# *AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO INSTITUCIONALIZADO COM SINAIS DE DEMÊNCIA*

Emília Isabel da Silva[1]
Tatiana Teixeira Barral de Lacerda[2]
Jéssica Alves de Souza[3]
Poliana Fialho de Carvalho[4]
Natália de Cássia Horta[5]
Marina Celly Martins Ribeiro de Souza[6]

1 Graduanda em Medicina pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. E-mail: emiliaisabels@gmail.com.

2 Graduada em Fisioterapia. Doutoranda em Ciências da Reabilitação pela Universidade Federal de Minas Gerais. Professora Adjunta da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, vinculada ao Departamento de Fisioterapia. E-mail: tatiana.barral@yahoo.com.br.

3 Graduada em Fisioterapia pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. E-mail: jessica.alves2014fisio@gmail.com.

4 Graduada em Fisioterapia. Pós-graduanda em Geriatria e Gerontologia pela Universidade Federal de Minas Gerais. E-mail: polianafcarvalho@gmail.com.

5 Graduada em Enfermagem. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, vinculada ao Departamento de Medicina. Líder do grupo de pesquisa PHASE. E-mail: nataliahorta@pucminas.br.

6 Graduada em Enfermagem. Doutora em Enfermagem. Associate Professor em The College of New Jersey, vinculada ao Departamento de Saúde Pública. E-mail: desouzam@tcnj.edu.

resumo

Introdução: A insuficiência cognitiva é um dos principais fatores que podem comprometer a independência e a autonomia dos idosos, especialmente nos que residem em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI). Objetivo: Avaliar a qualidade de vida (QV) de idosos com sinais de demência residentes em instituições de longa permanência em Betim, Minas Gerais. Métodos: Trata-se de estudo quantitativo, transversal, de caráter descritivo, em que inicialmente foi conduzida uma triagem com o Miniexame do Estado Mental (MEEM); aqueles participantes que obtiveram triagem positiva, segundo critérios de escolaridade e escore acima de 10, foram submetidos à versão brasileira da Escala de Qualidade de Vida na Doença de Alzheimer (QdV-DA). Dos 106 idosos participantes nas 3 instituições cenário deste estudo, 58 atenderam ao critério de inclusão e, desses, 15 foram inseridos no estudo. Resultados: Foi utilizada a distribuição em quartis para a correção composta (P25 = 26,7; P50 = 31,3; P75 = 36,00). Assim, os resultados permitiram afirmar que 26,7% (n=4) dos idosos avaliados possuem baixa QV, 46,6% média QV (n=7) e 26,7 % foram classificados como tendo alta QV (n=4). Conclusão: A avaliação de constructos subjetivos, como a QV, é um desafio entre idosos com sinais de demência, porém extremamente importante para avaliar o impacto das intervenções propostas. A QV deve ser levada em consideração pelos responsáveis pela gestão dessas instituições, a fim de estruturar suas atividades buscando o bem-estar dos idosos institucionalizados, além de permanecer atentos ao perfil dessa população.

palavras-chave

Qualidade de Vida. Idoso. Instituição de Longa Permanência para Idosos. Demência.

## 1 Introdução

As projeções populacionais realizadas pelas Nações Unidas sobre a proporção de pessoas com 60 anos ou mais na população do Brasil, entre os anos de 2005 a 2015, apresentaram um resultado estimado de 11,7% (UNITED NATIONS, 2015). Entretanto, constatou-se que, nesse período, o percentual de idosos com 60 anos ou mais passou de 9,8% para 14,3% da população total

do país, com tendência de ampliação crescente para os próximos anos. Já em relação à estimativa de expectativa de vida ao nascer, as mulheres possuem estimativa de 79,1 anos, enquanto os homens de 71,9 anos, representando uma diferença de cerca de 10% (IBGE, 2016).

Para muitos idosos, o aumento da longevidade é acompanhado de um declínio da saúde física e mental, presença de doenças crônicas, perda de independência e autonomia e restrições socioeconômicas e ambientais (ALENCAR et al., 2012). A associação de tais fatores à limitação da capacidade funcional desses indivíduos gera implicações negativas em sua qualidade de vida e tem sido um achado comum em pesquisas realizadas com idosos no Brasil (ANDRADE et al., 2017). Diante deste cenário, tem sido crescente a demanda por políticas de saúde voltadas para a manutenção da funcionalidade e consequente melhor qualidade de vida dessa população.

