

## AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS DEPENDENTES RESIDENTES EM DOMICÍLIO

Gilson de Vasconcelos Torres\*  
Luciana Araújo dos Reis\*\*  
Marcos Henrique Fernandes\*\*\*  
Claudio Henrique Meira Mascarenhas\*\*\*\*

### RESUMO

Este estudo tem por objetivo avaliar a qualidade de vida de idosos dependentes residentes em domicílio. Trata-se de uma pesquisa de caráter analítico com delineamento transversal. A amostra foi composta por 117 idosos dependentes, cadastrados nas unidades de Saúde da Família da área de abrangência do bairro do Jequezinho, no município de Jequié/BA. Os instrumentos utilizados foram o Questionário de avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-OLD), o Índice de Barthel e o levantamento de dados sociodemográficos e condições de saúde. Verificou-se que a média de idade foi 80,79 ( $\pm 9,77$ ) anos, houve uma maior frequência de idosos do sexo feminino (70,09%), não alfabetizados (63,25%), viúvos (46,15%) e com renda familiar de 1 a 3 salários mínimos (53,80%). Os problemas de saúde estiveram presentes em 93,16% dos idosos, sendo a patologia mais frequente a hipertensão arterial (23,10%). A qualidade de vida se encontra mais comprometida nos domínios *participação social* (32,03 pontos) e *funcionamento sensorio* (40,76 pontos). Assim, destaca-se a relevância científica e social de se avaliar a qualidade de vida de idosos, no intuito de criar alternativas de intervenção e propor ações e políticas na área da saúde, buscando atender às demandas da população que envelhece.

**Palavras-chave:** Avaliação. Qualidade de Vida. Idoso Fragilizado.

### INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população é um fenômeno de amplitude mundial, e a Organização Mundial de Saúde (OMS) prevê que em 2025 haverá 1,2 bilhão de pessoas com mais de 60 anos, sendo que os muitos idosos (com 80 ou mais anos) constituem o grupo etário de maior crescimento. Ainda de acordo com a mesma fonte, a maior parte dessas pessoas (aproximadamente 75%) vive nos países desenvolvidos<sup>(1)</sup>.

O Brasil não é exceção a este panorama. O grupo de mais de 60 anos quase duplicará, em termos absolutos, entre 2000 e 2020, passando de 14,5 para 26,3 milhões, e em 2050 atingirá a cifra de 64 milhões, valor esse superior ao do grupo etário constituído de crianças e adolescentes com até 14 anos, estimado em 46,3 milhões. Em termos de sua participação no total da população, nesse ano os idosos representarão 24,7%<sup>(2)</sup>.

Este acelerado processo de envelhecimento populacional e os recentes aumentos na expectativa de vida, inclusive entre as pessoas de 60 anos ou mais, têm chamado a atenção quanto às condições de saúde durante esses anos adicionais de vida e à incidência futura de morbidade, morbidade múltipla, disfuncionalidade e mortalidade entre os idosos<sup>(3)</sup>.

Percebe-se que nas alterações relacionadas com a idade estão a presença de fatores de risco e a ocorrência de doenças crônico-degenerativas, que determinam para o idoso certo grau de dependência, relacionado diretamente com a perda de autonomia e dificuldade de realizar as atividades básicas de vida diária, interferindo na sua qualidade de vida<sup>(4-5)</sup>.

A capacidade do indivíduo de realizar suas atividades físicas e mentais necessárias para a manutenção de suas atividades básicas e instrumentais - como tomar banho, vestir-se,

\*Enfermeiro. Doutor em Enfermagem/EERP-USP, Docente do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde/CCS - Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). E-mail: gvt@ufrnet.br

\*\*Fisioterapeuta. Doutoranda em Ciências da Saúde/PPGCSA-UFRN. Docente da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia/UESB. E-mail: cianareis@hotmail.com

\*\*\*Fisioterapeuta. Doutor em Ciências da Saúde pela UFRN. E-mail: marcoshenriquefernandes@bol.com.br

