UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE BAURU

VANESSA CLIVELARO BERTASSI PANES

Qualidade de vida e síndrome da fragilidade em idosos

BAURU
2017

VANESSA CLIVELARO BERTASSI PANES

Qualidade de vida e síndrome da fragilidade em idosos

Tese apresentada à Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências, na área de concentração Ortodontia e Odontologia em Saúde Coletiva.

Orientadora: Dra. Magali de Lourdes Caldana

Versão Corrigida

BAURU

2017

Panes, Vanessa Clivelaro Bertassi
P192q Qualidade de vida e síndrome da fragilidade em
idosos / Vanessa Clivelaro Bertassi Panes. – Bauru, 2017.
123 p. : il.; 31cm

Tese. (Doutorado) – Faculdade de Odontologia de Bauru.
Universidade de São Paulo.

Orientador: Prof^a. Dra. Magali de Lourdes Caldana

Nota: A versão original desta tese encontra-se disponível no Serviço de Biblioteca e Documentação da Faculdade de Odontologia de Bauru – FOB/USP.

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação/tese, por processos fotocopiadores e outros meios eletrônicos.

Assinatura:

Data:

Comitê de Ética da FOB-USP

Protocolo nº: 487214158.0000.5417

Data: 22 de outubro de 2015

FOLHA DE APROVAÇÃO

DEDICATÓRIA

A **todos os idosos** que passaram pela minha vida e me ensinaram o valor do respeito, da paciência e, sobretudo, da atenção às suas necessidades, ainda que não pudessem verbalizá-las a todo momento. Minhas Bisavós Elda e Matilde (ambas em meu coração), meus avós Claudino e Neyde (também em meu coração) e Lydia e Geraldo (em minha vida com muita alegria). E todos os demais idosos que cuidei, direta ou indiretamente.

*“Não é sobre ter todas as pessoas do mundo pra si
É sobre saber que em algum lugar alguém zela por ti”*

Aos meus amores: **Guilherme** - meu companheiro de todas as horas e porto seguro das horas de dúvida e tristeza, que sempre me fez rir dos desafios e me incentivou a ir além; **Vinicius** – meu filho amado, o sorriso que me move, o carinho que me alimenta e a alegria que me renova. E a minha filha – **Maria Fernanda**, a novidade desta jornada, estará em meu ventre na defesa e será o brilho dos demais dias de nossas vidas.

“É sobre ser abrigo e também ter morada em outros corações”.

Aos meus pais, **Celso e Lindaura**, eternos incentivadores de meus estudos e batalhas, também abrigo e apoio em todas as horas, inclusive cuidando do Vinicius nas minhas ausências. Nada seria sem o amor, carinho, educação e estrutura que me transmitem até hoje e para sempre.

“Segura teu filho no colo, sorria e abraça teus pais...”

*“Que a vida é trem-bala parceiro
E a gente é só passageiro prestes a partir”
(Ana Vilela)*

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, que permitiu-me seguir com saúde e perseverança durante toda a jornada e protegeu-me por todos os quilômetros rodados.

À minha orientadora, **Profª Dra. Magali de Lourdes Caldana**, por ter me recebido e acolhido como orientanda e por mostra-me que este processo é duro e árduo, mas não deve ser sofrido e amargo. Obrigada pela sabedoria, pela leveza, pela paciência e entusiasmo de sempre.

Ao **Prof. José Roberto de Magalhães Bastos**, obrigada pela sabedoria compartilhada e incentivo constante.

Aos meus irmãos **Simone e Gustavo** e meus cunhados **Marcelo e Larissa**, que sempre foram fontes de amor, carinho e alegria.

Aos meus sogros, **Oscar e Sueli**, por também me ajudarem nesta jornada, me incentivando e cuidando do Vinicius em minhas ausências.

À minha amiga de jornada, **Patrícia Ribeiro Mattar Damiance**, pela parceria de escrita e grande incentivo a iniciar todo este processo na FOB, além das longas conversas e desabafos.

Às queridas amigas que esta caminhada me proporcionou desde o início: **Elen Franco, Cristina Espírito Santo, Aline Arakawa, Natália Favoretto, Natália Carleto, Marina Godoy, Maria Fátima**. Com vocês a estrada ficou mais suave, os estudos mais alegres e as conquistas mais valiosas.

Aos amigos de Bauru – **Vivian e Renato Aranda** e de Marília – **Lídia Pampana**, que me incentivaram, me acolheram e me impulsionaram desde o processo seletivo.

As queridas companheiras **Elen Franco, Letícia Marques e Débora Foger**, que muito colaboraram para realização desta pesquisa, trabalhando comigo na entrevista dos idosos. Estaria em campo até agora, se não fosse por vocês.

Ao coordenador do curso de Medicina da Fundação Educacional do Município de Assis – FEMA, **Prof. Dr. Jairo Reis e meus colegas de trabalho**, pela compreensão e incentivo.

À **Profa. Dra. Sílvia Helena de Carvalho Sales Peres**, coordenadora da área departamental de Saúde Coletiva, presente desde minha banca de admissão como aluna, obrigada pelo acolhimento, apoio e sabedoria.

Aos **coordenadores e servidores das unidades de saúde e Instituições de Longa Permanência para Idosos de Bauru e Marília**, pela confiança, acolhimento e apoio durante toda a coleta de dados.

À **secretária Silvia Cristina Tonin Costa**, pelo acolhimento, apoio e compreensão pelas impossibilidades da distância.

Às **secretárias do departamento de Pós-Graduação**, pela dedicação e pronto atendimento.

À **Faculdade de Odontologia de Bauru – Universidade de São Paulo**, por todo apoio institucional sempre que necessário.

À **Coordenação de Aperfeiçoamento de Nível Superior – CAPES**, pelo apoio financeiro durante o desenvolvimento desse estudo.

Aos **idosos que participaram deste estudo**, pacientemente respondendo às perguntas. Muito obrigada por permitirem a realização desta pesquisa. Espero acrescentar qualidade a sua vida, saúde aos seus anos e vigor às fragilidades.

*“Não haverá borboletas se a vida não passar por longas e silenciosas
metamorfoses”*

Rubem Alves

RESUMO

A síndrome da fragilidade surge no cenário do crescente número de idosos na população mundial, acometendo esses indivíduos, agravando suas condições de vida e saúde. Considerando que essa síndrome é multifatorial e multidimensional, que atinge idosos que vivem em diversas realidades, esta pesquisa buscou verificar a percepção de qualidade de vida de idosos residentes na comunidade e em Instituições de Longa Permanência, diante de sua condição de fragilidade. Por meio de um estudo epidemiológico descritivo do tipo transversal, com abordagem quantitativa, foram entrevistados 136 idosos, sendo metade deles residentes da comunidade, e a outra metade, residentes de Instituições de Longa Permanência para Idosos - ILPIs. Para o cálculo adotou-se nível de significância de 5% e poder do teste de 80% para se demonstrar uma correlação mínima de 0,35 são necessários 68 sujeitos para cada tipo de residência. Utilizou-se a Escala de Fragilidade de Edmonton (EFS) para identificar a presença de fragilidade e os questionários Whoqol Bref e Old para mensurar a percepção de qualidade de vida. Foi observado uma diferença notória entre o número de idosos frágeis moradores da comunidade (16,2%) e os residentes de ILPIs (51,5%), com significância estatística ($p < 0,001$). A percepção de qualidade de vida também é melhor entre os domiciliados nos dois questionários, com destaque para os domínios “relações sociais”, “meio ambiente” e “morte e morrer”. O domínio “autonomia” apresentou a pior percepção, sobretudo entre os idosos institucionalizados. Entre os idosos frágeis estão as piores percepções de qualidade de vida na maioria dos domínios, para ambos os questionários. Os resultados mostram que a condição de fragilidade piora a qualidade de vida dos idosos e não são apenas os domínios relacionados à saúde física e mental que prejudicam a qualidade de vida. Fatores relacionados à intimidade, autonomia e relações sociais também se mostram associados à piora da percepção de qualidade de vida para as duas realidades, sobretudo para os institucionalizados. Assim, identifica-se que distinguir idosos frágeis de não frágeis é fundamental para a assertiva intervenção de saúde física ou mental.

Palavras-chave: Idoso fragilizado. Qualidade de vida. Síndrome.

ABSTRACT

Quality of life and frailty syndrome in the elderly

The fragility syndrome appears in the scenario of the growing number of elderly people in the world population, affecting these individuals, aggravating their living conditions and health. Considering that this syndrome is multifactorial and multidimensional, reaching elderly people living in different realities, this research sought to verify the perception of quality of life of elderly residents in the community and in Long Stay Institutions, given their fragility condition. A descriptive epidemiological study of the transversal type, with a quantitative approach, interviewed 136 elderly people, half of whom were residents of the community; and the other half, residents of Long Stay Institutions for the Elderly (ILPIs). For the calculation, a significance level of 5% and 80% test power were used to demonstrate a minimum correlation of 0.35, 68 subjects were required for each type of residence. The Fragility Scale of Edmonton (EFS) was used to identify the presence of fragility and the Whoqol Bref and Old questionnaires to measure the perception of quality of life. A noticeable difference was observed between the number of fragile elderly in the community (16.2%) and the residents of ILPIs (51.5%), with statistical significance ($p < 0.001$). The perception of quality of life is also better among those domiciled in the two questionnaires, especially in the areas of "social relations", "environment" and "death and dying". The domain "autonomy" presented the worst perception, especially among the institutionalized elderly. Among the fragile elderly are the worst perceptions of quality of life in most domains, for both questionnaires. The results show that the fragility condition worsens the quality of life of the elderly and it is not only the domains related to the physical and mental health that impairs the quality of life. Factors related to intimacy, autonomy and social relations are also associated with the deterioration of the perception of quality of life for both realities, especially for the institutionalized ones. Thus, it is identified that distinguishing fragile elderly from non-fragile individuals is fundamental for assertive physical or mental health intervention.

Keywords: Frail elderly. Quality of life. Syndrome.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- FIGURAS

Figura 1 - Ciclo de Fragilidade.....	23
Figura 2 - Constructo multidimensional de Fragilidade.....	26
Figura 3 - Fluxograma da constituição da amostra nas ILPIs.....	45

- GRÁFICOS

Gráfico 1 - Intervalo de Confiança para Média das variáveis idade, tempo de instituição, número de filhos e renda de acordo com o local de moradia. Bauru-Marília, 2017.....	55
Gráfico 2 - Distribuição da Classificação de Edmonton de acordo com o local de domicílio dos idosos. Bauru-Marília, 2017.....	56
Gráfico 3 - Comparação dos Domínios do Whoqol Bref por local de moradia dos idosos. Bauru-Marília, 2017.	62
Gráfico 4 - Comparação dos Domínios do Whoqol Old por local de moradia dos idosos. Bauru-Marília, 2017.	63

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	- Distribuição (%) dos idosos segundo as variáveis sociodemográficas e local de residência. Bauru-Marília, 2017.	54
Tabela 2	- Distribuição (%) dos idosos quanto a idade, tempo de instituição, número de filhos e renda do idoso, de acordo com média, desvio padrão e variância. Bauru-Marília, 2017.	55
Tabela 3	- Comparação das médias e desvio padrão de MEEM de acordo com dos locais de moradia. Bauru-Marília, 2017	55
Tabela 4	- Comparação entre grupos de local de moradia quanto os parâmetros de média, mediana, desvio padrão e variância dos idosos de acordo com escala EFS. Bauru-Marília, 2017	56
Tabela 5	- Comparação das médias e desvio padrão dos domínios de Whoqol Bref de acordo com o local de moradia dos idosos. Bauru-Marília, 2017	57
Tabela 6	- Comparação das médias e desvio padrão dos domínios de Whoqol Old de acordo com o local de moradia dos idosos. Bauru-Marília, 2017	58
Tabela 7	- Correlação de MEEM, escala EFS, domínios de Whoqol Bref e Old entre os idosos que residem em domicílios na cidade de Bauru. Bauru, 2017	59
Tabela 8	- Correlação de MEEM, escala EFS, domínios de Whoqol Bref e Old entre os idosos que residem em ILPIs na cidade de Bauru e Marília. Bauru-Marília, 2017	60
Tabela 9	- Comparação dos domínios de Whoool Bref intragrupo para os idosos que vivem nos domicílios. Bauru-Marília, 2017	63

Tabela 10 - Comparação dos domínios de Whool Old intragrupo de acordo com o local de moradia. Bauru-Marília, 2017.....	64
Tabela 11 - Correlação de Variáveis Demográficas com Escores da escala EFS, MEEM e domínios de Whoqol Bref e Old. Bauru-Marília, 2017.	65
Tabela 12 - Comparação das médias da escala EFS e domínios de Whoqol Bref de acordo com variáveis sociodemográficas. Bauru-Marília, 2017. ...	67
Tabela 13 - Comparação da média dos domínios de Whoqol Old de acordo variáveis sociodemográficas. Bauru-Marília, 2017.....	68
Tabela 14 - Comparação da média dos domínios de Whoqol Bref e Old de acordo local de moradia e a situação de fragilidade. Bauru-Marília, 2017.	69

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AVD	Atividade de Vida Diária
CES-D	Centro de Estudos Epidemiológicos – Depressão
CID	Classificação Internacional das Doenças
CIF-A	Canadian Initiative Frailty and Aging
CHS	Cardiovascular Health Study
EFS	Escala de Fragilidade de Edmonton
FI	Frailty Index
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ILPI	Instituição de Longa Permanência para Idosos
IMC	Índice de Massa Corpórea
MEEM	Mini Exame do Estado Mental
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde
QV	Qualidade de Vida
QVRS	Qualidade de Vida Relacionada à Saúde
TUGT	Teste “Time Up and Go”
WHOQOL	Grupo de Avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde
WHOQOL BREF	Questionário de Qualidade de Vida Abreviado
WHOQOL OLD	Questionário de Qualidade de Vida para Idosos

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO E REVISÃO DE LITERATURA	15
1.1	Envelhecimento	17
1.2	Síndrome da Fragilidade.....	20
1.3	Qualidade de vida	28
1.4	Justificativa	32
2	OBJETIVO.....	35
2.1	Objetivos Específicos.....	37
3	METODOLOGIA.....	39
3.1	Aspectos Éticos	41
3.2	Tipo de Pesquisa	41
3.3	Constituição da Amostra.....	42
3.4	Local da Pesquisa	43
3.4.1	Domicílios	43
3.4.2	Instituições de Longa Permanência para Idosos – ILPIs	44
3.5	Coleta de Dados	45
3.6	Instrumentos para Coleta de Dados	46
3.7	Tratamento Estatístico	48
4	RESULTADOS	51
5	DISCUSSÃO	71
6	CONCLUSÕES	85
	REFERÊNCIAS	89
	APÊNDICES	99
	ANEXOS.....	107

1 INTRODUÇÃO E REVISÃO DE LITERATURA

1 INTRODUÇÃO E REVISÃO DE LITERATURA

1.1 Envelhecimento

A população idosa vem crescendo acentuadamente nas últimas décadas, resultado da redução nas taxas de fertilidade e aumento da expectativa de vida, o que se deve à melhoria do acesso aos serviços de saúde, associado às campanhas de vacinação, avanços tecnológicos da medicina, aumento do nível de escolaridade, investimento em infraestrutura de saneamento básico, dentre outros fatores (BATISTA et al., 2011; BRASIL, 2011).

A transição demográfica é uma realidade no mundo contemporâneo. Em algumas regiões ela se dá de maneira mais lenta e organizada e, em outras regiões, geralmente menos desenvolvidas, pode apresentar-se de forma acelerada e desordenada. Em virtude disso é que as pesquisas buscam avançar no melhor entendimento da população idosa e suas necessidades.

Em relação à faixa etária, a Organização Mundial da Saúde (OMS) define pessoa idosa como aquela de 60 anos de idade ou mais, para os países em desenvolvimento, e de 65 anos ou mais, para os países desenvolvidos. Para o Brasil, este critério é reafirmado pelo Estatuto do Idoso. Além disso, a partir da compreensão de que quanto mais avançada a idade maior a tendência das alterações e problemas decorrentes desse processo, os idosos são classificados em distintas faixas, sendo: idoso jovem, aquele com 60-74 anos; idoso intermediário com 75-84 anos; idoso mais velho com 85-100 anos e os centenários com mais de 100 anos (ELIOPOULOS, 2011).

Em 2000, os idosos perfaziam um total de 17% da população total e, para 2050, projeta-se que essa proporção se aproximará de 28% (CARVALHO et al., 2008). Referindo-se à proporção dessa faixa etária em relação à população em geral, evidencia-se o seu aumento de 0,92% no ano de 2000, para 1,3% em 2010, e projeta-se para 2050, que tal proporção chegará a 6,39%. Dado esse que também evidencia a transição demográfica acelerada na realidade brasileira (IBGE, 2015).

Hoje, no Brasil, os idosos representam, cerca de 10% da população. Para 2025, a perspectiva é de chegar a 25 milhões de pessoas com mais de 60 anos de idade.

Para 2050, espera-se que sejam quase o dobro da população atual, somando 19% da população brasileira (IBGE, 2015).

A expectativa de vida da população brasileira, espelho do envelhecimento, passou de 55,8 anos em 1960, para 73,5 anos em 2009. E, se voltar o olhar à população de idosos frente à população total, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, no Brasil, houve um aumento significativo da população idosa em relação à soma total da América Latina (ALVES DE MOURA; DE SOUZA, 2012).

O envelhecimento é definido pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) como (OPAS, 2003, p.30):

“um processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de adoecimento e morte.”

No processo de envelhecimento da população destaca-se o predomínio de mulheres. Ao sexo feminino, em detrimento ao sexo oposto, atribui-se maior vulnerabilidade no estado de saúde em relação ao risco de quedas, presença de múltiplas doenças, uso de vários medicamentos, obesidade, pobreza e dependências diversas. (Brasil, 2010).

Não se deve generalizar as condições de saúde dos idosos, uma vez que há grande diferença entre o idoso jovem e os muito idosos, uma vez que estes últimos estão mais vulneráveis à fragilidade e limitações funcionais (ENKVIST et al., 2012). Estudo realizado no Município de São Paulo com os muito idosos encontrou alta prevalência de doenças crônicas, de quedas, de fragilidade funcional e alto grau de dependência para as atividades básicas de vida diária. Além disso, referiram dificuldade de acesso ao tratamento e medicamentos considerados essenciais nos casos de doenças debilitantes, tais como diabetes e cerebrovasculares (FERREIRA, 2006).

Contudo, o envelhecimento não pode ser considerado um evento resultante de alterações apenas fisiológicas, mas produto de mudanças em múltiplas condições, como social, cultural e econômica. Além de ser distinto entre os indivíduos e entre os contextos sociais (DUARTE, 2001).

Considerando os fatores sociais para a população brasileira, a transição demográfica que envolve o envelhecimento, caracteriza-se como um dos fenômenos mais significativos para a economia e para sociedade, desde a metade do século passado. Porém, a porção dos idosos que mais tem aumentado com o envelhecimento é a parcela mais pobre. Em 2000, 12% da população idosa possuía renda per capita inferior a meio salário mínimo e um terço dos idosos possuía até um salário mínimo (IBGE, 2008).

Ainda que, no Brasil, a aposentadoria represente garantia de direitos e inclusão social, ela apresenta valores que não permitem o atendimento satisfatório das necessidades de sobrevivência, principalmente para aqueles que envelhecem com doenças e incapacidades (FERNANDEZ; SANTOS, 2007). Pois, 70% dos aposentados e pensionistas recebem um salário mínimo por mês (GOLDMAN, 2004).

Atribui-se o aumento do número de idosos no mundo ao controle das doenças transmissíveis e melhores condições de saneamento básico. Dos 650 mil novos idosos que anualmente se incorporam à população brasileira, grande parte apresenta doenças crônicas não transmissíveis e limitações funcionais, o que acarreta agravos na saúde e diferentes níveis de dependência, demandando assistência de longa duração e de alto custo (VERAS, 2007).

Por isso, não se deve considerar o sucesso da longevidade apenas no âmbito da diminuição da mortalidade, uma vez que esta reflexão deve vir acompanhada da compreensão sobre morbidade e incapacidade, as quais têm grande interferência na qualidade de vida. Nesta perspectiva, se enfatiza que viver por mais tempo pode estar relacionado à dificuldade de viver longos períodos da vida acamado ou com outro tipo de padecimento, o que acarreta grande carga de sofrimento, tanto para o idoso quanto para aqueles que o cercam (família e sociedade) (GU; ZENG, 2011).

Um acometimento possivelmente incapacitante e impactante para a qualidade de vida dos idosos é a síndrome da fragilidade. Um estado que acomete os idosos geralmente de maneira lenta e gradual e que, na maioria das vezes, é negligenciada pelos profissionais da área da saúde. Crê-se, geralmente, que seja por desconhecimento da questão.

