

Qualidade de vida de idosos em um grupo de convivência

Quality of life of elderly people in a third age group

Andreivna Kharenine Serbim¹, Ana Elizabeth Prado Lima Figueiredo²

¹ Enfermeira, especialista em Saúde do Idoso pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Mestranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

² Enfermeira, especialista em Enfermagem em Nefrologia pela Lewishan School of Nursing and Guy's Hospital de Londres e pela Sociedade Brasileira de Enfermagem em Nefrologia. Doutora pelo Programa de Pós-Graduação em Clínica Médica e Ciências da Saúde, área de concentração Nefrologia, da PUCRS. Pós Doutora pelo Imperial College London, West London Renal and Transplant Centre. Professora Adjunta da Faculdade de Enfermagem, Nutrição e Fisioterapia da PUCRS.

RESUMO

Objetivos: descrever a qualidade de vida de idosos participantes de um grupo de convivência.

Métodos: um estudo descritivo, transversal, com abordagem quantitativa, foi realizado nas dependências do Centro de Extensão Universitária Vila Fátima da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Os sujeitos foram quinze idosos participantes de um grupo de convivência. Para a coleta dos dados, foram utilizados os instrumentos WHOQOL-OLD e WHOQOL-BREF (instrumentos *World Health Organization Quality of Life* para idosos e abreviado). Também foi aplicado um questionário estruturado sobre características sociodemográficas dos idosos participantes da pesquisa, para caracterizar a população do estudo.

Resultados: analisando a contribuição das diferentes facetas na qualidade de vida dos idosos, observou-se que as seis facetas juntas atingiram a pontuação de 83,6 e que diferiram a respeito da contribuição individual. A faceta que mais contribuiu foi a do funcionamento do sensorio, seguida das facetas morte e morrer e participação social. Seguiu-se após a autonomia e a intimidade e, com menor pontuação, a faceta atividades passadas, presentes e futuras.

Conclusões: é importante estar comprometido com a qualidade de vida dos idosos, buscando estratégias que favoreçam um viver mais saudável, considerando os grupos de convivência para idosos um caminho a ser explorado. A qualidade de vida é um indicador de saúde e o questionário WHOQOL-OLD é um instrumento que pode sugerir intervenções para melhorar a qualidade de vida da população idosa.

DESCRIPTORES: QUALIDADE DE VIDA; IDOSO; SAÚDE DO IDOSO; CENTROS DE CONVIVÊNCIA E LAZER.

ABSTRACT

Aims: To describe the quality of life of elderly people in a group of elderly.

Methods: A prospective, cross-sectional, quantitative study was conducted at the Centro de Extensão Universitária Vila Fátima from Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. The subjects were fifteen elderly people from a third age group, participant of a social group. Data collection was done with the instruments WHOQOL-OLD (World Health Organization Quality of Life instrument for older adults) and WHOQOL-BREF (reduced World Health Organization Quality of Life instrument). A structured questionnaire on sociodemographic characteristics of the elderly subjects was also applied to characterize the study population.

Results: Analyzing the contribution of different domains in the elderly's quality of life, it was observed that the six domains together reached a score of 83.6 and differed about the individual contribution. The facet that contributed most to the quality of life was the functioning of sensory, followed by the facets death and dying and social participation. Next came the autonomy and intimacy, and, with lower scores, the facet past, present and future activities.

Conclusions: It is important to be engaged with the quality of life of elderly people, searching for alternatives for a healthy life, considering the third age group as an option to be explored. Quality of life is an indicator of health and the WHOQOL-OLD questionnaire is an instrument that can suggest interventions to improve the quality of life of the elderly population.

KEY WORDS: QUALITY OF LIVE; AGED; HEALTH OF THE ELDERLY; CENTERS OF CONNIVANCE AND LEISURE.

Recebido: agosto de 2011; aceito: outubro de 2011.

