

INSTITUCIONALIZAÇÃO E QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS DA REGIÃO METROPOLITANA DE VITÓRIA - ES

Institutionalization and Quality of life in elderly at metropolitan region in Vitória - ES, Brazil

Institucionalización y calidad de vida de ancianos de la región metropolitana de Vitoria - ES, Brasil

Elizabete Regina Araújo de Oliveira¹

Maria José Gomes²

Karina Mary de Paiva³

RESUMO

O objetivo deste estudo foi comparar a QV de 70 idosos funcionalmente independentes e residentes em instituições (G1) e 210 não institucionalizados (G2) na região metropolitana de Vitória-ES. Estudo descritivo transversal. Foi utilizado o instrumento Whoqol-bref, um roteiro de exame físico e um questionário sociodemográfico. Foram empregados os testes “t” de Student, Mann-Whitney, Kruskal Wallis e Wilcoxon. Em relação à saúde sistêmica, verificou-se associação entre o fator institucionalização e a pressão arterial sistólica no G1 (PAS: 132,98; p= 0,003). O G1 mostrou pior qualidade de vida comparado ao G2, que apresentou melhores pontuações em todos os domínios do instrumento. Observou-se uma associação entre institucionalização e todos os domínios da qualidade de vida: domínio físico (p=0,002), psicológico (p=0,000), relações sociais (p=0,033) e meio ambiente (p=0,002). O G1 apresentou pior qualidade de vida que G2, permitindo afirmar que a institucionalização de idosos é um fato determinante na perda da qualidade de vida.

Palavras Chave: Idoso. Institucionalização. Qualidade de Vida. Envelhecimento. Promoção da Saúde.

Abstract

The aim of this study was to compare the quality of life of 70 independent elderly residents in ones institutions (G1) and 210 not institutionalized (G2) in the metropolitan region of Vitória-ES. The Whoqol-bref instrument, a script of physical examination and demographic questionnaire was used. Tests “t” of Student, Mann-Whitney, Kruskal Wallis and Wilcoxon had been used. In relation to the systemic health, the association between the factor institutionalization and the systolic arterial pressure was verified with higher values in the G1 (p= 0,003). The G1 has shown the worse quality of life comparing to the G2, which presented better punctuations in all the domains of the instrument. An association between institutionalization and all the domains of the quality of life was observed: physical domain (p=0,002), psychological one (p=0,000), social relations (p=0,033) and environment (p=0,002). The elderly ones institutionalized presented a worse quality of life in comparison to the not institutionalized, affirming that the institutionalization is determinant concerning to the loss of the quality of life.

Keywords: Aged. Institutionalization. Quality of life. Aging. Health Promotion.

Resumen

El objetivo de este estudio fue comparar la calidad de vida de 70 ancianos independientes y que vivían en asilos (G1) y 210 que no vivían en estas instituciones (G2) en Vitória-ES. Estudio descriptivo transversal. Fue utilizado el instrumento Whoqol-bref, un cuestionario de exanimación física y otro de situación demográfica. También fueron aplicadas la estadística “t” de Student, Mann-Whitney, Kruskal Wallis y de Wilcoxon. En relación a la salud sistémica, la asociación entre la institucionalización y la presión arterial sistólica fue verificada con valores más altos en el G1 (p= 0,003). El G1, demostró calidad de vida comparativa peor que el G2, que presentó mejores puntuaciones en todos los dominios del instrumento. Una asociación entre la institucionalización y todos los dominios de la calidad de vida fue observada: dominio físico (p=0,002), el psicológico (p=0,000), relaciones sociales (p=0,033) y ambiente (p=0,002). Los ancianos que viven en los asilos tienen peor calidad de vida que aquellos que no viven en estas instituciones, permitiendo afirmar que la institucionalización es un hecho determinante en la pérdida de la cualidad de vida de ellos.