\*\*\*\*Fisioterapeuta. Especialista em Saúde Pública. Docente da UESB. E-mail: claudio12fisio@hotmail.com

realizar higiene pessoal, transferir-se (para cadeira ou cama) manter a continência, preparar refeições, manter o controle financeiro, tomar remédios, arrumar a casa, fazer compras, usar transporte coletivo, usar telefone e caminhar certa distância - é definida como capacidade funcional<sup>(4)</sup>. Quando ocorre comprometimento da capacidade funcional a ponto de impedir o cuidado de si, a carga sobre a família e sobre o sistema de saúde pode ser muito grande, conduzindo o idoso à perda da independência e autonomia e ao conseqüente comprometimento da qualidade de vida. A cada ano, cerca de 10% da população adulta, a partir dos 75 anos, perdem a independência em uma ou mais atividades básicas da vida diária, como banhar-se, vestir-se, alimentar-se e fazer a higiene pessoal, o que, na prática, impossibilita que este indivíduo resida ou permaneça em sua residência sozinho<sup>(5)</sup>.

O termo *qualidade de vida* (QV) pode se basear em três princípios fundamentais: capacidade funcional, nível socioeconômico e satisfação. A QV também pode estar relacionada com os seguintes componentes: capacidade física, estado emocional, interação social, atividade intelectual, situação econômica e autoproteção em saúde. Na realidade, o conceito de QV varia de acordo com a visão de cada indivíduo. Para alguns, ela é considerada como unidimensional, para outros, multidimensional<sup>(6-7)</sup>.

Além disso, a qualidade de vida na velhice tem sido associada a questões de independência e autonomia, e a dependência do idoso resulta das alterações biológicas (incapacidades) e de mudanças nas exigências sociais<sup>(8)</sup>.

Dessa forma, o bem-estar do idoso seria resultante do equilíbrio entre as diversas dimensões da capacidade funcional, sem significar ausência de problemas em todas as dimensões, tendo-se em vista que o bem-estar pode ser atingido por muitos, independentemente da presença ou não de enfermidades<sup>(9)</sup>.

O fenômeno da QV tem múltiplas dimensões, como, por exemplo, a física, a psicológica e a social, cada uma comportando vários aspectos, entre os quais a capacidade funcional, que é variável importante e deve ser avaliada. Assim, destaca-se a relevância científica e social de se investigarem as condições que interferem no

bem-estar na senescência e os fatores associados à QV de idosos, no intuito de criar alternativas de intervenção e propor ações e políticas na área da saúde, buscando atender às demandas da população que envelhece<sup>(10)</sup>.

Nesta perspectiva este estudo tem por objetivo avaliar a qualidade de vida de idosos dependentes residentes em domicílio.

## METODOLOGIA

O estudo se constitui de uma pesquisa de caráter analítico com delineamento transversal, desenvolvida junto a idosos cadastrados nas unidades de Saúde da Família da área de abrangência do bairro do Jequezinho, no município de Jequié, situado no interior do Estado da Bahia, Região Nordeste do Brasil.

A amostra deste estudo foi composta por 117 idosos dependentes cadastrados nas quatro unidades de Saúde da Família (Padre Hilário, José Maximiliano Henríquez Sandoval, Giserlando Biondi e Júlia Magalhães) do referido bairro. O cálculo da amostra foi realizado com base no teste-piloto deste estudo, o qual foi realizado com 27 idosos participantes de um grupo de convivência do bairro.

Foram adotados como critérios de inclusão o idoso: ter condição mental para responder aos questionários determinada de acordo com a percepção do cuidador; ser classificado como dependente em suas atividades de vida diária de acordo com o Índice de Barthel<sup>(11)</sup>; morar com a família e concordar em participar da pesquisa.

O instrumento de pesquisa foi constituído de três partes. A primeira parte é representada por dados sociodemográficos (idade, sexo, renda familiar, estado civil e escolaridade) e de saúde (presença de patologias e o uso de medicamentos). A segunda parte se refere ao Índice de Barthel<sup>(11)</sup>, utilizado para avaliação funcional, composto por 10 atividades ou aspectos: alimentar-se, tomar banho, fazer a higiene pessoal, vestir-se, intestinos, bexiga, locomoção para higiene íntima, transferência - cadeira e cama, deambulação e subir escadas.