O Ministério da Saúde, por intermédio do Sistema Único de Saúde (SUS), assegura a atenção integral à saúde do idoso na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, 2003). Porém, apesar das premissas propostas nessa política, verifica-se uma precariedade de investimentos públicos e uma escassez de recursos humanos para atendimento às necessidades específicas dos idosos, sobretudo para aqueles que residem em instituições de longa permanência. Muitos idosos e/ou suas famílias optam pela institucionalização por diversos motivos: presença de alterações cognitivas, doenças crônicas, necessidade de tratamento (ALENCAR et al., 2012), escassez de recursos financeiros para atender às demandas do cuidado e de cuidadores no domicílio (LOPES et al., 2018), despreparo e cansaço para cuidar e conflitos com o próprio idoso, dificultando a assistência adequada. Recentemente a institucionalização tem sido ainda uma escolha de idosos no contexto brasileiro como estratégia de cuidado de longa duração.

Um estudo recente desenvolvido em 156 Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) da região metropolitana de Belo Horizonte e envolvendo 3.752 idosos apontou que, perante contexto de ampliação das ILPI, o nicho de mercado frente ao envelhecimento vem se consolidando atrelado às mudanças na dinâmica familiar (LACERDA et al., 2017). Desta forma, uma preocupação que se faz necessária está relacionada à melhora/manutenção da qualidade de vida (QV), autonomia e independência dos idosos institucionalizados.

Embora a institucionalização tenha aspectos positivos, é sabido que, em muitas situações, ela afasta os idosos da família (FARIA; CARMO, 2015), da casa, dos amigos e das relações sociais. Idosos que vivem em ILPI frequentemente chegam às instituições com suas capacidades mentais e/ou físicas comprometidas (BARBOSA et al., 2017). Em outras situações, o que se observa

é a deterioração dessas funções como consequência da institucionalização, como por exemplo, a dependência para banhar-se, alimentar-se, vestir-se e escovar os dentes, que são atividades de autocuidado, as quais o idoso é capaz de realizar, porém, por levar um tempo maior, o cuidador realiza a tarefa pelo idoso (GREVE et al., 2017). Atrelado a isso, as ações destinadas ao idoso dentro das ILPI e que poderiam contribuir para a melhora da qualidade de vida ainda são pontuais e isoladas, isso devido à redução conceitual sobre o que vem a ser "promoção da saúde" (OLIVEIRA et al., 2017).

Entende-se que proporcionar ao idoso institucionalizado qualidade de vida é oferecer, além de alimentação e abrigo, um ambiente propício ao desenvolvimento pessoal, onde ele tenha oportunidade para realizar, ativamente, suas atividades básicas da vida diária (AVD) e mantenha sua autonomia, tendo estímulo físico e mental que favoreça a manutenção de sua capacidade funcional. Existem poucos estudos que verificam a QV em idosos residentes em ILPI, o que dificulta a assistência e a orientação aos profissionais envolvidos no cuidado desses indivíduos (ALENCAR et al., 2012; PINHEIRO et al., 2016).

Lini et al. (2014), em seu estudo sobre a prevalência de demências em idosos institucionalizados, observaram ocorrência de demência em 32% dos idosos residentes em 19 ILPI, o que torna ainda mais difícil a tarefa de avaliar a QV dessa população que, apesar do comprometimento cognitivo, deve ser objeto de atenção. Assim, o objetivo deste trabalho foi avaliar a QV de idosos com sinais de demência residentes em instituições de longa permanência no Município de Betim, Minas Gerais.

## 2 Metodologia

O presente estudo possui caráter quantitativo, transversal e descritivo, tendo sido realizado em três ILPI de natureza filantrópica de Betim, uma cidade de grande porte situada na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais. Dados do censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2010 mostram que a cidade possui cerca de 26.715 idosos, caracterizando 7% da população geral do município, sendo que apenas 0,3% desses idosos encontram-se institucionalizados.

Inicialmente, foi realizada uma triagem usando o Miniexame do Estado Mental (MEEM), que foi aplicado pelos pesquisadores a todos os idosos que concordaram em participar do estudo. A aplicação durou cerca de 10 minutos. O MEEM é a escala de triagem cognitiva traduzida e validada para o português do Brasil por Bertolucci et al. em 1994. Possui como pontos de corte a seguinte

divisão: 13 pontos para analfabetos, 18pontos para baixa e média escolaridade e 26 pontos para alta escolaridade. A partir do MEEM é possível avaliar as seguintes funções cognitivas: orientação temporal e espacial, memória de evocação e imediata, linguagem, atenção, capacidade construtiva visual e cálculo (LENARDT et al., 2009).

Neste estudo, como o objetivo foi incluir participantes com sinais de demência, aqueles idosos que obtiveram nota no MEEM acima de 10 pontos, porém inferior aos critérios para escolaridade propostos por Bertolucci et al. (1994), foram avaliados pela Escala Qualidade de Vida na Doença de Alzheimer (QdV-DA) (NOVELLI, 2006). Uma semana após a aplicação do MEEM, a escala de QdV-DA foi aplicada após treinamento dos pesquisadores e o tempo médio para aplicação da mesma foi de seis minutos para os idosos e de cinco minutos para os cuidadores, sendo a leitura da escala realizada pelos aplicadores.