Endereço para correspondência/Corresponding Author:
ANDREIVNA KHARENINE SERBIM
Rua 17 de Junho, 640 – Menino Deus
CEP 90110-170, Porto Alegre, RS, Brasil
Telefone: (51) 9361-7526
E-mail: kharenine@gmail.com

INTRODUÇÃO

No Brasil, o crescimento da população idosa é cada vez mais relevante, tanto em termos absolutos quanto proporcionais. Neste cenário, segundo o censo 2000, a população de 60 anos ou mais no Brasil era de 14.536.029 (8,6% da população) contra 10.722.705 (7,3% da população) em 1991.¹ No período, o número de idosos aumentou em quase quatro milhões de pessoas, fruto do crescimento populacional e do aumento gradual da expectativa de vida.¹

Para a Organização Mundial da Saúde² (1998), qualidade de vida é a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Neste contexto, qualidade de vida boa ou excelente é aquela que oferece um mínimo de condições para que os indivíduos possam desenvolver o máximo de suas potencialidades, vivendo, sentindo ou amando, trabalhando, produzindo bens e serviços, ou simplesmente existindo.²

Na avaliação da qualidade de vida do idoso é importante ressaltar a complexidade da tarefa e a adoção de múltiplos critérios de natureza biológica, psicológica e sociocultural, pois vários elementos são apontados como determinantes ou indicadores de bem estar na velhice: longevidade, saúde biológica, saúde mental, satisfação, controle cognitivo, competência social, produtividade, atividade, eficácia cognitiva, *status* social, renda, continuidade de papéis familiares, ocupacionais e continuidade de relações informais com amigos.³

Os instrumentos utilizados para análise da qualidade de vida de um modo geral não se adaptam aos idosos, seja porque têm uma abordagem unidimensional ou porque os idosos que se autodenominaram com boa qualidade de vida não a teriam segundo a interpretação dos instrumentos.⁴ Parece, portanto, que existem aspectos característicos e multidimensionais que definem a qualidade de vida na faixa etária idosa.⁴ O desenvolvimento de uma escala de qualidade de vida para idosos é especialmente importante tendo em vista especificidades desse grupo etário, bem como o aumento da proporção de idosos na população mundial.

O WHOQOL (*World Health Organization Quality of Life*) Group (Grupo de estudos em Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde) desenvolveu uma escala dentro de uma perspectiva transcultural para medir qualidade de vida em adultos idosos. O WHOQOL-OLD (instrumento Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde para adultos idosos) é um instrumento específico complementar sobre qualidade de vida em idosos que contribui com

informações adicionais sobre qualidade de vida nessa população específica.⁵

Em inquérito domiciliar de Paskulin et al. (2009)⁶ no qual foi aplicado o instrumento WHOQOL-BREF (versão abreviada do *World Health Organization Quality of Life*) em idosos de um distrito do município de Porto Alegre, foram encontrados fatores que contribuíram na qualidade de vida, destacando-se o grau de escolaridade e o trabalho pago em idosos. Um estudo de Dragomirecká (2008)⁷ que comparou a qualidade de vida em diferentes países do leste europeu, mostrou que a depressão pode afetar os resultados do WHOQOL-OLD e que a mensuração da qualidade de vida é influenciada por diversos indicadores sociais e de saúde e pelo nível de desenvolvimento dos países estudados.⁷

Estudos sobre condições que concebem uma boa qualidade de vida na velhice, bem como variações da própria velhice, revestem-se de grande importância científica e social.⁴ Através de pesquisas pode-se não apenas contribuir para o entendimento dos limites do ser humano, como também auxiliar na geração de alternativas de intervenção para essa crescente parcela da população.⁴

Nesse sentido, observa-se a importância dos grupos de terceira idade, na qual predomina o envelhecimento saudável, ou seja, o ser humano em plena maturidade, estabelecendo relações, interagindo com os demais participantes do grupo e da comunidade, articulando-se com as escolas, com os centros comunitários, com as universidades, com o poder público, tecendo uma rede com parceiros de uma mesma proposta.⁸ As atividades de lazer e a convivência em grupo contribuem tanto para a manutenção do equilíbrio biopsicossocial do idoso, quanto para atenuar possíveis conflitos ambientais e pessoais.⁸

