RIASE
REVISTA IBERO-AMERICANA DE SAÚDE E ENVELHECIMENTO
REVISTA IBERO-AMERICANA DE SALUD Y ENVEJECIMIENTO

QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS: O PAPEL DA SAÚDE, SATISFAÇÃO E HUMOR

QUALITY OF LIFE IN OLDER ADULTS LIVING IN NURSING HOMES: THE ROLE OF HEALTH, SATISFACTION, AND MOOD

CALIDAD DE VIDA EN ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS: EL PAPEL DE LA SALUD, LA SATISFACCIÓN Y EL ESTADO DE ÁNIMO

Marcella Barreto Campos[1], Anna Karla Carneiro Roriz[2], Lílian Barbosa Ramos[2], Maria Liz Cunha de Oliveira[1], Henrique Salmazo da Silva[1].

[1]Universidade Católica de Brasília (UCB), Brasília/DF, Brasil.
[2]Universidade Federal da Bahia. Salvador/BA, Brasil.

Recebido/Received: 18-01-2024 Aceite/Accepted: 30-10-2024 Publicado/Published: 30-11-2024

DOI: http://dx.doi.org/10.60468/r.riase.2024.10(02).653.7-27

©Os autores retêm o copyright sobre seus artigos, concedendo à RIASE 2024 o direito de primeira publicação sob a licença CC BY-NC, e autorizando reuso por terceiros conforme os termos dessa licença.

©Authors retain the copyright of their articles, granting RIASE 2024 the right of first publication under the CC BY-NC license, and authorizing reuse by third parties in accordance with the terms of this license.

VOL. 10 N.º 2 AGOSTO 2024

RESUMO

Introdução: Diante do aumento da população idosa no Brasil, a oferta de cuidados de longa duração torna-se uma demanda crescente. As Instituições de Longa Permanência caracterizam-se como a segunda oferta de cuidados mais ofertada e a promoção da qualidade de vida dos residentes passa a ser alvo dos profissionais, gestores públicos e gestores de cuidados.

Objetivo: Investigar os fatores associados a qualidade de vida em pessoas idosas brasileiras institucionalizadas.

Método: Trata-se de pesquisa transversal, exploratória e quantitativa que a qualidade de vida no contexto dos cuidados de longa duração. Foram avaliadas 39 pessoas idosas em instituições de longa permanência em Salvador e Brasília, Brasil. Os dados foram coletados entre janeiro e março de 2020, antes da pandemia COVID-19. As variáveis avaliadas foram: sexo, faixa etária, desempenho funcional, comorbidades, condições de saúde, questionário WHOQOL-OLD, variáveis humor e satisfação com a vida.

Resultados: Em relação ao estado de saúde, foi observada associação entre incontinência urinária e os domínios "Autonomia" do WHOQOL-OLD ($p = 0,017$) e "Participação Social" ($p = 0,014$); perda de apetite, "Autonomia" ($p = 0,018$) e "Atividades Passadas, Presentes e Futuras" ($p = 0,044$); e escores no domínio "Habilidades Sensoriais" ($p = 0,001$) e dificuldade de mastigação. Houve associações entre satisfação com a vida e relativa aos domínios, humor e aos domínios de qualidade de vida do WHOQOL-OLD, com destaque para os domínios "Autonomia", "Participação Social" e "Atividades Passadas, Presentes e Futuras" ($p = 0,05$).

Conclusão: Conclui-se que a qualidade de vida dos idosos institucionalizados está associada a queixas de saúde, humor e satisfação com a vida. Esses dados sugerem que a promoção da Qualidade de vida de pessoas idosas institucionalizadas requer ações de prevenção do declínio funcional, promoção da autonomia, desenvolvimento de atividades significativas e de cuidados de saúde mental.

Palavras-chave: Idoso; Instituição de Longa Permanência para Idosos; Qualidade de Vida; Satisfação; Saúde.

ABSTRACT

Introduction: Given the increase in the older adults population in Brazil, the supply of long-term care becomes a growing demand. Long-term care institutions are characterized as the second most offered care offering and the promotion of residents' quality of life becomes the target of professionals, public managers, and care managers.

Objective: To investigate the factors associated with quality of life in institutionalized Brazilian older adults.

Method: This is a cross-sectional, exploratory, and quantitative research that assesses quality of life in the context of long-term care. 39 elderly people were evaluated in long-term care institutions in Salvador and Brasília, Brazil. Data was collected between January and March 2020, before the COVID-19 pandemic. The variables evaluated were gender, age group, functional performance, comorbidities, health conditions, WHOQOL-OLD questionnaire, mood variables and satisfaction with life.

Results: Regarding health status, an association was observed between urinary incontinence and the WHOQOL-OLD domains "Autonomy" ($p = 0.017$) and "Social Participation" ($p = 0.014$); loss of appetite, "Autonomy" ($p = 0.018$) and "Past, Present and Future Activities" ($p = 0.044$); and scores in the "Sensory Skills" domain ($p = 0.001$) and chewing difficulty. There were associations between satisfaction with life and related domains, mood, and quality of life domains of the WHOQOL-OLD, with emphasis on the domains "Autonomy", "Social Participation" and "Past, Present and Future Activities" ($p = 0.05$).

Conclusion: It is concluded that the quality of life of institutionalized older adults is associated with health complaints, mood and satisfaction with life. These data suggest that promoting the Quality of Life of institutionalized elderly people requires actions to prevent functional decline, promote autonomy, develop meaningful activities, and provide mental health care.

Keywords: Aged; Health; Homes for the Aged; Quality of Life; Satisfaction.

RESUMEN

Introducción: Dado el aumento de la población anciana en Brasil, la oferta de cuidados de larga duración se convierte en una demanda creciente. Las instituciones de cuidados a largo plazo se caracterizan por ser la segunda oferta asistencial más ofertada y la promoción de la calidad de vida de los residentes pasa a ser el objetivo de profesionales, gestores públicos y gestores de cuidados.

Objetivo: Investigar los factores asociados a la calidad de vida en ancianos brasileños institucionalizados.

Método: Se trata de una investigación transversal, exploratoria y cuantitativa que evalúa la calidad de vida en el contexto de cuidados de larga duración. Fueron evaluados 39 ancianos en instituciones de atención a largo plazo en Salvador y Brasilia, Brasil. Los datos se recopilaron entre enero y marzo de 2020, antes de la pandemia de COVID-19. Las variables evaluadas fueron: género, grupo etario, desempeño funcional, comorbilidades, condiciones de salud, cuestionario WHOQOL-OLD, variables del estado de ánimo y satisfacción con la vida.

Resultados: En cuanto al estado de salud, se observó asociación entre la incontinencia urinaria y los dominios del WHOQOL-OLD "Autonomía" ($p = 0,017$) y "Participación social" ($p = 0,014$); pérdida de apetito, "Autonomía" ($p = 0,018$) y "Actividades pasadas, presentes y futuras" ($p = 0,044$); y puntuaciones en el dominio "Habilidades Sensoriales" ($p = 0,001$) y dificultad para masticar. Hubo asociaciones entre satisfacción con la vida y los dominios relacionados, estado de ánimo y calidad de vida del WHOQOL-OLD, con énfasis en los dominios "Autonomía", "Participación social" y "Actividades pasadas, presentes y futuras" ($p = 0,05$).