1.2 Síndrome da Fragilidade

Por ser um assunto relativamente recente e ainda não uníssono em relação às causas e dimensões, a síndrome da fragilidade vem sendo explorada e conhecida pelos profissionais da saúde e demais especialidades que lidam com idosos.

Teixeira (2008) conclui sua pesquisa a respeito da percepção dos profissionais sobre as definições de fragilidade, enfatizando que há dificuldade para descrever fragilidade entre os entrevistados por falta de conhecimento, aprofundamento no tema e definição consensual.

Até a década de 1980, o termo “*fragilidade*” era cientificamente pouco abordado. As definições encontradas para “*idoso frágil*” incluíam as seguintes características (HOGAN et al., 2003):

- a) idade igual ou superior a 75 anos,
- b) vulnerabilidade,
- c) déficit físico,
- d) déficit cognitivo,
- e) participação em programa geriátrico,
- f) necessidade de cuidados institucionais,
- g) dependência para a realização das atividades de vida diária (AVDs)

O descritor “*idoso frágil*” foi incluído no *Medical Subject Headings (MeSH)* somente na década de 90 (BORTZ, 2002). No entanto, o desenvolvimento de estudos longitudinais com pessoas idosas permitiu observar que nem todas as pessoas com limitações funcionais eram frágeis e, por outro lado, nem todas as pessoas frágeis apresentavam limitações funcionais. Frente a esses resultados, passou-se a questionar se a condição de fragilidade seria passível de prevenção ou reversão, o que estimulou o desenvolvimento de outros estudos buscando diferenciá-la de incapacidade e comorbidades. Ao final da década, alguns pesquisadores passaram a reconhecer a fragilidade como uma síndrome precursora da incapacidade, da institucionalização e da morte com significativas diferenças étnicas e culturais, e com importante impacto sobre a saúde pública (FRIED; WALSTON, 1999).

Fragilidade passou assim a ser compreendida como uma condição de “risco” para a ocorrência de declínio funcional, em maior ou menor grau, e o termo “*ser frágil*” passou a ser gradualmente substituído pela condição de “*tornar-se frágil*” (TEIXEIRA, 2006).

Para Hamerman (1999), fragilidade representa a expressão complexa e cumulativa de respostas homeostáticas alteradas frente aos múltiplos fatores estressores, tendo por resultado o desequilíbrio metabólico. Isso ocorre quando um organismo perde a capacidade de regular a complexidade de manutenção de sua dinâmica, tornando-se incapaz de responder adequadamente às situações de estresse (LIPSITZ, 2002).

Espinoza e Walston (2005) enfatizaram a necessidade de melhorar a sincronia de informações sobre o tema de forma a aprimorar o conceito, suas características e suas principais causas dada a inexistência de um consenso sobre o mesmo.

Duas grandes vertentes empenham-se nas pesquisas relacionadas à fragilidade, suas causas e consequências. Uma delas é desenvolvida pelo grupo norte-americano do Cardiovascular Health Study (CHS), que segue e reafirma a ideia de que a fragilidade se trata de um problema multifatorial e multidimensional, direcionando à visão biológica das causalidades.

O grupo operacionalizou e validou um constructo em uma população de 5.317 idosos afro-americanos com idade igual e superior a 65 anos. Foram excluídos os portadores de doença de Parkinson ou que estavam em uso de medicação para a doença; os que estavam em uso de inibidores da acetilcolinesterase e antidepressivos, e aqueles que apresentaram resultado do Mini Exame do Estado Mental (MEEM) ≤ 18 (declínio cognitivo), pois, segundo os autores, tais condições seriam, sabidamente, desencadeadoras da síndrome de fragilidade (FRIED et al., 2001).

Fried et al. (2001), coordenadores do grupo de pesquisa norte-americano, definem fragilidade como uma síndrome clínica caracterizada pela redução da reserva de energia e pela resistência diminuída aos estressores. Esse quadro é resultante do declínio cumulativo das funções fisiológicas que causam maior vulnerabilidade às condições adversas. A diminuição da reserva energética conduz a maior dificuldade de manutenção da homeostase, em situações de exposições a perturbações (p. ex: alteração de temperatura ambiental e variações em condição de saúde), deixando o organismo mais vulnerável ao risco de ocorrência de desfechos clínicos considerados adversos (declínio funcional, quedas, hospitalização, institucionalização e morte).

A síndrome da fragilidade ocorreria por meio de um ciclo de retroalimentação negativa (figura 1) identificável através de um “fenótipo” com cinco componentes mensuráveis objetivamente:

1. Perda de peso não intencional: autorrelato do idoso através da pergunta “No último ano, perdeu mais de 4,5 Kg (ou 5%) de seu peso sem intenção”. Os que respondessem afirmativamente à questão pontuariam para fragilidade;
2. Exaustão: obtido pela aplicação de duas questões extraídas do *Centro de Estudos Epidemiológicos – Escala de Depressão (CES-D)*: “Senti que tive que fazer esforço para fazer tarefas habituais” e “Não consegui levar adiante minhas coisas”– e posteriormente questionados “Com que frequência se sentem assim?”, pontuando para fragilidade os idosos que respondessem “moderadamente” (de 3 a 4 dias) ou “todo o tempo”;
3. Baixa atividade física: avaliada por meio de uma versão reduzida do *Minnesota Leisure Time Activity Questionnaire*, instrumento utilizado para estimar o gasto energético semanal (em Kcal), categorizados por gênero. Os resultados foram divididos em quintis e os 20% inferiores a 383 Kcal/semana para homens e 270 Kcal/semana para mulheres, pontuariam para fragilidade;
4. Diminuição de velocidade de caminhada: mensurada pelo teste de velocidade de caminhada (15 passos), ajustado para gênero e altura. Foram calculadas as médias, os resultados divididos em quintis e os 20% inferiores pontuariam para fragilidade;
5. Diminuição de força de preensão manual obtida com a aplicação de um teste com um dinamômetro ajustado conforme o gênero e Índice de Massa Corpórea (IMC). Os resultados foram divididos em quintis e os 20% que apresentaram menor força pontuariam para fragilidade.

Para classificar a pessoa idosa como frágil ou robusta utilizou-se o seguinte critério: aqueles que apresentassem um ou dois desses componentes seriam considerados “em processo de fragilização” ou “pré-frágeis” e, os com três ou mais, seriam consideradas “frágeis”. Apenas os que não apresentassem nenhum dos componentes citados, estariam classificados como “robustos” ou “não frágeis”.

Para a validação do modelo, os idosos foram avaliados na linha de base e, posteriormente, reavaliados em um intervalo de três e sete anos da coleta de dados inicial. Na primeira reavaliação (após três anos) observou-se associação significativa entre os idosos considerados frágeis e a ocorrência de eventos como quedas, declínio funcional, hospitalização, institucionalização ou morte (FRIED et al., 2001).

A perda musculoesquelética resulta em declínio da taxa metabólica de repouso com consequências metabólicas diretas que ainda não são claras. No entanto, a termorregulação parece constituir um elemento crítico neste contexto e muito da intolerância ao frio e ao calor, observada entre as pessoas idosas, está relacionada a esse fenômeno. A reposição gradual dessa perda tecidual com gordura e tecido fibroso é parcialmente responsável pelo aumento da resistência à insulina e da intolerância à glicose observada na meia idade e nos idosos. Como a insulina é um dos mais importantes hormônios anabólicos, a diminuição dos níveis efetivos em nível tecidual pode contribuir para um estado catabólico generalizado que caracteriza os indivíduos frágeis (DUARTE; LEBRÃO, 2011).

O sistema imunológico é composto por um complexo e interativo grupo de órgãos, tecidos e células que agem, em conjunto, para defender o organismo contra agressões externas de forma rápida e apropriada. Parece que as somatórias das complexas mudanças relacionadas ao avançar da idade tornam o indivíduo mais vulnerável as infecções. A possível razão para tais modificações estaria relacionada ao declínio na habilidade das células T em secretar interleucina-2, uma citocina importante no aumento da resposta de hipersensibilidade, geração de células citotóxicas e estimulação da proliferação de células-B e, conseqüentemente, a imunidade humoral. Essa atua no isolamento e envolvimento de patógenos infecciosos. É bem estabelecido que a produção de anticorpos decline com o avançar da idade. Como os anticorpos atuam na primeira linha de defesa do organismo contra todos os tipos de antígenos, quando em níveis baixos tornam os indivíduos mais vulneráveis ao ataque e à propagação de infecções (DUARTE; LEBRÃO, 2011).

O resultado combinado de tais modificações é a alteração na habilidade do organismo em responder às infecções. Há uma variabilidade individual em tais ocorrências o que torna algumas pessoas mais vulneráveis às infecções que outras. Acredita-se que os idosos frágeis estão incluídos no subgrupo que apresenta maior vulnerabilidade imunológica (DUARTE; LEBRÃO, 2011).

O sistema neuroendócrino funciona de forma integrada com o sistema regulatório que monitora os estímulos internos e externos e mantém o equilíbrio homeostático. Evidências mostram que a perda de complexidade dos sistemas com o envelhecimento está associada à diminuição de reserva e com a variação e precisão de sua resposta. As respostas do sistema neuroendócrino são normalmente pulsáteis, sendo rapidamente acionadas e desligadas. Com o avançar da idade, a sensibilidade

dessa complexa rede de controle de respostas diminui e a velocidade de transmissão torna-se mais lenta. Frente a um estímulo estressor o início de resposta pode ser tardio e seu “desligamento” mais lento. Essas alterações são mais observadas na velhice avançada colocando a resposta aos estressores em um nível crítico (DUARTE; LEBRÃO, 2011). Segundo Fried e Walston (1999), essa desregulação constitui o componente central da síndrome de fragilidade.

O hormônio do crescimento tem importante papel no crescimento e desenvolvimento de organismos imaturos e permanece importante no desenvolvimento e na manutenção da massa muscular na idade adulta e na velhice. Estudos têm demonstrado que a diminuição dos níveis de hormônio do crescimento tem impacto na manutenção da massa óssea e muscular, ambos componentes do fenótipo de fragilidade (DUARTE; LEBRÃO, 2011).

Com a menopausa há uma perda acentuada de estrógenos levando a alterações em várias funções metabólicas como o declínio rápido da densidade mineral óssea, diminuição da massa muscular e aumento do tecido gorduroso e, conseqüentemente, aumento do risco cardiovascular. Entre os homens, observa-se um gradual declínio nos níveis de testosterona que contribui diretamente com a diminuição da massa muscular (sarcopenia) (DUARTE; LEBRÃO, 2011).

Possivelmente, o efeito agregado da sarcopenia, disfunção imunológica e desregulação neuroendócrina é a maior vulnerabilidade do organismo aos estressores e menor capacidade de adaptação, compensação ou adequação frente aos mesmos. Essas alterações subjacentes podem ser precipitadas por doenças, injúrias ou medicações. Em síntese, essas alterações fisiológicas inter-relacionadas contribuem com mudanças em outros componentes fisiológicos acelerando, assim, a instalação do ciclo de fragilidade (DUARTE; LEBRÃO, 2011).

Contudo, e por considerar que os indivíduos não estão isolados nos seus ambientes de vida, mas inseridos em uma sociedade, sujeitos a interferências culturais de estilo de vida, diversas condições econômicas e de saúde, é que se pretende extrapolar o conceito desta linha de pesquisa a respeito de fragilidade. Buscando um conceito que possa unir mais fatores além dos biológicos, ainda que possa haver certa dificuldade de mensurar as causas da síndrome.

Morley et al. (2002), consideram que a fisiopatologia da fragilidade pode ser agravada por fatores sociais como renda insuficiente, baixo nível de escolaridade e ausência de apoio social. WOO et al (2005), corroboram essa linha de pensamento

quando afirmam que as condições socioeconômicas, o estilo de vida e a rede de suporte social seriam fatores modificadores que apontariam para a possibilidade de reversibilidade da síndrome.

Por essas considerações, outro grupo de pesquisadores iniciou o *Canadian Initiative on Frailty and Aging (CIF-A)*, uma pesquisa colaborativa entre Canadá, alguns países da União Europeia, Israel e Japão com o objetivo de desenvolver um modelo conceitual de fragilidade; elaborar estratégias de prevenção e tratamento da síndrome e, ainda, definir recomendações às políticas públicas de saúde referentes aos idosos (figura 2). Rockwood et al. (2007), pesquisadores responsáveis por essa linha de pesquisa, enfatiza a característica multidimensional da síndrome e reconhece que a inter-relação de fatores biomédicos e psicossociais pode determinar a ocorrência ou não da fragilidade.

Figura 2 - Constructo multidimensional de Fragilidade

Fonte: BERGMAN, et al (2004), traduzido e adaptado por Teixeira (2008)

Esse estudo, iniciado em 2002, considera que tanto o envelhecimento “bem-sucedido” quanto aquele associado à fragilidade são produtos da história do indivíduo durante a vida (BERGMAN et al., 2004). Seu desenvolvimento tem por base a revisão sistemática da literatura na busca das principais evidências subdivididas em onze domínios:

1. história, conceitos e definições;
2. bases biológicas;
3. serviços de saúde;
4. bases sociais;
5. prevalência;
6. história natural e fatores de risco;
7. impacto;
8. identificação;
9. prevenção e conduta terapêutica;
10. ambiente e tecnologia;
11. política social e saúde.

Os pesquisadores afirmam que o processo da fragilização, iniciando na fase subclínica (pré-frágil), pode evoluir, sem um tempo preciso, para manifestações clínicas. Esse estágio seria assim, o relacionado às intervenções preventivas, uma vez que, estando estabelecido o fenômeno, a conduta terapêutica teria de focar apenas em prevenir, adiar e amenizar os efeitos adversos relacionados à fragilidade (BERGMAN et al., 2004).

A linha mais forte desta pesquisa é criadora de um modelo de mensuração da fragilidade, parte do Estudo Canadense de Saúde e Envelhecimento (CSHA), que desenvolveu o Índice de Fragilidade (FI) através de um estudo de coorte prospectivo de cinco anos com 10.263 idosos. Este estudo foi inicialmente projetado para investigar a epidemiologia e os agravos da demência em idosos canadenses. A FI utiliza 94 parâmetros de linha de base: sintomas (exemplo: mal humor), sinais como tremor, valores laboratoriais anormais, estados de doenças e déficits. Por fim, observa a ausência ou presença desses parâmetros como proporção total para definir fragilidade. Partindo do princípio que fragilidade é definida como o efeito cumulativo dos déficits individuais, conclui-se que quanto mais os parâmetros tiverem deficitários com os indivíduos, mais frágeis estarão (CLEGG et al., 2013).

Clegg et al. (2013) reafirmam que fragilidade é um processo dinâmico e que a transição para piora é mais comum do que o retrocesso de perdas, resultando em uma espiral de declínio que leva à crescente fragilidade e risco de piora incapacidades, quedas, admissão hospitalar e morte.

Outros questionários e instrumentos são utilizados e validados para identificar fragilidade. Clegg et al. (2013) identifica algumas potencialidades e falhas nos mais utilizados. O Questionário Funcional de Idosos Frágeis utiliza 19 itens e foi identificado como potencial resultado de medida para estudos de intervenção, pois é adequado para o uso ao telefone ou proxy, válido e confiável. O Indicador de Fragilidade de Groningen e o de Tilburg são abordagens baseadas em questionários simples e semelhantes para identificar a síndrome.

O teste “Tempo de levantar e andar” (TUGT), que é uma prova simples de velocidade de marcha e requer apenas um cronômetro e o teste de preensão palmar, que é realizado com um dinamômetro, estão sendo avaliados como teste rápidos e isolados para identificar fragilidade (CLEGG et al., 2013).

A Escala de Fragilidade de Edmonton (EFS) é um instrumento multidimensional que inclui o teste TUGT e um teste de comprometimento cognitivo. É rápido de administrar (menos de 5 minutos), válido e confiável (CLEGG et al., 2013).

A identificação de fragilidade em grandes grupos é muito importante e requer profissionais que afastem pré-julgamentos de que a idade cronológica por si só define fragilidade. Pesquisadores e clínicos, portanto, necessitam de ferramentas simples, validadas, precisas e confiáveis para detectar a síndrome (CLEGG et al., 2013).

De acordo com Teixeira (2006), definições teóricas e operacionais devem interagir. As primeiras devem esclarecer os significados dos conceitos e as outras devem ser capazes de replicar os estudos, permitindo a confirmação ou não dos resultados. Observou-se, em sua pesquisa, que os constructos geram discussões, mas os participantes concordam que fragilidade é multifatorial e multidimensional.

1.3 Qualidade de vida

O acelerado processo de envelhecimento, ocorrido nos países em desenvolvimento, pode trazer consigo diferentes possibilidades.

Como observa Lebrão (2007), uma delas seria a condição de redução da mortalidade, juntamente com a redução da morbidade e da incapacidade, resultando em maior sobrevida sem incapacidade, melhorando a qualidade de vida da população idosa. Ao contrário disso, seria concluir que o aumento dos anos vividos não seria acompanhado pela redução de morbidades e incapacidade, resultando no aumento das doenças e dependência. Uma opção intermediária seria considerar o aumento dos anos vividos, a frequência das doenças crônicas e a conservação da autonomia, de modo que ocorressem de forma independente entre si, mas ainda dependentes de intervenções que visem retardar o início da doença e suas complicações.

Desde o final do século passado, os profissionais que trabalham com a saúde começaram a se preocupar com a qualidade de vida dos idosos – realidade que vinha ganhando espaço no cenário nacional. Paschoal (1996) é enfático ao dizer que viver mais traz implicações importantes para qualidade de vida. Podendo a longevidade apresentar complicações nas dimensões físicas, psíquicas e sociais da vida humana, transformando os anos vividos a mais em sofrimento para os idosos e suas famílias, marcados por declínio funcional, aumento de dependência, perda da autonomia, isolamento social e depressão. Quanto mais os indivíduos mantiverem-se autônomos e independentes, mais pleno de significado serão os anos seguintes.

De maneira geral, o termo qualidade abrange muitos significados, que refletem diretamente em regiões de moradia, conhecimentos, experiências, valores dos indivíduos e coletividades nas diferentes épocas e espaços da história (MINAYO et al., 2000)

Ao voltar o termo para a saúde, observa-se grande complexidade e, com isso, dificuldades em elencar os indicadores que possibilite a sua mensuração.

A Organização Mundial da Saúde, já há algumas décadas, define qualidade de vida como “a percepção do indivíduo da sua posição na vida no contexto de sua cultura e dos sistemas de valores da sociedade em que vive e em relação aos seus objetivos, experiências, padrões e preocupações”. (WHOQOL, 1998).

Lawton (1991) utiliza de quatro domínios para conceituar qualidade de vida nos idosos, sendo eles: competências comportamentais, o ambiente objetivo, bem-estar psicológico e qualidade de vida percebida.

Em contraponto à definição da Organização Mundial da Saúde, uma outra linha de pesquisa, amplamente usada na literatura, transpõe os limites da qualidade de vida e estabelece relações diretas com enfermidades ou intervenções em saúde. A

Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) pode ser caracterizada como ótimo nível de função mental, física, social e de papel desempenhado na vida, abrangendo relacionamentos, percepção de saúde, aptidões, nível de satisfação com a vida e sensação de bem-estar, além de relacionar perspectivas futuras e a satisfação do indivíduo com seu tratamento, resultados e estado de saúde. (BOWLING, 2001).

Sendo assim, levar em consideração a autopercepção do idoso a respeito de sua condição de qualidade de vida é imprescindível, pois estudos mostram que a visão do idoso pode, na maioria das vezes, ser diferente de seu cuidador ou das pessoas que o cercam (GUEDES et al., 2013; INOUE, 2008). Os autores de um estudo que verificou os auto e heterorrelatos de qualidade de vida de idosos com declínio cognitivo e seus cuidadores observaram que idosos com declínio cognitivo se julgaram com melhor qualidade de vida do que consideravam seus cuidadores (GUEDES et al., 2013).

Quanto mais complicado for trabalhar um conceito, mais tempo e possibilidades são dadas para os estudos de indicadores e, conseqüentemente, formulários que possam de alguma maneira mensurar qualidade de vida.

Um questionário pode ser construído de diferentes maneiras, partindo de indagações simples do tipo “como está sua qualidade de vida”, até formulários com uma centena de perguntas e mais sofisticados. Esses últimos podem agrupar as perguntas em domínios e dimensões, de acordo com situações ou doenças avaliadas. Podem ser divididos em: a) discriminativo, diferenciando pessoas com melhor e pior qualidade de vida; b) avaliativo, mensurando o tamanho da mudança de qualidade de vida para um indivíduo ou uma população; c) preditivos, que são capazes de identificar a possibilidade de um indivíduo desenvolver determinada condição (GUYATT et al., 1993).