O aumento da expectativa e a qualidade de vida das pessoas idosas podem estar associados não somente à evolução da tecnologia e da medicina, mas, também, à vivência dos idosos em grupos, a qual transcende as atividades físicas e de lazer.⁸ Para tanto, é necessária a compreensão do significado da promoção à saúde da pessoa idosa e sua relação com os fatores determinantes da qualidade de vida (sociais, políticos, econômicos, ambientais, culturais e individuais).⁸

Assim, o presente estudo teve como objetivo descrever a qualidade de vida de idosos por meio dos questionários WHOQOL-OLD e WHOQOL-BREF em um grupo de convivência.

MÉTODOS

Durante o ano de 2009 foi realizado um estudo piloto, descritivo, transversal, com abordagem

quantitativa, nas dependências do Centro de Extensão Universitária Vila Fátima (CEUVF) da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). A Vila Fátima é uma favela situada na zona leste de Porto Alegre, com cerca de 8.000 moradores, com as características dos habitantes das periferias das grandes cidades brasileiras: baixa renda e baixa escolaridade, sub-habitações, saneamento precário e violência.

Os sujeitos foram 15 idosos participantes de um grupo de convivência (Grupo Nossa Senhora de Fátima) que faz parte das atividades educativas do CEUVF. Participaram do estudo os idosos que comparecerem a pelo menos três encontros mensais (no total de quatro encontros). O Grupo Nossa Senhora de Fátima ocorre todas as segundas-feiras, no período da tarde, com duração de 1 hora e 30 minutos, sob a coordenação de profissionais do Centro de Extensão: enfermeira, nutricionista e assistente social.

Para a coleta dos dados foi utilizado o WHOQOL-OLD, instrumento validado para pesquisa clínica com seres humanos. O instrumento permite a avaliação do impacto da prestação do serviço e de diferentes estruturas de atendimento social e de saúde sobre a qualidade de vida de idosos, especialmente na identificação das possíveis consequências das políticas sobre qualidade de vida para idosos e uma compreensão mais clara das áreas de investimento para se obter melhores ganhos na qualidade de vida.⁵ O questionário WHOQOL-OLD é composto por 24 itens divididos em seis facetas.⁹ Cada uma das facetas possui quatro itens; portanto, para todas as facetas o escore dos valores pode oscilar de 4 a 20, desde que todos os itens de uma faceta tenham sido preenchidos. Os escores destas seis facetas ou os valores dos 24 itens do módulo WHOQOL-OLD podem ser combinados para produzir um escore geral (“global”) para a qualidade de vida em adultos idosos. A pontuação do módulo pode então consistir em um conjunto de perfil de seis escores de facetas, ou, conforme sustentado pela existência de um fator de ordem mais elevada nas análises fatoriais, pode haver um único escore total baseado na soma de todos os 24 itens do módulo.⁵ Basicamente, escores altos representam uma alta qualidade de vida e escores baixos representam uma baixa qualidade de vida.⁵

Para avaliar a qualidade de vida juntamente com o questionário WHOQOL-OLD, foi utilizado o instrumento WHOQOL-BREF, que é uma versão reduzida do questionário completo original com 100 questões (WHOQOL-100). O WHOQOL-BREF é composto por 26 questões, sendo duas delas gerais de qualidade de vida e 24 representantes de cada uma

das 24 facetas que compõem o instrumento original.⁵ Compreende quatro domínios da qualidade de vida, sendo que cada domínio tem por objetivo analisar, respectivamente: a capacidade física, o bem-estar psicológico, as relações sociais e o meio-ambiente onde o indivíduo está inserido.⁵ O instrumento foi aplicado durante a entrevista, dada a dificuldade de leitura, os problemas visuais e o analfabetismo, comuns na amostra estudada.