Palabras clave: Anciano. Institucionalización. Calidad de vida. Envejecimiento. Promoción de la salud.

¹ Professora associada do Curso de Enfermagem da UFES; Professora do Programa de pós-graduação em Saúde Coletiva – Departamento de Enfermagem UFES. Vitória-ES. Brasil. E-mail: elizabete_regina@hotmail.com; ² Professora Associada do Curso de Odontologia da UFES; Professora do Programa de pós-graduação em Clínica Odontológica – Departamento de Prótese Dentária UFES. Vitória-ES. Brasil. E-mail: majogomezlou@yahoo.com.br.; ³ Fonoaudióloga-Mestranda no Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública da USP. São Paulo- SP. Brasil. E-mail: kmpaiva@yahoo.com.br.

INTRODUÇÃO

As mudanças demográficas no panorama mundial têm alertado quanto às peculiaridades e singularidades envolvidas no processo do envelhecimento. Nos países em desenvolvimento, essas questões tornam-se ainda mais essenciais, pela acelerada transição que se associa às dificuldades decorrentes das desigualdades socioeconômicas, que tendem a exigir dos governantes a formulação e adequação de políticas públicas, a fim de minimizar tais disparidades, na busca por um envelhecimento populacional saudável.

É sabido que o processo de envelhecimento da população brasileira tem se acentuado significativamente nas últimas décadas. Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), entre 1950 e 2025, a população de idosos no país crescerá 16 vezes contra 5 vezes o crescimento populacional total, colocando nosso país como a sexta população em contingente de idosos no mundo.¹

O Censo 2007² mostrou que o Brasil tem mais de 11.000 pessoas com 100 anos ou mais, com predomínio do sexo feminino (72,24%), que representa quase o dobro do número de homens na população. Acredita-se que esta população centenária tende a aumentar no Censo de 2010 com implicações para a previdência e para a saúde. Foi constatado que o Espírito Santo abriga 212 centenários.

O envelhecimento pode gerar consequências na saúde geral do indivíduo que podem levar a uma maior suscetibilidade a afecções e agravos, que configuram o novo espectro epidemiológico de prevalência de doenças crônicas, contribuindo para a redução da capacidade física e biológica que tendem a diminuir a independência e a autonomia dos idosos, comprometendo sua qualidade de vida.³

A qualidade de vida é um conceito abrangente que visa analisar, além da condição clínica de saúde do indivíduo, os aspectos perceptuais quanto ao seu bem-estar pessoal e autoestima. Para isso, exige a avaliação de questões relativas à percepção de do estado de saúde, estilo de vida, capacidade funcional, autocuidado, suporte familiar, interação social, atividade intelectual, nível socioeconômico, estado emocional, valores culturais e religiosos e satisfação pessoal quanto às atividades diárias e o ambiente onde vive.⁴

Uma das alternativas para os idosos que perderam seus vínculos familiares ou são procedentes de famílias de baixa renda é a busca pelas Instituições de Longa Permanência (ILP). Este fato pode representar uma exclusão social, na medida em que o idoso se vê afastado de relações sociais que fazem parte de sua história de vida. Por outro lado, o processo de redefinição pela qual a institucionalização vem passando parte da premissa de que estas instituições podem representar relações interpessoais saudáveis, ressignificação de trajetórias, buscando uma vivência com dignidade na velhice.⁵

As mudanças referentes à estrutura etária da população afetam não só o indivíduo que envelhece, mas também a sua família, a comunidade onde está inserido, além do poder público,

no sentido de assegurar seus direitos, criando condições para promover autonomia, integração e participação efetiva na sociedade.⁶ A comparação entre a qualidade de vida de idosos submetidos ou não à institucionalização sinaliza para a necessidade de uma reflexão pertinente e de uma reorganização da atenção a este segmento populacional. Ações direcionadas às novas demandas previdenciárias e de saúde decorrentes deste processo representariam uma forma de garantir ao idoso a manutenção de suas relações familiares e comunitárias, já que as ILP ainda se configuram em um desafio quando pensadas no contexto da promoção da saúde.