Paschoal (2000) listou 803 instrumentos, genéricos e específicos no campo da qualidade de vida. Alguns recentes a sua pesquisa e outros do ano de 1948. De maneira geral, se observa que os formulários recém-elaborados são aperfeiçoamentos dos antigos, partindo de uma estrutura multidimensional e acrescentando, com o passar do tempo, a opinião do paciente.

A Organização Mundial da Saúde constituiu o grupo WHOQOL – de Avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde e elaborou o questionário WHOQOL-100, que objetiva avaliar qualidade de vida de maneira semelhante em diferentes realidades. O questionário foi pensado por profissionais do mundo todo,

relacionados a diferentes culturas e realidade sociais, econômicas e de saúde. Já disponível e validado em quinze idiomas diferentes, se propõe a mensurar qualidade de vida divididos em seis domínios relacionados à saúde: físico, psicológico, nível de independência, aspectos do meio-ambiente e espiritualidade/religião/crenças, totalizando assim 100 questões graduadas com score de um a cinco pontos (MORENO et al., 2006).

As 100 questões foram formuladas para serem respondidas de acordo com a escala tipo Likert: com medidas de intensidade (nada – extremamente), capacidade (nada – completamente), frequência (nunca – sempre) e avaliação (muito insatisfeito – muito satisfeito; muito ruim – muito bom) (FLECK et al., 1999).

Diante da dificuldade de aplicar um questionário que demande tempo demais pela sua extensão e complexidade, foi lançado pelo mesmo grupo um questionário abreviado, preservando a qualidade das questões psicométricas, denominado Instrumento Abreviado de Avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-Bref). Ele possui 26 questões e também já foi validado para o português. (FLECK et al., 2003).

As questões compõem quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente e são divididas em: duas questões gerais sobre qualidade de vida e as demais representam uma das 24 facetas que constituem o instrumento original (FLECK et al., 2003).

Contudo, muitos pesquisadores trabalham com a projeção de questionários elaborados para a população em geral aplicando-os em idosos. Por outro lado, é sabido pelos profissionais da área da saúde que esses questionários possuem características que os tornam particularmente suscetíveis a vieses. De maneira geral, suscetibilidades ligadas à dificuldade de adaptação diante de situações, sejam elas biológicas ou sociais. Como é o caso da diminuição da reserva fisiológica em manter a homeostasia e a aposentadoria com a diminuição de renda causando dificuldade de adaptação social.

Questões que podem ser opcionais no começo da vida, podem se tornar fundamentais com o processo de envelhecimento. Então, se um adolescente de classe média for questionado quanto a sua independência, há uma grande probabilidade de ele remeter sua resposta a questões financeiras e limites impostos pelos pais. Já uma pessoa idosa pode relacionar independência com suas limitações físicas e, em alguns casos, emocionais.

Pensando neste sentido, o WHOQOL group evoluiu suas pesquisas em populações específicas como os idosos. Inclusive, por ser a população específica que mais tem crescido nos últimos anos, sobretudo nos países europeus. Portanto, partindo do WHOQOL-100, elaborou-se um questionário para avaliar qualidade de vida nas pessoas com 60 anos ou mais (WHOQOL-OLD) (FLECK et al., 2003).

O Whoqol Old é composto por 24 questões divididas em seis domínios, sendo eles: funcionamento sensorial – impacto da perda de funcionamento dos seus sentidos na QV do idoso; autonomia – independência do idosos, de forma a ser capaz e livre para viver de modo autônomo e tomar as próprias decisões; atividades passadas, presentes e futuras – satisfação com realizações na vida com objetivos a serem alcançados; participação social – participação em atividades da vida diária, sobretudo na comunidade; morte e morrer – preocupação acerca da morte e o processo de morrer; e intimidade – capacidade de ter relacionamentos íntimos e pessoais. Já validado para a língua portuguesa (FLECK et al., 2003).

1.4 Justificativa

Diante do cenário de acelerado aumento do número de idosos no país, acrescido da dificuldade dos serviços públicos e privados (sociais, econômicos e de saúde) de desenvolverem ações que contemplem esse crescimento populacional, as pesquisas devem ser direcionadas para aprimorar os conhecimentos sobre o envelhecimento e auxiliar na tomada de decisões, além de direcionar caminhos no cenário de saúde do país.

A síndrome da fragilidade surge neste cenário, acometendo os idosos e agravando as condições de saúde, tornando muito complicado retroagir frente aos agravos. Contudo, a síndrome possibilita um período de intervenção, no momento que antecede o início dos desfechos. Por se tratar de um problema multifatorial e multidimensional exige mais empenho no conhecimento de seus fatores causadores.

Um estudo de revisão de literatura, por exemplo, observou que as mulheres, que possuem índice de fragilidade entre 7,3% e 21,6%, portanto, são mais frágeis que os homens, com percentuais que variam de 4% a 19,2% (TRIBESS; DE OLIVEIRA, 2011).

Por sua vez, as idosas ainda se caracterizam na população brasileira como viúvas que vivem sozinhas, não exercendo trabalho remunerado ou voluntário, com baixo rendimento mensal e, em sua maioria, sedentárias, com alguma doença crônica degenerativa. Contudo, ainda podem relatar uma percepção positiva de sua saúde e qualidade de vida (MAZO et al., 2003).

Mesmo nos estudos que não mensuram propriamente qualidade de vida através de um instrumento, mas observam alguns fatores de influência, tais como depressão, acesso a serviços de saúde, situação de moradia e educação, observam a ligação desses com fragilidade (CASTREJÓN-PÉREZ et al., 2012; GARCIA-GARCIA et al., 2011; SYDALL et al., 2009).

Outros estudos corroboram com essa observação e afirmam que fragilidade está relacionada a crises de identidade, sintomas como tristeza e depressão, sendo fatores que pioram a qualidade de vida e aumentam a carga dos cuidadores (PUTS; LIPS; DEEG, 2005; WALSTON et al., 2006).

Assim, questiona-se, até que ponto a condição de fragilidade está relacionada à má qualidade de vida? E ainda, o inverso, será que os idosos frágeis se percebem em uma condição ruim de vida?

Questiona-se, também, se o idoso que vive em seu domicílio mantém-se hígido e com melhor qualidade de vida do que aquele que está institucionalizado. No Brasil, há um estigma cultural em torno das Instituições de Longa Permanência para Idosos, tendo em vista que, são institucionalizados idosos em processo de dependência física ou mental (AIRES; PAZ; PEROSA, 2009). Nos países desenvolvidos pode-se observar a institucionalização espontânea, em que o idoso procura uma melhor qualidade de vida com a assistência de um serviço de hospedagem.

Assim, questionamentos são feitos como reflexos de lacunas a serem preenchidas nas pesquisas. E, avançando nos estudos, espera-se possibilitar a geração de políticas e práticas que visem à promoção de condições para uma velhice longa, saudável e com qualidade.

2 OBJETIVO

2 OBJETIVO

Analisar a percepção de qualidade de vida dos idosos residentes na comunidade e em Instituição de Longa Permanência e correlacionar com a condição de fragilidade

2.1 Objetivos Específicos

- Comparar a realidade dos idosos residentes no domicílio em relação aos institucionalizados;
 - Verificar se fatores sociodemográficos interferem na condição de fragilidade e percepção de qualidade de vida;
 - Determinar a condição de fragilidade de idosos residentes em domicílios e em Instituições de Longa Permanência, por meio da Escala de Edmonton;
 - Determinar a qualidade de vida diante da condição de fragilidade dos idosos, através dos questionários WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD;
-
-

3 METODOLOGIA

3 METODOLOGIA

3.1 Aspectos Éticos

O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo, para avaliação e aprovado com o CAAE 487214158.0000.5417 (ANEXO A).

Todos os idosos participantes foram informados da pesquisa e sobre os objetivos da pesquisa, da garantia de anonimato e do caráter voluntário da participação. Só então foi aplicado o termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A), conforme Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS 196/96).

As Instituições de Longa Permanência para Idosos participantes desse estudo de Bauru – Vila Vicentina e Paiva Associação Beneficente Cristã avaliaram o projeto de pesquisa e autorizaram a entrevista com seus idosos, por meio de um ofício. Bem como a Secretaria Municipal de Saúde do Município de Bauru, autorizando por meio de ofício a coleta de dados nas Unidades Vila Dutra e Vila São Paulo.

Diante da necessidade de atingir o “n” de 68 idosos institucionalizados com a cognição preservada, não sendo possível atingir este número nas instituições públicas de Bauru, extrapolou-se para as instituições da cidade de Marília – Lar São Vicente de Paulo e Asilo Mansão Ismael. Sendo essas, instituições que apresentam as mesmas características que as demais selecionadas. Sendo incluídas no processo do Comitê de Ética e recebido consentimento após análise do projeto de pesquisa.

3.2 Tipo de Pesquisa

Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo do tipo transversal, com abordagem quantitativa.

3.3 Constituição da Amostra

A coleta de dados foi realizado com pessoas de 60 anos ou mais residentes em domicílios e Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) em uma cidade do interior paulista, com aproximadamente 365.000 habitantes, situada no centro do estado, na cidade de Bauru-SP. Foram acrescentadas Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) de uma cidade de aproximadamente 220.000 habitantes, diante da dificuldade de completar o “n” da pesquisa com idosos de cognição preservada nas Instituições, sem, contudo, trazer prejuízo à amostra, uma vez que são instituições com características muito aproximadas.

Os critérios de inclusão para os idosos residentes em domicílios foram: pessoas com 60 anos ou mais, que residem em uma das áreas de abrangência de Unidades Básicas e de Saúde da Família selecionadas (desconsiderando Instituições de Longa Permanência que, por ventura, estiverem na região); com capacidade de compreensão e comunicação verbal. Tal capacidade foi previamente levantada com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) das Unidades. Os mesmos critérios foram utilizados para os idosos residentes nas ILPIs selecionadas para a pesquisa.

O cálculo do tamanho da amostra baseou-se na hipótese de haver correlação estatisticamente significativa entre a QV e o grau de fragilidade, que será avaliada pelo coeficiente de correlação de Spearman. Para o cálculo adotou-se nível de significância de 5% e poder do teste de 80% e ajuste para procedimento não-paramétrico baseado na eficiência assintótica relativa ($n = n' / 0,91$). Para se demonstrar uma correlação mínima de 0,35 são necessários 68 sujeitos para cada tipo de residência – domicílio e ILPI.

Os critérios de exclusão são: a) déficit cognitivo grave sugestivo de demência, evidenciado por problemas de memória, atenção, orientação espacial e temporal, e comunicação, ou aqueles observados pelos recrutadores, avaliados através do Mini Exame do Estado Mental (MEEM); b) encontrar-se acamado; c) sequelas graves de acidente vascular encefálico, com perda localizada de força e/ou afasia; d) doença de Parkinson em estágio grave ou instável, com comprometimentos graves da motricidade, da fala ou da afetividade; e) graves déficits de audição ou de visão, que dificultassem fortemente a comunicação, e f) estágio terminal. Pois, segundo Fried et al (2001), tais condições seriam, sabidamente, desencadeadoras da síndrome de fragilidade.

O Mini Exame do Estado Mental utilizado para avaliação do déficit cognitivo foi validado e adaptado para a população brasileira por Bertolucci et al (1994). No momento da validação foi observado que o escore total dependia do nível educacional do indivíduo. Assim, o escore de corte relacionado à escolaridade ficou da seguinte forma: para não alfabetizados a nota de corte é de 13; para baixa escolaridade é de 18; e para alto nível de escolaridade é de 26. Sendo não alfabetizados; baixa escolaridade, 1 a 4 anos incompletos; média escolaridade, 4 a 8 anos incompletos; alta escolaridade, 8 ou mais anos. Foi considerado, para efeito de classificação, o nível escolar atingido e não o número de anos que foi frequentada a escola. Como a população brasileira tem escolaridade bastante diversificada e o grau da maioria dos idosos é baixo, os níveis de corte estratificados diminuíram as falhas no diagnóstico, uma vez que o fator de maior interferência do MEEM é o nível educacional (Anexo B).

3.4 Local da Pesquisa

3.4.1 Domicílios

Para seleção das Unidades de Saúde utilizadas na pesquisa, foi realizado um sorteio entre as unidades que possuem Agentes Comunitários de Saúde, necessários para indicação inicial dos idosos por conhecerem os moradores das microáreas. De acordo com as informações da Secretaria da Saúde de Bauru, seriam 7 as Unidades possíveis para pesquisa seriam: Jardim Godoy, Vila São Paulo, Nova Bauru, Pousada II, Santa Edwiges, Vila Dutra e Fortunato/ Nove de Julho.

Foram selecionadas as unidades da Vila Dutra (Zona Oeste), com 1038 idosos, e Vila São Paulo (Zona Leste), que soma 959 indivíduos com mais de 60 anos. Sendo elas unidades de grande abrangência populacional, de regiões opostas da cidade, porém com características sociodemográficas muito próximas, onde há regiões do bairro com casebres muito pobres, outras com casas de alvenaria – resultantes de um núcleo popular, e outras onde observa-se um padrão aquisitivo mais favorecido. Toda a região possui saneamento básico, assistência escolar e de saúde. Sendo este número (duas) suficiente para atingir o “n” de idosos.

Assim, de acordo com a indicação dos Agentes Comunitários de Saúde de cada uma das unidades, foram pré-selecionados idosos de todas as áreas de abrangência.

Após a aplicação do MEEM, não havendo exclusão por déficit cognitivo, concluíam-se a entrevista e aplicação dos questionários. Sendo possível concluir 34 entrevistas em cada unidade, totalizando os 68 idosos estabelecidos pelo cálculo amostral para domicílios.

3.4.2 Instituições de Longa Permanência para Idosos - ILPIs

Os critérios para seleção das ILPIs foram: tratar-se de uma instituição com os devidos registros e aprovações da Prefeitura local e Vigilância Sanitária; possuir Responsável Técnico (Médico e Enfermeiro) junto aos órgãos reguladores correspondentes; não se tratar de uma instituição com caráter de internações psiquiátricas; ser de atendimento público-filantrópico.

Foram selecionadas inicialmente as ILPIs Vila Vicentina e Paiva Associação Beneficente Cristã, da cidade de Bauru. Ao dar início às entrevistas, identificou-se o pequeno número de idosos residentes na primeira instituição. A Paiva Associação Beneficente Cristã, apesar de apresentar um número expressivo de idosos, e, atualmente, não se caracterizar mais como uma instituição de viés psiquiátrico, mostrou um grande número de idosos remanescentes desta época em que a instituição abrigava pacientes com diversas doenças psiquiátricas para moradia permanente. Fato esse que impactou diretamente no MEEM dos indivíduos. Assim, o número de idosos entrevistados foi quase inexpressivo.

Por não haverem mais ILPIs que pudessem atender aos critérios de inclusão da pesquisa na cidade de Bauru, optou-se por, com a devida autorização do Comitê de Ética e Pesquisa e das respectivas instituições, extrapolar para a cidade vizinha com maior número de instituições e características próximas àquela.

Assim, na cidade de Marília foram selecionadas as ILPIs Lar São Vicente de Paulo e Asilo Mansão Ismael, onde foi possível atingir o “n” estipulado. Sendo relevante observar que, também nessas instituições, chegou-se muito próximo de esgotar o número de moradores por conta da alta incidência de déficit cognitivo dos idosos. (Figura 3)

Figura 3 - Fluxograma da constituição da amostra nas ILPIs

3.5 Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada *in locus* (domicílio ou instituição) por meio de entrevista estruturada por profissionais da saúde (sendo uma fisioterapeuta, uma fonoaudióloga e duas enfermeiras). Todas as profissionais foram treinadas previamente quanto ao uso e aplicação do instrumento.

Após as autorizações necessárias, inclusive do Comitê de Ética e Pesquisa, as entrevistas foram realizadas do período de fevereiro de 2016 a março de 2017.

3.6 Instrumentos para Coleta de Dados

O questionário foi composto por variáveis sociodemográficas (idade, situação marital, número de filhos, religião, ocupação, escolaridade, renda familiar, situação empregatícia, doenças de base) (Apêndice B), teste Mini Exame do Estado Mental (Anexo B), variáveis relacionadas à fragilidade (Anexo C) e à qualidade de vida (Anexo D e E).

Para os dados relacionados a identificação e situação socioeconômica tomou-se por base o questionário já trabalhado por Coelho Fabrício-Wehbe et al. (2009) com idosos em uma cidade de médio porte do interior do estado de São Paulo, em uma pesquisa também relacionada à síndrome da fragilidade.

A doenças de base foram relacionadas pelos idosos e, posteriormente, classificadas pelo pesquisador de acordo com os 14 primeiros capítulos da 10ª edição do livro Classificação Internacional das Doenças – CID10 (OMS, 1997).

Para verificar fragilidade foi usada uma proposta clínica de detecção do grupo canadense CIF-A, a Escala de Fragilidade de Edmonton - *Edmonton Frail Scale* (EFS). Validada e considerada confiável e viável para uso rotineiro até mesmo por não especialistas na área geriátrica e gerontológica. É considerada, por seus autores, como a proposta clínica de detecção de fragilidade em pessoas idosas mais completa e de mais fácil manuseio e aplicação. Acreditam ser uma das escalas mais abrangentes, uma vez que consideram que aspectos de cognição, humor e suporte social também podem ser indicadores de fragilidade entre idosos (ROLFSON et al., 2006).

A EFS (Anexo C) foi elaborada por Rolfson et al., em 2006, na Universidade de Alberta, Edmonton, Canadá, validada para a língua portuguesa por Coelho Fabrício-Wehbe et al. (2009). Avalia nove domínios: cognição – através do teste do relógio, estado geral de saúde, independência funcional, suporte social, uso de medicamentos, nutrição, humor, continência e desempenho funcional, investigados por 11 itens. Sua pontuação máxima é 17 e representa o nível mais elevado de fragilidade. Os escores para análise da fragilidade são: 0-4, não apresenta fragilidade; 5-6, aparentemente vulnerável; 7-8, fragilidade leve; 9-10, fragilidade moderada; 11 ou mais, fragilidade severa. Os dados serão dicotomizados de acordo com os escores de fragilidade: frágil e não frágil com ponto de corte igual maior que 7.

Para avaliação de qualidade de vida, foi utilizado o questionário da Organização Mundial da Saúde abreviado WHOQOL-BREF (Anexo D) e WHOQOL-OLD (Anexo E).

O Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde - *World Health Organization Quality of Life Group* (Grupo WHOQOL) desenvolveu uma escala dentro de uma perspectiva transcultural, para medir qualidade de vida em adultos. Considerou-se como características fundamentais o carácter subjetivo da qualidade de vida (englobando aspectos positivos e negativos) e sua natureza multidimensional. Este primeiro trabalho conta com 100 questões (FLECK et al., 2003).

Para a pesquisa, na intenção de otimizar o tempo de entrevista, utilizou-se o WHOQOL-BREF, que é uma versão reduzida do questionário completo original (WHOQOL- 100). Composto por 26 questões, sendo duas delas gerais sobre qualidade de vida e 24 representantes de cada uma das facetas que compõem o instrumento original. Compreende quatro domínios de 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 (FLECK et al., 2003). Todas as palavras, de acordo com a classificação tipo Likert, têm uma pontuação de um a cinco e para as questões de valores opostos os escores são invertidos (questões 3, 4 e 26), onde 1=5, 2=4, 3=3, 4=2 e 5=1.

A soma dos scores médios de cada domínio varia de 4 a 20, sendo transformada para uma escala de zero a 100, onde zero corresponde a pior QV e o valor 100 corresponde a melhor (FLECK et al., 2000).

Para o questionário WHOQOL-BREF não cabe avaliar qualidade de vida total, partindo da premissa de que se refere a um constructo multidimensional, em que cada domínio deve ser analisado de maneira independente.

Tendo em vista que a versão utilizada é apenas uma abreviação da escala original e tem a intenção de mensurar, de maneira geral, a qualidade de vida, este estudo também utilizou o questionário WHOQOL-OLD. Uma versão construída para avaliar adultos idosos composta por 24 questões, dividido em seis domínios, sendo eles: funcionamento sensorial; autonomia; atividades passadas, presentes e futuras; participação social; morte e morrer e intimidade. Já validado para a língua portuguesa (FLECK et al., 2003).

O questionário Whoqol Old segue a mesma lógica de pontuação que o Whoqol Bref, inclusive passando pelas transformações da escala de escore.

Todas as questões dos instrumentos de QV (ANEXOS D e E) foram respondidas de acordo com a escala tipo Likert: com medidas de intensidade (nada – extremamente), capacidade (nada – completamente), frequência (nunca – sempre) e avaliação (muito insatisfeito – muito satisfeito; muito ruim – muito bom) (FLECK et al., 1999).