Conclusión: Se concluye que la calidad de vida de los adultos mayores institucionalizados está asociada con quejas de salud, estado de ánimo y satisfacción con la vida. Estos datos sugieren que promover la Calidad de Vida de los ancianos institucionalizados requiere acciones para prevenir el deterioro funcional, promover la autonomía, desarrollar actividades significativas y brindar atención en salud mental.

Descriptores: Anciano; Calidad de Vida; Hogares para Ancianos; Salud; Satisfacción.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional desafia os sistemas de saúde no Brasil e no mundo a delinear cuidados de longa duração satisfatórios e bem-sucedidos. No Brasil, depois do cuidado familiar, as Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) representam a modalidade de cuidado de longa duração mais oferecida[1]. As ILPI são instituições que oferecem abrigo e cuidados às pessoas idosas. Observou-se um aumento de instituições e estima-se que existam mais de 7000 instituições em todo o território brasileiro, com variabilidade no seu perfil organizacional e nas ofertas[2].

Nesse contexto, o estudo da qualidade de vida das pessoas idosas institucionalizadas pode oferecer pistas de como melhorar as condições de vida e de saúde dessa população, além de indicar caminhos para humanizar os cuidados[3]. Na literatura a qualidade de vida refere-se à compreensão do indivíduo sobre sua posição na vida de acordo com os componentes culturais e o sistema de valores socialmente construídos a respeito da própria vida, objetivos e expectativas[4]. Na velhice, a qualidade de vida é um componente multidimensional que envolve critérios de avaliação pessoal e socio normativa na relação entre o indivíduo e o meio ambiente. Considera quatro dimensões interligadas ao desempenho funcional, como condições ambientais, competência comportamental, qualidade de vida percebida e bem-estar psicológico[5].

Fekih-Romdhane *et al*, ao investigarem 42 idosos institucionalizados sem demência, observaram que os níveis de qualidade de vida estavam associados ao desempenho físico, saúde mental e morbidades[3]. Porém, após analisarem as variáveis em conjunto, os autores observaram que apenas o apoio social esteve associado à qualidade de vida, o que reforça o papel das variáveis subjetivas e da participação social nas expectativas e compreensões sobre a vida em idosos que vivem em ILPI.

Em outro estudo, Xu *et al* reforçam também o papel do apoio social, especialmente o número de visitas e o apoio familiar na qualidade de vida de 371 idosos chineses[6]. Dessa forma, diferentemente do preconizado culturalmente, o ingresso nas instituições pode ser realizado com a continuidade dos vínculos e do apoio emocional oferecido pela família. Na sua ausência, as ligações afetivas podem ser valorizadas, para preservar o apoio emocional, a autonomia e a participação social.

Nota-se, nesse contexto, que um conjunto de parâmetros está associado à qualidade de vida dos idosos institucionalizados como estado de saúde como condições clínicas, desempenho funcional, doenças crônicas não transmissíveis; e bem-estar, humor e redes sociais[7,8]. No Brasil, idosos institucionalizados apresentam maior prevalência de fragilidade, sintomas

depressivos, doenças crônicas e pior estado geral de saúde, o que pode contribuir desfavoravelmente para a qualidade de vida[9,10]. Por outro lado, podem existir componentes que favorecem uma maior qualidade de vida, como a satisfação com a vida e condições associadas à autonomia, à participação social e à competência comportamental[3,6]. Estudar as variáveis que estão associadas à qualidade de vida em idosos institucionalizados pode contribuir para o desenho de intervenções que favoreçam o bem-estar desta população[7,8].

Diante do aumento das instituições e do movimento de humanização dos cuidados, o presente estudo investigou as condições associadas à qualidade de vida considerando desempenho funcional, queixas de saúde, doenças crônicas e variáveis de bem-estar, como humor e autoavaliação de saúde. As questões são: Que tipos de variáveis estão associadas à QV de idosos institucionalizados em múltiplos parâmetros de saúde e psicossociais? Devido à fragilidade e à elevada morbidade dos idosos institucionalizados, quais variáveis estão associadas à QV?

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal e exploratório desenvolvido com idosos brasileiros cognitivos saudáveis residentes em ILPI.

Amostra

Participaram do estudo três ILPI, sendo 1 localizada na cidade de Brasília/Brasil, e 2 na cidade de Salvador/Brasil. Da amostra total inicial de 185 moradores (90 de Brasília e 95 de Salvador), apenas 86 foram avaliados. A perda de potenciais participantes foi maior em Brasília: dos 90 idosos, 70 eram potencialmente elegíveis, mas apenas 22 foram investigados. Em Salvador, dos 95 participantes, um total de 75 eram potencialmente elegíveis e 64 foram investigados. Com base nos 86 participantes avaliados, foram selecionadas para o presente estudo 39 pessoas sem declínio cognitivo que responderam a todos os questionários. O estudo foi iniciado em janeiro de 2020, mas teve que ser interrompido em março em função da pandemia de Covid-19.

As três instituições participantes foram selecionadas com base nos seguintes critérios de inclusão:

a. ser pública ou filantrópica;

b. estar no mesmo espaço físico há pelo menos 2 anos;

c. ter um responsável técnico disponível para participação nas atividades;

d. concordar em participar do estudo.

Nas duas cidades, 4 instituições atenderam a todos os critérios de inclusão. Duas instituições de Brasília e 3 de Salvador forneceram consentimento informado, mas apenas 1 em Brasília e 2 em Salvador foram incluídas devido às limitações impostas pela pandemia de Covid-19.

Quanto aos critérios de inclusão dos participantes, estes deveriam residir nas instituições a pelo menos 6 meses e concordar em participar do estudo. Não houve restrições de idade e sexo. Os critérios de exclusão foram dificuldades sensoriais e dificuldade de compreensão das questões; afasia, agnosia ou problemas de fala e linguagem que pudessem dificultar a comunicação; e indivíduos acamados ou com morbidades psiquiátricas não tratadas. Esses critérios foram empregados devido ao caráter de autorrelato das questões utilizadas nas avaliações.