Também foi aplicado um questionário estruturado sobre características sociodemográficas dos sujeitos, para obter maiores detalhes sobre a população do estudo. Foi criado um instrumento específico para este estudo, caracterizando os aspectos: sexo, idade, ocupação, estado civil, religião, convivência, renda e escolaridade.

Os idosos foram convidados a participar do estudo de forma voluntária por convite verbalizado individualmente, em ambiente privativo, após o encontro do referido grupo de convivência. Sendo aceito o convite, era agendado um horário para a aplicação dos questionários.

Os dados foram analisados com a utilização do software Epi Info versão 3.2.2. As variáveis contínuas com distribuição normal foram expressas como média±desvio padrão. As variáveis categóricas foram expressas como percentuais e frequência.

O protocolo de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS, número 254/09. Os idosos participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

Neste estudo foram analisados 15 idosos participantes de um grupo de convivência, sendo 14 do sexo feminino. Em sua maioria não eram alfabetizados ou eram apenas alfabetizados sem estudo formal (26,7% e 40% respectivamente), sendo que 86,7% tinham menos de quatro anos de estudo. Em relação à ocupação, 10 idosos (66,7%) eram aposentados e 5 (33,3%) ainda exerciam atividades, como serviços domésticos e biscates. Quanto ao estado conjugal, em sua maioria eram viúvos ou divorciados, sendo apenas 3 (20%) casados, e a maioria (60%) residia com os filhos. Apenas um dos idosos entrevistados (6,7%) recebia mais do que 3 salários-mínimos (Tabela 1).

Inicialmente foi feita a pontuação do questionário WHOQOL-OLD, obedecendo à normatização estabelecida. Na Tabela 2, foram descritas as médias atingidas pelos idosos em cada questão, agrupadas por faceta.

Tabela 1. Características sociodemográficas de 15 idosos que frequentavam o grupo de convivência do Centro de Extensão Universitária Vila Fátima, da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, em Porto Alegre, em 2009.

Características	N	%
Sexo		
Feminino	14	93,3
Masculino	1	6,7
Escolaridade		
Não alfabetizado	4	26,7
Alfabetizado	6	40,0
1ª a 4ª série	3	20,0
5ª a 8ª série	2	13,3
Ocupação		
Aposentado	10	66,7
Outra	5	33,3
Estado civil		
Viúvo(a)	8	53,3
Casado(a)	3	20,0
Divorciado(a)	4	26,7
Renda		
Até 1 salário mínimo	6	40,0
De 1 a 3 salários mínimos	8	53,3
De 3 a 5 salários mínimos	1	6,7
Religião		
Católica	9	60,0
Evangélica	1	6,7
Outra	5	33,3
Convivência		
Cônjuge	3	20,0
Sozinho(a)	3	20,0
Filhos	9	60,0

Tabela 2. Descrição das questões de cada faceta e médias do questionário WHOQOL-OLD* em 15 idosos que frequentavam o grupo de convivência do Centro de Extensão Universitária Vila Fátima, da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, em Porto Alegre, em 2009.

Faceta/questão	Média ± DP
Funcionamento do sensorio	
Impacto da perda dos sentidos na vida diária	3.6±1.20
Perda dos sentidos afeta participação nas atividades	3.8±1.20
Funcionamento dos sentidos afeta habilidade de interação	4.1±0.90
Como avalia os sentidos	3.3±1.10
Autonomia	
Liberdade para tomar as decisões	3.8±0.90
Sente que controla o próprio futuro	3.1±1.06
Pessoas ao redor respeitam a sua liberdade	4.0±0.53
Consegue fazer as coisas que gostaria	3.0±0.84
Atividades passadas, presentes e futuras	
Satisfação com oportunidades para realizações na vida	3.2±0.67
Recebeu o reconhecimento que merece na vida	3.5±0.51
Satisfação com aquilo que alcançou na vida	3.8±0.56
Quão feliz com coisas a esperar daqui pra frente	2.3±0.72
Participação Social	
Tem o suficiente para fazer em cada dia	3.2±0.67
Satisfação com a maneira com a qual usa seu tempo	3.6±0.61
Satisfação com o nível de atividades	3.6±0.97
Satisfação com oportunidades de participar de atividades na comunidade	3.8±0.83
Morte e Morrer	
Preocupação com a maneira que irá morrer	3.8±0.91
Medo de não poder controlar a morte	3.6±0.89
Medo de morrer	3.9±0.79
Teme sofrer dor antes de morrer	3.4±1.20
Intimidade	
Sentimento de companheirismo na vida	3.2±0.59
Sentimento de amor em sua vida	3.6±0.50
Oportunidade para amar	3.3±0.89
Oportunidade para ser amado	2.8±0.91

* WHOQOL-OLD (*World Health Organization Quality of Life-OLD*): instrumento para medir a Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde, para idosos
DP = desvio padrão.

A Tabela 3 descreve as médias das seis facetas do questionário WHOQOL-OLD. A que mais contribuiu na qualidade de vida foi a faceta funcionamento do sensório, seguida das facetas morte e morrer e participação social. Seguiu-se após a autonomia e a intimidade e, com menor pontuação, a faceta atividades passadas, presentes e futuras.

Tabela 3. Descrição das médias de cada faceta do questionário WHOQOL-OLD* em 15 idosos que frequentavam o grupo de convivência do Centro de Extensão Universitária Vila Fátima, da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, em Porto Alegre, em 2009.

Faceta	Média ± DP
Funcionamento do sensório	14.8 ± 2.3
Autonomia	13.9 ± 2.8
Atividades passadas, presentes e futuras	12.8 ± 0.9
Participação Social	14.4 ± 2.5
Morte e Morrer	14.7 ± 3.4
Intimidade	13.0 ± 2.5
Total	83.6 ± 5.1

* WHOQOL-OLD (*World Health Organization Quality of Life-OLD*): instrumento para medir a Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde, para idosos. DP = desvio padrão.

A Tabela 4 descreve as médias dos quatro domínios do questionário WHOQOL-BREF. O domínio que mais contribuiu foi o social, seguido do ambiental, e do psicológico. O domínio com menor contribuição foi o domínio físico.

Tabela 4. Descrição das médias de cada domínio do questionário WHOQOL-BREF* em 15 idosos que frequentavam o grupo de convivência do Centro de Extensão Universitária Vila Fátima, da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, em Porto Alegre, em 2009.

Domínio	Média ± DP
Físico	14.9 ± 2.7
Psicológico	15.0 ± 2.0
Ambiental	15.1 ± 2.1
Social	15.3 ± 2.0

* WHOQOL-BREF (*World Health Organization Quality of Life-BREF*): instrumento abreviado para medir a Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde. DP = desvio padrão.

DISCUSSÃO

O processo de envelhecimento, que nos países desenvolvidos ocorre de forma gradual, acompanhado de melhorias na cobertura do sistema de saúde, nas condições de habitação, saneamento básico, trabalho e alimentação, no Brasil ocorre rapidamente e num

contexto de desigualdades sociais, economia frágil, crescentes níveis de pobreza, com precário acesso aos serviços de saúde e reduzidos recursos financeiros, sem as modificações estruturais que respondam às demandas do novo grupo etário emergente.¹⁰

Os idosos estudados eram de baixa renda e de baixa escolaridade. Observou-se que a grande maioria tinha menos de quatro anos de estudo, podendo ser considerados, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, como analfabetos funcionais.¹¹ A porcentagem foi maior que a da população brasileira, que em 2003 possuía 57,9% de idosos com menos de quatro anos de escolaridade.¹¹

Em relação ao rendimento mensal, 40% tinham renda mensal igual ou inferior a um salário mínimo. Na população brasileira, em 2003, 46,8% dos idosos tinham rendimento inferior a um salário mínimo.¹¹ Encontram-se grande percentual de idosos vivendo com um salário mínimo, que é o valor de aposentadoria mais frequentemente pago no Brasil.¹² Os idosos participantes da pesquisa pertenciam a uma comunidade com baixo nível de renda e baixa escolaridade, inserida em uma região com alto índice de violência, estando, portanto, em situação de vulnerabilidade social.