3.7 Tratamento Estatístico

Os dados foram tabulados pela pesquisadora, que construiu um banco de dados através de planilha eletrônica no programa Excel (Microsoft © 2010). Para análise estatística utilizou-se o software *Statistical Package for the Social Sciences* - SPSS V17 (MAROCO, 2003).

Para toda a pesquisa foi adotado o nível de significância de 0,05 (5%) e todos os intervalos de confiança foram construídos com 95% de confiança estatística.

Para caracterizar a distribuição da frequência relativa (percentuais) das variáveis demográficas qualitativas, utilizou-se o teste de Igualdade de Duas Proporções. Em todas as tabelas de distribuição são mostrados os p-valores da comparação de cada resposta sempre em função da mais prevalente que está como Referência (Ref.). Para as variáveis de 2 níveis de resposta a comparação é direta, não tendo a necessidade de comparar com a resposta referência.

Foram utilizados diferentes testes estatísticos de acordo com o tipo de análise desejada. Para a comparação de grupos de acordo com os escores dos protocolos de MEEM, EFS e Whoqol Bref e Old utilizou-se o teste ANOVA, que é um teste paramétrico de comparação de médias de dois grupos ou mais utilizando a variância (Vieira, 2004). Este é um teste quantitativo e contínuo, que se utilizou do Teorema do Limite Central para afirmar que os dados são paramétricos, garantindo que a distribuição tende a ser Normal por trata-se de uma amostragem superior a 30 sujeitos.

A análise intragrupo utilizou a Correlação de Pearson para medir o grau de relação entre os escores dos quatro protocolos, validando as correlações com o Teste de Correlação. A análise intra e intergrupos para a classificação de EFS, utilizou-se o teste de Igualdade de Duas Proporções.

A correlação é um valor que varia de -1 a 1, mas para facilitar a leitura e/ou entendimento, os valores foram transformados em porcentagem (multiplicados por

100). A correlação positiva significa que a variável aumenta seu valor e a outra, correlacionada a esta, também aumenta proporcionalmente. Porém se a correlação for negativa implica que as variáveis são inversamente proporcionais. Para analisar a correlação podemos seguir três etapas:

1. Verificar através do p-valor se é significativo, ou seja, se existe.
2. Verificar se o valor é positivo (proporcional) ou negativo (inversamente proporcional).
3. Classificar segundo a régua da metodologia o quão bom é a correlação.

4 RESULTADOS

4 RESULTADOS

Os idosos da amostra foram compostos, em sua maioria, por mulheres (60,6 nos domicílios e 54,4 nas ILPIs), brancos, aposentados e católicos. Os moradores dos domicílios eram, predominantemente, casados e, os institucionalizados, solteiros. De maneira geral, apresentavam baixa escolaridade e, ao menos, uma doença de base (Tabela 1).

A média de idade dos idosos entrevistados foi de 72,3 anos ($\pm 8,3$) para os residentes em domicílio e 77,9 anos ($\pm 8,7$) para os institucionalizados. Estando os moradores de ILPIs institucionalizados por uma média de 6,19 anos ($\pm 10,34$); possuírem por volta de 1,6 filhos e apresentarem renda mensal de 1,3 salários mínimo. Já idosos domiciliados apresentam uma média de 3,4 filhos e média de 2 salários mínimo por mês (Tabela 2) (Gráfico 1).

Tabela 1 - Distribuição (%) dos idosos segundo as variáveis sociodemográficas e local de residência.
Bauru-Marília, 2017.

Variáveis sociodemográficas	Local de residência			
	Domicílio (n=68)	Valor <i>p</i>	ILPI (n=68)	Valor <i>p</i>
Sexo				
Feminino	60,6	0,016	54,4	0,303
Masculino	39,7		45,6	
Cor				
Amarela	1,5	<0,001	2,9	<0,001
Branco	60,3	Ref.	51,5	Ref.
Indígena	1,5	<0,001	0,0	<0,001
Parda	33,8	0,002	30,9	0,015
Preta	2,9	<0,001	14,7	<0,001
Situação Empregatória				
Aposentado	70,6	Ref.	77,9	Ref.
Desempregado	1,5	<0,001	2,9	<0,001
Licença Saúde	2,9	<0,001	5,9	<0,001
Pensionista	19,1	<0,001	13,2	<0,001
NS/NR	5,9	<0,001	0,0	<0,001
Situação Marital				
Casado	67,6	Ref.	4,4	<0,001
Separado	7,4	<0,001	23,5	0,043
Solteiro	1,5	<0,001	39,7	Ref.
Viúvo	23,5	<0,001	32,4	0,372
Religião				
Católica	57,4	Ref.	73,5	Ref.
Espírita	1,5	<0,001	7,4	<0,001
Nenhuma	8,8	<0,001	5,9	<0,001
Outra	2,9	<0,001	0,0	<0,001
Protestante	29,4	0,001	13,2	<0,001
Grau de instrução				
Não alfabetizado	14,7	<0,001	19,1	0,008
Sabe ler/escrever	4,4	<0,001	14,7	0,001
Baixa (1 a 4 anos)	45,6	Ref.	39,7	Ref.
Média (5 a 8 anos)	26,5	0,020	17,6	0,004
Alta (9 a 12 anos)	4,4	<0,001	4,4	<0,001
Muito Alta (mais de 13 anos)	4,4	<0,001	4,4	<0,001
Possui doença de base				
Não	14,7	<0,001	14,7	0,001
Sim	85,3	<0,001	85,3	
Número de doenças referidas por idoso				
Uma	46,6	Ref.	51,7	Ref.
Duas	37,9	0,347	29,3	0,014
Três	8,6	<0,001	17,2	<0,001
Quatro	6,9	<0,001	1,7	<0,001

*NS/NS: não sabe/não responde

Utilizado o teste de Igualdade de Duas Proporções, exceto para respostas binomiais, os p-valores foram calculados função da mais prevalente que está como Referência (Ref.)

Tabela 2 – Distribuição (%) dos idosos quanto a idade, tempo de instituição, número de filhos e renda do idoso, de acordo com média, desvio padrão e coeficiente de variação. Bauru-Marília, 2017.

	Grupo	Média	Desvio Padrão	CV
Idade	Domicilio	72,3	8,3	12%
	ILPI	77,9	8,7	11%
Tempo Instituição	ILPI	6,19	10,34	167%
Número de filhos	Domicilio	3,40	2,35	69%
	ILPI	1,66	1,97	118%
Renda Idoso	Domicilio	1,99	2,55	128%
	ILPI	1,30	0,86	66%

* salário mínimo calculado de acordo com o valor vigente no ano de 2016-2017

Gráfico 1: Intervalo de Confiança para Média das variáveis idade, tempo de instituição, número de filhos e renda de acordo com o local de moradia. Bauru-Marília, 2017.

Tabela 3: Comparação das médias e desvio padrão de MEEM de acordo com dos locais de moradia. Bauru-Marília, 2017

Total MEEM	Domicilio	ILPI
Média	23,59	21,18
Desvio Padrão	3,50	4,17
P-valor	<0,001	
Teste ANOVA		

Ainda que o grau de cognição seja um fator de exclusão da pesquisa, pode-se notar que os idosos residentes em seus domicílios apresentam média significativamente maior de MEEM do que os institucionalizados (Tabela 3). E, nas Tabelas 6 e 7, é possível observar a correlação negativa entre a situação cognitiva e de fragilidade tanto dos idosos que residem na comunidade quanto os institucionalizados ($r = -0,50$ e $r = -0,59$ respectivamente, ambas com $p < 0,001$). Indicando que quanto menor o escore do MEEM – pior o estado cognitivo; quanto maior o escore do EFS – mais frágil encontra-se o idoso.

Tabela 4: Comparação entre grupos de local de moradia quanto os parâmetros de média, mediana, desvio padrão e variância dos idosos de acordo com escala EFS. Bauru-Marília, 2017.

Escala EFS	Domicilio	ILPI
Média	3,62	6,60
Mediana	3	7
Desvio Padrão	2,69	3,17
CV	74%	48%
P-valor	<0,001	

Teste ANOVA

Gráfico 2: Distribuição da Classificação de Edmonton de acordo com o local de domicílio dos idosos. Bauru-Marília, 2017.

O Gráfico 2 representa a distribuição intergrupos para a classificação de Edmonton, que se utilizou do teste de Igualdade de Duas Proporções.

É notória e estatisticamente significativa ($p < 0,001$) a maior prevalência de idosos frágeis que moram na ILPIs em detrimento aos que vivem nos domicílios (Gráfico 2). Inclusive com maior média na escala EFS entre os idosos institucionalizados (Tabela 4).

Tabela 5: Comparação das médias e desvio padrão dos domínios de Whoqol Bref de acordo com o local de moradia dos idosos. Bauru-Marília, 2017.

Whoqol Bref	Local moradia	Média (%)	Desvio Padrão	P
Físico	Domicilio	73,0	24,8	0,004
	ILPI	62,4	16,5	
Psicológico	Domicilio	75,2	19,6	<0,001
	ILPI	60,0	14,1	
Relações Sociais	Domicilio	80,4	23,0	<0,001
	ILPI	60,8	16,3	
Meio Ambiente	Domicilio	70,7	20,0	0,002
	ILPI	61,7	12,3	

Teste ANOVA

Observando QV de acordo com a realidade de cada tipo de moradia com o questionário Whoqol-Bref, os idosos que vivem em domicílios possuem uma boa média em todos os domínios, sobretudo nas “Relações Sociais” (80,4%). O valor menos pontuado de domínio foi “Meio Ambiente” (70,7%) (Tabela 5).

Por outro lado, os idosos institucionalizados autorreferiram uma média de, ao menos, 10 pontos a menos em todos os domínios. Com pontuações discretamente mais baixas nos domínios “Psicológico” (60,0%) e “Relações Sociais” (60,8%) (Tabela 5).

A comparação entre grupos “Domicílio” e “ILPI”, demonstra-se estatisticamente significativa para todos os domínios e indica, em todos eles, médias mais altas de QV para os idosos que moram em suas casas, ainda que haja um maior desvio padrão neste grupo indicando maior heterogeneidade dentro dele (Tabela 5).

Tabela 6: Comparação das médias e desvio padrão dos domínios de Whoqol Old, de acordo com o local de moradia dos idosos. Bauru-Marília, 2017.

Whoqol Old	Local de moradia	Média	Desvio Padrão	P-valor
Funcionamento Sensório	Domicilio	82,0%	18,7%	<0,001
	ILPI	64,5%	24,1%	
Autonomia	Domicilio	75,7%	24,1%	<0,001
	ILPI	54,6%	17,0%	
Presente, Passado e Futuro	Domicilio	75,7%	20,4%	<0,001
	ILPI	58,0%	14,3%	
Participação Social	Domicilio	77,9%	21,0%	<0,001
	ILPI	63,3%	15,0%	
Morte e Morrer	Domicilio	86,4%	20,8%	0,010
	ILPI	74,8%	30,3%	
Intimidade	Domicilio	78,5%	27,8%	<0,001
	ILPI	63,1%	17,0%	

Teste ANOVA

De acordo com o autorrelato dos idosos, direcionados pelo questionário Whoqol Old, há um julgamento positivo dos domiciliados quanto a sua QV em todos os domínios, sobretudo quando relacionados aos domínios “Funcionamento Sensório” (82%) e “Morte e Morrer” (86,4%) (Tabela 6).

Por outro lado, os idosos que residem em ILPIs apresentam uma avaliação mediana em relação aos domínios de QV questionados através do Whoqol Old. Neste caso, a melhor pontuação foi “Morte e Morrer” (74,8%) e a menor foi “Autonomia” (54,6%) (Tabela 6).

De maneira geral, todos os domínios do Whoqol Old demonstram diferença estatisticamente significativa quando comparados quanto aos locais onde residem os idosos. E a percepção de QV para os idosos domiciliados se mostra melhor em todos os domínios (Tabela 6).

Tabela 7: Correlação de MEEM, escala EFS, domínios de Whoqol Bref e Old entre os idosos que residem em domicílios na cidade de Bauru. Bauru, 2017.

Teste de Correlação de Pearson.

Domicílio		MEEM	Edmonton	Físico	Psico- lógico	Social	Meio Ambiente	QV total	Função Sensorial	Autonomia	Presente, Passado e Futuro	Participa- ção Social	Intimidade
Edmonton	r	-0,50											
	p	<0,001											
Físico	r	0,28	-0,74										
	p	0,019	<0,001										
Psicológico	r	0,31	-0,63	0,71									
	p	0,009	<0,001	<0,001									
Social	r	0,29	-0,48	0,67	0,59								
	p	0,014	<0,001	<0,001	<0,001								
Meio Ambiente	r	0,16	-0,52	0,71	0,66	0,69							
	p	0,176	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001							
QV – Total Bref	r	0,15	-0,53	0,77	0,68	0,74	0,71						
	p	0,212	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001						
Funcionamento Sensório	r	0,01	-0,35	0,49	0,44	0,24	0,49	0,57					
	p	0,933	0,003	<0,001	<0,001	0,045	<0,001	<0,001					
Autonomia	r	0,04	-0,38	0,63	0,58	0,49	0,64	0,79	0,47				
	p	0,710	0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001				
Passado, presente e futuro	r	0,14	-0,47	0,70	0,69	0,70	0,72	0,87	0,37	0,66			
	p	0,254	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,002	<0,001			
Participação Social	r	0,27	-0,50	0,73	0,66	0,69	0,69	0,86	0,40	0,56	0,87		
	p	0,026	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,001	<0,001	<0,001		
Morte e Morrer	r	-0,15	-0,08	0,08	0,01	0,08	-0,17	0,30	0,09	0,13	0,05	0,00	
	p	0,206	0,522	0,487	0,898	0,487	0,159	0,011	0,455	0,287	0,655	0,980	
Intimidade	r	0,28	-0,44	0,61	0,49	0,81	0,60	0,80	0,21	0,49	0,71	0,76	0,07
	p	0,019	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,075	<0,001	<0,001	<0,001	0,564

Teste de Correlação de Pearson.

60 **Resultados**

Tabela 8: Correlação de MEEM, escala EFS, domínios de Whoqol Bref e Old entre os idosos que residem em ILPIs na cidade de Bauru e Marília. Bauru-Marília, 2017.

ILPI	MEEM	Edmonton	Físico	Psico-lógico	Social	Meio Ambiente	QV total	Função Sensorial	Autonomia	Presente, Passado e Futuro	Participação Social	Intimidade
Edmonton	r	-0,59										
	p	<0,001										
Físico	r	0,03	-0,62									
	p	0,784	<0,001									
Psicológico	r	0,12	-0,51	0,54								
	p	0,331	<0,001	<0,001								
Social	r	0,00	-0,11	0,18	0,43							
	p	0,982	0,367	0,137	<0,001							
Meio Ambiente	r	-0,06	-0,08	0,24	0,36	0,46						
	p	0,627	0,518	0,041	0,002	<0,001						
QV – Total Bref	r	0,10	-0,46	0,55	0,66	0,49	0,35					
	p	0,397	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,003					
Funcionamento Sensório	r	0,16	-0,45	0,51	0,48	0,28	0,13	0,69				
	p	0,195	<0,001	<0,001	<0,001	0,020	0,269	<0,001				
Autonomia	r	0,19	-0,41	0,36	0,53	0,44	0,28	0,59	0,30			
	p	0,108	<0,001	0,002	<0,001	<0,001	0,018	<0,001	0,012			
Passado, presente e futuro	r	0,09	-0,45	0,56	0,61	0,42	0,36	0,77	0,43	0,55		
	p	0,428	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,002	<0,001	<0,001	<0,001		
Participação Social	r	0,05	-0,19	0,33	0,42	0,57	0,50	0,68	0,30	0,50	0,66	
	p	0,679	0,104	0,005	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,011	<0,001	<0,001	
Morte e Morrer	r	-0,14	0,03	0,03	0,02	-0,01	-0,06	0,41	0,12	-0,17	0,04	0,11
	p	0,232	0,800	0,809	0,867	0,904	0,595	0,001	0,334	0,170	0,715	0,369
Intimidade	r	0,12	-0,24	0,24	0,45	0,25	0,28	0,33	0,13	0,28	0,35	-0,31
	p	0,333	0,050	0,046	<0,001	0,036	0,020	0,006	0,291	0,019	0,003	0,415
												0,009

Teste de Correlação de Pearson.

A integridade cognitiva do indivíduo apresenta inversa relação significativa com a condição de fragilidade ($r = -0,50$), portanto quanto maior a pontuação relacionada a cognição menor a pontuação para fragilidade, indicando que o baixo déficit cognitivo também diminui a fragilidade (Tabela 7).

O mesmo se observa nos idosos institucionalizados, em que a integridade cognitiva do indivíduo possui inversa relação significativa com a condição de fragilidade ($r = -0,59$) (Tabela 8).

Nos idosos que vivem na comunidade, observa-se boa ($r = -0,73$) e significativa relação inversamente proporcional entre “capacidade” física e fragilidade, quanto pior o julgamento de qualidade de vida relacionado à integridade física, mais frágil o idoso apresenta-se, sendo o fator de maior correlação de fragilidade com os domínios de QV relacionados ao Whoqol Bref e Old (Tabela 7).

Contudo, os fatores relacionados ao domínio “Psicológico” nos idosos que moram em domicílios também possuem correlação inversa com fragilidade ($r = -0,63$), indicando que quanto melhor a percepção de QV relativa aos fatores psicológicos, menos pontuação o idoso apresenta em Fragilidade, ou seja, apresentando ser um fator protetor para Fragilidade esse domínio. Sendo, inclusive, um fator proporcionalmente relacionado com os domínios “Físicos” ($r = 0,71$) (Tabela 7).

O mesmo indicativo pode-se observar com significância estatística em relação aos idosos domiciliados, para todos os demais domínios de QV (Bref e Old) em se tratando de fragilidade, porém em menor proporção inversa, exceto para “Morte e Morrer” ($r = -0,08$ e $p = 0,522$). Esse domínio possui uma alta média de prevalência (tabela 6) mas possui correlação muito baixa com todos os cruzamentos (Tabela 7).

O mesmo observa-se com o domínio “Passado, presente e futuro”, que possui maior relação de proporcionalidade ($r = 0,87$) com “Participação Social”, apresentando uma ótima correlação (Tabela 7).

Além de disso, na Tabela 7, quanto melhor a percepção do domínio “Físico”, melhor a percepção da QV em relação à “Participação social” ($r = 0,73$), indicando uma boa correlação. E a percepção de QV relacionada à “Intimidade” será proporcionalmente melhor a medida que também apresentar-se bem os domínios “Social” ($r = 0,81$), “Presente, passado e futuro” ($r = 0,71$) e “Participação Social” ($r = 0,76$).

De maneira geral, se compararmos as correlações entre os dois tipos de moradia, poucos domínios correlacionam-se significativamente entre eles e todos de maneira menos expressiva que os idosos institucionalizados (Tabela 8).

Para estes, observa-se boa ($r = -0,62$) e significativa relação inversamente proporcional entre “capacidade” física e fragilidade, quanto pior o julgamento de qualidade de vida relacionado a integridade física, mais frágil o idoso apresenta-se, sendo o fator de maior correlação de fragilidade com os domínios de QV relacionados ao Whoqol Bref e Old (Tabela 8).

Observa-se, ainda, no caso do idosos residentes em ILPIs, as maiores correlações correm nos domínios “Psicológico”, “Social” e “Participação Social”. Estando, a maioria deles, por volta de 50% de proporcionalidade de correlação estatisticamente significativa.

Gráfico 3: Comparação dos Domínios do Whoqol Bref por local de moradia dos idosos. Bauru-Marília, 2017.

Os domínios de Whoqol Bref correlacionam-se significativamente intragrupo apenas no grupo de idosos domiciliados ($p < 0,001$), ao passo que na ILPIs o p é de 0,55.

O domínio “Físico” está significativamente relacionado ao “social” e “psicológico” e o “meio ambiente” também se relacionam com ambos, porém não há relação entre eles (Tabela 9).

Os dados para a construção dos Gráficos 9 e 10 foram extraídos por meio do teste ANOVA. Ao concluir que, somente para os domínios do Whoqol Bref no grupo ILPI não existe diferença estatisticamente significativa, foi necessário utilizar, para as demais situações, a Comparação Múltipla de Tukey (Post Hoc) e comparar todos os domínios aos pares e assim determinar com precisão entre quais domínios ocorre a diferença (Tabela 9 e 10).

Tabela 9: Comparação dos domínios de Whool Bref intragrupo para os idosos que vivem nos domicílios. Bauru-Marília, 2017.

		Físico	Psicológico	Social
Domicilio	Físico	0,293		
	Social	0,003	0,031	
	Meio Ambiente	0,297	0,026	<0,001

Gráfico 4: Comparação dos Domínios do Whoqol Old por local de moradia dos idosos. Bauru-Marília, 2017.

