

Qualidade de vida do idoso fragilizado e institucionalizado

Quality of life of frail and institutionalized elderly

Lucélia Malaquias Cordeiro¹

Jéssica de Lima Paulino¹

Maria Eliana Peixoto Bessa¹

Cíntia Lira Borges²

Saul Filipe Pedrosa Leite¹

Descritores

Cuidados de enfermagem; Instituições de cuidados especializados de enfermagem; Enfermagem geriátrica; Qualidade de vida; Idoso fragilizado

Keywords

Nursing care; Skilled nursing facilities; Nursing geriatric; Quality of life; Frail elderly

Submetido

18 de Fevereiro de 2015

Aceito

4 de Março de 2015

Resumo

Objetivo: Avaliar a qualidade de vida de idosos frágeis institucionalizados.

Métodos: Estudo transversal com a inclusão de 33 idosos frágeis e pré-frágeis, classificados a partir da Escala de Fragilidade de *Edmonton*. Foram aplicados: um instrumento para caracterização dos aspectos sociodemográficos e o instrumento *World Health Organization Quality of Life for Older Persons* para avaliação da qualidade de vida.

Resultados: Houve predomínio do sexo feminino (54,5%) e a média de idade foi de 76,8 anos ($\pm 9,3$). Observou-se associação significativa entre a qualidade de vida e todas suas facetas, e houve forte relação entre qualidade de vida e "atividades passadas, presentes e futuras" ($r=0,715$; $p<0,001$).

Conclusão: A presença de fragilidade não interferiu diretamente na qualidade de vida de idosos e apresentou associação significativa com motivo de institucionalização.

Abstract

Objective: To assess the quality of life of institutionalized frail elderly.

Methods: Cross-sectional study including 33 frail and pre-frail elderly, classified based on the Edmonton Frailty Scale. An instrument was applied to characterize the sociodemographic aspects and the World Health Organization Quality of Life for Older Persons to assess the quality of life.

Results: The female sex was predominant (54.5%) and the mean age was 76.8 years (± 9.3). A significant association was observed between the quality of life and all of its facets, and a strong relation was found between quality of life and "past, present and future activities" ($r=0.715$; $p<0.001$).

Conclusion: The presence of frailty did not interfere directly in the elderly's quality of life and showed a significant association with the motive for the institutionalization.

Autor correspondente

Cíntia Lira Borges
Av. Dr. Silas Muguba, 1700, Fortaleza,
CE, Brasil. CEP: 60740-000
cintialiraborges@yahoo.com.br

DOI

<http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201500061>

¹Universidade de Fortaleza, Fortaleza, CE, Brasil.

²Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil.

Conflitos de interesse: não há conflitos de interesse a declarar.

Introdução

O fenômeno do envelhecimento constitui uma preocupação e uma realidade mundial. A transição do perfil demográfico da população acarreta mudanças epidemiológicas bruscas referentes ao aumento do número de idosos frágeis e à necessidade de institucionalização. Essa situação gera desafios para a manutenção e a melhoria da qualidade de vida e do bem-estar dessa população.

A fragilidade em idosos é um problema de saúde pública, e suas peculiaridades ainda carecem de maiores investigações. Com o avançar dessa síndrome, emerge a necessidade de cuidados formais em saúde, principalmente em países em desenvolvimento, nos quais boa parte da população é de baixa renda e não possui condições socioeconômicas para gerir cuidados no próprio domicílio. Estima-se uma prevalência de 34,9%,⁽¹⁾ 53,7%⁽²⁾ e 68,8%⁽³⁾ de idosos institucionalizados frágeis em estudos realizados na Europa, e de 49,3%⁽⁴⁾ e 45,8%⁽⁵⁾ em estudos brasileiros.

A institucionalização, a qual é um resultado adverso da fragilidade, provém de fatores que sugerem abandono familiar, exclusão e isolamento social. Estes são motivos que colaboram para o aparecimento de pensamentos, sentimentos e atitudes negativas ou para a rejeição, que compromete o estado emocional, mental e a qualidade de vida do idoso.

Nesse contexto, a qualidade de vida é um termo abrangente e multidimensional, que se estabelece a partir de um conceito que aborda saúde física, estado psicológico, relações sociais e ambiente com base em avaliações subjetivas.⁽⁶⁾ No cenário do envelhecimento, a Organização Mundial da Saúde propõe a Política do Envelhecimento Ativo, que visa aumentar a expectativa de uma vida saudável e à qualidade de vida para todas as pessoas que estão envelhecendo, inclusive as que são frágeis, fisicamente incapacitadas e que requerem cuidados.

