

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE BAURU

CRISTINA DO ESPÍRITO SANTO

**Perfil da saúde geral e qualidade de vida de idosos de uma
instituição de longa permanência do município de Bauru, São Paulo**

BAURU
2014

CRISTINA DO ESPÍRITO SANTO

**Perfil da saúde geral e qualidade de vida de idosos de uma
instituição de longa permanência do município de Bauru, São Paulo**

Dissertação apresentada a Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências no Programa de Ciências Odontológicas Aplicadas, área de concentração Odontologia em Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Magali de Lourdes Caldana

**BAURU
2014**

Sa59p Santo, Cristina do Espírito
Perfil da saúde geral e qualidade de vida de idosos de uma instituição de longa permanência do município de Bauru, São Paulo / Cristina do Espírito Santo – Bauru, 2014.
116 p. : il. ; 31cm.

Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Odontologia de Bauru. Universidade de São Paulo.

Orientadora: Profa. Dra. Magali de Lourdes Caldana

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, por processos fotocopiadores e outros meios eletrônicos.

Assinatura:

Data:

Comitê de Ética da FOB-USP
Protocolo nº:
07498212.6.0000.5417
Data: 28/11/2012

DEDICATÓRIA

A *Deus*, pela força, por iluminar meu caminho, me orientar nas minhas escolhas e por colocar pessoas maravilhosas na minha vida, tornando-a mais amena e feliz.

A minha amada mãe *Antônia* (in memoriam), pelo exemplo de dignidade e força, por me ensinar com suas atitudes que a facilidade é do mesmo tamanho da dificuldade e por isso podemos chegar onde queremos. A maior dor que já senti na minha vida foi a da sua partida, porém seus ensinamentos me dão força para seguir adiante e me movem na contínua busca por dias melhores. Tenho certeza que está olhando por mim e me direcionando de onde quer que esteja. Obrigada por ter sido uma mãe maravilhosa, serei sempre grata a Deus por me permitir ser sua filha. Esta conquista é por você e pra você.

Ao meu irmão *Laércio*, que sempre cuidou de mim e nunca mediu esforços para que eu tivesse uma boa educação. Grata por me auxiliar a alcançar os meus objetivos. Esta conquista também é sua.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

Ao meu pai biológico *Antônio* e a o meu pai de coração *Ildefonso*. Deus levou minha mãe precocemente, mas me deu o privilégio de ter dois pais. Obrigada a meu pai *Antônio* pela vida, o carinho e os ensinamentos e meu pai *Ildefonso* pela criação, educação e amor incondicional.

Aos meus irmãos, *Laércio, Eder e Prado Filho*, pelo companheirismo, por acreditar, torcer e me apoiar em todos os momentos. Vocês são meu porto seguro.

Às minhas cunhadas *Vera e Lanny*, pela amizade, carinho e por me darem os melhores e mais lindos sobrinhos.

Aos meus sobrinhos *Samir, Samille e Ana Clara*, por me fazerem mais feliz. O amor e carinho de vocês recarrega minhas energias a cada visita em Porto Velho.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

À minha Orientadora, *Profa. Dra. Magali de Lourdes Caldana*, pelas oportunidades de realizar sonhos que antes pareciam inacessíveis, mas que estão se concretizando graças ao seu auxílio, confiança e ensinamentos. Obrigada por ser mais que orientadora, ser minha amiga e conselheira.

Ao *Prof. Dr. José Roberto de Magalhães Bastos*, pela sabedoria compartilhada e pelos sábios conselhos, fundamentais para o meu crescimento tanto pessoal, como profissional.

AGRADECIMENTOS

A toda “Turma da Magali”, *Aline, Elen, Rafa, Natalia Carleto, Natalia Favoretto, Mônica e Dine*, pela amizade, pelas experiências compartilhadas e por tornar esta jornada mais alegre.

À *Profa. Dra. Dionísia Aparecida Cusin Lamônica* e *Prof. Dr. José Roberto Pereira Lauris*, pelas importantes contribuições no meu Exame Geral de Qualificação.

À *Aline, Angela, Elen, Patrícia e Rafa*, pelas revisões, sugestões e auxílios prestados durante o desenvolvimento deste trabalho.

Aos *Professores do Departamento de Saúde Coletiva*, pelos valiosos conhecimentos transmitidos ao longo deste curso e pelo auxílio em todos os momentos.

À *Faculdade São Lucas* e todos os *Professores* da graduação, em especial às Professoras *Viviane, Karol e Lidiane*, pela confiança e ensinamentos. Vocês também são responsáveis por esta conquista.

Às funcionárias do *Departamento, Rosa, Sílvia e Marta*, pelo respeito, compromisso e cordialidade que sempre dispensaram a mim.

As amigas, *Aline, Angela, Adriana e Érica*, por terem me acolhido tão bem quando cheguei a Bauru. Vocês se tornaram minha família Bauruense. Obrigada pela atenção e carinho.

As minhas amigas, *Nara, Luana, Lenise e Irla*, sou grata pela amizade, torcida, companheirismo e os bons momentos vividos em cada visita a Porto Velho.

À *Capes* pelo auxílio financeiro ao longo do desenvolvimento deste estudo.

Por fim, agradeço a *todos* que não foram citados aqui, mas que de alguma forma colaboraram e torceram para o desenvolvimento deste trabalho. Meu muito obrigada a todos vocês.

RESUMO

O processo de envelhecimento consiste na deterioração lenta e progressiva das diversas funções orgânicas, é um fenômeno natural e inevitável que se reflete em uma maior fragilidade na saúde dos idosos. À medida que um indivíduo envelhece, sua qualidade de vida é fortemente determinada por sua habilidade de manter autonomia e independência. Assim, o objetivo deste trabalho foi descrever o perfil de qualidade de vida e aspectos de saúde de idosos residentes em uma instituição de longa permanência da cidade de Bauru, SP. A amostra foi composta por 20 idosos. Para avaliar a qualidade de vida utilizou-se o questionário SF-36 e para identificar a presença das doenças crônicas não transmissíveis: Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus foi realizada análise de prontuários, também foi realizada triagem auditiva nos residentes, para tanto utilizou-se o Audiômetro Pediátrico PA5 adaptado ao fone TDH 39. Como resultado, constatou-se que a maioria dos residentes eram do gênero masculino (85%), com idade média de 75,1 anos, o tempo médio de institucionalização foi 48 meses, 30% dos indivíduos eram analfabetos, 50% não possuíam ensino fundamental completo e apenas um (5%) tinha nível superior. No que se refere à qualidade de vida, o domínio Capacidade Funcional foi o aspecto mais afetado, o domínio Aspectos Sociais apresentou os melhores escores. Todos os idosos participantes falharam na triagem auditiva. Quanto à presença das doenças crônicas, 15% apresentam Hipertensão Arterial e 25% Diabetes Mellitus. Deste modo, pode-se concluir que houve uma elevada prevalência de alterações auditivas e Diabetes Mellitus nos residentes e uma baixa prevalência de Hipertensão Arterial, verificou-se relação estatisticamente significativa entre o tempo de institucionalização e o domínio Aspectos Sociais, não foi encontrada diferença estatisticamente significativa na qualidade de vida entre os indivíduos com e sem as doenças crônicas não transmissíveis Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus.

Palavras-chave: Envelhecimento. Qualidade de vida. Instituição de longa permanência para idosos.

ABSTRACT

Profile of general health and quality of life of institutionalized elderly in the city of Bauru, São Paulo

The aging process, which consists of slow and progressive deterioration of physiological functions, is a natural and inevitable phenomenon that is reflected in a greater frailty in elderly health. During aging process, quality of life is largely determined by its ability to maintain autonomy and independence. The objective of this study was to describe the quality of life and health aspects of elderly residents in long-term care facilities in Bauru, SP. The sample consisted of 20 residents. To assess the quality of life were used the SF-36 questionnaire and to identify the presence of chronic non-communicable diseases: Hypertension and Diabetes Mellitus chart analysis. Moreover, there was hearing screening in sheltered for both used the Pediatric Audiometer PA5 adapted to TDH 39. As a result, it was found that the majority of residents were male (85%) with a mean age of 75.1 years, the average length of institutionalization was 48 months, 30% were illiterate, 50% had no education full fundamental and only one (5%) had higher level. As regards the quality of life, functional capacity domain was the most affected aspect, Domain Social Aspects showed the best scores. All subjects participants failed in the hearing screening. For the presence of chronic diseases, 15% have Hypertension and 25% Diabetes Mellitus. Thus, it can conclude that there was a high prevalence of hearing impairment and diabetes mellitus among residents and a low prevalence of hypertension; there was a significant relationship between time of institutionalization and social aspects domain, no was found statistically significant difference in quality of life among individuals with and without chronic diseases Hypertension and Diabetes Mellitus.

Keywords: Aging. Quality of life. Homes for the aged.

LISTA DE TABELAS

| | |
|---|-----------|
| Tabela 1 - Caracterização da amostra quanto à idade dos participantes, Bauru, SP, 2013..... | 65 |
| Tabela 2 - Frequências absoluta e relativa quanto ao grau de instrução dos residentes, Bauru, SP, 2013..... | 65 |
| Tabela 3 - Descrição do tempo (meses) de institucionalização, Bauru, SP, 2013, Bauru, SP, 2013..... | 66 |
| Tabela 4 - Frequências absoluta e relativa quanto à presença de alterações auditivas, Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, Bauru, SP, 2013..... | 66 |
| Tabela 5 - Comparação entre domínios e descrição dos valores obtidos em cada domínio do questionário de QV SF-36, Bauru, SP, 2013..... | 67 |
| Tabela 6 - Classificação da saúde atual comparada há um ano, Bauru, SP, 2013..... | 67 |
| Tabela 7 - Correlação entre os domínios do SF-36, o grau de instrução e o tempo de institucionalização, Bauru, SP, 2013..... | 68 |
| Tabela 8 - Valores obtidos nos domínios do SF-36 entre os residentes que apresentaram e os não apresentaram Hipertensão Arterial, Bauru, SP, 2013..... | 68 |
| Tabela 9 - Valores obtidos nos domínios do SF-36 entre os residentes que apresentaram e os não apresentaram Diabetes Mellitus, Bauru, SP, 2013..... | 69 |

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

| | |
|---------------|---|
| ANVISA | Agência Nacional de Vigilância Sanitária |
| AASI | Aparelhos de Amplificação Sonora Individual |
| DCNT | Doenças Crônicas Não Transmissíveis |
| DM | Diabetes Mellitus |
| HA | Hipertensão Arterial |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| ILPIs | Instituições de Longa Permanência para Idosos |
| IPEA | Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada |
| MEEM | Mini Exame do Estado Mental |
| OMS | Organização Mundial da Saúde |
| QV | Qualidade de Vida |

SUMÁRIO

| | | |
|-------|---|----|
| 1 | INTRODUÇÃO | 29 |
| 2 | REVISÃO DE LITERATURA | 33 |
| 2.1 | TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA..... | 35 |
| 2.2 | A SAÚDE DA PESSOA IDOSA NO ÂMBITO NACIONAL..... | 36 |
| 2.2.1 | Hipertensão Arterial | 39 |
| 2.2.2 | Diabetes Mellitus | 40 |
| 2.3 | ALTERAÇÕES AUDITIVAS DECORRENTE DO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO..... | 42 |
| 2.4 | INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS..... | 43 |
| 2.5 | QUALIDADE DE VIDA..... | 45 |
| 3 | PROPOSIÇÃO | 49 |
| 3.1 | GERAL..... | 51 |
| 3.2 | ESPECÍFICOS..... | 51 |
| 4 | MATERIAL E MÉTODOS | 53 |
| 4.1 | CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO..... | 55 |
| 4.2 | ASPECTOS ÉTICOS..... | 56 |
| 4.3 | CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO..... | 56 |
| 4.4 | PROCEDIMENTOS..... | 56 |
| 4.5 | INSTRUMENTOS UTILIZADOS PARA COLETA DE DADOS..... | 57 |
| 4.5.1 | Mini Exame do Estado Mental | 57 |
| 4.5.2 | Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida SF-36 | 58 |
| 4.5.3 | Análise de Prontuários | 60 |
| 4.5.4 | Triagem Auditiva | 60 |
| 4.6 | TRATAMENTO ESTATÍSTICO..... | 61 |
| 5 | RESULTADOS | 63 |
| 5.1 | CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA..... | 65 |
| 5.2 | ESCOLARIDADE..... | 65 |
| 5.3 | TEMPO DE INSTITUCIONALIZAÇÃO..... | 66 |
| 5.4 | PRESENÇA DE ALTERAÇÕES AUDITIVAS, HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES MELLITUS..... | 66 |
| 5.5 | QUALIDADE DE VIDA..... | 66 |

| | | |
|----------|--|-----|
| 5.6 | PERCEPÇÃO DA SAÚDE ATUAL COMPARADA HÁ UM ANO | 67 |
| 5.7 | QUALIDADE DE VIDA, GRAU INSTRUÇÃO E TEMPO DE INSTITUCIONALIZAÇÃO..... | 67 |
| 5.8 | QUALIDADE DE VIDA E DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS..... | 68 |
| 6 | DISCUSSÃO | 71 |
| 6.1 | PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO..... | 73 |
| 6.2 | DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS..... | 74 |
| 6.3 | QUALIDADE DE VIDA..... | 75 |
| 6.4 | AUDIÇÃO..... | 79 |
| 7 | CONCLUSÕES | 83 |
| | REFERÊNCIAS | 87 |
| | ANEXOS | 103 |
| | ANEXO A – CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA FOB/USP..... | 105 |
| | ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO..... | 109 |
| | ANEXO C – MINI EXAME DO ESTADO MENTAL..... | 111 |
| | ANEXO D – QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA SF-36..... | 113 |

1 Introdução

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento pode ser conceituado como um conjunto de modificações fisiomorfológicas, bioquímicas e psicológicas, determinantes na perda gradual da capacidade de adaptação do indivíduo ao ambiente (FERREIRA et al., 2010). Este é um processo dinâmico, irreversível e progressivo em que diversos fatores como os biológicos, sociais e psíquicos interagem entre si. A população idosa vem sofrendo um grande e acelerado crescimento, existem projeções para que em 2020 o Brasil seja o sexto país do mundo em relação ao número de idosos (FALLER et. al., 2010).

O processo de envelhecimento se reflete na maior fragilidade da saúde dos indivíduos, resultando no comprometimento de funções orgânicas e na maior susceptibilidade a afecções e agravos. Este quadro se projeta em um espectro epidemiológico nos quais as doenças crônicas têm maior prevalência e, por conseguinte, menor autonomia e independência dos idosos (FERREIRA et al., 2010).

Conforme os indivíduos envelhecem, as doenças não transmissíveis transformam-se nas principais causas de morbidade, incapacidade e mortalidade em todas as regiões do mundo, inclusive nos países em desenvolvimento como é o caso do Brasil (CALDANA, 2009). Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), as doenças crônicas não transmissíveis são responsáveis por 61% de todas as mortes ocorridas no mundo (WHO, 2005). A audição também pode ser afetada pelo envelhecimento, o impacto dessa doença pode associar-se a depressão, reclusão social e redução do estado funcional, interferindo diretamente na qualidade de vida desses indivíduos. (CRUZ et. al., 2009).

Desta maneira, esse processo, marcado pela perda de habilidades e diminuição das funções acaba afetando a qualidade de vida, por incidir diretamente na vida cotidiana (FREITAS; QUEIROZ; SOUZA, 2010). O crescimento desta faixa etária faz com que a sociedade busque formas para fornecer a essa população as condições necessárias para que os idosos possam ter um bem estar em todos os aspectos de sua vida (TRIBESS, 2006).

Aliado a todo este contexto, com o progresso tecnológico e social, existe um maior número de integrantes da família no mercado de trabalho, fazendo com que a pessoa idosa, muitas vezes, não tenha a assistência necessária no ambiente

familiar. Em diversas situações a capacidade da família de cuidar do idoso é prejudicada, dessa forma, muitas vezes a institucionalização é a solução para esses casos (TEIXEIRA et al., 2012). Assim, a existência das instituições de longa permanência para idosos auxilia, fornecendo suporte as famílias, principalmente as de baixa renda, que não possuem condições para cuidar do idoso (POLARO et al., 2012). O idoso institucionalizado, muitas vezes, encontra-se desmotivado, não tendo expectativas em relação à própria vida, e almejando o retorno ao ambiente familiar. Muitos desses indivíduos possuem um quadro depressivo, pelo isolamento, privação de atividades sociais e familiares, independência e diversos aspectos que afetam diretamente sua qualidade de vida (MARIN et al., 2012).

A questão do envelhecimento saudável resulta da interação multidimensional entre saúde mental e física, independência no cotidiano e vida diária, interação social, e suporte familiar (RAMOS, 2003). Assim, pode-se dizer que a qualidade de vida estar relacionada a aspectos como a autoestima e ao bem estar individual, abrangendo o estado emocional, interação social, autocuidado, capacidade funcional entre outros aspectos (VECCHIA et. al., 2004). Neste âmbito, o planejamento e a manutenção da saúde nesta faixa etária representa um grande desafio à saúde pública, levando em consideração o seu acelerado crescimento aliado aos elevados níveis de morbimortalidade que possuem (PIZZOL et. al., 2012).

