

# Qualidade de vida de idosos em uma instituição de longa permanência

## *Elderly people's quality of life in a stay-long institution*

Adriana Yuriki Miyamoto<sup>1</sup>, Eliana Márcia Sotello Cabrera<sup>2</sup>, Marlene Esteves<sup>2</sup>, Luciano Garcia Lourenção<sup>2</sup>

### Resumo

**Introdução:** O processo de envelhecimento é influenciado tanto pelo estilo de vida quanto por fatores genéticos e, como consequência, a capacidade funcional pode diminuir. **Objetivos:** Avaliar a qualidade de vida de idosos de instituição de longa permanência de São José do Rio Preto/SP. **Casística e Métodos:** Realizou-se estudo transversal com 18 idosos institucionalizados no Lar de Betânia-São José do Rio Preto. Os dados foram coletados em julho/agosto de 2011, com o WHOQOL-OLD, instrumento da Organização Mundial de Saúde para avaliar qualidade de vida na população idosa. Os cálculos dos escores foram realizados conforme disponibilizado pelo Grupo WHOQOL, com o programa SPSS, (versão 17.1). **Resultados:** Observou-se que o escore de qualidade de vida geral dos idosos variou de 57.00 a 99.00, (média de 79.94 (DP: ± 12.14)). Em relação às facetas do Whoqol-OLD, verificou-se que os idosos apresentaram comprometimento das facetas de Intimidade, Autonomia e Participação social, cujos escores médios foram 42.36 (DP: ± 25.23), 50.34 (DP: ± 16.53) e 60.06 (DP: ± 18.58), respectivamente. Os melhores escores de qualidade de vida foram observados nas facetas Funcionamento do sensorio (68.05 - DP: ± 23.76), Morte e morrer (65.27 - DP: ± 22,50) e Atividades passadas, presentes e futuras (63.54 - DP: ± 16.07). **Conclusão:** Os idosos estudados apresentam comprometimento da qualidade de vida relacionada aos aspectos de Intimidade, Autonomia e Participação social. Observamos melhor qualidade de vida dos idosos nos aspectos Funcionamento do sensorio, Morte e morrer e Atividades passadas, presentes e futuras. Os resultados apontam a necessidade de uma reestruturação do serviço e capacitação dos cuidadores.

**Descritores:** Qualidade de Vida; Idoso; Instituição de Longa Permanência para Idosos.

### Abstract

**Introduction:** The aging process can be influenced by lifestyle and genetic factors, with the possibility of a reduced functional capacity. **Objectives:** Evaluate the quality of life of elderly living in geriatric long-term care facilities in Sao Jose do Rio Preto, São Paulo State. **Patients and Methods:** This is a cross-sectional study performed with 18 elderly living at Lar de Betania – São José do Rio Preto. Data were collected from July to August of 2011, using the WHOQOL-OLD, an instrument of the World Health Organization (WHO) to evaluate the quality of life of elderly people. Calculation of scores was carried out according to the WHOQOL Group, using the software SPSS, version 17.1. **Results:** The general quality of life of this population has changed from 57.00 to 99.00 (79.94 ± 12.14). In relation to the WHOQOL-OLD domains, it was found that the elderly showed impairment of Intimacy, Autonomy, and Social Participation. Mean scores were 42.36 ± 25.23, 50.34 ± 16.53, and 60.06 ± 18.58, respectively. The best scores of the quality of life were observed in sensory function (68.05 - DP: ± 23.76), death and dying (65.27 - DP: ± 22.50) and past-present-future activities (63.54 - DP: ± 16.07). **Conclusion:** The studied elderly showed that they were committed with the quality of life related to aspects of intimacy, autonomy, and social participation. We observed a better quality of life for the aged regarding the functioning of the psychomotor performance, Death, and Dying, as well as in past-present-future activities. The results indicate the need of a general restructuring of both the service and the training of caregivers.

**Descriptors:** Quality of Life; Aged; Homes for the Aged.

<sup>1</sup>Hospital do Servidor Público Estadual-São Paulo-SP-Brasil.

<sup>2</sup>Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto(FAMERP)-São José do Rio Preto-SP-Brasil.