Essa escala possui versões tanto para o paciente como para o cuidador e para o familiar, portanto, vale destacar que, no presente estudo, além dos idosos institucionalizados, seus cuidadores também foram convidados a responder ao QdV-DA. No momento da coleta, foi solicitado ao gestor da instituição que indicasse o profissional cuidador que trabalhasse há mais tempo na instituição e que conhecesse melhor os idosos selecionados, o que levou ao total de 4 profissionais participantes. Além disso, com o objetivo de comparar as percepções de qualidade de vida do idoso e do cuidador, também foi realizada a análise estatística das versões separadamente.

A pontuação deste instrumento varia entre 13 (ruim) e 52 (excelente) e quanto maior o escore, melhor a percepção da qualidade de vida. Os treze domínios avaliados foram: saúde física, disposição, humor, moradia, memória, família, casamento, amigos, indivíduo em geral, capacidade para fazer tarefas, capacidade para fazer atividades de lazer, dinheiro e vida em geral, sendo todos relacionados ao idoso. Em cada item o idoso e o cuidador podem responder como: ruim (1 ponto), regular (2 pontos), bom (3 pontos) e excelente (4 pontos). A pontuação total foi calculada por meio da pontuação obtida pelo relato do paciente por peso 2, somando os pontos do relato do cuidador/familiar e dividindo o resultado por 3, obtendo-se assim uma média na qual a avaliação do idoso possui peso maior.

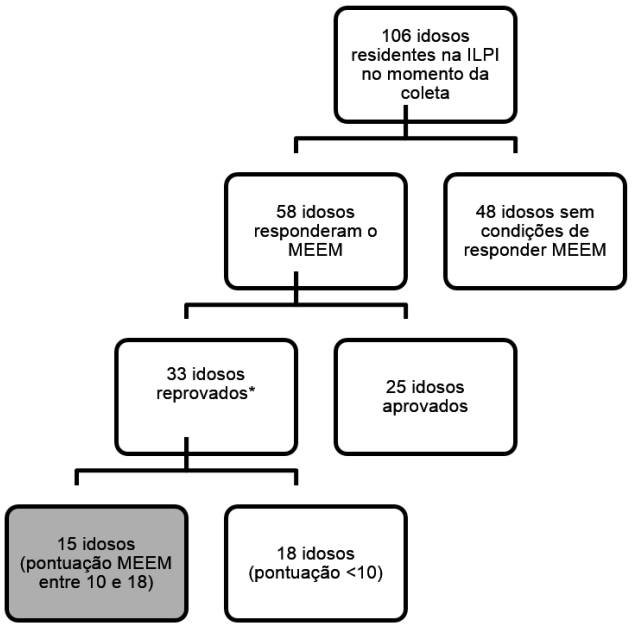
Para a interpretação dos dados obtidos, utilizou-se inicialmente análise descritiva, mediante a apresentação de valores absolutos e descrição por percentis e posteriormente, o teste t foi realizado para verificar se havia diferença significativa nos escores médios do QdV-DA na versão aplicada aos cuidadores e na versão aplicada aos idosos. Foram considerados estatisticamente significativos os resultados que apresentaram valor de $p \leq 0,01$. A pesquisa

foi aprovada pelo Comitê de Ética em pesquisa da PUC Minas, sob parecer nº 1.873.609 e todos os participantes que concordaram em participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

## 3 Resultados

Na ocasião da coleta dos dados, as três ILPI pesquisadas possuíam um total de 106 idosos, porém, 48 desses não tinham condições de responder ao MEEM por já estarem gravemente demenciados e/ou afásicos. Dos 58 idosos que possuíam condições de responder ao MEEM, 33 foram excluídos segundo pontos de corte estabelecido pelo exame (BERTOLUCCI, 1994). Dentre estes, apenas 15 dos idosos reprovados preencheram os critérios de inclusão para responder ao QdV-DA (pontuação no MEEM entre 10 e 18). Desta forma, o QdV-DA foi respondido apenas pelos idosos que foram reprovados no MEEM mas que obtiveram, pelo menos, 10 pontos no MEEM (Figura 1).

Figura 1 – Fluxograma dos idosos selecionados para participar do estudo.




Fonte: Elaborada pelos autores.

* Ponto de corte proposto por Bertolucci, 1994.

Dos idosos que realizaram o QdV- DA,9 eram do sexo masculino (60%) e 6 do sexo feminino (40%), já a idade média foi de 73,6 anos. Quanto ao estado civil, a maioria dos idosos eram solteiros (80%); 13,3% divorciados e 6,7% casados. No que diz respeito ao nível educacional dos idosos, verificou-se que 78,26% eram analfabetos.