Face ao exposto, o objetivo desse estudo foi comparar a qualidade de vida de idosos funcionalmente independentes residentes em instituições de longa permanência e em domicílios particulares na região metropolitana de Vitória-ES.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo transversal que ocorreu entre os meses de novembro de 2008 e março de 2009, nos municípios de Cariacica, Serra, Vila Velha e Vitória, pertencentes à região metropolitana de Vitória no Espírito Santo. Este estudo envolveu idosos funcionalmente independentes residentes em instituições de longa permanência e idosos não institucionalizados residentes nos mesmos municípios com seleção baseada no mesmo critério. Classificou-se como idoso, o indivíduo com 60 anos e mais.

Foram pesquisadas 14 instituições de longa permanência, sendo 3 no município de Cariacica, 4 na Serra, 5 em Vila Velha e 2 em Vitória. A amostra de idosos residentes nestas instituições que se enquadravam ao critério de inclusão do estudo foi igual a 70. Para fins de comparação, utilizou-se uma amostra intencional para os não institucionalizados e residentes nos mesmos municípios, totalizando 210 idosos.

Para a coleta de dados, foi utilizada a versão em português do instrumento WHOQOL-*bref*, um roteiro de exame físico seguindo as técnicas de semiologia de Oliveira (2007)⁷ e uma ficha sociodemográfica (GOMES, 2006).⁸ Foi realizado estudo piloto para familiarização dos pesquisadores com os instrumentos empregados.

O instrumento WHOQOL-BREF, uma versão abreviada do WHOQOL-100, pertencente à Organização Mundial da Saúde para a avaliação da qualidade de vida, surgiu do interesse em utilizar medidas de qualidade de vida em estudos epidemiológicos e de base populacional. Ele é composto por 26 questões formuladas para uma escala de respostas tipo Likert com quatro variáveis, cada uma com cinco níveis. Essa versão é composta por quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente, além do domínio global, o qual é constituído pelas perguntas 1 e 2 do questionário. Este instrumento não possui escores indicando as faixas de melhor classificação de qualidade de vida, há uma escala do valor mínimo, 4, até o valor máximo, 20. Os escores dos quatro domínios combinados geram um escore total.⁹ O desempenho

deste instrumento foi avaliado em uma amostra heterogênea de idosos, demonstrando propriedades psicométricas e desempenho satisfatório.¹⁰

Na análise descritiva, para comparação das médias entre amostras independentes, foi realizado o Teste “t” de Student. Com o objetivo de verificar diferenças entre os grupos de idosos (institucionalizados e não institucionalizados) e os domínios do instrumento de qualidade de vida, foi utilizado o teste não paramétrico de Mann-Whitney, também utilizado para amostras independentes. O mesmo teste foi empregado para analisar as diferenças na saúde sistêmica entre os grupos de idosos e entre os domínios. No caso de as variáveis relacionadas à saúde sistêmica não serem dicotômicas e também para comparação entre os quatro domínios e os idosos dos quatro municípios, recorreu-se ao teste não paramétrico de Kruskal-Wallis.

Para análise do comportamento dos domínios para cada grupo de idosos utilizou-se o teste não paramétrico de Wilcoxon para comparação de amostras pareadas.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo com o número de registro 107/08.

RESULTADOS

A maioria dos idosos participantes do estudo é do sexo feminino (64,3%), tanto para o grupo institucionalizado quanto para os não institucionalizados. 59% da população entrevistada referem cor branca, seguida por 21,4% da cor parda (Tabela 1).