Instrumentos e definição de variáveis

Os participantes foram entrevistados usando as seguintes ferramentas:

- Questionário sociodemográfico e semiestruturado com informações sobre idade; sexo; escolaridade e estado civil;
- Questionário de desempenho funcional de Katz nas atividades básicas da vida diária[11]. Ausência ou presença de dificuldades nas Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD), relacionadas ao autocuidado (banho, vestir-se, ir ao banheiro, transferência, continência, alimentação);
- Questionário semiestruturado com questões relacionadas ao número de doenças crônicas autorreferidas como hipertensão, diabetes, acidente vascular cerebral, doenças cardiovasculares, doença de Parkinson e osteoporose;
- Questionário semiestruturado com variáveis de queixas de saúde autorreferidas, com questões sobre presença ou ausência de incontinência urinária, incontinência fecal, perda de apetite, dificuldades de memória, dificuldade de mastigar alimentos sólidos e dificuldade de engolir alimentos;
- Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) para avaliar o estado cognitivo global. Os pontos de corte para déficit cognitivo foram adaptados para escolaridade brasileira: 13 para analfabetos, 18 para 1 a 8 anos de escolaridade e 26 para 9 anos ou mais de escolaridade[12];
- Escala de Triagem de Depressão Geriátrica (GDS)[13,14], versão simplificada composta por 4 itens, variando entre 0 a 4 pontos. As questões que compuseram a EDG reduzida incluíram: "Você está basicamente satisfeito com sua vida?", " Você sente que sua vida está vazia?", "Você tem medo de que algo ruim aconteça com você?" e "Você se sente feliz na maior parte do tempo?". O ponto de corte para possível resposta compatível com depressão foi de 1 ponto;

- Qualidade de Vida – *World Health Organization Quality of Life*-OLD (WHOQOL-OLD) – Questionário composto por 24 questões, em escala Likert de 1 a 5, divididas em seis domínios: "Habilidades Sensoriais"; "Autonomia"; "Atividades Passadas, Presentes e Futuras"; "Participação Social"; "Morte e Morrer"; "Intimidade". Neste estudo foram analisados o escore de cada domínio e o escore geral[15];

- Satisfação com a vida – Para avaliar a satisfação com a vida dos participantes foi utilizado um questionário que contém seis itens subdivididos em satisfação global (um item), satisfação com a saúde (um item) e satisfação referenciada por domínio (quatro itens), incluindo: memória, amizades, relações familiares e com o ambiente[16]. Em cada item o participante deveria escolher entre cinco opções, "Muito pouco" (valor 1), "Pouco" (valor 2), "Mais ou menos" (valor 3), "Muito" (valor 4) e "Muitíssimo" (valor 5). No presente estudo, as respostas foram categorizadas em três grupos: "Muito Pouco ou Pouco", "Mais ou Menos" ou "Muito ou Muitíssimo".

Procedimentos

Inicialmente, foram agendadas visitas às instituições para estabelecer vínculo, explicar o objetivo do estudo e acordar dias e horários para o processo de coleta de dados. Após as visitas, foram estabelecidos prazos com os gestores das instituições para a realização de entrevistas individuais com os participantes. As entrevistas foram realizadas de janeiro ao início de março de 2020, antes da pandemia da Covid-19, com a participação de uma equipe de 15 estudantes de graduação e pós-graduação de cada cidade.

Para a realização das avaliações, todos os participantes foram informados sobre os objetivos do estudo e receberam orientações sobre a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme Portaria n.º 466 de 2012 do Ministério da Saúde)[17]. Após consentimento em participar do estudo, as entrevistas individuais foram agendadas para serem realizadas em ambiente calmo e silencioso na instituição onde o participante residia, em horários previamente acordados e compatíveis com a rotina da instituição.

Análise de dados

Os dados foram analisados por meio de análises descritivas e inferenciais. Os dados seguiam distribuição normal, conforme o teste de Shapiro Wilk. Dessa forma, realizou-se comparações entre grupos utilizando-se Teste T para amostras independentes (dois grupos) ou ANOVA (três ou mais grupos). A variável dependente foi composta pelos domínios de qualidade de vida do WHOQOL-OLD e as variáveis independentes foram compostas por variáveis sociodemográficas, de saúde, funcionais e de satisfação. Foi utilizado o JAMOVI 2.3.24. O nível de significância da análise foi < 0,05.

RESULTADOS

Dos 39 idosos investigados, a maioria residia em Salvador/BA, era do sexo feminino, sem companheiro, com escolaridade em torno de 5 a 8 anos, de cor preta e parda, sem dificuldades nas ABVD, com uso contínuo de medicamentos, sintomas depressivos e provenientes de apenas uma ILPI. Quanto às características das instituições, os recursos provinham de diversas fontes e os quartos partilhados por mais de 3 pessoas.

De acordo com a Tabela 1↗, a maior parte da amostra referiu tomar pelo menos um medicamento de uso contínuo (84,6%) e apresentou escore da GDS sugestivo de depressão (68,4%).

A Tabela 2↗ apresenta os escores dos domínios do WHOQOL-OLD (Habilidades Sensoriais, Autonomia, Atividades Passadas, Presentes e Futuras, Participação Social, Morte e Morrer e Intimidade) como base para análise da qualidade de vida em idosos institucionalizados. Dos domínios investigados, houve maiores escores para "Habilidades Sensoriais" e "Morte e Morrer", seguidos de "Atividades Passadas, Presentes e Futuras", "Participação Social", "Intimidade" e "Autonomia".

Conforme observa-se na Tabela 3↗, não houve associação entre os domínios do WHOQOL-OLD com sexo, faixa etária, escolaridade, estado civil e dificuldades nas atividades básicas da vida diária, indicando que os escores no WHOQOL Total e subdomínios não variaram em relação essas variáveis.

A Tabela 4↗ compara os domínios do WHOQOL-OLD e as variáveis de saúde investigadas. Houve associação entre incontinência urinária e WHOQOL "Autonomia" ($p = 0,017$) e "Participação Social" ($p = 0,014$); perda de apetite, WHOQOL "Autonomia" ($p = 0,018$) e "Atividades Passadas, Presentes e Futuras" ($p = 0,044$); dificuldade de mastigação e WHOQOL "Habilidades sensoriais" ($p = 0,001$).

Em todas os domínios, maiores escores foram observados em idosos sem incontinência urinária, sem perda de apetite e sem dificuldade de mastigação, o que denota que tanto a incontinência urinária quanto questões relacionadas a alimentação, se associaram a qualidade de vida no público investigação. Com relação as demais variáveis, não foi observada associação estatisticamente significante entre qualidade de vida e número de doenças crônicas, incontinência fecal, dificuldades de memória e dificuldade para engolir alimentos.

No que se refere aos fatores subjetivos e relacionados ao humor (Tabela 5↗), houve associação entre qualidade de vida, humor e satisfação com a vida. Destaca-se as associações estatisticamente significantes entre:

a. GDS Total (0, 1, 2 pontos ou mais) e WHOQOL "Autonomia" (F = 4,507; p = 0,018), "Atividades Passadas, Presentes e Futuras" (F = 5,660; p = 0,018), "Participação Social" (F = 6,679; p = 0,004) e Escore Total do WHOQOL (F = 7,195; p = 0,003).

b. Satisfação com a vida e WHOQOL "Habilidades sensoriais" (F = 4.846; p = 0,014), "Autonomia" (F = 5.790; p = 0,007), "Atividades passadas, presentes e futuras" (F = 8.379; p = 0,001), "Participação Social" (F = 8,259; p = 0,001), "Intimidade" (F = 4,095; p = 0,026) e Pontuação Total do WHOQOL (F = 14,679; p = 0,000);

c. Satisfação com a saúde e WHOQOL "Habilidades Sensoriais" (F = 5,539; p = 0,008), "Autonomia" (F = 8,527; p = 0,001), "Participação Social" (F = 7,181; p = 0,003) e WHOQOL Total (F = 7,327; p = 0,002).

d. Satisfação com a memória e WHOQOL "Atividades Passadas, Presentes e Futuras" (F = 3.885; p = 0,031), "Intimidade" (F = 6.109; p = 0,005) e Escore Total do WHOQOL (F = 5.189; p = 0,011).

e. Satisfação com as relações familiares e WHOQOL "Autonomia" (F = 6.301; p = 0,005), "Intimidade" (F = 3.696; p = 0,036) e WHOQOL Total (F = 4.319; p = 0,023).

f. Satisfação com o ambiente e WHOQOL "Autonomia" (F = 6,177; p = 0,005), "Atividades Passadas, Presentes e Futuras" (F = 4,707; p = 0,016), "Participação Social" (F = 4.910; p = 0,014) e WHOQOL Total (F = 9,929; p = 0,000).