Diante deste referencial teórico, observa-se a necessidade de conhecer as condições de saúde geral e qualidade de vida dos idosos institucionalizados, uma vez que essas informações são de grande relevância científica e social, pois permitem o direcionamento de intervenções na busca das condições necessárias para que esses indivíduos possam ter um envelhecimento saudável e conseqüentemente uma melhor qualidade de vida.

2 Revisão de Literatura

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Transição demográfica

A preocupação em estudar o processo de envelhecimento humano começou na década de 50, tornando-se atualmente um assunto de interesse multidisciplinar, com muitas interfaces, dentre as quais podemos citar desde pesquisas que buscam deter ou retardar o envelhecimento, mais ligadas à estética, até as condições sociais e culturais que interferem no envelhecimento populacional (MERCADANTE, 1996).

De acordo com a OMS, para ser considerado idoso, o indivíduo deve apresentar idade acima de 60 anos para os países em desenvolvimento, subindo para 65 anos de idade quando se trata de países desenvolvidos (WHO, 2005).

A expectativa de vida no Brasil tem aumentado rapidamente nas últimas décadas segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, passando de 70,46 em 2000 para 73,48 em 2010 e deverá alcançar a marca de 74,8 em 2015 (IBGE, 2011). Nos últimos 60 anos, o número absoluto de pessoas com 60 anos ou mais aumentou nove vezes (BELTRÃO; CAMARANO; KANSO, 2004). Não só a população brasileira está envelhecendo, mas a proporção da população de 80 anos ou mais de idade, também está aumentando, alterando a composição etária dentro do próprio grupo, ou seja, a população idosa também está envelhecendo (CAMARANO, 1999).

A velocidade do processo de envelhecimento é determinada pelo declínio das taxas de fecundidade nas últimas décadas, pelo aumento da esperança de vida, a variação no número de nascimentos e pela queda das taxas de mortalidade. (VASCONCELOS; GOMES, 2012). Os Censos Demográficos de 1940, 1950 e 1960 forneceram resultados que apontaram para uma taxa de fecundidade total de um pouco mais de 6,0 filhos por mulher. A partir da metade da década de 1960 observou-se um declínio permanente deste indicador do nível de fecundidade. Segundo os resultados do Censo Demográfico 2010, a taxa de fecundidade total no país era de 2,38 filhos por mulher em 2000, chegando a 1,90 filhos por mulher em 2010, apresentando uma queda de 20,1% na última década. O índice de mortalidade

no Brasil também apresentou um grande declínio, o número de óbitos de crianças menores de 1 ano foi 15,6 para cada 1.000 nascidos vivos (IBGE, 2012)

O envelhecimento populacional é decorrente não somente das mudanças no perfil demográfico, como também dos avanços nos conhecimentos da engenharia genética, da biotecnologia e do avanço dos fármacos (VERAS, 2003).

No Brasil, a proporção de pessoas idosas ultrapassa 10%, o que representa, em números absolutos, mais de 20 milhões de pessoas com 60 anos ou mais de idade (BRASIL, 2012). Projeções para as próximas décadas estimam que em 2040 os idosos serão 38 milhões, o equivalente a 18%, da população total. (IBGE, 2010).

O envelhecimento populacional é uma vitória para a humanidade, por outro lado, é um grande desafio para Saúde Pública. Uma importante consequência do aumento do número de pessoas idosas em uma população, é que esses indivíduos provavelmente apresentarão um maior número de doenças e/ou condições crônicas que requerem mais serviços de saúde (FIRMO; BARRETO; LIMA-COSTA, 2003). O sistema de saúde brasileiro ainda não está organizado para atender à saúde do idoso e suas prioridades. É notável que se, por um lado, os idosos apresentam maior carga de doenças e incapacidades e usam mais os serviços de saúde, por outro, os modelos vigentes de atenção à saúde do idoso se mostram ineficientes e de alto custo, necessitando de estruturas criativas e inovadoras que possam melhorar o acesso à saúde e a qualidade de vida desses indivíduos (VERAS, 2009).

2.2 A saúde da pessoa idosa no âmbito Nacional

A Política Nacional do Idoso, a Política Nacional da Saúde da Pessoa Idosa, e o Estatuto do Idoso são instrumentos que norteiam ações sociais e de saúde, garantem os direitos das pessoas idosas e obrigam o Estado na proteção dos mesmos. O Estatuto do Idoso, instituído pela lei nº. 10.741/2003 e em vigor a partir de primeiro de janeiro de 2004, define como “obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público, assegurar aos idosos, com absoluta prioridade a efetivação do direito à vida, saúde, educação, cultura, esporte, lazer, trabalho, cidadania, liberdade, dignidade, respeito e convivência familiar comunitária” (BRASIL, 2003). O Ministério da Saúde incluiu a saúde do idoso como item

prioritário, promulgando uma nova Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, que tem por objetivo garantir atenção integral à saúde dessa população, com ênfase no envelhecimento saudável e ativo (BRASIL, 2006).

Embora a legislação brasileira relativa aos cuidados da população idosa seja bastante avançada, a prática ainda é insatisfatória. Segundo Veras em 2008, os fatos e as evidências apontam urgência de mudanças no cuidado à população idosa, já que a transição demográfica tem acarretado em maior carga de doenças e conseqüentemente um aumento do uso dos serviços de saúde (VERAS et al., 2008; VERAS, 2009).

O envelhecimento é um desafio na produção de políticas de saúde que respondam às necessidades das pessoas idosas, já que, a proporção de usuários com 60 anos ou mais, tende a ser cada vez maior. Desse modo, a transição demográfica tem um crescente e profundo impacto em todos os âmbitos da sociedade, mas é na saúde que tem maior transcendência, tanto por sua repercussão nos diversos níveis assistenciais como pela demanda por novos recursos e estruturas. (COTTA et al., 2002; BRASIL, 2006).

Envelhecer bem é um processo que envolve aspectos de herança genética, condições objetivas de vida – fatores econômicos e sociais, aspectos psíquicos, afetivos, familiares. Um envelhecimento bem sucedido não depende apenas das políticas públicas de saúde, mas o setor Saúde deve estar preparado para dar respostas nos campos da prevenção e promoção da saúde das pessoas idosas (CEInfo 2012).

É sabido que o processo de envelhecimento é um fenômeno natural e irreversível, e configura-se hoje como uma conquista social. Porém, esse processo pode ser encarado como um problema socioeconômico, devido ao aumento dos custos dos serviços de saúde e principalmente pela necessidade de adaptação e organização desses serviços para atender aos problemas pertinentes a esse processo. Trata-se de um grupo etário cujos cuidados com a saúde devem ser maiores, uma vez que 80% de seus integrantes apresentam pelo menos uma enfermidade crônica, que podem causar limitações importantes, requerendo cuidados prolongados (FONTENELE et al., 2012).

Envelhecer é um fenômeno progressivo que acarreta além de desgaste orgânico, alterações culturais, emocionais e sociais. Este processo se inicia ao nascimento e persiste durante toda a vida, sendo que cada indivíduo envelhece a

sua maneira, devido às condições intrínsecas e do ambiente. Portanto, é um processo variável e acompanhado de modificações na composição, estrutura e fisiologia do corpo como um todo (CIOSAK et al., 2011).

A OMS considera o envelhecer como um processo sequencial, individual, cumulativo, irreversível, universal, não patológico de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio ambiente.

Muitas vezes, a visão que se tem do processo de envelhecimento é que este sempre está associado à doenças e que o indivíduo idoso está em um estado de decrepitude, desorientação e regressão, isso nem sempre se mostra como realidade, pois, mesmo existindo perdas, tanto no nível biológico como econômico, social e psicológico, a manutenção das atividades e do engajamento social e familiar favorece o envelhecimento saudável. Em vista disso, é preciso distinguir senescência de senilidade. A senescência é considerada como o envelhecimento natural, caracteriza-se como um fenômeno fisiológico e identificado pela idade cronológica, é um processo de diminuição da reserva funcional. Por outro lado, a senilidade caracteriza-se pelo declínio físico associado à desordem mental, é o desenvolvimento de uma condição patológica por estresse emocional, acidente ou doenças. A senescência e senilidade não são sinônimos. O primeiro se aplica a um lento processo de envelhecimento e o segundo a um estado subterminal, patológico. Ambos exigem intervenções dos profissionais de saúde, com atuações focadas nesse segmento populacional. (CIOSAK, 2011; NEMAN; SILVA, 2011).

O envelhecimento e a doença não podem ser tratados como fatores intimamente dependentes ou interligados, porém o processo de envelhecimento leva a uma maior vulnerabilidade a adoecer, ou seja, uma predisposição à doença. As principais doenças crônicas que afetam os idosos em todo o mundo são: doenças cardiovasculares, hipertensão, acidente vascular encefálico, diabetes, câncer, doença pulmonar obstrutiva crônica, doenças músculo-esqueléticas, doenças mentais, principalmente demências e depressão, cegueira e diminuição da visão. Conforme os indivíduos envelhecem, as doenças não transmissíveis transformam-se nas principais causas de morbidade, incapacidade e mortalidade em todas as regiões do mundo, inclusive nos países em desenvolvimento como é o caso do Brasil (CALDANA, 2010).

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são responsáveis por 61% das mortes ocorridas no mundo (WHO, 2005). Caracterizam-se por ter uma etiologia incerta, múltiplos fatores de risco, longos períodos de latência, curso prolongado, origem não infecciosa e por estar associadas a deficiências e incapacidades funcionais. Entre as mais importantes estão a hipertensão arterial, o diabetes, as neoplasias, as doenças cérebro vasculares e as doenças pulmonares obstrutivas crônicas (BRASIL, 2005).

A Hipertensão Arterial e o Diabetes Mellitus são DCNT de alta prevalência cujos fatores de risco e complicações representam hoje a maior carga de doenças em todo o mundo. O tratamento e controle dessas enfermidades exigem alterações de comportamento em relação à dieta, ingestão de medicamentos e o estilo de vida. Essas alterações podem comprometer a qualidade de vida, se não houver orientação adequada quanto ao tratamento ou o reconhecimento da importância das complicações que decorrem destas doenças (BRASIL, 2005; SCHMIDT et al., 2011; MELO et al., 2013).

2.2.1 Hipertensão Arterial

A Hipertensão Arterial (HA) é definida como a pressão arterial sistólica igual ou maior a 140 mmHg e uma pressão arterial diastólica igual a 90 mmHg, em indivíduos que não estejam fazendo uso de medicação anti-hipertensiva. É um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo, por ser um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, sendo responsável por 40% das mortes por acidente vascular cerebral, 25% das mortes por doença arterial coronariana, e junto com o Diabetes Mellitus, é responsável por 50% dos casos de insuficiência renal terminal (BRASIL, 2006).

Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010), HA é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial. Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo como o coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos e a alterações metabólicas, constituindo um fator de risco independente para doenças cardiovasculares. Existe uma relação direta e linear da pressão arterial com a idade, sendo a prevalência de HA superior a 60% na faixa etária acima de 65 anos.

Uma pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde em 2009 mostrou que a proporção de brasileiros diagnosticados com HA passou de 21,5% em 2006 para 24,4% em 2009 (BRASIL, 2009). A prevalência é ainda maior nos indivíduos idosos, atingindo cerca de 65% dessa população (EGAN et al., 2010).

Estudos evidenciam que as alterações relacionadas ao envelhecimento tornam o idoso mais susceptível à hipertensão arterial, sendo esta considerada uma das principais causas de mortalidade nessa faixa etária por ser uma doença associada a mudanças funcionais, estruturais dos órgãos alvo (rins, coração, vasos sanguíneos). A HA é considerada um grave problema de saúde pública, isso devido à alta prevalência e baixa taxa de controle (SBC, 2010; YASUNO et al., 2010; FIDELIX, 2010).

O Ministério da Saúde apresenta dados que demonstram a existência 30 milhões de brasileiros hipertensos e apenas 10% realizam controle. Grande parte dos pacientes hipertensos não aderem ao tratamento, pois este é de longa duração, possui um complexo regime terapêutico, e muitas vezes não apresentam sintomas. As consequências do não controle da HA são alterações cardiovasculares, como doenças coronarianas, insuficiência cardíaca e acidente vascular encefálico. Sendo essas doenças responsáveis por 27% dos óbitos no Brasil e uma das maiores causas de morbimortalidade no ocidente. (BRASIL, 2009; DONINI-FILHO, 2010; MENDONÇA, 2012).

2.2.2 Diabetes Mellitus

O Diabetes Mellitus (DM) inclui um grupo de doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia e associadas a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos, especialmente olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos. Pode ser causada por defeitos na secreção e/ou ação da insulina envolvendo processos patogênicos específicos, como por exemplo, degeneração das células beta do pâncreas que são produtoras de insulina, resistência à ação da insulina, distúrbios da secreção da insulina, entre outros (BRASIL, 2013).

A Sociedade Brasileira de Diabetes (2014), considera-se como diabético o indivíduo, que em jejum, apresenta glicemia com valor de 126mg/dl. O DM é caracterizado como uma doença altamente limitante, podendo causar cegueira, amputações, nefropatias, complicações cardiovasculares, encefálicas, entre outras,

que acarretam prejuízo à capacidade funcional, autonomia e qualidade de vida dos indivíduos afetados. (FRANCISCO et al., 2010).

A prevalência do DM está em expansão, sendo caracterizada como uma epidemia resultante, em grande parte, do envelhecimento da população. Contudo, o sedentarismo, a alimentação inadequada e o aumento da obesidade também são responsáveis pela expansão global (SCHMIDT et al., 2009).

Segundo as Diretrizes Brasileiras de Diabetes, existe evidências da influência da idade na prevalência de DM, havendo um incremento de 2,7% na faixa etária de 30 a 59 anos para 17,4% na faixa etária de 60 a 69 anos, podendo chegar a 22% em indivíduos com mais idade. As taxas de mortalidade por essa enfermidade apresentam acentuado aumento com o progredir da idade, variando de 0,46 para a faixa etária de 0 a 29 anos a 223,3 para a faixa de 60 anos ou mais (por 100 mil habitantes).

A OMS estimou que o número de portadores da doença em todo o mundo era de 177 milhões em 2000, com expectativa de alcançar 350 milhões de pessoas em 2025 (WHO, 1999). No Brasil, o DM junto com a HA são responsáveis pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações, de amputações de membros inferiores e representa ainda 62,1% dos diagnósticos primários em pacientes com insuficiência renal crônica submetidos à diálise. As consequências humanas, sociais e econômicas são devastadoras: são 4 milhões de mortes por ano relativas ao DM e suas complicações, o que representa 9% da mortalidade mundial total (BRASIL, 2013).

Este elevado crescimento dos casos de DM acarreta em um grande impacto econômico nos serviços de saúde, como consequência dos crescentes custos do tratamento da doença e, sobretudo das complicações, como a doença cardiovascular, a diálise por insuficiência renal crônica e as cirurgias para amputações de membros inferiores (BRASIL, 2013). As hospitalizações atribuíveis ao DM representam 9% dos gastos hospitalares do Sistema Único da Saúde (SCHMIDT et al., 2009). Além dos custos financeiros, o DM pode ocasionar ansiedade e um declínio na qualidade de vida do doente e seus familiares, tendo o indivíduo acometido, maior probabilidade de desenvolver formas patológicas de estresse e depressão (TOSCANO, 2004; RAMOS; FERREIRA, 2011).

2.3 Alterações auditivas decorrentes do processo de envelhecimento

Dentre as alterações que acometem a maior parte dos idosos, está a presbiacusia, que é definida como perda auditiva decorrente do processo de envelhecimento (TEIXEIRA et al., 2013). Esta é citada como a terceira condição crônica mais relatada pelos idosos. Indivíduos presbiacúsicos apresentam uma redução na sensibilidade auditiva e na inteligibilidade da fala, bem como o rebaixamento de habilidade de recordar sentenças longas, comprometendo seriamente o processo de comunicação verbal. (MENESES et al., 2010, GIBRIN; MELO; MARCHIORI, 2013).

A presbiacusia é caracterizada principalmente pelas lesões histopatológicas na orelha interna e no nervo coclear. Inicia-se na quinta década de vida e é considerada a causa mais frequente de perda auditiva em adultos. A degeneração do sistema auditivo é iniciada antes da idade avançada (SOUSA, 2009). O perfil audiométrico observado clinicamente na presbiacusia é de perda auditiva neurossensorial bilateral simétrica de alta frequência que progride com a idade (MENESES et al., 2010; ARAKAWA et al., 2011).