Quanto às doenças crônicas, a prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) foi semelhante entre os dois grupos institucionalizados e não institucionalizados, 52,9% e 53,8%, respectivamente. O diabetes melito (DM) apresentou uma prevalência de 22,9% nos institucionalizados, maior que a média da população entrevistada (16,8%). Em contrapartida, as cardiopatias apresentaram uma prevalência maior nos não institucionalizados (8,6%), valor maior que a média desta população (7,1%) – Tabela 1.

Tabela 1 — Caracterização dos idosos da região metropolitana de Vitória segundo sexo, uso de drogas e presença de doenças crônicas. Vitória - ES, 2009.

Variáveis	Idosos				TOTAL	
	Institucionalizados		Não Institucionalizados		Num	%
	Num	%	Num	%		
Sexo						
Masculino	25	35,7	75	35,7	100	35,7
Feminino	45	64,3	135	64,3	180	64,3
Raça						
Branca	40	57,1	125	59,5	165	58,9
Amarela	4	5,7	3	1,4	7	2,5
Parda	15	21,4	45	21,4	60	21,4
Negra	11	15,7	37	17,6	48	17,1
Uso de drogas						
Nenhuma	55	78,6	171	81,4	226	80,7
Tabaco	9	12,9	9	4,3	18	6,4
Álcool	3	4,3	23	11,0	26	9,3
Álcool e tabaco	3	4,3	7	3,3	10	3,6
Doenças crônico-degenerativas						
Nenhuma	21	30,0	57	27,1	78	27,9
Uma ou mais	49	70,0	153	72,9	202	72,1
HAS						
Não	33	47,1	97	46,2	130	46,4
Sim	37	52,9	113	53,8	150	53,6
DM						
Não	54	77,1	179	85,2	233	83,2
Sim	16	22,9	31	14,8	47	16,8
Cardiopatias						
Não	68	97,1	192	91,4	260	92,9
Sim	2	2,9	18	8,6	20	7,1
TOTAL	70	100,0	210	100,0	280	100,0

Tabela 2 – Média dos valores dos domínios da qualidade de vida entre idosos da região metropolitana de Vitória. Grande Vitória – ES, 2009.

Domínios	Média ± desvio-padrão		p-valor
	Institucionalizados	Não Institucionalizados	
Físico	14,19 (2,83)	15,29 (2,53)	0,002*
Psicológico	14,50 (2,69)	15,94 (2,55)	0,000*
Relações sociais	15,03 (3,10)	15,96 (2,94)	0,033*
Meio ambiente	13,79 (2,47)	14,97 (2,40)	0,002*
Global	14,80 (3,34)	15,79 (2,72)	0,071

* Mann-Whitney Test.

A caracterização quanto à institucionalização segundo hábitos inadequados como uso de drogas mostrou que 12,9% dos idosos institucionalizados relatam o hábito do tabagismo, e o hábito do alcoolismo foi observado em 11% dos idosos não institucionalizados.

Os idosos não institucionalizados apresentaram as maiores pontuações em todos os quatro domínios, com valores de escores homogêneos. Entre os institucionalizados, o domínio do meio ambiente apresentou o menor escore entre os domínios (Tabela 2).

Observou-se uma associação entre o fator institucionalização e todos os domínios da qualidade de vida, para o domínio físico ($p=0,002$), o psicológico ($p=0,000$), das relações sociais ($p=0,033$) e do meio ambiente ($p=0,002$). Somente o domínio global não apresentou significância ($p=0,071$).

Em relação ao sexo, esta variável não esteve associada de forma significativa a nenhum dos domínios, ou seja, os domínios se apresentam com valores semelhantes para ambos os sexos. Com relação à saúde sistêmica, foram utilizadas as variáveis contínuas, idade, pressão arterial sistólica (PAS) e diastólica (PAD), frequência cardíaca (FC) e respiratória (FR), temperatura (T) e dor (D). Verificou-se associação entre o fator institucionalização e a PAS, mostrando valores mais altos para essa variável nos idosos institucionalizados (PAS:132,98; $p=0,003$).