Observou-se que idosos com mais sintomas depressivos e com menor satisfação com a vida apresentaram escores mais baixos de qualidade de vida.

DISCUSSÃO

Os resultados do presente estudo indicam que a qualidade de vida dos idosos institucionalizados esteve associada ao humor, satisfação com a vida, perda de apetite, dificuldade de mastigação e incontinência urinária. Com base nesses dados, a qualidade de vida de pessoas idosas institucionalizadas pode envolver a avaliação do estado nutricional, prevenção do declínio funcional, promoção da autonomia, desenvolvimento de atividades significativas e de cuidados de saúde mental. Diante do crescimento das ILPI, destaca-se a necessidade de criar protocolos de atenção multidimensionais de saúde física e mental das pessoas idosas institucionalizadas.

Em relação aos componentes subjetivos, a alta associação entre humor, satisfação com a vida e satisfação com a vida relacionada aos domínios em quase todos os componentes do WHOQOL-OLD pode ter sido subsidiada pela relação da saúde mental com as crenças e valores sobre a vida; e pela relação entre a satisfação com a vida e qualidade de vida, indicando que a satisfação tende a ser um importante indicador de saúde entre as pessoas idosas de forma geral[8]. Observou-se, no presente estudo, que a satisfação geral e relacionada aos domínios com a vida envolveu componentes avaliativos de funcionalidade, capacidade de autogoverno, participação social e intimidade.

Xiao[8], por exemplo, encontrou que os sintomas depressivos moderaram a relação entre desempenho funcional e qualidade de vida. Uma das hipóteses é que a depressão se associa tanto a autopercepção negativa quanto a alteração de componentes objetivos de saúde, incluindo as vias inflamatórias, hormonais e neuroendócrinas. Embora não se saiba a duração dos sintomas depressivos, diante desses achados, sugere-se que o rastreio de sintomas depressivos seja uma prática recorrente nas instituições. Isso permitirá compreender as relações entre saúde mental, qualidade de vida e variáveis de desempenho funcional e de saúde.

A relação entre a incontinência urinária e os domínios "Autonomia" e "Participação Social" podem ser subsidiadas pelo alto impacto que a incontinência urinária pode vir a ter na vida das pessoas idosas institucionalizadas, cursando com isolamento social, autoestima e perda da autonomia, possivelmente relacionada a capacidade de fazer as próprias atividades[18,19]. No estudo de Jachan *et al*[19] houve associação entre a quantidade média de perda de urina e a QV relacionada à saúde. Embora no presente estudo não tenha se investigado o tipo de incontinência e nem o impacto que ela possui na vida dos entrevistados, intervir na incontinência pode promover o aumento da qualidade de vida e deve ser alvo de intervenções interdisciplinares e de reabilitação[19].

Já em relação a associação entre perda de apetite e associações com "Autonomia" e "Atividades Passadas, Presentes e Futuras"; e a associação entre dificuldade de mastigação e "Habilidades Sensoriais", trabalhos anteriores destacaram que a anorexia se associa com maior mortalidade, independentemente da idade e de outras variáveis clínicas e funcionais[20]. Syed[21] demonstrou que distúrbios do paladar e do olfato podem causar aversão à comida em pacientes e, portanto, afetar sua capacidade de manter uma nutrição ideal. Isto pode levar a uma redução do nível de força, massa muscular, funcionalidade e, consequentemente, a uma pior qualidade de vida.

Na prática clínica e assistencial com idosos, a perda de apetite pode ser um sinal de alerta para desfechos desfavoráveis à saúde e, segundo os dados apresentados, níveis mais baixos de qualidade de vida[22]. É necessário, portanto, realizar uma avaliação nutricional dos hábi-

tos alimentares e dos fatores que podem favorecer a perda de apetite em pessoas idosas institucionalizadas[23].

Embora a síndrome da fragilidade não tenha sido investigada no presente estudo, em tese, as condições apresentadas, como perda de apetite, incontinência urinária e dificuldade de mastigação, podem ser fatores predisponentes à fragilidade, e por sua vez também podem desencadear prejuízos na capacidade funcional dos idosos institucionalizados. Intervir nessas variáveis pode favorecer a saúde, a manutenção da autonomia e a prevenção da dependência funcional em pessoas idosas institucionalizadas[24].

Dentre as propostas de intervenção, em estudo nórdico, realizado por Bashkireva[24], estabeleceu que a atividade física regular melhora a qualidade de vida e afeta positivamente a saúde dos grupos estudados, mas os idosos representam a parcela mais inativa fisicamente da população.

No presente estudo não houve associação entre qualidade de vida, variáveis sociodemográficas, desempenho funcional e doenças crônicas, o que pode estar associado a homogeneidade da amostra, à elevada prevalência de morbidades e baixa prevalência de limitações nas ABVD na população investigada.

Considerando os dados apresentados, a promoção da qualidade de vida dos idosos institucionalizados pode envolver tanto o manejo do quadro clínico e assistencial dos idosos institucionalizados, como também ações de promoção da saúde, participação social, escuta qualificada, atividades significativas e desenvolvimento de projetos de vida. Esses dados corroboram com a necessidade de avaliar, de forma integral, a saúde pessoa idosa institucionalizada de forma a levantar e intervir sobre as demandas biopsicossociais do envelhecimento. Infelizmente, muitas instituições brasileiras apresentam escassez de recursos humanos e financeiros que inviabilizam um trabalho tecnicamente fundamentado na área de geriatria e gerontologia[25]. O Sistema Único de Saúde (SUS), embora seja universal, não dispõe de um eixo programático às pessoas idosas institucionalizadas[25,26]. As discussões atuais, e principalmente com a criação da Frente Nacional das ILPI têm contribuído para a necessidade de políticas de saúde voltadas para esse segmento.

Apesar da contribuição do estudo no que se refere aos fatores associados a qualidade de vida em idosos institucionalizados, a pesquisa possui limitações. Os dados são exploratórios e baseados em uma amostra pequena e não probabilística, que não permite generalizações. Usualmente estudos com ILPI são desafiadores devido às autorizações; financiamento; utilização de instrumentos adaptados; estabelecimento de cronogramas de avaliação que não atrapalhem as atividades das instituições. Além disso, a pandemia de Covid-19 impactou significativamente a condução deste estudo.

Por todas estas razões, este estudo representa os esforços colaborativos da equipe de pesquisa para explorar os fatores associados à qualidade de vida. Apesar disso, os achados apresentados são relevantes pela quantidade de variáveis de funcionalidade e saúde coletadas e investigadas em idosos institucionalizados brasileiros, cuja literatura ainda carece de investimentos. Sugere-se aos próximos estudos investigar, longitudinalmente, a relação entre as variáveis apresentadas, bem como destrinchar as relações entre qualidade de vida, humor, incontinência urinária e alimentação por meio de avaliações mais específicas e pormenorizadas.