**Conflito de interesses:** Não

**Contribuição dos autores:** AYM obtenção, análise/interpretação dos dados e redação do manuscrito. EMSC redação e revisão crítica. ME coleta de dados, redação e revisão crítica. LGL concepção do projeto, análise/interpretação dos dados, redação e revisão crítica do manuscrito.

**Contato para correspondência:** Luciano Garcia Lourenção.

**E-mail:** luciano.famerp@gmail.com

**Recebido:** 21/11/2015; **Aprovado:** 14/02/2016

## Introdução

Estudos demográficos mostram que a população está envelhecendo em todo o mundo. Para Organização Mundial da Saúde (OMS) a população idosa – pessoas com 60 anos ou mais - está aumentando cada vez mais, em função da alta expectativa de vida e da baixa taxa de fecundidade<sup>(1)</sup>.

Segundo projeções realizadas pelo IBGE, no Brasil, em 2025, poderão ser 25 milhões de pessoas na faixa etária de 65 anos ou mais<sup>(2)</sup>, fazendo com que o país passe da 16ª para 6ª posição com maior número de idosos em termos absolutos<sup>(3)</sup>. Em 2000, para cada grupo de 100 crianças de 0 a 14 anos, havia 18,3 idosos de 65 anos ou mais. Em 2050, estima-se que essa relação poderá ser de 100 para 105,6<sup>(2)</sup>.

Para a sociedade, o aumento dessa população idosa implica adaptações e desafios para reconstrução das relações sociais. Para os sistemas de seguridade social há implicações sobre a viabilidade intergerencial dos atuais mecanismos e políticas que o compõem e são essenciais para a manutenção do bem-estar dos idosos. Já para a economia tem-se um agravamento da relação de dependência dos sistemas previdenciários<sup>(4)</sup>.

Além disso, a transição demográfica ocasiona a transição epidemiológica, ou seja, o perfil de doenças da população muda de forma radical. Dessa forma, faz-se necessário aprender a controlar e prevenir as doenças mais frequentes dos idosos, o que aumenta a preocupação com a qualidade de vida (QV) do idoso<sup>(5)</sup>.

O aumento da expectativa de vida e a alta incidência de doenças crônicas demonstram a importância de estudos nesse âmbito, principalmente a relação com a qualidade de vida na terceira idade. A terapêutica, incluindo as modificações no estilo de vida relacionadas ao ambiente, hábitos pessoais e organização da atenção à saúde, além de proporcionar alívio dos sintomas, traduz-se em melhoria da qualidade de vida do idoso.

A OMS define qualidade de vida como a percepção que a pessoa tem sobre sua posição na vida, considerando o contexto cultural em que vive e os valores pessoais e sociais, bem como suas expectativas, objetivos de vida, padrões e preocupações<sup>(6-7)</sup>. Qualidade de vida está relacionada às percepções e atitudes singulares que cada pessoa tem através das conquistas, perdas e adversidades<sup>(8)</sup>.

Além disso, quando o processo de envelhecimento ocorre de forma saudável – senescência -, há preservação das funções cognitivas, pessoais e de relacionamento e, conseqüente, redução das perdas funcionais<sup>(9)</sup>, ou seja, a pessoa envelhece com qualidade de vida.

À medida que o ser humano envelhece as tarefas diárias realizadas quando mais jovem, tornam-se cada vez mais difíceis, aumentando a dependência da família que, na maioria das vezes tem dificuldade de cuidar dos seus idosos e opta pelas Instituições de Longa Permanência para Idosos<sup>(10-12)</sup>. Estas instituições são estabelecimentos governamentais ou não governamentais, com caráter residencial, destinada ao domicílio coletivo de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar, em condição de

liberdade e dignidade e cidadania<sup>(11)</sup>. A maioria dessas instituições possui um perfil assistencialista limitando-se aos cuidados básicos de higiene, sono, alimentação e abrigo<sup>(11-12)</sup>. Considerando que a Qualidade de Vida tem enfoques bastante amplos e importantes, como biológicos, psicológicos, emocionais, sociais, econômicos e, até, ecológicos, avaliar a qualidade de vida de idosos permite obter informações para nortear a avaliação e intervenção da assistência, visando a melhoria das condições de saúde e de vida dessa população. Este artigo objetivou avaliar a qualidade de vida de idosos em uma Instituição de Longa Permanência (ILPI), em um município do noroeste paulista.