Na análise dos domínios de qualidade de vida entre os quatro municípios, os idosos foram analisados separadamente quanto à institucionalização. Verificou-se que para os idosos institucionalizados, o domínio das relações sociais apresenta os maiores valores para os municípios de Serra e Vitória, enquanto o domínio do meio

Tabela 3 – Média dos valores dos domínios da qualidade dos idosos institucionalizados da região metropolitana de Vitória. Grande Vitória - ES, 2009.

Domínios	Município				p-valor
	Cariacica	Serra	Vila Velha	Vitória	
Físico	13,43	13,82	14,29	14,79	0,573
Psicológico	14,52	14,24	15,13	14,33	0,640
Relações sociais	13,62	15,76	14,15	15,74	0,016*
Meio ambiente	11,36	14,47	14,96	14,08	0,001*
Global	14,14	15,41	14,92	14,69	0,754

*Kruskal-Wallis Test

Tabela 4 – Média dos valores dos domínios da qualidade de vida dos idosos não institucionalizados da região metropolitana de Vitória. Grande Vitória - ES, 2009

Domínios	Município				p-valor
	Cariacica	Serra	Vila Velha	Vitória	
Físico	14,12	16,64	15,31	15,03	0,000*
Psicológico	14,59	17,96	16,05	15,29	0,000*
Relações sociais	14,38	18,12	15,73	15,52	0,000*
Meio ambiente	13,40	16,92	14,90	14,57	0,000*
Global	15,14	16,47	16,00	15,59	0,049*

*Kruskal-Wallis Test

ambiente tem os menores valores para Cariacica ($p=0,000$) – Tabelas 3 e 4.

Já para os idosos não institucionalizados, o município da Serra tem os maiores valores para todos os quatro domínios. Para os domínios psicológico, das relações sociais e do meio ambiente, seguem-se a Serra, os municípios de Vila Velha, Vitória e Cariacica ($p=0,000$).

DISCUSSÃO

Quanto à caracterização da população entrevistada, a predominância de idosos pertencentes ao sexo feminino (64,3%) reflete a realidade brasileira, denominada feminização da velhice. Atribui-se a isso fatores relacionados à menor exposição a determinados fatores de risco no trabalho, assim como para mortalidade por causas externas, como homicídio e acidentes de trânsito, menor prevalência de tabagismo e uso de álcool, diferença quanto à atitude em relação a doenças e incapacidades, diminuição da mortalidade materna, decorrente da maior cobertura de assistência ginecológica e obstétrica.¹¹

A presença de doenças crônicas representa um desafio à qualidade de vida dos idosos, por estar diretamente relacionado à incapacidade funcional, comprometendo a independência e a autonomia nas atividades diárias, fato que pode explicar sua internação em ILP.¹² A prevalência de uma ou mais doenças crônicas, neste estudo, foi de 72,1% na população total, 70,0% institucionalizados e 72,9% não institucionalizados, à semelhança com dados da PNAD 2003¹³, que mostram que 77,6% dos indivíduos com 65 anos e mais relataram a presença de pelo menos uma doença crônica.

O hábito do tabagismo pode ser considerado um importante fator agravante à condição de saúde do idoso, por representar um conflito para o fumante crônico, que considera o hábito irrelevante pela presença de uma doença crônica já existente; pela ausência desta na presença do hábito, consideram-se imunes aos malefícios do cigarro.¹⁴ O mesmo autor observou em seu estudo com idosos residentes em ILP do Distrito Federal uma prevalência de 23% de fumantes dentre os asilados, assim como uma baixa motivação para cessação tabágica.

A caracterização quanto à institucionalização segundo hábitos inadequados como uso de drogas, mostrou que 12,9% dos idosos institucionalizados relatam o hábito do tabagismo, uma proporção maior que dobro da média desta população (6,4%). Entretanto, o hábito do alcoolismo foi observado em 11% dos idosos não institucionalizados, enquanto a média foi de 6,4% nesta população.