Tabela 10: Comparação dos domínios de Whool Old intragrupo de acordo com o local de moradia.
Bauru-Marília, 2017.

		QV Total	Funcionamento sensório	Autonomia	Passados, presente e futuro	Participação social	Morte e morrer
Domicílio	Funcionamento Sensório	0,184					
	Autonomia	0,051	0,025				
	Presente, Passado e Futuro	0,004	0,022	0,997			
	Participação social	0,287	0,129	0,396	0,090		
	Morte e morrer	0,010	0,178	0,004	0,003	0,021	
	Intimidade	0,682	0,337	0,391	0,247	0,803	0,056
ILPI	Funcionamento sensório	0,509					
	Autonomia	<0,001	0,002				
	Presente, Passado e Futuro	<0,001	0,017	0,066			
	Participação social	0,839	0,683	<0,001	0,001		
	Morte e morrer	0,001	0,023	<0,001	<0,001	0,005	
	Intimidade	0,965	0,681	0,001	0,021	0,945	0,017

Tabela 11: Correlação de Variáveis Demográficas com Escores da escala EFS, MEEM e domínios de Whoqol Bref e Old. Bauru-Marília, 2017.

		Idade	Tempo I	Número de filhos	Renda Idoso	Qtde CID	Grau Ins.
MEEM	Corr (r)	-0,40	-0,28	0,08	0,15	0,12	0,63
	P-valor	<0,001	0,021	0,348	0,077	0,193	<0,001
Edmonton	Corr (r)	0,27	0,15	-0,10	-0,22	0,07	-0,39
	P-valor	0,001	0,200	0,214	0,010	0,417	<0,001
Físico	Corr (r)	-0,05	-0,09	0,02	0,13	-0,18	0,17
	P-valor	0,515	0,432	0,738	0,112	0,051	0,047
Psicológico	Corr (r)	-0,17	-0,04	0,17	0,17	-0,14	0,16
	P-valor	0,050	0,720	0,045	0,040	0,134	0,058
Social	Corr (r)	0,01	-0,06	0,27	0,22	-0,09	0,10
	P-valor	0,852	0,633	0,001	0,009	0,300	0,212
Meio ambiente	Corr (r)	0,21	-0,09	0,10	0,23	-0,14	0,04
	P-valor	0,014	0,440	0,258	0,005	0,113	0,652
QV Total Old	Corr (r)	-0,08	0,07	0,20	0,22	-0,28	0,10
	P-valor	0,316	0,554	0,020	0,010	0,002	0,214
Funcionamento Sensório	Corr (r)	-0,09	-0,05	0,10	0,12	-0,28	0,20
	P-valor	0,262	0,968	0,214	0,144	0,002	0,020
Autonomia	Corr (r)	-0,02	0,10	0,13	0,18	-0,19	0,06
	P-valor	0,749	0,414	0,106	0,030	0,038	0,469
Presente, passado e futuro	Corr (r)	-0,04	-0,09	0,15	0,19	-0,23	0,06
	P-valor	0,631	0,445	0,079	0,023	0,011	0,458
Participação social	Corr (r)	-0,00	0,01	0,10	0,18	-0,18	0,12
	P-valor	0,967	0,880	0,239	0,029	0,054	0,146
Morte e morrer	Corr (r)	-0,06	0,14	0,11	0,08	-0,19	-0,01
	P-valor	0,433	0,254	0,194	0,332	0,038	0,912
Intimidade	Corr (r)	-0,11	0,00	0,21	0,16	-0,12	0,02
	P-valor	0,205	0,978	0,012	0,055	0,183	0,757

Teste de correlação de Pearson

A primeira observação da Tabela 11 reforça o fato de associar o estado de cognição com o grau de instrução. Parâmetro utilizado com fator de exclusão no início da pesquisa. Com boa e significativa correlação ($r = 0,63$ e $p < 0,001$), mesmo havendo excluído os idosos com a cognição prejudicada antes de aplicar o questionário completo, os entrevistados confirmam a correlação das duas variáveis (Tabela 11).

Observa-se, na Tabela 11, uma correlação positiva com significância estatística entre idade e fragilidade ($r = 0,27$ e $p = 0,001$). Mesmo não se apresentando maior

que 0,5, o que seria uma correlação forte, pode-se concluir que quanto maior a idade, mais alta a pontuação para fragilidade. Quanto mais idosos mais frágeis.

Contudo, ainda que, para essas variáveis sociodemográficas (tempo de instituição, número de filhos, renda do idoso, quantidade de doenças de base), alguns cruzamentos tenham se mostrado significativos estatisticamente, a correlação entre eles é fraca, ou seja, não se aproxima de 1. No caso, estando em porcentagem, não se aproxima de 100% (sendo positivo ou negativo) (Tabela 11).

Através do teste ANOVA, foram realizadas as comparações das médias da escala EFS e dos domínios de Whoqol Old e Bref (Tabelas 12 e 13). O mesmo teste foi utilizado para comparar da média dos domínios de Whoqol Bref e Old de acordo local de moradia e a situação de fragilidade (Tabela 14). Nos momentos em que não existiu diferença estatisticamente significativa, foi necessário utilizar a Comparação Múltipla de Tukey (Post Hoc) e comparar todos os domínios aos pares e assim determinar com precisão entre quais domínios ocorre a diferença.

Entre os homens é maior a média do domínio “psicológico” (Tabela 12), do “funcionamento sensorial” e das “atividades passadas, recentes e futuras”) (Tabela 13).

Ter doença de base, com significância estatística, aumenta a média da escala EFS, piora a percepção dos domínios “físico” e “psicológico” (Tabela 12), bem como do “funcionamento sensorial” (Tabela 13).

Ser pensionista ou aposentado aumenta média da percepção dos domínios relacionados à “participação social” (Tabelas 12 e 13). Bem como, ser casado diminui as médias da escala EFS e melhora as médias de percepção de qualidade relacionadas ao “psicológico”, a “participação social”, à relação com o “meio ambiente” (Tabela 12) e os demais domínios de Whqol Old, exceto “morte e morrer” (Tabela 13).

Já a religião apresenta apenas significância estatística quando comparada às médias do domínio “social” (Tabela 2), em que católicos ou sem religião apresentam uma percepção maior de relações sociais.

Tabela 12: Comparação das médias da escala EFS e domínios de Whoqol Bref, de acordo com variáveis sociodemográficas. Bauru-Marília, 2017.

		Domínios de Whoqol Bref									
		Edmonton		Físico		Psicológico		Social		Meio Ambiente	
		Média	p	Média (%)	p	Média (%)	p	Média (%)	p	Média (%)	p
Sexo	Fem.	5,8 (±3)	0,055	64,9 (±23)	0,078	64,0 (±20)	0,008	72,4 (±21)	0,260	65,3 (±18)	0,470
	Masc.	4,48 (±3)		71,5 (±18)		72,5 (±15)		68,1 (±23)		67,4 (±15)	
Doença de base	Não	3,15 (±2)	0,004	78,0 (±15)	0,02	76,5 (±12)	0,021	68,3 (±21)	0,624	65,6 (±12)	0,870
	Sim	5,45 (±3)		65,9 (±22)		66,1 (±19)		71,0 (±22)		66,3 (±17)	
Cor	Branco	5,05 (±3)	0,213	66,7 (±22)	0,758	68,4 (±19)	0,671	73,0 (±20)	0,249	66,3 (±17)	0,461
	Parda	4,75 (±3)		67,5 (±20)		65,3 (±18)		66,4 (±25)		64,0 (±18)	
	Preta	6,58 (±3)		71,7 (±16)		68,4 (±16)		66,6 (±17)		70,8 (±10)	
Emprego	Aposentado	5,24 (±3)	0,721	66,48 (±21)	0,096	66,75 (±18)	0,550	70,46 (±21)	0,060	65,9 (±16)	0,053
	Pensionista	4,62 (±3)		76,7 (±20)		71,6 (±22)		78,17 (±19)		72,6 (±17)	
	Outros	4,93 (±3)		62,7 (±23)		67,5 (±17)		60,12 (±27)		58,4 (±19)	
Conjugal	Casado	3,63 (±3)	0,001	73,9 (±24)	0,031	75,0 (±20)	0,004	82,1 (±20)	< 0,001	71,8 (±19)	0,001
	Separado	5,52 (±3)		58,6 (±18)		61,1 (±16)		50,7 (±23)		55,7 (±15)	
	Solteiro	6,07 (±2)		68,3 (±13)		63,5 (±12)		62,5 (±14)		61,1 (±10)	
	Viúvo	6,08 (±3)		64,1 (±22)		64,5 (±19)		72,5 (±17)		68,42 (±15)	
Religião	Católica	5,22 (±3)	0,926	68,3 (±20)	0,217	67,5 (±17)	0,217	71,8 (±20)	0,023	67,5 (±16)	0,139
	Espírita	4,50 (±2)		60,7 (±15)		56,9 (±21)		47,2 (±24)		54,5 (±20)	
	Protestante	5,21 (±3)		64,3 (±28)		66,1 (±21)		67,2 (±25)		62,3 (±20)	
	Nenhuma	4,70 (±2)		72,5 (±19)		76,6 (±11)		80,0 (±11)		71,2 (±15)	

Teste ANOVA

Tabela 13: Comparação da média dos domínios de Whoqol Old, de acordo variáveis sociodemográficas. Bauru-Marília, 2017.

		Funcionamento Sensorial		Autonomia		Presente, Passado e futuro		Participação social		Morte e Morrer		Intimidade	
		Média (%)	P	Média (%)	p	Média (%)	p	Média (%)	p	Média (%)	p	Média (%)	p
Sexo	Fem.	69,9 (±23)	0,048	62,3 (±25)	0,101	63,9 (±21)	0,039	70,0 (±20)	0,680	79,9 (±25)	0,710	69,9 (±26)	0,590
	Masc.	77,7 (±21)		69,0 (±20)		70,9 (±15)		71,4 (±17)		81,6 (±28)		72,1 (±20)	
Doenças de Base	Não	90,0 (±7)	<0,001	71,9 (±18)	0,193	70,9 (±12)	0,319	72,5 (±18)	0,648	81,9 (±26)	0,818	65,3 (±26)	0,272
	Sim	70,0 (±23)		64,0 (±23)		66,2 (±20)		70,3 (±20)		80,4 (±26)		71,8 (±23)	
Cor	Branco	72,5 (±23)	0,875	65,0 (±23)	0,898	66,4 (±20)	0,652	71,6 (±18)	0,652	81,7 (±24)	0,009	71,9 (±25)	0,652
	Parda	74,7 (±23)		66,3 (±24)		66,8 (±19)		68,3 (±22)		85,4 (±25)		69,7 (±23)	
	Preta	73,4 (±22)		63,0 (±21)		66,1 (±13)		68,8 (±16)		59,4 (±32)		65,1 (±20)	
Emprego	Aposentado	73,6 (±23)	0,924	65,2 (±22)	0,181	67,0 (±19)	0,267	70,1 (±18)	0,021	81,4 (±25)	0,564	70,4 (±23)	0,275
	Pensionista	71,4 (±24)		71,1 (±20)		70,8 (±20)		79,5 (±20)		75,0 (±26)		77,4 (±19)	
	Outros	73,2 (±22)		56,3 (±32)		59,8 (±20)		61,2 (±23)		83,0 (±33)		64,3 (±33)	
Conjugal	Casado	81,6 (±19)	0,007	75,6 (±24)	0,001	77,2 (±19)	<0,001	78,1 (±20)	0,002	85,2 (±22)	0,446	82,1 (±21)	<0,001
	Separado	66,4 (±17)		57,4 (±20)		55,4 (±19)		61,6 (±17)		80,7 (±32)		56,0 (±23)	
	Solteiro	73,4 (±11)		57,4 (±18)		61,4 (±11)		64,7 (±14)		75,9 (±28)		64,3 (±16)	
	Viúvo	66,1 (±19)		61,7 (±22)		64,0 (±19)		70,4 (±19)		78,1 (±26)		69,2 (±26)	
Religião	Católica	71,3 (±23)	0,332	66,6 (±20)	0,140	67,3 (±19)	0,244	70,9 (±19)	0,555	77,6 (±27)	0,255	73,3 (±21)	0,264
	Espírita	67,7 (±29)		46,9 (±26)		56,3 (±16)		62,5 (±22)		96,9 (±7)		59,4 (±17)	
	Protestante	76,1 (±23)		62,1 (±31)		63,8 (±22)		68,8 (±20)		84,7 (±25)		64,9 (±31)	
	Nenhuma	83,8 (±17)		72,5 (±18)		75,0 (±15)		76,3 (±19)		81,9 (±29)		71,9 (±30)	

Teste ANOVA

Tabela 14: Comparação da média dos domínios de Whoqol Bref e Old, de acordo local de moradia e a situação de fragilidade. Bauru-Marília, 2017.

Domínios de Qualidade de Vida		Domicílio		ILPI		Todos	
		Frágil	Não Frágil	Frágil	Não Frágil	Frágil	Não Frágil
		(n=11)	(n=57)	(35)	(n=33)	(46)	(n=90)
Físico	Média	43,51 (±24)	78,63 (±20)	54,20 (±17)	71,10 (±9)	51,64 (±19)	75,87 (±17)
	p	<0,001		<0,001		<0,001	
Psicológico	Média	51,52 (±23)	79,77 (±15)	54,52 (±13)	65,78 (±12)	53,80 (±16)	74,64 (±15)
	p	<0,001		0,001		<0,001	
Social	Média	62,88 (±29)	83,77 (±20)	59,52 (±15)	62,12 (±17)	60,33 (±19)	75,83 (±21)
	p	0,005		0,515		<0,001	
Meio ambiente	Média	53,70 (±20)	74,00 (±18)	60,50 (±12)	62,98 (±12)	58,87 (±14)	69,96 (±17)
	p	0,002		0,409		<0,001	
Funcionament o Sensorial	Média	68,8% (±29)	84,5% (±15)	55,0% (±22)	74,6% (±21)	58,3% (±24)	80,9% (±18)
	p	0,009		0,001		<0,001	
Autonomia	Média	59,7% (±28)	78,8% (±22)	48,2% (±14)	61,4% (±16)	51,0% (±19)	72,4% (±22)
	p	0,014		0,001		<0,001	
Presente, passado e futuro	Média	61,9% (±23)	78,4% (±19)	52,3% (±13)	64,0% (±12)	54,6% (±16)	73,1% (±18)
	p	0,013		0,001		<0,001	
Participação social	Média	60,8% (±26)	81,3% (±18)	60,0% (±13)	66,9% (±16)	60,2% (±17)	76,0% (±19)
	p	0,002		0,059		<0,001	
Morte e morrer	Média	85,8% (±23)	86,5% (±20)	75,7% (±29)	73,9% (±31)	78,1% (±28)	81,9% (±25)
	p	0,918		0,803		0,438	
Intimidade	Média	58,5% (±35)	82,3% (±24)	61,1% (±18)	65,3% (±16)	60,5% (±22)	76,1% (±23)
	p	0,008		0,307		<0,001	

Teste ANOVA

Invariavelmente, a percepção de qualidade de todos os domínios questionados é melhor nos idosos sem fragilidade. Não havendo significância estatística em poucas comparações, em que a percepção entre o grupo era muito próxima, como é o caso de “morte e morrer” (Tabela 14). Melhor também é o julgamento de qualidade para todos os domínios em relação a quem reside em domicílio.

5 DISCUSSÃO

5 DISCUSSÃO

O presente estudo observou uma amostra muito próxima aos achados em outras pesquisas quanto às características sociodemográfica dos idosos. Com uma média de idade maior para os institucionalizados, prevalência de mulheres, brancos, aposentados, católicos, com baixa escolaridade e, ao menos, uma doença de base, e com ambas as realidades de moradia. Já os moradores da comunidade possuem uma discreta média maior de renda e maior número de filhos.

Um estudo que comparou idosos institucionalizados de Minas Gerais com moradores da comunidade de Porto Alegre também encontrou média maior de idade nos idosos institucionalizados e prevalência do sexo feminino nos dois locais de moradia (MAGALHÃES MOURA; GIRARDI PASKULIN; CARNEIRO VIANNA, 2013). Achado em concordância com o que pesquisou Gonçalves et al. (2010).

O mesmo pode-se afirmar em relação à prevalente baixa escolaridade nas ILPIs, que pode estar associada ao fato dos idosos estarem trabalhando e/ou morando em comunidades rurais no momento da alfabetização. O que pode ter dificultado o acesso destes às escolas (HUNGER et al., 2011; ONDER et al., 2007).

Pode-se inferir que a idade avançada pode ser um preditor de institucionalização, uma vez que, a cada década vivida, o risco de incapacidade funcional dobra para o idoso, assim como aumenta o risco de doenças crônicas e dependência (MAGALHÃES VITORINO; GIRARDI PASKULIN; CARNEIRO VIANNA, 2013).

A prevalência de mulheres em ambas as realidades de moradia pode-se justificar pela própria pirâmide populacional dos países desenvolvidos e em desenvolvimento. As mulheres, há muitas décadas, vivem mais que os homens. Razão explicada por diversos fatores, entre os quais aos homens há maior exposição por causas externas quando jovens, principalmente acidentes de trabalho, causas violentas e acidentes de trânsito (MAGALHÃES VITORINO; GIRARDI PASKULIN; CARNEIRO VIANNA, 2013).

MAZO et al. (2003), chama a atenção ao fato das idosas comumente serem viúvas que vivem sozinhas, não exercendo trabalho remunerado ou voluntário, com baixo rendimento mensal e, em sua maioria, sedentárias, com alguma doença crônica degenerativa. A esta parcela dos idosos, atribui-se maior vulnerabilidade no estado

de saúde em relação ao risco de quedas, presença de múltiplas doenças, uso de vários medicamentos, obesidade, pobreza e dependências diversas. (BRASIL, 2010).

Varela et al. (2015) observou em seu estudo e em comparações com outras pesquisas que mulheres idosas com menor renda e menos educação tendem a apresentar pior percepção de qualidade de vida.

Nesta pesquisa pode-se observar que as mulheres são mais frágeis e também possuem pior percepção de qualidade de vida com significância estatística nos domínios “psicológico”, “funcionamento sensorial” e “atividades presentes, passadas e futuras”. Bem como, ter ao menos uma doença de base aumenta a média da escala EFS e piora a percepção dos domínios “físico”, “psicológico” e “funcionamento sensorial”

Desde as primeiras publicações relacionadas à fragilidade, sabe-se que os fatores relacionados aos muito idosos, tais como comorbidades e incapacidades, agravam diretamente essa condição e são também preditivos. (WALSTON; FRIED, 1999; FRIED et al., 2001). Assim, quanto mais velhos, maior a vulnerabilidade a fragilidade e pode-se observar que os idosos institucionalizados desta pesquisa possuem média de idade próxima aos 80 anos (77,9 anos).

Na realidade analisada por esta pesquisa, o fator sociodemográfico idade mostrou maior correlação, ainda que não tão expressiva, de inversa proporcionalidade com o déficit cognitivo dos idosos. O que, por sua vez, apresentou boa correlação com o grau de instrução.

Os idosos longevos, indivíduos com mais de 80 anos, são uma parcela populacional que cresce exponencialmente em todo o mundo. No Brasil, já representam 1,5% do total da população. LIBERASSO et al. (2017) observa a evidência de idosos longevos são, em sua maioria, frágeis.

Contudo, há uma forte discussão na linha do cuidado geriátrico e gerontológico de que se deve estar atento ao fato de não se deixar enganar apenas pela idade avançada. Portanto, não se deve concluir que, porque o indivíduo é idoso ou porque o idoso tem mais de 80 anos, que signifique tratar-se de um idoso frágil.

Entre os idosos que residem em domicílios, a porcentagem de fragilidade está dentro dos valores esperados e verificados na literatura (16,2% de idosos frágeis), independentemente do método utilizado para identificar e mensurar.

Fried et al. (2001), no primeiro artigo publicado com estudo populacional longitudinal analisando fragilidade, recrutou 5.317 idosos moradores da comunidade

nos EUA, participantes *Cardiovascular Health Study* (CHS) e identificou uma prevalência de 6,9% de idosos frágeis da primeira avaliação da coorte e 7,2% nos quatro anos mais tarde.

Também nos EUA, outro grupo se dedica às questões de fragilidade entre idosos, participantes do *Hispanic-Established Populations for the Epidemiological Study of the Elderly* (EPESE), que estuda mexicanos moradores de estados americanos como Texas, Colorados, Novo México, Arizona e Califórnia. Nesse estudo foi encontrada uma prevalência de 26% de idosos robustos, 54% pré-frágeis e 20% de idosos frágeis (MANSEL et al., 2009).

