estão rebaixados e contribuem desfavorecendo a QV.

O módulo Morte e Morrer foi o que mais depreciou a QV dos entrevistados. Esta faceta refere-se as preocupações, inquietações e temores sobre a morte e o morrer. Funcionamento Sensorial apresentou escore inferior a 50, ou seja, obteve escore baixo, evidenciando que este aspecto se encontra rebaixado e está interferindo negativamente na QV dos entrevistados. Funcionamento Sensorial avalia o funcionamento sensorial e o impacto da perda de habilidades. O aspecto Autonomia também obteve escore inferior a 50, evidenciando sua depreciação na QV dos sujeitos em estudo. A Autonomia refere-se a independência do idoso, a capacidade deste viver de forma autônoma, sendo que assim a independência dos sujeitos do estudo apresenta-se prejudicada.

O domínio Intimidade apresentou o maior escore, sendo o aspecto que mais colaborou para uma boa QV. O mesmo avalia a capacidade de se ter relações pessoais e íntimas, portanto, neste estudo os idosos avaliados apresentam relações pessoais e íntimas benéficas e favoráveis para uma boa QV.

O escore total médio obtido pelo WOQOL-Old foi de 49,46, sabendo-se que o escore varia de 0 a 100, o escore médio total foi inferior a 50, portanto, o escore resultante foi mediano, isto é a QV dos idosos entrevistados está nem satisfatória e nem insatisfatória, em virtude principalmente de alguns aspectos que contribuem negativamente para tal resultado, como aspecto Morte e Morrer, Funcionamento Sensorial e Autonomia.

O Inventário de Saúde Mental (MHI) apresenta 38 questões distribuídas em cinco subdomínios: Afeto Positivo, Laços Emocionais, Perda de Controle Emocional, Ansiedade, Depressão, sendo agrupados em dois domínios: Bem-Estar positivo e Distresse.

A dimensão Distresse trata-se de uma orientação negativa da Saúde Mental, constituindo a somatória dos escores dos sub-domínios: Perda de Controle Emocional, Ansiedade e Depressão. A dimensão Bem-Estar Positivo trata-se do estado de saúde mental positivo, representada pela fusão dos domínios: Laços Emocionais e Afeto Positivo.

O escore médio do domínio Distresse dos entrevistados foi 23,92 e o escore médio do domínio Bem-Estar Positivo foi de 42,13. Comparativamente o Bem-Estar Positivo apresentou escore maior em relação ao Distresse, podendo-se inferir que os idosos entrevistados apresentam mais aspectos positivos referentes a SM sobrepondo aos negativos. Porém, o escore médio total do MHI foi de 30,70, sabendo-se que o escore total varia de 0 a 100, o escore total médio foi inferior a 50, evidenciando-se que a saúde mental geral dos idosos se apresentou deficitária.

Na tabela 3, consta-se as correlações de Spearman entre os domínios dos instrumentos MHI e WOQOL-Bref. Além dos valores do coeficiente de correlação, foram calculados testes de hipóteses para testar se o valor de rho é igual a zero; o resultado, expresso em valor p encontra-se logo abaixo do coeficiente de correlação.

Tabela 3: Correlações entre os domínios dos instrumentos MHI e WOQOL-Bref

Coeficiente de Correlação de Spearman (rho), N = 99				
	Valor-p			
	Físico	Psicológico	Relações Sociais	Meio-Ambiente
Afeto Positivo	-0,56	-0,20	0,13	-0,51
	<0,01	0,05	0,20	<0,01
Laços Emocionais	-0,12	0,02	-0,12	-0,32
	0,25	0,81	0,25	<0,01
Perda do Controle E/C	-0,47	-0,19	0,14	-0,30
	<0,01	0,05	0,15	<0,01
Ansiedade	-0,47	-0,15	0,20	-0,42
	<0,01	0,13	0,05	<0,01
Depressão	-0,57	-0,20	0,13	-0,50
	<0,01	0,04	0,19	<0,01
Bem-Estar Positivo	-0,54	-0,22	0,06	-0,53
	<0,01	0,03	0,57	<0,01
Distresse	-0,51	-0,17	0,16	-0,41
	<0,01	0,09	0,12	<0,01
MHI	-0,55	-0,14	0,11	-0,48
	<0,01	0,18	0,30	<0,01
Idade	-0,11	-0,15	-0,15	-0,03
	0,27	0,14	0,13	0,79

Em relação a essa tabela, nota-se que o domínio Físico WHOQOL-Bref apresenta correlação moderada negativa ($\rho = -0,56$; $p < 0,01$) com o domínio Afeto Positivo do MHI. Assim sendo, moderadamente quanto mais elevado for o escore para o domínio Físico WHOQOL-Bref menor será o escore do domínio Afeto Positivo do MHI e vice-versa.

Fato semelhante foi observado também entre as correlações do domínio Meio Ambiente do WOQOL-Bref, que apresentou correlação moderada e negativa ($\rho = -0,51$; $p < 0,01$) com o domínio Afeto Positivo do MHI. Assim, o domínio Meio Ambiente que se refere aos aspectos de salubridade e segurança do lar, disponibilidade e qualidade de cuidados de saúde e sociais, oportunidade de lazer, recursos financeiros e transporte, se estes aspectos estiverem elevados rebaixarão moderadamente o domínio Afeto Positivo que se refere ao otimismo e tranquilidade e vice-versa.

O domínio Físico do WOQOL-Bref apresentou correlação moderada e negativa ($\rho = -0,47$; $p < 0,01$) em relação ao domínio Perda de Controle Emocional do MHI. Portanto, se os aspectos do domínio Físico estiverem elevados influirão moderadamente para que rebaixe os aspectos do domínio Perda de Controle Emocional. Deste modo, o indivíduo se não tiver dor, desconforto, repousar satisfatoriamente, realizar as AVD's sem auxílio, não for tão dependente de tratamentos médicos e tiver boa capacidade para o trabalho, menor será a Perda de Controle Emocional e vice-versa.

O domínio Físico do WOQOL-Bref apresentou correlação moderada negativa ($\rho = -0,47$; $p < 0,01$) com o domínio Ansiedade e com o ($\rho = -0,57$; $p < 0,01$) domínio Depressão do MHI. Quando os aspectos do domínio Físico estiverem satisfatórios, os mesmos influenciarão moderadamente para abaixar os sintomas de ansiedade e depressão e vice-versa.

Considerando a correlação de ($\rho = -0,54$; $p < 0,01$) entre domínio Físico do WOQOL-Bref e domínio Bem- Estar Positivo do MHI, verifica-se que quando os aspectos Físicos mostraram satisfatórios, o domínio Bem-Estar Positivo apresenta-se reduzido moderadamente e vice-versa.

O domínio Meio Ambiente do WOQOL- Bref apresentou correlação moderada e negativa ($\rho = -0,53$; $p < 0,01$) em relação ao domínio Bem- Estar Positivo do MHI. A segurança e salubridade do lar, recursos financeiros, recursos de saúde e sociais, transporte e lazer, são aspectos referentes à faceta Meio ambiente, assim se estes aspectos estiverem satisfatórios se reduzirá moderadamente o Bem- estar Positivo e vice-versa.

Relacionando-se o domínio Físico do WOQOL-Bref com o escore total do MHI verificou-se uma correlação moderada ($\rho = -0,55$; $p < 0,01$), ou seja, se os itens da faceta

Físico estiverem satisfatórios se rebaixará moderadamente os aspectos referentes ao MHI, ou seja, a saúde mental geral.

As demais correlações foram não significativas entre as variáveis do MHI e WOQOL-Bref.

A Tabela 4 demonstra as correlações encontradas entre os domínios dos instrumentos MHI e WOQOL-Old.

Tabela 4: Correlações de Spearman entre os domínios dos instrumentos MHI e WOQOL-Old

Coefficiente de Correlação de Spearman (rho), N = 99							
	Habilidades Sensoriais	Autonomia	Atividades PPF	Participação Social	Morte e Morrer	Intimidade	Escore Total
Afeto Positivo	0,50 <0,01	-0,43 <0,01	-0,52 <0,01	-0,59 <0,01	-0,20 0,05	-0,36 <0,01	-0,36 <0,01
Laços Emocionais	0,40 <0,01	-0,05 0,62	0,09 0,36	0,03 0,77	-0,03 0,73	-0,12 0,24	0,13 0,20
Perda do Controle E/C	0,47 <0,01	-0,35 <0,01	-0,39 <0,01	-0,50 <0,01	-0,18 0,07	-0,22 0,03	-0,27 <0,01
Ansiedade	0,50 <0,01	-0,31 <0,01	-0,43 <0,01	-0,43 <0,01	-0,19 0,06	-0,17 0,09	-0,23 0,02
Depressão	0,55 <0,01	-0,47 <0,01	-0,49 <0,01	-0,61 <0,01	-0,25 0,01	-0,32 <0,01	-0,37 <0,01
Bem-Estar Positivo	0,57 <0,01	-0,38 <0,01	-0,42 <0,01	-0,55 <0,01	-0,22 0,03	-0,37 <0,01	-0,30 <0,01
Distresse	0,52 <0,01	-0,39 <0,01	-0,44 <0,01	-0,51 <0,01	-0,24 0,02	-0,23 0,02	-0,31 <0,01
MHI	0,53 <0,01	-0,42 <0,01	-0,43 <0,01	-0,54 <0,01	-0,28 <0,01	-0,29 <0,01	-0,34 <0,01
Idade	0,03 0,79	-0,15 0,15	-0,15 0,15	-0,07 0,52	-0,17 0,09	-0,10 0,35	-0,19 0,06

De acordo com a Tabela 4, o domínio Afeto Positivo do MHI apresentou correlação moderada positiva ($\rho = +0,50$; $p < 0,01$) com o domínio Funcionamento Sensorial do WOQOL-Old, isto é, quando o Funcionamento Sensorial estiver elevado, consequentemente se elevará o domínio Afeto Positivo. Por outro lado, foi encontrada correlação moderada negativa ($\rho = -0,52$; $p < 0,01$) entre o Afeto Positivo do MHI e Atividade de Vida Passada, Presente e Futura do WOQOL-Old, assim quando o Afeto Positivo estiver elevado se reduzirá moderadamente as Atividades de Vida Passadas, Presentes e Futuras. O mesmo acontece com a correlação moderada negativa ($\rho = -0,59$; $p < 0,01$) entre as variáveis Afeto Positivo e

Participação Social, portanto, caso estiver em alta os itens do Afeto Positivo se rebaixará moderadamente a Participação Social e vice-versa.