CONCLUSÃO

A qualidade de vida de idosos institucionalizados está associada à incontinência urinária, perda de apetite, dificuldade de mastigação de alimentos sólidos, satisfação com a vida e humor. Esses dados sugerem que a promoção da Qualidade de Vida dos idosos institucionalizados requer ações multidimensionais com enfoque na prevenção do declínio funcional, promoção da autonomia, desenvolvimento de atividades significativas e prestação de cuidados de saúde mental.

REFERÊNCIAS

1. Félis, K.C., Silva, H.S. Desafios e sugestões de melhorias nos cuidados de idosos institucionalizados: Compreensões dos profissionais a partir de um grupo focal. Estud Interdisci Envelh 2024;29(1):123226. Disponível em: https://doi.org/10.22456/2316-2171.129226

2. Domingues, M. A. R. da C., Wachholz, P. A., Silva, C. B. da ., Peres, L. C. S., Chacon, P. F., Bezerra, P. C. de L., Lohmann, S., Moreira, V. G., Duarte, Y. A. O., & Giacomin, K. C. Methodological Description of Mapping Brazilian Long-Term Care Facilities for Older Adults. SciELO Preprints 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.3035

3. Fekih-Romdhane F., Nsibi T., Cheour M. Qualité de vie chez les résidents sans syndrome démentiel vivant en institution gériatrique. Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil. 2020;18(4):385-394. French. Disponível em: https://doi.org/10.1684/pnv.2020.0877

4. World Health Organization Quality of Life Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. Social Science and Medicine, 1998;46(12):1569-1585. Disponível em: https://www.ncbi.nlm. nih.gov/pubmed /9672396

5. Lawton, M. P. A multidimensional view of quality of life in frail elderly. In J. E. Brien, J. E. Lubben, J. C. Rowe, & D. E. Deutchmann (Eds.), The concept and measurement of quality of life in the frail elderly (pp.3-27), 1991. San Diego: Academic Press.

6. Xu D., Mou H., Gao J., Zhu S., Wang X., Ling J., Wang K. Quality of life of nursing home residents in mainland China: The role of children and family support. Arch Gerontol Geriatr 2019;83:303-308. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.archger.2019.04.009

7. Maenhout A, Cornelis E, Van de Velde D, Desmet V, Gorus E, Van Malderen L, Vanbosseghem R, De Vriendt P. The relationship between quality of life in a nursing home and personal, organizational, activity-related factors and social satisfaction: a cross-sectional study with multiple linear regression analyses. Aging Ment Health. 2020;24(4):649-658. Disponível em: https://doi.org/10.1080/13607863.2019.1571014

8. Xiao H, Yoon JY, Bowers B. Quality of life of nursing home residents in China: A mediation analysis. Nurs Health Sci. 2017;19(2):149-156. Disponível em: https://doi.org/10.1111/nhs.12288

9. Coelho-Junior, H.J., Marzetti, E., Picca, A. et al. Prevalence of Prefrailty and Frailty in South America: A Systematic Review of Observational Studies. J Frailty Aging 2020;9:197-213. Disponível em: https://doi.org/10.14283/jfa.2020.22

10. Muszalik, M.,Agnieszka, K., Borowiak, E., Grażyna, P.,Mateusz, C., Kornelia, K.K. Socio-Demographic, Clinical and Psychological Profile of Frailty Patients Living in the Home Environment and Nursing Homes: A Cross-Sectional Study. Frontiers in Psychiatry, 2021;12:736804. Disponível em: https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.736804

11. Duarte, Y. A. de O., Andrade, C. L. de, Lebrão, M.L. O Índex de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. Rev da Esc de Enferm da USP 2007;41(2):317-325. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0080-62342007000200021

12. Bertolucci P.H.F., Brucki S.M.D., Campacci S.R., Juliano Y. O Mini-exame do Estado Mental em uma população geral impacto da escolaridade. Arq Neuropsiquiatr 1994;52(1):1-7.

13. Almeida O.P., Almeida S.A. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS). J Psychiatr Res 1999;57(2-B):421-426. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0004-282X1999000300013

14. Yesavage J.A., Brink T.L., Rose T.L., Lum O., Huang V., Adey M., Leirer V.O. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. J Psychiatr Res. 1982-1983;17(1):37-49. Disponível em: https://doi.org/10.1016/0022-3956(82)90033-4

15. Fleck M.P.A., Chachamovich E.,Trentini C.M. Projeto WHOQOL-OLD: método e resultados de grupos focais no Brasil. Rev. Saúde Pública 2003, 37:6. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0034-89102003000600016

16. Neri AL. Bienestar subjetivo en la vida adulta y en la vejez: hacia una psicología positiva; en América Latina. Rev Lat Am Psicol. 2002;1(1):55-74.

17. Ministério da Saúde do Brasil. Portaria 466/2012. Dispõe referenciais da bioética, tais como, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros, e visa a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado e dá outras providências, 2012.

18. Göral Türkcü S., Kukulu K. Urinary incontinence and quality of life of women living in nursing homes in the Mediterranean region of Turkey. Psychogeriatrics 2019;17(6):446-452. Disponível em: https://doi.org/10.1111/psyg.12271

19. Jachan D.E., Müller-Werdan U., Lahmann N.A. Impaired Mobility and Urinary Incontinence in Nursing Home Residents: A Multicenter Study. J Wound Ostomy Continence Nurs. 2019;46(6):524-529. Disponível em: https://doi.org/10.1097/WON.0000000000000580

20. Landi F., Lattanzio F., Dell'Aquila G., Eusebi P., Gasperini B., Liperoti R., Belluigi A., Bernabei R., Cherubini A. Prevalence and potentially reversible factors associated with anorexia among older nursing home residents: results from the ULISSE project. J Am Med Dir Assoc. 2013;14(2):119-24. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.jamda.2012.10.022

21. Syed Q., Hendler K.T., Koncilja K. The Impact of Aging and Medical Status on Dysgeusia. Am J Med. 2016;129(7):753.e1-6. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2016.02.003

22. Şimşek H, Uçar A. Nutritional status and quality of life are associated with risk of sarcopenia in nursing home residents: a cross-sectional study. Nutr Res. 2022 May;101:14-22. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.nutres.2022.02.002

23. Yuka SHIRAI, Ryo MOMOSAKI, Yuki KATO, Asuka HORI, Keisuke MAEDA, Nutritional Care for Adults in Nursing Homes: A Scoping Review, Journal of UOEH, 2024;46(2):227-239. Disponível em: https://doi.org/10.7888/juoeh.46.227

24. Bashkireva A.S., Bogdanova D.Y., Bilyk A.Y., Shishko A.V., Kachan E.Y., Arutyunov V.A. Quality of life and physical activity among elderly and old people. Adv Gerontol. 2018;31(5):743-750.

25. Parreira de Oliveira, L., da Silva, H.S. Desafios ao cumprimento da RDC 502/2021 e os cuidados de longa duração à pessoa idosa no Brasil . Estud Interdisci Envelh 2024;29(1):133722. Disponível em: https://doi.org/10.22456/2316-2171.133722

26. de Oliveira, L.P., da Silva, H.S. Challenges to the operation of Brazilian LTCIs and changes in oversight. BMC Geriatr. 2024;24:515. Disponível em: https://doi.org/10.1186/s12877-024-05129-4

Autores
Marcella Barreto Campos
https://orcid.org/0000-0003-2446-4734
Anna Karla Carneiro Roriz
https://orcid.org/0000-0002-1768-5646
Lílian Barbosa Ramos
https://orcid.org/0000-0002-4657-8313
Maria Liz Cunha de Oliveira
https://orcid.org/0000-0002-5945-1987
Henrique Salmazo da Silva
https://orcid.org/0000-0002-3888-4214

Autor Correspondente/Corresponding Author
Henrique Salmazo da Silva – Universidade Católica de Brasília, Brasília/DF, Brasil.
henriquesalmazo@yahoo.com.br

Contributos dos autores/Authors' contributions
MC: Coordenação do estudo, desenho do estudo, recolha, armazenamento e análise de dados, revisão e discussão dos resultados.
AR: Desenho do estudo, análise de dados, revisão e discussão dos resultados.
LR: Desenho do estudo, análise de dados, revisão e discussão dos resultados.
MO: Desenho do estudo, análise de dados, revisão e discussão dos resultados.
HS: Coordenação do estudo, desenho do estudo, recolha, armazenamento e análise de dados, revisão e discussão dos resultados.
Todos os autores leram e concordaram com a versão publicada do manuscrito.

Considerações Éticas
O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Católica de Brasília, CAAE: 18151019.1.1001.0029, **Número do Parecer:** 3.621.190; e pelo Comitê de Étoca da Universidade Federal da Bahia, CAAE: 18561419.5.1001.5023, **Número do Parecer:** 3.793.529, respeitando-se os direitos dos participantes de pesquisa, a confidencialidade, anonimato e a participação voluntária. Todos os participantes consentiram em participar da pesquisa mediante Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Responsabilidades Éticas
Conflitos de Interesse: Os autores declararam não possuir conflitos de interesse.
Suporte Financeiro: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq – Brasil – MCTIC/CNPq (420859/2018-7).
Proveniência e Revisão por Pares: Não comissionado; revisão externa por pares.

Ethical Disclosures
Conflicts of Interest: The authors have no conflicts of interest to declare.
Financial Support: National Council for Scientific and Technological Development – CNPq – Brasil – MCTIC/CNPq (420859/2018-7).
Provenance and Peer Review: Not commissioned; externally peer reviewed.

©Os autores retêm o copyright sobre seus artigos, concedendo à RIASE 2024 o direito de primeira publicação sob a licença CC BY-NC, e autorizando reuso por terceiros conforme os termos dessa licença.
©Authors retain the copyright of their articles, granting RIASE 2024 the right of first publication under the CC BY-NC license, and authorizing reuse by third parties in accordance with the terms of this license.

Tabela 1 – Caracterização dos idosos institucionalizados cognitivamente saudáveis investigados segundo tipo de instituição, variáveis sociodemográficas, humor e saúde, Salvador/BA e Brasília/DF, 2020.

	N	Frequência Relativa
Instituição de Origem		
Instituição 1 – SSA	6	15,4
Instituição 2 – SSA	24	61,5
Instituição 3 – BSB	9	23,1
Sexo		
Feminino	21	53,8
Masculino	18	46,2
Estado Civil		
Casado(a)/Companheiro(a)	3	7,7
Solteiro(a)	20	51,3
Divorciado(a)/Separado(a)	7	17,9
Viúvo(a)	9	23,1
Escolaridade		
Analfabeto	7	17,9
1 a 4 anos	10	25,6
5 a 8 anos	15	38,5
9 anos e mais	7	17,9
Cor Autorreferida		
Branca	4	10,3
Preta	15	38,5
Parda	13	33,3
Amarelo	1	2,6
Outras	5	12,8
NR	1	2,6
NI		
Desempenho nas ABVD		
Sem dificuldades	29	76,3
Limitação em uma ABVD ou mais	9	23,7
Ingestão de Medicamentos Contínuos		
Não	6	15,4
Sim	33	84,6
Sintomas depressivos – GDS 4 pontos		
0 pontos	12	31,6
1 ponto ou mais	26	68,4
De onde provém os recursos para pagamento da ILPI		
Recursos próprios	6	15,4
Recursos próprios e da família	1	2,6
Verba pública	4	10,3
Outros	26	66,7
NR	1	2,6
NI	1	2,6
Quantas pessoas dormem no mesmo quarto		
1	6	15,4
2	9	23,1
3	19	48,7
4	3	7,7
NR	2	5,1
Esteve em outra instituição antes		
Não	35	89,7
Sim	4	20,3

NR – Não Respondeu; NI – Não Informado.

Tabela 2 – Pontuação nos domínios do WHOQOL OLD em pessoas idosas institucionalizadas de Brasília/DF e Salvador/BA (n=39), 2020.

	Média	Desvio Padrão	Mediana	Mínimo	Máximo
Funcionamento Sensorial	16,30	3,36	17,00	7,00	20,00
Autonomia	12,32	3,20	13,00	5,00	19,00
Atividades Passadas Presentes e Futuras	13,33	3,56	14,00	5,00	20,00
Participação Social	13,22	3,73	14,00	4,00	19,00
Morte e Morrer	16,29	4,13	17,00	4,00	20,00
Intimidade	12,49	4,19	12,00	4,00	20,00
WHOQOL Escore Total	83,71	13,73	83,00	45,00	109,00

Tabela 3 – Pontuação nos domínios do WHOQOL OLD em pessoas idosas institucionalizadas de Brasília/DF e Salvador/BA (n=39) segundo variáveis sociodemográficas, atividades básicas e de humor, 2020.

	Funcionamento Sensorial Média (DP)	P valor	Autonomia Média (DP)	P valor	Atividades Passadas Presentes e Futuras Média (DP)	P valor	Participação Social Média (DP)	P valor	Morte e Morrer Média (DP)	P valor	Intimidade Média (DP)	P valor	WHOQOL Escore Total Média (DP)	P valor
Sexo		P = 0,919		P = 0,070		P = 0,373		P = 0,191		P = 0,963		P = 0,500		P = 0,385
Feminino	16,35 (3,36)		13,20 (3,38)		13,84 (3,28)		14,00 (2,53)		16,31 (4,88)		12,05 (4,60)		85,66 (13,03)	
Masculino	16,23 (3,45)		11,29 (2,71)		12,76 (3,86)		12,35 (4,66)		16,25 (3,17)		13,00 (3,72)		81,50 (14,56)	
Faixa etária		P = 0,245		P = 0,397		P = 0,376		P = 0,753		P = 0,480		P = 0,137		P = 0,176
60 a 69 anos	17,25 (3,69)		11,25 (3,57)		14,37 (3,42)		12,50 (3,62)		16,85 (2,96)		12,37 (3,99)		84,00 (9,46)	
70 a 79 anos	16,64 (2,30)		13,40 (3,20)		12,71 (3,66)		13,28 (4,12)		15,23 (4,93)		13,42 (3,50)		84,00 (14,22)	
80 a 89 anos	14,50 (4,11)		11,50 (3,34)		12,33 (3,53)		12,88 (4,25)		16,10 (4,43)		10,10 (4,30)		77,22 (14,32)	
90 e mais	17, 40 (3,20)		13,40 (3,20)		15,20 (3,42)		14,80 (1,78)		18,60 (1,94)		14,80 (4,96)		94,20 (13,08)	
Escolaridade		P = 0,360		P = 0,956		P = 0,887		P = 0,589		P = 0,536		P = 0,843		P = 0,726
Analfabeto	17,16 (3,54)		13,00 (3,22)		13,50 (2,25)		14,16 (1,60)		18,60 (3,13)		13,66 (3,26)		89,40 (8,53)	
1 a 4 anos	15,10 (5,02)		12,10 (3,81)		14,11 (4,48)		12.55 (4,53)		15,55 (4,18)		11,80 (4,89)		80,50 (19,31)	
5 a 8 anos	16,00 (2,21)		12,28 (3,31)		12,92 (3,60)		12,57 (3,71)		16,42 (3,58)		12,71 (3,26)		82,92 (10,21)	
9 anos e mais	17,85 (1,57)		12,14 (2,54)		13,00 (3,65)		14,57 (4,15)		15,28 (5,70)		12,00 (5,91)		84,85 (16,80)	
Estado Civil		P = 0,898		P = 0,054		P = 0,900		P = 0,274		P = 0,415		P = 0,109		P = 0,497
Casado(a)	15,66 (3,05)		15,33 (2,51)		13,33 (2,51)		16,00 (2,64)		14,00 (2,64)		16,00 (3,60)		90,33 (9,01)	
Solteiro(a)	16,47 (3,45)		11,89 (3,01)		13,22 (3,05)		13,50 (2,85)		16,29 (4,22)		11,57 (3,76)		82,25 (8,27)	
Divorciado(a)/Separado(a)	15,57 (4,61)		10,42 (2,57)		12,71 (4,71)		11,14 (3,84)		18,28 (2,42)		11,00 (4,58)		79,14 (18,89)	
Viúvo(a)	16,75 (2,31)		13,87 (3,31)		14,12 (4,32)		13,37 (5,23)		15,37 (5,28)		14,62 (4,17)		88,12 (18,58)	
ABVD		P = 0,329		P = 0,486		P = 0,916		P = 0,361		P = 0,796		P = 0,746		P = 0,551
Sem dificuldades	16,60 (3,20)		12,53 (3,09)		13,37 (3,11)		13,55 (3,47)		16,18 (3,93)		12,35 (3,99)		84,50 (11,60)	
Com dificuldades	15,33 (3,84)		11,66 (3,60)		13,22 (4,89)		12,22 (4,49)		16,62 (5,04)		12,88 (5,01)		81,12 (19,92)	

Tabela 4 – Pontuação nos domínios do WHOQOL OLD em pessoas idosas institucionalizadas de Brasília/DF e Salvador/BA (n=39) segundo variáveis de saúde, 2020.

	Funcionamento Sensorial Média (DP)	P valor	Autonomia Média (DP)	P valor	Atividades Passadas Presentes e Futuras Média (DP)	P valor	Participação Social Média (DP)	P valor	Morte e Morrer Média (DP)	P valor	Intimidade Média (DP)	P valor	WHOQOL Escore Total Média (DP)	P valor
Número de doenças crônicas		F = 0,207; P = 0,891		F = 1,978; P = 0,136		F = 0,707; P = 0,555		F = 0,469; P = 0,706		F = 0,432; P = 0,732		F = 1,691; P = 0,188		F = 0,447; P = 0,721
Sem Doenças	15,86 (4,38)		14,86 (2,12)		14,50 (2,17)		14,00 (1,41)		14,50 (4,37)		13,71 (3,50)		88,00 (11,55)	
1 doença crônica	15,88 (4,02)		11,50 (4,63)		12,00 (4,21)		11,88 (5,72)		16,75 (3,33)		12,63 (4,34)		80,63 (19,23)	
2 doenças crônicas	16,92 (2,39)		11,75 (2,30)		13,92 (3,85)		13,33 (3,70)		16,55 (4,01)		13,67 (3,39)		85,91 (9,26)	
3 doenças crônicas ou mais	16,20 (3,46)		11,90 (2,92)		13,00 (3,43)		13,70 (2,95)		16,70 (4,99)		10,10 (4,91)		81,60 (14,80)	
Incontinência Urinária		P = 0,450		P = 0,017		P = 0,110		P = 0,014		P = 0,754		P = 0,940		P = 0,059
Não	16,55 (3,22)		13,07 (2,60)		13,92 (2,91)		14,15 (2,46)		16,15 (4,54)		12,51 (4,22)		86,36 (11,55)	
Sim	15,60 (3,77)		10,30 (3,88)		11,80 (4,70)		10,80 (5,32)		16,66 (2,78)		12,40 (4,32)		76,33 (17,13)	
Incontinência Fecal		P = 0,168		P = 0,244		P = 0,882		P = 0,103		P = 0,334		P = 0,374		P = 0,693
Não	16,38 (3,26)		12,29 (3,17)		13,12 (3,50)		13,12 (3,62)		16,45 (4,19)		12,23 (4,27)		83,46 (14,12)	
Sim	13,00 (4,24)		15,00 (1,41)		13,50 (2,12)		17,50 (2,12)		13,50 (0.70)		15,00 (1,41)		87,50 (2,12)	
Perda de Apetite		P = 0,277		P = 0,018		P = 0,044		P = 0,233		P = 0,140		P = 0,117		P = 0,100
Não	16,69 (3,08)		13,11 (2,98)		14,12 (3,52)		13,72 (3,56)		15,58 (4,59)		13,19 (4,07)		86,39 (12,52)	
Sim	15,36 (3,93)		10,45 (3,01)		11,54 (3,07)		12,09 (4,03)		17,81 (2,40)		10,81 (4,16)		78,09 (15,00)	
Dificuldade de Memória		P = 0,329		P = 0,670		P = 0,973		P = 0,117		P = 0,183		P = 0,552		P = 0,808
Não	16,62 (3,54)		12,18 (3,13)		13,34 (3,69)		12,61 (3,52)		16,88 (3,91)		12,74 (4,23)		84,08 (14,37)	
Sim	15,40 (2,75)		12,70 (3,49)		13,30 (3,36)		14,80 (3,99)		14,80 (4,49)		11,80 (4,21)		82,80 (12,69)	
Dificuldade de mastigar alimentos sólidos		P = 0,001		P = 0,705		P = 0,585		P = 0,828		P = 0,482		P = 0,382		P = 0,222
Não	17,38 (2,26)		12,19 (3,21)		13,53 (3,25)		13,30 (3,59)		16,62 (3,84)		12,88 (4,04)		85,58 (10,87)	
Sim	13,72 (4,17)		12,63 (3,29)		12,80 (4,41)		13,00 (4,26)		15,54 (4,82)		11,54 (4,59)		79,20 (18,87)	
Dificuldade de engolir alimentos		P = 0,533		P = 0,340		P = 0,623		P = 0,325		P = 0,377		P = 0,842		P = 0,602
Não	16,45 (3,20)		12,54 (3,34)		13,46 (3,25)		13,50 (3,42)		16,00 (4,39)		12,54 (4,38)		84,28 (12,63)	
Sim	15,50 (4,32)		11,16 (2,13)		12,66 (5,16)		11,83 (5,19)		17,66 (2,25)		12,16 (3,31)		81,00 (19,25)	

Tabela 5 – Pontuação nos domínios do WHOQOL OLD em pessoas idosas institucionalizadas de Brasília/DF e Salvador/BA (n=39) segundo variáveis auto-avaliativas de satisfação com a vida, 2020.

	Funcionamento Sensorial Média (DP)	P valor	Autonomia Média (DP)	P valor	Atividades Passadas Presentes e Futuras Média (DP)	P valor	Participação Social Média (DP)	P valor	Morte e Morrer Média (DP)	P valor	Intimidade Média (DP)	P valor	WHOQOL Escore Total Média (DP)	P valor
Depressão		F = 0,020;		F = 4,507;		F = 5,660;		F = 6,679;		F = 1,570;		F = 1,823;		F = 7,195;
0 pontos	16,42 (2,68)	P = 0,980	13,17 (2,76)	P = 0,018	14,83 (2,89)	P = 0,008	14,92 (2,31)	P = 0,004	15,00 (4,88)	P = 0,224	13,08 (4,93)	P = 0,177	87,42 (10,71)	P = 0,003
1 ponto	16,31 (3,63)		13,13 (3,01)		13,93 (2,60)		13,87 (3,34)		17,67 (2,32)		13,31 (3,63)		88,36 (10,65)	
2 a 4 pontos	16,11 (4,01)		9,78 (2,99)		10,33 (4,24)		9,89 (4,08)		15,63 (5,24)		10,22 (3,67)		70,00 (14,70)	
Satisfação Vida		F = 4,846;		F = 5,790;		F = 8,379;		F = 8,259;		F = 0,902;		F = 4,095;		F = 14,679;
Muito pouco e pouco	12,50 (4,12)	P = 0,014	9,50 (2,65)	P = 0,007	8,50 (3,42)	P = 0,001	8,75 (3,77)	P = 0,001	13,75 (6,95)	P = 0,416	8,25 (3,50)	P = 0,026	61,25 (15,11)	P = 0,000
Mais ou menos	17,92 (2,11)		10,92 (2,71)		12,42 (3,53)		11,83 (2,37)		16,27 (5,04)		11,50 (2,94)		80,18 (6,66)	
Muito e Muitíssimo	16,10 (3,28)		13,67 (2,94)		14,85 (2,54)		14,95 (3,41)		16,80 (2,82)		13,86 (4,35)		90,47 (10,71)	
Satisfação Saúde		F = 5,539;		F = 8,527;		F = 1,908;		F = 7,181;		F = 1,077;		F = 1,597;		F = 7,327;
Muito pouco e pouco	12,67 (4,72)	P = 0,008	10,67 (3,67)	P = 0,001	11,80 (5,81)	P = 0,164	9,60 (3,85)	P = 0,003	14,20 (4,71)	P = 0,353	12,33 (5,39)	P = 0,217	66,50 (17,79)	P = 0,002
Mais ou menos	17,60 (2,27)		10,00 (2,54)		12,10 (2,73)		11,60 (2,17)		17,50 (4,88)		10,60 (2,37)		79,40 (10,23)	
Muito e Muitíssimo	16,71 (2,72)		13,90 (2,45)		14,29 (3,13)		14,86 (3,45)		16,20 (3,56)		13,43 (4,38)		89,30 (11,07)	
Satisfação Memória		F = 0,706;		F = 2,664;		F = 3,885;		F = 1,356;		F = 0,853;		F = 6,109;		F = 5,189;
Muito pouco e pouco	14,50 (2,12)	P = 0,501	10,00 (4,24)	P = 0,084	12,00 (4,24)	P = 0,031	13,00 (4,24)	P = 0,272	18,50 (2,12)	P = 0,435	4,00 (0,00)	P = 0,005	72,00 (12,73)	P = 0,011
Mais ou menos	15,64 (3,96)		10,91 (4,13)		11,18 (3,12)		11,73 (5,20)		15,00 (4,81)		12,00 (3,46)		75,10 (15,42)	
Muito e Muitíssimo	16,75 (3,15)		13,17 (2,37)		14,48 (3,33)		13,96 (2,72)		16,65 (3,93)		13,42 (3,88)		88,68 (10,59)	
Satisfação Amizades		F = 0,869;		F = 1,879;		F = 2,112;		F = 0,871;		F = 1,098;		F = 2,929;		F = 3,195;
Muito pouco e pouco	15,00 (4,00)	P = 0,429	11,20 (3,42)	P = 0,169	14,00 (3,81)	P = 0,138	12,60 (2,97)	P = 0,428	14,25 (5,62)	P = 0,346	13,60 (3,58)	P = 0,067	79,25 (6,70)	P = 0,055
Mais ou menos	17,23 (3,32)		11,62 (2,72)		11,92 (4,07)		12,46 (4,41)		15,42 (5,28)		10,69 (2,32)		78,42 (15,48)	
Muito e Muitíssimo	16,17 (3,24)		13,44 (3,15)		14,47 (2,72)		14,18 (3,40)		17,11 (2,74)		13,94 (4,60)		89,71 (11,15)	
Satisfação Relações		F = 0,116;		F = 6,301;		F = 0,473;		F = 1,701;		F = 3,160;		F = 3,696;		F = 4,319;
Muito pouco e pouco	16,00 (2,52)	P = 0,891	11,86 (2,79)	P = 0,005	13,29 (5,35)	P = 0,628	12,29 (4,11)	P = 0,200	12,50 (5,72)	P = 0,057	13,57 (3,15)	P = 0,036	78,67 (15,02)	P = 0,023
Mais ou menos	16,55 (2,88)		10,18 (2,99)		12,73 (2,41)		12,45 (2,46)		17,18 (4,02)		9,91 (3,30)		79,00 (7,27)	
Muito e Muitíssimo	16,69 (3,57)		14,00 (2,61)		14,00 (2,70)		14,60 (3,70)		16,80 (2,98)		13,94 (4,57)		90,43 (11,31)	
Satisfação Ambientes		F = 0,608;		F = 6,177;		F = 4,707;		F = 4,910;		F = 0,990;		F = 1,413;		F = 9,929;
Muito pouco e pouco	15,43 (4,50)	P = 0,550	9,00 (1,63)	P = 0,005	10,43 (4,79)	P = 0,016	9,71 (3,35)	P = 0,014	14,17 (7,17)	P = 0,383	10,43 (4,54)	P = 0,257	66,33 (14,73)	P = 0,000
Mais ou menos	16,00 (2,70)		13,40 (2,13)		13,13 (2,95)		13,67 (3,83)		16,50 (2,65)		12,33 (3,98)		84,57 (8,86)	
Muito e Muitíssimo	17,00 (3,46)		12,80 (3,69)		15,00 (2,57)		14,50 (2,82)		16,93 (3,77)		13,60 (4,14)		90,29 (11,38)	