Ressalta-se que estudos sobre fragilidade, qualidade de vida e institucionalização são escassos. Desse modo, conhecer dinamicamente esses três pilares deve contribuir para a elaboração de polí-

ticas públicas e de ações interventivas para promoção da saúde; para a prevenção de incapacidades; e para o replanejamento social e de saúde, no intuito de avançar no setor da institucionalização.

Dessa forma, o objetivo do presente estudo foi avaliar a qualidade de vida de idosos frágeis institucionalizados.

Métodos

Estudo do tipo transversal realizado em uma instituição de longa permanência para idosos da cidade de Fortaleza, na Região Nordeste do Brasil, que assistia idosos com todos os graus de dependência. A população alvo foi constituída por indivíduos com idade maior ou igual a 60 anos. A pesquisa foi realizada em setembro de 2014.

A amostra foi selecionada por conveniência. Os critérios de inclusão foram: idosos de ambos os sexos em condições físicas e mentais para responderem aos questionamentos, que atingiram de 5 (aparentemente vulnerável) a 10 (fragilidade moderada) pontos na escala de fragilidade de *Edmonton*. Do total de 50 idosos, 33 preencheram os pré-requisitos, compondo a amostra final.

Para coleta de dados, as variáveis sociodemográficas escolhidas foram faixa etária, sexo, estado civil, escolaridade, aposentadoria, tempo e motivo de institucionalização e quantidade de visitas. Além disso, para avaliação da qualidade de vida, foi aplicado o instrumento *World Health Organization Quality of Life for Older Persons* (WHOQOL-OLD), o qual possui 24 itens distribuídos em seis facetas: funcionamento do sensório; autonomia; atividades passadas, presentes e futuras; participação social; morte e morrer; e intimidade.

As informações coletadas foram organizadas no *Microsoft Excel* 2010 e analisadas no *Statistic Package for Social Science* versão 20.0. A análise exploratória dos dados foi precedida por indicadores de frequências simples, média, desvio padrão, valor mínimo e máximo. Foram estabelecidos pontos de corte dos escores da escala WHOQOL-OLD pelos quartis. A partir disso, foram divididos grupos de idosos com pontuação ≤ 71 (quartil 1), entre 72 e 88 (quartil 2), e ≥ 89

pontos (quartil 3). Posteriormente, os grupos foram correlacionados com as características sociodemográficas, de institucionalização e de fragilidade, utilizando-se o teste qui quadrado. O coeficiente de correlação de *Pearson* foi calculado para identificar a inter-relação entre qualidade de vida e as facetas da WHOQOL-OLD. Adotaram-se os níveis de significância $p < 0,05$ e $p < 0,01$. Após esse processamento, os resultados foram analisados de acordo com a literatura pertinente.

O desenvolvimento do estudo atendeu as normas nacionais e internacionais de ética em pesquisa envolvendo seres humanos.

Resultados

O estudo incluiu idosos com média de idade de 76,8 anos ($\pm 9,3$), sendo 54,5% mulheres. As informações sobre o perfil sociodemográfico, de institucionalização e de fragilidade estão descritas na tabela 1. A única variável significativa de associação com qualidade de vida foi motivo de institucionalização ($p < 0,024$), demonstrando que os idosos que entraram por conta própria (30,3%) na instituição possuíam níveis menores de qualidade de vida comparados àqueles que en-