Devido à ausência de pontos de corte para o QdV-DA, foi utilizada a distribuição em quartis para a correção composta (P25 = 26,7; P50 = 31,3; P75 = 36,00). Assim, os resultados permitiram afirmar que 26,7% (4 indivíduos abaixo do percentil 25) dos idosos possuem baixa QV, 46,6% média QV (7 indivíduos entre o percentil 25 e 75) e 26,7 % foram classificados como tendo alta QV (4 indivíduos acima do percentil 75). A média do escore da correção composta foi 31,5 pontos, variando de 24 a 39,7, indicando uma QV moderada da população estudada. A avaliação de qualidade de vida realizada exclusivamente pelo idoso apresentou média de 32 pontos (±6,93), já a avaliação feita pelo cuidador, por meio do mesmo instrumento, apresentou média de 30,19 (±5,17). Foi encontrada diferença significativa na percepção da qualidade de vida na visão do idoso e de seu cuidador apenas para o domínio Amigos, conforme pode ser visto na Tabela 1.

Tabela 1 – Percepção de qualidade de vida geral e por domínio, na visão do idoso e de seu cuidador.

| | Cuidador | | Idoso | | Teste T | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Domínio** | **Média** | **DP** | **Média** | **DP** | **t** | **p** |
| Saúde física | 2,6 | 0,99 | 2,20 | 0,86 | -1,87 | 0,08 |
| Disposição | 2,33 | 1,18 | 2,60 | 1,12 | 1,00 | 0,33 |
| Humor | 2,47 | 0,92 | 2,67 | 0,98 | 0,72 | 0,47 |
| Moradia | 3,2 | 0,86 | 2,80 | 0,68 | 1,47 | 0,16 |
| Memória | 2,33 | 0,72 | 2,80 | 0,68 | 1,82 | 0,09 |
| Família | 1,93 | 0,80 | 2,40 | 0,83 | 1,61 | 0,13 |
| Casamento | 0,27 | 0,70 | 1,40 | 1,45 | 2,48 | 0,03 |
| Amigos | 2,13 | 0,99 | 3,00 | 0,65 | 2,83 | 0,01* |
| Você em geral | 3,07 | 0,80 | 2,60 | 0,91 | -1,33 | 0,20 |
| Capacidade de tarefas | 2,4 | 0,99 | 2,20 | 0,94 | -0,64 | 0,53 |
| Capacidade de lazer | 2,33 | 0,90 | 2,33 | 1,11 | 0,00 | 1,00 |
| Dinheiro | 2,6 | 0,63 | 2,40 | 1,06 | -0,59 | 0,57 |
| Vida em geral | 2,93 | 0,70 | 2,60 | 0,91 | -1,09 | 0,29 |
| **Soma final** | | | | | **-0,66** | **0,52** |

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

* Teste T significativo a 1%

## 4 Discussão

Nessa pesquisa, os indivíduos do sexo masculino constituíram maior parte da amostra, corroborando, assim, com outros trabalhos (OLIVEIRA; NOVAES, 2013; BORGES et al., 2015), mesmo com o fenômeno presente da feminização da velhice (ALMEIDA et al., 2015). Cabe destacar que esse fato pode ser justificado, pois, como um dos critérios de inclusão foi a obtenção de escore maior ou igual a 10 no MEEM, os homens idosos apresentaram uma capacidade cognitiva melhor quando comparados às mulheres, visto que, apesar deles terem uma menor expectativa de vida (ARGIMON et al., 2012), as mulheres sofrem mais o processo de fragilização (LENARDT et al., 2013).

Com relação à idade e ao estado civil dos participantes, a maior parte foi composta por idosos solteiros (80%) e com média de idade de 73,6 anos, o que, mais uma vez, converge com os dados obtidos em outros trabalhos em que a média de idade dos idosos também foi alta (BORGES et al., 2015; OLIVEIRA; ROCHA JÚNIOR, 2014).

Diferentemente dos achados deste estudo, em relação ao estado civil, a literatura tem apontado com frequência maior ocorrência de idosos viúvos. Como exemplo, no estudo de Guths et al. (2017), 46,7% dos idosos institucionalizados eram viúvos e 66,7% na pesquisa de Matos, Mourão e Coelho (2016), confirmando a viuvez e idade avançada como preditores de institucionalização.

Com relação ao baixo nível de escolaridade, tal achado já era esperado, uma vez que esses idosos viveram suas infâncias numa época em que a educação era pouco acessível (PINHEIRO et al., 2016; REIS et al., 2013). Constatou-se nos estudos de Pinheiro et al. (2016) o predomínio de 97,5% de idosos analfabetos, residentes de seis ILPI da cidade de Natal/RN e no estudo de Reis et al. (2013), 85,1% residentes de uma ILPI na Bahia.