Segundo dados American Speech - Language - Hearing Association - ASHA, cerca de um terço dos norte-americanos entre as idades de 65 a 74 anos e quase metade das pessoas com mais de 75 anos têm perda auditiva. Esta incidência tende a aumentar com o avanço da idade, 4,6% dos indivíduos entre 18 e 44 anos têm perda auditiva, enquanto que 14% dos indivíduos de meia idade, entre 45 e 64 anos e 54% da população acima dos 65 anos apresentam alguma perda. No Brasil, estudos evidenciam o aumento da prevalência de perda auditiva com o aumento da idade, chegando a atingir 30 a 60% da população idosa (SAMELLI, 2011). Um estudo realizado por Meneses et al. (2010), verificou a prevalência de 63,93% de perda auditiva em indivíduos com mais de 60 anos, com progressiva piora dos limiares auditivos com o avançar da idade.

A etiologia da presbiacusia pode envolver consequências resultantes de uma série de insultos infligidos ao longo da vida, incluindo a degeneração ligada ao envelhecimento, o tabagismo, HA, DM, atividades de lazer e exposições ocupacionais ao ruído intenso e/ou contínuo, inalação de substâncias tóxicas, ingestão de medicamentos ototóxicos, além de infecções, traumas de várias

naturezas e hereditariedade (MARCHIORI; REGO FILHO; MATSUO, 2006; GIBRIN; MELO; MARCHIORI, 2013).

Estudos justificam que as alterações ocorridas na orelha interna ocasionando perda auditiva nos idosos, podem ter relação com uma insuficiência microcirculatória decorrente de uma oclusão vascular por embolia, hemorragia ou vasoespasmo e que estes, seriam decorrentes de uma síndrome de hiperviscosidade ou microangiopatia por DM ou HA. Um dos mecanismos fisiopatológicos vasculares descritos é o aumento da viscosidade sanguínea, a qual acarreta uma diminuição do fluxo sanguíneo capilar e transporte de oxigênio levando à hipóxia tecidual, acarretando perdas auditivas aos seus portadores (MARCHIORI; REGO FILHO; MATSUO, 2006; MONDELLI; LOPES, 2009).

A presbiacusia é um dos mais incapacitantes distúrbios da comunicação, impedindo o indivíduo de desempenhar plenamente seu papel na sociedade. Esta deterioração do sistema auditivo interfere na habilidade de interpretar os sons da fala e implica em uma série de problemas sociais, dentre eles: afastamento das atividades sociais e familiares, baixa auto-estima, isolamento, solidão, depressão, irritabilidade. A privação sensorial proveniente do declínio da acuidade auditiva, aliada ao processo de envelhecimento, com todas as suas mudanças biológicas e sociais, muitas vezes representa o isolamento, originando depressão e diminuição da qualidade de vida dos indivíduos afetados (TEIXEIRA et al., 2008; SOUZA et al., 2009; TEIXEIRA et al., 2013; CRISPIM et al., 2013).

2.4 Instituições de Longa Permanência para Idosos

O aumento da população idosa aliada a modificações na estrutura familiar e à dinâmica da sociedade, em que o maior número possível de integrantes da família estão inseridos no mercado de trabalho, em especial a mulher, expõe a pessoa idosa à necessidade de ser institucionalizada (PERLINI; LEITE; FURINI, 2007).

A origem das Instituições de longa permanência para idosos (ILPIs) está ligada aos “asilos”, inicialmente dirigidos à população carente que necessitava de abrigo, e é por esse termo que tradicionalmente ainda é conhecida e muitas vezes referida (BOECHAT, 2006; CAMARANO; KANSO, 2010). Segundo o Instituto de

Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA (2010), no Brasil não há um consenso quanto à nomenclatura das instituições para idosos, diante disso encontra-se uma variedade de denominações para essa modalidade de atendimento. Em geral, muitas instituições não se denominam ILPIs sendo denominados como casas de repouso, clínicas geriátricas, abrigos e asilos.

Para a Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA (2005), as ILPIs são instituições governamentais ou não-governamentais, de caráter residencial, destinadas a domicílio coletivo de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar, em condição de liberdade, dignidade e cidadania.

Segundo Camarano e Kanso (2010), é comum associar ILPIs a instituições de saúde, porém, as ILPS não são estabelecimentos voltados à clínica ou à terapêutica, apesar de os residentes receberem – além de moradia, alimentação e vestuário – serviços médicos e medicamentos. As ILPIs são como uma residência coletiva, que atende tanto idosos independentes em situação de carência de renda e/ou de família quanto aqueles com dificuldades para o desempenho das atividades diárias, que necessitem de cuidados prolongados.

Considerando a necessidade de garantir a população idosa os direitos assegurados na legislação em vigor, a redução dos riscos à saúde e a necessidade de definir os critérios para as ILPIs, a Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária adota a Resolução de Diretoria Colegiada – RDC nº 283, que estabelece os critérios de funcionamentos, avaliação e monitoramento das ILPIs com o objetivo de estabelecer o padrão mínimo de funcionamento, de modo a garantir a atenção integral, defendendo a dignidade e os direitos humanos dos idosos (ANVISA, 2005).

O IPEA realizou um levantamento sobre as ILPIs entre os anos 2007 a 2010 nas cinco regiões Brasileiras (Norte, Centro-Oeste, Sul, Nordeste e Sudeste), identificando 3.548 instituições. Segundo esta pesquisa, o número estimado de idosos residentes era de 83.870, que representa 0,5% da população idosa. Dentre as instituições pesquisadas, o estudo observou que 65,2% eram caráter filantrópico, as instituições públicas ou mistas corresponderam a 6,6% e as instituições privadas corresponderam a 28,2% (IPEA, 2011).

Os altos custos, preconceitos e estereótipos aliados ao fato de os idosos preferirem serem cuidados pelas suas famílias, são alguns dos fatores que

contribuem para a baixa procura por ILPIs. Acredita-se, por outro lado, que a oferta não seja suficiente para atender a demanda existente, se for levado em conta a quantidade de idosos abandonados nos hospitais da rede pública e a frequente constatação de violência familiar (IPEA, 2010).

De acordo com Perlini et al. (2007), quando uma família procura uma ILPIs, muitas vezes a intenção é de proporcionar melhores condições de vida do que a própria família pode oferecer. Porém, a transferência do idoso de sua casa para a instituição pode produzir danos como: depressão, confusão, perda do contato com a realidade e um senso de isolamento e separação da sociedade (ARAÚJO; CEOLIM, 2007). A sensação de desamparo, desencadeada pela institucionalização pode gerar um comportamento dependente em diferentes graus, devido à dificuldade na aceitação e adaptação das novas condições de vida, sendo comuns a desmotivação e o desencorajamento (MARCHON et al., 2010).

Nas ILPIs, podem ocorrer situações em que os cuidados estimulem a dependência, pois os próprios funcionários preferem ajudar os abrigados quando eles apresentam dificuldades para executar tarefas simples, embora não sejam incapazes para fazê-las, como banhar-se, vestir-se, alimentar-se, etc. Por conseguinte, o ambiente pouco exigente e caracterizado por superproteção, pode resultar em dependência comportamental e conseqüentemente um declínio da capacidade funcional, afetando diretamente a qualidade de vida dos indivíduos institucionalizados (ARAÚJO; CEOLIM, 2007).

2.5 Qualidade de vida

A preocupação com o tema Qualidade de Vida (QV) surgiu a partir da Segunda Grande Guerra Mundial, quando foi usado o conceito de “boa vida” para referir-se à conquista de bens materiais. Em seguida, o conceito foi ampliado e passou a medir o quanto uma sociedade havia se desenvolvido economicamente. A criação de indicadores econômicos permitia comparar a QV entre diferentes países e culturas. Depois, o termo passou a designar, além do crescimento econômico, o desenvolvimento social (PASCHOAL, 2000).

A definição de QV é bastante complexa, visto que esta se modifica de indivíduo para indivíduo e está sujeita a alterações de parâmetros ao longo da vida. Campbeel, Converse e Rodgers (1976 Apud AWAD; VORUGANTI, 2000, v. 26, p.

558) tentou explicitar as dificuldades que cercavam a conceituação do termo QV, segundo os autores a “qualidade de vida é uma vaga e etérea entidade, algo sobre a qual muita gente fala, mas que ninguém sabe claramente o que é”.

Para Paschoal (2000), existem inúmeras conceituações de QV, isso porque está submetido a múltiplos pontos de vista e que varia de época, de um país para outro, de uma cultura para outra, de classe social, e até mesmo de indivíduo para indivíduo, podendo variar inclusive para o mesmo indivíduo conforme o decorrer do tempo.

Minayo, Hatz e Buss (2000, v.5, p.8), ressaltam que:

O termo qualidade de vida abrange muitos significados, que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades que a ele se reportam em várias épocas, espaços e histórias diferentes, sendo portanto, uma construção social com a marca da relatividade cultural.

A OMS (1994) definiu QV como a percepção que o indivíduo tem de sua posição na vida dentro do contexto de sua cultura e do sistema de valores de onde vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. É um conceito muito amplo que incorpora de uma maneira complexa a saúde física de uma pessoa, seu estado psicológico, seu nível de dependência, suas relações sociais, suas crenças e sua relação com características proeminentes no ambiente.

Na área da saúde, o interesse pelo conceito QV é recente e decorre, em parte, dos novos paradigmas que têm influenciado as políticas e as práticas do setor nas últimas décadas. No âmbito da saúde coletiva e das políticas públicas é possível identificar o interesse crescente pela avaliação da QV. Assim, informações sobre QV têm sido incluídas tanto como indicadores para avaliação da eficácia, eficiência e impacto de determinados tratamentos para grupos de portadores de agravos diversos, quanto na comparação entre procedimentos para o controle de problemas de saúde. Outro interesse está ligado às práticas assistenciais cotidianas dos serviços de saúde, e refere-se à QV como um indicador nos julgamentos clínicos de doenças específicas. Nesses casos, a compreensão sobre a QV do paciente incorpora-se ao trabalho do dia-a-dia dos serviços, influenciando decisões e condutas terapêuticas das equipes de saúde (SEIDL; ZANNON, 2004).

É sabido que o processo de envelhecimento é influenciado por vários fatores, tais como a constituição genética, sexo, caráter, personalidade, hábitos e estilo de vida, condições socioeconômicas, estado funcional, meio ambiente, valores

e crenças individuais, costumes, maneira de ver a vida e espiritualidade. Esta é uma fase associada à perda de papéis na sociedade e a solidão, sendo um obstáculo para se ter uma boa qualidade de vida (PASCHOAL; JACOB FILHO; LITVOC, 2008).

Para a OMS (2005) a QV de um indivíduo idoso está fortemente relacionada à manutenção da autonomia e independência. Os idosos que residem em ILPIs, tendem a apresentar um importante aumento do sedentarismo, perda de autonomia, carências familiares que interferem negativamente em sua QV (BARBARO, 2012). Desta maneira, a investigação sobre as condições que permitem uma boa QV na velhice é de grande importância científica e social, uma vez que contribui para a compreensão do envelhecimento e dos limites para o desenvolvimento humano, além da geração de alternativas de intervenção que visam o bem estar dos indivíduos idosos (NERI, 2003).

3 Proposição

3 PROPOSIÇÃO

3.1 Geral

Descrever o perfil de qualidade de vida e aspectos da saúde de residentes de uma instituição de longa permanência para idosos por meio de instrumentos multidimensionais de medida.

3.2 Específicas

- Verificar a percepção dos idosos residentes quanto sua qualidade de vida;
- Realizar triagem auditiva nos idosos;
- Identificar a presença das doenças crônicas não transmissíveis: Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus;
- Correlacionar qualidade de vida com os seguintes aspectos:
 - Grau de instrução;
 - Tempo de institucionalização;
- Comparar a qualidade de vida com a presença das doenças Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus.

Material e Métodos

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

O presente estudo observacional do tipo transversal foi desenvolvido em uma Instituição de longa permanência para idosos do município de Bauru/SP. Tal estabelecimento, fundado em 1^o de março de 1940 caracteriza-se por atender pessoas acima de 60 anos, de ambos os sexos, em sua maioria carentes, sem família ou impossibilitada de convívio com a mesma. Atualmente a mesma acolhe 49 idosos, uma grande parcela reside no local há anos. Isso se reflete na formação de um vínculo familiar com os funcionários e o pessoal que frequenta a instituição, sendo este, muitas vezes, o único laço familiar presente.

Sua estrutura física é composta por um espaço amplo, bem arborizado, com pátio, jardim, horta, refeitório, 36 quartos distribuídos em dois pavilhões, um masculino e um feminino, uma enfermaria, lavanderia e escritórios destinados à equipe técnica, além de uma Igreja Católica com missas que acontecem de terça a domingo. Quanto ao quadro de funcionários, há 58 colaboradores. Na área de saúde, a instituição possui dois enfermeiros, seis técnicos de enfermagem, dois assistentes sociais, uma psicóloga e uma nutricionista. A entidade conta também com uma equipe de segurança que visa preservar a integridade dos residentes.

A instituição conta com uma sala para atividades sociais e lazer com TV e mesas de jogos. A horta e os jardins recebem diariamente os cuidados dos idosos residentes. Os idosos realizam atividades externas, como as visitas a centros culturais, zoológico, atividades teatrais e de dança, ginástica, participação em grupos da terceira idade e atividades de integração social. Os residentes acompanhados por funcionários, também realizam suas compras de vestuário uma vez ao mês, e de mercado quinzenalmente, estas atividades visam à reinserção social e melhoria da autoestima dos idosos. Aliado a este, também ocorre diariamente um horário fixo para visitas dos familiares e amigos, além da possibilidade da realização de passeios, viagens e atividades de lazer com os mesmos.

A instituição trata-se de uma entidade filantrópica, uma parcela de sua renda deriva do pagamento realizado pelos idosos, os quais destinam 70% da sua aposentadoria à mesma. A instituição ainda recebe diversificadas doações da

comunidade Bauruense. Além disso, 30% da verba provém do financiamento público.

Por fim, destaca-se que a entidade possui um projeto denominado Centro Dia, também destinado aos idosos, possuindo como finalidade o desenvolvimento de atividades de lazer e recreação sem a institucionalização. Neste programa, o adulto idoso passa o dia na instituição, participando de todos os eventos, atividades e outras situações proporcionadas para os indivíduos institucionalizados. Ressalta-se que este projeto recebe financiamento da Prefeitura Municipal de Bauru.

4.2 ASPECTOS ÉTICOS

Primeiramente foi realizado um contato com a assistente social da ILPI “Vila Vicentina” a fim de esclarecer os objetivos da pesquisa. Após ser considerado apto pela da Instituição, o projeto foi protocolado para apreciação no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Odontologia de Bauru (FOB-USP), sendo aprovado sob o parecer 162.897 e número CAE 07498212.6.0000.5417 (Anexo A).

4.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Para participar do presente estudo, além de residir na ILPI, os indivíduos deveriam apresentar idade mínima de 60 anos e concordar em participar da pesquisa assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo B). Foram excluídos os indivíduos que apresentaram alterações cognitivas que comprometessem a fidedignidade das respostas; os que apresentaram cerume obstrutivo que impedisse a realização da triagem auditiva; além dos que apresentaram quadro de saúde geral delicado.

4.4 PROCEDIMENTOS

A coleta de dados foi realizada por meio da aplicação de dois questionários. O primeiro coletou dados referentes aos aspectos cognitivos dos idosos, o segundo levantou dados quanto à qualidade de vida. Foi realizada a

investigação das DCNT (HA e DM) por meio da análise de prontuário e por último foi realizada a triagem auditiva com o intuito de verificar as condições auditivas dos idosos.

A coleta aconteceu na própria instituição, que disponibilizou uma sala reservada, estavam presentes o residente e avaliador, não havendo interferências no momento da aplicação dos testes.

4.5 INSTRUMENTOS UTILIZADOS PARA COLETA DE DADOS

4.5.1 Mini Exame do Estado Mental (MEEM)

O MEEM (Anexo C) foi aplicado para avaliação da função cognitiva dos idosos residentes na instituição, com o objetivo de verificar os idosos aptos a participar do projeto, ou seja, aqueles com cognição preservada o suficiente para não comprometer a fidedignidade das respostas no teste de QV.

Este instrumento é de fácil aplicabilidade, utilizado na avaliação e no rastreamento do déficit cognitivo. Avalia a orientação temporal e espacial, memória de curto e longo prazo, atenção, cálculo, evocação, linguagem e praxia visoconstrutiva, possibilitando uma avaliação concisa do estado mental de um paciente (BERTOLUCCI et al, 1994). Suas principais aplicações atualmente são a avaliação de idosos com suspeita de quadros demenciais, para avaliar a progressão de transtornos cognitivos, para avaliar a eficácia de tratamentos, farmacológicos ou não e para avaliar o desempenho cognitivo em indivíduos sadios (TRINDADE et al, 2013).

Bertolucci et al. (1994) traduziu e adaptou esse instrumento e definiu os pontos de corte de acordo com o nível de escolaridade da população avaliada. O escore varia de 0 a 30 pontos e para a correção não são considerados erros gramaticais ou ortográficos, considerando-se apenas a escolaridade do indivíduo. Para idosos com baixa escolaridade, utilizaram-se os seguintes pontos de corte: indivíduos analfabetos e baixa escolaridade, 1 a 4 anos, a pontuação é de 13 pontos; média escolaridade, 4 a 8 anos, 18 pontos, e por fim em pessoas com alta escolaridade, acima de 8 anos, 26 pontos (TRINDADE et al., 2013).