## Casuística e Métodos

Trata-se de estudo transversal, descritivo, de base populacional, entre os idosos institucionalizados na Associação Evangélica Lar de Betânia de São José do Rio Preto/SP. A Instituição de Longa Permanência de Idosos (ILPI) Associação Evangélica Lar de Betânia (ASELB) é uma instituição mista filantrópica, fundada em 1958, declarada de utilidade pública pela Lei Municipal em 1965, pela Lei Estadual em 1978 e Lei Federal em 1973.

Nessa ILPI, os idosos são separados em duas alas independentes. A ala masculina possui seis quartos com dois leitos e uma enfermaria de oito leitos com banheiro, e a ala feminina tem cinco quartos com dois leitos e duas enfermarias de seis leitos com banheiro.

A ASELB recebe recursos do SUS que garante parte de sua manutenção. O restante é proveniente das aposentadorias dos idosos residentes (70% dos proventos) e de arrecadações realizadas em eventos comunitários, como brechós, festival da pizza, churrasco e artesanatos feitos pelos internos.

A população do estudo foi composta por todos os idosos institucionalizados na ASELB. A amostra foi constituída pelos idosos que aceitaram participar da pesquisa e que seguiram os critérios de inclusão: ser idoso institucionalizado na ASELB e apresentar condições cognitivas para consentir participar do estudo e responder o questionário, totalizando 18 idosos.

Para a coleta dos dados foi utilizado o *WHOQOL-OLD*, um questionário da OMS composto de 24 questões divididas em seis facetas: funcionamento do sensorio; autonomia; atividades passadas, presentes e futuras; participação social; morte e morrer e intimidade. Às questões sobre QV foram acrescentadas variáveis sociodemográficas.

A coleta dos dados foi realizada no período de julho a agosto de 2011. Realizou-se uma abordagem individual dos idosos, explicando os objetivos do estudo, a importância da seriedade nas respostas e da participação de todos no estudo, esclarecendo que a participação não era obrigatória. Em seguida, o pesquisador aplicou o questionário como uma entrevista, considerando que havia idosos com dificuldade de leitura e/ou analfabetos.

Após a coleta, os dados foram digitados em uma planilha do *Microsoft Excel*<sup>®</sup> e importados para o Programa *Statistical*

Package for the Social Sciences (SPSS), versão 17.0.

Os dados sociodemográficos foram utilizados para caracterizar a população do estudo. A confiabilidade do *WHOQOL-OLD* foi testada através da análise da consistência interna das questões por meio do Coeficiente Alfa de Cronbach, cujos valores maiores ou iguais a 0,70 foram considerados satisfatórios. Os cálculos das facetas do *WHOQOL-OLD* foram realizados conforme modelo estatístico disponibilizado pelo Grupo *WHOQOL*.

Respeitando as exigências formais contidas nas normas nacionais e internacionais regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, este estudo foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, sob Protocolo N.º 3684/2011, e aprovado em 14 de Junho de 2011 com o Parecer N.º 145/2011. Antes de realizar qualquer procedimento do estudo, todos idosos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

### Resultados

A população do estudo foi constituída por 18 idosos, sendo 10 (55,56%) do sexo feminino e 8 (44,44%) do sexo masculino. Quanto à idade, verificou-se que a média de idade dos idosos foi de 70,8 com desvio padrão de 10,20 anos. A mediana foi 72,98 anos, com mínimo de 50,86 e o máximo de 83,12 anos.

Em relação à escolaridade, verificou-se que 2 (11,11%) idosos eram analfabetos, 8 (72,73%) sabiam ler/escrever ou tinham primário incompleto; 5 (27,78%) possuíam ensino primário completo, 1 (12,50%) ensino médio incompleto, 1 (12,50%) ensino médio completo, e 1 (12,50%) idoso possuía ensino superior incompleto.