Tabela 1. Qualidade de vida e variáveis sociodemográficas

Variáveis	n(%)	Grupos dos quartis dos escores de qualidade de vida			p-value
		Quartil 1 n(%)	Quartil 2 n(%)	Quartil 3 n(%)	
Faixa etária* (anos)					
60-69	9(27,3)	1(11,1)	5(55,6)	3(33,3)	0,779
70-79	11(33,3)	2(18,2)	5(45,5)	4(36,4)	
80-89	11(33,3)	4(36,4)	4(36,4)	3(27,3)	
90-100	2(6,1)	1(50,0)	1(50,0)	-	
Sexo					
Feminino	18(54,5)	4(26,7)	7(46,7)	4(26,7)	0,907
Masculino	15(45,5)	4(22,2)	8(44,4)	6(33,3)	
Estado civil					
Solteiro	10(30,3)	3(30,0)	6(60,0)	1(10,0)	0,410
Viúvo	11(33,3)	3(27,3)	3(27,3)	5(45,5)	
Casado	6(18,2)	-	4(66,7)	2(33,3)	
Separado	6(18,2)	2(33,3)	2(33,3)	2(33,3)	
Escolaridade					
Analfabeto	10(30,3)	1(10,0)	4(40,0)	5(50,0)	0,335
Ensino Fundamental incompleto/completo	16(48,5)	6(37,6)	7(43,7)	3(18,7)	
Ensino Médio completo	7(21,2)	1(14,3)	4(57,1)	2(28,6)	
Aposentadoria					
Sim	32(97,0)	8(25,0)	15(46,9)	9(28,1)	0,305
Não	1(3,0)	-	-	1(100,0)	
Tempo de institucionalização** (anos)					
≥5	12(36,4)	3(25,0)	4(33,3)	5(41,7)	0,583
6-10	13(39,4)	3(23,1)	8(61,5)	2(15,4)	
>10	8(24,2)	2(25,0)	3(37,5)	3(37,5)	
Recebe visitas?					
Sim	24(72,7)	4(16,7)	11(45,8)	9(37,5)	0,166
Não	9(27,3)	4(44,4)	4(44,4)	1(11,1)	
Quem visita?					
Familiares	23(69,3)	4(17,4)	11(47,8)	8(34,8)	0,236
Amigos	1(3,0)	-	-	1(100,0)	
Ninguém	9(27,3)	4(44,4)	4(44,4)	1(11,1)	
Motivo da institucionalização					
Doença	17(51,5)	2(11,8)	6(35,3)	9(52,9)	0,024
Conta própria	10(30,3)	5(50,0)	5(50,0)	-	
Abandono	6(18,2)	1(16,7)	4(66,7)	1(16,7)	
Fragilidade					
Aparentemente vulnerável	17(51,5)	5(29,4)	7(41,2)	5(29,4)	0,967
Fragilidade leve	10(30,3)	2(20,0)	5(50,0)	3(30,0)	
Fragilidade moderada	6(18,2)	1(16,7)	3(50,0)	2(33,3)	

n=33; teste Qui-quadrado ($p < 0,05$); *média: 76,8 ($\pm 9,3$), mínima: 62, máxima: 100; **média: 5,7 ($\pm 5,7$), mínima: 6 meses, máxima: 20 anos.

traram por meio dos familiares (51,2%) ou por abandono (18,2%).

Os idosos apresentaram qualidade de vida média de 80,45 pontos ($\pm 10,56$). O maior valor médio foi observado na faceta “morte e morrer” (16,88 \pm 3,57) e o menor na “intimidade” (10,52 \pm 4,31) (Tabela 2).

Tabela 2. Facetas do WHOQOL-OLD

Facetas	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
Funcionamento do sensório	13,33	3,40	6	19
Autonomia	12,73	2,42	8	16
Atividade passadas, presentes e futuras	13,76	2,18	10	17
Participação social	13,24	2,52	7	16
Morte e morrer	16,88	3,57	7	20
Intimidade	10,52	4,31	4	20
Escore geral	80,45	10,56	61	99

Todas as facetas apresentaram correlações significativas com a qualidade de vida. A faceta “atividades passadas, presentes e futuras” obteve maior correlação (0,715) e “autonomia” teve menor correlação (0,494) com a qualidade de vida (Tabela 3).

Tabela 3. Coeficiente de correlação de *Pearson* entre a qualidade de vida e as facetas do WHOQOL-OLD, bem como os indicadores de predição da qualidade de vida

Facetas	r	Valores β	t	r ²	p-value
Funcionamento do sensório	0,603	1,872	4,213	0,364	<0,001
Autonomia	0,494	2,149	3,160	0,244	0,004
Atividade passadas, presentes e futuras	0,715	3,463	5,687	0,511	<0,001
Participação social	0,647	2,707	4,724	0,419	<0,001
Morte e morrer	0,533	1,575	3,509	0,284	0,001
Intimidade	0,513	1,255	3,325	0,263	0,002

r = coeficiente de correlação de *Pearson*; r² = coeficiente de determinação; p < 0,01.

Discussão

As limitações do estudo referiram-se ao desenho transversal, que não permitiu relação de causa e efeito, e à retratação da realidade de uma população específica, sem a possibilidade de generalização dos dados. Por outro lado, os resultados devem contribuir para o aumento das evidências científicas relacionadas ao tema qualidade de vida, fragilidade e institucionalização, e para minimizar os riscos aos quais os idosos institucionalizados estão propensos, mediante a avaliação dos níveis de fragilidade e de qualidade de vida.