No que se refere à ocupação, 33,3% dos idosos pesquisados realizavam trabalho informal, seja por necessidade financeira ou como um modo de ocupação do tempo livre e como uma forma de manter-se em atividade.¹³ Nesse caso, o trabalho ocupou um papel diferente da obrigação para manutenção do sustento da família.¹³

Na amostra estudada, 20% dos idosos viviam sozinhos, 20% viviam com o cônjuge e os outros 60% viviam com os filhos. A convivência com familiares pode tanto oferecer benefícios, no sentido do apoio familiar nas condições debilitantes e de dependência, reduzindo o isolamento, como gerar conflitos intergeracionais, que acabam por diminuir a autoestima e deteriorar o estado emocional do idoso, afetando de forma marcante a qualidade de vida.¹⁴ Nesse sentido, destaca-se a importância de se reconhecer a heterogeneidade da população idosa no que diz respeito às faixas etárias e ao sexo, além da variância individual, quando se avalia a qualidade de vida.¹²

Ao se analisar a contribuição dos diferentes domínios do questionário WHOQOL-BREF, o domínio que mais contribuiu foi o social, seguido do ambiental, psicológico e físico. Situação diferente da encontrada em estudo de Pereira¹² (2006), no qual o domínio que mais contribuiu na qualidade de vida dos idosos foi o físico, seguido do ambiental e do psicológico.

Ao analisar-se a contribuição das diferentes facetas na qualidade de vida dos idosos estudados,

observou-se que diferiram a respeito da contribuição de cada faceta. Na faceta funcionamento do sensorio, a de melhor desempenho entre os idosos pesquisados, avaliou-se o funcionamento sensorial e o impacto da perda das habilidades sensoriais na qualidade de vida. A capacidade funcional surge como um novo paradigma de saúde para os indivíduos idosos, e o envelhecimento saudável passa a ser visto como uma interação multidimensional entre saúde física e mental, independência na vida diária, integração social, suporte familiar e independência econômica.¹² As redes de apoio social são muito importantes na velhice, principalmente quando os idosos têm que se adaptar às perdas físicas e sociais.¹⁵

A faceta morte e morrer foi uma das que mais contribuiu na qualidade de vida dos idosos estudados. Nesta o questionamento trata das preocupações, inquietações e temores sobre a morte e o morrer. Nesse contexto, é importante considerar o fenômeno da morte como um tabu para a sociedade ocidental.¹⁶ O envelhecer e o morrer são fenômenos inerentes à vida em todas as suas formas; porém, segundo Zinn,¹⁷ as interpretações e os sentimentos que envolvem tal tema variam de um ser humano para outro. A compreensão acerca da finitude na perspectiva do idoso, o qual vive o processo de envelhecimento e está na iminência da morte, é um passo importante para fomentar a reflexão, buscando uma forma positiva de lidar com as questões envelhecimento e morte.¹⁷

Na faceta participação social, de grande contribuição no estudo, foi delineada a participação em atividades do cotidiano, especialmente na comunidade. Na terceira idade, cujas características principais, em relação ao comportamento social, são a diminuição das capacidades sensoriais e redução da prontidão para a resposta, outras habilidades podem ser especialmente importantes, tais como as de estabelecer e manter contato social, além de lidar com os comportamentos sociais decorrentes de preconceitos contra a velhice, geralmente expressos através de hesitação.¹⁸

A faceta autonomia referiu-se à independência na velhice e, portanto, descreveu até que ponto se é capaz de viver de forma autônoma e tomar as próprias decisões. A qualidade de vida na velhice tem sido associada a questões de independência e autonomia, e a dependência do idoso resulta das alterações biológicas (incapacidades) e de mudanças nas exigências sociais.¹⁹