Entre os 18 idosos avaliados, 7 (38,89%) eram solteiros; 2 (11,11%) moravam com esposo(a) ou companheiro(a); 6 (33,33%) viúvos e 3 (16,67%) idosos eram separados(as), desquitados(as) ou divorciados(as).

Observou-se que 02 (11,11%) idosos não recebem visita de amigos ou familiares.

Em relação à presença de comorbidades, destaca-se que a hipertensão arterial sistêmica estava presente em 9 idosos (50,00%); *diabetes mellitus* em 5 idosos (27,78%); Alzheimer em 4 idosos (22,22%); Esquizofrenia em 3 idosos (16,67%) e doenças neurológicas não especificadas em 2 idosos (11,11%).

Sobre a presença de vícios, como alcoolismo e tabagismo, verificou-se que 5 (27,78%) idosos eram tabagistas enquanto 13 (72,22%), não; quanto ao alcoolismo, apenas 1 (5,56%) bebia e 17 (94,44%) idosos não bebiam.

O *WHOQOL-OLD* foi submetido à avaliação de confiabilidade por meio da consistência interna, sendo considerados satisfatórios os valores maiores ou iguais a 0,700.

A consistência interna do *WHOQOL-OLD* foi avaliada pelo Coeficiente Alfa de Cronbach para as 24 questões do instrumento e para cada faceta. Todas as questões e facetas apresentaram coeficientes superiores a 0,700 conforme apresentado na Tabela 1.

**Tabela 1.** Valores obtidos para o Coeficiente Alfa de Cronbach para o *WHOQOL-OLD* aplicado aos idosos da ASELB. São José do Rio Preto/SP, 2015

Facetas	Questão/ item	Coeficiente de alfa de Cronbach da questão	Coeficiente de alfa de Cronbach da faceta
FS	Old_1	0,800	0,718
	Old_2	0,806	
	Old_10	0,811	
	Old_20	0,804	
AUT	Old_3	0,814	0,708
	Old_4	0,801	
	Old_5	0,814	
	Old_11	0,791	
PPF	Old_12	0,796	0,704
	Old_13	0,806	
	Old_15	0,804	
	Old_19	0,802	
PSO	Old_14	0,808	0,709
	Old_16	0,811	
	Old_17	0,803	
	Old_18	0,803	
MEM	Old_6	0,807	0,763
	Old_7	0,843	
	Old_8	0,811	
	Old_9	0,819	
INT	Old_21	0,801	0,789
	Old_22	0,804	
	Old_23	0,802	
	Old_24	0,795	
<b>QV Geral</b>	-	-	0,814

FS: funcionamento do sensorio, AUT: autonomia, PPF: atividades passadas, presentes e futuras, PSO: participação social, MEM: morte e morrer, INT: intimidade, QV: qualidade de vida.

Para a análise geral das facetas, os idosos foram analisados de acordo com os escores gerais, com uma escala variando de 0 a 100. As estatísticas descritivas de cada faceta do *WHOQOL-OLD* estão presentes na Tabela 2, bem como o intervalo de confiança para a mediana (IC - 95%).

Os resultados pressupõem a existência de diferenças estatisticamente significativas para as facetas, quando seus respectivos escores gerais foram comparados, visto que o valor *p* encontrado ( $P=0,018$ ) foi inferior a 0,05. As facetas funcionamento do sensorio (FS), participação social (PSO), atividades passadas, presentes e futuras (PPF), morte e morrer (MEM) apresentaram os maiores escores de mediana, comportando-se de maneira semelhante. As facetas Autonomia (AUT) e intimidade (INT) apresentaram os menores valores de mediana.

O intervalo de confiança das facetas AUT e INT não se sobrepõe aos outros intervalos de confiança referentes às outras facetas, reiterando o valor *p* encontrado. Os valores mostram que os idosos avaliados apresentam qualidade de vida inferior nas facetas Autonomia (AUT) e intimidade (INT), e melhor qualidade para as facetas: funcionamento do sensorio (FS), participação social (PSO), atividades passadas, presentes e futuras (PPF), morte e morrer (MEM).