A Perda de Controle Emocional do MHI apresentou correlação moderada e positiva ($\rho = +0,47$; $p < 0,01$) em relação ao Funcionamento Sensorial do WOQOL-Old, portanto se a Perda de Controle Emocional for elevada se elevará moderadamente o Funcionamento Sensorial.

O contrário ocorreu com a correlação moderada e negativa ($\rho = -0,50$; $p < 0,01$) encontrada entre as variáveis Perda de Controle Emocional e Participação Social, portanto, esta correlação indicou que quando se aumenta a Perda de Controle Emocional se rebaixará moderadamente a Participação Social e vice-versa.

O Funcionamento Sensorial do WOQOL-Old apresentou correlações moderadas e positivas ($\rho = +0,50$; $p < 0,01$) e ($\rho = +0,55$; $p < 0,01$) com as variáveis Ansiedade e Depressão. Assim sendo, observa-se moderadamente que quanto maior a presença de sintomas de ansiedade e depressão maior será o Funcionamento Sensorial. O inverso aconteceu com as correlações moderadas e negativas encontradas entre as variáveis Depressão do MHI em relação as variáveis Autonomia ($\rho = -0,47$; $p < 0,01$), Atividades Passadas, Presente e Futuras ($\rho = -0,49$; $p < 0,01$) e Participação Social ($\rho = -0,61$; $p < 0,01$) do WOQOL-Old. Desta forma, quando se aumenta os sintomas depressivos reduz-se moderadamente a Autonomia, as Atividades Passadas, Presente e Futuras e a Participação Social e vice-versa.

O domínio Bem-Estar Positivo do MHI apresentou correlação moderada negativa ($\rho = -0,55$; $p < 0,01$) com a Participação Social do WOQOL-Old, assim se o Bem-Estar Positivo estiver elevado se reduzirá a Participação Social moderadamente, e vice-versa.

O grande domínio Distresse do MHI apresentou correlação moderada positiva ($\rho = +0,53$; $p < 0,01$) com o Funcionamento Sensorial do WOQOL-Old, portanto, quando se eleva o Distresse se eleva moderadamente o Funcionamento Sensorial. O contrário aconteceu com a variável Participação Social do WOQOL-Old em relação ao Distresse do MHI, sendo que foi encontrada correlação moderada e negativa ($\rho = -0,51$; $p < 0,01$), desta forma, quando se aumenta o Distresse se reduzirá moderadamente a Participação Social e vice-versa.

Já, o MHI apresentou correlação moderada positiva ($\rho = +0,53$; $p < 0,01$) com a variável Funcionamento Sensorial do WOQOL-Old, ou seja, quando se eleva o MHI, a saúde mental, será elevada moderadamente e também o Funcionamento Sensorial. O inverso ocorreu com as variáveis MHI e Participação Social, pois, foi encontrada correlação

moderada negativa ($\rho = -0,54$; $p < 0,01$). Se a saúde mental estiver elevada, consequentemente se reduzirá levemente a participação social.

As outras correlações entre variáveis dos instrumentos do MHI e WOQOL-Old foram insignificantes, ou seja, não apresentam uma relação linear, pois o valor de ρ é próximo de zero.

Nota-se no presente estudo que o perfil epidemiológico dos idosos teve a predominância do sexo feminino, corroborando com o fato conhecido mundialmente por Feminilização do Envelhecimento (VERAS, 2009). Este processo ocorre em decorrência de diversos fatores como a possibilidade dos homens jovens terem 4,5 vezes a chance de morrer em relação a uma mulher, uma vez que, 87,35% das mortes violentas no Brasil ocorrem com vítimas do sexo masculino e jovens (IBGE, 2010).

Além disso, existem benefícios fisiológicos no sexo feminino oriundos da ação hormonal, que possibilitam maior proteção contra doenças cardiocirculatórias. O estrogênio auxilia na eliminação do LDL (Lipoproteína de Baixa Densidade), este é o principal responsável pelo aparecimento de doenças cardiovasculares, tais como: Aterosclerose, Angina, Infarto Agudo do Miocárdio e Acidentes Vascular Cerebral (NYGARD et al., 1990). Devido a estes fatores, as patologias cardiovasculares apresentam menor prevalência na população feminina, o que corrobora para uma vida mais longa. Outro fato relevante trata-se de que as mulheres, em comparação aos homens, possuem maior cuidado com a saúde e fazem uso com maior frequência dos serviços de saúde (LIMA-COSTA; BARRETO; GIATTI, 2003).

Para Perlini et al. (2007), em ILPIs quanto ao estado civil, predominam-se os viúvos, considerando que a “viuvez” leva à institucionalização, uma vez que, ao perder o companheiro, os idosos passam a ficar sob os cuidados dos filhos ou sobrinhos, e, muitas vezes, estes familiares carecem de tempo para atendê-los satisfatoriamente, então, preferem alocá-los em instituições onde acreditam que a assistência será adequada. Esta questão foi observada em outro estudo, em que a maioria dos idosos residentes em ILPIs eram viúvos (n=25; 50%) e casados (n=21; 42%) houve o predomínio de mulheres viúvas (n=22; 62,85%) (VAROTO; AZEVEDO, 2011).

A baixa escolaridade presente majoritariamente entre os idosos estudados está associada à baixa condição econômica, repercutindo limitações no auto-cuidado e no cuidado realizado por familiares e por fim a institucionalização (AIRES, PAZ; PEROSA, 2006).

Fato importante observado no presente estudo, refere-se que os idosos entrevistados comentaram, durante o procedimento de aplicabilidade dos instrumentos, que tiveram que interromper seus estudos porque necessitavam trabalhar para contribuir com o sustento da família. A elevada porcentagem de participantes com baixo nível de escolaridade interferiu na compreensão do estudo como um todo, além de influenciar no tempo de duração das entrevistas.

Quanto à saúde, metade dos idosos referiu apresentar boa saúde e outra grande parcela respondeu nem boa nem ruim, porém, diversos estudos afirmam que a maioria dos idosos institucionalizados apresenta alguma enfermidade que limita a sua dependência (CAMARANO, 2002).

O problema de saúde atual mais freqüente entre os idosos do estudo foi fratura óssea. Segundo Mesquita et al. (2009), a fratura do fêmur é um dos grandes agravos à saúde dos idosos, em decorrência da alta prevalência e pela gravidade, visto que acarretam o aumento da dependência e da mortalidade. As fraturas ósseas nos idosos são ocasionadas pela Osteoporose, que é uma doença sistêmica causadora da deteriorização do tecido ósseo. Esta patologia deixa o idoso suscetível a fraturas ósseas, deformidades e causa incapacidades (PLAPER, 1997).

Tais incapacidades geram dependência na execução de atividades de vida diária (AVDs), o que contribui demasiadamente para a institucionalização, uma vez que muitos idosos são institucionalizados a fim de receberem a atenção necessária e tratamento multiprofissional adequado para a reabilitação da fratura.

De acordo com o WOQOL-Bref, os escores médios de duas das quatro facetas foram um pouco superiores a 50, e, uma delas está um pouco abaixo de 50, sabendo-se que o escore total médio varia 0 a 100, deduz-se que a QV entre os idosos encontra-se mediano. Somente o domínio Relações sociais apresentou escore mais elevado (66,08). Para Neri (2001), as relações sociais são imprescindíveis e colaboram positivamente para o Bem-estar psicológico e QV, visto que os relacionamentos mais importantes são em primeiro lugar com os filhos e amigos recentes.

O domínio que apresentou escore inferior aos demais foi o Físico (46,57), este domínio refere-se a dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, mobilidade, atividades da vida cotidiana, dependência de medicação ou de tratamentos e capacidade de trabalho, ficando evidenciado que estes aspectos estão rebaixados na vida dos indivíduos entrevistados.

Para Niv e Kreitler (2001), avaliando a QV por meio do instrumento WHOQOL-100 concluíram que, a dor e a fadiga inclusas na dimensão física influenciam negativamente na QV global, visto que afetam os outros domínios, tais como o psicológico, o nível de independência e a saúde ambiental.

Um estudo com 20 pacientes em tratamento de hemodiálise para avaliação da QV com a aplicação do instrumento WHOQOL-bref, apresentou como resultado que o domínio físico foi o mais prejudicado e o mais influente na QV (HIGA et al., 2008).

Segundo o instrumento WOQOL-Old, os domínios que apresentaram escores inferiores a 50 foram: Morte/Morrer, Funcionamento Sensorial e Autonomia. A dimensão Morte/Morrer foi o que mais depreciou a QV dos entrevistados. Esta faceta refere-se às preocupações, inquietações e temores sobre a morte, que pode interferir de forma negativa na QV do idoso, sendo gerador de ansiedade, podendo gerar insatisfação na execução de tarefas que antes eram vistas como prazerosas (CELICH, 2008).

A razão maior para o medo da morte, é que os idosos inegavelmente se encontram no final do ciclo vital, ou seja, se encontram mais próximos da morte. A morte simboliza a finitude da vida, incluindo valores, conceitos e medos. O medo da morte provém do desconhecido, quanto mais o indivíduo for espiritualizado menor será o medo acerca da morte (WOQOL GROUP, 1995). Foi o que ocorreu neste estudo, pois de acordo com o baixo escore do domínio Morte e Morrer do WOQOL-Old, observou-se que houve grande dificuldade de aceitação e temor da morte pelos idosos entrevistados.

O domínio Funcionamento Sensorial avalia o funcionamento sensorial e o impacto da perda de habilidades. De acordo com o escore do Funcionamento Sensorial, evidenciou-se que os idosos estavam insatisfeitos com suas habilidades sensoriais, tendo em vista que a maioria dos mesmos, quando institucionalizados apresentam certo grau de dependência.

As enfermidades predominantes na velhice, com alto potencial para déficits no funcionamento físico e sensorial influenciam negativamente na QV (MELZER; PARAHYBA, 2004).

Sabe-se que o processo do envelhecimento gera desgaste progressivo das funções cognitivas, motoras e sensoriais, e esses prejuízos nas aptidões geram insatisfação e influência negativamente na QV (NERI, 1993).

A faceta Autonomia refere-se à independência do idoso, a capacidade deste viver de forma autônoma, assim sendo, de acordo com o resultado apresentado, a independência dos sujeitos do estudo encontra-se prejudicada. Este resultado é semelhante ao de outras pesquisas que mostraram que a maioria dos idosos moradores de instituições apresentou médio a elevado grau de dependência (AIRES; PAZ; PEROSA, 2006; ANGELO; SILVA; LIMA, 2011; ARAÚJO; CEOLIM, 2007).