As investigações relativas à análise da qualidade de vida da população tem como desafio principal determinar análises contextualizadas e transformadoras da realidade, como forma de expandir as alternativas de promoção e prevenção de doenças para além do paradigma médico-assistencialista.¹⁵

O instrumento utilizado neste estudo, o WHOQOL-BREF, proporciona uma gama de informações essenciais para uma avaliação integral por meio de questões relacionadas à percepção do indivíduo quanto a aspectos físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente, o que facilita a identificação de fatores determinantes da qualidade de vida.

Os idosos não institucionalizados apresentaram os maiores escores em todos os domínios do instrumento; ou seja, neste estudo, pode-se concluir que os idosos não submetidos ao fator institucionalização apresentam melhor qualidade de vida quando comparados àqueles institucionalizados. A ordem de maior satisfação entre os domínios indicou em primeiro lugar as relações sociais, seguidas pelo psicológico, global, físico e do meio ambiente.

À semelhança com estes resultados, um estudo com idosos institucionalizados e não institucionalizados realizado no Rio Grande do Sul observou que o grupo não asilado apresenta melhor qualidade de vida que os asilados, com médias superiores em todos os domínios da qualidade de vida.⁵

As associações estatisticamente significantes observadas entre o fator institucionalização e todos os domínios da qualidade de vida, ou seja, físico ($p=0,002$), psicológico ($p=0,000$), das relações sociais ($p=0,033$) e do meio ambiente ($p=0,002$), mostram que os valores para cada domínio não são os mesmos entre os grupos institucionalizados e não institucionalizados. Desta forma, pode-se sugerir que o fator institucionalização interfere na percepção da qualidade de vida em idosos.

Diferentemente dos resultados encontrados neste estudo, uma pesquisa com idosos encontrou que o sexo masculino apresentava melhores escores no domínio físico que as mulheres, e Azpiazu Garrido e colaboradores¹⁶, em uma amostra com idosos não institucionalizados, observaram que as mulheres possuíam piores escores em todos os domínios do instrumento.

O domínio meio ambiente apresentou baixas pontuações para o grupo institucionalizado. No questionário, este domínio engloba as facetas relacionadas a recursos financeiros, recreação e lazer, transporte, ambiente físico, oportunidade de adquirir novas informações, cuidados em saúde, ambiente no lar e segurança física. Este é um item relevante na percepção da qualidade de vida do idoso. As piores pontuações para este grupo confirmam seu impacto na qualidade de vida de idosos institucionalizados. Prado¹⁷ afirma que as condições ambientais relacionam-se com a qualidade de vida percebida, ou seja, a existência de condições ambientais que permitam aos idosos desempenhar comportamentos biológicos, sociais e psicológicos adaptativos apresenta relação direta com a qualidade de vida na velhice.

Para os idosos institucionalizados dos municípios da Serra e Vitória, as melhores pontuações foram obtidas no domínio das relações sociais. Este resultado sugere que os idosos desses municípios parecem receber suporte social

adequado na instituição asilar. Um estilo de vida socialmente envolvente é relacionado a maiores escores de cognição e satisfação tanto na comunidade quanto em asilos.¹⁸

O fator institucionalização deve ter reconhecida importância diante da transição populacional e epidemiológica. As questões inerentes ao envelhecimento, como queda do *status* socioeconômico e perda gradual da energia física e de produtividade, aliadas à maior suscetibilidade às doenças crônicas, deixam o idoso mais vulnerável física e emocionalmente, podendo ser a única possibilidade ao idoso a institucionalização. Assim, a rede social torna-se fundamental como um meio ambiente propício ao desenvolvimento e estímulo de um estilo de vida saudável, questões que podem não ser concretizadas em um ambiente asilar.