A terceira parte do instrumento foi representada pelo Questionário Genérico WHOQOL-OLD<sup>(12)</sup>, desenvolvido pelo grupo de QV da OMS, o qual tem por finalidade medir a percepção dos indivíduos a respeito do impacto

que as doenças causam em suas vidas. Este questionário consta de 24 itens, com respostas por escala tipo Likert de 1 a 5, divididos em seis facetas. Cada faceta é composta por quatro itens, gerando, então, escores que variam de 4 a 20 pontos. Os escores das seis facetas, combinados com as respostas aos 24 itens, geram, também, um escore *overall* (total). As facetas são: funcionamento dos sentidos; autonomia; atividades passadas, presentes e futuras; participação social; morte e morrer; e intimidade. Como cada faceta é composta por quatro itens, os escores podem variar de 4 a 20 para cada faceta. A obtenção do escore total deriva da soma dos 24 itens e não depende do agrupamento por facetas.

O Whoqol-Old é graduado inicialmente entre 4 e 20, sendo em seguida realizada uma nova transformação dos escores numa escala de 0 a 100, na qual o zero (0) corresponde ao pior estado de saúde e cem (100) ao melhor estado, possibilitando a análise individual de cada dimensão. No presente estudo optou-se por utilizar este instrumento de avaliação da QV por ele ser adaptado exclusivamente para a terceira idade, e nesse sentido ele atende aos objetivos do estudo, não sendo necessária a inclusão de outros instrumentos para avaliação da QV nessa faixa etária.

Os dados coletados foram organizados em banco de dados eletrônico por meio de digitação em planilha do Programa Estatístico SPSS versão 13.0, sendo posteriormente realizada análise estatística descritiva (média, desvio-padrão, frequência, porcentagem, IC).

Os procedimentos de coleta de informações foram instituídos após aprovação pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB (Protocolo n.º 005/2008), obedecendo à Resolução 196/96 do MS, que trata das pesquisas realizadas em seres humanos. Para participar da pesquisa, voluntariamente, o idoso ou seu responsável assinou o *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido* em duas vias.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram estudados 117 idosos com idade mínima de 60 anos e máxima de 106 anos, com média de 80,79 ( $\pm 9,77$ ) anos.

Entre as características da crescente população idosa observa-se que a expectativa de vida é diferenciada, sendo maior na população feminina. Essa predominância é resultante da maior mortalidade masculina. Além disso, é explicada também por diferenças biológicas como, por exemplo, o fator de proteção conferido por hormônios femininos em relação a determinadas patologias e diferenças de atitude em relação às doenças e incapacidades<sup>(1,3)</sup>. Sendo assim, os dados obtidos neste estudo estão de acordo com essas informações, visto que 70,09% da população correspondiam ao sexo feminino (Tabela 1).

Com relação ao estado civil, os viúvos foram mais frequentes, com 46,15%, seguindo-se os casados, com 34,19% (Tabela 1). O fato de as mulheres idosas constituírem o maior número de participantes desse estudo justifica-se pela menor longevidade dos homens, mas também pela maior frequência de recasamento dos homens após a viuvez e maior tendência de estes se casarem com mulheres mais jovens<sup>(1,3)</sup>.

Há um baixo nível de escolaridade no estudo, em que 63,25% dos idosos são analfabetos (Tabela 1), dados estes corroborados por pesquisa realizada no interior do Nordeste Brasileiro em que, de cada 100 idosos entrevistados, 65 eram analfabetos<sup>(1)</sup>. No entanto, a taxa de analfabetismo encontrada na presente pesquisa é maior do que a da população brasileira, que, em 2003, possuía 57,9% de idosos analfabetos<sup>(2)</sup>. A situação de analfabetismo pode, por si só, ser considerada um fator de limitação para a sobrevivência e para a qualidade de vida<sup>(4)</sup>.

Mais da metade (53,80%) dos idosos apresentou renda mensal entre 1 e 3 salários mínimos (Tabela 1), e de acordo a literatura, existe forte associação entre condição financeira e maior capacidade funcional<sup>(2)</sup>.