Os resultados dessa pesquisa confirmaram que a qualidade de vida piora em idosos mais velhos, com 80 anos ou mais.⁽⁷⁾ É esperado que, com o decorrer dos anos, os idosos estejam mais suscetíveis a problemas físicos e mentais, que prejudiquem a prática das atividades de vida diária, a autonomia e a independência,⁽⁸⁾ sobretudo quando esse idoso é frágil e sofre com as deficiências físicas inerentes da síndrome, acarretando redução no nível da qualidade de vida.⁽⁹⁾ Além disso, com a institucionalização, esses efeitos podem estar ou serem potencializados.

Associação significativa foi obtida entre motivo de institucionalização e qualidade de vida ($p < 0,024$). Motivos diversos levam o idoso a ingressar por conta própria em instituições de longa permanência para idosos, seja por morar sozinho, por se considerar um fardo ou se sentir desprezado pela família, ou por ter consciência de que passou a necessitar de cuidados em saúde. Entende-se que isso pode acarretar níveis baixos de qualidade de vida, pois esse idoso pode apresentar dificuldade de adaptação, permanecendo na instituição não por aceitação da sua nova realidade, mas por orgulho ou necessidade de saúde. Ao contrário, os idosos abandonados e/ou portadores de comorbidades provavelmente encontram uma nova oportunidade de vida e um recomeço. Resultados opostos foram encontrados em pesquisa na Colômbia.⁽⁷⁾

O valor médio da qualidade de vida dos idosos foi positivo (80,45 \pm 10,5), divergindo de outras pesquisas com idosos institucionalizados.⁽⁷⁾ É importante considerar essa informação, pois a qualidade de vida dos idosos de instituições de longa permanência está diretamente associada à atenção e aos cuidados individuais e especializados que eles recebem. É também de grande valia atentar para intervenções a fim de melhorar ainda mais a saúde mental e emocional, fortalecer o apoio social e controlar doenças crônicas, que são fatores cruciais na manutenção da qualidade de vida.

Mesmo não sendo consenso de que a fragilidade influencie negativamente na qualidade de vida dos indivíduos, é crescente o interesse por estudar qualidade de vida em idosos frágeis institucionalizados.⁽¹⁰⁾ Neste estudo, não houve correlação entre fragilidade e qualidade de vida ($p = 0,967$).

Com relação à faceta “morte e morrer”, foram identificados altos escores da escala WHOQOL-BREF (16,88±3,57), evidenciando boa aceitação da morte por parte dos idosos institucionalizados. Acredita-se que o consentimento da própria finitude pode influenciar na qualidade de vida, pois, à medida que se envelhece, a morte do cônjuge, de parentes e amigos é um evento já esperado pelo idoso. Salienta-se que níveis baixos de qualidade de vida são fortes preditores de institucionalização, deficiências, fragilidades físicas e morte em 1 ano.⁽¹¹⁾

O menor valor médio da qualidade de vida na faceta “intimidade” (10,52±4,31) pode ser explicado pela característica das instituições de longa permanência para idosos do estudo, a qual é constituída por quartos coletivos, não oferecendo espaço privado para casais. A intimidade é uma atividade muito reservada; o idoso precisa de liberdade e autonomia para exercê-la e, provavelmente, na instituição fica impedido de expressar sua liberdade, resguardando-se e não demonstrando seus sentimentos. Do mesmo modo, ainda é presente o preconceito de funcionários e profissionais da saúde quanto à sexualidade na velhice, o que agrava o sentimento de vergonha e a falta de iniciativa. Estudos apontam o impacto positivo que a vida sexual ativa causa no nível de qualidade de vida dos idosos.⁽¹²⁾

O idoso institucionalizado e fragilizado pode experimentar transformações associadas à perda de identidade, autonomia e confiança, intensificando o estado de solidão e a dependência para a prática de atividades básicas de vida diária. A autonomia é a capacidade de tomar decisões; portanto, mesmo o idoso portador de deficiências e incapacidades pode ser capaz de responder por si. Neste estudo, a faceta “autonomia” estabeleceu baixa correlação ($r=0,494$; $p<0,004$) com qualidade de vida, divergindo de outras pesquisas, nas quais a faceta “autonomia” obteve menor pontuação e maior associação com qualidade de vida.⁽⁷⁾ Destaca-se que a assistência prestada na instituição de longa permanência para idosos, principalmente ao idoso frágil ou em estágio de fragilização, deve ser pautada na inclusão deste no processo de tomada de decisão, por medidas e estratégias de saúde, permitindo que ele seja sujeito

cognoscente do seu cuidado, possibilitando o empoderamento do ser.