Um estudo realizado em uma ILPI para a avaliação do nível de dependência dos idosos na execução das AVD's, constatou que 51,6% dos idosos apresentaram dependência parcial, 16,1% dos idosos apresentaram dependência total e 32,3% eram independentes (AIRES; PAZ; PEROSA, 2006). Em outro estudo realizado em ILPIs de Olinda- PE foi observado que 38,4% apresentaram grau de dependência I; 33,1% apresentaram grau de

dependência II; e 28,5% apresentaram um grau de dependência III (ANGELO; SILVA; LIMA, 2011). Semelhante foi o resultado encontrado em uma pesquisa realizada em ILPIs de Taubaté- SP verificou-se que 37% dos idosos avaliados eram independentes e 63% dependente para as AVD's (ARAÚJO; CEOLIM, 2007).

A dimensão Intimidade apresentou a maior pontuação, sendo que se refere às relações pessoais e íntimas. Os resultados apontaram que a maioria dos idosos eram viúvos, mas, apesar deste fato, os entrevistados estavam satisfeitos com suas relações pessoais e íntimas. Porém, este domínio também engloba todas as relações pessoais, tendo em vista que, geralmente os idosos institucionalizados não apresentam suporte familiar apropriado, porém formam fortes vínculos afetivos com os outros moradores a ponto de considerá-los como entes queridos (WHOQOL GROUP, 1995). Este resultado foi semelhante ao estudo com idosos de grupos socioterápicos do município de Arroio do Meio-RS, em que o domínio Intimidade do WOQOL-Old apresentou o maior escore médio entre todos os domínios, este resultado demonstrou que os participantes apresentaram plena satisfação com suas relações pessoais (BAJOTTO; GOLDIM, 2011).

De acordo com o instrumento de avaliação da saúde mental, o grande domínio Bem-estar Positivo apresentou escore superior ao Distresse, isto significa que os fatores positivos referentes a saúde mental foram preponderantes aos negativos, evidenciando que a saúde mental se encontrava regular. Contudo o escore médio geral do MHI foi inferior a 50, demonstrando que a saúde mental global estava prejudicada.

O MHI serve para o rastreio de doenças mentais caso o escore geral obtido for abaixo de 50, posteriormente é aconselhado a realização de uma avaliação formal para o diagnóstico da doença Mental. Em um estudo para identificação de prevalência de sintomas depressivos numa população da comunidade foi utilizado o MHI-5. O resultado obtido foi que escore de corte foi de 52 pontos para a existência de sintomas graves e de 60 pontos para a existência de sintomas moderados (YAMAZAKI et al., 2005).

No presente estudo foram encontradas correlações moderadas entre os domínios dos instrumentos MHI e WOQOL-Bref e MHI com o instrumento WOQOL- Old.

Os domínios Depressão e Ansiedade do MHI apresentaram correlação moderada e inversa com o domínio Físico do WOQOL-Bref, pois quando os aspectos físicos estiverem satisfatórios diminui-se os riscos para a ansiedade e depressão. Os aspectos físicos satisfatórios são benéficos a saúde mental, o inverso foi encontrado no presente estudo, em que os aspectos físicos satisfatórios afetam negativamente a Saúde Mental, porém de forma moderada.

A fadiga pode afetar demasiadamente a saúde geral e especificamente a saúde mental, podendo acarretar ansiedade e depressão (MATTA; FILHO, 2003). Da mesma forma que a dor e a insônia influenciam negativamente a saúde mental. A convivência prolongada com uma dor crônica pode gerar pensamentos suicidas e até a manifestação de transtornos mentais (OLIVEIRA et al., 2011).

Em um estudo para a avaliação da prevalência de depressão em pacientes com fibromialgia, foi evidenciado que a dor crônica causada pela doença gera limitações nas atividades cotidianas e causa insatisfação e adoecimento mental. Foi observado a elevada incidência de depressão em pacientes com fibromialgia (BERBER, 2004). Outro caso semelhante foi um estudo americano realizado em 2000, por uma indústria farmacêutica, sobre o bem-estar de portadores de dor crônica, sendo revelado que 57% dos entrevistados referiram sentir-se fadigados, 49% afirmaram sentir-se mais velhos e cerca de 30% dos mil entrevistados revelaram que sentem dores muito intensas a ponto de desejarem a morte para findar o sofrimento (PESSINI, 2002).

Em uma revisão sistematizada sobre a influência positiva das relações sociais na saúde física e mental, os pesquisadores observaram que fortes relações sociais foram associadas com o aumento da sobrevida e por outro lado, a falta de relações sociais é vista como fator de risco para mortalidade tão quanto o tabagismo (THE PLOS MEDICINE EDITORS, 2010).

Sabe-se que o meio ambiente interfere diretamente na saúde mental, isto é, quando o meio ambiente estiver satisfatório beneficiará a saúde mental ou o contrário, embora o resultado do presente estudo apresentou-se o inverso, pois demonstrou que a satisfação com os aspectos físicos desfavorece a saúde mental. Para Castellón e Pino (2003), os idosos que vivem em ambientes inseguros raramente saem sozinhos e, portanto, estão mais susceptíveis ao isolamento social e às enfermidades mentais, tal como a depressão. De acordo com O'Shea (2003), idosos com limitações em seu ambiente físico são cinco vezes mais propensos a apresentarem depressão.

Idosos que apresentam perdas consideráveis em suas habilidades sensoriais, geralmente tendem a ser tornarem dependentes de outras pessoas e devido a isso sentem-se entristecidos e pessimistas sobre o que pode-se esperar futuramente, o contrário também ocorre com os idosos com boa capacidade cognitiva e funcional, visto que, sentem-se mais satisfeitos e otimistas em relação a vida. Uma pesquisa realizada com idosos na cidade de Campinas, no interior do estado de São Paulo, avaliou o estado e os comportamentos de saúde, tais como a duração do sono e o sentimento de felicidade. No aspecto felicidade 77,2% dos idosos disseram sentir-se felizes, contra 22,8% que referiam não se sentirem felizes.

Desses que revelaram-se como infelizes eram obesos ou apresentavam enfermidades que limitavam a sua autonomia (LIMA et al., 2011).

As relações sociais e a saúde mental, no presente estudo, apresentaram uma correlação moderada inversa, ou seja, quando um domínio das relações sociais aumenta, o escore da saúde mental obtido pelo MHI diminui, e vice versa, não sendo, então, propriamente o que se esperava, pois as pesquisas revelam o contrário (CORTELLETTI et al., 2004; ESPINOSA, 1998; PINQUART; SORENSEN, 2000). Segundo Torres et al. (2009), as pessoas idosas que estão bem integradas às suas famílias e ao seu meio social, apresentam melhor capacidade de se recuperarem de doenças, sendo assim o isolamento social um importante fator de risco para a saúde física e mental.

Espinosa (1998) define saúde mental como a capacidade de estabelecer relações harmoniosas com os indivíduos e a contribuição nas modificações do ambiente físico e social, desta forma, a saúde mental se beneficia com o estabelecimento de vínculos afetivos importantes

Segundo Pinquart e Sorensen (2000), os idosos geralmente diminuem a quantidade de contatos com as pessoas e familiares, principalmente quando se trata de idosos institucionalizados, as relações familiares normalmente se tornam mais distantes. Todo indivíduo apresenta necessidades afetivas, e assim as relações sociais possibilitam o estabelecimento de vínculos, contribuindo para o bem-estar, já que os afetos permitem partilhar alegrias, tristezas, conquistas, fracassos e perdas (CORTELLETTI et al., 2004).

Segundo os resultados do presente estudo, quanto maior for o funcionamento sensorial maior será a perda de controle emocional. Se as habilidades sensoriais estiverem preservadas, maior será a possibilidade de se perder o controle emocional. Porém, a literatura relata o contrário, pois o processo de envelhecimento é determinado por alterações orgânicas degenerativas que podem levar o aparecimento de doenças físicas e mentais. Este processo degenerativo é determinante na perda da autonomia para a realização de atividades cotidianas e essa dependência pode acarretar sentimentos de desânimo, menos-valia, pessimismo e irritabilidade (GARCIA et al., 2006).

A depressão apresenta como sintomas a avolição para a realização de atividades antes vistas como prazerosas, a falta de autonomia e o isolamento social. O indivíduo deprimido depara-se com sentimentos pessimistas, como o desamparo, a tristeza profunda, a apatia, a falta de iniciativa, o descontentamento físico, a dificuldade na organização das idéias e outros (COUTINHO et al., 2003)

Em vista dos resultados expostos, observou-se que a qualidade de vida se encontrava mediana e a saúde mental prejudicada. Foram encontradas algumas correlações moderadas entre as dimensões de QV e SM, mostrando que possuem uma relação, visto que alguns fatores constituintes da QV favorecem ou desfavorecem brandamente aspectos da SM, ou o contrário, porém deve-se considerar que as correlações encontradas foram apenas moderadas. O resultado médio de QV se mostrou mediano, assim se evidenciou que a QV dos idosos institucionalizados não se encontrava insatisfatória. Já o resultado médio da MHI para a avaliação da saúde mental foi o mais preocupante, pois apresentou o escore total médio muito inferior de 52, escore de corte para identificação da presença de sintomas graves (YAMAZAKI et al., 2005), apontando que a população estudada tem sua saúde mental prejudicada, mas que, certamente, isto está relacionado a outros fatores, não avaliados no presente estudo, e não somente a sua qualidade de vida.

Finalmente, é importante considerar alguns limites apresentados pelo presente estudo. Relativo aos instrumentos utilizados, todos se mostraram extremamente adequados, mas o MHI, por ser uma versão, portuguesa, alguns aspectos poderiam ser revistos, principalmente porque, mesmo com semelhanças entre as populações portuguesa e brasileira nos aspectos gerais, várias diferenças também se apresentam, como na cultura de um modo geral, então, propor um estudo mais detalhado com este instrumento, nos aspectos de adaptação para o meio brasileiro, incluindo revisão semântica e estudos de validade, fidedignidade e estrutura fatorial, entre outros, seria oportuno.