Os resultados encontrados neste estudo corroboram com a afirmativa de Inouye et al. (2010) que apercepção da qualidade de vida de idosos com quadros demenciais é uma variável subjetiva, pois o idoso pode apresentar oscilações de comportamento e humor, que por sua vez influenciam diretamente no modo em que concebe o seu bem-estar (INOUYE et al., 2010). Desse modo, caso houvesse uma avaliação prévia da QV dos idosos institucionalizados seria possível uma avaliação global, inclusive do sucesso de intervenções sobre essa população, pois os distúrbios de comportamento e humor são sintomas frequentes entre os idosos, e o fato de possuir um parâmetro anterior de como era a percepção do indivíduo pode ajudar a se pensar no quadro em que se encontra.

Em 2006, Novelli avaliou a validade da escala QdV-DA na população brasileira e comparou sua pontuação total com um instrumento padrão-ouro

para avaliação da qualidade de vida, o Whoqol-Bref, encontrando correlações significativas entre as duas escalas (p<0.05), nas duas versões (idoso e cuidador), da QdV-DA. No que se refere à confiabilidade da escala (Coeficiente de Correlação Intraclasse-ICC), a autora encontrou ao realizar a validação da escala em 2006, alta confiabilidade (ICC: 0,80) quando aplicada em indivíduos com demência leve ou moderada. Tais resultados evidenciam a validade e confiabilidade do QdV-DA.

Em um estudo realizado em Juiz de Fora (MG), 35 idosos de uma ILPI e 30 da comunidade foram analisados por meio da escala QdV-DA, tendo pontuação média de 34,74. Os idosos foram classificados em três subgrupos: baixa QV (n=16; 24,6%), média QV (n=35; 53,8%), e alta QV (n=14; 21,6%) (GUEDES; BARBOSA; MAGALHÃES, 2013). Tais resultados se assemelham com o presente estudo, em que 26,7% (n=4) dos idosos apresentaram baixa QV, 46,6% (n=7) média QV e 26,7 % (n=4) alta QV.

Adicionalmente, os achados do estudo revelaram que a maioria dos idosos percebe a sua qualidade de vida como média. Em uma revisão de literatura feita por Bertoldi, Batista e Ruzanowsky (2015), avaliando um total de 432 idosos, revelou-se que fatores como o baixo nível de escolaridade, sexo feminino, a falta de atividades físicas e o isolamento social provocado pela própria institucionalização contribuem para o avanço do declínio funcional e cognitivo do idoso, impactando no declínio da qualidade de vida desses idosos.

Inouye, Pedrazzani e Pavarini (2010) corroboram os resultados da presente pesquisa, uma vez que, em estudo realizado pelos autores, a maioria dos idosos avaliados também eram analfabetos ou de baixa escolaridade e apresentaram valores médios de qualidade de vida (29,32 pontos) semelhantes ao do presente estudo, por meio do QdV-DA. Além disso, tal estudo evidenciou que os idosos diagnosticados com Doença de Alzheimer leve a moderada obtiveram valores inferiores aos dos idosos que compuseram o grupo controle, tanto para o escore total quanto para os escores por domínios (p<0,001).

Ao avaliar as duas versões da escala separadamente, buscando comparar as percepções do próprio idoso e de seus cuidadores, Guedes, Barbosa e Magalhães (2013) observaram em seu estudo que o escore médio dos idosos na escala QdV-DA foi de 34,74, em que os idosos se classificaram com média qualidade de vida a partir da divisão por quartis (percentil 25 a 75), enquanto a avaliação feita pelos cuidadores neste mesmo instrumento apresentou escore de 34,09, correspondendo também à classificação de média qualidade de vida, corroborando com os resultados do presente estudo.

Em um estudo realizado na Alemanha por Gräske et al. (2012), observou-se que os idosos tiveram melhor percepção de sua QV (p=0,006) em relação à

dos cuidadores no QdV-DA, ao passo que no presente estudo não foi possível observar diferenças na percepção de idosos e cuidadores. Tal fato aponta para a necessidade de se levar em consideração a opinião desses idosos, pois, ao terem consciência de sua QV em relação aos 13 domínios estudados, podem contribuir ativamente para escolher o que consideram ser o melhor para si. Vale destacar que as diferenças no contexto social, político e econômico devem ser consideradas como fatores que podem interferir na percepção sobre QV dos idosos, no Brasil e na Alemanha.

Os resultados do presente estudo permitem afirmar que não há diferença significativa (p=0,52) na percepção da qualidade de vida na visão do idoso e na visão de seu cuidador, exceto para o domínio "Amigos" (p=0,01), que mostrou que os idosos se sentem mais satisfeitos do que seus cuidadores o percebem acerca desse domínio. Assim, o cuidador parece ser uma peça importante na compreensão dos diversos aspectos que contribuem para a QV do idoso institucionalizado. No entanto, a evidência de que não houve diferença significativa reforça a necessidade de escuta dos idosos, mesmo considerando a presença de sinais de déficits cognitivos, pois eles possuem diferentes percepções sobre esse constructo e, portanto, sobre aspectos pertinentes a sua qualidade de vida.