4.5.2 Instrumento de avaliação de Qualidade de Vida SF-36

O SF-36 (Medical Outcomes Study 36 – Item Short-Form Health Survey) (Anexo D) é um instrumento de avaliação de qualidade de vida, desenvolvido nos EUA no final dos anos 80. Foi escolhido para este estudo por ser um questionário genérico relacionado à saúde, de fácil administração e compreensão, além de ter sido traduzido e validado no Brasil, mostrando-se adequado às condições socioeconômicas e culturais da população Brasileira (CICONELLI, 1997). É um questionário multidimensional formado por 36 itens que engloba oito domínios: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental (CICONELLI; FERRAZ; SANTOS; MEINÃO; QUARESMA, 1999; PIMENTA et al., 2008). As 36 questões são estruturadas em escalas com várias possibilidades de pontuação, a variação é de intensidade crescente ou decrescente conforme a pergunta. Os valores das questões são transformados em notas de oito domínios que variam em uma escala de 0 a 100, zero corresponde ao pior estado e 100 o melhor. O SF-36 inclui ainda um item de avaliação das alterações de saúde ocorridas no período de um ano e que não é pontuada (questão nº 2), mas que é utilizada para a comparação da saúde em geral (ZANEI, 2006). A seguir encontra-se disposta a forma de calcular a pontuação do questionário SF-36, segundo Ciconelli (1997).

Ponderação dos dados para cálculo do escore do SF36.

| QUESTÃO | PONTUAÇÃO | |
|---------|--------------------------|-------------------|
| 01 | Se a resposta for: | A pontuação será: |
| | 1 | = 5,0 |
| | 2 | = 4,4 |
| | 3 | = 3,4 |
| | 4 | = 2,0 |
| | 5 | = 1,0 |
| 02 | Mantem o mesmo valor | |
| 03 | Soma de todos os valores | |
| 04 | Soma de todos os valores | |
| 05 | Soma de todos os valores | |
| 06 | Se a resposta for: | A pontuação será: |
| | 1 | = 5 |
| | 2 | = 4 |
| | 3 | = 3 |
| | 4 | = 2 |
| | 5 | = 1 |
| | Se a resposta for: | A pontuação será: |
| | 1 | = 6,0 |

| | | |
|---------------------|--|--------|
| 07 | 2 | = 5,4 |
| | 3 | = 4,2 |
| | 4 | = 3,1 |
| | 5 | = 2,2 |
| | 6 | = 1,0 |
| 08 | A resposta da questão 8 depende da nota da questão 7 | |
| | Se 7=1 e 8=1 | = 6 |
| | Se 7=2 a 6 e 8=1 | = 5 |
| | Se 7=2 a 6 e 8=2 | = 4 |
| | Se 7=2 a 6 e 8=3 | = 3 |
| | Se 7=2 a 6 e 8=4 | = 2 |
| | Se 7=2 a 6 e 8=5 | = 1 |
| | Se a questão 7 não for respondida o escore da questão 8 passa a ser o seguinte: | |
| | Se a resposta for 1 | = 6,0 |
| | Se a resposta for 2 | = 4,75 |
| Se a resposta for 3 | = 3,5 | |
| Se a resposta for 4 | = 2,25 | |
| Se a resposta for 5 | = 1,0 | |
| 09 | Os itens A,D,E,H tem a seguinte orientação: | |
| | Se a resposta for 1 | = 6 |
| | Se a resposta for 2 | = 5 |
| | Se a resposta for 3 | = 4 |
| | Se a resposta for 4 | = 3 |
| | Se a resposta for 5 | = 2 |
| | Se a resposta for 6 | = 1 |
| 10 | Para os itens B,C,F,G,I, o valor será mantido. | |
| 10 | Considera o mesmo valor | |
| 11 | Nesta questão os itens são somados, porém os itens B e D tem a seguinte pontuação: | |
| | Se a resposta for 1 | = 5 |
| | Se a resposta for 2 | = 4 |
| | Se a resposta for 3 | = 3 |
| | Se a resposta for 4 | = 2 |
| | Se a resposta for 5 | = 1 |

Cálculo de Domínios (Raw Scale)

| DOMÍNIO | Pontuação da questão correspondente | Limite inferior | Varição (escore range) |
|-----------------------------------|-------------------------------------|-----------------|------------------------|
| Capacidade Funcional | 03 | 10,30 | 20 |
| Limitação por aspectos Físicos | 04 | 4,80 | 4 |
| Dor | 07+08 | 2,12 | 10 |
| Estado geral de saúde | 01+11 | 5,25 | 20 |
| Vitalidade | 09 (itens A+E+G+I) | 4,24 | 20 |
| Aspectos sociais | 06+10 | 2,10 | 8 |
| Limitação por aspectos emocionais | 05 | 3,60 | 3 |
| Saúde mental | 09 (itens B+C+D+F+H) | 5,30 | 25 |

*Na fórmula, os valores de limite inferior e variação (escore ranger) são fixos.

Fórmula para o cálculo de Domínio:

$$\text{DOMÍNIO: } \frac{\text{Valor das questões correspondentes} - \text{limite inferior} \times 100}{\text{Variação (Score Range)}}$$

4.5.3 Análise de Prontuários

A análise de prontuários foi realizada na enfermaria da instituição. Foram levantadas informações referentes à data de nascimento, escolaridade, tempo de institucionalização e a presença das DCNT: Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus.

4.5.4 Triagem auditiva

Para verificar a saúde auditiva dos idosos residentes na instituição realizou-se a triagem auditiva. Segundo Bess e Humes (1998), a função da triagem auditiva é separar pessoas que apresentam um distúrbio auditivo daquelas que não apresentam, esse processo deve acontecer de maneira simples, segura, rápida e eficaz em termos de custo. Dessa forma, para a triagem dos idosos da instituição, utilizou-se o Audiômetro Pediátrico - PA5 adaptado ao fone TDH 39, corretamente posicionado nas orelhas. Foram utilizados tons puros modulados (warble), nas frequências de 500Hz, 1000Hz, 2000Hz, 3000Hz e 4000Hz nas intensidades de 20dBNA à 80dBNA.

Os procedimentos de coleta aconteceram em uma sala cedida pela própria instituição. O ruído ambiental foi calculado por um medidor portátil de ruído sonoro DEC 460, da marca Instrutherm. Os valores encontrados variaram ente 30 – 45 dBNPS.

Antes da realização dos procedimentos auditivos, dois pesquisadores que realizaram as triagens auditivas foram submetidos a uma avaliação para confirmar se eram ouvintes normais, em seguida foi realizada uma calibração biológica em cabina acústica utilizando-se o audiômetro pediátrico PA-5 com a finalidade de determinar o limiar auditivo dos mesmos. Foi retomada a calibração biológica no ambiente cedido pela instituição, não sendo constatada interferência do ruído ambiental na realização das triagens.

Para a triagem auditiva, inicialmente foi realizada a inspeção do meato acústico externo utilizando-se o Otoscópio TK da marca Mikatos com objetivo de

verificar alguma obstrução na passagem do som. Quando encontrado obstrução por excesso de cera, o residente era encaminhado para avaliação e conduta médica e só após a remoção, era realizada a triagem auditiva.

Iniciou-se a triagem pela melhor orelha indicada pelo residente. A intensidade mínima que ocorria a resposta em cada frequência era registrada em uma ficha de registro. O critério “passa-falha” foi adotado para analisar cada frequência testada, sendo “passa”, quando a resposta esteve presente em até 20 dBNA para todas as frequências e “falha” quando a resposta esteve acima 20 dBNA em pelo menos uma das frequências testadas.

Aqueles que falharam na triagem foram encaminhados para avaliação auditiva completa no serviço de Saúde Auditiva do Município de Bauru, SP, tendo em vista que esses indivíduos apresentam comprometimento auditivo que não pode ser diagnosticado por meio da triagem.

4.6 TRATAMENTO ESTATÍSTICO

Os dados amostrais coletados foram estratificados de acordo com o gênero, analisados e processados por meio de planilhas Excel (Microsoft® 2010).

Para se comparar os domínios que estruturam e fazem parte do questionário SF-36 utilizou-se o teste de Friedman, um teste não-paramétrico para dados mensurados a nível ordinal. Em seguida, para se correlacionar a qualidade de vida com o tempo de institucionalização e com o nível de instrução, usou-se a Correlação de Spearman, um teste comumente empregado em variáveis ordinais. Por fim, para se comparar a qualidade de vida e a presença das doenças crônica (HA e DM) fez-se o uso do Teste de Mann-Whitney, destinado a analisar duas amostras cujos escores tenham sido mensurados a nível ordinal. Para a realização dos testes estatísticos foi adotado o nível de significância de 5% ($p < 0,05$). Os testes foram calculados por meio do programa Bioestat 5.0.

5 Resultados

5 RESULTADOS

5.1 Caracterização da Amostra

Dos 49 idosos residentes na instituição, 29 eram do gênero masculino e 20 do gênero feminino. Foram excluídos do estudo 16 indivíduos por estarem acamados e/ou internados na enfermaria devido a algum comprometimento de saúde; 10 não concordaram em participar da pesquisa; dois apresentaram comprometimento cognitivo e um apresentou cerume obstrutivo que impediu a realização da triagem auditiva. Desta forma, a amostra deste trabalho foi composta por 20 idosos, três do gênero feminino e 17 do gênero masculino. A idade média foi de 75,1 anos, com limites inferior e superior de 60 e 103 anos respectivamente, como demonstrado na tabela 1.

Tabela 1 - Caracterização da amostra quanto à idade dos participantes, Bauru, SP, 2013

| N | Idade | | | |
|----|--------|--------|-------|---------------|
| | Mínimo | Máximo | Média | Desvio padrão |
| 20 | 60 | 103 | 75,1 | 10,20 |

5.2 Escolaridade

Com relação ao grau de instrução dos idosos residentes na ILPI, 50% não possui ensino fundamental completo e somente um possui ensino superior completo, conforme os dados apresentados na Tabela 2.

Tabela 2 - Frequências absoluta e relativa quanto ao grau de instrução dos residentes, Bauru, SP, 2013

| Grau de Instrução | n | % |
|-------------------------------|----|------|
| Analfabeto | 6 | 30 |
| Ensino Fundamental Incompleto | 4 | 20 |
| Ensino Fundamental Completo | 7 | 35 |
| Ensino Médio Incompleto | - | - |
| Ensino Médio Completo | 1 | 5 |
| Ensino Superior Incompleto | 1 | 5 |
| Ensino Superior Completo | 1 | 5 |
| Pós Graduação | - | - |
| Total | 20 | 100% |

5.3 Tempo de institucionalização

No que se refere ao tempo em que os idosos residem na instituição, pode-se observar que a média geral foi de 48 meses (4 anos); o limite inferior foi de 5 meses e o superior de 234 meses, que corresponde a 19 anos e 5 meses.

Tabela 3 – Descrição do tempo (meses) de institucionalização, Bauru, SP, 2013

| Tempo médio | Limite inferior | Limite Superior | Desvio padrão |
|-------------|-----------------|-----------------|---------------|
| 48 | 5 | 234 | 65,81 |

5.4 Presença de alterações auditivas, Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus

Ao analisar os achados das triagens auditivas, observou-se que os 20 residentes triados falharam. A hipertensão arterial esteve presente em 15% dos residentes, enquanto que o diabetes mellitus esteve presente em 25%, conforme os dados dispostos na tabela 4.

Tabela 4 – Frequências absoluta e relativa quanto à presença de alterações auditivas, Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, Bauru, SP, 2013

| | S | | N | |
|-----------------------|----|-----|----|----|
| | n | % | N | % |
| Rebaixamento auditivo | 20 | 100 | - | - |
| Hipertensão Arterial | 3 | 15 | 17 | 85 |
| Diabetes Mellitus | 5 | 25 | 15 | 75 |

S: apresenta; N: não apresenta

5.5 Qualidade de Vida

A QV dos idosos foi avaliada pelo instrumento SF-36, neste, os oito domínios são analisados separadamente, com notas que variam de zero a 100, zero corresponde ao pior estado de QV e 100 o melhor. Os dados apresentados na tabela 5 mostram que o domínio Capacidade Funcional apresentou a média mais baixa (46,25) em relação aos outros domínios, seguida pelo domínio Limitação por Aspectos Físicos (48,75) e Limitação por Aspectos Emocionais (50). O domínio Aspectos Sociais apresentou a média mais alta (83,75). Ao comparar os oito domínios do questionário observou-se que o domínio Aspectos Sociais foi estatisticamente melhor que Capacidade Funcional, Limitação por Aspectos Físicos e Dor.

Tabela 5 – Comparação entre domínios e descrição dos valores obtidos em cada domínio do questionário de QV SF-36, Bauru, SP, 2013

| Domínios | Média | Mínimo | Máximo | DP |
|-----------------------------------|--------------|---------------|---------------|-----------|
| Capacidade Funcional | 46,25 a | 0 | 100 | 33,91 |
| Limitação por aspectos físicos | 48,75 a | 0 | 100 | 44,78 |
| Dor | 55,90 a | 10 | 100 | 21,88 |
| Estado geral de saúde | 63,40 ab | 10 | 100 | 22,08 |
| Vitalidade | 66,00 ab | 0 | 100 | 29,14 |
| Aspectos sociais | 83,75 b | 25 | 100 | 22,62 |
| Limitação por aspectos emocionais | 50,00 ab | 0 | 100 | 48,97 |
| Saúde mental | 72,60 ab | 4 | 100 | 26,48 |

Domínios com a mesma letra não possuem diferença estatisticamente significativa entre si.

5.6 Percepção da saúde atual comparada há um ano

O questionário de qualidade de vida SF-36 inclui um item de avaliação das alterações de saúde que não é pontuado, mas que é utilizado para verificar a percepção atual da saúde comparada há um ano. Neste estudo observou-se que a maioria dos residentes (35%) considera sua saúde um pouco melhor agora que há um ano, conforme os dados da tabela 6.

Tabela 6 – Classificação da saúde atual comparada há um ano, Bauru, SP, 2013

| Classificação | N | % |
|--------------------------------------|-----------|------------|
| Muito melhor agora que há um ano | 3 | 15 |
| Um pouco melhor agora que há um ano | 7 | 35 |
| Quase a mesma de um ano atrás | 5 | 25 |
| Um pouco pior agora do que há um ano | 3 | 15 |
| Muito pior agora do que há um ano | 2 | 10 |
| Total | 20 | 100 |

5.7 Qualidade de vida, grau de instrução e tempo de institucionalização

Os dados dispostos na tabela 7 correspondem à correlação entre QV, grau de instrução e tempo de institucionalização. Não houve correlação estatisticamente significativa quando comparado QV e grau de instrução. Entretanto, observou-se uma análise positiva linear com diferença estatisticamente significativa ao correlacionar tempo de institucionalização com o domínio Aspectos Sociais.

Tabela 7- Correlação entre os domínios do SF-36, o grau de instrução e o tempo de institucionalização, Bauru, SP, 2013

| Domínios SF-36 | Grau de Instrução | | Tempo na instituição | |
|-----------------------------------|-------------------|------|----------------------|-------|
| | R | P | R | P |
| Capacidade Funcional | 0,06 | 0,80 | -0,15 | 0,53 |
| Limitação por aspectos físicos | 0,23 | 0,32 | 0,33 | 0,16 |
| Dor | -0,05 | 0,83 | 0,35 | 0,13 |
| Estado geral de saúde | -0,01 | 0,98 | 0,04 | 0,87 |
| Vitalidade | -0,09 | 0,69 | -0,24 | 0,30 |
| Aspectos sociais | -0,31 | 0,19 | 0,56 | 0,01* |
| Limitação por aspectos emocionais | 0,11 | 0,66 | 0,43 | 0,05 |
| Saúde mental | -0,13 | 0,59 | 0,12 | 0,62 |

* Correlação estatisticamente significativa ($p < 0,05$). R: coeficiente de correlação.

5.8 Qualidade de vida e doenças crônicas não transmissíveis

As tabelas 8 e 9 correspondem à média dos valores obtidos em cada domínio do questionário de QV SF-36 entre os residentes que apresentaram e os que não apresentaram HA e DM. Não foi encontrada diferença estatisticamente significativa na comparação entre QV com a presença de HA e DM.