Na validação brasileira da Escala de Fragilidade de Edmonton (EFS), Coelho Fabrício-Wehbe et al. (2009) observou uma prevalência de 29,9% idosos frágeis, desde fragilidade leve até severa.

No Brasil, um grande grupo de pesquisa dedicados ao Estudo da Fragilidade em Idosos Brasileiros (Rede FIBRA), no polo do Rio de Janeiro, em avaliação de 847 idosos clientes de uma operadora de saúde, utilizando como referência Fried et al (2001), observou a prevalência de 9,2% de idosos frágeis e 46,5% de pré-frágeis. O que também se aproxima dos dados encontrados na presente pesquisa, uma vez que o EFS pode não diferir entre pré-frágeis e frágeis, como é a opção neste momento (FARIA et al., 2013).

Outro expressivo estudo que se dedica ao estudo do envelhecimento é o Estudo SABE (Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento), de caráter longitudinal, originalmente parte de um estudo multicêntrico, que avalia os idosos residentes na comunidade na cidade de São Paulo. Na amostra de 2006, apresentou uma realidade de 14% de idosos frágeis, 38,5% não-frágeis e 47,5% de idosos pré-frágeis (CASSONI et al., 2014).

Na cidade do Novo México, México, em um estudo transversal de um grande grupo de pesquisa chamado “Coorte de Obesidade, Sarcopenia e Fragilidade em Idosos Mexicanos” (COSFOMA), 1164 idosos foram avaliados quanto à qualidade de vida e fragilidade. Uma realidade próxima à encontrada no Brasil, retratou nessa pesquisa achados de 11,2% de idosos frágeis, 50,3% pré-frágeis e 38,5% de idosos robustos (SANCHEZ-GARCÍA et al., 2017).

Ramírez, Sanabria e Ochoa (2017), realizaram um estudo comparativo da Escala de Fragilidade de Edmonton – EFS e os critérios de Linda Fried com idosos de mais de 60 anos de idade, frequentadores de centros de recreação e exercícios na

cidade de Floridablanca (Colômbia). Foi encontrada uma prevalência de 8,9% de idosos frágeis através da EFS e 7,9% para os critérios de Fried.

Por outro lado, a realidade dos idosos institucionalizados é sensivelmente pior em comparação aos que vivem na comunidade. Tendo sido observado 51,5% de idosos frágeis na presente pesquisa. Observa-se que as pesquisas voltadas para a área de envelhecimento já afirmam que os idosos que vivem em instituições estão mais expostos aos fatores que se relacionam à fragilidade. Garrido et al. (2012), em um estudo que observou a realidade dos idosos institucionalizados na cidade de Cuenca na Espanha, encontrou algo muito próximo (53,7% de idosos frágeis) em sua pesquisa.

Em um estudo transversal realizado em uma ILPI pública de Fortaleza – Brasil, no qual 54 idosos com mais de 60 anos foram entrevistados e classificados de acordo com EFS, observou-se uma alta prevalência de 74,1% de idosos frágeis. A instituição recebe idosos abandonados, vítimas de violência ou fragilidade social, fato que provavelmente levou ao número tão exacerbado de idosos frágeis (LIRA BORGES et al., 2013).

Na Holanda, um estudo realizado com 359 idosos residentes de algum tipo de moradia para idosos que não seus domicílios na comunidade, submeteram-se a mensurar sua situação de fragilidade, entre outras coisas, através do Indicador de Fragilidade Groningen (GFI). Foi verificado uma prevalência de 60% de idosos frágeis (PETERS et al., 2012).

Os idosos residentes na comunidade neste estudo apresentam média maior de MEEM do que os idosos que vivem em instituições. Este achado também é encontrado em outros estudos (LIRA BORGES et al., 2013; CORVERSO; IARTELI, 2007). Os idosos institucionalizados possuem uma maior tendência ao sedentarismo, uma vez que, na maioria das vezes, estão isentos do estímulos de muitas atividades, como limpeza da casa, compras, saídas para pagamentos. Isso também prejudica diretamente sua autonomia e, quando associada ao processo de envelhecimento, pode acentuar o declínio cognitivo. Além disso, deve-se levar em conta que a transferência do idoso de seu próprio lar para uma instituição exige dele uma drástica mudança no seu estilo de vida e projetos pessoais (LIRA BORGES et al., 2013).

Da mesma maneira, é comum a outros achados a correlação negativa do déficit cognitivo com fragilidade. Independente do local de moradia, quanto pior o declínio cognitivo mais acentuada será a condição de fragilidade (PERNA, 2017).

Observou-se ainda que há significância estatística nas correlações positivas do declínio cognitivo com qualidade de vida. Sobretudo relacionado aos domínios “físico”, “psicológico” e “social” dos idosos que residem na comunidade, ainda que sejam fracas, quando observado através do Whoqol Bref.

Achados similares também foram encontrados em outros estudos relacionados à cognição (BECKERT; IRIGARAY; TRENTINI, 2012; WLODARCZYK; BRODATY; HAWTHORNE, 2004). Podendo relacionar ao fato de que quanto melhor a saúde física do idoso, melhorando sua capacidade de locomoção e desempenho das atividades da vida diária, melhoram também sua atividade e estimulação cognitiva. Uma vez que há um estímulo e facilidade à autonomia e autocuidado, promovendo segurança e independência ao indivíduo, que tende a deixar os idosos mais satisfeitos com sua qualidade de vida (BECHERT; IRIGARAY; TRENTINI, 2012).

Uma boa capacidade cognitiva favorece a melhor educação e capacidade de cuidar de sua saúde. Favorecendo, por consequência, a saúde psicológica e social do idoso, que possui neste caso, mais opções de ocupação de seu tempo livre. Quando relacionado às pessoas com mais de 60 anos, o tempo livre tende a ser ocupado com atividades sociais e de lazer. O idoso com melhor educação e grau de cognição estará com tempo disponível para ocupar-se atividades como leitura, cinema e participação em atividades em grupo (BECHERT; IRIGARAY; TRENTINI, 2012).

Assim, reforça-se o fato de a qualidade de vida parece estar vinculada não apenas à ausência de doenças e incapacidades, mas também ao aproveitamento de recursos disponíveis no meio ambiente e sociedade. E que não se deve apenas somar anos a idade dos idosos, mas também acrescentar oportunidade de manutenção de qualidade de vida, autonomia e independência.

Este é o raciocínio pensado, em 2005, pela Organização Mundial de Saúde, quando lançou a política de Envelhecimento Ativo. E trouxe como definição que: “Envelhecimento ativo é o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas.” Tendo como meta a manutenção da independência e autonomia do idoso para o indivíduo e governantes (WHO, 2005, p.13).

Lembrando, ainda, que não cabe apenas aos indivíduos, idosos ou não, a busca por sua qualidade de vida, mas também à sociedade em geral e aos participantes das relações que o cercam. As redes de apoio que se estabelecem ao

redor do idoso devem ser valorizadas e ampliadas. Assim, observa-se que a qualidade de vida que as pessoas terão ao envelhecer, depende não só dos riscos e oportunidades que experimentam ao longo da vida, mas também da maneira como as gerações futuras irão oferecer ajuda e apoio mútuo (WHO, 2005).

Assim, observa-se uma tendência de campanhas voltadas não apenas a saúde física do idoso, mas também relacionadas à educação, ocupação e lazer. Questões relacionadas à violência e maus tratos também são trazidos à tona, entendendo que tudo isso interfere na qualidade de vida dessa população. E reforçando, inclusive, que a educação das crianças de hoje é uma providência antiviolência para um futuro idoso saudável.

De maneira menos específica para o envelhecimento que o questionário relacionado ao envelhecimento, mas trazendo evidências das características da amostra estudada, o questionário Whoqol Bref, quando comparado ao Whoqol Old, apresentou médias maiores para os dois locais de moradia dos idosos. Contudo, já apresentou diferença entre a percepção de qualidade de vida dos idosos residentes na comunidade e os institucionalizados. Sendo que, esses últimos, apresentaram menor média para todos os domínios do questionário.

Importante destacar a diferença entre eles: o domínio “relações sociais”, entre os idosos que residem em seus domicílios tem média de 80%, em detrimento à 60% ($p < 0,001$) para os idosos institucionalizados. As relações sociais vêm em contrapartida ao isolamento social. Um idoso institucionalizado está supostamente inserido em meio a outros idosos e em convívio social, mas o que se observa é que há um isolamento. Viver na comunidade parece favorecer o contato com outras pessoas e a relação com elas. Estar mais próximo ao convívio familiar, a amigos de longa data e a uma realidade de vizinhança conhecida ajuda na manutenção da saúde física e mental do idoso (MAGALHÃES VITORINO; GIRARDI PASKULIN; CARNEIRO VIANNA, 2013).

Ainda que eximido do seu convívio de rotina, o idoso institucionalizado pode estar inserido em uma realidade de relações sociais se dispuser de atividades em grupo que o agrade e envolva. Uma vez que essas atividades podem, inclusive, melhorar sua autoestima (MAGALHÃES VITORINO; GIRARDI PASKULIN; CARNEIRO VIANNA, 2013). Assim, cabe aos profissionais das instituições e seus coordenadores desenvolverem estratégias estimuladoras para criar relações, como atividades físicas, de terapia ocupacional, culturais e de lazer.

Contudo, o envelhecimento ativo e saudável compõe um paradigma do envelhecimento que se constrói da interação multidimensional entre saúde física e mental, independência na vida diária, interação social, suporte familiar e independência econômica.

A qualidade de vida, relacionada ao domínio “físico” neste estudo, apresentou boas médias (73% moradores da comunidade e 62,4 para os institucionalizados). Também observado por Henchoz et al., (2017), em um estudo longitudinal realizado com idosos moradores da comunidade da cidade de Lausanne na Suíça, no qual a saúde e a mobilidade também interferiram na qualidade de vida.

Freitas et al. (2016), observando uma amostra de 95 idosos atendidos em um serviço especializado de geriatria de um hospital universitário da Universidade Federal do Pará, através do questionário Whoqol Old, pôde identificar, entre as melhores percepções de qualidade de vida, o domínio “morte e morrer”. Também comum à Cordeiro et al. (2015) e Bilotta et al. (2011), e ainda a este estudo, independente do local de moradia.

Assim como Freitas et al. (2016) identifica-se que a prevalência deste domínio evidencia a capacidade de enfrentamento em relação à morte, momento em que os idosos apresentam maior preocupação com o risco de sofrimento que a antecede do que com a finitude em si. Consolado por uma trajetória de perdas, a medida que envelhece, o idoso já espera sua morte por, possivelmente, ter perdido o cônjuge, parentes e amigos.

O domínio “funcionamento sensorial” também apresentou boas médias neste estudo, semelhante a outras pesquisas que trabalharam com o Whoqol Old, inclusive com amostra de idosos exclusivamente frágeis (VARELA et al., 2015)

Tanto em relação aos idosos que vivem na comunidade, quanto aos que são institucionalizados, o domínio de pior percepção em relação à QV foi “autonomia”. Apresentando, inclusive, boa correlação estatisticamente significativa com a maioria dos demais domínios de qualidade de vida. Isso indica que quanto melhor a percepção de autonomia do idosos, melhor também será a sua percepção de qualidade de vida.

Essa realidade também foi observada em outros estudos (ESTRADA et al., 2011; SANTOS et al., 2015). Autonomia é a capacidade do idoso de tomar suas próprias decisões. Portanto, ainda que o idosos apresentem deficiências ou incapacidades físicas e mentais, eles devem ser capazes de fazer escolhas por si. Com o processo de envelhecimento dos idosos, os adultos jovens ao redor tendem a

assumir as tomadas de decisão inconscientemente. Independente de escolhas financeiras, de estratégias de saúde ou estilo de vida, ao idoso deve ser incentivado e permitido a escolha própria, possibilitando, assim, o empoderamento do ser e a manutenção de sua autonomia. Como já vista, importante para sua qualidade de vida (SANTOS et al., 2015).

A faceta “atividade passadas, presentes e futuras” aponta a satisfação dos idosos quanto a realizações, objetivos alcançados e projetos durante a vida. Nesta pesquisa pode-se observar uma significativa diferença estatística entre as médias desse domínio quanto ao local de moradia. Os idosos institucionalizados apresentam uma pior percepção do domínio “atividades passadas, presentes e futuras”, estando, inclusive, positivamente relacionado com a maioria dos demais domínios de qualidade de vida. O que indica que quanto pior a percepção em relação ao alcance dos seus projetos de vida e realizações, pior também sua percepção de qualidade de vida.

A mesma observação foi feita no estudo de Cordeiro et al. (2015), com forte correlação ($r=0,715$; $p<0,001$) para qualidade de vida, quando voltou o olhar apenas para idosos institucionalizados. Inferindo grande decepção e frustração nos idosos que foram tirados de seus domicílios ou que se mudaram por vontade própria. Estando, de certo modo, esgotados em relação as suas aspirações.

Os profissionais e gestores de instituições devem estar atentos a aproximar ao máximo possível o ambiente em que foram inseridos do local em viviam anteriormente e, possivelmente, por uma vida toda. Mostrando respeito por suas opiniões, valores, crenças e atitudes e favorecendo a recepção e realização de novas perspectivas de vida para os idosos (CORDEIRO et al., 2015).

A percepção de QV relacionada à “Intimidade” será proporcionalmente melhor a medida que também apresentar-se bem os domínios “Social”, “Presente, passado e futuro” e “Participação Social” para os idosos que residem em seus domicílios. Em contrapartida, a média desse domínio é menor nos idosos institucionalizados e, particularmente, neste estudo, apesar de ter relação com qualidade de vida, não parece ter forte relação com os demais domínios intragrupo.

Indicativo compartilhado por Cordeiro et al. (2015), porém como sendo o menor indicativo de domínio entre os idosos institucionalizados. O resultado é de certo modo esperado, uma vez que a maioria das Instituições de Longa Permanência para Idosos é constituída por quartos coletivos. A intimidade é um fator que envolve reserva, onde

os idosos precisam de liberdade e autonomia para exercê-la. Em ILPIs, os idosos geralmente são impedidos de expressá-las, não demonstrando seus sentimentos.

Fato que nos remete a uma antiga, mas velada discussão que envolve o envelhecimento, que é a sexualidade. Não só em instituições, mas também na comunidade e no meio familiar, os indivíduos tendem a achar que o idoso se torna desinteressado por sua sexualidade com o processo de envelhecimento.

O envelhecimento acompanhado de saúde pode desafiar as aspirações da sociedade, mas não diminui as necessidades e desejos de realizações sexuais e companheirismo humano. Sobretudo na sociedade ocidental, o interesse sexual está associado às aspirações dos jovens. Como resultado, o interesse sexual, sobretudo dos idosos institucionalizados, pode ser facilmente percebidos como sendo problema comportamental e não a expressão de uma necessidade humana básica de amor e intimidade. Assim, há uma tendência a tratar os idosos de maneira infantil e por vezes “assexuada”. Essa atitude, sabidamente, pode causar um impacto negativo na vida sexual do indivíduo e levar a diminuição a qualidade de vida (MAHIEU; GASTMANS, 2012).

Em contrapartida, na realidade de idosos residentes da comunidade, atendidos em um ambulatório geriátrico, Freitas et al. (2016) observou, bem como na realidade deste estudo, dentre os domínios de Whoqol Old de maior escore, estiveram “intimidade” e “morte e morrer” uma vez que se referem a idosos residentes da comunidade. O domínio “intimidade” expressa a boa capacidade de lidar com sentimentos de amor e companheirismo nas relações de amizade e familiares.

Nesta pesquisa, tanto para os idosos que vivem na comunidade quanto para os idosos institucionalizados, observou-se boa relação negativa estatisticamente significativa entre os domínios “físico” ($r = -0,73\%$ para domiciliados e $r = -0,62$ para institucionalizados) e “psicológico” ($r = -0,63$, $r = -0,51$ respectivamente) de qualidade de vida e os indicadores do EFS. Inferindo que quanto mais pontuar o idoso na Escala Edmonton, mais frágil será, e pior ou menos pontuará para todos os domínios de qualidade de vida, sobretudo nos dois citados.

Tais achados são comuns a outros estudos (HENCHOZ et al., 2017; BILOTTA et al., 2011). No estudo de Henchoz et al. (2017), realizado com idosos moradores da comunidade em uma cidade da Suíça, após ajustes estatísticos, demonstrou que o único domínio que se manteve associado à fragilidade foi a saúde física e mobilidade.

Em um estudo prospectivo de coorte foram avaliados 239 idosos com mais de 65 anos, que passaram em consulta em um ambulatório geriátrico na cidade de Milão, Itália. Os achados sugeriram associação direta entre deficiência nas Atividades Básicas da Vida Diária (ABVDs), depressão e qualidade de vida. Observaram também que o componente psicológico do instrumento utilizado para mensurar fragilidade, o Indicador de Fragilidade de Tilburg, também estava fortemente associado aos domínios do Whoqol Bref (Bilotta et al, 2011).

No Brasil, um estudo voltado exclusivamente para 122 idosos frágeis acompanhados em um Centro de Referência do Idoso na cidade de Campinas, São Paulo, observou a percepção de qualidade de vida desses idosos também através dos instrumentos Whoqol Bref e Old. Foi identificada uma média baixa de todos os domínios de ambas escalas, que quando comparadas a este estudo, são todas inferiores e se aproximam da percepção dos idosos institucionalizados (Varela et al, 2015). Podendo, por ventura, inferir que, por ser fragilidade conceituada como um fator predisponente para institucionalização, em cadeia, indicaria também uma pior qualidade de vida ao idoso.

Interessante observar o relato de que houve dificuldade para Varela et al (2015) em aplicar os questionários de QV nos idosos frágeis por limitações físicas e mentais. Havendo necessidade, na maioria das vezes, de um acompanhante para auxiliar.

Outros dois domínios que podem estar associados e, assim como neste estudo, possuem relação negativa com fragilidade é “autonomia” e “participação social”. A insatisfação com sua autonomia pode ser entendida como restrição à participação social devido à perda da capacidade funcional. O que prejudica a autonomia e pode estar relacionado à falta de segurança pública, dificuldade de lazer próximo aos bairros onde vivem os idosos e a natureza precária e difícil do transporte urbano. Fatores diretamente relacionados ao prejuízo da vida social do idoso, impedindo o acesso às atividades ocupacionais e de lazer, convívio com amigos e familiares (VARELA et al., 2015).

Assim como observado neste estudo, Sanchez-García et al. (2017) também identificou associação inversa entre qualidade de vida e fragilidade, particularmente impulsionados pelo domínio “físico”. Verificou, ainda, que os idosos frágeis que vivem na cidade do Novo México têm diminuição em todas as dimensões de qualidade de vida quando comparados àqueles sem fragilidade, com exceção para o domínio “morte e morrer”, onde nenhuma diferença estatística foi observada. Inferindo,

novamente, que fragilidade, e para aqueles que mensuram a condição de pré-fragilidade, tem consequências negativas sobre qualidade de vida nos idosos, mas seu impacto diferencial nos diferentes domínios do fenótipo de fragilidade ainda é pouco estudado, não sendo esse um ponto abordado pelo presente estudo.

Em outra amostra brasileira, de atendimento ambulatorial de um Hospital Universitário do Pará, também foi observado pior percepção de qualidade de vida entre os idosos frágeis em detrimento aos pré-frágeis ou robustos. (FREITAS et al., 2016). Nesta pesquisa, em que através dos critérios de Fried (FRIED et al., 2001), identificou-se não apenas idosos frágeis, mas também em processo de fragilidade ou pré-frágeis, o autor considera que tantos os frágeis quanto os pré-frágeis tiveram os mesmos baixos índices de capacidade funcional e qualidade de vida. Sugerindo, como a própria literatura, abordagem para todos os idosos no processo de fragilização.

Diferente do que sugere Fried et al. (2001) ao adotar a nota de corte de 07 para escala EFS de Rolfson et al. (2006) em que todos os idosos frágeis estão expostos, desde o grau mais leve.

Clegg et al. (2013) afirma que o exercício físico tem efeitos fisiológicos no cérebro, sistema endócrino, sistema imunológico e músculo esquelético. As atividades físicas realizadas no domicílio melhoram os resultados de mobilidade e capacidade funcional. Intervenções, particularmente as que envolvem treinamento de força e equilíbrio, podem aumentar com sucesso a força muscular e habilidades funcionais. Quando realizadas fora do domicílio, em grupos de atividades ou em grupos dentro das ILPIs, podem também favorecer o convívio social, melhora nas relações e melhora na percepção de qualidade de vida dos idosos.