O estudo de Inouye et al. (2010), realizado com 53 idosos, também abordou a relação entre a versão do cuidador e do idoso da escala QdV-DA. Eles também observaram convergência nas visões dos idosos e de seus cuidadores para a maioria dos domínios da escala. No entanto, perceberam a tendência do cuidador em superestimar dimensões como família, casamento e moradia e subestimar os demais domínios, quando comparado às respostas dos idosos. Conforme apontado por Novelli (2006), as diferenças na percepção dos idosos e de seus cuidadores pode ser devido aos prejuízos de julgamento, tão comumente vistos nos sujeitos demenciados, ou à presunção de que uma pessoa com doença degenerativa vai ter uma baixa QV.

Em Madrid, um estudo realizado por Rodríguez-Blázquez et al. (2015) com 525 idosos institucionalizados de 14 centros da Espanha (QV foi avaliada por meio do QdV-DA e a depressão pela escala de Cornell para depressão em demência), mostrou que a depressão influencia negativamente a QV, tanto no autorrelato como no heterorrelato, sendo a depressão um fator que influencia diretamente na QV das pessoas com demência.

O comprometimento cognitivo requer uma avaliação multidimensional no sentido de auxiliar modificações na busca do cuidado holístico, ou seja, que considere o idoso com um todo. A avaliação e acompanhamento dos quadros demenciais pode ser determinada usando vários resultados clínicos e comportamentais, o que pode maximizar o funcionamento do dia-a-dia (BUASI;

PERMSUWAN, 2014). Preservar a realização das atividades básicas da vida diária desse idoso ajuda a manter ao máximo sua independência e autonomia e deve ser estimulada no cuidado a esta população, especialmente no contexto da institucionalização (JOSINO et al., 2015). Se a família não é capaz de acolher as necessidades desse idoso, então cabe às ILPI se estruturarem para este acolhimento, a fim de evitar o avanço dos quadros senis (HARTMANN JÚNIOR; GOMES, 2016).

Os resultados da presente pesquisa em função das características da população avaliada, como baixa escolaridade e idade avançada, revelou o grande número de idosos com declínio cognitivo residentes nas ILPI participantes. Pesquisa desenvolvida com três grupos de convivência de idosos de Porto Alegre, com 88 idosos, apontou correlações entre os domínios de qualidade vida e o funcionamento cognitivo. Beckert, Irigaray e Trentini (2012) acreditam que a cognição seja um fator determinante na qualidade de vida dos idosos, já que o bom funcionamento cognitivo responde pela adequação do comportamento na realização das atividades de vida diárias (AVD), além de proporcionar estratégias de enfrentamento diante de perdas advindas do processo de envelhecimento.

Como limitações deste estudo destacamos o tamanho da amostra, embora o número de participantes represente todos os idosos institucionalizados do município que atenderam aos critérios de inclusão. Além disso, a não mensuração de outras variáveis que pudessem interferir nos resultados, como o levantamento das atividades anteriores à institucionalização, o tipo de atividades promovidas pelas instituições e o tempo de contato dos cuidadores com o idoso, podem, também, ser considerados fatores limitadores. Vale salientar ainda que o QdV-DA não foi validado para idosos institucionalizados e, ainda, a inexistência de pontos de corte do MEEM para essa população, possibilitando que estudos futuros dediquem a essas limitações apontadas de modo a superá-las e contribuirmos para a melhoria da qualidade de vida dos idosos institucionalizados.

## 5 Conclusão

Embora os resultados tenham mostrado que os participantes apresentem escores médios que indicam uma qualidade de vida moderada. Sabe-se que a avaliação de constructos subjetivos, como é o caso da qualidade de vida, é um grande desafio na população com demência, que pode apresentar oscilações de comportamento e humor. Os resultados permitem afirmar que, para esse

público, a qualidade de vida percebida pelo cuidador é similar a percebida pelos próprios idosos em todos os itens avaliados, exceto para o domínio Amigos. Sabe-se que os cuidadores são os profissionais que estão mais próximos dos idosos no seu dia-a-dia e acompanhando suas rotinas. Nesta pesquisa, apesar de ter sido revelado que possuem percepções muito similares à do próprio idoso sobre este constructo, a percepção do cuidador não deve substituir a avaliação do próprio idoso institucionalizado.

As características da população idosa, especialmente a institucionalizada, marcada por graus variados de comprometimento cognitivo, devem ser levadas em consideração pelos profissionais e gestores das ILPI a fim de estruturar suas atividades e propostas, buscando sempre o bem-estar geral dos idosos institucionalizados. Por fim, percebe-se a importância do estímulo da funcionalidade com atividades de estímulo cognitivo e, inclusive, com utilização de práticas integrativas e complementares para a qualidade de vida dos idosos residentes em instituições.

## *EVALUATION OF THE QUALITY OF LIFE OF INSTITUTIONALIZED OLDER ADULTS WITH SIGNS OF DEMENTIA*

abstract

Introduction: Cognitive insufficiency is one of the main factors that may compromise the independence and autonomy of the older adults, especially in those living in Homes for the Aged. Objective: To evaluate the Quality of Life (QOL) of older adults with signs of dementia who live in Long-term care facilities in Betim, Minas Gerais State. Methods: This is a quantitative, cross-sectional, descriptive study that initial triage was performed using the Mini-Mental State Examination (MMSE); those who obtained positive screening criteria according to schooling and scores above 10 were submitted to the Brazilian version of the Alzheimer's Disease Quality of Life Scale (QOL-AD). The total of 106 older adults in 3 in Long-term care facilities, 58 were able to respond to the cognitive screening performed by the MMSE and, of these, 15 obtained scores to participate in this study. Results: The quartile distribution was used for the composite correction (P25 = 26.7, P50 = 31.3, P75 = 36.00, and the results allowed to state that 26.7% (n=4) had low QOL, 46.6% mean QOL (n=7) and 26.7% were classified as having high QOL (n=4). Conclusion: The evaluation of subjective constructs, as QOL, is a challenge to older adults with

signs of dementia, but extremely important to evaluate the impact of the proposed interventions. The QOL should be taken into account by those responsible for the management of these institutions in order to structure their activities seeking the welfare of the institutionalized older adults, attentive to the profile of this population.

k e y w o r d s

Quality of Life. Older Adults. Homes for the Aged. Dementia.

## referências

ALENCAR, Mariana Asmar et al. Perfil dos idosos residentes em uma instituição de longa permanência. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia,* Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 785-796, 2012.

ALMEIDA, Alessandra Vieira et al. A feminização da velhice: em foco as características socioeconômicas, pessoais e familiares das idosas e o risco social. *Textos & Contextos,* Porto Alegre, v. 14, n. 1, p. 115-131, 2015.

ANDRADE, Fabienne Louise Juvêncio Paes de et al. Incapacidade cognitiva e fatores associados em idosos institucionalizados em Natal, RN, Brasil. Revista *Brasileira de Geriatria e Gerontologia,* Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 186-196, 2017.

ARGIMON, Irani I. Lima et al. Gênero e escolaridade: estudo através do miniexame do estado mental (MEEM) em idosos. *Aletheia*, Canoas, n. 38-39, p. 153-161, 2012.

BARBOSA, Lara de Melo et al. Qualidade de vida relacionada à saúde dos cuidadores formais de idosos institucionalizados em Natal, Rio Grande do Norte. *Revista Brasileira de Estudos de População*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 2, p. 391-414, 2017.

BECKERT, Michele; IRIGARAY, Tatiana Quarti, TRENTINI, Clarissa Marceli. Qualidade de vida, cognição e desempenho nas funções executivas de idosos. *Estudos de Psicologia*, Campinas, v. 2, n. 29, p. 155-162, 2012.

BERTOLDI, Josiane Teresinha; BATISTA, Ana Camila; RUZANOWSKY, Samanta. Declínio cognitivo em idosos institucionalizados: revisão de literatura. *Cinergis,* Santa Cruz do Sul, v. 16, n. 2, p. 152-156, set. 2015.

BERTOLUCCI, Paulo H. F. et al. O Mini-Exame do Estado Mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria,* São Paulo, v. 52, n. 1, p. 1-7, 1994.

BORGES, Cintia Lira et al. Características sociodemográficas e clínicas de idosos institucionalizados: contribuições para o cuidado de enfermagem. *Revista Enfermagem UERJ,* Rio de Janeiro, v. 3, n. 23, p. 381-387, 2015.

BRASIL. Lei 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. *Diário Oficial da União,* Brasília, DF, 3 out. 2003. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm. Acesso em: 8 ago. 2017.

BUASI, Nopporn; PERMSUWAN, Unchalee. Validation of the Thai QOL-AD version in Alzheimer's patients and caregivers. *Australasian Medical Journal,* Australia, v. 6, n. 7, p. 251-259, 2014.

FARIA, Carla Gomes; CARMO, Macedo Peixoto. Transição e (in)adaptação ao lar de idosos: um estudo qualitativo. *Psicologia:* Teoria e Pesquisa, Brasília, DF, v. 31, n. 4, p. 435-442, 2015.

GRÄSKE, Johannes et al. Quality of life in dementia care: differences in quality of life measurements performed by residents with dementia and by nursing staff. *Aging & Mental Health,* United Kingdom, v. 7, n. 16, p. 819-827, 2012.

GREVE, Patrícia et al. Correlações entre mobilidade e independência funcional em idosos institucionalizados e não-institucionalizados. *Fisioterapia em Movimento*, Curitiba, v. 20, n. 4, p. 117-124, 2017.