CONCLUSÃO

A maior probabilidade de perdas e limitações do idoso necessita ser foco de ações e planejamentos direcionados à manutenção do bem-estar e satisfação dos mesmos, que se relaciona diretamente à sua capacidade de superação de dificuldades e obstáculos.

A qualidade de vida nos idosos institucionalizados deste estudo foi pior quando comparada àqueles não institucionalizados em todos os domínios avaliados. Com o aumento desse segmento da população, os desafios são novos e exigem reestruturação e planejamento social e da saúde, priorizando alocações mais efetivas de recursos direcionados à assistência e principalmente à promoção da saúde, através da prevenção de doenças e educação em saúde. Desta forma, torna-se essencial a superação dos desafios impostos pelo fator institucionalização.

REFERÊNCIAS

1. Moreira MD, Caldas CP. A importância do cuidador no contexto da saúde do idoso. Esc Anna Nery. [on-line]. 2007;11(3) : 520-25.
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística- IBGE. Censo Demográfico. Contagem da população. Rio de Janeiro; 2007.
3. Neri AL, Yassuda MS. Velhice bem-sucedida: aspectos afetivos e cognitivos. Campinas: Papirus; 2004.
4. Vecchia RD, Ruiz T, Bocchi SCM, Corrente JE. Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. Rev Bras Epidemiol. 2005; 8: 246-52.
5. Ramos LJ. Avaliação do estado nutricional, de seis domínios da qualidade de vida e da capacidade de tomar decisão de idosos institucionalizados e não-institucionalizados no município de Porto Alegre, RS. [dissertação]. Porto Alegre: Pontifca Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2008.
6. Lei nº 8842, de 04 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da Republica Federativa do Brasil, Brasília(DF), 04 jan 1994: Seção II.
7. Oliveira ERA. Ensino do exame físico por diferentes estratégias. [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 1998.
8. Gomes MJ. Hipersensibilidade ao látex. Rev Odontol. Universidade Federal do Espírito Santo 2006; 9: 34-36.
9. Fleck MP de A, Leal OF, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G. et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). Rev Bras Psiquiatr. 1999; 21:19-28.
10. Chachamovich E, Trentini C. Assessment of the psychometric performance of the WHOQOL-BREF instrument in a sample of Brazilian older adults. International Psychogeriatr. 2007; 19: 635-46.
11. Veras R. A era dos idosos: desafios contemporâneos. In: Saldanha A, Caldas C. Saúde do idoso: a arte de cuidar. 2ª ed. Rio de Janeiro: Interciência; 2004. p. 3-10.
12. Alves LC. et al. Influência das doenças crônicas na capacidade funcional de idosos. Cad Saude Publica. 2007; 23:1924-930.
13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística- IBGE. Censo demográfico. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio. Rio de Janeiro; 2005
14. Carvalho AA. Tabagismo em idosos internados em instituições de longa permanência de Brasília, DF. [dissertação]. Brasília(DF): Universidade Católica; 2009.
15. Xavier DF, Diniz WY. Qualidade de vida na terceira idade: estudo exploratório na população de duas instituições geriátricas do norte do Paraná. Disponível em: <http://www.canal6.com.br/FIO/Artigos/07/07.11.pdf>
16. Azpiazu Garrido M. et al. Calidad de vida en mayores de 65 años no institucionalizados de dos areas sanitárias de Madrid. Atención Primaria, Barcelona 2005; 31: 285-94.
17. Prado ARAP, Perracini MR. A Construção de ambientes favoráveis aos idosos. In: Neri AL. Qualidade de vida na velhice: enfoque multidisciplinar. Campinas: Alínea; 2007. p. 221-29.
18. Gow AJ, Whiteman MC, Pattie A, Whalley L, Starr J, Deary IJ. Lifetime intellectual function and satisfaction with life in old age: longitudinal cohort study. BMJ: british medical journal 2005; 331: 141-42.

Recebido em 09/07/2010
Reapresentado em 18/12/2010
Aprovado em 06/05/2011