Relativo a aplicabilidade dos mesmos na população selecionada, houveram alguns entraves, pois os idosos tinham dificuldade para responder frente ao número de instrumentos utilizados e também, os mesmos, serem relativamente extensos. Eles se mostravam cansados e aparentavam perder a concentração em alguns momentos, o que poderia comprometer a fidedignidade das respostas. Os horários nas ILPIs reservados para a aplicação dos instrumentos, também sofriam alterações frente a intercorrências no momento de tal aplicabilidade, como por exemplo: marcavam também uma consulta médica no mesmo horário, ou sessões de fisioterapia, ou, ainda, uma visita inesperada, enfim, situações que obrigavam a interromper as respostas aos instrumentos e remarcação de novo horário para a continuidade das atividades da pesquisa.

O exame do estado mental, avaliado pelo MEEM, apontou a condição dos idosos serem inclusos no estudo, o que era o suficiente para os propósitos do mesmo. Mas, uma avaliação mais aprofundada não foi realizada no sentido de verificação de presença de psicopatologias nessa população, ou seja, não foram verificados se possuíam diagnósticos

psiquiátricos e se faziam tratamento para isso. É de supor que isso não ocorreu, pois as ILPIs não podem aceitar, como residentes, idosos com diagnósticos desta natureza, segundo a Lei n.º 10.216/2001 (art. 4º, parágrafo III) (BRASIL, 2002). Assim, estudos verificando esses aspectos seriam importantes, pois ofereceriam oportunidades de discussão com mais profundidade de achados semelhantes ao do presente estudo, onde, a qualidade de vida apresentou-se de forma relativamente satisfatória, mas a saúde mental apontada pelo MHI, extremamente prejudicada. Levando em consideração que a relação estabelecida entre qualidade de vida e a saúde mental foi moderada, é de se supor, como já referido, que existiam outros fatores influenciando na saúde mental dos idosos pesquisados que não influenciavam, tanto, em sua qualidade de vida.

7 Conclusão

Frente aos resultados do presente estudo e sua discussão, é possível concluir que:

- A) considerando a população total de idosos residentes em ILPIs, aproximadamente um quarto desses idosos têm possibilidades de participação em pesquisas que envolvem aplicabilidade de instrumentos;
- B) considerando os resultados de um breve exame do estado mental, realizado em idosos residentes em ILPIs que reuniam condições de responder a este exame através MEEM, esta relação se mantém, ou seja, também aproximadamente um quarto desses idosos têm possibilidades de participação em pesquisas que envolvem aplicabilidade de instrumentos;
- C) os escores totais obtidos pela aplicabilidade dos instrumentos relativos à qualidade de vida se apresentaram de forma mediana, indicando uma qualidade de vida relativamente satisfatória;
- D) os escores totais apresentados pela aplicabilidade do instrumento relativo à saúde mental se apresentaram de forma baixa, indicando uma saúde mental com sérios prejuízos;
- E) a qualidade de vida de idosos institucionalizados interfere moderadamente na saúde mental dos mesmos e vice-versa;
- F) é necessária atenção especial à qualidade de vida de idosos residentes em ILPIs, pois os escores medianos apresentados, sugerindo uma qualidade de vida relativamente satisfatória, não garantem que essa condição se mantém no sentido positivo, ou seja, ela pode estar, em diversos momentos, deficitária.
- G) é necessária atenção especial à saúde mental de idosos residentes em ILPIs, pois os escores baixos apresentados, indicando sérios prejuízos, sinalizam a necessidade de intervenções preventivas no sentido de desenvolvimento ou agravamento de transtornos mentais, alguns próprios desta fase da vida.
- H) este estudo destaca a importância de se realizar mais estudos que favoreçam a implementação de práticas e cuidados voltados à promoção da saúde mental dos idosos residentes em ILPIs, considerando os resultados apresentados e o progressivo crescimento desta população. Além disso, considera-se como extremamente necessário a continuidade de estudos que investiguem a qualidade de vida e sua relação com a saúde mental, inclusive para o desenvolvimento de modelos teóricos do desenvolvimento psicossocial de idosos saudáveis ou não.

8 Referências

AIRES, M.; PAZ, A. A.; PEROSA, C. T. O grau de dependência e características de pessoas idosas institucionalizadas. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, v. 3, n. 2, p. 79-91. 2006.

ALLEYNE, G. A. O. Health and the quality of life. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 9, n. 1, 2001.

ALMEIDA, A. J. P. dos S.; RODRIGUES, V. M. C. P. A qualidade de vida da pessoa idosa institucionalizada em lares. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 6, p.1025-1031, nov./ dez., 2008.

ALMEIDA, O. P. Idosos atendidos em serviço de emergência de saúde mental: características demográficas e clínicas. **Revista Brasileira Psiquiatria**, São Paulo, v. 21, n. 1, p.12-18, jan-mar., 1999.

ANDRADE, G. R. B.; VAISTSMAN, J. Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, 2002.

ANGELO, B. H. B.; SILVA, D. I. B.; LIMA, M. A. S.. Avaliação das Instituições de Longa Permanência para Idosos do município de Olinda-PE. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 663-673, 2011.

ARAÚJO; M. O. P. H.; CEOLIM, M. F. Avaliação do grau de independência de idosos residentes em instituições de longa permanência. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.41, n.3, p.378-385, 2007.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). **Portaria GM/MS nº 50/2002. PT nº 344/98. Resolução da Diretoria Colegiada ANVISA 283/2005. Inclusão social e construção da cidadania. DIVS/SES/SC. População idosa (acima 60 anos), item 2.** Brasília, DF, 2005. Disponível em: <http://www.vigilanciasanitaria.sc.gov.br/index.php?option=com_content&task=view&id=236&Itemid=563> Acesso em: 15 out. 2010.

BAJOTTO, A. P.; GOLDIM, J. R.. Avaliação da qualidade de vida e tomada de decisão em idosos participantes de grupos socioterápicos da cidade de Arroio do Meio, RS, Brasil. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 14, n. 4, p. 753-761, Rio de Janeiro, 2011.

BERBER, J. S. S. **Prevalência de depressão e sua relação com a qualidade de vida dos pacientes com Fibromialgia**, 2004. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) Universidade Federal de Santa Catarina, UFSC, Florianópolis/SC.

BERTOLUCCI, P. H. F. et al. mini exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. **Arquivos de Neuro-psiquiatria**, v. 52, p. 1-7, 1994.

BOAS, M. A. V. **Estatuto do idoso comentado**. São Paulo: Forense, 2007.

BODUR, S.; DAYANIR CINGIL, D. Using WHOQOL-BREF to evaluate quality of life among Turkish elders in different residential environments. **The Journal of Nutrition, Health & Aging**, v. 13, n. 7, p. 652-656, 2009.

BORN, T.; BOECHAT, N.S. **A qualidade dos cuidados ao idoso Institucionalizado**. In Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006, p.768-77.

BOWLING, A.; SEETAI, S.; MORRIS, R.; EBRAHIM, S. Quality of life among older people with poor functioning. The influence of perceived control over life. **Age and Ageing**, n. 36, p.310–315, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Legislação em saúde mental. In: _____. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. 3. ed. rev. atual., Brasília, 2002.

BRASIL, **Resolução Da Diretoria Colegiada. RDC nº 283**. Prevenção e redução dos riscos à saúde aos quais ficam expostos os idosos residentes em instituições de Longa Permanência, 2005.

BRITO, F. C.; RAMOS, L.R. **Serviços de atenção à saúde do idoso**. In Papaléo Netto, M. Gerontologia. São Paulo, Atheneu, p.394-402, 2006.

CAMARANO, Ana A. **Muito Além dos 60, Os novos idosos brasileiros**. IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Rio de Janeiro, 1999.

CAMARANO, Ana. A. Envelhecimento da População Brasileira. In: Freitas EV, PY, Lígia, NERI, Anita Liberalesso, CANÇADO Flávio Aluizio Xavier, GORZONI Milton Luiz, ROCHA, SM. organizadores. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 1ª ed. Editora Guanabara Koogan S. A. Rio de Janeiro – RJ, 2002.

CAMARANO, A. A.; KANSO, S. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. **Revista Brasileira de Estudos de População**, São Paulo, v. 27, n. 1, jun. 2010.

CAMPBELL, A.; CONVERSE, P. E; RODGERS W. L. The quality of american life: perceptions, evaluations and satisfactions. **Nova York: Russel Sage Foundation**, 1976.

CAPLIN; J. P. **Dicionário de psicologia**. Lisboa: Publicações D. Quixote; 1989.

CARNEIRO; R. S. et al. Qualidade de vida, apoio social e depressão em idosos: relação com habilidades sociais. **Revista Psicologia Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 20, n. 2, 2007.

CARVALHO, C. M. R. G.; FONSECA, C. C. C.; PEDROSA, J.I. Educação para a saúde em osteoporose com idosos de um programa universitário: repercussões. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, maio/junho, 2004.

CASTELLÓN, A.; PINO, S. Calidad de vida en la atención al mayor: **Revista Multidisciplinar de Gerontología**, La Rioja, Espanha, v. 13, n. 3, p. 188-192, 2003.

CELICH, K.L.S. Domínios de qualidade de vida e capacidade para a tomada de decisão em idosos participantes de grupos da terceira idade. Dissertação (Mestrado) Porto Alegre (RS), Instituto de Geriatria e Gerontologia da PUCRS, 2008.

CELLA, D. F.; CHERIN, E.A. **Quality of life during and after cancer treatment**. Comprehensive Therapy, v. 14, 1987.

CHAIMOWICZ, F.; GRESSO, D. B. Dinâmica da institucionalização de idosos em Belo Horizonte, Brasil. **Revista Saúde Pública**, n. 33, v. 5, out., 1999.

CHIAVENATO, I. **Recursos Humanos**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2000.

CLAUDINO, J.; CORDEIRO, R. Níveis de ansiedade e depressão nos alunos do curso de licenciatura em enfermagem. O caso particular dos alunos da Escola Superior de Saúde de Portalegre: **Millenium**, n. 32, p. 197-210, 2006.

CONOVER, W. J. **Practical nonparametric statistics**. New York, John Willy & Sons, 1981.

CORTELLETTI, I. A. et al. **Idoso Asilado: um estudo gerontológico**. Caxias do Sul: EDUCS/EDIPUCRS, 2004.

COSTA, E. C.; NAKATANI, A. Y. K.; BACHION, M. M. Capacidade de idosos da comunidade para desenvolver as atividades de vida diária e as atividades instrumentais da vida diária. **Acta Paulista de enfermagem**, n. 19, v. 1, p. 35-43, 2006.