Nesta pesquisa pode-se observar que as mulheres são mais frágeis e também possuem pior percepção de qualidade de vida com significância estatística nos domínios “psicológico”, “funcionamento sensorial” e “atividades presentes, passadas e futuras”. Bem como ter ao menos uma doença de base, com significância estatística, aumenta a média da escala EFS e piora a percepção dos domínios “físico”, “psicológico” e “funcionamento sensorial”

Na realidade analisada por esta pesquisa, o fator sociodemográfico idade, mostrou maior correlação, ainda que não tão expressiva, de inversa proporcionalidade com o déficit cognitivo dos idosos. Que por sua vez, apresentou boa correlação com o grau de instrução.

Varela et al. (2015) observou em seu estudo e em comparações com outras pesquisas que mulheres idosos, com menor renda e menos educação tendem a apresentar pior percepção de qualidade de vida.

Por outro lado, destaca-se que a escolaridade não atua diretamente na fisiopatologia da fragilidade, porém, interfere no estilo e na qualidade de vida do idoso e, conseqüentemente, pode influenciar o processo de fragilização e qualidade de vida (LIBERASSO et al., 2017).

As limitações deste estudo referem-se a um desenho transversal, que não permite relação de causa e efeito em nenhuma das duas realidades observadas. Por outro lado, deve ainda contribuir para o aumento das evidências científicas relacionadas a qualidade de vida e fragilidade nos idosos, direcionada ao comparativo entre as duas realidades de moradia, ILPIs e comunidade.

6 CONCLUSÕES

6 CONCLUSÕES

A busca inicial desta pesquisa foi verificar a qualidade de vida dos idosos e sua condição de fragilidade para duas realidades, os idosos que vivem na comunidade e os idosos que vivem em Instituições de Longa Permanência para Idosos.

Ao comparar-se com os achados de outros estudos dedicados aos idosos, encontrou-se uma realidade muito semelhante, ainda que poucos exemplos do cruzamento de fragilidade com qualidade de vida estejam publicados pelo mundo.

Assim como em outras pesquisas, esta foi uma amostra composta em sua maioria por mulheres, brancos, aposentados, católicos, com baixa escolaridade e, ao menos, uma doença de base. A maior média de idade esteve presente entre os idosos institucionalizados.

Em relação à fragilidade, observou-se que para os idosos que vivem na comunidade, há grande proximidade com as pesquisas relacionadas. Por outro lado, os valores divergem quando se referem aos idosos institucionalizados, mas são uníssonos em afirmar que o número de idosos frágeis é maior nessa população do que nos domiciliados, assim como observado no presente estudo.

Entre esses idosos frágeis estão as piores percepções de qualidade de vida. Inquerindo, baseado também na realidade literária atual, que a condição de fragilidade piora a qualidade de vida dos idosos. Contudo, em oposição ao esperado nas discussões literárias, mas em concordância com os achados das pesquisas atuais, observou-se que, tanto entre os idosos frágeis, quanto os não frágeis, não são apenas os domínios relacionados à saúde física e mental que prejudicam a qualidade de vida.

Fatores relacionados à intimidade, autonomia e relações sociais também se mostram associados à piora da percepção de qualidade de vida para as duas realidades, sobretudo para os institucionalizados.

Assim, identifica-se que distinguir idosos frágeis de não frágeis, para ambas as realidades de moradia é fundamental para a assertiva intervenção de saúde física, mental e social. Os maiores benefícios ao paciente virão a partir do momento em que for possível melhorar sua qualidade de vida. Não acrescentar anos a uma vida sem sentido, mas sim, sentido aos anos de vida dos idosos, deve ser o objetivo dos profissionais e todos os indivíduos que trabalham direta e indiretamente com essa crescente parcela da população.

Identificar a realidade de cada cenário e valorizar os domínios que se relacionam com a melhora da condição de saúde, fragilidade e qualidade de vida dos idosos é imprescindível para a construção e favorecimento de uma sociedade mais longa e feliz. Assim, mais pesquisas devem acontecer, em pequenos e grandes serviços, para que haja um “ponto de partida” e um foco a intervir.

Assim também, devem servir de direcionamento para às Políticas Sociais e de Saúde que objetivam atingir o público idoso. O enfoque na educação também deve ser fortemente considerado, uma vez que também se relaciona com melhores condições de envelhecimento e futuro em qualquer realidade.

Em uma esfera peculiar, dentro das Instituições de Longa Permanência para Idosos, deve haver empenho e olhar diagnóstico, de modo que favoreça o bem-estar e a melhora na qualidade de vida dos idosos que, espontaneamente ou não, passaram a fazer deste lugar, sua morada.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

AIRES, M.; PAZ, A. A.; PEROSA, C.T. Situação de saúde e grau de dependência de pessoas idosas institucionalizadas. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 30, n. 3, p. 492, 2009.

ALVES DE MOURA, G; DE SOUZA, L.K. Autoimagem, socialização, tempo livre e lazer: quatro desafios à velhice. **Textos & Contextos (Porto Alegre)**, v. 11, n. 1, 2012.

BATISTA, M.P. et al. Políticas públicas para a população idosa: uma revisão com ênfase nas ações de saúde. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 22, n. 3, p. 200-207, 2011.

BECKERT, M.; IRIGARAY, T.Q; TRENTINI, C.M.. Qualidade de vida, cognição e desempenho nas funções executivas de idosos. **Estud Psicol**, v. 29, n. 2, p. 155-62, 2012.

BERGMAN, H. et al. Developing a Working Framework for Understanding Frailty Howard Bergman, MD. **Gerontologie et societe**, v. 109, p. 15-29, 2004.

BERTOLUCCI, P.H.F.; BRUCKI, S.M.D.; CAMPACCI, S.R.; JULIANO, Y.O. O mini-exame do estado mental em uma população geral. Impacto de escolaridade. **Arq. Neuropsiquiatr**, v.52, n.1, p. 1-7, 1994.

BILOTTA, C. et al. Older People's Quality of Life (OPQOL) scores and adverse health outcomes at a one-year follow-up. A prospective cohort study on older outpatients living in the community in Italy. **Health and quality of life outcomes**, v. 9, n. 1, p. 72, 2011.

BORTZ, W.M.A conceptual framework of frailty: a review. **The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences**, v. 57, n. 5, p. M283-M288, 2002.

BOWLING, A. **Measuring Disease**. 2nd edition. Philadelphia USA: Open University Press; 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento Brasília** , 2010. 44 p. : il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 12). Disponível em

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_pessoa_idosa_envelhecimento_v12.pdf

CARVALHO, J.A.M; RODRIGUES WONG. L.L. Transição da estrutura etária da população brasileira na primeira metade do século XXI. **Cad Saude Pública**. V.3, n.24, 2008, p.597-605. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000300013

CASSONI, T.C.J. et al. Use of potentially inappropriate medication by the elderly in São Paulo, Brazil: SABE Study. **Cadernos de saude publica**, v. 30, n. 8, p. 1708-1720, 2014.

CASTREJÓN-PÉREZ, R.C. et al. Oral health conditions and frailty in Mexican community-dwelling elderly: a cross sectional analysis. **BMC public health**, v. 12, n. 1, p. 773, 2012.

CLEGG, A. et al. Frailty in elderly people. **The Lancet**, v. 381, n. 9868, p. 752-762, 2013.

COELHO FABRÍCIO-WEHBE, S.C. et al. Adaptação cultural e validade da Edmonton Frail Scale-EFS em uma amostra de idosos brasileiros. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 17, n. 6, 2009.

CONVERSO, M.E.R.; IARTELLI, I. Caracterização e análise do estado mental e funcional de idosos institucionalizados em instituições públicas de longa permanência. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, p. 267-272, 2007.

CORDEIRO, L.M. et al. Qualidade de vida do idoso fragilizado e institucionalizado. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 28, n. 4, p. 361-366, 2015.

DUARTE, Y.A.O. O processo de envelhecimento e a assistência ao idoso. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de enfermagem: IDS-USP-MS**. Brasília, DF, 2001. p. 185.

DUARTE, Y.A.O.; LEBRÃO, M.L. Fragilidade e envelhecimento. **Viana E et al. Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Guanabara-Koogan, Rio de Janeiro, 3ª. ed (revisada e atualizada), 2011.

ELIOPOULOS, C. **Enfermagem Gerontológica**. 7ª Ed. Porto Alegre: Artmed; 2011. Cap. 1, A população que envelhece; p. 29-38.

ENKIVIST, A.S.A; EKSTRÖM, H; ELMMSTAHL, S. Associations between functional ability and life satisfaction on the oldest old: results from the longitudinal population study good aging in Skane. **Clin Interv Aging**; v.7, 2012; p.313-320.

ESPINOZA, S.; WALSTON, J.D. Frailty in older adults: insights and interventions. **Cleveland Clinic Journal of Medicine**, v. 72, n. 12, p. 1105, 2005.

ESTRADA, A. et al. Quality of life in institutionalized elderly people of Medellín. **Biomedica**, v. 31, n. 4, p. 492-502, 2011.

FARIA, C.A. et al. Cognitive performance and frailty in older adults clients of a private health care plan. **Revista de saúde pública**, v. 47, n. 5, p. 923-930, 2013.

FERREIRA, J.V.C. **Os muito idosos no Município de São Paulo** [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo. 2006. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6132/tde-01022007-174148/pt-br.php>

FERNANDEZ M.G.M, SANTOS S.R. Políticas públicas e direitos do idoso: desafios da agenda social do Brasil contemporâneo. Achegas.net: **Rev Cienc Política** [periódico on line] mar-abr, 2007. Disponível em: http://www.achegas.net/numero/34/idoso_34.pdf

FLECK, M.P.A. et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). **Revista brasileira de psiquiatria**. São Paulo, SP. v. 21, n. 1 (jan./mar. 1999), p. 19-28, 1999.

FLECK, M.P.A. et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". **Revista de saúde pública**, v. 34, n. 2, p. 178-183, 2000.

FREITAS, C.V. et al. Avaliação de fragilidade, capacidade funcional e qualidade de vida dos idosos atendidos no ambulatório de geriatria de um hospital universitário. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 19, n. 1, p. 119-128, 2016.

FRIED, L.P. et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. **The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences**, v. 56, n. 3, p. M146-M157, 2001.

GARCIA-GARCIA, F.J. et al. The prevalence of frailty syndrome in an older population from Spain. The Toledo Study for Healthy Aging. **The journal of nutrition, health & aging**, v. 15, n. 10, p. 852-856, 2011.

GARRIDO, M. et al. Diferencias en la expresión del síndrome de fragilidad en varones y mujeres mayores institucionalizados sin deterioro cognitivo grave. **Revista Española de Geriatria y Gerontología**, v. 47, n. 6, p. 247-253, 2012.

GOLDMAN, S.N. “As dimensões sociopolíticas do envelhecimento”. In: PY L, PACHECO J.L, SÁ, J.L.M, GOLDMAN, S.N, organizadores. **Tempo de envelhecer: percursos e dimensões psicossociais**. Rio de Janeiro (RJ): ano; 2004. p. 61-81.

GONÇALVES, Lúcia Hisako Takase et al. Institutionalized elderly: functional capacity and physical fitness. **Cadernos de saúde pública**, v. 26, n. 9, p. 1738-1746, 2010.

GROUP, The Whoqol. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. **Social science & medicine**, v. 46, n. 12, p. 1569-1585, 1998.

GU, D; ZENG, Y. Healthiness Of survival and quality of death among oldest old in China using fuzzy sets. **J. Aging Health**.v.7, n.24, 2012; 1091-1130.

GUEDES, D.V.; BARBOSA, A.J.G; MAGALHAES, N.C.. Qualidade de vida de idosos com declínio cognitivo: auto e heterorrelatos. **Aval. psicol.**, Itatiba , v. 12, n. 1, abr. 2013 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712013000100003&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 04 nov. 2013.

GYATT, G.H; FEENY, D.H; PATRICK, G.L. Measuring Health-related Quality of Life. **Ann. Intern. Med.** V.118, p.622-9, 1993.

HAMERMAN, D. Toward an understanding of frailty. **Annals of internal medicine**, v. 130, n. 11, p. 945-950, 1999.

HENCHOZ, Y. et al. Association between physical frailty and quality of life in a representative sample of community-dwelling Swiss older people. **The journal of nutrition, health & aging**, v. 21, n. 5, p. 585-592, 2017.

HOGAN, D.B, MACKC, B.H. Models, definitions, and criteria of frailty. **Aging Clin Exp Res.** 2003;15(3):2-29.

HUNGER, M. et al. Multimorbidity and health-related quality of life in the older population: results from the German KORA-age study. **Health and quality of life outcomes**, v. 9, n. 1, p. 53, 2011.

INOYE, K. **Educação, qualidade de vida e Doença de Alzheimer**: visões de idosos e seus familiares. 2008. Dissertação (mestrado). Centro de Educação e Ciências Humanas. Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2008.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Sobre a condição de saúde dos idosos**: indicadores selecionados. Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/população/indic_sociosaude/2009/com_sobre.pdf>. Acesso em: 22 mar. 2017.

LAWTON, M.P.B. The concept and measurement of quality of life in the frail elderly: **Academic Press**, 1991.

LEBRÃO, M.L. O envelhecimento no Brasil: aspectos da transição demográfica e epidemiológica. **Saúde Coletiva**, v. 4, n. 17, 2007.

LIBERALESSO, T.E.M. et al. Prevalência de fragilidade em uma população de longevos na região Sul do Brasil. **Saúde em Debate**, v. 41, n. 113, p. 553-562, 2017.

LIPSITZ, L.A. Dynamics of stability: the physiologic basis of functional health and frailty. **The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences**, v. 57, n. 3, p. B115-B125, 2002.

LIRA BORGES, C. et al. Avaliação da fragilidade de idosos institucionalizados. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 26, n. 4, 2013.

MAGALHÃES VITORINO, L.; GIRARDI PASKULIN, L.M.; CARNEIRO VIANNA, L.A. Qualidade de vida de idosos da comunidade e de instituições de longa permanência: estudo comparativo. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 21, 2013.

MAHIEU, L.; GASTMANS, C. Sexuality in institutionalized elderly persons: a systematic review of argument-based ethics literature. **International Psychogeriatrics**, v. 24, n. 3, p. 346-357, 2012.

MAROCO, J. **Análise estatística com utilização do SPSS**. 2007.

MASEL, M.C. et al. Frailty and health related quality of life in older Mexican Americans. **Health and Quality of Life Outcomes**, v. 7, n. 1, p. 70, 2009.

MAZO, G Z.; MOTA, J. A. P. S.; GONÇALVES, L. Atividade física e qualidade de vida de mulheres idosas. **Porto (Portugal). Universidade do Porto**, 2003.

MINAYO, M.C.S.; HARTZ, Z.M.A.; BUSS, P.M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.5, n.1, p. 7-18, 2000.

MORENO, A.B. et al. Propriedades psicométricas do Instrumento Abreviado de Avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde no estudo pró-saúde. **Cad Saude Publica**, v. 22, n. 12, p. 2585-2597, 2006.

MORLEY, J. et al. Something about frailty. **Jornal of Gerontology**, v.57A, n.11, p.M698-704, 2002.

ONDER, G. et al. Case management and risk of nursing home admission for older adults in home care: results of the AgeD in HOme Care Study. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 55, n. 3, p. 439-444, 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **CID-10: Classificação Estatística Internacional de Doenças com disquete Vol. 1**. Edusp, 1994.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Guia Clínica para Atención Primaria a las Personas Mayores**. Washington, DC, 3. ed. 2003.

PASCHOAL, S.M.P. Autonomia e Independência. In: PAPALÉO-NETTP, M. ed. **Gerontologia**. São Paulo, Editora Atheneu, 1996. p.313-23.

PASCHOAL, S.M.P. Qualidade de vida do idoso: elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião. **São Paulo**, v. 64, 2000.

PERNA, S. et al. Performance of Edmonton Frail Scale on frailty assessment: its association with multi-dimensional geriatric conditions assessed with specific screening tools. **BMC geriatrics**, v. 17, n. 1, p. 2, 2017.

PETERS, Lilian L. et al. Measurement properties of the Groningen Frailty Indicator in home-dwelling and institutionalized elderly people. **Journal of the American Medical Directors Association**, v. 13, n. 6, p. 546-551, 2012.

PUTS, M.T.E; LIPS, P.; DEEG, D.J.H. Sex differences in the risk of frailty for mortality independent of disability and chronic diseases. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 53, n. 1, p. 40-47, 2005.

RAMÍREZ, J.U.R.; SANABRIA, M.O.C.; OCHOA, M.E. Aplicación de la Escala de fragilidad de Edmonton en población colombiana. Comparación con los criterios de Fried. **Revista Española de Geriatria y Gerontología**, 2017.

ROCKWOOD, K.; ABEYSUNDERA, M.J.; MITNITSKI, A. How should we grade frailty in nursing home patients?. **Journal of the American Medical Directors Association**, v. 8, n. 9, p. 595-603, 2007.

ROLFSON, D.B. et al. Validity and reliability of the Edmonton Frail Scale. **Age and ageing**, v. 35, n. 5, p. 526-529, 2006.

SÁNCHEZ-GARCÍA, S. et al. Comparison of quality of life among community-dwelling older adults with the frailty phenotype. **Quality of life research**, p. 1-11, 2017.

SANTOS, P.H.S. et al. Perfil de fragilidade e fatores associados em idosos cadastrados em uma Unidade de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 6, p. 1917-1924, 2015.

SYDDALL, H. et al. Prevalence and correlates of frailty among community-dwelling older men and women: findings from the Hertfordshire Cohort Study. **Age and ageing**, v. 39, n. 2, p. 197-203, 2009.

TEIXEIRA, I.N.D.O. Percepções de profissionais de saúde sobre duas definições de fragilidade no idoso. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 13, p. 1181-8, 2008.

TEIXEIRA, I. **Definições de fragilidade em idosos: uma abordagem multiprofissional** (dissertação). Campinas: Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas; 2006. [citado 2008 maio 7]. Disponível em: <http://libdigi.unicamp.br/document/?code=vtls000401408>

THE WHOQOL GROUP. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. **Soc. Sci. Med**, v.46, p.1569-1585, 1998.

TRIBESS, S; DE OLIVEIRA, R.J. Síndrome da fragilidade biológica em idosos: revisão sistemática. **Revista de Salud Pública**, v. 13, n. 5, p. 853-864, 2011.

VERAS, R.P. Fórum. Envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos: introdução. **Cad Saúde Pública**. V. 23, n.10, p.2463-2466, 2007.

VARELA, F.R.A. et al. Quality of life evaluation of frail elderly in Campinas, São Paulo. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 61, n. 5, p. 423-430, 2015.

VIEIRA, S. **Bioestatística tópicos avançados**. Elsevier Brasil, 2011.

WALSTON, J.; FRIED, L. Frailty and the older man. **Medical Clinics of North America**, v. 83, n. 5, p. 1173-1194, 1999.

WALSTON, J. et al. Research agenda for frailty in older adults: toward a better understanding of physiology and etiology: summary from the American Geriatrics Society/National Institute on Aging Research Conference on Frailty in Older Adults. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 54, n. 6, p. 991-1001, 2006.

WLODARCZYK, John H.; BRODATY, Henry; HAWTHORNE, Graeme. The relationship between quality of life, Mini-Mental State Examination, and the Instrumental Activities of Daily Living in patients with Alzheimer's disease. **Archives of gerontology and geriatrics**, v. 39, n. 1, p. 25-33, 2004.

WOO, J. et al. Social Determinants of Frailty. **Gerontology**, v. 51, p. 402-408, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. 2005, p.13.

APÊNDICES

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Página 101

**Universidade de São Paulo
Faculdade de Odontologia de Bauru**

Departamento de Odontopediatria, Ortodontia e
Saúde Coletiva

Você está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa **QUALIDADE DE VIDA E SÍNDROME DA FRAGILIDADE EM IDOSOS RESIDENTES NA CIDADE DE BAURU-SP**, sob a responsabilidade do (a) pesquisador (a) *Vanessa Clivelaro Bertassi Panes*.

I - Objetivo: Verificar, diante da condição de fragilidade de idosos residentes na comunidade e em Instituições de Longa Permanência da cidade de Bauru-SP, a situação de sua qualidade de vida. Diante do entendimento, ao final da pesquisa, da existência de correlação entre fragilidade e melhor ou pior qualidade de vida, um passo adiante será dado nas pesquisas sobre fragilidade.

II – A qualquer momento você pode desistir da participação neste estudo sem nenhum prejuízo.

III – Os dados obtidos com os resultados obtidos nessa pesquisa poderão ser publicados, mas seus dados pessoais serão mantidos em sigilo.

IV- Para participar deste estudo, você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira, mas poderá receber reembolso das despesas que tiver para participar da pesquisa. Esta pesquisa apresenta risco mínimo: não realizando nenhuma intervenção ou modificação intencional nas variáveis fisiológicas ou psicológicas e sociais dos indivíduos que participam no estudo. Os benefícios para os participantes da pesquisa virão a longo prazo, tendo em vista que a pesquisa objetiva uma contribuição à Saúde Pública.

V. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada.

VI – A Secretaria da Saúde de Bauru, bem como as Instituições de Longa Permanência participantes, estão isentas de qualquer responsabilidade ou compromisso junto a pesquisa.

VII – O grupo de pesquisa será composto por duas enfermeiras, responsáveis pela coleta de dados, diagnóstico e providências para intervenções, se for o caso.

VIII - Por fim, como pesquisador(a) responsável pela pesquisa, **DECLARO** o cumprimento do disposto na Resolução CNS nº 466 de 2012, contidos nos itens IV.3 e IV.4, este último se pertinente, item IV.5.a e na íntegra com a resolução CNS nº 466 de dezembro de 2012.

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr. (a)

_____, portador da cédula de identidade _____, após leitura minuciosa das informações constantes neste TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO, devidamente explicada pelos profissionais em seus mínimos detalhes, ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetido, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, DECLARA e FIRMA seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO concordando em participar da pesquisa proposta. Fica claro que o participante da pesquisa, pode a qualquer momento retirar seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO e deixar de participar desta pesquisa e ciente de que todas as informações prestadas tornar-se-ão confidenciais e guardadas por força de sigilo profissional Cap II Art. 82 do Código de Ética de Enfermagem Por fim, como pesquisador(a) responsável pela pesquisa, DECLARO o cumprimento do disposto na Resolução CNS nº 466 de 2012, contidos nos itens IV.3, item IV.5.a e na íntegra com a resolução CNS nº 466 de dezembro de 2012.

Por estarmos de acordo com o presente termo o firmamos em duas vias igualmente válidas (uma via para o participante da pesquisa e outra para o pesquisador) que serão rubricadas em todas as suas páginas e assinadas ao seu término, conforme o disposto pela Resolução CNS nº 466 de 2012, itens IV.3.f e IV.5.d.

Bauru, SP, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Participante da Pesquisa

Vanessa C. Bertassi Panes
Pesquisador Responsável

O **Comitê de Ética em Pesquisa – CEP**, organizado e criado pela **FOB-USP**, em 29/06/98 (**Portaria GD/0698/FOB**), previsto no item VII da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (publicada no DOU de 13/06/2013), é um Colegiado interdisciplinar e independente, de relevância pública, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

Qualquer denúncia e/ou reclamação sobre sua participação na pesquisa poderá ser reportada a este CEP:

Horário e local de funcionamento:

Comitê de Ética em Pesquisa

Faculdade de Odontologia de Bauru-USP - Prédio da Pós-Graduação (bloco E - pavimento superior), de segunda à sexta-feira, no horário das **13h30 às 17 horas**, em dias úteis.

Alameda Dr. Octávio Pinheiro Brisolla, 9-75

Vila Universitária – Bauru – SP – CEP 17012-901

Telefone/FAX(14)3235-8356

e-mail: cep@fob.usp.br

Nome do pesquisador responsável: Vanessa Clivelaro Bertassi Panes.
Fone: 014 98156 7154 **e-mail** bertassi@hotmail.com

APÊNDICE B - DADOS DA ENTREVISTA

Antes de iniciar, gostaria de assegurar-lhe que esta entrevista é completamente voluntária e confidencial. Se houver alguma pergunta que o sr(a) não deseja responder, simplesmente me avise e seguiremos para a próxima pergunta.

Número do questionário: _____

Nome do Entrevistador: _____

Data da Entrevista: ____/____/____ Local da entrevista: () Domicílio () ILPI

Quem respondeu ao questionário: () Idoso sem auxílio () Idoso com auxílio

Endereço: _____

Tel. de contato: _____

Situação da Entrevista: (1) Realizada (2) Recusa (3) Não encontrada

(4) Mudança (5) óbitos

Observação:

INFORMAÇÕES PESSOAIS

Idade _____ (anos completos) Mês e ano de nascimento: ____/____

Sexo: () Masculino () Feminino

Qual a cor da sua pele?

() Branca () Parda () Amarela () Preta () Indígena () NS/NR

Local de Nascimento: () Urbano () Rural () NS/NR

Cidade: _____ Estado: _____ País: _____

Reside com:

() sozinho () cuidador () familiar de 1º grau () cônjuge () não familiares

() arranjos trigeracionais (idoso, filhos, netos)

() Institucionalizado Tempo na Instituição _____ (anos)

Mora sempre no mesmo endereço? (com mais de um filho) () sim () não

Situação marital: () casado () solteiro () viúvo () separado/desquitado

() namorando () outro () NS/NR

Número de filho: _____ próprios _____ adotivos () NS/NR

Qual a sua religião? () Nenhuma () Católica () Protestante ou Evangélica
() Espírita () Judaica () Outra. Qual? _____ () NS/NR

Se possui religião, qual a importância em sua vida?

() Importante () Regular () Nada importante () NS/NR

Grau de Instrução: () Não alfabetizado () 5 a 8 anos (Média)
() Sabe ler/escrever () 9 a 12 anos (Alta)
() 1 a 4 anos (Baixa) () mais de 13 anos (Alta)

Anos de estudo: _____ () NS/NR

Renda mensal (em salário mínimos): () NS/NR

() apenas do idoso _____ () do domicílio

Profissão atual ou anteriormente exercida:

Situação empregatícia atual: () Aposentado () Pensionista () Licença Saúde
() Desempregado () NS/NR

Doenças de base:

_____ () NS/NR

ANEXOS

ANEXO A – Parecer de Aprovação Junto ao Comitê de Ética e Pesquisa

FACULDADE DE
ODONTOLOGIA DE BAURU-
USP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: QUALIDADE DE VIDA E SÍNDROME DA FRAGILIDADE EM IDOSOS RESIDENTES NA CIDADE DE BAURU-SP

Pesquisador: Vanessa Bertassi Panes

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 48721415.8.0000.5417

Instituição Proponente: Universidade de São Paulo

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.292.301

Apresentação do Projeto:

IDEM AO PARECER 1.237.186.

Objetivo da Pesquisa:

IDEM AO PARECER 1.237.186.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

IDEM AO PARECER 1.237.186.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

IDEM AO PARECER 1.237.186.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

IDEM AO PARECER 1.237.186.

Recomendações:

Por favor reescrever os riscos tanto no TCLE quanto na Plataforma Brasil, deve-se considerar que nenhuma pesquisa possui risco zero.

Reescrever o TCLE, faltam informações como riscos e benefícios.

PENDÊNCIAS ATENDIDAS.

Endereço: DOUTOR OCTAVIO PINHEIRO BRISOLLA 75 QUADRA 9

Bairro: VILA NOVA CIDADE UNIVERSITARIA **CEP:** 17.012-901

UF: SP **Município:** BAURU

Telefone: (14)3235-8356

Fax: (14)3235-8356

E-mail: cep@fob.usp.br

**FACULDADE DE
ODONTOLOGIA DE BAURU-
USP**

Continuação do Parecer: 1.292.301

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

- Reescrever os riscos tanto no TCLE quanto na Plataforma Brasil, deve-se considerar que nenhuma pesquisa possui risco zero.

PENDÊNCIA ATENDIDA.

- Reescrever o TCLE, faltam informações como riscos e benefícios.

PENDÊNCIA ATENDIDA.

- Esclarecer quem serão os profissionais das áreas específicas que farão parte do grupo de pesquisa, para diagnóstico e providências para intervenções já que não pertence a área de atuação da fonoaudiologia.

PENDÊNCIA ATENDIDA.FOI INCLUIDO NO TCLE QUE DUAS ENFERMEIRAS AUXILIARÃO.

Considerações Finais a critério do CEP:

Esse projeto foi considerado APROVADO na reunião ordinária do CEP de 21.10.2015, com base nas normas éticas da Resolução CNS 466/12. Ao término da pesquisa o CEP-FOB/USP exige a apresentação de relatório final. Os relatórios parciais deverão estar de acordo com o cronograma e/ou parecer emitido pelo CEP. Alterações na metodologia, título, inclusão ou exclusão de autores, cronograma e quaisquer outras mudanças que sejam significativas deverão ser previamente comunicadas a este CEP sob risco de não aprovação do relatório final. Quando da apresentação deste, deverão ser incluídos todos os TCLEs e/ou termos de doação assinados e rubricados, se pertinentes.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P	29/09/2015		Aceito

Endereço: DOUTOR OCTAVIO PINHEIRO BRISOLLA 75 QUADRA 9
Bairro: VILA NOVA CIDADE UNIVERSITARIA **CEP:** 17.012-901
UF: SP **Município:** BAURU
Telefone: (14)3235-8356 **Fax:** (14)3235-8356 **E-mail:** cep@fob.usp.br

**FACULDADE DE
ODONTOLOGIA DE BAURU-
USP**

Continuação do Parecer: 1.292.301

Básicas do Projeto	ETO_534334.pdf	18:30:26		Aceito
Outros	oficioretificacao.pdf	29/09/2015 18:30:06	Vanessa Bertassi Panes	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_corrigido.doc	29/09/2015 18:10:00	Vanessa Bertassi Panes	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Termo_VV.PDF	19/08/2015 21:35:25	Vanessa Bertassi Panes	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Termo_prefeitura.PDF	19/08/2015 21:33:34	Vanessa Bertassi Panes	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Termo_Paiva.PDF	19/08/2015 21:31:48	Vanessa Bertassi Panes	Aceito
Cronograma	Orcamento_cronograma.docx	19/08/2015 21:30:49	Vanessa Bertassi Panes	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Termo_aquiesc_Departamento.jpeg	19/08/2015 21:30:26	Vanessa Bertassi Panes	Aceito
Outros	PB_XML_INTERFACE_REBEC.xml	29/07/2015 23:47:49	Vanessa Bertassi Panes	Aceito
Folha de Rosto	folha de rosto.pdf	29/07/2015 23:46:16		Aceito
Outros	QuestionarioTecnicoPesquisador.doc	20/07/2015 23:38:27		Aceito
Outros	Compromisso pesquisador.jpg	20/07/2015 23:30:55		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO 2015.pdf	20/07/2015 23:23:07		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BAURU, 22 de Outubro de 2015

Assinado por:

**Izabel Regina Fischer Rubira Bullen
(Coordenador)**

Endereço: DOUTOR OCTAVIO PINHEIRO BRISOLLA 75 QUADRA 9

Bairro: VILA NOVA CIDADE UNIVERSITARIA **CEP:** 17.012-901

UF: SP **Município:** BAURU

Telefone: (14)3235-8356

Fax: (14)3235-8356

E-mail: cep@fob.usp.br

ANEXO B – MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL
(AVALIAÇÃO DO ESTADO COGNITIVO)

Orientação

- 1) Dia da Semana (1 ponto)
- 2) Dia do Mês..... (1 ponto)
- 3) Mês (1 ponto)
- 4) Ano (1 ponto)
- 5) Hora aproximada (1 ponto)
- 6) Local específico (andar ou setor)..... (1 ponto)
- 7) Instituição (residência, hospital, clínica) (1 ponto)
- 8) Bairro ou rua próxima (1 ponto)
- 9) Cidade(1 ponto) 10)
Estado..... (1 ponto)

Memória imediata

Fale três palavras não relacionadas. Posteriormente pergunte ao paciente pelas 3 palavras. (Dê 1 ponto para cada resposta correta).

Depois repita as palavras e certifique-se de que o paciente as aprendeu, pois mais adiante você irá perguntá-las novamente.

Atenção e cálculo

(100-7) sucessivos, 5 vezes sucessivamente (93,86,79,72,65) (1 ponto para cada cálculo correto)

Alternativa: soletrar a palavra MUNDO de traz para frente.

Evocação

Pergunte pelas três palavras ditas anteriormente (1 ponto por palavra)

Linguagem

- 1) Nomear um relógio e uma caneta (2 pontos)
 - 2) Repetir “nem aqui, nem ali, nem lá” (1 ponto)
 - 3) Comando: “pegue este papel com a mão direita, dobre ao meio e coloque no chão (3 pontos)
 - 4) Ler e obedecer: “feche os olhos” (1 ponto)
-

5) Escrever uma frase (1 ponto)

6) Copiar um desenho (1 ponto)

Escore: (___ / 30)

Anexo C - ESCALA DE FRAGILIDADE DE EDMONTON

INSTRUÇÕES: Para cada item, por favor, marque apenas uma opção na coluna A, B ou C. Itens marcados na Coluna A valem zero. Conte um ponto para cada item marcado na Coluna B. Conte dois pontos para cada item marcado na Coluna C. Se houver dúvidas com relação à cognição do paciente, peça para ele, inicialmente, completar o Teste do Desenho do Relógio. Caso o paciente não seja aprovado neste teste, solicite ao cuidador para responder ao restante das perguntas da ESCALA DE FRAGILIDADE.

A. Cognição**B****C****A****TESTE DO DESENHO DO RELÓGIO**

(TDR): “Por favor, imagine que este círculo é um relógio. Eu gostaria que você colocasse os números nas posições corretas e que depois incluísse os ponteiros de forma a indicar “**onze horas e dez minutos**’.” (Veja o Método de Pontuação TDR)

Aprovado

Reprovado
com erros
mínimos Reprovado
com erros
significantes

Dobre na linha pontilhada para esconder elementos de distração, antes de pedir ao paciente para começar.

	A	B	C
B. Estado Geral de Saúde			
Nos últimos 12 meses, quantas vezes você foi internado (a)?	☐ 0	☐ 1-2	☐ >2
De modo geral, como você descreveria sua saúde? (escolha uma alternativa)	☐ Excelente, ☐ Muito boa ☐ Boa	☐ Razoável	☐ Ruim

C. Independência FuncionalEm quantas das seguintes atividades você **precisa** de ajuda?

	A	B	C
	☐ 0-1	☐ 2-4	☐ 5-8
<ul style="list-style-type: none"> • Preparar Refeição (cozinhar) • Transporte (locomoção de um lugar para outro) • Cuidar da Casa (limpar/arrumar casa) • Administrar o dinheiro (cuidar do dinheiro) 	<ul style="list-style-type: none"> • Fazer Compras • Usar o Telefone • Lavar a Roupa • Tomar Remédios 		

D. Suporte Social

	A	B	C
	☐ Sempre	☐ Algumas vezes	☐ Nunca
Quando você precisa de ajuda, você pode contar com a ajuda de alguém para atender as suas necessidades?			

E. Uso de Medicamentos

	A	B
	☐ Não	☐ Sim
a) Normalmente, você usa, cinco ou mais remédios diferentes e receitados pelo médico?		
b) Algumas vezes você esquece de tomar os seus remédios?	☐ Não	☐ Sim

F. Nutrição

	A	B
	☐ Não	☐ Sim
Recentemente, você tem perdido peso, de forma que suas roupas estão mais folgadas?		

G. Humor

	A	B
	☐ Não	☐ Sim
Você se sente triste ou deprimido (a) com frequência?		

H. Continência

	A	B
	☐ Não	☐ Sim
Você tem problema de perder o controle da urina sem querer? (segurar urina?)		

I. Desempenho Funcional**FAVOR OBSERVAR:** *PONTUE este item do teste como >20 segundos se:*

1. *O indivíduo se mostrar relutante ou incapaz de completar o teste*
2. *Para a realização do teste o paciente necessita andador (ou bengala) ou precisa do auxílio de outra pessoa.*

TESTE “LEVANTE E ANDE” CRONOMETRADO: “Eu gostaria que você sentasse nesta cadeira com suas costas e braços apoiados. Quando eu disser ‘VÁ’, por favor, fique em pé e ande novamente a marca no chão (aproximadamente 3 m de distância), volte para a cadeira e sente-se novamente”. **(Se for omitir este item, exclua a coluna C)**

TEMPO TOTAL: _____ segundos

A	B	C
☐ 0-10 seg.	☐ 11- 20 seg.	☐ >20 seg.

Método de Pontuação TDR da EFE

O valor do TDR na EFE seguirá as instruções de pontuação original. Os participantes recebem uma folha com um círculo padrão com 10 cm de diâmetro e as seguintes instruções são passadas: “Por favor, imagine que este círculo é um relógio. Eu gostaria que você colocasse os números nas posições corretas e que depois incluísse os ponteiros de forma a indicar “**onze horas e dez minutos**”.

O TDR da EFE foi pontuado da seguinte maneira:

- A. Aprovado.** Todos os ponteiros e números estão presentes nas devidas posições. Não há adições ou duplicidades.
- B. Reprovado com erros mínimos.** Todos os ponteiros e números estão presentes. Os ponteiros estão corretamente posicionados. No entanto, os ponteiros têm o mesmo comprimento e/ou pequenos erros de espaçamento. Um “erro de espaçamento” existe se após posicionar a transparência alvo sobre o relógio desenhado, ocorrer qualquer um dos itens abaixo:
- a. algum número está posicionado no meio do círculo.
 - b. há mais ou menos do que três números em qualquer um dos quatro quadrantes.
- C. Reprovado com erros significantes.**
- a. Posicionamento dos ponteiros de hora e minuto está, significativamente, incorreto.
 - b. Uso inapropriado dos ponteiros do relógio, de forma que o paciente tenta escrever as horas à semelhança de um relógio digital ou circula os números ao invés de usar ponteiros.
 - c. Os números estão agrupados em apenas um lado do relógio (ex. qualquer quadrante contém menos de dois números) ou os números estão em ordem contrária.
 - d. Ocorrem outras distorções quanto à seqüência ou mesmo uma possível distorção da integridade da face do relógio (disposição dos números e ponteiros).
-

Reprovado com erros significantes sugere déficit cognitivo.

Transparência Alvo: A Transparência Alvo é reproduzida como um círculo (10 cm de diâmetro) com duas linhas perpendiculares cruzando o ponto central do círculo, criando quatro quadrantes. Um círculo menor (5 cm de diâmetro) também é desenhado no interior do primeiro círculo, com o ponto central em comum. A transparência final deve ter a seguinte aparência:

Anexo D - QUESTIONÁRIO WHOQOL-BREF

Versão em Português

PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE

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:

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

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

		muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

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

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	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.

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	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.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	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 a com **que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	algumas vezes	frequentemente	muito frequentemente	sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Anexo E – Questionário WHOQOL OLD

1. Até que ponto as perdas nos seus sentidos (audição visão, olfato, paladar, tato), afetam a sua vida diária?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
------	-------------	---------------	----------	--------------

2. Até que ponto a perda de, audição visão, olfato, paladar, tato, afetam a sua capacidade de participar em atividades?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
------	-------------	---------------	----------	--------------

3. Quanta liberdade você tem de tomar suas próprias decisões?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
------	-------------	---------------	----------	--------------

4. Até que ponto você sente que controla o seu futuro?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
------	-------------	---------------	----------	--------------

5. O quanto você sente que as pessoas ao seu redor respeitam a sua liberdade?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
------	-------------	---------------	----------	--------------

6. Quão preocupado você está com a maneira pela qual irá morrer?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
------	-------------	---------------	----------	--------------

7. O quanto você tem medo de não poder controlar a sua morte?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
------	-------------	---------------	----------	--------------

8. O quanto você tem medo de morrer?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
------	-------------	---------------	----------	--------------

9. O quanto você teme sofrer dor antes de morrer?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
------	-------------	---------------	----------	--------------

10. Até que ponto o funcionamento dos seus sentidos afeta a sua capacidade de interagir com outras pessoas?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
------	-------------	---------------	----------	--------------

11. Até que ponto você gostaria de fazer as coisas que gostaria de fazer?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
------	-------------	---------------	----------	--------------

12. Até que ponto você está satisfeito com suas oportunidades para continuar alcançando outras realizações na sua vida?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
------	-------------	---------------	----------	--------------

13. O quanto você sente que recebeu o reconhecimento que merece na sua vida?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
------	-------------	---------------	----------	--------------

14. Até que ponto você sente que tem o suficiente para fazer em cada dia?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
------	-------------	---------------	----------	--------------

15. Quão satisfeito você está com aquilo que alcançou na sua vida?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
------	-------------	---------------	----------	--------------

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

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
------	-------------	---------------	----------	--------------

17. Quão satisfeito você está com seu nível de atividade?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
------	-------------	---------------	----------	--------------

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

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
------	-------------	---------------	----------	--------------

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

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
------	-------------	---------------	----------	--------------

20. Como você avaliaria o funcionamento dos seus sentidos?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
------	-------------	---------------	----------	--------------

21. Até que ponto você tem um sentimento de companheirismo em sua vida?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
------	-------------	---------------	----------	--------------

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

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
------	-------------	---------------	----------	--------------

23. Até que ponto você tem oportunidades para amar?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
------	-------------	---------------	----------	--------------

24. Até que ponto você tem oportunidades para ser amado?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
------	-------------	---------------	----------	--------------

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