Tabela 8 – Valores obtidos nos domínios do SF-36 entre os residentes que apresentaram e os não apresentaram Hipertensão Arterial

| Domínios | P | Presença de HA | | Ausência de HA | |
|-----------------------------------|------|----------------|-------|----------------|-------|
| | | Média | DP | Média | DP |
| Capacidade Funcional | 0,51 | 51,67 | 40,41 | 45,29 | 33,98 |
| Limitação por aspectos físicos | 0,65 | 66,67 | 57,74 | 45,59 | 43,51 |
| Dor | 1,00 | 47,67 | 33,08 | 57,35 | 20,42 |
| Estado geral de saúde | 1,00 | 56,67 | 29,30 | 64,59 | 21,49 |
| Vitalidade | 1,00 | 56,67 | 35,47 | 67,65 | 28,84 |
| Aspectos sociais | 0,69 | 91,67 | 14,43 | 82,35 | 23,82 |
| Limitação por aspectos emocionais | 0,69 | 66,67 | 57,73 | 47,06 | 48,68 |
| Saúde mental | 1,00 | 56,00 | 40,60 | 75,53 | 23,79 |

HA: Hipertensão Arterial; DP: Desvio Padrão

Tabela 9 – Valores obtidos nos domínios do SF-36 entre os residentes que apresentaram e os não apresentaram Diabetes Mellitus

| Domínios | P | Presença de DM | | Ausência de DM | |
|-----------------------------------|------|----------------|-------|----------------|-------|
| | | Média | DP | Média | DP |
| Capacidade Funcional | 0,51 | 41,00 | 31,30 | 48,00 | 35,60 |
| Limitação por aspectos físicos | 0,37 | 25,00 | 43,30 | 56,67 | 43,78 |
| Dor | 1,00 | 58,80 | 23,44 | 54,93 | 22,11 |
| Estado geral de saúde | 1,00 | 60,00 | 33,91 | 64,53 | 18,10 |
| Vitalidade | 1,00 | 49,00 | 37,48 | 71,67 | 24,76 |
| Aspectos sociais | 0,69 | 75,00 | 31,87 | 86,67 | 19,17 |
| Limitação por aspectos emocionais | 0,23 | 20,00 | 44,72 | 60,00 | 47,48 |
| Saúde mental | 1,00 | 72,80 | 39,33 | 72,53 | 22,57 |

DM: Diabetes Mellitus; DP: Desvio Padrão

6 Discussão

6 DISCUSSÃO

6.1 Perfil Sociodemográfico

É sabido que desde a última década iniciou-se uma grande transformação com o aumento do tempo de vida da população, causando repercussões no âmbito da demografia e saúde pública mundial. Essa revolução, global e local, formula para os especialistas, homens públicos e coletividades um grande desafio social e uma intensa demanda por estudos e análises para uma melhor definição de políticas públicas de prevenção de saúde no envelhecimento (VERAS; CALDAS, 2004; VERAS, 2009). O que antes era um privilégio para poucos, chegar à velhice hoje, passa a ser a norma, mesmo nos países mais pobres. O envelhecimento da população é uma aspiração natural de qualquer sociedade, mas não basta por si só. Viver mais é importante desde que se consiga agregar qualidade aos anos adicionais de vida (LIMA-COSTA; VERAS, 2003).

O aumento da expectativa de vida tem sido mais impressionante entre idosos acima de 80 anos. Entre 1997-2007, a população de 60-69 anos cresceu 21,6%, e a de mais de 80 aumentou 47,8% (MINAYO, 2012). No presente estudo, a idade média dos residentes foi de 75,1 anos, com limites inferior e superior de 60 e 103 anos, respectivamente. Dentre os 20 idosos participantes, 17 (85%) eram do gênero masculino e três (15%) do gênero feminino, fato este que vai contra o apontado na literatura científica, o qual exhibe uma predominância do gênero feminino em ILPIs (CAMARANO; KANSO, 2010; LUCCHETTI et al., 2012; FERREIRA; YOSHITOME, 2010; ALENCAR et al., 2012; DEL-DUCA et al., 2012; FREIRE; MENDONÇA; COSTA, 2012).

Em relação ao nível instrucional, a maioria dos idosos possui baixo grau de escolaridade, destacando-se a presença de seis residentes analfabetos. Esta perspectiva vai de encontro com estudos pesquisados, os quais apontaram que a situação de escolaridade das pessoas atualmente idosas, remete a períodos em que as chances de acesso à educação se davam de forma bastante assimétrica por classe social e gênero. Como consequência, os idosos estão expostos a enfrentar dificuldades agravadas pelo baixo nível instrucional (CALDANA, 2010; FRANÇA et al., 2011; POLARO et al., 2012).

6.2 Doenças crônicas não transmissíveis

A HA é uma doença de elevada prevalência no Brasil e no mundo. Estudos evidenciaram que a HA atinge mais de 60% de idosos com 60 anos ou mais (SBC, 2010; EGAN et al., 2010, ZATTAR et al., 2013). Estes dados não foram encontrados no presente estudo, no qual a HA esteve presente em apenas 15% dos residentes. Apesar dos resultados desta pesquisa indicar uma baixa prevalência de HA, é relevante destacar que a amostra deste estudo esteve composta por um número reduzido de indivíduos. Aqui cabe inferir também a proposta por parte da instituição na questão dos cuidados de saúde dos seus residentes. Na ILPI estudada, a presença constante dos profissionais de saúde promove um maior controle dos fatores de risco para hipertensão. Os profissionais da enfermagem contribuem de maneira significativa, uma vez que os medicamentos ficam na enfermaria e são controlados e administrados pela equipe de enfermagem, o que contribui para a adesão ao tratamento. Outro fator importante a ser destacado é o acompanhamento nutricional, promovendo uma alimentação balanceada e o controle diário da ingestão de sódio, além disso, não é permitido o consumo de bebidas alcoólicas pelos abrigados nas dependências da instituição.

Pesquisas evidenciaram a associação entre o consumo excessivo de sódio e ingestão de álcool como fatores de risco para o desenvolvimento da HA (SBC; 2010; SAE, 2010; OLIVEIRA, 2011; BRASIL, 2006). A ingestão excessiva de sódio está associada a níveis elevados de pressão arterial e a diminuição da ingestão leva a uma menor incidência de eventos cardiovasculares (SBC, 2010; OLIVEIRA, 2011). A OMS orienta que a população em geral deve utilizar, no máximo, seis gramas de sal diariamente, entretanto, em indivíduos hipertensos essa ingestão deve se limitar a quatro gramas (WHO, 2005). Porém, os brasileiros possuem hábitos alimentares que excedem o limite diário recomendado, consumindo entre 12 e 14 gramas de sal (SAE, 2010; SBC, 2010).

Evidências epidemiológicas demonstraram também a associação entre o consumo de álcool e a prevalência de HA, independentemente de sexo, idade, atividade física, índice de massa corporal e tabagismo, porém com influência direta da quantidade de álcool ingerido e tempo de exposição. A ingestão de álcool por períodos prolongados pode aumentar a pressão arterial e a mortalidade cardiovascular em geral (FUCHS et al., 2005; SBC, 2010). Souza et al. (2007), encontrou em seu estudo a relação direta entre etilismo e hipertensão arterial, sendo

que as pessoas avaliadas que apresentavam hábito de etilismo diário ou semanal apresentaram maior incidência de HA.

O DM, em contrapartida, apresentou alta prevalência neste estudo, estando presente em 25% da amostra. Existem evidências da influência da idade na prevalência dessa doença, havendo um incremento de 2,7% na faixa etária de 30 a 59 anos para 17,4% na faixa etária de 60 a 69 anos, podendo chegar a 22% em indivíduos com mais idade (SBD, 2014; BRASIL, 2013).

Estudos mostraram que a prevalência do DM entre a população idosa não é tão alta quando comparada com a prevalência de HA (EGAN et al., 2010; FRANCISCO et al., 2010; MENDES et al., 2011; BRASIL, 2013). Além disso, a HA é o principal fator de risco para doenças cardiovasculares (CARNELOSSO et al., 2010; SBC, 2010; ZATTAR et al., 2013). A evidência desses fatores podem ter levado a equipe de saúde da instituição a preocupar-se mais com a HA dispensando menor atenção ao DM. As possíveis justificativas para este fato podem ser o consumo excessivo de doces durante as festas comemorativas, a falta de controle alimentar durante as visitas externas e aos finais de semana quando acontecem às visitas familiares, momentos em que a nutricionista não está presente, o que dificulta o controle da ingestão desses alimentos.

O consumo habitual de carboidratos, dentre eles o consumo de açúcar, colaboram para o incremento da ocorrência de obesidade, que pode gerar transtornos metabólicos importantes como o DM (CARVALHO; ROCHA, 2011). Refrigerantes e alimentos como bolos, biscoitos, chocolates e outras sobremesas são fontes de açúcar assim como gorduras, portanto o consumo exagerado desses alimentos é um fator de risco para o desencadeamento do diabetes (BRASIL, 2006; BUENO, 2009). Os profissionais da área da saúde e pessoas portadora de DM relatam que a adesão aos princípios de plano de refeições é um dos aspectos mais desafiadores no cuidado com DM (OLIVEIRA; FRANCO, 2010).

Dessa forma, se faz necessário o estabelecimento de estratégias de promoção da saúde que busquem proteger, controlar e tratar as complicações relacionadas a esta morbidade, principalmente entre os indivíduos idosos.

6.3 Qualidade de vida

Como mencionado anteriormente, as medidas de QV foram verificadas utilizando-se o instrumento SF-36 e o domínio mais comprometido foi Capacidade

Funcional. Sabe-se que à medida que o ser humano envelhece, muitas tarefas do cotidiano, consideradas comuns e, portanto, de fácil execução, vão paulatinamente tornando-se cada vez mais difíceis de serem realizadas. É importante salientar que, em muitos casos, os próprios funcionários e/ou cuidadores das instituições podem estimular a dependência dos idosos, já que preferem ajudar quando eles apresentam dificuldades para executar tarefas simples, embora não sejam incapazes para fazê-las, como banhar-se, vestir-se e alimentar-se. (ARAÚJO; CEOLIM, 2007). Assim, as ILPIs podem apresentar o inconveniente de favorecer a inatividade física e a dependência, em função do manejo técnico inadequado o que pode comprometer a capacidade funcional dos indivíduos institucionalizados (REIS; CEOLIM, 2007).

A transferência do idoso do âmbito familiar para a instituição pode produzir danos, dentre eles o isolamento social (ARAÚJO; CEOLIM, 2007; RODRIGUES, 2010), fato este não encontrado no presente inquérito, no qual o domínio Aspectos Sociais apresentou a maior média (83,75 pontos). Uma das hipóteses para justificar esse achado pode ser à proposta por parte da instituição em realizar atividades de lazer para os abrigados. As atividades de lazer e os grupos de convivência são condutas para implementar a promoção da saúde e a qualidade de vida aos idosos, essas atividades contribuem para que sintam-se mais felizes e saudáveis (SOUZA; LAUTERT; HILLESHEIN, 2011).

Muitas vezes as ILPIs funcionam como um local de proteção e de cuidado aos idosos que moram sozinhos e que não conseguem mais exercer atividades de vida diária, bem como àqueles que não possuem família ou sofrem maltrato. Portanto, pensando na história pregressa do idoso, a institucionalização pode ter efeitos benéficos (RODRIGUES, 2010). O presente estudo não objetivou delinear os motivos pelos quais os idosos foram institucionalizados, contudo, é notável descrever que os principais motivos que podem favorecer tal ação estão relacionados a problemas de relacionamento familiar, falta de tempo e qualificação por parte da família, saúde debilitada do idoso, abandono familiar e maus-tratos, nestes casos, a solução encontrada é a institucionalização (FALEIROS; JUSTOS, 2007).

As ILPIs são importantes na sociedade, visto que oferecem às pessoas idosas um espaço de construção de novas relações. Aliado a isso, quando a instituição promove interações entre essas pessoas, possibilita tanto mudanças

grupais, que minimizam os inconvenientes do processo de envelhecimento, como também proporciona a construção de uma identidade grupal relacionada à velhice e aos mecanismos de apoio (ARAÚJO; COUTINHO; SANTOS, 2006).

Esses estudos podem justificar também outro dado inesperado encontrado na presente pesquisa: ao correlacionar QV com tempo de institucionalização, observou-se uma correlação positiva linear com diferença estatisticamente significativa no domínio Aspectos Sociais. Em outras palavras, isso significa que os valores caminham no mesmo sentido, ou seja, quanto maior o tempo de institucionalização, melhor a QV relacionada a Aspectos Sociais.

A instituição alvo é um estabelecimento diferenciado na cidade de Bauru, apresentando uma boa estrutura física, com bom espaço de lazer e recreação, oferecendo inúmeras atividades diariamente. Neste quesito, primeiramente, destaca-se o Programa Centro Dia, no qual, idosos abrigados e visitantes participam diariamente de atividades que estimulam a capacidade criativa e troca de experiência. Além disso, em seu espaço físico há uma igreja aberta ao público em geral, com atividades diárias, o que fomenta a participação e interação dos residentes. Outro ponto a ser considerado são os passeios e as festas promovidas em datas comemorativas, os quais contribuem para a integração entre os residentes e seus familiares, promovendo um ambiente agradável e saudável ao idoso. Por fim, ressalta-se que, para ser institucionalizado nessa entidade, a decisão envolve não só a família, mas o idoso, que dá o seu parecer sobre querer estar lá ou não.

Pontuando e justificando o explicitado acima, menciona-se que o questionário de QV SF-36 utilizado neste estudo possui um tópico de avaliação das alterações de saúde que, apesar de não ser pontuado, é utilizado para verificar a percepção atual da saúde comparada há um ano. Neste aspecto, observou-se que a maioria dos residentes considerou sua saúde um pouco melhor agora que há um ano. De tal modo, é possível analisar e ponderar de maneira positiva a institucionalização na saúde e, conseqüentemente, na QV destes idosos.

No que se refere QV e grau de instrução, não houve correlação estatisticamente significativa, o que difere da literatura pesquisada que mostra que os idosos com maior nível instrucional reportaram de modo estatisticamente significativo, melhores índices de QV. (TAJVAR; ARAB; MONTAZERI, 2008; VITORINO; PASKULIN; VIANNA, 2013). A escolaridade influencia no grau de compreensão das informações, favorecendo o conhecimento sobre a doença e

melhorando a adesão ao tratamento. Dessa forma, os indivíduos com maior escolaridade podem apresentar melhores escores na QV (CARVALHO et al., 2013).

Ao comparar QV com a presença das doenças crônicas não transmissíveis, HA e DM, não encontrou-se diferença estatisticamente significativa. Estudos apontaram que os indivíduos hipertensos apresentaram pior QV quando comparados com os normotensos (ARSLANTAS et al., 2008; CARVALHO et al., 2013). Os estudos mostraram também que algumas variáveis podem causar maior impacto na QV dos indivíduos hipertensos, como por exemplo, a presença de pressão arterial não controlada, frequência cardíaca elevada e danos em órgãos-alvo (MENA-MARTIN et al., 2003; ARSLANTAS et al., 2008; WANG et al., 2009). Com relação a variável sexo, estudos apontaram que a QV para os homens hipertensos foi avaliada como melhor quando comparada à das mulheres (WANG et al., 2009, CARVALHO et al., 2013). As mulheres apresentam pior QV devido aos fatores hormonais e por serem mais atentas aos estados internos (BANEGAS et al., 2007). Esses estudos talvez possam justificar a divergência entre os resultados obtidos e a literatura pesquisada, uma vez que 85% da amostra foi composta por indivíduos do sexo masculino, ademais, a ingestão correta e supervisionada dos medicamentos anti-hipertensivos contribuem para a adesão ao tratamento, e conseqüentemente, um maior controle da HA nos indivíduos da instituição.

Apesar de não ter sido encontrado diferença estatisticamente significativa quando comparada QV e HA, é válido relatar que o domínio mais comprometido foi o domínio Dor. Este dado vai de encontro a pesquisa realizada por Brito et al. em 2008, que encontrou a dor como o domínio mais prejudicado. A doença hipertensiva é considerada silenciosa e assintomática, entretanto, estudos tem demonstrado que as pessoas, ao serem questionadas sobre dor na hipertensão, referem sintomas como: dores de cabeça, dores no peito, tontura, alterações nos batimentos cardíacos, alterações visuais e agitações. Apesar de a medicina caracterizar os sintomas como inespecíficos e comumente encontrados em outras patologias, as pessoas apresentam como sintomatologia sensações corpóreas bem específicas, que podem causar prejuízos na QV (LIMA; BUCHER; LIMA, 2004; BRITO et al., 2008).

Quanto ao DM, pesquisas evidenciaram que pessoas portadoras dessa doença crônica têm os piores escores de QV quando comparados a indivíduos sem a doença e, aqueles com condições mais severas, reportam significativamente

menor QV entre os domínios (JIANG et al., 2009; KAMARUL et al., 2010). Dentre os determinantes que influenciam a QV dos diabéticos está o controle glicêmico, comorbidades e algumas variáveis demográficas, como idade, sexo e nível educacional (ALEY, 2007). Assim como acontece na HA, a QV é melhor entre os homens diabéticos do que entre as mulheres diabéticas. Os homens com DM são mais satisfeitos com o regime de tratamento, a sobrecarga da doença é menor e frequentam mais as atividades de lazer quando comparados às mulheres com DM (WANDELL, 2005).

Também não foi encontrada diferença estatisticamente significativa quando comparada QV e DM, entretanto os domínios Limitação por Aspectos Emocionais e Limitação por Aspectos Físicos foram os que apresentaram os menores escores. Estes dados corroboram com a pesquisa realizada por Ferreira (2009), que encontrou maior comprometimento nos mesmos domínios.