COUTINHO, M. P. L. et al Depressão, um sofrimento sem fronteira: Representações sociais entre crianças e idosos. **Psicologia-USF**, v.8, n.2, p. 93-192, 2003.

CREUTZBERG, M. et al. A comunicação entre a família e a Instituição para Idosos. **Revista Brasileira Geriatria Gerontologia**, v.10, n.2, Rio de Janeiro, 2007.

DEL PRETTE, Z. A. P.; DEL PRETTE, A. **Psicologia das relações interpessoais: vivências para o trabalho em grupo**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

DEL DUCA, G .F. et al. Indicadores da institucionalização de idosos: estudo de casos e controles. **Revista de Saúde Pública**, v. 46, n. 1, p.147-153, fevereiro, 2012.

DIMENSTEIN, M. A reorientação da atenção em saúde mental: sobre a qualidade e humanização da assistência. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 24, n. 4, Brasília, dez., 2004.

ESPINOSA, A. F. **Guias práticos de enfermagem: Psiquiatria**. RJ: McGraw-Hill,1998.

FARIA, D.; OLIVEIRA, M.; SIMÕES, J.A. Políticas Públicas de Defesa e Promoção dos Direitos dos Idosos. **Revista Portuguesa de Bioética**, n.16, março 2012.

FRANK, M. H.; RODRIGUES, N. L. Depressão, **ansiedade, outros distúrbios afetivos e suicídio**. In: FREITAS, E. V. , PY L, CANÇADO FAX, DOLL, J, GORZONI, ML, orgs. Tratado de geriatria e gerontologia, p. 376–386, Rio de Janeiro: Koogan, 2006.

FREIRE, S. A. **Educação permanente e qualidade de vida na velhice: metas e desafios na atualidade**. In: CONGRESSO PAULISTA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA. Anais... Santos: SBGG-SP, 2003.

FOLSTEIN, M. F.; FOLSTEIN, S. E.; MCHUGH, P. R. Mini mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. **Journal of Psychiatric Research**, n. 12, 1975.

FONSECA, A. F. **Psiquiatria e psicopatologia**. Lisboa: Fundação Calouste Goulbenkian, 1985.

GARCIA, A. et al. A depressão e o processo de envelhecimento. **Ciências e cognição**, v.7, p. 111-121, 2006.

GARRIDO, R.; MENEZES, P. o Brasil está envelhecendo: boas e más notícias por uma perspectiva epidemiológica. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, n. 24, v. 1, p. 3-6, 2002.

GONÇALVES, L. G. et al. Prevalência de quedas em idosos asilados do município de Rio Grande/RS. São Paulo. **Revista Saúde Pública**, v. 42, n. 5, 2008.

GONÇALVES, L.H.T. O idoso institucionalizado: avaliação da capacidade funcional e aptidão física. **Caderno de Saúde Pública**, n. 26, v. 9, p. 1738-1746, 2010.

GORZONI, M. L.; PIRES, S. L. Long-term care elderly residents in general hospitals. São Paulo. **Revista Saúde Pública**, v. 40, n. 6, 2006.

GUIMARÃES, J. M. N.; CALDAS, C. P. A influência da atividade física nos quadros depressivos de pessoas idosas: uma revisão sistemática. São Paulo. **Revista Brasileira Epidemiologia**, v. 9, n. 4, 2006.

HERCULANO, S. C. A Qualidade de Vida e seus indicadores. In HERCULANO, S. C. et al. (Org). **Qualidade de Vida e Riscos Ambientais**. Niterói: Eduff, 2000.

HIGA, K.; KOST, M.T.; SOARES D.M.; MORAIS, M.C.; POLINS, B.R.G. Qualidade de vida de pacientes portadores de insuficiência renal crônica em tratamento de hemodiálise. **Acta Paulista de Enfermagem**. v. 21(esp.), p. 203-206, 2008.

HORNQUIST, J. O. Quality of life: concept and assessment. **Scandinavian Journal of Public Health**, v. 18, n. 1, 1990.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Estatística da população**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. (2002). **Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil. 2000**. Estudos e Pesquisas. Informação Demográfica e Socioeconômica, v.9, Rio de Janeiro, RJ: Autor.

IRIGARAY, T. Q.; SCHNEIDER, R. H. Impacto na qualidade de vida e no estado depressivo de idosos participantes de uma universidade da terceira idade. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 25, n. 4, 2008.

IRIGARAY, T. Q.; SCHNEIDER, R. H. Dimensões de personalidade, qualidade de vida e depressão em idosos. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 14, n. 4, p. 759-766, 2008.

KAWAKAME, P. M. G.; MIYADAHIRA, A. M. K. Qualidade de vida de estudantes de graduação em enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 39, n. 2, p. 164-72, 2005

LIMA, M. G et al. Health-related behavior and quality of life among the elderly: a population-based study. **Revista de Saúde Pública**, v.45, p. 485-493, 2011.

LIMA-COSTA M.F.; BARRETO S.M.; GIATTI L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Caderno de Saude Pública**. v.19,n.3, p.735-743, 2003.

LO BIONDO-WOOD, G.; HARBER, J. **Pesquisa em Enfermagem: Métodos, avaliação crítica e utilização**. Rio de janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

LOPES, C. E.; ABIB, J. A. D. Percepção no Behaviorismo radical. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. v. 18, n. 2, p. 129-137, mai./ag., 2002.

MACHADO, R.F. O.; GARCIA VELASCO, F. C.; AMIM, V. O encontro da política nacional da educação ambiental com a política nacional do idoso. **Saúde e sociedade**, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 162-169, dez., 2006.

MAIA, L. C.; DURANTE, A. M. G.; RAMOS, L. R. Prevalência de transtornos mentais em área urbana no norte de Minas Gerais, Brasil. São Paulo. **Revista Saúde Pública**, v. 38, n. 5, 2004.

MATTA, A. P. C.; FILHO, P. F. M. Sintomas depressivos e ansiedade em pacientes com cefaléia do tipo tensional crônica e episódica: **Arquivos de Neuro-psiquiatria**, v.61, n.4, São Paulo, dez., 2003.

MELZER, D.; PARAHYBA, M.I. Socio-demographic correlates of mobility disability in older Brazilians: results of the first national survey. **Age Ageing**, v.33, n.3,p.253-259, 2004.

MENEZES T. N.; MARRUCI M. F. N. Antropométrica de idosos residentes em instituições geriátricas. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, n. 2, 169-75, 2005.

MESQUITA, G. V. et al. Morbimortalidade em idosos por fratura proximal de fêmur. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.18, n.1, jan./mar.2009.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, 2000.

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

MORAES, J. F. D.; SOUZA, V. B. A. Fatores associados ao envelhecimento bem-sucedido de idosos socialmente ativos da região metropolitana de Porto Alegre. São Paulo. **Revista Brasileira Psiquiatria**, v. 27, n. 4, 2005.

MOTTA, L. B.; AGUIAR, A. C. Novas competências profissionais em saúde e o envelhecimento populacional brasileiro: integralidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, 2007.

NERI, A. L. **Qualidade de vida no adulto maduro: interpretações teóricas e evidências de pesquisa**. In: NERI, A. L. (Org.). Qualidade de vida e idade madura, p. 9-57. São Paulo: Papyrus, 1993.

NERI, A. L.; CACHIONI, M. **Velhice bem sucedida e educação**. In: NERI, A.; DEBERT, G.G, Velhice e sociedade. Campinas: Papyrus, 1999. (Coleção Vivacidade).

NERI, A. L. Velhice e qualidade de vida na mulher. In A. L.Neri (Ed.) **Desenvolvimento e envelhecimento**, p. 161-200. Campinas, SP: Papyrus, 2001.

NAHAS, M. V. **Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo**. 2. ed. Londrina: Midiograf, 2001.

NIV, D., KREITLER, S. Pain and quality of life. Pain practice. **The official journal of World Institute of Pain**, n.1, v.2, p.150-161, 2001.

NOBRE, M. R. C.. **Qualidade de vida**. Disponível em: <http://www.arquivosonline.com.br/pesquisartigos/Pdfs/1995/V64N4/64040002.pdf> Acesso em: 1 abr. 2011

NYGARD, O. et al. Total homocysteine and cardiovascular. **Disease.Journal of Internal Medicine**, v.246, 1999.

OLIVEIRA, E. R. A. et al. Institucionalização e qualidade de vida de idosos da região metropolitana de Vitória- ES. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n.3, jul./sep., 2011.

ONU. ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Assembléia mundial sobre envelhecimento: resolução 39/125. Viena, 1982.**

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Organização Pan-Americana da Saúde. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde.** Brasília (DF): OMS/OPAS; 2005.

OMS. **Promoción de la salud.** Glosario. Genebra: OMS; 1998.

ORLEY, J.; KUYKEN, W. **Quality of life assessment: international perspectives, Heidelberg.** Springer Verlag, 1994.

O'SHEA E. **La mejora de la calidad de vida de las personas mayores dependientes.** Madrid: Instituto de Migraciones y Servicios Sociales; 2003.

PAIS-RIBEIRO, J. L. P. Mental Health Inventory: um estudo de adaptação á população portuguesa. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 2, n. 1, p. 77-99, 2001.

PAIS-RIBEIRO, J. L. P. **Inventário de saúde mental.** Lisboa: Placebo Editora, ed.1, jan. 2011.

PASCHOAL, S. Qualidade de vida do idoso: elaboração de um instrumento que privilegia a sua opinião. Dissertação (Mestrado) Faculdade de Medicina-USP, São Paulo, 2000.

PASCHOAL, M. P.; JACOB FILHO, W.; LITVOC, J. Development of elderly quality of life index - EQOLI: theoretical-conceptual framework, chosen methodology, and relevant items generation. São Paulo. **Clinics**, v. 62, n. 3, 2007.

PEIXOTO VERAS, R. Experiências e tendências internacionais de modelos de cuidado para com o idoso. **Ciências & saúde coletiva**, n. 1, p. 231-238, 2012.

PESSINI, L. Humanização da dor e sofrimento humano no contexto hospitalar: **Bioética**, Brasília, Conselho Federal de Medicina, v.10, n.2, 2002.

PEREIRA, R. J. et al. Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. Porto Alegre. **Revista Psiquiátrica do Rio Grande do Sul**, v. 28, n. 1, 2006.

PERLINI, N. M. O. G. et al. Em busca de uma instituição para a pessoa idosa morar: motivos apontados por familiares. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, v.2, n.41, p.229-36, 2007.

PERROTTI, T. C.; FILHO, J. C.; UEHARA, C. A. Tratamento farmacológico da hipertensão no idoso. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 14, n. 1, 2007.

PINQUART, M. J.; SORENSEN, S. Influences of socioeconomic status, social network, and competence on subjective wellbeing in later life: a meta-analysis. **Psychology and Aging**, v. 15, p. 187- 207, 2000.

PLAPER, P. G. Osteoporosis and Exercise. **Revista do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo**. n. 52, v.3,p.163-170, mai./jun., 1997.

RABELO, D. F.; NERI, A. L. Recursos psicológicos e ajustamento pessoal frente à incapacidade funcional na velhice. Maringá. **Psicologia em Estudos**, v. 10, n. 3, set./dez., 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.

ROBERTO, A. et al, Saúde mental de estudantes de medicina, **Acta Medicina**, v.24, p.279-286, 2011.

RODRIGUES, R. A. P.; DIOGO, M. J. D.; BARROS, T. R. **O envelhecimento do ser humano**. In: RODRIGUES, R. A. P.; DIOGO, M. J. D. (Org.). Como cuidar dos idosos. p. 11-16, Campinas: Papirus, 1996.

ROSS, E. K. **Sobre a morte e o morrer**: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes. 8. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

SANTOS, S. R. et al. Qualidade de vida do idoso na comunidade: aplicação da escala de flanagan. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 6, 2002.

SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. Rio de Janeiro. **Caderno Saúde pública**, v. 20, n. 2. mar./abr., 2004.

SILVA, N. M. B. **Qualidade de vida e saúde mental de crianças e adolescentes com epilepsia e de seus cuidadores familiares**: Estudo com a versão portuguesa do DISABKIDS-37. Dissertação (Mestrado) Faculdade de Psicologia e Educação, Universidade de Coimbra, 2009.

SILVA, M.V.; FIGUEIREDO M. L. F. Idosos institucionalizados: uma reflexão para o cuidado de longo prazo. **Revista Enfermagem em Foco**, n.3,v.1,p.22-24, 2012.

SILVESTRE, J. A.; COSTA NETO, M. M. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. **Caderno Saúde Pública**.v.19, n. 3, 2003.

SMITH, K. et al. **Distinguishing between quality of life and health status in quality of life research: a meta-analysis**. Quality of Life Research, v. 8, n. 5, ago., 1999.

Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia - Seção São Paulo – **Instituição de Longa Permanência para Idosos: manual de funcionamento**. São Paulo, Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia - Seção São Paulo, 2003:39 p.

YAMAZAKI, S. et al. Usefulness of five-item and three-item Mental Health Inventories to screen for depressive symptoms in the general population of Japan. **Health and Quality of Life Outcomes**, v.3, n.48, 2005.

The WHOQOL Group.The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. **Social Science & Medicine**, v. 46, n.15, p. 69-85, 1998.

TORRES, G. V. et al. Qualidade de vida e fatores associados em idosos dependentes em uma cidade do interior do Nordeste. **Jornal brasileiro de. psiquiatria**.;v.58, n.1, p.38-44, 2009.

VAROTO ,V. A. G.; AZEVEDO T. L. Relato de experiência: treinamento técnico em gerontologia. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, São Carlos , v. 19, n.2, p. 229-237, mai./ago ,2011.

VAZ, E. **Racionalidades leigas sobre envelhecimento e velhice** – Tese (Doutorado em sociologia) Universidade Aberta, 2006. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.2/788>. Acesso em 25 Nov. 2010.

VEIT, C.; WARE, J.The structure of psychological distress and well-being in general populations. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 51, n. 5, p. 730-742, 1983.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 548-554 , Jun., 2009.

VERAS; R. P, MURPHY; E. The mental health of older people in Rio de Janeiro. **International Journal of Geriatric Psychiatry**, v.9, p.285-295, 1994.

XAVIER, F. M. F. et al. Transtorno de ansiedade generalizada em idosos com oitenta anos ou mais. São Paulo. **Revista Saúde Pública**, v. 35, n. 3, 2001.

WANDERLEY, L.W.B. et. al. Avaliação da qualidade de vida dos idosos nas unidades básicas de saúde. **Fiep bulletin**, Special Edition ,n.2, v.82, 2012.

WHO, World Health Organization. **Prevention of mental disorders**. Geneva: Summary report, 2004.

WHOQOL GROUP. The world health organization quality of life assessment: position paper from the world health organization: **Social Science and Medicine**, v. 41, n. 10, p. 1403-1409, 1995.

Sites consultados:

<http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol84.html>

<http://www.ufrgs.br/psiq/WHOQOL-OLD%20Manual%20Portugues.pdf>

<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>

ANEXO 1

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS D ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde
para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.3381 - Fax: 55 16 3602.0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of. CEP-EERP/USP – 0232/2010

Ribeirão Preto, 22 de outubro de 2010.

Prezado Senhor,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO AD REFERENDUM** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 22 de outubro de 2010.

Protocolo: n° 1209/2010

Projeto: QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE MENTAL DE IDOSOS RESIDENTES EM ASILOS NO MUNICÍPIO DE RIBEIRÃO PRETO SP.

Pesquisadores: Luiz Jorge Pedrão
Alessandra Marino Bárbaro

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Profª. Drª. Lucila Castanheira Nascimento
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilmo. Sr.

Prof. Dr. Luiz Jorge Pedrão

Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto

ANEXO 2

MINI EXAME DO ESTADO MENTAL

Registro: _____
 Analfabeto() Sim () Não
 Anos de estudo: _____
 Data: ____/____/____

AVALIAÇÃO		
. Que dia é hoje?		1
. Em que dia estamos?		1
. Em que mês estamos?		1
. Em que ano estamos?		1
. Em que dia da semana estamos?		1
. Qual a hora aproximada? (considere a variação de mais ou menos uma hora)		1
ORIENTAÇÃO ESPACIAL		
. Em que local nós estamos? (casa de repouso, asilo)		1
. Qual o nome deste lugar?		1
. Em que cidade estamos?		1
. Em que país estamos?		1
MEMÓRIA IMEDIATA		
Eu vou dizer três palavras e você irá repeti-las a seguir, preste a atenção, pois depois você terá de repeti-las novamente. (dê 1 ponto para cada palavra) Use palavras não relacionadas.(cachorro, bola, relógio)		3
ATENÇÃO E CÁLCULO		
5 séries de subtrações de 7 (100-7, 93-7, 86-7, 79-7, 72-7, 65). (Considere 1 ponto para cada resultado correto. Se houver erro, corrija-o e prossiga. Considere correto se o examinado espontaneamente se autocorrige). Ou: Soletrar a palavra MUNDO ao contrário.		5
EVOCAÇÃO		
Pergunte quais as três palavras que o sujeito acabara de repetir (1 ponto para cada palavra) dois objetos mostrados (1 ponto para cada objeto) .(cachorro, bola, relógio)		3
NOMEAÇÃO		
Peça para o sujeito nomear dois objetos mostrados (1 ponto para cada objeto)		2
REPETIÇÃO		
Preste atenção: vou lhe dizer uma frase e quero que você repita depois de mim: “Nem aqui, nem ali, nem lá”.(Considere somente se a repetição for perfeita)		1
COMANDO		
Pegue este papel com a mão direita (1 ponto), dobre-o ao meio (1 ponto) e coloque-o no chão (1 ponto). (Se o sujeito pedir ajuda no meio da tarefa não dê dicas)		3
LEITURA		
Mostre a frase escrita: FECHÉ OS OLHOS. E peça para o individuo fazer o que está sendo mandado. (Não auxilie se pedir ajuda ou se ler a frase sem realizar o comando)		1
FRASE ESCRITA		
Peça ao indivíduo para escrever uma frase. (Se não compreender o significado, ajude com: alguma frase que tenha começo, meio e fim; alguma coisa que aconteceu hoje; alguma coisa que queira dizer. Para a correção não são considerados erros gramaticais ou ortográficos)		1
CÓPIA DO DESENHO		
Mostre o modelo e peça para fazer o melhor possível. Considere apenas se houver 2 pentágonos interseccionados (10 ângulos) formando uma figura de quatro lados ou com dois ângulos.		1
TOTAL:		

ANEXO 3

FICHA DE DADOS DEMOGRÁFICOS DO WOOQOL ABREVIADO FICHA DE INFORMAÇÕES SOBRE O RESPONDENTE (WOQOL)

Sexo (1) Masculino

(2) Feminino

Idade em anos completos: _____

Data de nascimento: ____/____/____

Nível Educacional:

Analfabeto(1)

I grau incompleto (2)

I grau completo (3)

II grau incompleto (4)

II grau completo (5)

III grau incompleto (6)

III grau completo (7)

Pós- graduação incompleto (8)

Pós- graduação completo (9)

Estado Civil:

Solteiro(a) (1)

Casado(a) (2)

Vivendo como casado(a) (3)

Separado (a) (4)

Divorciado (a) (5)

Viúvo(a) (6)

COMO ESTÁ A SUA SAÚDE

muito ruim (1) fraca (2) nem ruim nem boa (3) boa (4) muito boa (5)

FORMA DE ADMINISTRAÇÃO DO QUESTIONÁRIO

Auto-administrado (1)

Assistido pelo entrevistador (2)

Administrado pelo entrevistador (3)

PROBLEMA DE SAÚDE ATUAL/CONDIÇÃO PRESENTE (marcar somente uma, que é a mais relevante para a presente busca de um serviço de saúde)

Nenhum problema	00
Problema de coração	01
Pressão alta	02
Artrite ou reumatismo	03
Câncer	04
Enfisema ou bronquite.....	05
Diabetes.....	06
Catarata.....	07
Derrame	08
Osso quebrado ou fraturado.....	09
Problema nervoso crônico ou emocional.....	10
Problema crônico de pé (joanete, unha encravada)	11
Hemorróidas ou sangramento no ânus.....	12
Doença de Parkinson	13
Gravidez	14
Depressão	15
Doença de pele	16
Queimaduras.....	17
Problema de álcool ou drogas.....	18
Outros (especificar)_____	

REGIME DE CUIDADOS DE SAÚDE

Sem tratamento (1) Ambulatório (2) Internação (3)

ANEXO 4

WHOQOL – ABREVIADO

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor, responda a todas as questões**. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha. Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

1- Como você avaliaria a sua qualidade de vida?	Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	Boa	Muito boa
	1	2	3	4	5
2- Quão satisfeito(a) você está com sua saúde?	Muito insatisfeito	insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	Muito satisfeito
As questões seguintes são sobre o quanto você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.					
3-Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
	1	2	3	4	5
4-O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5-O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6-Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7-O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8-Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9-Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5
As questões seguintes perguntam sobre quão completamente você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.					
10-Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
	1	2	3	4	5
11-Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12-Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13-Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14-Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5
As questões seguintes perguntam sobre quão bem ou satisfeito você se sentiu a respeito de vários aspectos					

de sua vida nas últimas duas semanas.					
15-Quão bem você é capaz de se locomover?	Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem bom	Bom	Muito bom
	1	2	3	4	5
16-Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
	1	2	3	4	5
17-Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18-Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19-Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20-Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21-Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22-Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23-Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24-Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25-Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5
As questões seguintes referem-se acom que frequência você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.					
26-Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	Nunca	Algumas vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	Sempre
	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?.....

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?.....

Você tem algum comentário sobre o questionário?

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

ANEXO 5

WOQOL-OLD

1-Até que ponto as perdas nos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato), afetam a sua vida diária?	Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
2-Até que ponto a perda de, por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato, afeta a sua capacidade de participar em atividades?	Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
3-Quanta liberdade você tem de tomar as suas próprias decisões?	Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
4-Até que ponto você sente que controla o seu futuro?	Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
5- O quanto você sente que as pessoas ao seu redor respeitam a sua liberdade?	Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
6- Quão preocupado você está com a maneira pela qual irá morrer?	Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
7-O quanto você tem medo de não poder controlar a sua morte?	Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
8-O quanto você tem medo de morrer?	Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
9-O quanto você teme sofrer dor antes de morrer?	Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
As seguintes questões perguntam sobre quão completamente você fez ou se sentiu apto a nas coisas nas duas últimas semanas.					

10-Até que ponto o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato) afeta a sua capacidade de interagir com outras pessoas?	Nada 1	Muito pouco 2	Médio 3	Muito 4	Completamente 5
11- Até que ponto você consegue fazer as coisas que gostaria de fazer?	Nada 1	Muito pouco 2	Médio 3	Muito 4	Completamente 5
12-Até que ponto você está satisfeito com as suas oportunidades para continuar alcançando outras realizações na sua vida?	Nada 1	Muito pouco 2	Médio 3	Muito 4	Completamente 5
13-O quanto você sente que recebeu o reconhecimento que merece na sua vida?	Nada 1	Muito pouco 2	Médio 3	Muito 4	Completamente 5
14-Até que ponto você sente que tem o suficiente para fazer em cada dia?	Nada 1	Muito pouco 2	Médio 3	Muito 4	Completamente 5
As seguintes questões pedem a você que diga o quanto você se sentiu satisfeito, feliz ou bem sobre vários aspectos de sua vida nas duas últimas semanas.					
15- Quão satisfeito você está com aquilo que alcançou na sua vida?	Muito satisfeito 1	Insatisfeito 2	Nem satisfeito nem insatisfeito 3	Satisfeito 4	Muito satisfeito 5
16- Quão satisfeito você está com a maneira com a qual você usa o seu tempo?	Muito satisfeito 1	Insatisfeito 2	Nem satisfeito nem insatisfeito 3	Satisfeito 4	Muito satisfeito 5
17- Quão satisfeito você está com o seu nível de atividade?	Muito satisfeito 1	Insatisfeito 2	Nem satisfeito nem insatisfeito 3	Satisfeito 4	Muito satisfeito 5
18-Quão satisfeito você está com as oportunidades que você tem para participar de atividades da comunidade?	Muito satisfeito 1	Insatisfeito 2	Nem satisfeito nem insatisfeito 3	Satisfeito 4	Muito satisfeito 5
19- Quão feliz você está com as coisas que você pode esperar daqui para frente?	Muito infeliz 1	Infeliz 2	Nem feliz nem infeliz 3	Feliz 4	Muito feliz 5

20-Como você avaliaria o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato)?	Muito ruim 1	Ruim 2	Nem ruim nem boa 3	Boa 4	Muito boa 5
21- Até que ponto você tem um sentimento de companheirismo em sua vida?	Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
22- Até que ponto você sente amor em sua vida?	Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
23- Até que ponto você tem oportunidades para amar?	Nada 1	Muito pouco 2	Médio 3	Muito 4	Completamente 5
24- Até que ponto você tem oportunidades para ser amado?	Nada 1	Muito pouco 2	Médio 3	Muito 4	Completamente 5
VOCÊ TEM ALGUM COMENTÁRIO SOBRE O QUESTIONÁRIO?					

ANEXO 6

INVENTÁRIO DE SAÚDE MENTAL – MHI

1- QUANTO FELIZ E SATISFEITO VOCÊ TEM ESTADO COM A SUA VIDA PESSOAL?					
Extremamente feliz, não pode haver pessoa mais feliz ou satisfeita	Muito feliz e satisfeito a maior parte do tempo	Geralmente satisfeito e feliz	Por vezes ligeiramente satisfeito, por vezes ligeiramente infeliz	Geralmente insatisfeito, infeliz	Muito insatisfeito, e infeliz a maior parte do tempo
2- DURANTE QUANTO TEMPO SE SENTIU SÓ NO PASSADO MÊS?					
Sempre	Quase sempre	A maior parte do tempo	Durante algum tempo	Quase nunca	Nunca
3- COM QUE FREQUÊNCIA SE SENTIU NERVOSO OU APREENSIVO PERANTE COISAS QUE ACONTECERAM, OU PERANTE SITUAÇÕES INESPERADAS, NO ÚLTIMO MÊS?					
Sempre	Com muita frequência	Freqüentemente	Com pouca frequência	Quase nunca	Nunca
4- DURANTE O MÊS PASSADO COM QUE FREQUÊNCIA SENTIU QUE TINHA UM FUTURO PROMISSOR E CHEIO DE ESPERANÇA?					
Sempre	Com muita frequência	Freqüentemente	Com pouca frequência	Quase nunca	Nunca
5- COM QUE FREQUÊNCIA, DURANTE O ÚLTIMO MÊS, SENTIU QUE A SUA VIDA NO DIA A DIA ESTAVA CHEIA DE COISAS INTERESSANTES?					
Sempre	Com muita frequência	Freqüentemente	Com pouca frequência	Quase nunca	Nunca
6- COM QUE FREQUÊNCIA, DURANTE O ÚLTIMO MÊS, SE SENTIU RELAXADO E SEM TENSÃO?					
Sempre	Com muita frequência	Freqüentemente	Com pouca frequência	Quase nunca	Nunca
7- DURANTE O ÚLTIMO MÊS, COM QUE FREQUÊNCIA SENTIU PRAZER NAS COISAS QUE FAZIA?					
Sempre	Com muita frequência	Freqüentemente	Com pouca frequência	Quase nunca	Nunca
8- DURANTE O ÚLTIMO MÊS, TEVE ALGUMA VEZ RAZÃO PARA SE QUESTIONAR SE ESTARIA A PERDER A CABEÇA, OU A PERDER O CONTROLO SOBRE OS SEUS ACTOS, AS SUAS PALAVRAS, OS SEUS, PENSAMENTOS, SENTIMENTOS OU MEMÓRIA?					
Não, nunca	Talvez um pouco	Sim, mas não o suficiente para ficar preocupado com isso	Sim, e fiquei um bocado preocupado	Sim, e isso preocupa-me	Sim, e estou muito preocupado com isso
9- SENTIU- SE DEPRIMIDO DURANTE O ÚLTIMO MÊS?					
Sim, até ao ponto de não me interessar por nada durante dias	Sim, muito deprimido quase todos os dias	Sim, deprimido muitas vezes	Sim, por vezes sinto-me um pouco deprimido	Não, nunca me sinto deprimido	
10- DURANTE O ÚLTIMO MÊS, QUANTAS VEZES SE SENTIU AMADO E QUERIDO?					
Sempre	Quase sempre	A maior parte das vezes	Algumas vezes	Muito poucas vezes	Nunca

11- DURANTE QUANTO TEMPO, NO MÊS PASSADO SE SENTIU MUITO NERVOSO?					
Sempre	Quase sempre	A maior parte do tempo	Durante algum tempo	Quase nunca	Nunca
12- DURANTE O ÚLTIMO MÊS, COM QUE FREQUÊNCIA ESPERAVA TER UM DIA INTERESSANTE AO LEVANTAR-SE?					
Sempre	Com muita frequência	Freqüentemente	Com pouca frequência	Quase nunca	Nunca
13- NO ÚLTIMO MÊS, DURANTE QUANTO TEMPO SE SENTIU TENSO E IRRITADO?					
Sempre	Quase sempre	A maior parte do tempo	Durante algum tempo	Quase nunca	Nunca
14- DURANTE O ÚLTIMO MÊS SENTIU QUE CONTROLAVA PERFEITAMENTE O SEU COMPORTAMENTO, PENSAMENTO, EMOÇÕES E SENTIMENTOS?					
Sim completamente	Sim, geralmente	Sim, penso que sim	Não muito bem	Não e ando um pouco perturbado por isso	Não, e ando muito perturbado por isso
15- DURANTE O ÚLTIMO MÊS, COM QUE FREQUÊNCIA SENTIU AS MÃOS A TREMER QUANDO FAZIA ALGUMA COISA?					
Sempre	Com muita frequência	Freqüentemente	Com pouca frequência	Quase nunca	Nunca
16- DURANTE O ÚLTIMO MÊS, COM QUE FREQUÊNCIA SENTIU QUE NÃO TINHA FUTURO, QUE NÃO TINHA PARA ONDE ORIENTAR A SUA VIDA?					
Sempre	Com muita frequência	Freqüentemente	Com pouca frequência	Quase nunca	Nunca
17- DURANTE QUANTO TEMPO, NO MÊS QUE PASSOU, SE SENTIU CALMO E EM PAZ?					
Sempre	Quase sempre	A maior parte do tempo	Durante algum tempo	Quase nunca	Nunca
18- DURANTE QUANTO TEMPO, NO MÊS QUE PASSOU, SE SENTIU EMOCIONALMENTE ESTÁVEL?					
Sempre	Quase sempre	A maior parte do tempo	Durante algum tempo	Quase nunca	Nunca
19- DURANTE QUANTO TEMPO, NO MÊS QUE PASSOU, SE SENTIU TRISTE E EM BAIXO?					
Sempre	Quase sempre	A maior parte do tempo	Durante algum tempo	Quase nunca	Nunca
20- COM QUE FREQUÊNCIA, NO MÊS PASSADO SE SENTIU COMO SE FOSSE CHORAR?					
Sempre	Com muita frequência	Freqüentemente	Com pouca frequência	Quase nunca	Nunca
21- DURANTE O ÚLTIMO MÊS, COM QUE FREQUÊNCIA VOCÊ SENTIU QUE AS OUTRAS PESSOAS SE SENTIRIAM MELHOR SE VOCÊ NÃO EXISTISSE?					
Sempre	Com muita frequência	Freqüentemente	Com pouca frequência	Quase nunca	Nunca
22-QUANTO TEMPO, DURANTE O ÚLTIMO MÊS, SE SENTIU CAPAZ DE RELAXAR SEM DIFICULDADE?					
Sempre	Quase sempre	A maior parte do tempo	Durante algum tempo	Quase nunca	Nunca
23- NO ÚLTIMO MÊS, DURANTE QUANTO TEMPO SENTIU QUE AS SUAS RELAÇÕES AMOROSAS ERAM TOTAL OU COMPLETAMENTE SATISFATÓRIAS?					
Sempre	Quase sempre	A maior parte do tempo	Durante algum tempo	Quase nunca	Nunca

24- COM QUE FREQUÊNCIA, DURANTE O ÚLTIMO MÊS, SENTIU QUE TUDO ACONTECIA AO CONTRÁRIO DO QUE DESEJAVA?					
Sempre	Com muita frequência	Freqüentemente	Com pouca frequência	Quase nunca	Nunca
25- DURANTE O ÚLTIMO MÊS, QUÃO INCOMODADO É QUE VOCÊ SE SENTIU DEVIDO AO NERVOSO?					
Extremamente, ao ponto de não poder fazer as coisas que devia	Muito incomodado	Um pouco incomodado pelos meus nervos	Algo incomodado, o suficiente para que desse por isso	Apenas de forma muito ligeira	Nada incomodado
26- NO MÊS QUE PASSOU, DURANTE QUANTO TEMPO SENTIU QUE A SUA VIDA ERA UMA AVENTURA MARAVILHOSA?					
Sempre	Quase sempre	A maior parte do tempo	Durante algum tempo	Quase nunca	Nunca
27- DURANTE QUANTO TEMPO, DURANTE O MÊS QUE PASSOU, SE SENTIU TRISTE E EM BAIXO, DE TAL MODO QUE NADA O CONSEGUIA ANIMAR?					
Sempre	Com muita frequência	Freqüentemente	Com pouca frequência	Quase nunca	Nunca
28- DURANTE O ÚLTIMO MÊS, ALGUMA VEZ PENSOU EM ACABAR COM A VIDA?					
Sim, muitas vezes	Sim, algumas vezes	Sim, umas poucas de vezes	Sim, uma vez	Não, nunca	
29- NO ÚLTIMO MÊS, DURANTE QUANTO TEMPO SE SENTIU, CANSADO INQUIETO E IMPACIENTE?					
Sempre	Quase sempre	A maior parte do tempo	Durante algum tempo	Quase nunca	Nunca
30- NO ÚLTIMO MÊS, DURANTE QUANTO TEMPO SE SENTIU RABUGENTO OU DE MAU HUMOR?					
Sempre	Quase sempre	A maior parte do tempo	Durante algum tempo	Quase nunca	Nunca
31- DURANTE QUANTO TEMPO, NO ÚLTIMO MÊS, SE SENTIU ALEGRE, ANIMADO E BEM DISPOSTO?					
Sempre	Quase sempre	A maior parte do tempo	Durante algum tempo	Quase nunca	Nunca
32 -DURANTE O ÚLTIMO MÊS, COM QUE FREQUÊNCIA SE SENTIU CONFUSO OU PERTURBADO?					
Sempre	Com muita frequência	Freqüentemente	Com pouca frequência	Quase nunca	Nunca
33- DURANTE O ÚLTIMO MÊS SENTIU-SE ANSIOSO OU PREOCUPADO?					
Sim, extremamente, ao pouco de ficar doente ou quase	Sim, muito	Sim, um pouco	Sim, o suficiente para me incomodar	Sim, de forma muito ligeira	Não. De maneira nenhuma
34- NO O ÚLTIMO MÊS DURANTE QUANTO TEMPO SE SENTIU UMA PESSOA FELIZ?					
Sempre	Quase sempre	A maior parte do tempo	Durante algum tempo	Quase nunca	Nunca
35- COM QUE FREQUÊNCIA DURANTE O ÚLTIMO MÊS, SE SENTIU COM DIFICULDADE EM SE MANTER CALMO?					
Sempre	Com muita frequência	Freqüentemente	Com pouca frequência	Quase nunca	Nunca

36- NO ÚLTIMO MÊS, DURANTE QUANTO TEMPO SE SENTIU ESPIRITUALMENTE EM BAIXO?					
Sempre	Quase sempre	Uma boa parte do tempo	Durante algum tempo	Quase nunca	Nunca acordo com a sensação de descansado
37- COM QUE FREQUÊNCIA DURANTE O ÚLTIMO MÊS, ACORDOU DE MANHÃ SENTINDO-SE FRESCO E REPOUSADO?					
Sempre, todos os dias	Quase todos os dias	Freqüentemente	Algumas vezes, mas normalmente não	Quase nunca	Nunca
38- DURANTE O ÚLTIMO MÊS, ESTEVE, OU SENTIU-SE DEBAIXO DE GRANDE PRESSÃO OU STRESS?					
Sempre quase que ultrapassa os limites	Sim, muita pressão	Sim, alguma mais do que de costume	Sim, alguma como de costume	Sim, um pouco	Não, nenhuma

ANEXO 7

AUTORIZAÇÃO PARA A UTILIZAÇÃO DO MHI

Mensagem de Impressão do Hotmail

Página 1 de 2

Re: Inventário de Saúde Mental

De: **José Luís Pais Ribeiro** (jlpr@fpce.up.pt)
Enviada: quinta-feira, 24 de fevereiro de 2011 17:53:48
Para: Alessandra Bárbaro (allebarbaro@hotmail.com)

Autorizo a utilização do questionário pedido.
Para obter a informação que pede sugiro que adquira o manual em formato digital onde tem todas as explicações. Pode fazer o download no site de editora pela preço de 3 euros e quarenta.

José Luís Pais Ribeiro
jlpr@fpce.up.pt
mobile phone: (351) 965045590
web page: <http://sites.google.com/site/jpaisribeiro/>

>
> Boa tarde Dr. José,
> Sou Alessandra, mestranda pelo Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e
> Ciências Humanas (DEPCH) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
> (EERP -
> Universidade de São Paulo USP) . Estou desenvolvendo um estudo a
> respeito de
> qualidade de vida e saúde mental de idosos residentes em Instituições de
> Longa
> Permanência (I.L.P s)No município de Ribeirão Preto. Através de buscas
> na
> literatura, pude ter contato com o Inventário de Saúde Mental (MHI- 5).
> Gostaria de saber se o sr. permitiria que eu utilizasse esse instrumento
> em
> minha pesquisa?
> Em caso positivo, gostaria de saber como calcular os escores das
> questões?
>
> Agradeço desde já a atenção,
>
>
> Alessandra Bárbaro
>
> Enfermeira e mestranda pelo Departamento Enfermagem Psiquiátrica e
> Ciências
> Humanas (DEPCH) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP- USP).
>
> --
> This message has been scanned for viruses and
> dangerous content by MailScanner, and is
> believed to be clean.
>
>

--
This message has been scanned for viruses and
dangerous content by MailScanner, and is
believed to be clean.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos o(a) senhor(a) _____, portador de Cédula de Identidade R.G. nº _____, abaixo assinado, para participar da pesquisa intitulada: Qualidade de vida e saúde mental de idosos residentes em asilos no município de Ribeirão Preto, trata-se de um estudo para avaliar a qualidade de vida e a saúde mental de idosos moradores em instituições em Ribeirão Preto. Caso o senhor(a) aceite em participar do estudo, o senhor (a) será submetido a uma avaliação do estado mental, onde serão avaliadas a orientação e memória, caso o exame revele orientação e memória preservadas, o senhor(a) será selecionado para o estudo e responderá verbalmente a um questionário contendo os seus dados pessoais e dois questionários com perguntas sobre a sua satisfação quanto a sua qualidade de vida. Depois, o senhor(a) responderá verbalmente a outro questionário de questões para a avaliação sobre o seu bem-estar mental. Para isso, o senhor(a) demorará aproximadamente 120 minutos. Este convite está sendo feito devido o senhor(a) ser morador das Instituições de Longa Permanência que aceitaram em participar deste estudo e assim, sua participação contribuirá demonstrando para os dirigentes e cuidadores de idosos, de como a sua qualidade de vida influi na saúde mental, desta forma este estudo possibilitará em melhorias no seu cuidado de forma integral, contribuindo assim com melhor qualidade de vida e saúde mental.

Esta pesquisa garante ao(a) senhor(a) o direito de receber resposta a qualquer pergunta, ou esclarecimento a qualquer dúvida, sobre os procedimentos que serão realizados. O(A) senhor(a) não correrá nenhum risco e esperamos que tenha muitos benefícios.

Garantimos que o(a) senhor(a) não terá nenhum gasto e que terá liberdade para deixar de participar da pesquisa quando quiser, sem que isso lhe traga prejuízo.

Garantimos a segurança de que não será identificado e que serão mantidas em segredo as informações que o(a) senhor(a) nos falar. Garante o compromisso de proporcionar informação atualizada durante a pesquisa, ainda que possa afetar sua vontade de continuar participando. Finalmente, garantimos o compromisso de que será devidamente acompanhado e assistido durante todo o período de participação, bem como garante a continuidade dos cuidados após a conclusão dos trabalhos da mesma.

Tenho ciência do exposto acima, inclusive da publicação destes resultados em revistas de pesquisa e declaro livremente minha vontade de participar. Este termo vai em duas vias, ficando uma com o(a) senhor(a) para contato conosco, quando for necessário.

Ribeirão Preto, ____ de _____ de 2011.

assinatura

Nome legível e

Pesquisadores responsáveis:

Alessandra Marino Bárbaro-Telefone: (16) 8108-4760 - Rua: Lafaiete, 805- apto:42
CEP: 14015-080- Ribeirão Preto- SP, e-mail: allebarbaro@hotmail.com

Prof. Dr. Luiz Jorge Pedrão - Telefone: (16) 36023418 EERP-USP - Campus USP - Av. Bandeirantes, 3900 - CEP - 14040-902 – Ribeirão Preto- SP.