Os problemas de saúde estiveram presentes em 93,16% dos idosos, sendo as patologias mais frequentes a hipertensão arterial (23,10%), acidente vascular encefálico (11,10%) e artrose em joelhos (6,80%). A maioria dos idosos (78,60%) faz uso de medicação controlada, sendo o anti-hipertensivo a medicação mais utilizada (47,80%). Além disso, 81,20% fazem uso de até duas medicações diárias (Tabela 1),

sendo mais frequente a administração duas vezes ao dia (30,80%).

A hipertensão arterial, a doença mais relatada pelos idosos participantes, é considerada uma das causas mais comuns de morbidade e mortalidade prematuras. Além da alta prevalência, constitui fator de risco para complicações cardiovasculares, estando diretamente associada à incapacidade e dependência, o que repercute negativamente na qualidade de vida do idoso e faz com que os idosos necessitem de cuidados prestados pela família<sup>(4)</sup>.

**Tabela 1.** Distribuição das variáveis sociodemográficas e de saúde de idosos dependentes residentes no interior da Região Nordeste. Jequié/BA, 2008.

Variáveis do estudo	N	%
<b>Sexo</b>		
Feminino	82	70,09
Masculino	35	29,91
<b>Estado civil</b>		
Casado (a)/amasiado (a)	40	34,19
Solteiro (a)	16	13,68
Viúvo (a)	54	46,15
Separado (a)/ desquitado (a)	7	5,98
<b>Escolaridade</b>		
Sim	43	36,75
Não	74	63,25
<b>Renda familiar</b> (em salários mínimos)		
Até 1	43	36,75
De 1 a 3	63	53,85
4 a 6	8	6,84
7 a 10	3	2,56
<b>Problemas de saúde</b>		
Sim	109	93,16
Não	8	6,84
<b>Quantidade de medicamento</b>		
Até 2	95	81,20
Acima de 2	22	18,80
<b>Total</b>	<b>117</b>	<b>100,00</b>

Neste estudo verificou-se que 15,40% dos idosos residem com os filhos, dado que se assemelha aos encontrados na literatura, uma vez que em várias cidades do Brasil os idosos moram com os filhos, situação que abrange 22% dos domicílios brasileiros<sup>(14)</sup>. A família é um sistema dinâmico em interação dialógica que pretende (ou deve pretender) ajudar a pessoa a desenvolver uma presença afetiva, responsável e livre no mundo<sup>(15)</sup>.

Quanto à composição familiar, houve uma maior distribuição de idosos que residem com os

filhos (15,40%), com o cônjuge e filhos (12,80%) e com filhos e netos (12,00%). O número mínimo de pessoas que residem com o idoso foi um, o máximo foi quatro e a média, 1,78 ( $\pm 0,82$ ) pessoas.

Observou-se que a qualidade de vida se encontra mais comprometida nos domínios participação social (32,03 pontos) e funcionamento sensorio (40,76 pontos), e que os idosos apresentaram melhor pontuação nos domínios morte e morrer (72,16%) e Intimidade (53,16%) do Whoqol-Old, ou seja, menor comprometimento da qualidade de vida (Tabela 2).

**Tabela 2.** Distribuição dos domínios do Whoqol-old. Jequié/BA, 2008.

Domínios do Whoqol-old	N	Média	Desvio-padrão	IC (95%)
Funcionamento sensorio	117	40,76	26,89	35,83
Autonomia	117	45,52	28,75	40,26
Atividades passadas, presentes e futuras	117	44,68	25,91	39,94
Participação social	117	32,03	27,49	24,77
Morte e morrer	117	72,16	65,88	65,88
Intimidade	117	53,16	26,07	48,39

O domínio *participação social da QV* se refere ao uso do tempo livre e à participação em atividades da comunidade. As pessoas idosas que estão bem integradas em suas famílias e/ou no seu meio social têm maiores chances de sobrevivência, além de concentrarem maior capacidade de se recuperar das doenças, sendo o isolamento social importante fator de risco para a morbidade e mortalidade<sup>(16)</sup>. A baixa participação social encontrada na amostra deste estudo é um dado preocupante, uma vez que o isolamento social tende a levar à incapacidade física e mental, com o conseqüente comprometimento da capacidade funcional e a perda do autocuidado, condições que interferem de forma negativa na QV do idoso. Desta forma, fazem-se necessárias medidas preventivas, a serem adotadas pelas famílias e pela sociedade, no sentido de promover a reintegração social destes idosos.