6.4 Audição

Encontrou-se neste estudo que os 20 residentes falharam na triagem auditiva, ou seja, todos os indivíduos participantes apresentaram rebaixamento da acuidade auditiva. Nesta linha, estudos evidenciaram a alta prevalência de perda auditiva em idosos com progressiva piora dos limiões com o avançar da idade (TEIXEIRA et al., 2009; MENESES et al., 2010). No estudo realizado por Meneses et al. (2010), 87,70% dos indivíduos apresentaram rebaixamento dos limiões auditivos, os resultados também revelaram que nos idosos a partir de 70 anos de idade, não foram encontrados limiões dentro dos padrões de normalidade, demonstrando que a prevalência de perda auditiva aumenta progressiva e proporcionalmente com o passar dos anos.

A mudança na sensibilidade auditiva decorrente do processo de envelhecimento, conhecida como presbiacusia, é resultado de efeitos cumulativos de fatores que podem ser desencadeadores ou potencializadores. Dentre eles estão, a degeneração ligada ao envelhecimento, tabagismo, HA, DM, medicações, exposição a ruído, infecções otológicas, nutrição e estresse. Esses fatores podem determinar maior ou menor prevalência de indivíduos afetados, bem como potencializar o grau da perda auditiva (RUSSO, 2004; TEIXEIRA et al., 2008; PAIVA et al., 2011; GIBRINI; MELO; MARCHIORI, 2013).

Com o avançar da idade e a associação dos fatores potencializadores, a sensibilidade auditiva vai sendo diminuída, isso pode gerar um distúrbio de comunicação, impedindo o idoso de desempenhar plenamente seu papel na sociedade (RUSSO, 2004; CRUZ et. al., 2009). Neste aspecto, as desvantagens vividas pelos idosos podem se confundir com rótulos que frequentemente são conferidos a eles, como sendo desatentos, dispersos, confusos e não comunicativos (PAIVA et al., 2011).

A audição é indispensável para aquisição e manutenção da comunicação oral, do mesmo modo, é imprescindível como mecanismo de alerta e defesa contra o perigo, permitindo localizar a fonte sonora à distância, promovendo assim, mais segurança e participação vital (RUSSO, 2004). Assim sendo, a privação sensorial decorrente do declínio da acuidade auditiva implica uma série de problemas, comprometendo significativamente a QV dos indivíduos afetados (CRUZ et. al., 2009; TEIXEIRA et al., 2008, 2013).

A perda auditiva nos idosos é de instalação insidiosa, ou seja, gradual e progressiva permitindo a adaptação em sua rotina diária de menor exigência auditiva, fazendo com que o indivíduo não tenha percepção da presença de alterações auditiva nos estágios iniciais (LIBERMAN et al., 2012). Sendo assim, o índice de queixa auditiva é inferior ao diagnosticado nos idosos com presbiacusia (SOUSA; RUSSO, 2009; TEIXEIRA et al., 2009; SAMELLI et al., 2011). Eles muitas vezes acreditam que por serem distraídos ou desatentos, acabam não escutando bem e referem que, ao se concentrar, entendem o que lhe é dito. O que acontece é que o idoso mesmo sem saber ou perceber, utiliza estratégias que facilitam a comunicação, posicionando-se frente ao falante ou realizando leitura orofacial por exemplo. Tais estratégias possibilitam uma melhor compreensão do que é dito pelo falante, fazendo com que o idoso acredite que tem uma boa audição (TEIXEIRA et al., 2009).

Em outros casos, existe uma crença popular de que a perda auditiva é uma parte normal do processo de envelhecimento e não um problema de saúde que mereça atenção especial, fazendo com que esses indivíduos subestimem sua dificuldade auditiva (UCHIDA, 2003; WU; CHIN; TONG, 2004; VALETE-ROSALINO; ROZENFELD, 2005).

A audiometria é o teste padrão ouro, para o diagnóstico da deficiência auditiva (VALETE-ROSALINO; ROZENFELD, 2005; SAMELLI et al., 2011),

entretanto, durante os exames médicos tradicionais nos idosos, a audição não está incluída nas avaliações comumente realizadas. Nota-se, portanto, a importância de levar ao conhecimento da população idosa, informações que possam contribuir para uma percepção precoce da perda auditiva, a forma que deve ser encarada, e se possível, prevenida (VALETE; CLÁUDIA; ROZENFELD, 2005; MENESES et al., 2010; ANDRADE et al., 2014). Esse processo deve ser enfatizado por meio de estratégias de educação em saúde em todos os níveis de atenção, cujo público-alvo abranja, além do indivíduo idoso, toda a comunidade, a fim de que haja uma sensibilização sobre as alterações auditivas e suas consequências.

Uma forma de minimizar os efeitos negativos da deficiência auditiva nos idosos é por meio da utilização dos Aparelhos de Amplificação Sonora Individual (AASI), também conhecido como Próteses Auditivas (RUSSO, 2004).

O Decreto nº1.948/96 de 03/07/1996 que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, atribui ao Ministério da Saúde à competência de fornecer medicamentos, órteses e próteses necessários à recuperação e reabilitação da saúde do idoso (BRASIL, 1994). Esta medida inclui o AASI, classificado pelo sistema de saúde como prótese auditiva. A Política Nacional de Saúde do Idoso, aprovado pela Portaria nº 2.528/06 tem por finalidade, recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2006).

A legislação brasileira é bastante avançada com relação aos cuidados à população idosa, entretanto, a prática ainda é insatisfatória. Os idosos muitas vezes têm dificuldades no acesso aos serviços de média e alta complexidade (VALETE-ROSALINO; ROZENFELD, 2005; SAMELLI et al., 2011). Algumas pesquisas demonstraram que um dos fatores que mais influenciam o grau de insatisfação do usuário do SUS é a dificuldade de acesso aos serviços e o tempo de espera para o atendimento (GOUVEIA et al., 2005; ARMIGLIATO et al., 2010; BACCHETTI et al., 2013).

O processo de reabilitação auditiva demanda ações que não são pontuais e devem oferecer diagnóstico, consultas e exames audiológicos, seleção, adaptação, concessão de AASI e terapia fonoaudiológica. Além disso, é indispensável o acompanhamento periódico da perda auditiva com o objetivo de monitoramento e realização de possíveis modificações nas características

eletroacústicas do AASI, bem como para as orientações quanto ao seu uso e manuseio (BRASIL, 2013).

Apesar do conhecimento a respeito do acompanhamento periódico, o atendimento a pessoas idosas tem sido limitado ao diagnóstico e indicação de AASI, necessitando um trabalho mais abrangente para que esses indivíduos tenham uma comunicação verbal mais efetiva (MARQUES; KOZLOWSKI; MARQUES, 2004; IWAHASHI; JARDIM; BENTO, 2013). A falta de orientação, falta de acompanhamento periódico e intervenções necessárias, tendem a causar a redução do uso do AASI com o passar do tempo, sendo o manuseio do AASI, uma das maiores dificuldades relatadas pelos idosos (GOGGINS; DAY, 2009; KOCHKIN, 2010; IWAHASHI; JARDIM; BENTO, 2013). Assim sendo, não basta à indicação e a adaptação do AASI sem o acompanhamento periódico e a correta orientação quanto aos benefícios e ganhos desse aparelho. O sucesso da adaptação está diretamente relacionado ao trabalho de orientação e de aconselhamento dos idosos, familiares e cuidadores (VERAS; MATTOS, 2007; CAMPOS; OLIVEIRA; BLASCA, 2010).

Os fatores enumerados acima representam importantes indicadores para os profissionais da saúde e para o poder público, evidenciando a urgência de mudanças nos cuidados à população idosa, buscando alternativas para prevenir e minimizar agravos, garantindo os direitos a esta população, como preconiza a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva, que objetiva proteger, recuperar e garantir a qualidade de vida e autonomia das pessoas com deficiência auditiva (BRASIL, 2004) e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, que tem por objetivo garantir atenção integral à saúde, com ênfase no envelhecimento saudável e ativo (BRASIL, 2006).

7 Conclusões

7 CONCLUSÕES

Com base nos resultados desta investigação, podem ser elencadas as seguintes conclusões:

- Ao investigar a qualidade de vida dos idosos, observou-se que o domínio Aspectos Sociais apresentou o maior escore, seguido pelo domínio Saúde mental. O domínio mais afetado foi Capacidade Funcional;
- Todos os participantes do estudo falharam na triagem auditiva;
- Foi encontrada uma baixa prevalência de Hipertensão Arterial e alta prevalência de Diabetes Mellitus;
- Não foi verificada correlação estatisticamente significativa entre a qualidade de vida e grau de instrução, entretanto, verificou-se correlação estatisticamente significativa entre o domínio Aspectos Sociais e o tempo de institucionalização;
- Não foi encontrada diferença estatisticamente significativa na qualidade de vida entre os indivíduos que apresentaram e os que não apresentaram Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus.

Referências

REFERÊNCIAS

- 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):785-796.
- Aley LPV. Qualidade de vida de idosos diabéticos tipo 2, usuários de um ambulatório de hospital escola [dissertação]. São Paulo (SP): Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2007.
- Andrade CL, Fernandes L, Ramos HE, Cardeal Mendes CM, Alves CAD. Programa Nacional de Atenção à Saúde Auditiva: avanços e entraves da saúde auditiva no Brasil. *Rev ciênc méd biol.* 2014;12(4):404-410
- Arakawa AM, Sitta EI, Caldana ML, Sales-Peres SHC. Análise de diferentes estudos epidemiológicos em audiologia realizados no Brasil. *Rev CEFAC.* 2011;13(1):152-8.
- Araújo LF, Coutinho MPL, Santos MFS. O idoso nas instituições gerontológicas: um estudo na perspectiva das representações sociais. *Psicologia & Sociedade.* 2006;18(2):89-98.
- Araújo MOPH, Ceolim MF. Avaliação do grau de independência de idosos residentes em instituições de longa permanência. *Rev Esc Enferm USP.* 2007; 41(3):378-85.
- Armigliato ME, Prado DGA, Melo TM, Martinez MANS, Lopes AC, Amantini RCB, et al. Avaliação de serviços de saúde auditiva sob a perspectiva do usuário: proposta de instrumento. *Rev Soc Bras Fonoaudiol.* 2010;15(1):32-9.
- Arslantas D, Ayranci U, Unsal A, Tozun M. Prevalence of hypertension among individuals aged 50 years and over and its impact on health related quality of life in a semi-rural area of western Turkey. *Chin Med J.* 2008;121(16):1524-31.
- ASHA – American Speech - Language - Hearing Association. [acesso em 2013 out 17]. Disponível em www.ASHA.org.
- Avila, R., Moscoso, M. A. A., Ribeiz, S., Arrais, J., Jaluul, O., & Bottino, C. (2009). Influence of education and depressive symptoms on cognitive function in the elderly. *International Psychogeriatrics*, 21(03), 560-567.
- Awad AG, Voruganti LNP. Intervention research in psychosis: issues related to the assessment of quality of life. *Schizophrenia Bulletin.* 2000;26(3):557-64.
- Bacchetti EMS, Akiyama R, Bento R F, Samelli AG. Indicadores de qualidade para serviços de audiologia. *Audiol Commun Res.* 2013;18(4):268-274.

Banegas JR, López-García E, Graciane A, Guallar-Castillón P, Gutierrez-Fisac JL, Alonso J, et al. Relationship between obesity, hypertension and diabetes, and health-related quality of life among the elderly. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil*. 2007;14(3):456-62.

Barbaro AM. Qualidade de vida e saúde mental de residentes em Instituição de Longa Permanência para Idosos [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2012.

Beltrão KI, Camarano AA, Kanso S. Texto para discussão No.: 1034: Dinâmica populacional brasileira na virada do século XX. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA; 2004.

Bertolucci PHF, Brucki SMD, Campacci SR, Juliano Y. (1994). O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arq Neuro-Psiquiatr*. 1994;52(1):1-7.

Bess FH, Humes LE. Fundamentos em Audiologia. 2nd ed. Porto Alegre: Artmed; 1998.

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. RDC nº.283, de 26 de setembro de 2005. Aprova o Regulamento Técnico que define normas de funcionamento para as Instituições de Longa Permanência para Idosos. Brasília: ANVISA; 2005.

Brasil. Decreto de Lei 10.741/2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e das outras providências. [acesso em 2013 out 15]. Disponível em: http://www.cfo.org.br/download/pdf/estatuto_idoso.pdf.

Brasil. Decreto nº 1.948, de 3 de julho de 1996. Regulamenta a Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1996; 4 jul.

Brasil. Gabinete do Ministro. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.073, 28 de setembro de 2004. Que versa sobre a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão e de outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*. 2004.

Brasil. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1994; 4 jan.

Brasil. Ministério da Saúde. A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não-transmissíveis: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde

brasileiro / Brasil. Ministério da Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2005.

Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Sistema de Informação de Atenção Básica – Cadastro Familiar. Brasil, Dez. 2003 – Abr. 2012. [acesso em 2013 out 14]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/popuf.def>.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Guia Alimentar para a população brasileira – Promovendo a alimentação saudável. Brasília(DF); 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde. Brasília; 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Diabetes Mellitus. Brasília; 2013.

Brasil. Ministério da Saúde. Vigitel: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Secretaria de vigilância de doenças e agravos não transmissíveis e promoção de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.

Brasil. Portal da Saúde. [acesso em 2014 abr 10]. Disponível em <http://www.brasil.gov.br/saude/2012/04/diabetes>.

Brasil. Portaria n. 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e determina outras providências. Diário Oficial da União 2006; 19 out.

Brasil. Saúde sem limites – Instrutivos de reabilitação auditiva, física, intelectual e visual. 2013. [acesso em 2014 abr 20]. Disponível em: <http://www.saude.ms.gov.br/control/ShowFile.php?id=145293>

Brito DMS, Araújo TL, Galvão MTG, Moreira TMM, Lopes MVO. Qualidade de vida e percepção da doença entre portadores de hipertensão arterial. Cad Saúde Pública. 2008;24(4):933-940.

Bueno, MB. Consumo de açúcares de adição entre adultos e idoso: inquérito populacional do município de São Paulo [tese]. São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2009.

- Caldana ML. Análise da qualidade de vida de idosos de periferia da cidade de Bauru/SP em 2010 [tese de livre docência]. Bauru (SP): Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo; 2010.
- Camarano AA, Kanso S. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. *Rev Bras Estud Popul.* 2010;27(1):232-235.
- Camarano AA. *Como Vive o Idoso Brasileiro?* Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA; 1999.
- Campos K, JRM Oliveira, Blasca WQ. Processo de adaptação de aparelho de amplificação sonora individual: elaboração de um DVD para auxiliar a orientação a indivíduos idosos. *Rev soc bras fonoaudiol.* 2010 ;15(1):19-25.
- Carnellosso ML, Barbosa MA, Porto CC, Almeida e Silva S, Carvalho MM, Oliveira ALI. Prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares na região leste de Goiânia (GO). *Revista Ciência & Saúde Coletiva.* 2010;15(1):1073-1080.
- Carvalho EO, Rocha EF. Consumo alimentar de população adulta residente em área rural da cidade de Ibatiba (ES, Brasil). *Ciênc saúde coletiva.* 2011;16(1): 179-185.
- Carvalho MV, Siqueira LB, Sousa ALL, Jardim PCBV. A influência da hipertensão arterial na qualidade de vida. *Arq Bras Cardiol.* 2013;100(2):164-174.
- Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida – SF-36. *Rev Bras Reumatol.* 1999;39(3):143-150.
- Ciconelli RM. Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida "Medical Outcomes 36 Item Short Form Health Survey - SF-36" [tese]. São Paulo (SP): Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo; 1997.
- Ciosak SI, Braz E, Costa MFBNA, Nakano NGS, Rodrigues J, Alencar RA, et al. Senescência e senilidade: novo paradigma na atenção básica de saúde. *Rev Esc Enferm. USP.* 2011;45(2):1763-8.
- Coordenação de Epidemiologia e Informação – CEInfo: Censo Demográfico de 2010. Envelhecimento populacional do município de São Paulo. São Paulo 2012.
- Cotta RMM, Suarez-Varela MM, Cotta Filho JS, Llopis Gonzalez A, Dias Ricòs JA, Real ER. La hospitalización domiciliaria ante los cambios demográficos y nuevos retos de salud. *Rev Panam Salud Publica.* 2002;11(4):253-61.

Crispim KGM, Rodrigues RC, Ferreira AP, Mattos IE, Santiago LM. Prevalência de déficit auditivo em idosos referidos a serviço de audiologia em Manaus, Amazonas. *Rev Bras Promoç Saúde*. 2013;25(4):469-475.

Cruz MS, Oliveira LR, Carandina L, Lima MCP; César CLG, Barros MBA, et al. Prevalência de deficiência auditiva referida e causas atribuídas: um estudo de base populacional. *Cad Saúde Pública*. 2009;25(5):1123-1131.

Del-Duca GF, Silva SG, Thumé E, Santos IS, Hallal PC. Indicadores da institucionalização de idosos: estudo de casos e controles. *Rev Saúde Pública*. 2012;46(1):147-153.