**Tabela 2.** Distribuição das estatísticas descritivas dos idosos em relação às facetas do *WHOQOL-OLD* e valor p referente ao teste de *Skewness*. São José do Rio Preto/SP, 2011

Facetas	n	$\bar{x} \pm s$	Md	Mín	Máx	IC (95%)	Valor p
FS	18	68,05±23,76	75,00	18,75	100,00	(98,76:51,24)	0,018
AUT	18	50,35±16,53	46,87	31,25	75,00	(63,40:30,34)	
PPF	18	63,54±16,08	68,75	25,00	81,25	(84,83:52,67)	
PSO	18	60,07±18,58	68,75	18,75	81,25	(87,33:50,17)	
MEM	18	65,28±22,51	65,62	25,00	100,00	(88,13:43,11)	
INT	18	42,36±25,23	31,25	12,50	81,25	(56,48:6,02)	
QV Geral	18	79,94±12,14	79,5	57,00	99,00	(91,64:67,36)	

FS: funcionamento do sensório, AUT: autonomia, PPF: atividades passadas, presentes e futuras, PSO: participação social, MEM: morte e morrer, INT: intimidade, QV: qualidade de vida.

### Discussão

Embora a qualidade de vida seja uma noção subjetiva do grau de satisfação encontrada na vida familiar, amorosa, social e cultural, independente da idade e do nível socioeconômico<sup>(13)</sup>, alguns estudos relacionam baixos níveis de qualidade de vida com fatores, como sexo feminino, idade avançada, baixo nível de escolaridade e estar solteira ou não ter companheiro<sup>(14-16)</sup>, corroborando o perfil dos idosos estudados.

A maior prevalência de idosos do sexo feminino, observada neste estudo, é justificada pelo fato de as mulheres apresentarem maior expectativa de vida no Brasil. Além disso, em virtude da mortalidade diferencial de gênero que prevalece há longas datas na população brasileira, em números absolutos, a população feminina de 65 anos ou mais é superior à masculina<sup>(2,17)</sup>, corroborando este resultado. Destaca-se, portanto, a necessidade da implantação de ações que contribuam para a melhoria da qualidade de vida dessas mulheres idosas.

A idade avançada dos idosos estudados contribui para o aparecimento de alterações patológicas, agravando as condições de saúde das pessoas, exigindo, portanto, que os cuidados domiciliares sejam intensificados<sup>(12,16-17)</sup>.

Além disso, o aumento da expectativa de vida observado na população brasileira expõe os idosos a comorbidades crônico-degenerativas, conforme observado neste estudo. A presença dessas comorbidades pode resultar em internação hospitalar ou na exigência de cuidados contínuos<sup>(18)</sup>, sendo importante a atuação de uma equipe multiprofissional, que contribua para a manutenção da independência e da qualidade de vida dos idosos<sup>(9)</sup>. A prevalência de idosos casados observada neste estudo é positiva, pois as relações familiares contribuem para a melhoria da qualidade de vida<sup>(4)</sup>. Destaca-se ainda que, quando os idosos solteiros apresentam algum tipo de dependência, o risco de comprometimento da qualidade de vida é maior, em virtude da ausência de relações afetivas familiares (marido, esposa, filhos)<sup>(18-19)</sup>.

Quanto à escolaridade, os resultados observados neste estudo são piores do que os apresentados pela população brasileira em 2003, quando o país possuía um percentual de 57,9% de idosos

com menos de 4 anos de estudo<sup>(20)</sup>. Estes dados são relevantes e devem ser considerados para o planejamento de políticas e ações de saúde locais, pois a baixa escolaridade contribui para o aumento da vulnerabilidade dos idosos, potencializando o risco de comprometimento da qualidade de vida dessa população<sup>(4)</sup>. Os valores do Coeficiente Alfa de Cronbach, deste estudo, mostram que o questionário *WHOQOL-OLD* aplicado para avaliação da qualidade de vida dos idosos institucionalizados, apresentou um grau de consistência interna satisfatório neste estudo. Os idosos estudados apresentaram comprometimento das facetas de Intimidade, Autonomia e Participação social. No entanto, observaram-se bons níveis de qualidade de vida nas facetas Funcionamento do sensório, Morte e morrer e Atividades passadas, presentes e futuras.