O funcionamento sensorio no Whoqol-old corresponde ao domínio representado pela perda dos sentidos (audição, visão, paladar, olfato e tato) que acaba por afetar a vida diária, a capacidade de participar em atividades e a capacidade de interagir com outras pessoas,

tornando o idoso dependente dos cuidados da família<sup>(17)</sup>. O isolamento social traz como consequência o comprometimento da capacidade funcional, que afeta a capacidade de autocuidado do idoso, tornando-o dependente de cuidados prestados por sua família. Segundo a literatura, a qualidade de vida da população idosa está associada à manutenção da capacidade funcional ou da autonomia, logo o idoso que apresenta comprometimento dos sentidos poderá sofrer redução na capacidade funcional e, conseqüentemente, prejuízo na qualidade de vida<sup>(15)</sup>.

O conceito de QV está relacionado à autoestima e ao bem-estar pessoal, e abrange uma série de aspectos, como a capacidade funcional, o nível socioeconômico, o estado emocional, a interação social, a atividade intelectual, o autocuidado, o suporte familiar, o próprio estado de saúde, os valores culturais e éticos, a religiosidade, o estilo de vida, a satisfação com o emprego e/ou com atividades diárias e o ambiente em que se vive. Destarte, conceito de QV varia de autor para autor e, além disso, é um conceito subjetivo e dependente do nível sociocultural, da faixa etária e das aspirações pessoais do indivíduo<sup>(18)</sup>.

No presente estudo os idosos apresentaram melhor pontuação nos domínios *Morte e morrer* (72,16%) e *Intimidade* (53,16%) do Whoqol-Old, ou seja, menor comprometimento da qualidade de vida (Tabela 2).

Os domínios *Morte e morrer* se referem ao grau de preocupação do idoso com a maneira pela qual irá morrer, medo de não poder controlar a sua morte, medo de morrer e sentir dor antes da morte. Percebe-se que às questões referentes a este domínio estão associadas questões de espiritualidade, uma vez que boa parte dos idosos entrevistados acredita que a morte é a única coisa certa que temos na vida, sendo assim não devemos temê-la, e sim, aceitá-la com humildade.

O domínio *Intimidade*, por sua vez, é representado pelo sentimento de companheirismo, de se sentir amado(a) e oportunidade de amar e ser amado(a). Os resultados encontrados neste domínio demonstram que, apesar de em sua maioria os idosos serem viúvos, eles se sentem amados pelos demais membros da família.

A QV do idoso implica em múltiplos critérios de natureza biológica, psicológica e socioestrutural, pois vários elementos são apontados como determinantes ou indicadores de bem-estar na velhice: longevidade, saúde biológica, saúde mental, satisfação, controle cognitivo, competência social, produtividade, atividade, eficácia cognitiva, *status* social, renda, continuidade de papéis familiares e ocupacionais e continuidade de relações informais com amigos<sup>(19)</sup>.

Observa-se, assim, a necessidade cada vez mais premente de serem estabelecidos esquemas assistenciais mais efetivos e dinâmicos, capazes de atender às demandas crescentes dos idosos e de suas famílias, de forma a permitir uma assistência adequada ao idoso, e como consequência, uma melhor qualidade de vida.

## CONCLUSÃO

Constatou-se no presente estudo uma elevada frequência de idosos do sexo feminino, viúvos e analfabetos e com baixa renda familiar. Foi ainda verificado que a maior parte dos idosos apresentou comprometimento da qualidade de vida, principalmente nos domínios *participação social* e *funcionamento sensorio*, além de a maioria possuir problemas de saúde e fazer uso de medicação controlada.