Donini-Filho LA, Donini FA, Restini CBA. Impacto de uma modelo de tratamento não farmacológicos para diabetes e hipertensão no município de Rincão: projeto de saúde e vida. *Rev Bras Clin Med*. 2010;8(6):509-12.

Egan BM, Zhao Y, Axon RN. US trends in prevalence, awareness, treatment and control of hypertension 1988-2008. *JAMA*. 2010;20:2043-2050.

Faleiros NDP, Justo JS. O idoso asilado: a subjetividade intramuros. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2007;10(3):1-16.

Faller JW, Melo WA, V GLGS, M SS. Qualidade de vida de idosos cadastrados na estratégia saúde da família de Foz do Iguaçu-PR. *Esc. Anna Nery Rev Enferm* 2010;14(4):803-10.

Ferreira DCO, Yoshitome AY. Prevalência e características das quedas de idosos institucionalizados. *Rev bras enferm*. 2010;63(6):991-7.

Ferreira FS; Santos CB. Qualidade de Vida relacionada à saúde dos pacientes diabéticos atendidos pela Equipe de Saúde da Família. *Rev enferm UERJ*. 2009;17(3):406-11.

Ferreira OGL, Maciel SC, Silva AO, Santos WS, Moreira MASP. O envelhecimento ativo sob o olhar de idosos funcionalmente independentes. *Rev Esc Enferm USP*. 2010;44(4):1065-69.

Fidelix MSP. Hipertensão arterial sistêmica referida: incidência e associação com estado nutricional e gordura abdominal, em idosos domiciliados no município de São Paulo: SABE - Saúde, Bem-estar e Envelhecimento [dissertação]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2010.

Firmo JOA, Barreto SM, Lima-Costa MF. The Bambuí Health and Aging Study (BHAS): factors associated with the treatment of hypertension in older adults in the community. *Cad Saúde Pública*. 2003;19(3):817-827.

Fontenele ADB, Silva JP, Brito MAN, Silva RM. Health promotion of the elderly from the perspective of primary care nurses. *Rev Enferm UFPI*. 2013;2(3):18-24.

França ISX, Medeiros FAL, Sousa SF, Baptista RS, Coura AS, Souto RQ. Condições referidas de saúde e grau de incapacidade funcional em idosos. *Rev Rene*. 2011;12(2):333-41.

Francisco PMSB, Belon A P, Azevedo Barros MB, Carandina L., Alves MCGP, Goldbaum M, et al. Self-reported diabetes in the elderly: prevalence, associated factors, and control practices. *Cad. saúde pública*. 2010;26(1):175-184.

Francisco PMSB, Belon AP, Barros MB, Carandina L, Alves MCGP, Goldbaum M, et al. "Diabetes auto-referido em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle. *Cad Saúde Pública*. 2010;26(1):175-184.

Freire FDS, Mendonça LHD, Costa ADJB. Sustentabilidade econômica das instituições de longa permanência para idosos. *Saúde em Debate*. 2012;36(95):533-543.

Freitas MC, Queiroz TA, Sousa JAV. O significado da velhice e da experiência de envelhecer para os idosos. *Rev Esc Enferm USP*. 2010;44(2):407-12.

Fuchs FD, Gus M, Moreira LB, Moraes, RS, Wiehe M, Pereira GM, Fuchs SC. Anthropometric indices and the incidence of hypertension: a comparative analysis. *Obesity research*. 2005;13(9):1515-1517.

Gibrin PCD, Melo JJ, Marchiori LLM. Prevalência de queixa de zumbido e prováveis associações com perda auditiva, diabetes mellitus e hipertensão arterial em pessoas idosas. *CoDAS*. 2013;25(2):176-80.

Goggins S, Day J. Pilot study: Efficacy of recalling adult hearing-aid users for reassessment after three years within a publicly-funded audiology service. *Int J Audiol*. 2009;48(4):204-10.

Gouveia GC, Souza WV, Luna CF, Souza-Júnior PRB, Szwarcwald CL. Health care users' satisfaction in Brazil, 2003. *Cad Saúde Pública*. 2005;21:109-18.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Censo Demográfico 2010: Resultados gerais da amostra. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Rio de Janeiro; 2010.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Tábua completa de mortalidade 2010. Rio de Janeiro; 2012.

Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA. Característica das Instituições de Longa Permanência para Idosos. Presidência da República; 2010.

Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA. Condições de funcionamento e infraestrutura das Instituições de Longa Permanência para Idosos no Brasil. Secretaria de assuntos estratégicos da Presidência da República; 2011.

Iwahashi JH, Jardim IS, Bento RF. Resultado do uso da prótese auditiva adaptada em serviço público de saúde. *Braz j otorhinolaryngol.* 2013;79(6):681-687.

Jiang L, Beals J, Whistesell NR, Roubideaux Y, Manson SM. Health-related quality of life and help seeking among American Indians with diabetes and hypertension. *Qual Life Res.* 2009;18(6):709-18.

Kamarul IM, Ismail AA, Naing L, Wan MWB. Type 2 diabetes mellitus patients with poor glycaemic control have lower quality of life scores as measured by the Short Form-36. *Singapore Med J.* 2010;51(2):157-62.

Kochkin S. MarkeTrak VIII: Consumer satisfaction with hearing aids is slowly increasing. *Hear J.* 2010;63(1):19-32.

Liberian PHP, Goffi-Gomez MVS, Schultz C, Lopes LF. Quais as frequências audiométricas acometidas são responsáveis pela queixa auditiva nas disacusias por ototoxicidade após o tratamento oncológico? *Arq Int Otorrinolaringol.* 2012;16(1):26-31.

Lima MT, Bucher JSNF, Lima JWO. A hipertensão arterial sob o olhar de uma população carente: estudo exploratório a partir dos conhecimentos, atitudes e práticas. *Cad Saúde Pública.* 2004;20(4):1079-1087.

Lima-Costa MF, Veras R. Saúde Pública e Envelhecimento. *Cad Saúde Pública.* 2003;19(3):700-701.

Lucchetti G, Granero AL, Pires SL, Gorzoni MLTS. Fatores associados ao uso de psicofármacos em idosos asilados. *Rev psiquiatr Rio Gd Sul.* 2010;32(2): 38-43.

Marchiori LLM, Rego Filho EA, Matsuo T. Hipertensão como fator associado à perda auditiva. *Rev Bras Otorrinolaringol.* 2006;72(4):533-40.

Marchon 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.

Marin MS, Miranda FA, Fabbri D, Tinelli LP, Storniolo LV. Compreendendo a história de vida de idosos institucionalizados. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2012;15(1):147-54.

- Marques ACO, Kozlowski L, Marques JM. Reabilitação Auditiva no Idoso. Rev Bras Otorrinolaringol. 2004;70(6):806-811.
- Melo FA, Torres VM, Marinho CL, Vieira SC. "Quality of life and tooth losses in adults with hypertension and diabetes." Journal of Nursing UFPE on line. 2013;7(7):4696-703. [acesso em 2013 out 15]. Disponível em: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/4008/pdf_2908.
- Mena-Martin FJ, Martin-Escudero JC, Simal-Blanco F, Carretero-Ares JL, Arzuá-Mouronte D, Herreros-Fernandez V. Health-related quality of life of subjects with known and unknown hypertension: results from the population-based Horteiga study. J Hypertens. 2003;21(7):1283-9.
- Mendes TDAB, Goldbaum M, Segri N, Barros MBAB, Cesar CLG, Carandina L, et al. Diabetes mellitus: fatores associados à prevalência em idosos, medidas e práticas de controle e uso dos serviços de saúde em São Paulo, Brasil. Cad Saúde Pública. 2011;(27):1233-43.
- Mendonça LBDA, Lima FET, Oliveira SKPD. Acidente vascular encefálico como complicação da hipertensão arterial: quais são os fatores intervenientes? Esc Anna Nery Rev Enferm. 2012;16(2):340-6.
- Meneses C, Peretti Mário MP, Marchori LLM, Melo JJ, Freitas ERF. Prevalência de perda auditiva e fatores associados na população idosa de Londrina, Paraná: estudo preliminar. Rer CEFAC. 2010;12(3):384-92.
- Mercadante E. Aspectos antropológicos do envelhecimento. In: Papaleo Netto M. Gerontologia. São Paulo: Atheneu; 1996. p.73-76.
- Minayo MCS, Hart ZMA, Buss PMI. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. Ciênc Saúde Coletiva. 2000;5(1):7-18.
- Minayo, MCS. O envelhecimento da população brasileira e os desafios para o setor saúde. Cad Saúde Pública. 2012; 28(2):208-209.
- Mondelli MF CG, Lopes AC. Relation between Arterial Hypertension and Hearing Loss. Intl Arch Otorhinolaryngol. 2009;13(1):63-68
- Neman FA, Silva NH. O perfil de saúde dos indivíduos idosos residentes no município de Guarulhos. Science in Health. 2011;2(2):83-92.
- Neri AL. Qualidade de Vida e Idade Madura. 5rd ed. Capinas: Papirus; 2003.

- Oliveira PB, Franco LJ. Consumo de adoçantes e produtos dietéticos por indivíduos com diabetes melito tipo 2, atendidos pelo Sistema Único de Saúde em Ribeirão Preto, SP. *Arq Bras Endocrinol Metab.* 2010;54(5):455-62.
- Oliveira, PG. Hipertensão arterial entre idosos: percepção da morbidade e fatores associados ao tratamento [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2011.
- Paiva KM, Cesar CLG, Alves MCGP, Barros MBA, Carandina L, Goldbaum M. Envelhecimento e deficiência auditiva referida: um estudo de base populacional. *Cad Saúde Pública.* 2011;27(7):1292-1300.
- Paschoal SM, Jacob Filho W, Litvoc J. Development of Elderly Quality of Life Index--EqoLI: item reduction and distribution into dimensions. *Clinics* 2008;63(2):179-88.
- Paschoal SMP. Qualidade de Vida do Idoso: elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião [dissertação]. São Paulo (SP): Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2000.
- Perlini NMOG, Leite MT, Furini AC. Em busca de uma instituição para a pessoa idosa morar: motivos apontado por familiares. *Rev Esc Enferm USP.* 2007;41(2):229-36.
- Pimenta FAP, Simil FF, Tôrres HODG, Amaral CF, Rezende CF, Coelho TO, et al. Avaliação da qualidade de vida de aposentados com a utilização do questionário SF-36. *Rev Assoc Med Bras.* 2008;54(1):55-60.
- Pizzol TSD, Pons ES, Hugo FN, Bozzetti MC, Sousa MLR, Hilgert JB. Uso de medicamentos entre idosos residentes em áreas urbanas e rurais de município no Sul do Brasil: um estudo de base populacional. *Cad Saúde Pública.* 2012;28(1):104-14.
- Polaro SHI, Fideralino JCT, Nunes PAO, Feitosa ES, Gonçalves LHT. Idosos residentes em instituições de longa permanência para idosos da região metropolitana de Belém-PA. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2012;15(4):777-84.
- Ramos L, Ferreira EAP. Fatores emocionais, qualidade de vida e adesão ao tratamento em adultos com diabetes tipo 2. *Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum.* 2011;21(3):867-77.
- Ramos LR. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. *Cad Saúde Pública.* 2003;19(3):793-8.

Rodrigues, AG. Habilidades comunicativas e a rede social de apoio de idosos institucionalizados [tese]. São Paulo (SP): Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, Universidade de São Paulo; 2010.

Russo ICP. Distúrbios da audição: a presbiacusia. In: Russo ICP. Intervenção fonoaudiológica na terceira idade. 1rd reimpr. Rio de Janeiro: Reinter; 2004. p. 51-82.

SAE, MCSF. Consumo de sódio e suas associações com alterações estruturais e hemodinâmicas em artérias carótidas de hipertensos [tese]. Campinas (SP): Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 2010.

Samelli AG, Negretti CA, Ueda KS, Moreira RR, Schochat E. Comparing audiological evaluation and screening: a study on presbycusis. *Brazilian Journal of otorhinolaryngology*. 2011;77(1):70-76.

SBC – Sociedade Brasileira de Cardiologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão; 2010. [acesso em 2013 out 15]. Disponível em:
http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.pdf

SBD – Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileiras de Diabetes: 2013-2014. [acesso em 2014 abril 09]. Disponível em:
<http://www.diabetes.org.br/images/pdf/diretrizes-sbd.pdf>

Schmidt MI, Bruce BB, Hoffmann JF, Moura L, Malta DC, Carvalho RMSV. Prevalência de diabetes e hipertensão no Brasil baseada em inquérito de morbidade auto-referida, Brasil, 2006. *Rev Saúde Pública*. 2009;43(2):74-82.

Schmidt MI, Duncan BB, Silva GA, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM. Chronic non communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *The Lancet*. 2011;377(9781):1949-1961.

Seidl EMF, Zannon CMLC. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad Saúde Pública*. 2004;20(2):580-588.

Sousa CS, Castro Júnior N, Larsson EJ, Ching TH. Risk factors for presbycusis in a socio-economic middle-class sample. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2009;75(4):530-536.

Souza ARAD, Costa A, Nakamura D, Mocheti LN, Stevanato Filho PR, Ovando LA. Um estudo sobre hipertensão arterial sistêmica na cidade de Campo Grande, MS. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*. 2007;88(4):441-446.

Souza LM, Lautert L, Hilleshein EF. Qualidade de vida e trabalho voluntário em idosos. *Rev esc enferm USP*. 2011;45(3):665-71.

Souza MGC, Russo ICP. Audição e percepção da perda auditiva em idosos. Rev soc bras fonoaudiol. 2009 ;14(2):241-246.

Tajvar M, Arab M, Montazeri A. Determinants of health-related quality of life in elderly in Tehran, Iran. BMC public health. 2008;8(1):323.

Teixeira AR, Almeida LG, Jotz GP, De Barba MC. Qualidade de vida de adultos e idosos pós adaptação de próteses auditivas. Rev Soc Bras Fonoaudiol. 2008;13(4), 357-61.

Teixeira AR, Freitas CLR, Millão LF, Gonçalves AK, Becker Junior B, Santos AMPV, et al. Relação entre a Queixa e a Presença de Perda Auditiva entre Idosos. Arq Int Otorrinolaringol. 2009;13(1):78-82.

Teixeira AR, Freitas CLR, Millão LF, Gonçalves AK, Becker Junior B, Vieira AF, et al. Relação entre Deficiência Auditiva, Idade, Gênero e Qualidade de Vida de Idosos. Arq Int Otorrinolaringol. 2013;1(12):62-70.

Teixeira JS, Corrêa JC, Rafael CBS, Miranda VPN, Ferreira MEC. Envelhecimento e percepção corporal de idosos institucionalizados. Rev Bras Geriatr Gerontol. 2012;15(1):63-68.

Toscano CM. As campanhas nacionais para detecção das doenças crônicas não-transmissíveis: diabetes e hipertensão arterial. Ciênc Saúde Coletiva. 2004;9(4):885-95.

Tribess S. Percepção da imagem corporal e fatores relacionados à saúde em idosas [dissertação]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2006.

Trindade APNT, Barboza MA, Oliveira FBD, Borges APO. Repercussão do declínio cognitivo na capacidade funcional em idosos institucionalizados e não institucionalizados. Fisiote Mov 2013;26(2):281-289.

Uchida Y, Nakashima T, Ando F, Niino N, Shimokata H. Prevalence of self-perceived auditory problems and their relation to audiometric thresholds in a middle-aged to elderly population. Acta Otolaryngol. 2003;123:618-26.

Valete-Rosalino CM, Rozenfeld S. Auditory screening in the elderly: comparison between self-report and audiometry. Rev Bras Otorrinolaringol. 2005;71(2):193-200.

Vasconcelos AMN, Gomes MMF. Transição demográfica: a experiência brasileira. Epidemiol Serv Saúde. 2012;21(4):539-548.

Vecchia RD, Ruiz T, Bocchi SCM, Corrente JE. Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. Rev Bras Epidemiol. 2005;8(3):246-52.

- Veras RP, Caldas CP, Araújo DV, Mendes RKW. A assistência suplementar de saúde e seus projetos de cuidado para com o idoso. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2008;13(4):1119-26.
- Veras R. "Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações." *Rev Saúde Pública*. 2009;43(3):548-54.
- Veras R. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão de literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. *Cad Saúde Pública*. 2003;19(3):705-15.
- Veras RP, Caldas CP. Promovendo a saúde e a cidadania do idoso: o movimento das universidades da terceira idade. *Ciênc saúde coletiva*. 2004;9(2):423-432.
- Veras RP, Mattos LC. Audiology and aging: literature review and current horizons. *Rev Bras Otorrinol*. 2007;73(1):128-34.
- 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):3-11.
- Wandell PE. Quality of life of patients with diabetes mellitus. *Scand J Prim Health Care*. 2005;23(2):68-74.
- Wang R, Zhao Y, He X, Ma X, Yan X, Sun Y, et al. Impact of hypertension on health-related quality of life in a population-based study in Shanghai, China. *Public Health*. 2009;123(8):534-9.
- WHO – World Health Organization. Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications. Part 1: diagnosis and classification of diabetes mellitus. Geneva: World Health Organization; 1999.
- WHO – World Health Organization. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. [acesso 2013 out 13]. Disponível em:
http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/envelhecimento_ativo.pdf
- WHO – World Health Organization. Preventing Chronic Diseases a vital investment. Geneva, 2005. [acesso 2013 out 15]. Disponível em:
http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9241563001_eng.pdf
- Wu HY, Chin JJ, Tong HMH. Screening for hearing impairment in a cohort of elderly patients attending a hospital geriatric medicine service. *Singapore Med J*. 2004;45(2):79-84.