GUEDES, Danielle Viveiros; BARBOSA, Altemir José Gonçalves; MAGALHÃES, Neide Cordeiro de. Qualidade de vida de idosos com declínio cognitivo: auto e heterorrelatos. *Avaliação psicológica*, Campinas, v. 12, n. 1, p. 9-17, 2013.

GUTHS, Jucélia Fátima da Silva et al. Sociodemographic profile, family aspects, perception of health, functional capacity and depression in institutionalized elderly persons from the north coastal region of Rio Grande do Sul, Brazil. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 175-185, 2017.

HARTMANN JÚNIOR, José Antônio Spencer; GOMES, Giliane Cordeiro. Depressão em idosos institucionalizados: padrões cognitivos e qualidade de vida. *Ciências & Cognição*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 137-154, 2016.

INOUYE, Keika et al. Qualidade de vida do idoso com doença de Alzheimer: estudo comparativo do relato do paciente e do cuidador. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 18, n. 1, p. 1-8, 2010.

INOUYE, Keika; PEDRAZZANI, Elisete Silva; PAVARINI, Sofia Cristina Iost. Influência da doença de Alzheimer na percepção de qualidade de vida do idoso. *Revista da Escola de Enfermagem da USP,* São Paulo, v. 44, n. 4, p. 1093-1099, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Censo demográfico 2010*. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Síntese de indicadores sociais:* uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro: IBGE, 2016.

JOSINO, Jeanne Batista et al. Análise do estado de funcionalidade de idosos residentes em unidades de longa permanência. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, Fortaleza, v. 28, n. 3, p. 351-360, 2015.

LACERDA, Tatiana Teixeira Barral de et al. Characterization of long-term care facilities for the elderly in the metropolitan region of Belo Horizonte. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 743-753, 2017.

LENARDT, Maria Helena et al. O desempenho de idosas institucionalizadas no miniexame do estado mental. *Acta Paulista de Enfermagem,* São Paulo, v. 22, n. 5, p. 638-644, 2009.

LENARDT, Maria Helena et al. Prevalence of pre-frailty for the component of gait speed in older adults. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 21, n. 3, p. 734-741, 2013.

LINI, Ezequiel Vitório et al. Idosos institucionalizados: prevalência de demências, características demográficas, clínicas e motivos da institucionalização. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, Passo Fundo, v. 11, n. 3, p. 267-275, set./dez. 2014.

LOPES, Valderina Moura et al. O que levou os idosos à institucionalização? *Revista de Enfermagem UFPE Online*, Recife, v. 12, n. 9, p. 2428-2435, 2018.

MATOS, Ana Isabel Pinto de; MOURÃO, Isabel; COELHO, Eduarda. Interação entre a idade, escolaridade, tempo de institucionalização e exercício físico na função cognitiva e depressão em idosos. *Motricidade*, Ribeira de Pena, v. 12, n. 2, p. 38-47, 2016.

NOVELLI, Marcia Maria Pires Camargo. *Validação da escala de qualidade de vida (QdV-DA) para pacientes com doença de Alzheimer e seus respectivos cuidadores/familiares*. 2006. 156 f. Tese (Doutorado em Neurologia) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

OLIVEIRA, Julia Roberta de; ROCHA JÚNIOR, Paulo Roberto. Qualidade de vida e capacidade funcional do idoso institucionalizado. *Revista Kairós:* Gerontologia, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 343-353, 2014.

OLIVEIRA, Mirna Poliana Furtado de; NOVAES, Maria Rita Carvalho Garbi. Perfil socioeconômico, epidemiológico e farmacoterapêutico de idosos institucionalizados de Brasília, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 1069-1078, 2013.

OLIVEIRA, Tatiana Resende Prado Rangel de et al. Promoção da saúde e intersetorialidade na rede de atenção ao idoso. *Geriatrics, Gerontology and Aging*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 182-188, 2017.

PINHEIRO, Natalia Cristina Garcia et al. Desigualdade no perfil dos idosos institucionalizados na cidade de Natal, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 11, p. 3399-3405, 2016.

REIS, Luciana Araújo dos et al. Perfil sociodemográfico e de saúde do idoso em instituição de longa permanência para idosos em Vitória da Conquista/BA. *InterScientia*, João Pessoa, v. 1, n. 3, p. 50-59, 2013.

RODRÍGUEZ-BLÁZQUEZ, Carmen et al. Quality of life and health status in institutionalized elderly with dementia. *Revista Española de Salud Pública*, Madrid, v. 89, n. 1, p. 51-60, 2015.

UNITED NATIONS. Department of Economic and Social Affairs. Population Division. *World Population Prospects:* 2015 Revision – Key Findings and Advance Tables. New York: United Nations, 2015.

Data de Submissão: 10/07/2018
Data de Aprovação: 14/06/2019