O domínio *participação social* está diretamente relacionado ao comprometimento da qualidade de vida, uma vez que o isolamento social tende a promover a inatividade física e mental, que interfere diretamente da capacidade funcional dos idosos, tornando-os dependentes de cuidados, sobretudo da família. O mesmo acontece com o domínio *funcionamento sensorio*, visto que, ao apresentar comprometimento deste domínio, o idoso sofrerá redução em sua capacidade de autocuidado, necessitando assim de ajuda na realização de seus cuidados pessoais.

Diante desses fatos é importante desenvolver meios para melhor atender às dificuldades do crescente grupo de idosos para que haja um envelhecimento bem-sucedido, com acompanhamento de qualidade de vida e bem-estar.

Os dados encontrados no presente estudo, em que a amostra estudada mostrou elevado grau de

comprometimento da capacidade funcional e precárias condições sociais, são preocupantes, uma vez que estes fatores são determinantes das

condições de saúde e qualidade de vida na terceira idade.

## ASSESSMENT OF QUALITY OF LIFE IN DEPENDENT ELDERLY LIVING AT HOME

### ABSTRACT

The aim of this study is to assess the quality of life of dependent elderly persons living at home. This is an analytical study with a cross-sectional design. The sample was composed of 117 dependent elderly individuals enrolled in the Family Health Units of Jequiezinho, Bahia. The instruments used were Questionnaire assessment of the Quality of Life of the World Health Organization (WHOQOL-OLD) and Barthel's Index; sociodemographic and health data were also collected. The mean age was 80.79 ( $\pm$  9.77) years, with a predominance of women (70.09%), illiterates (63.25%), widows (46.15%) and family income between 1 and 3 minimum monthly wages (US\$245.00-\$735.00) (53.80%). Health problems were present in 93.16% of the elderly, the most frequent pathology being arterial hypertension (23.10%). Quality of life was most compromised in the social participation (32.03 points) and sensory functioning (40.76 points) domains. Thus, it is scientifically and socially important to assess the quality of life of the elderly in order to create intervention alternatives and propose health-related actions and policies to meet the demands of the aging population.

**Key words:** Evaluation. Quality of Life. Frail Elderly.

## EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DE ANCIANOS DEPENDIENTES RESIDENTES EN DOMICILIO

### RESUMEN

Este estudio tiene por objetivo evaluar la calidad de vida de ancianos dependientes residentes en domicilio. Se trata de una investigación de carácter analítico con delineamiento transversal. La muestra fue compuesta por 117 ancianos dependientes, registrados en las Unidades de Salud de la Familia del área de abarcamiento del barrio de Jequiezinho, en el municipio de Jequié/BA. Los instrumentos utilizados han sido el Cuestionario de evaluación de la Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud (WHOQOL-OLD), el Índice de Barthel y el levantamiento de datos socio-demográficos y condiciones de salud. Se verificó que el promedio de edad fue de 80,79 ( $\pm$  9,77) años, con mayor frecuencia de ancianos del sexo femenino (70,09%), no alfabetizados (63,25%), viudos (46,15%) y con renta familiar de 1 a 3 salarios mínimos (53,80%). Los problemas de salud estuvieron presentes en un 93,16% de los ancianos, siendo la Hipertensión Arterial la patología más frecuente (23,10%). La calidad de vida se encuentra más comprometida en los dominios participación social (32,03 puntos) y funcionamiento sensorial (40,76 puntos). Así, se destaca la relevancia científica y social de evaluarse la calidad de vida de ancianos, con el objetivo de crear alternativas de intervención y proponer acciones y políticas en el área de la salud, buscando atender las demandas de la población que envejece.

**Palabras-clave:** Evaluación. Calidad de Vida. Anciano Frágil.

## REFERÊNCIAS

1. Reis LA, Torres GV, Silva JPA, Sampaio LS, Reis LA. Perfil Epidemiológico de idosos institucionalizados no Município de Jequié/BA. *Rev Enferm Atual*. 2008 jul/ago; 46:19-23.
2. Garcia RA, Carvalho JAM. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. *Cad. Saúde Pública*. 2003 mai/jun; 19(3):725-733.
3. Davim RMB, Torres GV, Dantas SMM, Lima VM. Estudo com idosos de instituições asilares no município de Natal/ RN: Características socioeconômicas e de saúde. *Rev. Latino-americana de Enfermagem*. 2004 maio/jun; 12(3):518-24.
4. Reis LA, Mascarenhas CHM, Marinho Filho LE, Borges OS. Lombalgia na terceira idade: distribuição e prevalência na Clínica Escola de Fisioterapia da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. *Rev Bras Geriatria e Gerontologia*. 2008 jan/abr; 11(1):93-103.