Estudos apontam que idosos institucionalizados tendem a ter qualidade de vida ruim, com comprometimento do estado geral de saúde e desempenho insatisfatório na capacidade funcional e física, aspectos sociais e mentais<sup>(21-23)</sup>. Em instituições nas quais não há atividades recreativas e fisioterápicas, o comprometimento da qualidade de vida dos idosos pode aumentar<sup>(22)</sup>.

Ao comparar idosos independentes institucionalizados com idosos na comunidade, um estudo realizado em Vitória/ES concluiu que os idosos institucionalizados apresentaram pior qualidade de vida em todos os domínios, em relação aos idosos da comunidade<sup>(19)</sup>.

Por outro lado, ao comparar a percepção de idosos da comunidade de Porto Alegre/RS e idosos institucionalizados do interior de Minas Gerais sobre qualidade de vida, um estudo apontou que a institucionalização não influenciou na qualidade de vida dos idosos. Os autores destacam que fatores como idade, escolaridade, autoavaliação de saúde e atividades de lazer, são fatores que interferiram na percepção da qualidade de vida dos idosos estudados<sup>(21,23)</sup>.

Portanto, conhecer o perfil sociodemográfico e as condições de saúde, sejam eles institucionalizados ou não, é importante para que os profissionais de saúde planejem ações que atendam as necessidades dos idosos<sup>(20)</sup>, tanto no contexto da atenção básica quanto nas instituições de longa permanência<sup>(21-23)</sup>, além de direcionar os gestores na formulação de políticas de saúde, a partir dos indicadores<sup>(20)</sup>.

### Conclusão

A avaliação da qualidade de vida dos idosos da ILPI, utilizando o *WHOQOL-OLD*, mostrou o comprometimento da Intimidade, Autonomia e Participação social. Por outro lado, os idosos apresentaram bons índices de qualidade de vida relacionada aos aspectos Funcionamento do sensório, Morte e morrer e Atividades passadas, presentes e futuras. Estes resultados apontam a necessidade de estruturação do serviço e capacitação dos cuidadores, para garantir assistência que contribua para a melhoria da qualidade de vida dos idosos na instituição.

### Referências

1. World Health Organization [homepage na Internet]. WHO; 2016 [acesso em 2015 Nov 20]. Health topics. Ageing; [aproximadamente 2 telas]. Disponível: <http://www.who.int/topics/>