Para a Organização Mundial da Saúde²⁰ (2001), o ambiente físico em que o idoso está inserido pode determinar a dependência ou não do indivíduo. Dessa forma, é mais provável que um idoso esteja física e socialmente ativo se puder ir andando com segurança à

casa de seus vizinhos, ao parque, ou tomar o transporte local. Nesse contexto, idosos que vivem em ambientes inseguros são menos propensos a saírem sozinhos e, portanto, estão mais susceptíveis ao isolamento e à depressão, bem como a ter mais problemas de mobilidade e pior estado físico, o que vem a influenciar a qualidade de vida.¹²

A faceta intimidade, com uma das menores pontuações atingidas, avaliou a capacidade dos idosos de ter relações pessoais e íntimas. Esse resultado pode estar associado ao se constatar que 53,3% da amostra eram de idosos viúvos e de outros 26,7% divorciados. Importante ressaltar também que 20% dos idosos viviam sozinhos. As mulheres têm maior índice de sobrevivência do que os homens, quando atingidas pelas principais causas de morte, mas o contraponto é que elas são mais afetadas por doenças não fatais.²¹ A velhice traz à mulher maior possibilidade de ficar sozinha, sendo o elemento de referência familiar. As mulheres têm maior probabilidade de enviuvar numa idade menos avançada, com muitos anos de vida ainda pela frente.²¹

A faceta atividades passadas, presentes e futuras, a de pior desempenho entre os idosos pesquisados, descreveu a satisfação sobre conquistas na vida e coisas na qual se ansiava. O bem-estar proporcionado pela elaboração e/ou concretização de projetos é traduzido, inegavelmente, com um aumento da autoestima e, conseqüentemente, na melhoria da qualidade de vida das pessoas idosas.¹³ Os projetos futuros podem também se constituir como uma condição importante para o aumento da qualidade de vida na terceira idade, porque são uma forma de dar sentido à existência dos indivíduos (como seres que mantêm suas faculdades mentais ativas, capazes de poder projetar e concretizar seus desejos).¹³ Nesse sentido, nos grupos para a terceira idade pode ser trabalhada a potencialidade do ser humano e sua capacidade de conceber projetos e, principalmente, de poder realizá-los.

Os resultados desta pesquisa podem ser comparados com o estudo de Dragomirecká⁷ (2008), no qual foi aplicado o questionário WHOQOL-OLD em idosos de seis cidades da Europa, comparando os resultados da cidade de Praga, pós-comunista, com outras cinco cidades europeias. As facetas do presente estudo, intimidade, autonomia e atividades passadas, presentes e futuras tiveram piores resultados quando comparadas com os menores escores do estudo europeu. Em contrapartida, as facetas funcionamento do sensorio, participação social e morte e morrer, quando comparadas ao estudo europeu, tiveram resultados semelhantes na pontuação.⁷ Ao fazer comparação do escore geral do questionário WHOQOL-OLD, os

idosos da cidade de Praga, que obtiveram a menor pontuação entre as cidades europeias (83.7) atingiram praticamente o mesmo resultado do escore geral do grupo de convivência (83.6) deste estudo. Assim, o desenvolvimento de estratégias para conhecer como o idoso percebe seu próprio envelhecimento é de fundamental importância para que se possam desenvolver instrumentos capazes de quantificar esse processo de forma válida.²²

O presente estudo teve como uma das limitações o tamanho amostral, pois a amostra é pequena e muito característica de um grupo de convivência. Não foram encontrados outros estudos que utilizassem o WHOQOL-OLD em grupos de convivência. Sendo assim, o presente estudo merece destaque por reconhecer a importância desses grupos para os idosos, pois foram avaliadas as percepções dos mesmos em relação à qualidade de vida. Para trabalhos futuros, sugere-se relacionar as variáveis de qualidade de vida com determinantes sociais e de saúde.