5. Duayer MFF, Oliveira MMC, Gaspar JC. Perfil dos pacientes com perdas funcionais e dependência atendidos pelo PSF no município de São Paulo. *Rev. Esc. Enferm. USP*. 2007 dez; 41(4):42-49.
6. Davim RMB, Dantas SMM, Lima VM, Lima JFV. O lazer diário como fator de Qualidade de vida: o que pensa um grupo da terceira idade. *Cienc. cuid. saude*. 2003 jan/jun; 2(1):19-24.
7. Freitas EV, Py L, Néri AL, Cançado FAX, Gorzoni ML, Rocha SM. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Granabara Koogan; 2002.
8. Sousa L, Galante H, Figueiredo D. Qualidade de vidas e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. *Rev. Saúde Pública*. 2003 jun; 37(3):364-71.
9. Garcia EL, Banegas JR, Perez-Regadera AG, Cabrera RH, Rodriguez-Artalejo F. Social network and health related quality of line in older adults: a population-based astudy in Spain. *Qual Life Res*. 2005;14(2):511-20.

10. Thomé B, Dykes AK, Hallberg IR. Quality of life in old people with and without cancer. *Qual Life Res.* 2004 aug; 13(6):1067-80.
11. Reis LA, Mascarenhas CHM, Torres GV. Evaluation of functional capacity on institutionalized elderly in the City of Jequié/BA. *Fiep Bulletin.* 2008; 78(1):89-92.
12. Fleck MP, Chachamovich E, Trentini CM. Projeto WHOQOL-OLD: método e resultados de grupos focais no Brasil. *Rev. Saúde Pública.* 2003;37(6):793-9.
13. Reis LA, Mascarenhas CHM, Costa AN, Lessa RS. Estudo das condições de saúde de idosos em tratamento no setor de neurogeriatria da Clínica Escola de Fisioterapia da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. *Rev. Baiana de Saúde Pública.* 2007 jul/dez; 31(2):324-32.
14. Mazza MM, Lefevre F. Cuidar em família: análise da representação social de relação do cuidador familiar com o idoso. *Rev. Bras. Crescimento Desenvolv Hum.* 2005 jan/abr; 15(1):1-10.
15. Chikude T, Fujiki EM, Honda EK, Ono NK, Milani C. Avaliação da qualidade de vida dos pacientes idosos com fratura de colo de fêmur tratados cirurgicamente pela artroplastia parcial do quadril. *Acta ortop. bras.* 2007; 15(4):32-40.
16. Carneiro RS, Falcone E, Clark C, Del Prette Z, Del Prette A. Qualidade de vida, apoio social e depressão em idosos: relação com habilidades sociais. *Psicol. reflex. crit.* 2007; 20(2):27-35.
17. Abreu NS, Baracho ES, Tirado MGA, Dias RC. Qualidade de vida na perspectiva de idosos com incontinência urinária. *Rev Bras Fisioter.* 2007 nov/dez; 11(6):46-51.
18. Trentini CM, Chachamovich E, Figueiredo M, Hirakata VN, Fleck MPA. A percepção da qualidade de vida do idoso avaliado por si próprio e pelo cuidador. *Estud. psicol. (Natal).* 2006 maio/ago; 11(2):43-52.
19. Pereira RJ, Cotta RMM, Franceschini SCC, Ribeiro RCL, Sampaio RF, Priore SE et al. Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. *Rev Psiquiatr.* 2006 jan/abr; 28(1): 27-38.

---

**Endereço para correspondência:** Luciana Araújo dos Reis. Rua i, 15, Urbis III, Jequezinho. CEP: 45200-000. Jequié, Bahia. E-mail: cianareis@hotmail.com

**Data de recebimento:** 15/09/2008

**Data de aprovação:** 03/08/2009