ageing/en/

2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período 1980-2050 - revisão 2004. Metodologia e resultados [monografia na Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2004 [acesso em 2015 Nov 20]. Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao\\_da\\_populacao/metodologia.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/metodologia.pdf)
  3. Tannure MC, Alves M, Sena RR, Chianca TCM. Perfil epidemiológico da população idosa de Belo Horizonte, MG, Brasil. *Rev Bras Enferm*. 2010;63(5):817-22.
  4. Inouye K, Barham EJ, Pedrazzani ES, Pavarini SCI. Percepções de suporte familiar e qualidade de vida entre idosos segundo a vulnerabilidade social. *Psicol Reflex Crít*. 2010;23(3):582-92.
  5. Closs VE, Schwanke CH. A evolução do índice de envelhecimento no Brasil, nas suas regiões e unidades federativas no período de 1970 a 2010. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2012;15(3):443-58.
  6. Lenardt MH, Carneiro NHK. Associação entre as características sociodemográficas e a capacidade funcional de idosos longevos da comunidade. *Cogitare Enferm*. 2013;18(1):13-20.
  7. Antunes Lopes R, Corrêa Dias R. O impacto das quedas na qualidade de vida dos idosos. *Conscientiae Saúde (Impr)*. 2010;9(3):504-9.
  8. Faller JW, Melo WA, Versa GL, Marcon SS. Qualidade de vida de idosos cadastrados na estratégia saúde da família de Foz do Iguaçu-PR. *Esc Anna Nery*. 2010;14(4):803-10.
  9. Borges EM, Placeres AF, Kunga JY, Ferreira S, Bianchiin MA, Lamari NM. Diminuição da funcionalidade em idosos reinternados. *Arq Ciênc Saúde*. 2015;22(2):38-41.
  10. Gonçalves LHT, Silva AH, Mazo GZ, Benedetti TRB, Santos SMA, Marques S, et al. O idoso institucionalizado: avaliação da capacidade funcional e aptidão física. *Cad Saúde Pública*. 2010;26(9):1738-46.
  11. Marchoni RM, Cordeiro RC, Nakano MM. Capacidade funcional: estudo prospectivo em idosos residentes em uma instituição de longa permanência. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2010;13(2):203-14.
  12. Nunes VMA, Menezes RMP, Alchieri JC. Avaliação da qualidade de vida em idosos institucionalizados no município de Natal, Estado do Rio Grande do Norte. *Acta Scient Health Sciences*. 2010;32(2):119-26.
  13. Campos MO, Rodrigues Neto JF. Qualidade de vida: um instrumento para promoção de saúde. *Rev Baiana Saúde Pública*. 2014;32(2):232-40.
  14. Bernard M, Braunschweig G, Fegg MJ, Borasio GD. Meaning in life and perceived quality of life in Switzerland: results of a representative survey in the German, French and Italian regions. *Health Qual Life Outcomes* [periódico na Internet]. 2015 [acesso em 2015 Nov 20];13 [aproximadamente 10 p.]. Disponível em: <http://hqlo.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12955-015-0353-y>. DOI 10.1186/s12955-015-0353-y
  15. Elliott JO, Richardson VE. The biopsychosocial model and quality of life in persons with active epilepsy. *Epilepsy Behav*. 2014;41:55-65. doi: 10.1016/j.yebeh.2014.09.035.
  16. Steptoe A, Deaton A, Stone AA. Subjective wellbeing, health, and ageing. *Lancet*. 2015;385(9968): 640-8.
  17. Reis LA, Oliveira EN, Oliveira TA, Caires R, Santos BS. Perfil sociodemográfico e de saúde do idoso em instituição de longa permanência para idosos em Vitória da Conquista/BA. *InterScientia*, 2013;1(3):50-9.
  18. Alencar MA, Bruck NNS, Pereira BC, Câmara TMM, Almeida RDS. Perfil dos idosos residentes em uma instituição de longa permanência. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2012;15(4):785-96.
  19. Oliveira ERA, Gomes MJ, Paiva KM. Institucionalização e qualidade de vida de idosos da região metropolitana de Vitória - ES. *Esc Anna Nery*. 2011;15(3):518-23.
  20. Pilger C, Menon MH, Mathias TAFs. Características sociodemográficas e de saúde de idosos: contribuições para os serviços de saúde. *Rev Latinoam Enferm*. 2011;19(5):1230-8.
  21. Vitorino LM, Paskulin LMG, Vianna LAC. Qualidade de vida de idosos da comunidade e de instituições de longa permanência: estudo comparativo. *Rev Latinoam Enferm*. 2013;21(Esp):1-9.
  22. Freitas MAV, Scheicher ME. Qualidade de vida de idosos institucionalizados. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2010;13(3):395-402.
  23. Vitorino LM, Paskulin LMG, Vianna LAC. Qualidade de vida de idosos em instituição de longa permanência. *Rev Latinoam Enferm*. 2012;20(6):1186-95.
- Adriana Yuriko Miyamoto é enfermeira do Hospital São Camilo em São Paulo, Unidade Santana e especialista em atendimento interdisciplinar em Gerontologia e Geriatria pelo Hospital do Servidor Público Estadual (IAMSPE). E-mail: [yu\\_dri@hotmail.com](mailto:yu_dri@hotmail.com)
- Eliana Marcia Sotello Cabrera é médica, professora adjunta doutora do departamento de epidemiologia e saúde coletiva da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP) e doutora em Ciências pela Universidade de São Paulo (USP). E-mail: [escabrera@gmail.com](mailto:escabrera@gmail.com)
- Marlene Esteves é enfermeira, professora assistente do departamento de enfermagem geral da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP) e mestre em Ciências da Saúde pela Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP). E-mail: [marlene@famerp.br](mailto:marlene@famerp.br)
- Luciano Garcia Lourenção é enfermeiro, professor adjunto doutor do departamento de epidemiologia e saúde coletiva da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP) e doutor em Ciências da Saúde pela Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP). E-mail: [luciano.famerp@gmail.com](mailto:luciano.famerp@gmail.com)