Os resultados indicam que o instrumento WHOQOL-OLD pode abranger os diferentes grupos de idosos, de forma transcultural. É preciso estar comprometido com a qualidade de vida dos idosos, buscando estratégias que favoreçam um viver mais saudável, considerando os grupos de convivência para idosos um caminho a ser explorado. Destaca-se a escassez de trabalhos utilizando o WHOQOL-OLD, dificultando o estabelecimento de comparações e o desenvolvimento de metas a serem alcançadas. A qualidade de vida é um indicador de saúde e o questionário WHOQOL-OLD é um instrumento que pode sugerir intervenções para melhorar a qualidade de vida da população idosa.

REFERÊNCIAS

1. Terra N, Silva R, Schimiedt O. Tópicos em geriatria II. Porto Alegre: Edipucers; 2007.
2. WHO. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment: the WHOQOL Group. *Psychol Med.* 1998;28:551-8.
3. Santos SR, Santos IBC, Fernandes MGM, et al. Qualidade de vida do idoso na comunidade: aplicação da Escala de Flanagan. *Rev Latinoam Enferm.* 2002;6:757-64.
4. Vecchia, RD, Ruiz T, Bocchi SC, et al. Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. *Rev Bras Epidemiol.* 2005;8:246-52.

5. Power M, Schmidt S. Manual WHOQOL-OLD. Genebra: World Health Organization; 1998. [19 p.]. [acesso 2011 out 27]. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/psiq/WHOQOL-OLD%20Manual%20Portugues.pdf>
6. Paskulin L, Vianna L, Molzahn AE. Factors associated with quality of life of Brazilian older adults. *Int Nurs Rev.* 2009;56:109-15.
7. Dragomirecká E, Bartonová J, Eisemann M, et al. Demographic and psychosocial correlates of quality of life in the elderly from a cross-cultural perspective. *Clin Psychol Psychother.* 2008;15:193-204.
8. Portella M. Grupos de terceira idade: a construção da utopia do envelhecer saudável. Passo Fundo: UPF; 2004.
9. Fleck M, Chachamovich E, Trentini C. Desenvolvimento e validação da versão em português do módulo WHOQOL-OLD. *Rev Saúde Pública.* 2006;40:785-91.
10. Chaimowicz F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. *Rev Saúde Pública.* 1997;31:184-200.
11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de indicadores sociais 2004. Rio de Janeiro: IBGE; 2004.
12. Pereira R. Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. *Rev Psiquiatr RS.* 2006;28:27-38.
13. Moreira M. Trabalho, qualidade de vida e envelhecimento [dissertação]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz/ Escola Nacional de Saúde Pública; 2000.
14. Caldas CP. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. *Cad Saúde Pública.* 2003;19:773-81.
15. Neri A. Desenvolvimento e envelhecimento: perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas. Campinas: Papirus; 2000.
16. Combinato D, Queiroz, M. Morte: uma visão psicossocial. *Estud Psicol (Natal).* 2006; 11:209-16.
17. Zinn G, Gutierrez B. Processo de envelhecimento e sua relação com a morte: percepção de idosos hospitalizados em unidade de cuidados semi-intensivos. *Estud Interdiscip Envelhec.* 2008;13:79-93.
18. Freire S. Envelhecimento bem-sucedido e bem-estar psicológico. In: Neri AL, Freire AS, organizadores. E por falar em boa velhice. Campinas: Papirus; 2000. p. 21-31.
19. Souza L, Galante H, Figueiredo D. Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. *Rev Saúde Pública.* 2003;37:364-71.
20. Organización Mundial de la Salud. Salud y envejecimiento: un documento para discusión – versión preliminar. Madrid: Instituto de Migraciones y Servicios Sociales; 2001.
21. Silva M, Peixoto B, Eliane M, et al. Tamanho e estrutura familiar de idosos residentes em áreas periféricas de uma metrópole. *Cienc Enferm.* 2004;10:31-9. [citado 2011 out 27]. Disponível em: <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v10n1/art05.pdf>
22. Fleck M, Chachamovich E, Trentini C. Projeto WHOQOL-OLD: método e resultados de grupos focais no Brasil. *Rev Saúde Pública.* 2003;37:793-9.