A faceta “atividades passadas, presentes e futuras” correlacionou-se fortemente ($r=0,715$; $p<0,001$) com qualidade de vida. Esse dado aponta para a satisfação dos idosos quanto a realizações, objetivos alcançados e projetos durante a vida. Infere-se que a maioria dos idosos pesquisados era proveniente de classe social baixa e, por conseguinte, vivia com limitações financeiras, com sofrimentos inerentes da condição de pobreza e não possuía muitas aspirações, desejos ou motivações, afirmando, assim, estarem satisfeitos com suas conquistas e conformado com o que estava por vir. Dessa forma, uma boa opção para manutenção desse resultado seria a possibilidade de um ambiente o mais próximo possível do domicílio do idoso, respeitando suas opiniões, valores, crenças e atitudes, estimulando e favorecendo a recepção e a realização de novas perspectivas.

Diante disso, torna-se fundamental a avaliação da qualidade de vida do idoso institucionalizado, sobretudo o fragilizado, como tópico integrador da avaliação multidimensional da pessoa idosa. O propósito é intervir o mais precocemente possível, para evitar desfechos negativos em saúde, prorrogar os anos de vida e fazer da instituição um ambiente de conforto e bem-estar, contribuindo para o envelhecimento ativo e a melhoria da qualidade de vida.

Conclusão

A presença de fragilidade não interferiu diretamente na qualidade de vida de idosos institucionalizados e apresentou associação significativa com motivo de institucionalização.

Colaborações

Cordeiro LM, Paulino JL, Bessa ME, Borges CL e Leite SFP declaram que contribuíram nas etapas de concepção do estudo, análise, interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada.

Referências

1. Matusik P, Tomaszewski K, Chmielowska K, Nowak J, Nowak W, Parnicka A, et al. Severe frailty and cognitive impairment are related to higher mortality in 12-month follow-up of nursing home residents. *Arch Gerontol Geriatr.* 2012;55(1):22-4.
2. Garrido M, Serrano MD, Bartolomé R, Martínez-Vizcaíno V. [Differences in the expression of the frailty syndrome in institutionalized elderly men and women with no severe cognitive decline]. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2012;47(6):247-53. Spanish.
3. González-Vaca J, de la Rica-Escuin M, Silva-Iglesias M, Arjonilla-García MD, Varela-Pérez R, Oliver-Carbonell JL, et al. Frailty in Institutionalized older adults from Albacete. The FINAL Study: rationale, design, methodology, prevalence and attributes. *Maturitas.* 2014;77(1):78-84.
4. Nóbrega PV, Maciel AC, de Almeida Holanda CM, Oliveira Guerra R, Araújo JF. Sleep and frailty syndrome in elderly residents of long-stay institutions: a cross-sectional study. *Geriatr Gerontol Int.* 2014;14(3):605-12.
5. Holanda CM, Guerra RO, Nóbrega PV, Costa HF, Piuvezam MR, Maciel AC. Salivary cortisol and frailty syndrome in elderly residents of long-stay institutions: a cross-sectional study. *Arch Gerontol Geriatr.* 2012;54(2):146-51.
6. Gobbens RJ, Luijkx KG, van Assen MA. Explaining quality of life of older people in the Netherlands using a multidimensional assessment of frailty. *Qual Life Res.* 2013;22(8):2051-61.
7. Estrada A, Cardona D, Segura AM, Chavarriaga M, Ordóñez J, Osorio JJ. [Quality of life in institutionalized elderly people of Medellín]. *Biomedica.* 2011;31(4):492-502. Spanish.
8. Bergman S, Martelli V, Monette M, Sourial N, Deban M, Hamadani F, et al. Identification of quality of care deficiencies in elderly surgical patients by measuring adherence to process-based quality indicators. *J Am Coll Surg.* 2013;217(5):858-66.
9. Lin CC, Li CI, Chang CK, Liu CS, Lin CH, Meng NH, et al. Reduced health-related quality of life in elders with frailty: a cross-sectional study of community-dwelling elders in Taiwan. *PLoS One.* 2011; 6(7):e21841.
10. Van Malderen L, Mets T, Gorus E. Interventions to enhance the Quality of Life of older people in residential long-term care: A systematic review. *Ageing Res Rev.* 2013;12(1):141-50.
11. Bilotta C, Bowling A, Nicolini P, Casè A, Pina G, Rossi SV, 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 Qual Life Outcomes.* 2011;9:72.
12. Mahieu L, Gastmans C. Sexuality in institutionalized elderly persons: a systematic review of argument-based ethics literature. *Int Psychogeriatr.* 2012;24(3):346-57.