Yasuno S, Ueshima K, Oba K, Fijimoto A, Hirata M, Ogihara T, et al. Is pulse pressure a predictor of new-onset diabetes in high-risk hypertensive patients?: a subanalysis of the candesartan antihypertensive survival evaluation in Japan. *Diab Care*. 2010;33(5):1122-27.

Zanei SSV. Análise dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida WHOQOL-bref e SF-36: confiabilidade, validade e concordância entre pacientes de Unidade de Terapia Intensiva e seus familiares [tese]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2006.

Zattar LC, Boing AF, Giehl MWC, d'Orsi E. Prevalence and factors associated with high blood pressure, awareness, and treatment among elderly. *Cad. Saúde Pública*. 2013;29(3):507-521.

Anexos

ANEXO A – Carta de Aprovação do Comitê de Ética FOB/USP

FACULDADE DE
ODONTOLOGIA DE BAURU-
USP

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: PERFIL DA SAÚDE GERAL E QUALIDADE DE VIDA, COM ENFOQUE AUDIOLÓGICO EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS: DESENVOLVIMENTO DE UM PROGRAMA EDUCATIVO-PREVENTIVO

Pesquisador: Magali de Lourdes Caldana

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 07498212.6.0000.5417

Instituição Proponente: Faculdade de Odontologia de Bauru-USP

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 162.897

Data da Relatoria: 28/11/2012

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de pesquisa intitulado 'Perfil da Saúde Geral e Qualidade De Vida, com enfoque audiológico em idosos Institucionalizados: Desenvolvimento de um Programa Educativo-Preventivo' de autoria de Cristina do Espírito Santo e Rafael José Damasceno sob a orientação da Profª. Drª. Magali de Lourdes Caldana. Esta pesquisa busca construir o perfil da saúde geral, com enfoque na saúde audiológica dos idosos residentes da Vila Vicentina em Bauru/SP. Fala-se em 42 idosos. Além disto, será verificada a qualidade de vida dos idosos. Após esta fase, será realizado um programa educativo-preventivo baseado no perfil encontrado, tanto com todos os idosos, como os funcionários, visando a melhora da qualidade de vida de todos.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Realizar um levantamento epidemiológico da saúde geral e aspectos fonoaudiológicos em idosos institucionalizados, visando à melhoria na qualidade de vida, por meio da implementação de ações educativo-preventivas.

Objetivo Secundário:

a) Avaliar a função cognitiva dos idosos da Vila Vicentina - Bauru/SP; b) Mensurar a qualidade de vida dos idosos da Instituição; c) Correlacionar à qualidade de vida dos idosos que vivem nas ILPI(s) (Instituição de Longa Permanência de Idosos) com o estado de saúde geral e aspectos

Endereço: DOUTOR OCTAVIO PINHEIRO BRISOLLA 75 QUADRA 9

Bairro: VILA NOVA CIDADE UNIVERSITARIA **CEP:** 17.012-901

UF: SP **Município:** BAURU

Telefone: (14)3235-8356 **Fax:** (14)3235-8356 **E-mail:** mferrari@fob.usp.br

FACULDADE DE
ODONTOLOGIA DE BAURU-
USP



audiológicos; d) Identificar a prevalência do cerume impactado nos idosos ILPI; e) Planejar e executar ações de educação em saúde para cuidador/familiar e idosos desta instituição; f) Caracterizar a amostra de cuidadores/familiares e idosos quanto aos conhecimentos prévios sobre os aspectos fonoaudiológicos abordados no material educacional; g) Analisar comparativamente os conhecimentos sobre os aspectos previamente avaliados após o desenvolvimento do programa.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Segundo os pesquisadores não há riscos para os sujeitos da pesquisa.

Benefícios:

Melhora na qualidade de vida dos idosos ILPI (Instituição de Longa Permanência de Idosos) uma vez que se pretende planejar e executar ações de educação em saúde para cuidador/familiar e os idosos da Vila Vicentina de Bauru/SP.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma pesquisa bastante interessante que trará benefícios aos idosos da Vila Vicentina de Bauru-SP, uma vez que ajudará os cuidadores e familiares dos mesmos no trato diário. Os idosos não serão submetidos a nenhum exame complexo (apenas será realizada uma inspeção do meato acústico externo para verificação da presença de rolhas de cera e uma avaliação audiológica) e apenas responderão a questionários.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os documentos necessários para análise foram apresentados.

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A pesquisadora anexou os dois TCLEs (um para os idosos e outro para os cuidadores e familiares) conforme solicitado por este comitê, razão pela qual sou de parecer pela aprovação do projeto.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita apreciação da CONEP:

Não

Considerações finais a critério do CEP:

Esse projeto foi considerado APROVADO. O CEP-FOB/USP exige a apresentação de relatórios anuais (parciais e finais), conforme o cronograma apresentado. Qualquer alteração na metodologia e/ou título e a inclusão ou exclusão de autores deverá ser prontamente comunicada. Lembramos que na apresentação do relatório final, deverão ser incluídos todos os TCLEs e/ou termos de

Endereço: DOUTOR OCTAVIO PINHEIRO BRISOLLA 75 QUADRA 9
Bairro: VILA NOVA CIDADE UNIVERSITARIA **CEP:** 17.012-901
UF: SP **Município:** BAURU
Telefone: (14)3235-8356 **Fax:** (14)3235-8356 **E-mail:** mferrari@fob.usp.br

FACULDADE DE
ODONTOLOGIA DE BAURU-
USP



doação de dentes devidamente assinados e rubricados.

BAURU, 04 de Dezembro de 2012

Assinador por:
Maria Teresa Atta
(Coordenador)

ANEXO B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**Universidade de São Paulo
Faculdade de Odontologia de Bauru**

Al. Dr. Octávio Pinheiro Brisolla, 9-75 – Bauru-SP – CEP 17012-901 – C.P. 73
PABX (0XX14)3235-8000 – FAX (0XX14)3223-4679

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Solicito a sua participação no estudo “Perfil da Saúde Geral e Qualidade De Vida, com enfoque audiológico em idosos Institucionalizados: Desenvolvimento de um Programa Educativo-Preventivo”.

Esta pesquisa busca construir o perfil da saúde geral, com enfoque na saúde audiológica dos idosos residentes da Vila Vicentina. Além disto, será verificada a qualidade de vida dos idosos. Após esta fase, será realizado um programa educativo-preventivo baseado no perfil encontrado, tanto com todos os idosos, como os funcionários, visando a melhorada qualidade de vida de todos.

Para a realização desta pesquisa, você deverá responder a três questionários iniciais e uma inspeção. O primeiro constará de um questionário introdutório sobre sua saúde auditiva, bem como hábito de higiene e cuidados relacionados às orelhas (formulado pelos autores da pesquisa); o segundo questionário avaliará a sua cognição (Mini-Mental); o terceiro constará do questionário para avaliar a sua qualidade de vida (Questionário SF – 36). Ressalta-se que junto a estes questionários será realizada uma inspeção em seu canal auditivo, para verificar se há presença de excesso de cerume, o qual será feita por uma fonoaudióloga competente e com atributos para tal exame, bem como serão utilizados materiais descartáveis ou previamente esterilizados.

Após esta fase primária, será traçado o perfil dos idosos residentes na Vila Vicentina e desenvolvido um programa educativo-preventivo, o qual será analisado, posteriormente, através da aplicação de um questionário sobre a efetividade deste programa.

Assim, para realizarmos tais procedimentos a sua participação é fundamental. É importante ressaltar que nem um dos procedimentos é considerado invasivo e não trará prejuízos aos participantes. Todas as informações serão confidenciais, podendo ser publicadas apenas para fins científicos, portanto sem a identificação do participante. Além disso, a qualquer momento o voluntário poderá requerer mais informações ou até mesmo negar-se a continuar participando da pesquisa sem qualquer penalidade.

Desde já agradecemos a sua colaboração e colocamo-nos à disposição para mais esclarecimentos que se fizerem necessários. Se restar dúvidas, o participante poderá

entrar em contato com a pesquisadora Profa Dra Magali de Lourdes Caldana pelo telefone (14) 3235-8332, ou caso queiram apresentar alguma reclamação, favor entra em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da FOB/USP, pelo endereço Al. Dr. Octávio Pinheiro Brisolla, 9-75 (sala no prédio da Biblioteca, FOB/USP) ou pelo telefone (14) 3235-8356.

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr. (a) _____, portador da cédula de identidade _____, após leitura minuciosa das informações constantes neste TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO, devidamente explicada pelos profissionais em seus mínimos detalhes, ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetido, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO concordando em participar da pesquisa proposta.

Fica claro que o sujeito da pesquisa ou seu representante legal, pode a qualquer momento retirar seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO e deixar de participar desta pesquisa e ciente de que todas as informações prestadas tornar-se-ão confidenciais e guardadas por força de sigilo profissional (Art. 29º do Código de Ética do Fonoaudiólogo e Art. 20º do Código de Ética do Biólogo).

Por estarem de acordo assinam o presente termo.

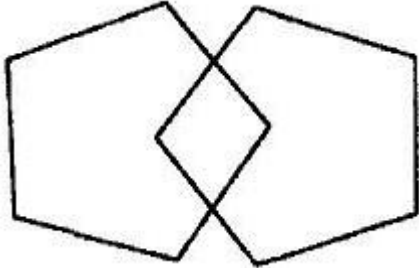
Bauru-SP, _____ de _____ de 2012.

Pesquisador ou responsável

Participante da pesquisa

ANEXO C – Mini Exame do Estado Mental (MEEM)

| Teste | | Pontos |
|-------|---|--------|
| 1 | <p>Orientação temporal (0-5): Em que dia estamos?</p> <p>() ANO () SEMESTRE () MÊS () DIA () DIA DA SEMANA</p> | |
| 2 | <p>Orientação espacial (0-5): Onde estamos?</p> <p>() ESTADO () CIDADE () BAIRRO () RUA () LOCAL</p> | |
| 3 | <p>Repita as palavras (0-3):</p> <p>() CANECA () TIJOLO () TAPETE</p> <p>RUA – CANETA</p> | |
| 4 | <p>Cálculo (0-5):</p> <p>O senhor faz cálculos? Sim (vá para a pergunta 4a) Não (vá para a pergunta 4b)</p> <p>4.a. Se de 100 fossem tirados 7 quanto restaria? E se tirarmos mais 7?</p> <p>() 93 () 86 () 79 () 72 () 65</p> <p>4.b. Soletre a palavra MUNDO de trás pra frente</p> <p>() O () D () N () U () M</p> | |
| 5 | <p>Memorização (0-3): peça para o entrevistado repetir as palavras ditas há pouco</p> <p>() CANECA () TIJOLO () TAPETE</p> | |
| 6 | <p>Linguagem 1 (0-2): Mostre um relógio e uma caneta e peça para o entrevistado para nomeá-los.</p> <p>() CANETA () RELÓGIO</p> | |

| | | |
|--------------|---|--|
| | | |
| 7 | Linguagem 2 (0-1): Solicite ao entrevistado que repita: () NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ | |
| 8 | Linguagem 3 (0-3): Siga uma ordem de 3 estágios: () Pegue esse papel com a mão direita. () Dobre-o no meio. () Coloque-o no chão | |
| 9 | Linguagem 4 (0-1): (1 ponto): () Escreva em um papel: "FECHE OS OLHOS". Peça para o entrevistado ler a ordem e executá-la | |
| 10 | Linguagem 5 (0-1): () Peça para o entrevistado escrever uma frase completa. A frase deve ter um sujeito e um objeto e deve ter sentido. Ignore a ortografia | |
| 11 | Linguagem 6 (0-1): () Peça ao entrevistado para copiar o seguinte desenho. Verifique se todos os lados estão preservados e se os lados da intersecção formam um quadrilátero. Tremor e rotação podem ser ignorados. | |
| |  | |
| ESCORE TOTAL | | |
| Observações | | |

ANEXO D – Questionário de Qualidade de Vida SF-36

Questionário de qualidade de vida SF-36

Nome: _____

Idade: _____ Gênero: 1- masculino/2-feminino

Instruções: este trabalho questiona sobre como está sua saúde geral. As respostas irão nos informar quão bem está sua saúde e quanto você é capaz de realizar suas atividades diárias.

1-Em geral você diria que sua saúde é (circule uma opção):

- Excelente.....1
 Muito boa.....2
 Boa.....3
 Ruim4
 Muito ruim.....5

2-Comparada a 1 ano atrás como você classificaria sua saúde geral agora?

- Muito melhor agora que há um ano.....1
 Um pouco melhor agora que há um ano.....2
 Quase a mesma de um ano atrás.....3
 Um pouco pior agora do que há um ano.....4
 Muito pior agora do que há um ano.....5

3- Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer durante um dia comum. Devido a sua saúde você tem dificuldade para fazer essas atividades?

| Atividades | Sim dificulta | Sim. Dificulta um pouco | Não. Não dificulta de modo algum |
|--|------------------|----------------------------|-------------------------------------|
| A. Atividades vigorosas que exigem muito esforço tais como correr, levantar objetos pesados, participar de esportes árduos | 1 | 2 | 3 |
| B. Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa | 1 | 2 | 3 |
| C. Levantar ou carregar mantimentos | 1 | 2 | 3 |
| D. Subir vários lances de escada | 1 | 2 | 3 |
| E. Subir um lance de escada | 1 | 2 | 3 |
| F. Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se | 1 | 2 | 3 |
| G. Andar mais de um quilômetro | 1 | 2 | 3 |
| H. Andar vários quarteirões | 1 | 2 | 3 |

| | | | |
|-----------------------------|---|---|---|
| I. Andar um quarteirão | 1 | 2 | 3 |
| J. Tomar banho ou vestir-se | 1 | 2 | 3 |

4- Durante as últimas quatro semanas, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, como consequência de sua saúde física?

| | Sim | Não |
|---|-----|-----|
| A. Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou outras atividades? | 1 | 2 |
| B. Realizou menos tarefas do que você gostaria? | 1 | 2 |
| C. Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou em outras atividades? | 1 | 2 |
| D. Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (necessitou de esforço extra)? | 1 | 2 |

B. Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como se sentir deprimido ou ansioso)?

| | Sim | Não |
|--|-----|-----|
| A. Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades? | 1 | 2 |
| B. Realizou menos tarefas do que você gostaria? | 1 | 2 |
| C. Não trabalhou ou não fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente fez? | 1 | 2 |

6- Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação a família, vizinhos ou grupos?

De forma alguma.....1
 Ligeiramente.....2
 Moderadamente.....3
 Bastante.....4
 Extremamente.....5

7- Quanta dor no corpo você teve nas últimas semanas?

Nenhuma.....1
 Muito leve.....2
 Leve.....3
 Moderada.....4
 Grave.....5
 Muito grave.....6

8- Durante as ultimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com o seu trabalho normal (fora e dentro de casa)?

De maneira alguma.....1

Um pouco.....2

Moderadamente.....3

Bastante.....4

9- Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as ultimas quatro semanas. Para cada questão por favor, dê uma resposta que aís se aproxime de maneira como você se sente. Em relação às últimas 4 semanas:

| | Todo o tempo | A maior parte do tempo | Uma boa parte do tempo | Alguma parte do tempo | Uma pequena parte do tempo | Nunca |
|---|--------------|------------------------|------------------------|-----------------------|----------------------------|-------|
| A. quanto tempo você tem se sentido cheio de vontade, cheio de força? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| B. Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa nervosa? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| C. Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| D. Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranquilo? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| E. Quanto tempo você tem se sentido com muita energia? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| F. Quanto tempo você tem se sentido desanimado e abatido? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| G. Quanto tempo você tem se sentido esgotado? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| H. Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

| | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|
| I. Quanto tempo você tem se sentido cansado? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|--|---|---|---|---|---|---|

10- Durante as últimas 4 semanas, quanto do seu tempo asua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos , parentes)?

Todo o tempo.....1

A maior parte do tempo.....2

Alguma parte do tempo.....3

Uma pequena parte do tempo.....4

Nenhuma parte do tempo.....5

11- O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

| | Definitivamente verdadeiro | A maioria das vezes verdadeiro | Não sei | A maioria das vezes falsa | Definitivamente falsa |
|---|----------------------------|--------------------------------|---------|---------------------------|-----------------------|
| A. Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| B. eu sou tão saudável como qualquer pessoa que eu conheço | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| C. Eu acho que a minha saúde vai piorar | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| D. A minha saúde é excelente. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |