

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA E CIÊNCIAS DA SAÚDE

Waleska Pessato Farenzena

QUALIDADE DE VIDA EM UM GRUPO DE IDOSOS DE VERANÓPOLIS-RS

Porto Alegre

2007

Waleska Pessato Farenzena

QUALIDADE DE VIDA EM UM GRUPO DE IDOSOS DE VERANÓPOLIS-RS

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre, pelo programa de Pós Graduação em Medicina e Ciências da Saúde, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Orientador(a): Profa. Dra. Mirna Wetters
Portuguez

Porto Alegre

2007

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

F222q Farenzena, Waleska Pessato
Qualidade de vida em grupo de idosos de Veranópolis-RS /
Waleska Pessato Farenzena. – Porto Alegre, 2007.
63 f.

Diss. (Mestrado em Medicina) – Fac. de Medicina, PUCRS.

Orientação: Prof^ª. Dr^ª. Mirna Wetters Portugal.

1. Geriatria. 2. Idosos – Rio Grande do Sul. 3. Qualidade de Vida. I.
Portugal, Mirna Wetters.

CDD 618.97

Ficha Catalográfica elaborada por
Vanessa Pinent
CRB 10/1297

Waleska Pessato Farenzena

QUALIDADE DE VIDA EM UM GRUPO DE IDOSOS DE VERANÓPOLIS-RS

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre, pelo programa de Pós Graduação em Medicina e Ciências da Saúde, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Aprovada em ____ de _____ de _____.

BANCA EXAMINADORA

Dr. Flávio M. De Freitas Xavier – UNESC

Dr. Gabriel Chittò Gauer – PUCRS

Dr. Irênio Gomes da Silva Filho - PUCRS

Dedico este trabalho aos idosos de Veranópolis, que de forma sábia, muito me ensinaram e seguem me ensinando sobre o envelhecer.

AGRADECIMENTOS

À profa. Dra. Mirna Wetters Portuguez, orientadora deste trabalho, pela confiança e por ter me acolhido com tanto afeto mesmo no meio do caminho, permitindo que eu seguisse adiante com somente aquilo que fizesse sentido para mim.

À profa Dra Irani de Lima Argimon, co-orientadora deste trabalho, pelo carinho nas horas difíceis e pelo exemplo de excelente profissional e pesquisadora na área do envelhecimento.

Aos professores e funcionários do Programa de Pós Graduação em Medicina e Ciências da Saúde pelas lições de humildade e pela disponibilidade em auxiliar sempre que se fez necessário.

Ao Dr. Emílio Moriguchi pelo voto de confiança depositado em mim desde o início.

À querida amiga Neide Maria Bruscato que, de forma bastante especial, foi a primeira pessoa a acreditar que esse caminho seria possível, e que ao longo dele, sempre esteve ao meu lado, acompanhando meus passos, meus tropeços, me ajudando a levantar.

Aos demais colegas e amigos do “Projeto Veranópolis: Estudos sobre envelhecimento e Qualidade de vida”, Camila, Cristina, Luciano e Maria Helena, pela companhia e incentivo. É um orgulho fazer parte desta equipe.

Aos amigos dos primeiros tempos de “Pesquisa”: Cláudia Minasi, Marcos Maia, Mônica Ribacik do Nascimento, Roseli Freitas, pelas palavras de incentivo nas horas certas.

À Tatiane Favarin Rech, colega de profissão e de mestrado, por ter partilhado comigo todos os afetos que este caminho produziu em nós, desde o primeiro até o último dia de aula.

Às queridas e fiéis amigas Ana Paula, Iria e Vivian que apesar de muitas vezes longe fisicamente, sempre estiveram e continuam estando muito perto afetivamente, torcendo por mim com entusiasmo.

À amiga e colega de trabalho Karina Weiss pela amizade, pelo seu apoio incondicional e disponibilidade a qualquer hora.

À minha mãe e ao meu pai, Jossélia, e Egídio, por apoiarem sempre minhas escolhas e por me ensinarem que o conhecimento e a cultura são alguns dos maiores bens que alguém pode ter.

Aos meus irmãos Vanessa e Márcio por me auxiliarem, cada um a seu modo, ao longo de mais este processo de vida.

Ao Tadeu, amor da minha vida, pelo amor, carinho, incentivo e, sobretudo pela relação saudável que construímos o que permite meu crescimento em todos os aspectos, de forma contínua.

À CAPES, pelo apoio financeiro dispensado a este estudo.

MUITO OBRIGADA!

RESUMO

Este estudo objetivou avaliar Qualidade de Vida em um grupo de idosos de Veranópolis, através do WHOQOL-Bref. Além disso, relacionou os escores obtidos por meio do instrumento com variáveis sociodemográficas e sintomas depressivos, através da Escala de Depressão Geriátrica (GDS). Os resultados apontaram que quanto maior a existência de sintomas depressivos, menor é a QV entre os idosos. Também apontou que o fato de não utilizar medicação diária e realizar atividades de lazer são preditores de uma boa QV.

Palavras chaves: Qualidade de Vida, Idosos, WHOQOL-Bref.

ABSTRACT

This research's objective was to explore the Quality of Life in the elderly of Veranópolis-Rio Grande do Sul, Brazil through the WHOQOL-Brief. Also, it associated the scores of instrument with variables of social demographics and depression symptoms across the Geriatric Depression Scale (GDS). The results showed that an increase in depression symptoms caused a decrease in the Quality of Life of the elderly population. Also, it that people without medication and that make leisure activities are good quality of life.

Keywords: Quality of life, Elderly people, WHOQOL-Brief.

LISTA DE SIGLAS

ANOVA – Análise de Variância

GDS – Geriatric Depression Scale

MEEM – Mini Exame do Estado Mental

OMS – Organização Mundial da Saúde

PUCRS – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

QV – Qualidade de Vida

WHOQOL-Bref – World Health of Quality of Life -Versão abreviada

WHOQOL-100 – World Health of Quality of Life -Versão 100

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences.

LISTA DE FIGURAS

- FIGURA 1 - Avaliação dos escores médios do WHOQOL-BREF e seus respectivos intervalos com 95% de confiança31
- FIGURA 2 - Associação entre os escores do WHOQOL-BREF E GDS31

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - O perfil sócio-demográfico da amostra	28
TABELA 2 - Distribuição dos indivíduos conforme atividades de lazer.....	29
TABELA 3 - Distribuição dos indivíduos de acordo com a situação de saúde	30
TABELA 4 - Avaliação dos escores do WHOQOL-BREF e GDS	30
TABELA 5 – Associação das características Sócio-demográficas conforme o domínio do WHOQOL-BREF	33
TABELA 6 - Análise de regressão multivariada para avaliar os preditores da qualidade de vida avaliada pelo WHOQOL-BREF	34

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 REFERENCIAL TEÓRICO	15
2.1 O Processo de Envelhecimento	15
2.2 Psicologia e Envelhecimento	16
2.3 Envelhecimento e Qualidade de Vida	18
2.4 O WHOQOL- BREF	20
3 OBJETIVOS	22
3.1 Objetivo Geral	22
3.2 Objetivos Específicos	22
4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	23
5 CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO EM ESTUDO	24
5.1 Veranópolis	24
6 MATERIAIS E MÉTODOS	25
6.1 Procedimento de coleta de dados e amostragem	26
6.2 Cálculo do tamanho da amostra	27
6.3 Análise estatística	27
7 RESULTADOS	28
7.1 Perfil sócio-demográfico da amostra	28
7.2 Avaliação da Qualidade de Vida e existência de sintomas depressivos	30
8 DISCUSSÃO	35
9 CONCLUSÃO	42
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	43
ARTIGO PARA FINS DE PUBLICAÇÃO EM REVISTA CIENTÍFICA	47
ANEXOS	64

1 INTRODUÇÃO

Diante do aumento da expectativa de vida, fenômeno vivenciado nos países desenvolvidos e em desenvolvimento, o grande desafio que se faz presente é a manutenção da Qualidade de Vida, em indivíduos com idade avançada. O conceito de ‘Qualidade de Vida’ (QV) é amplamente discutido e constantemente revisado, sobretudo no que se refere à população de idosos (PASCHOAL, 2002).

O rápido processo de envelhecimento demanda estudo e pesquisa para que sejam fornecidos elementos necessários ao desenvolvimento de estratégias de intervenção que correspondam às demandas deste público emergente. Segundo Pereira, Cotta e Franceschini (2006), a transição demográfica representa um profundo impacto no modo de organização da sociedade, mas é na saúde que tem maior transcendência, tanto por sua repercussão em nível assistencial como pela demanda por novos recursos e estruturas.

O conceito de Qualidade de Vida, mencionado pela primeira vez em 1920 em livro sobre economia e bem estar material, sofreu significativa redefinição depois da II Guerra Mundial, acompanhando também a redefinição do conceito de saúde, entendida até então como ausência de doença (PASCHOAL, 2002). Surgem então as medidas de QV com um enfoque subjetivo e multidimensional, as quais consideram vários aspectos da vida do sujeito e não apenas a saúde física.

O termo QV na literatura médica vem sendo associado a diversos significados, como condições de saúde e funcionamento social. A QV relacionada à saúde (*health related quality of life*) e estado subjetivo de saúde (*Subjective health status*) são conceitos relacionados à avaliação subjetiva do paciente e ao impacto do estado de saúde na capacidade de se viver de forma plena (FLECK, 1999).

A caracterização do processo de envelhecimento depende do enfoque de cada área do conhecimento e suas concepções de sujeito e saúde. Entretanto, pensar em envelhecimento humano, atualmente requer necessariamente que se pense a partir de uma perspectiva interdisciplinar, sendo este, um dos pontos a ser discutido ao longo do trabalho.

A presente pesquisa é parte do Programa de acompanhamento longitudinal “Projeto

Veranópolis: Estudo sobre o envelhecimento e Qualidade de Vida”, o qual a pesquisadora trabalha. Esta dissertação de mestrado se propôs a avaliar a Qualidade de Vida em um grupo de idosos residentes na cidade de Veranópolis, através da aplicação do questionário abreviado de Qualidade de Vida - WHOQOL – Bref. Além disso, associou seus escores com variáveis como idade, gênero, escolaridade, nível socioeconômico, estado civil, situação de moradia, uso de medicação diária, existência de problemas de saúde no último mês e intensidade de sintomas depressivos. Ao final do trabalho, encontra-se o artigo elaborado para fins de publicação em revista científica e já enviado para a mesma, conforme declaração em anexo. A intenção da pesquisadora é de que esta dissertação possa de alguma forma, contribuir no entendimento da importância da Qualidade de Vida na população de idosos.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 O Processo de Envelhecimento

De acordo com convenções sócio-demográficas, chamamos de idosos, indivíduos com 60 anos ou mais, nos países em desenvolvimento, e indivíduos com mais de 65 anos nos países desenvolvidos (NERI, 2005).

Segundo projeções do IBGE (2006), em 2025, o Brasil será o sexto país do mundo em número de idosos com uma estimativa de 32 milhões. Em 2050, a população de idosos no mundo todo será de dois bilhões. Em grande parte, este fenômeno está associado aos rápidos avanços no campo da medicina desde o início do século XX. Desse modo, há uma urgência no que se refere ao estudo do fenômeno do envelhecimento chamando cada vez mais a atenção da comunidade científica e protagonizando estudos com mais frequência do que em épocas passadas (ARAÚJO & CARVALHO, 2005).

O envelhecimento humano é um processo biológico natural, caracterizado por uma série de alterações morfofisiológicas, bioquímicas e psicológicas que ocorrem no organismo ao longo da vida. O tempo e a forma como se processa depende de cada indivíduo, de seu fator genético e dos fatores ambientais. Considerando a Qualidade de Vida, a expectativa é maior nos idosos fisicamente ativos (ARGIMON, 2002).

O processo de envelhecimento pode ocorrer acompanhado pelo declínio das capacidades tanto físicas, como cognitivas, dependendo das características de vida do idoso (ARGIMON & STEIN, 2005). Além disso, os profissionais da saúde devem estar atentos aos transtornos neuropsiquiátricos mais prevalentes neste público que são a depressão e a demência. Com frequência elas se associam ou até mesmo uma, pode simular a outra, o que ocasiona grandes dificuldades diagnósticas e conseqüentemente dificuldades no tratamento (CUNHA, 2002).

Um estudo longitudinal realizado por Argimon e Stein (2005) com idosos com mais de 80 anos na cidade de Veranópolis apontou que eles ainda conservavam muitas de suas condições cognitivas, passados três anos de sua primeira avaliação. Os resultados deste estudo apontaram que mais anos de escolaridade, pode ser um fator protetor para o declínio das funções cognitivas.

O estudo do processo de envelhecimento é relativamente recente se comparado ao estudo de outros processos vivenciados pelo ser humano. Na década de 30, a gerontologia limitava-se a entender aspectos biológicos da velhice. A partir do trabalho de Marjory Warren houve uma transformação no modo pelo qual era visto o envelhecimento, passando-se a considerar a importância de uma visão interdisciplinar e avaliações multidimensionais (PAPALÉO, 2002).

Apesar da importância de se construir um saber que tenha por objetivo comum a consolidação de uma ciência voltada ao envelhecimento de modo geral, não se pode desconsiderar a relevância de trabalhos científicos específicos de cada área que compõe a gerontologia. Assim, o que antes era objeto de estudo somente de uma especialidade médica até então recente, a partir de 1930 começou a despertar interesse de outras áreas do conhecimento gerando saberes até então inexistentes. Entre 1950 e 1959 foram publicados mais estudos sobre a velhice do que nos 115 anos anteriores. Entre 1969 e 1979, a pesquisa na área aumentou 270% e esse interesse permanece acentuado até hoje (PAPALÉO, 2002).

No Brasil, acredita-se que o estudo do envelhecimento nas últimas quatro décadas tomou fôlego a partir de quatro fatores: o número crescente de idosos no Brasil; os desafios dos diversos impasses médicos, psicossociais e econômicos gerados pela velhice; o interesse da comunidade científica na busca de soluções para problemas relacionados ao envelhecimento e a disseminação dos saberes sobre o fenômeno da velhice no mundo todo. No Brasil, muitas vezes o impacto social é mais relevante que o biológico e este é um aspecto que deve ser considerado quando se estuda o envelhecimento num país tão cheio de desigualdades (GARRIDO & MENEZES, 2002).

A importância de estudar o envelhecimento está justamente no fato desta fase da vida não estar isolada das demais, mas de ser, de certa forma, produzida ao longo de todas as fases do desenvolvimento, bem como pela cultura e meio social. De acordo com Argimon (2002), o envelhecer não é um momento, mas sim um processo complexo que tem implicações tanto para a pessoa que o vivencia, como para as pessoas próximas. Desse modo o envelhecimento é um processo evolutivo gradual.

2.2 Psicologia e Envelhecimento

O interesse da psicologia a cerca da velhice é ainda recente no que se refere produção

científica. Segundo Araújo (2005), a expansão sistemática da gerontologia só ocorre no final da década de 1950, principalmente em função do rápido crescimento no número de pessoas idosas. Começam em 1928 as primeiras pesquisas experimentais sobre a velhice, a respeito de tópicos tais como: aprendizagem e memória. No entanto, até 1940, pouco se pesquisou sobre a vida adulta e a velhice, considerando que até então esta foi a época de expansão e consolidação da psicologia da infância e da adolescência.

Por muito tempo, a psicologia entendeu que os anos da vida adulta seriam anos de estabilidade, sendo que os anos de velhice seriam os de declínio. Ao mesmo tempo, crescia a demanda por teorias que compreendessem as fases iniciais da vida, sobretudo por parte das instituições de ensino (NERI, 2002).

Constatou-se que um possível motivo para o planejamento e a execução de um grande número de estudos empíricos acerca do envelhecimento nas últimas décadas, deve-se ao fato de que os pesquisadores não encontravam na psicologia do desenvolvimento uma resposta satisfatória para a realidade pessoal do envelhecimento e nem para a velhice como fato social, fenômeno sem precedentes na experiência da humanidade (NERI, 2002).

A evolução da psicologia do envelhecimento na Segunda metade do século XX, acabou por causar mudanças também na psicologia do desenvolvimento (BALTES, 1995).

Erikson, na década de 50, criou sua teoria do desenvolvimento caracterizando oito fases, e em cada uma delas aponta a emergência de um conflito característico. Na fase bebê há a formação do vínculo com a figura materna; na infância inicial há a tentativa de responder à socialização inicial pela família; na fase do brinquedo existe o estabelecimento da identidade do papel sexual e da autonomia; na idade escolar ocorre a submissão às normas culturais básicas; na adolescência constitui-se a identidade sexual adulta, na vida adulta a tendência é desenvolver relações profundas com um parceiro, estabelecer família, trabalhar, educar; na maturidade ocorre a conquista do apogeu profissional; na velhice ocorre o desenvolvimento da integridade da história pessoal, auto-aceitação e formação do ponto de vista sobre a morte. O resultado, fase após fase, é o aparecimento e a integração de novas qualidades do ego (NERI, 2002).

O discurso contemporâneo acerca da Velhice é, muitas vezes, inerente à inexistência de um papel ocupado pelo idoso no campo social, remetendo a uma condição de “sem lugar”. Na atualidade é negada ao velho sua função social, uma vez que habilidades como aconselhar

e lembrar são mecanismos não valorizados, sendo decorrente a opressão à velhice. Esta se dá a partir de mecanismos institucionais visíveis como, por exemplo, as casas de repouso, asilos, bem como por questões psicológicas (a tutela, a inexistência de diálogo, a discriminação) e mecanismos científicos como pesquisas que demonstram deterioração física, deficiência nas relações interpessoais (CHAUI, 1994).

Esta inexistência de um papel a ser ocupado pelo idoso pode ser desencadeada ou enfatizada por algumas situações: pela aposentadoria, através da qual pode se dar um abandono do papel profissional; na morte do último dos pais, ocasião em que se daria o abandono do papel de filho; na viuvez, podendo significar a não ocupação do papel de cônjuge, etc. Na prática, este esvaziamento de conteúdo dos papéis sociais significa que as rotinas da vida não são mais estruturadas por meio de papéis específicos. Tal perda da definição destes papéis pode trazer consigo o risco do isolamento ou então sensação de liberdade para expressar melhor sua individualidade – linguagem, forma de se vestir, preferências pessoais. A forma pela qual o idoso irá viver o fenômeno da perda ou redefinição dos referidos papéis constitui-se de forma singular, e está relacionada ao modo pelo qual um dia fez uso de tais papéis ao longo da vida (BEE, 1997).

2.3 Envelhecimento e Qualidade de Vida

Impossível estudar o processo de envelhecimento, sem fazer menção ao conceito de Qualidade de Vida, tendo em vista a importância do viver bem diante do aumento da expectativa de vida. Ao longo dos anos, diversos autores têm estudado o conceito de Qualidade de Vida na terceira idade, tentando conceituá-lo.

Segundo Paschoal (2002), o fenômeno “Qualidade de Vida” tem múltiplas dimensões como, por exemplo, a física, a psicológica e social, cada uma comportando vários aspectos. Entre eles, a saúde percebida e a capacidade funcional são variáveis importantes que devem ser avaliadas, assim como o bem estar subjetivo, indicado pela satisfação com a vida.

Segundo o WHOQOL *Group* (1995) da OMS, a Qualidade de Vida pode ser entendida 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 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. À medida que um indivíduo envelhece, sua Qualidade de Vida é fortemente determinada por sua habilidade de manter autonomia e independência (FLECK, 2002). Diante disto, pode-se considerar que se os indivíduos envelhecerem com autonomia e independência, com boa saúde física, desempenhando papéis sociais, permanecendo ativos e desfrutando senso de significado pessoal, provavelmente a qualidade de sua vida pode ser muito boa (FLECK, 2006 e PASCHOAL, 2002).

Para Neri (1993) a promoção de uma boa Qualidade de Vida na idade madura deve ser vista como um empreendimento de caráter sociocultural, ou seja, uma velhice satisfatória não é atributo do indivíduo biológico, psicológico ou social, mas resulta da qualidade da interação entre pessoas em mudança, sendo parte de uma sociedade também em mudança. Além disso, a Qualidade de Vida tem sido objeto de estudo de várias disciplinas entre elas a biologia, a psicologia e as ciências sociais.

Ainda conforme Neri (2002), muitos elementos são apontados como indicadores de bem estar na velhice, como por exemplo, a saúde física e mental, satisfação, controle cognitivo, status social, manutenção de relações interpessoais.

Para Baltes & Baltes (1990) uma velhice satisfatória é largamente mediada pela subjetividade e relacionada ao sistema de valores vigente em determinado período histórico. Doenças, perdas afetivas, perdas de papéis ocupacionais podem gerar diferentes níveis de ansiedade dependendo da história pessoal, dos valores e do contexto ao qual cada indivíduo encontra-se inserido.

Os pioneiros na pesquisa sobre ajustamento pessoal e social na velhice foi um grupo de pesquisadores da Escola de Chicago, sendo que um dos primeiros conceitos neste âmbito deu conta de que envelhecer bem significaria estar satisfeito com a vida atual e ter expectativas positivas em relação ao futuro. A satisfação com a velhice, portanto, dependeria da capacidade de manter ou restaurar o bem estar subjetivo justamente numa época da vida em que a pessoa está mais exposta a riscos e crises de natureza biológica, psicológica e social. Assim, a pesquisa sobre Qualidade de Vida na velhice apresenta-se de grande importância científica e social não só para contribuir no entendimento do processo de envelhecimento, mas também para criar estratégias de intervenção que visem o bem estar nesta fase do desenvolvimento humano.

2.4 O WHOQOL- Bref

O *World Health Organization Quality of Life*, o grupo WHOQOL da Organização Mundial da Saúde, desenvolveu uma escala a partir de uma perspectiva transcultural para avaliar Qualidade de Vida em adultos. Foram consideradas como características fundamentais, o caráter subjetivo da Qualidade de Vida e sua natureza multidimensional. O Grupo WHOQOL, como já foi mencionado, entende Qualidade de Vida a partir de múltiplas dimensões: física, psicológica, social, meio ambiente. A OMS, na ocasião da criação deste instrumento, reuniu especialistas de várias partes do mundo, que definiram QV como a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (THE WHOQOL GROUP, 1995). É um conceito demasiado complexo que inter-relaciona o sujeito com seu contexto social, cultural, econômico, familiar (FLECK, 1999).

O instrumento acima referido foi chamado de WHOQOL-100, uma vez que constitui-se de 100 questões divididas em 4 domínios. Deste originou-se o WHOQOL - Bref (*World Health Organization Quality of Life*) - versão abreviada do WHOQOL-100, constituído de 26 questões, que tem o mesmo objetivo. O WHOQOL-Bref também divide-se em 4 domínios, os quais se propõem a avaliar respectivamente: capacidade física, bem estar psicológico, relações sociais e contexto ambiental. Além disso, constitui-se de um domínio que avalia a QV global. Cada domínio é composto por questões, cujas alternativas variam numa intensidade de 1 a 5 (HWANG, LIANG CHIU, et al., 2003; FLECK, LOUZADA, XAVIER, et al., 2000 e PEREIRA, COTTA, FRANCESCHINI, et al., 2006).

Vários centros com culturas diversas participaram da operacionalização dos domínios de avaliação de Qualidade de Vida, da redação e da seleção de questões, da derivação da escala de respostas e do teste de campo nos países envolvidos nesta etapa. Em função desta abordagem, foi possível equacionar as dificuldades referentes à padronização, equivalência e tradução na medida em que se desenvolvia o instrumento. Para garantir que a colaboração fosse genuinamente internacional, os centros foram selecionados de forma a incluir países com diferenças no nível de industrialização, disponibilidade de serviços de saúde, importância da família e religião dominante, entre outros (FLECK, 2000a).

Um grupo de pesquisadores da Universidade Federal do Rio Grande do Sul sob a coordenação do psiquiatra Marcelo Fleck, aplicou o instrumento em 250 pacientes e concluiu

que o mesmo mostrou bom desempenho psicométrico com características satisfatórias de consistência interna, validade discriminante, validade de critérios, validade concorrente e fidedignidade teste-reteste. A partir disto, concluiu-se que o instrumento está em condições de ser utilizado no Brasil (FLECK, 2000b).

Em um estudo, no município de Teixeiras (MG), onde 12,32% da população tem 60 anos ou mais, foi aplicado WHOQOL-Bref em 211 idosos. Outro estudo utilizando o mesmo instrumento numa população de idosos concluiu que o WHOQOL-Bref é apropriado para avaliar QV neste público (PEREIRA, COTTA, FRANCESCHINI, et al., 2006; HWANG, LIANG CHIU, et al., 2003).

Cabe mencionar o caráter subjetivo do instrumento acima citado, uma vez que é o próprio indivíduo que avalia sua Qualidade de Vida baseado, obviamente, no seu sistema de valores previamente constituído.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Avaliar a Qualidade de Vida em um grupo de idosos residentes no município de Veranópolis – RS, através da utilização do WHOQOL – Bref.

3.2 Objetivos Específicos

- Relacionar variáveis como, idade, sexo, nível socioeconômico, escolaridade, estado civil, situação de moradia, uso de medicação diária e problemas de saúde recentes com os resultados do instrumento de Qualidade de Vida;
- Relacionar os escores de Qualidade de Vida, obtidos através do WHOQOL – Bref com a intensidade de sintomas depressivos, obtidos através do GDS (Escala de Depressão Geriátrica).

4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Pessoas com 60 anos ou mais, residentes em Veranópolis, participantes do Programa de acompanhamento longitudinal “Projeto Veranópolis: Estudos sobre envelhecimento e Qualidade de Vida” e livres de transtornos cognitivos e quadros demenciais.

5 CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO EM ESTUDO

5.1 Veranópolis

Segundo dados epidemiológicos do IBGE (2007) Datasus (fevereiro/07), o município de Veranópolis, situado no nordeste do estado do RS é composto por aproximadamente 21.634 mil habitantes. O número de idosos residentes na cidade é 2.733 mil habitantes, ou seja, cerca de 12,63% da população. O perfil étnico populacional da amostra do município constitui-se de descendentes de italianos. A cidade está localizada a 170 quilômetros de Porto Alegre, a 705 metros de altitude, de clima subtropical, com uma área de 289 Km².

Destes 2.733 idosos, 1431 possuem idades entre 60 e 69 anos, 929 com idades entre 70 e 79 anos e 373 com 80 anos ou mais. Desde o ano de 1994, numa iniciativa do Dr. Emílio Moriguchi e da Dra Elizabeth Michelon, Veranópolis vem sendo o alvo de pesquisas na área do envelhecimento com Qualidade de Vida, originando o que hoje chamamos de “Projeto Veranópolis: Estudos sobre envelhecimento e Qualidade de Vida”. A idéia de estudar o envelhecimento bem sucedido nos idosos de Veranópolis foi uma consequência dos estudos que ocorreram entre os anos de 1994 e 1998 nesta cidade, e que estavam voltados a entender fatores de risco cardiovasculares em idosos muito idosos, semelhantes a outros projetos desenvolvidos em outras regiões do mundo. A partir de 1998, o projeto de pesquisa passou a privilegiar a prevenção de doenças para a manutenção de um envelhecimento bem sucedido, agregando à equipe, profissionais como educadores físicos, biólogos, psicólogos, pediatras, psiquiatras, nutricionistas, dentistas, etc. (MORIGUCHI, 2002).

Hoje, junto à ampla coleta de dados para fins de pesquisa, são realizados programas de prevenção nas mais diversas áreas. Os resultados das pesquisas motivaram a criação, em março de 2007, do Centro de Geriatria e Gerontologia, que funciona junto ao Hospital Comunitário São Pelegrino Lazziozi.

O número de idosos que participam do Projeto Veranópolis, atualmente, é de aproximadamente 700 pessoas.

6 MATERIAIS E MÉTODOS

Estudo quantitativo de delineamento transversal.

Variáveis Associativas: Escores de Qualidade de Vida, Idade, gênero, escolaridade, estado civil, Situação de moradia, Nível sócio econômico, uso de medicação diária, existência de problemas de saúde no último mês e existência de sintomas depressivos.

Além do WHOQOL-Bref, foram aplicados instrumentos como o MEEM, para exclusão de pacientes com quadros demenciais e o GDS, para o rastreamento de sintomas depressivos.

MEEM (Mini Exame do Estado Mental) - Avalia um conjunto de funções cognitivas específicas agrupando-as em sete categorias: orientação para o tempo, orientação para o local, registro de palavras, atenção e cálculo, memória, linguagem e capacidade construtiva visual (QUIROGA, ALBALA e KLASSEN, 2004; FOLSTEIN, FOLSTEIN e MCHUGH, 1975). Testes como o MEEM mostram-se úteis no rastreamento de sintomas para demência, bem como ao acesso do grau de déficit cognitivo. Este benefício foi visto por Rafaglia & Forti (2005) que mostraram em seu estudo que o MEEM possui uma especificidade de 80% para todos os tipos de distúrbio cognitivo leve.

Espino & Lichtenstein (2001) estudaram o instrumento MEEM em pacientes americanos idosos no México e na Europa. Um número de 827 pacientes com mais de 65 anos e residindo em três condições sócio-econômicas e culturais diferentes. Os pacientes mexicanos tiveram 2,2 vezes mais probabilidade de ter escore no teste menor que 24, caracterizando déficit cognitivo. Após análise logística ficou claro que a condição cultural e sócio-econômica foi um fator independente para queda do escore. Após este ajuste, não houve diferença entre americanos, mexicanos e europeus. Independente de outros fatores, baixo nível de educação esteve associado a baixos escores de MEEM em ambos os grupos.

Conforme Diniz, Volpe e Tavares (2006), em países desenvolvidos, onde a média de escolaridade dos idosos é elevada, ultrapassando geralmente 12 anos de escolaridade formal, o ponto de corte mais comumente usado em estudos clínicos e epidemiológicos para demência é de 24 pontos.

Entretanto no Brasil, em função do grande número de indivíduos analfabetos e com baixa escolaridade, a categorização do ponto de corte de acordo com a escolaridade assume

grande importância, já que diminui a possibilidade de classificar erroneamente idosos que apresentam estado cognitivo compatível com a sua escolaridade como portadores de déficit cognitivo (DINIZ, VOLPE e TAVARES, 2006).

Dessa forma, no presente estudo optou-se por utilizar um ponto de corte de 24 para idosos com mais de três anos de escolaridade e 20 para idosos com menos de três anos de escolaridade de acordo com estudo de Almeida (1998). Assim, foram excluídos idosos com mais de três anos de escolaridade que apresentaram escores menores de 24 e idosos com menos de três anos de escolaridade que apresentaram escores menores de 20 no MEEM.

GDS – Geriatric Depression Scale. A escala de depressão geriátrica é um dos instrumentos mais frequentemente utilizados para o rastreamento de sintomas depressivos em idosos. Uma de suas versões reduzidas, a qual será utilizada neste estudo, é composta de 15 questões e diversos estudos apontam que ela oferece medidas válidas e confiáveis (PARADELA, 2005; ALMEIDA & ALMEIDA, 1999). Almeida & Almeida (1999) demonstraram que a versão brasileira da Escala oferece medidas válidas para o diagnóstico de episódio depressivo maior de acordo com os critérios da CID-10. O ponto de corte 5/6 (não caso/caso) produziu índices de sensibilidade de 85,4% e de especificidade de 73,9%.

WHOQOL–Bref - Divide-se em 4 domínios: Físico, Psicológico, Ambiental e Social, além da avaliação global da QV. Em cada um deles é gerado um escore de QV. O instrumento não possui um ponto de corte, entretanto quanto mais alto seu escore, melhor é a Qualidade de Vida. O mesmo já foi comentado anteriormente.

6.1 Procedimento de coleta de dados e amostragem

A coleta de dados foi realizada pela pesquisadora de forma individual no período de janeiro a março de 2007, em espaço reservado no Centro de Convivência e Longevidade em Veranópolis. A amostra foi selecionada por conveniência num universo de cerca de 700 idosos participantes do “Projeto Veranópolis: Envelhecimento e Qualidade de Vida”, resultando em 81 participantes.

Os instrumentos foram utilizados na seguinte ordem: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, questionário de Dados Sócio-demográficos, MEEM (Mini Exame do Estado

Mental), *WHOQOL-Bref* e Escala de Depressão Geriátrica. Os mesmos foram respondidos com facilidade de entendimento e o período de aplicação variou de meia hora a 45 minutos.

O *WHOQOL-Bref* é auto-aplicável, entretanto, optou-se pela entrevista direta em função da dificuldade de leitura, dos problemas visuais e analfabetismo comum em idosos.

6.2 Cálculo do tamanho da amostra

O tamanho da amostra foi estimado através do estudo de Barbosa (2006).

Utilizando um nível de significância de 5%, um poder de 95%, e um coeficiente de correlação (r) de no mínimo 0,4, obteve-se um total mínimo de 75 indivíduos. Com este tamanho de amostra também é possível correlacionar scores e/ou variáveis sócio-demográficas através do r de *Pearson* ou do r^* de *Spearman* (HULLEY, CUMMINGS, BROWNER, et al., 2003). Foram entrevistados 81 indivíduos.

6.3 Análise estatística

Os escores foram descritos através de média e desvio padrão.

As variáveis categóricas foram descritas através de frequência absolutas e relativas.

A fim de se comparar médias de dois grupos foi utilizado o t de *student* para amostras independentes.

Para comparar médias de três ou mais grupos foi utilizada a Análise de Variância (ANOVA) *One-Way*. Para complementar a análise, foi utilizado o teste “*post-hoc*” de Duncan.

Com o objetivo de correlacionar escores foi utilizado o r de *Pearson* que possibilita a associação entre duas variáveis quantitativas.

Para avaliar preditores de QV e controlar fatores de confusão, foi aplicada a análise multivariada de Regressão Linear.

As análises foram realizadas através do programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 10.0.

7 RESULTADOS

7.1 Perfil sócio-demográfico da amostra

As idades dos idosos entrevistados variaram de 60 a 85 anos, sendo que a média de idade ficou em 72 com um desvio padrão de 6,5. Dos 81 participantes, 72,8% (59) eram do sexo feminino e a maioria era casada. Em relação ao nível socioeconômico 56,8% (46) dos idosos têm uma renda mensal de até dois salários mínimos. Quanto à escolaridade, chama a atenção o fato de mais de 50% terem concluído no máximo uma parte do ensino fundamental e que uma porcentagem pequena, conforme a tabela 1, concluiu o ensino médio ou superior. Em relação à ocupação atual, a maioria dos idosos é aposentada. No que se refere à moradia, quase metade dos idosos, mora com algum familiar que não o companheiro (a). Nenhum dos entrevistados mora em instituição. Estes dados podem ser visualizados de forma mais abrangente na tabela 1.

TABELA 1 – O perfil sócio-demográfico da amostra

Características	n=81
Idade (anos) – Média ± DP	72,0 ± 6,5
Sexo - n(%)	
Masculino	22 (27,2)
Feminino	59 (72,8)
Raça - n(%)	
Branca	79 (97,5)
Não Branca	2 (2,5)
Estado Civil – n(%)	
Casado	50 (61,7)
Solteiro	5 (6,2)
Viúvo	26 (32,1)
Escolaridade – n(%)	
Não alfabetizado	11 (13,6)
Fundamental incompleto	42 (51,9)
Fundamental completo	17 (21,0)
Médio / Superior	11 (13,6)
Sabe ler– n(%)	
Sim	70 (86,4)
Não	11 (13,6)
Sabe escrever– n(%)	
Sim	70 (86,4)
Não	11 (13,6)
Renda (s.m.) – n(%)	
≤ 2	46 (56,8)
>2	35 (43,2)
Ocupação – n(%)	
Trabalhando	2 (2,5)
Em benefício	1 (1,2)

Continua

Características	n=81
Ocupação – n(%)	
Aposentado	68 (84,0)
Nunca trabalhou fora do lar	9 (11,1)
Não informou	1 (1,2)
Mora com – n(%)	
Familiares	36 (44,4)
Companheiro	34 (42,0)
Sozinho	11 (13,6)

Ainda em relação à moradia, a grande maioria dos entrevistados mora em casa própria. Quando questionados sobre o maior motivo de preocupação atual, o fator mencionado com maior frequência foi a saúde, seguido da preocupação com os filhos.

A grande maioria dos idosos entrevistados pratica alguma atividade de lazer. Dentre as atividades mais mencionadas encontram-se aquelas ligadas à igreja e aquelas ligadas aos grupos de convivência. A distribuição das atividades de lazer encontra-se na tabela 2.

TABELA 2 – Distribuição dos indivíduos conforme atividades de lazer

Atividades	Amostra total
	(n=81) n (%)
Faz atividade de lazer	
Sim	75 (92,6)
Não	6 (7,4)
Leitura	13 (17,3)
Música	4 (5,3)
Televisão	24 (32,0)
Futebol	3 (4,0)
Bocha	4 (5,3)
Cartas	11 (14,7)
Pescaria	5 (6,7)
Atividades manuais	26 (34,7)
Praia	1 (1,3)
Piscina	3 (4,0)
Caminhadas	32 (42,7)
Baile	16 (21,3)
Atividades na igreja	63 (84,0)
Grupo de convivência	44 (58,7)
Viagem	23 (30,7)

Em relação à saúde dos indivíduos, os dados estão organizados na tabela 3. A maioria dos idosos, relata fazer uso de medicação diária.

TABELA 3 – Distribuição dos indivíduos de acordo com a situação de saúde

Variáveis	Amostra total
	(n=81) n (%)
Uso de medicação	
Sim	52 (64,2)
Não	29 (35,8)
Faz exame de rotina	
Sim	66 (81,5)
Não	15 (18,5)
Problema de saúde no último mês	
Sim	9 (11,1)
Não	72 (88,9)
Fumo	
Fumante	1 (1,2)
Ex-fumante	9 (11,1)
Não fumante	71 (87,7)

7.2 Avaliação da Qualidade de Vida e existência de sintomas depressivos

As médias de escores dos domínios do WHOQOL-BREF e do GDS tiveram distribuição de acordo com a tabela 4.

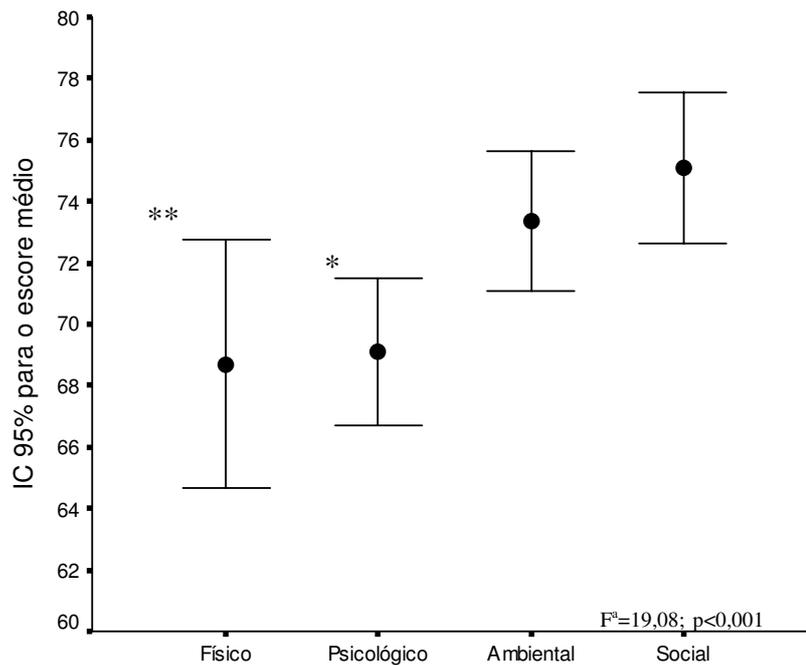
TABELA 4 – Avaliação dos escores do WHOQOL-BREF e GDS

Variáveis	Média	Desvio Padrão	Mediana	Mínimo	Máximo
WHOQOL-BREF					
Físico	68,69	18,31	71,43	17,86	100,0
Psicológico	69,08	10,82	70,83	45,83	95,83
Social	75,08	11,03	75,00	50,00	96,88
Ambiental	73,35	10,33	75,00	33,33	100,0
Global	66,05	15,21	62,50	37,50	100,0
GDS	2,57	2,60	2,00	0	12

Os escores do WHOQOL-Bref estão representados na figura 1.

Dos idosos entrevistados, 81,5% não preencheram critérios para sintomas depressivos de acordo com o GDS.

No que se refere aos domínios do WHOQOL-Bref em correlação aos escores do GDS, a pesquisa aponta resultados estatisticamente significativos ($p < 0,01$). Quanto maior a intensidade de sintomas depressivos há uma forte tendência na diminuição da QV em todos os domínios do instrumento, conforme representado na figura 2.

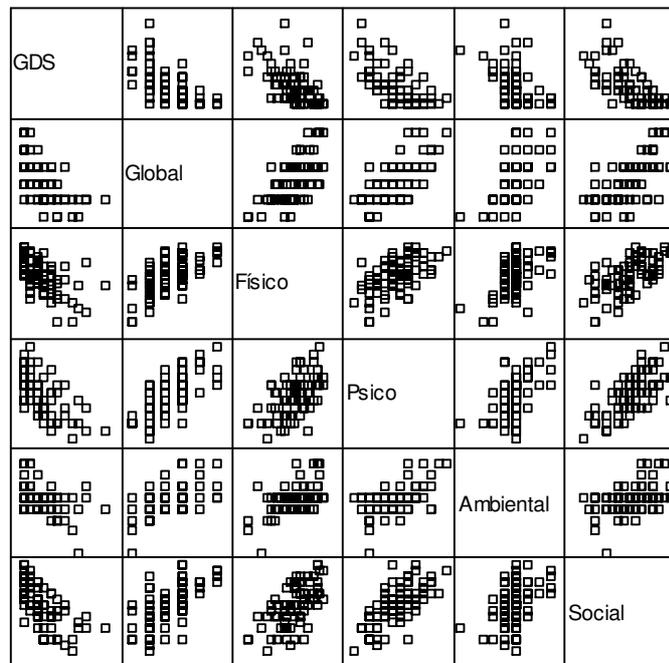


* apresentou diferença estatisticamente significativa para o domínio ambiente (p=0,001) e o social (p<0,001) através do teste de Bonferroni

** apresentou diferença estatisticamente significativa para o domínio social (p=0,001) através do teste de Bonferroni

^a Teste da Análise de Variância para medidas repetidas

FIGURA 1 – Avaliação dos escores médios do WHOQOL-BREF e seus respectivos intervalos com 95% de confiança



GDS x Global: $r_s = -0,657$; $p < 0,001$; GDS x Físico: $r_s = -0,611$; $p < 0,001$; GDS x Psicológico: $r_s = -0,655$; $p < 0,001$; GDS x Social: $r_s = -0,709$; $p < 0,001$; GDS x Ambiental: $r_s = -0,412$; $p < 0,001$

FIGURA 2 – Associação entre os escores do WHOQOL-BREF E GDS

A tabela 5 mostra as correlações entre as variáveis em estudo e as médias do instrumento de QV, a partir de uma análise bivariada.

A tabela 6 refere-se à análise de Regressão Linear Multivariada, utilizada para identificar preditores de QV entre as variáveis estudadas, tomando como referência os domínios do WHOQOL-Bref. As variáveis que na análise bivariada, representada na tabela 5, apresentaram um $p \leq 0,20$ foram inseridas no modelo multivariado de Regressão Linear Múltipla.

Os resultados da pesquisa a partir de uma análise de Regressão Linear Multivariada estão descritos a seguir. No que se refere à correlação entre os domínios do instrumento de Qualidade de Vida e a variável idade, encontrou-se resultado significativo no domínio ambiental e Qualidade de Vida global ($p < 0.01$). Na medida em que avança a idade, há uma diminuição dos escores de QV global e domínio ambiental.

Em relação à Qualidade de Vida entre homens e mulheres, os primeiros apresentaram menor Qualidade de Vida no domínio psicológico ($p = 0,006$).

Em relação ao uso de medicação diária, foram encontrados resultados estatisticamente significativos entre os grupos na associação com os domínios físico e social de QV. Idosos que relataram utilizar algum tipo de medicação diariamente apresentaram médias menores nos domínios referidos. Ainda em relação à saúde foi perguntado se o indivíduo havia deixado de realizar alguma atividade no último mês devido a problemas de saúde. A diferença entre os grupos não foi estatisticamente significativa na associação com os domínios do WHOQOL-Bref.

No que se refere à realização de atividades de lazer, foram encontrados resultados significativos na correlação com os escores do WHOQOL-Bref nos domínios físico e psicológico. O grupo que realiza atividade de lazer apresenta melhor QV nestes domínios.

Na correlação entre WHOQOL-Bref e GDS foi encontrada forte associação inversa. Na medida em que houve um aumento na intensidade de sintomas depressivos, houve uma forte tendência na diminuição da QV em todos os domínios do instrumento.

No que se refere ao nível socioeconômico, ao estado civil, à situação de moradia e alfabetização não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos na associação com os domínios do WHOQOL-Bref.

TABELA 5 – Associação das características Sócio-demográficas conforme o domínio do WHOQOL-BREF

Variáveis	Domínios do WHOQOL					-BREF				
	Físico	P	Psicológico	P	Ambiental	P	Social	P	Global	P
Idade (anos) – r	-0,154	0,171	-0,321	0,004	-0,334	0,002	-0,265	0,017	-0,330	0,003
Sexo – Média ± DP										
Masculino	70,8 ± 21,2	0,535 *	66,3 ± 9,17	0,15 7 *	72,7 ± 8,59	0,741 *	75,0 ± 11,1	0,970 *	69,9 ± 13,2	0,167 *
Feminino	67,9 ± 12,2		70,1 ± 11,3		73,6 ± 10,9		75,1 ± 11,1		64,6 ± 15,8	
Estado Civil – Média ± DP										
Casado	69,1 ± 19,0	0,767 **	69,0 ± 11,2	0,526 **	74,5 ± 9,73	0,235 **	74,9 ± 10,8	0,6 67 **	67,8 ± 14,7	0,389 **
Solteiro	62,9 ± 9,64		64,2 ± 11,3		66,7 ± 0,00		71,3 ± 12,9		60,0 ± 13,7	
Viúvo	69,1 ± 18,5		70,2 ± 10,1		72,4 ± 11,9		76,1 ± 11,4		63,9 ± 16,3	
Escolaridade – Média ± DP										
Não alfabetizado	62,0 ± 18,1	0,330 **	60,6 ^a ± 11,1	0,027 **	71,9 ± 5,62	0,778 **	67,3 ^a ± 12,5	0,048 **	59,1 ^a ± 11,3	0,024 **
Fundamental incompleto	67,5 ± 17,2		69,3 ^b ± 10,1		72,6 ± 9,61		75,1 ^b ± 10,9		63,7 ^a ± 13,2	
Fundamental completo	74,4 ± 21,9		72,5 ^b ± 11,9		75,0 ± 15,6		77,4 ^b ± 8,87		69,9 ^{ab} ± 19,8	
Médio / Superior	71,1 ± 16,0		71,2 ^b ± 7,79		75,0 ± 6,45		79,3 ^b ± 10,4		76,1 ^b ± 13,1	
Sabe ler – Média ± DP										
Sim	69,7 ± 18,2	0,195 *	70,4 ± 10,2	0,005 *	73,6 ± 10,9	0,635 *	76,3 ± 10,4	0,011 *	67,1 ± 15,5	0,103 *
Não	62,0 ± 18,1		60,6 ± 11,1		71,9 ± 5,62		67,3 ± 12,5		59,1 ± 11,3	
Renda (s.m.) – Média ± DP										
? 2	68,1 ± 16,9	0,736 *	67,8 ± 11,2	0,207 *	72,6 ± 9,88	0,482 *	72,9 ± 11,7	0,047 *	63,6 ± 14,1	0,095 *
>2	69,5 ± 20,2		70,8 ± 10,3		74,3 ± 10,9		77,9 ± 9,48		69,3 ± 16,1	
Mora com – Média ± DP										
Famíliares	68,4 ± 17,9	0,579 **	70,6 ± 10,3	0,513 **	72,0 ± 10,0	0,540 **	75,7 ± 11,7	0,822 **	67,4 ± 16,2	0,166 **
Companheiro	70,6 ± 18,6		68,1 ± 11,5		74,8 ± 7,53		75,0 ± 11,2		67,3 ± 14,1	
Sozinho	63,9 ± 19,6		67,0 ± 10,6		73,5 ± 17,4		73,3 ± 8,54		58,0 ± 14,0	
Atividade de lazer – Média ± DP										
Sim	71,0 ± 16,2	<0,001 *	70,4 ± 10,1	<0,001 *	74,2 ± 9,99	0,007 *	76,3 ± 10,3	<0,001 *	67,7 ± 14,5	<0,001 *
Não	39,3 ± 19,3		52,8 ± 4,30		62,5 ± 8,74		59,4 ± 6,56		45,8 ± 6,46	
Uso de medicação – Média ± DP										
Sim	60,3 ± 16,2	<0,001 *	67,2 ± 11,1	0,038 *	71,8 ± 10,7	0,069 *	72,5 ± 10,9	0,004 *	62,5 ± 15,3	0,004 *
Não	83,7 ± 10,8		72,4 ± 9,67		76,1 ± 9,11		79,7 ± 9,87		72,4 ± 13,1	
Problema de saúde – Média ± DP										
Sim	59,5 ± 13,5	0,111*	59,7 ± 10,6	0,005 *	71,3 ± 6,05	0,529*	66,7 ± 11,6	0,014 *	54,2 ± 10,8	0,012 *
Não	69,8 ± 18,6		70,3 ± 10,3		73,6 ± 10,7		76,1 ± 10,6		67,5 ± 15,1	

r = coeficiente de correlação de Pearson; DP= desvio padrão; a,b Letras iguais não diferem pelo teste de Duncan; * Teste t

-Student; ** Análise de Variância (ANOVA) one

-way

TABELA 6 – ANÁLISE DE REGRESSÃO MULTIVARIADA PARA AVALIAR OS PREDITORES DA QUALIDADE DE VIDA AVALIADA PELO WHOQOL-BREF

Variáveis	Domínios do WHOQOL-BREF														
	Físico*			Psicológico**			Ambiental***			Social****			Global*****		
	b (IC 95%)	Beta	P	b (IC 95%)	beta	P	b (IC 95%)	beta	P	b (IC 95%)	beta	P	b (IC 95%)	beta	P
Idade	-0,31 (-0,72 a 0,11)	-0,11	0,147	-0,24 (-0,53 a 0,04)	-0,14	0,089	-0,44 (-0,77 a -0,12)	-0,28	0,008	-0,19 (-0,49 a 0,11)	-0,11	0,199	-0,49 (-0,92 a -0,07)	-0,21	0,024
Sexo Masculino	-	-	-	-5,67 (-9,65 a -1,68)	-0,23	0,006	-	-	-	-	-	-	2,32 (-3,74 a 8,38)	0,07	0,448
Saber ler	-4,29 (-12,3 a 3,69)	-0,08	0,287	2,05 (-3,31 a 7,42)	0,07	0,448	-	-	-	0,76 (-4,94 a 6,45)	0,02	0,792	-2,73 (-10,9 a 5,40)	-0,06	0,505
Renda >2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3,07 (-0,73 a 6,87)	0,14	0,112	2,77 (-2,59 a 8,12)	0,09	0,306
Faz atividade de lazer	17,5 (6,87 a 28,1)	0,25	0,002	7,16 (0,004 a 14,3)	0,17	0,050	5,45 (-2,97 a 13,8)	0,14	0,201	7,41 (-0,15 a 14,9)	0,18	0,055	9,39 (-1,34 a 20,1)	0,16	0,085
Usa medicação	-19,4 (-24,9 a -13,8)	-0,51	<0,001	-3,16 (-6,95 a 0,63)	-0,14	0,101	-3,19 (-7,59 a 1,21)	-0,15	0,153	-4,18 (-8,12 a -0,24)	-0,18	0,038	-5,57 (-11,2 a 0,08)	-0,18	0,053
Teve problema de saúde no último mês	-0,76 (-9,16 a 7,65)	-0,01	0,858	-4,95 (-10,5 a 0,69)	-0,15	0,085	-	-	-	-2,59 (-8,66 a 3,47)	-0,07	0,397	-4,51 (-13,3 a 4,27)	-0,09	0,309
GDS	-2,51 (-3,76 a -1,25)	-0,35	<0,001	-1,95 (-2,80 a -1,10)	-0,46	<0,001	-1,05 (-1,96 a -0,13)	-0,26	0,026	-1,97 (-2,86 a -1,08)	-0,46	<0,001	-2,55 (-3,87 a -1,22)	-0,43	<0,001
Mora sozinho	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-2,69 (-10,8 a 5,43)	-0,06	0,510

* $F_{(6,74)}=22,316$; $p<0,001$; $R^2=64,4\%$; ** $F_{(7,73)}=12,65$; $p<0,001$; $R^2=54,8\%$; *** $F_{(4,76)}=7,109$; $p<0,001$; $R^2=27,2\%$; **** $F_{(7,73)}=10,972$; $p<0,001$; $R^2=51,3\%$; ***** $F_{(9,71)}=8,143$; $p<0,001$; $R^2=50,8\%$

8 DISCUSSÃO

É prudente ao iniciar a discussão dos resultados deste estudo, que seja considerado o fato dele ter como população alvo, um grupo de idosos da cidade de Veranópolis, cidade que conta com um projeto de pesquisa sobre envelhecimento e Qualidade de Vida e mais recentemente um Centro de Geriatria e Gerontologia. Dessa forma, pode-se pensar no fato de Veranópolis ser um lugar privilegiado neste sentido, o que pode acabar influenciando os índices de QV desta amostra. Faz-se uma ressalva também no que se refere à generalização dos resultados deste trabalho na medida em que a amostragem foi por conveniência num grupo de pesquisa sobre envelhecimento, o qual a pesquisadora trabalha. Sendo assim, estes resultados podem ser generalizados para este grupo e não para a população de idosos de Veranópolis de modo geral.

Os idosos estudados são, na maioria, de baixa escolaridade, aposentados e de baixa renda, características também encontradas em outros estudos (TIMM, 2006; ARGIMON, 2002; PEREIRA, COTTA e FRANCESCHINI, 2006; JOIA, RUIZ e DONALISIO, 2007). A grande maioria mora em casa própria e tem a saúde como maior motivo de preocupação. Este último dado não condiz com outro estudo realizado em Veranópolis, em que a maioria dos idosos referiu preocupação com situação financeira (TIM, 2006). Apesar de 56,8% dos idosos possuírem renda de até dois salários mínimos, houve pouca referencia à preocupação com situação financeira, o que nos leva a pensar que estes idosos possam estar amparados financeiramente por outros familiares, variável não coletada neste estudo. Não houve diferença de QV entre os grupos com maior e menor renda, assim como no estudo de Pereira, Cotta e Franceschini (2006), ao contrário do que mostram os estudos de Jakobsson, Hallberg e Westergren (2004) e Sherbourne, Meredith, Rogers, et al. (1992), de que uma boa situação socioeconômica está associada a melhor Qualidade de Vida. Veras & Alves (1995) colocam que fatores socioeconômicos têm influência importante na QV da população por oferecer suporte material para o bem estar do indivíduo, influenciando a qualidade na habitação, independência econômica e estabilidade financeira. Supomos que esta questão esteja relacionada também ao lugar onde a pesquisa foi realizada. No caso de Veranópolis, por exemplo, existe oferta de lazer, medicação e outros hábitos usualmente relacionados a uma melhor Qualidade de Vida, de forma gratuita a disposição do idoso. Isso, faz com que mesmo os menos favorecidos economicamente tenham acesso à hábitos que possam melhorar a

Qualidade de Vida. Além disso, em Veranópolis a desigualdade social parece ser bem menor do que em outras cidades do Brasil.

Outra característica encontrada na população em estudo e que corrobora com a totalidade de estudos pesquisados (HWANG, LIANG CHIU, et al., 2003; PEREIRA, COTTA e FRANCESCHINI, 2006; TIMM, 2006; GARRIDO & MENEZES, 2002; JOIA, RUIZ e DONALISIO, 2007) em população de idosos, é a diferença entre o número de homens e mulheres, sendo as últimas sempre em maior número. Em 1996, no Brasil, 54,4% das pessoas com mais de 60 anos eram mulheres, situação que caracteriza um fenômeno largamente estudado chamado de “a feminização da velhice”, que significa o aumento do número de mulheres na população idosa. Segundo Garrido & Menezes (2002) também há um número superior de mulheres entre os idosos em outros países do mundo. Estudos epidemiológicos importantes mostram que a maior longevidade das mulheres idosas significa maior risco do que vantagem, já que se encontram expostas a maiores riscos de doenças crônicas (NERI, 2001).

Em relação à QV entre o grupo de homens e mulheres houve diferença significativa no domínio psicológico, onde os homens apresentaram menor QV. Este resultado não condiz com as conseqüências da feminização da velhice colocada anteriormente. Se as mulheres estão mais expostas a riscos pelo fato de viverem mais do que os homens, esta suposta fragilidade maior deveria influenciar também os escores de Qualidade de Vida no domínio psicológico. Conforme estudo de Sprangers, de Regt, Andries, et al. (2000), sexo feminino está relacionado a baixos níveis de Qualidade de Vida. Em estudo realizado com idosos de Teixeira MG, a variável gênero teve influencia significativa, porém pequena nos domínios físico, psicológico e ambiental, sendo os escores também maiores entre os homens (PEREIRA, COTTA e FRANCESCHINI, 2006). Talvez uma explicação pertinente para o fato de os homens terem apresentado menor QV no domínio psicológico na população em estudo, esteja relacionada ao fato das mulheres terem maior participação em grupos de convivência e outras atividades sociais como, por exemplo, grupo de dança, oficinas de artesanato e até mesmo, as atividades da Igreja

Em relação à associação da variável idade com os domínios do WHOQOL-Bref, foram encontrados resultados significativos nos domínios ambiental e global. Quanto maior a idade há uma tendência na diminuição de Qualidade de Vida nos domínios citados. O que pode parecer óbvio pela idéia de fragilidade que normalmente o idoso muito idoso transmite.

Segundo Jóia (2007), a QV na velhice tem sido muito associada a questões como independência e autonomia, sendo importante distinguir os efeitos da idade. Normalmente, um idoso de 80 anos tem suas capacidades físicas e cognitivas diminuídas se comparados a eles mesmos quando tinham 70 anos. Entretanto essa não é uma regra, já que algumas pessoas apresentam declínio no estado de saúde e nas funções cognitivas precocemente, enquanto outras vivem saudáveis até idades muito avançadas (JOIA, 2007). Talvez o resultado de uma QV mais baixa nos aspectos ambiental e global para idades mais avançadas esteja relacionada ao modo pelo qual estes idosos percebem sua saúde e diminuição da autonomia. Argimon (2005) coloca que é possível supor que indivíduos com mais de 80 anos tenham uma saúde física mais debilitada do que indivíduos com menor idade.

Em Veranópolis, em 2003, o estudo de Xavier, Ferraz, Marc, et al. (2003), teve por objetivo analisar a definição dos idosos de Qualidade de Vida, bem como aspectos que os idosos consideravam como determinantes para uma boa Qualidade de Vida, através de perguntas abertas. Os resultados apontaram que 57% dos idosos definiam sua Qualidade de Vida atual com avaliações positivas. As conclusões deste estudo dão conta de que para os idosos, é possível que a qualidade negativa da vida seja equivalente a perda de saúde e Qualidade de Vida positiva seja equivalente a uma pluralidade maior de categorias como atividade, renda, vida social e relação com a família, categorias diferentes de sujeito para sujeito. O aspecto saúde apareceu como um bom indicador de Qualidade de Vida negativa, porém um indicador insuficiente de velhice bem sucedida.

Os resultados apresentados acima também corroboram com os achados do presente estudo, quando considerados fatores relacionados à saúde física, como o uso de medicação diária, por exemplo. Os sujeitos que afirmaram não utilizar medicação diária apresentaram melhores escores de Qualidade de Vida nos aspectos físico e social. Esse resultado nos leva a considerar a importância da saúde física como fator preditor de uma boa Qualidade de Vida. Pressupõe-se que a utilização de medicação diária esteja associada à existência de doenças crônicas, como hipertensão, diabetes e até mesmo depressão. Assim, pode-se levantar a hipótese de que idosos que sofrem de algum tipo de doença, tendem a apresentar uma QV inferior. Um estudo baseado em revisão de literatura sobre a ocorrência de bem estar subjetivo, discorre que a presença de doenças e incapacidades restringe o acesso à estimulação prazerosa e ao envolvimento social e determinam a diminuição dos afetos positivos em relação à velhice (NERI, 2001). Cerca de 64% dos idosos entrevistados em Veranópolis, ingerem medicação diariamente. É um percentual relativamente baixo se

comparado a um estudo realizado com idosos da Universidade aberta da Terceira Idade do Rio de Janeiro, onde 85% da amostra relataram utilizar pelo menos um medicamento regularmente.

Além do uso de medicação diária, foi investigada também a existência de problemas de saúde no último mês que possam ter impedido o idoso de realizar alguma atividade. Esta última variável não apresentou correlação com os domínios do WHOQOL-Bref, o que talvez se explique pela própria distribuição de indivíduos entre os grupos, uma vez que somente 11,1% dos entrevistados responderam afirmativamente.

É importante lembrar que a média mais baixa entre todos os domínios do WHOQOL-Bref, foi a avaliação global, que tem por objetivo, justamente, avaliar o quanto o sujeito sente-se satisfeito com sua saúde e com sua Qualidade de Vida de modo geral.

Os escores do WHOQOL-Bref constituem-se numa escala diretamente proporcional a QV, ou seja, quanto maior os escores, maior a QV. Entretanto não existe um ponto de corte, o qual possa determinar a QV como boa ou ruim.

Apesar disso, num parâmetro de 0 a 100, pode-se fazer uma comparação entre as médias dos próprios domínios do instrumento. Nesta perspectiva, as médias mais altas foram encontradas nos domínios social (75,08) e ambiental (73,35), seguido do psicológico (69,08), físico (68,69) e global (66,05).

Em outro estudo, no qual foi utilizado o mesmo instrumento na avaliação de QV em idosos, as médias entre os domínios, de forma decrescente foram: Domínios social, físico, Psicológico, Global e Ambiental (PEREIRA, COTTA, FRANCESCHINI, et al., 2006).

Segundo Neri (2001), a Qualidade de Vida na velhice tem relação direta com a existência de condições ambientais que permitam aos idosos desempenhar comportamentos biológicos e psicológicos adaptativos. Na população em estudo, os aspectos ambientais e sociais se sobressaem em relação à aspectos psicológicos e físicos. O instrumento utilizado avalia aspectos nos domínios social e ambiental, como por exemplo, satisfação consigo mesmo e com relações interpessoais (amigos, familiares), condições físicas do local de moradia, acesso à serviços de saúde, satisfação com meio de transporte, entre outros. Isto nos leva a crer que os aspectos ambientais e sociais encontram-se melhor contemplados do que outros aspectos neste campo de investigação. Neri (2001) coloca que a adoção de

providências que visem facilitar e promover a interação física, social e psicológica do idoso com o ambiente pode aumentar a sua eficácia e assim a Qualidade de Vida real e percebida do idoso.

Dessa forma, pode-se considerar que a própria participação no Programa Longitudinal “Projeto Veranópolis: Estudos sobre envelhecimento e Qualidade de Vida”, o qual foi realizada a pesquisa, possa ser um dispositivo no aumento da Qualidade de Vida nos aspectos social e ambiental dos idosos em estudo. Além disso, a grande maioria dos entrevistados (92%) referiu realizar algum tipo de atividade de lazer, sendo que destes, 84% relataram participar de atividades na igreja e 58, 7% relataram freqüentar grupo de convivência, atividades estas que exigem certo nível de interação com o meio ambiente e com outras pessoas. Um estudo realizado na região metropolitana de Porto Alegre concluiu que fatores como relações familiares, de amizade e suporte psicossocial estão associadas ao envelhecimento bem sucedido (MORAES & SOUZA, 2005).

Outros estudos têm evidenciado forte associação entre o aspecto ambiental e Qualidade de Vida em idosos, onde o mesmo pode proporcionar sentimento de segurança, interação social, independência e bem estar emocional (LAWTON, 2001; HWANG, LIANG, CHIU, et al., 2003; MORAES & SOUZA, 2005).

Ainda em relação à realização de atividades de lazer, o estudo mostra correlação direta entre esta variável e os domínios físico e psicológico do WHOQOL-Bref. Apesar de grande diferença de indivíduos entre os grupos que realizam (92,6%) e os que não realizam (7,4%) atividades de lazer, o primeiro grupo apresentou escores melhores de Qualidade de Vida nos domínios acima citados. Estes achados igualmente corroboram com as conclusões de outro estudo, em que uma maior interação social pode elevar os níveis de QV (MORAES & SOUZA, 2005).

O estado civil dos participantes não apresentou associação significativa nos escores de QV assim como em outros estudos na cidade de Teixeira, MG (PEREIRA, COTTA e FRANCESCHINI, 2006) e Veranópolis (TIMM, 2006). Em contrapartida, Sprangers, de Regt, Andries, et al. (2000), concluíram que não ter companheiro está relacionado à baixos níveis de Qualidade de Vida. Também no presente estudo não foi encontrado resultado significativo na variável situação de moradia. Nossa intenção era verificar se a QV diminui em idosos que moram sozinhos. Uma hipótese para este resultado é de que mesmo idosos que

vivem sós, não deixam de estabelecer relações sociais e continuam ocupando um espaço dentro da comunidade.

A variável saber ler e escrever, quando associada ao instrumento de Qualidade de Vida, não apresentou resultados significativos, assim como a escolaridade. Mais de 50% dos idosos referiram ter ensino fundamental incompleto. Talvez o resultado não tenha sido significativo em função de apenas 28% dos idosos possuírem uma escolaridade maior.

Em relação à associação dos escores do WHOQOL –Bref com escores do GDS, os achados apontam que quanto maior a intensidade de sintomas depressivos, menor é a Qualidade de Vida em todos os domínios do WHOQOL-Bref, o que vai ao encontro dos achados de outros estudos realizados com população de idosos.

Um estudo realizado por Trentini (2004) aponta que a intensidade de sintomas depressivos pode acabar fazendo com que o indivíduo avalie de forma negativa sua Qualidade de Vida. Outros estudos também encontraram associação direta entre depressão e má Qualidade de Vida (HERMAN, PATRICK, DIEHL, et al., 2002; KUEHNER, 2002). Estudo realizado em Veranópolis com uma população de octagenários, mostrou também associação inversa entre sintomatologia depressiva e satisfação com a vida (XAVIER, FERRAZ, MARC et al., 2003).

A depressão, junto com a hipertensão arterial e as doenças coronarianas, está entre as enfermidades mais prevalentes em idosos (MORAES & SOUZA, 2005). Embora a depressão seja relativamente freqüente entre idosos, sua identificação torna-se difícil até mesmo na prática clínica (ALMEIDA e ALMEIDA, 1999). Na população em estudo, pode-se afirmar que idosos com sintomas para depressão de acordo com a Escala de Depressão Geriátrica, apresentaram menores escores de QV em todos os aspectos se comparados àqueles que não apresentaram sintomas para depressão. Entretanto, como em todo estudo transversal encontra-se a limitação de que é difícil afirmar se estes idosos têm médias baixas de QV em função do possível humor deprimido ou se apresentam características para depressão em função de uma QV baixa.

Assim, a partir de uma análise de regressão linear multivariada, pôde-se considerar preditores de uma boa Qualidade de Vida, neste grupo de idosos estudados as seguintes variáveis: idade nos domínios ambiental e global; gênero feminino no domínio psicológico; realização de atividades de lazer nos domínios físico e psicológico, não utilização de

medicação nos domínios físico e social e baixa intensidade de sintomas depressivos em todos os domínios do WHOQOL-Bref.

A Qualidade de Vida é, antes de tudo, determinada pelo significado que cada idoso confere aos fatos e acontecimentos e, portanto, subjetiva.

Embora alguns aspectos se mantenham uniformes para a conquista de uma boa Qualidade de Vida em idosos, a mesma configura-se de uma forma estritamente singular entre os sujeitos, oscilando a partir de aspectos como renda, idade, relação familiar e apoio social.

Tendo em vista as possíveis limitações deste estudo abordadas anteriormente, sugerem-se outras pesquisas sobre Qualidades de Vida em idosos e seus preditores.

9 CONCLUSÃO

Este estudo se dispôs a avaliar Qualidade de Vida, bem como, apontar alguns fatores importantes na predição da mesma em um grupo de idosos de Veranópolis.

Mesmo não existindo um ponto de corte no instrumento utilizado para a avaliação de Qualidade de Vida nesta população de idosos, o estudo sugere uma Qualidade de Vida boa, se comparado aos limites do instrumento, cujos parâmetros variam de 0 a 100.

Na associação com as variáveis a que se propôs o estudo, os resultados apontam que os escores de QV nesta população têm relação significativa direta com a realização de atividades de lazer, inversa com o uso de medicação diária e com a idade. Sendo assim, parecem ser preditores de uma boa Qualidade de Vida no grupo de idosos estudado, a realização de atividades de lazer, ser do sexo feminino, não utilizar medicação diária e estar livre de sintomas depressivos.

Em função da relevância do estudo da Qualidade de Vida no idoso, e da necessidade de estruturar programas de prevenção que acolham esta população emergente, sugere-se outros estudos neste âmbito que venham auxiliar os profissionais da saúde e a população de um modo geral no que se refere aos cuidados com idosos e peculiaridades do processo de envelhecimento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACTIVE AGEING:** A policy frame work. A contribution of the World Health Organization to the Second United Nations World Assembly on Ageing. Madrid, Spain, April 2002.
- ALMEIDA, O. P.; ALMEIDA, A. S. Confiabilidade da versão brasileira da escala de depressão em geriatria (GDS) versão reduzida. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, São Paulo, v. 57, n.2B, jun. 1999.
- ALMEIDA, O. P. Mini-exame do estado mental e o diagnóstico de demência no Brasil. **Arquivo Neuropsiquiatria**, v. 56, p. 605-612. 1998.
- ANDERSON, M. I. P. ; ASSIS, M ; PACHECO, L. C. et al. Saúde e QV na terceira idade. In: PRADO, S. D.(org). **Textos sobre envelhecimento:** saúde e condições de vida do idoso. Rio de Janeiro: UERJ, Un ATI, 1998, v.1, p. 23-43.
- ARAÚJO, L. F.; CARVALHO, V. A. L. Aspectos Sócio - Históricos e Psicológicos da Velhice. **Revista de Humanidades**, v. 6, n. 13. 2005.
- ARGIMON, Irani I. de L. **Desenvolvimento Cognitivo na Terceira Idade.** Porto Alegre: PUCRS, 2002. Tese de Doutorado, PUCRS – Programa de Pós Graduação em Psicologia, 2002.
- ARGIMON, I. L.; STEIN, L. M. Habilidades cognitivas em indivíduos muito idosos: um estudo longitudinal. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, n.1, jan.-fev. 2005.
- BALTES, P. B. Prefácio. In: NERI, A. L. (org). **Psicologia do Envelhecimento:** uma área emergente. Campinas: Papyrus,1995.
- BALTES, P. B.; BALTES, M. M. Psychological perspectives on successful aging: The modelo of selective optimization with compensation. In: BALTES, P. B.; BALTES, M. M.(eds). **Successful aging.** Perspectives from the behavioral sciences Cambridge: Cambridge University Press, 1990.
- BARBOSA, J. M. M. **Avaliação da Qualidade de Vida e das estratégias de enfrentamento em idosos com incontinência fecal.** Minas Gerais: Universidade Federal de Minas Gerais, 2006. Dissertação de mestrado, Universidade Federal de Minas Gerais, 2006.
- BEE, Helen. **O Ciclo Vital.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
- CUNHA. U. G. Depressão e Demência: um diagnóstico diferencial. In: **Tratado de Geriatria e Gerontologia.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p.165-167.
- CHAUÍ, M. Os trabalhos da memória. In: BOSI, E. **Memória e sociedade:** lembranças de velhos. São Paulo – SP: Companhia das letras, 1994.
- DINIZ, B. S. O.; VOLPE, F. M; TAVARES, A. R. Nível educacional e idade no desempenho no Mini Exame do Estado Mental em idosos residentes na comunidade. **Revista de**

Psiquiatria Clínica.

FLECK, M. P. A; CHACHAMOVICH, E; TRENTINI, C. Projeto WHOQOL-OLD: métodos e resultados de grupo focais no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 37, p. 793-9. 2003.

FLECK, Marcelo. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL – 100): Características e Perspectivas. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.5, n.1. 2000.

FLECK, Marcelo. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v.21, n.1, jan.-mar. 1999.

FLECK, Marcelo. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação de qualidade de vida “WHOQOL-bref”. **Revista de Saúde Pública**, v.34, p. 178-183. 2000.

FLECK, Marcelo P.A., et al. Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL – 100). **Revista de Saúde Pública**, v. 33, p. 198-205. 1999.

FOLSTEIN, M. F.; FOLSTEIN, S. E.; MCHUGH, P. R. Mini-Mental State: a practical method for grading the cognitive status of patients for the clinician. **J Psychiat Res.**, v. 12, p. 189-198. 1975.

GARRIDO, R; MENEZES, P. R. O Brasil está envelhecendo: Boas e más notícias por uma perspectiva epidemiológica. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 24, p.3-6. 2002.

NERI, A. L. **Palavras-chave em Gerontologia**. São Paulo: Alínea, 2005.

HERRMAN H; PATRICK, D. L.; DIEHR, P., et al. Longitudinal investigation of depression outcomes in primary care in six countries: the LIDO study. Functional status, health service use and treatment of people with depressive symptoms. **Psychol méd**, v.32, p. 889 – 902. 2002.

HWANG, H.; LIANG, W; CHIU, Y. et al. Suitability of the whoqol-bref for community-dwelling older people in Taiwan. **Age Ageing**, v. 32, p. 593-600. 2003.

HULLEY, S. B.; CUMMINGS, S. R.; BROWNER, W.S. et al. **Delineando a Pesquisa Clínica: Uma abordagem epidemiológica**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

IBGE. Disponível em <<http://www.ibge.com.br>. Acesso em 10 /07/06.

IBGE. Disponível em <<http://www.ibge.com.br>. Acesso em 28/02/07

JAKOBSSON, U.; HALLBERG, I. R; WESTERGREN, A. Overall and health related quality of life among the oldest old in pain. **Qual Life Res.**, v. 13, p. 125-36. 2004.

JOIA, L.C.; RUIZ, T ; DONALISIO, M. R. Condições associadas ao grau de satisfação com a vida entre a população de idosos. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v.41, n.1, fev. 2007.

KUEHNER, C. Subjective quality of life: validity issues with depressed patients. **Acta Psychiatr Scand**, v. 106, p. 62-70. 2002.

LAWTON, M. P. The physical environment of the person with Alzheimer's disease. **Aging Mental Health**, v. 1, p. 56-64. 2001.

MORAES, J. F. D.; SOUZA, V. B. A. Fatores associados ao envelhecimento bem-sucedido de idosos socialmente ativos da região metropolitana de Porto Alegre. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 27, p. 302-8. 2005.

MORIGUCHI, E. H.; DA CRUZ, I. B. M. **Projeto Veranópolis: Reflexões sobre envelhecimento bem sucedido**. Veranópolis: Oficina da Longevidade, 2002.

NERI, A. L. Teorias Psicológicas do Envelhecimento. In: FREITAS, Elizabete Viera de; et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 1.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, v.1, p. 32-46.

NERI, A. L. Velhice e Qualidade de Vida na mulher. In: NÉRI, A.L. (org). **Desenvolvimento e Envelhecimento**. Campinas, SP: Papirus, 2001. p. 161-200.

NERI, A. L. Qualidade de Vida e idade madura. 1 ed. Campinas: Papirus, 1993.

PAPALÉO, Matheus N. O estudo sobre a velhice no século XX: Histórico, Definição do Campo e Termos básicos. In: **Tratado de Geriatria e Gerontologia**, 2002.

PASCHOAL, S. M. P. Qualidade de vida na velhice. In: **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 79-84.

PARADELA, E. M. P.; LOURENÇO, R. A.; VERAS, R. P. Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v.39, n.6, dez. 2005.

PASCHOAL, S. M. P. Estudo da Velhice no século XX: Qualidade de Vida na Velhice .In: NETTO, M. P. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 79-84.

PEREIRA, R; COTTA, R., FRANCESCHINI S. C. C. et al. Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a Qualidade de vida global de idosos. **Revista de Psiquiatria**, Rio Grande do Sul, v. 28, p. 27-38, jan.-abr. 2006.

QUIROGA, P.; ALBALA, C.; KLAASEN, G. Validation of a screening test for age associated cognitive impairment. In: **Chile Rev Med Chil**, v. 132, n. 4, p. 467-78. 2004.

SAXENA, S.; CARLSON, D.; BILLINGTON, R. The WHO quality of life assessment instrument (WHOQOL-bref): The importance of its items for cross-cultural research. **Quality Life Res**, v.10, p. 711-721. 2001.

SHERBOURNE, C. D.; MEREDITH, L. S.; ROGERS, W.; WARE, J. E. Social Support and Stressful life events: age differences in their effects on health related quality of life among chronically ill. **Qual life Res**, v. 1, p. 235-46. 1992.

SPRANGERS, M. A.; DE PEGT, E. B.; ANDRIES, F. et al. Which chronic conditions are associated with better or poorer quality of life? **J Clin Epidemiol**, v. 53, p. 895-907. 2000.

TRENTINI, C. M. **Qualidade de vida em idosos**. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2004. Tese, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2004.

TIMM, L.A. **A Qualidade de vida no idoso e sua relação com o Locus de Controle**. Porto Alegre: PUCRS, 2006. Dissertação de Mestrado Pucrs, Faculdade de Psicologia, dez. 2006.

THE WHOQOL GROUP. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. **Soc Sci Med**, v. 41, p.1403-1409. 1995.

VERAS, R. P; ALVES, M. I. C. A população idosa no Brasil: considerações acerca do uso de indicadores de saúde. In: MINAYO, M. C. **Os muito Brasis: saúde e população na década de 80**. Rio de Janeiro: Hucitec; 1995. p. 320-37.

XAVIER, F. M.; FERRAZ, M. P. T.; MARC, N. et al. A definição dos idosos de qualidade de vida. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 25, p. 31-39. 2003.

XAVIER, F. M.; FERRAZ, M. P. T.; BERTOLLUCCI, P. et al. Episódio depressivo maior, prevalência e impacto sobre QV, sono e cognição em octagenários. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 23, p. 62-70. 2001.

ARTIGO PARA FINS DE PUBLICAÇÃO EM REVISTA CIENTÍFICA

QUALIDADE DE VIDA EM UM GRUPO DE IDOSOS DE VERANÓPOLIS-RS

Farenzena, Waleska P.¹; Argimon, Irani de L.²; Moriguchi, Emílio³, Portuguez, Mirna W.⁴

¹ Psicóloga do Programa de acompanhamento longitudinal “Projeto Veranópolis”, Mestranda em Ciências da Saúde

² Psicóloga, Doutora em Psicologia Clínica (PUCRS), Professora do PPG – Psicologia Clínica (PUCRS)

³ MD, Phd, Pesquisador do Serviço de Cardiologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

⁴ Doutora em Neurociências (UNIFESP), Professora do PPG em Medicina e Ciências da Saúde – Famed – (PUCRS)

Instituição de Origem: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUCRS.
e-mail:waleska.pessato@terra.com.br

Resumo

Este estudo objetivou avaliar Qualidade de Vida em um grupo de idosos de Veranópolis, RS, através do WHOQOL-Bref. Além disso, relacionou os escores obtidos por meio do instrumento com variáveis sócio-demográficas e sintomas depressivos, através da Escala de Depressão Geriátrica (GDS). Os resultados apontaram que este grupo de idosos apresenta boa QV, sendo preditores desta situação, a realização de atividades de lazer, ser do sexo feminino, não utilizar medicação diária e estar livre de sintomas depressivos.

Palavras chaves: Qualidade de Vida, Idosos, WHOQOL-Bref.

Abstract

This article's objective was to evaluate the Quality of Life in a group of elderly people from Veranópolis - Rio Grande do Sul, Brazil, through the WHOQOL-Brief. Moreover, it associated the scores obtained by this instrument with social demographics variables and depression symptoms through the Geriatric Depression Scale (GDS). The results have shown that this group of elderly people have good Quality of Life, having as key determinants for this situation, the accomplishment of leisure activities, being of the female gender, not using daily medication and being free of depression symptoms.

Keywords: Quality of Life, Elderly People, WHOQOL-Brief.

Introdução

Diante do aumento da expectativa de vida, fenômeno vivenciado nos países desenvolvidos e em desenvolvimento, o grande desafio que se faz presente é a manutenção da Qualidade de Vida, em indivíduos com idade avançada. O conceito de ‘Qualidade de Vida’ é amplamente discutido e constantemente revisado, sobretudo no que se refere à população de idosos (PASCHOAL,2002).

Segundo Pereira, Cotta e Franceschini (2006), a transição demográfica representa um profundo impacto no modo de organização da sociedade, mas é na saúde que tem maior transcendência, tanto por sua repercussão em nível assistencial como pela demanda por novos recursos e estruturas.

Paschoal (2002) refere que o fenômeno Qualidade de Vida tem múltiplas dimensões como, por exemplo, a física, a psicológica e social, cada uma comportando vários aspectos. Entre eles, a saúde percebida e a capacidade funcional são variáveis importantes que devem ser avaliadas, assim como o bem estar subjetivo, indicadas por satisfação. Para Fleck (1999) o termo QV na literatura médica vem sendo associado a diversos significados, como condições de saúde e funcionamento social. QV relacionada à saúde (*health related quality of life*) e estado subjetivo de saúde (*Subjective health status*) são conceitos relacionados à avaliação subjetiva do paciente e ao impacto do estado de saúde na capacidade de se viver de forma plena.

Este artigo é resultado de uma dissertação de mestrado que se propôs a avaliar a Qualidade de Vida em um grupo de idosos residentes na cidade de Veranópolis, através da aplicação do questionário abreviado de Qualidade de Vida - WHOQOL – Bref. Além disso, associou os escores do instrumento com variáveis como idade, gênero, escolaridade, nível socioeconômico, estado civil, situação de moradia, uso de medicação diária, existência de problemas de saúde no último mês e intensidade de sintomas depressivos.

Medida de Qualidade de Vida

A Organização Mundial da Saúde através do *World Health Organization Quality of Life*, o grupo WHOQOL, desenvolveu uma escala a partir de uma perspectiva transcultural para avaliar Qualidade de Vida em adultos. Foram consideradas como características fundamentais, o caráter subjetivo da Qualidade de Vida e sua natureza multidimensional

(*THE WHOQOL GROUP*, 1995).

O instrumento acima referido foi chamado de WHOQOL-100, e a partir dele originou-se o WHOQOL - Bref (World Health Organization Quality of Life) - versão abreviada, constituída de 26 questões, que tem o mesmo objetivo. O WHOQOL-Bref divide-se em 4 domínios, os quais se propõem a avaliar respectivamente: capacidade física, bem estar psicológico, relações sociais e contexto ambiental. Além disso, constitui-se de um domínio que avalia a QV global. Cada domínio é composto por questões, cujas alternativas variam numa intensidade de 1 a 5 (HWANG, LIANG, CHIU et al., 2003; FLECK , LOUZADA, XAVIER, et al., 2000; PEREIRA, COTTA, FRANCESCHINI, et al., 2006).

A partir do processo de validação do WHOQOL-Bref no Brasil concluiu-se que o mesmo mostrou bom desempenho psicométrico com características satisfatórias de consistência interna, validade discriminante, validade de critérios, validade concorrente e fidedignidade teste-reteste. A partir disto, concluiu-se que o instrumento está em condições de ser utilizado no Brasil (FLECK, 2000).

Materiais e Métodos

População

O perfil étnico populacional da amostra do município de Veranópolis constitui-se de descendentes de italianos. A cidade está localizada a 170 quilômetros de Porto Alegre, a 705 metros de altitude, de clima subtropical, com uma área de 289 Km². O número de idosos (60 anos ou mais) residente na cidade é de 2.733 mil habitantes, o que corresponde a cerca de 12,63% da população. Veranópolis conta com um Centro de Geriatria e Gerontologia recentemente inaugurado, além do município ser alvo de pesquisa na área do envelhecimento desde 1994. A amostragem foi por conveniência junto a um projeto de Prevenção que atende cerca de 700 idosos (IBGE, 2006).

Desenho do estudo

Foi realizado um estudo quantitativo de delineamento transversal, com um total de 81 idosos com mais de 60 anos residentes em Veranópolis, participantes do Programa de acompanhamento longitudinal “Projeto Veranópolis: Prevenção de Saúde” e livres de transtornos cognitivos. Foram aplicados o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido,

Questionário de dados sócio demográficos, o Mini Exame do Estado Mental (MEEM), o WHOQOL-Bref e a Escala de Depressão Geriátrica (GDS), respectivamente. O MEEM foi utilizado para exclusão de idosos com transtorno cognitivo e o GDS avaliou a intensidade de sintomas depressivos.

A coleta de dados foi realizada pela pesquisadora de forma individual, no período de janeiro a março de 2007, em espaço reservado no Centro de Convivência e Longevidade em Veranópolis. O WHOQOL-Bref é auto-aplicável, entretanto, optou-se pela entrevista direta em função da dificuldade de leitura, dos problemas visuais e analfabetismo comum em idosos.

Em relação aos procedimentos estatísticos, os escores foram descritos através de média e desvio padrão. As variáveis categóricas foram descritas através de frequência absolutas e relativas. A fim de se comparar médias de dois grupos foi utilizado o *t de student* para amostras independentes. Para comparar médias de três ou mais grupos foi utilizada a Análise de Variância (ANOVA) *One-Way*. Para complementar a análise, foi utilizado o teste “*post-hoc*” de Duncan. Com o objetivo de correlacionar escores foi utilizado o *r de Pearson* que possibilita a associação entre duas variáveis quantitativas. E finalmente para avaliar preditores de QV e controlar fatores de confusão, foi aplicada a análise multivariada de Regressão Linear. As análises foram realizadas no programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 10.0 (HULLEY, CUMMINGS, BROWNER, et al, 2003).

Resultados

Perfil sócio demográfico

As idades dos indivíduos entrevistados variaram de 60 a 85 anos, sendo que a média de idade ficou em 72 com um desvio padrão de 6,5. Dos 81 participantes, 72,8% (59) eram do sexo feminino e a maioria era casada. Estes e outros dados podem ser visualizados de forma mais abrangente na tabela 1.

TABELA 1 – Caracterização da amostra

Características	n=81
Idade (anos) – Média ± DP	72,0 ± 6,5
Sexo - n(%)	
Masculino	22 (27,2)
Feminino	59 (72,8)

Raça - n(%)	
Branca	79 (97,5)
Não Branca	2 (2,5)
Estado Civil – n(%)	
Casado	50 (61,7)
Solteiro	5 (6,2)
Viúvo	26 (32,1)
Escolaridade – n(%)	
Não alfabetizado	11 (13,6)
Fundamental incompleto	42 (51,9)
Fundamental completo	17 (21,0)
Médio / Superior	11 (13,6)
Sabe ler– n(%)	
Sim	70 (86,4)
Não	11 (13,6)
Sabe escrever– n(%)	
Sim	70 (86,4)
Não	11 (13,6)
Renda (s.m.) – n(%)	
≤ 2	46 (56,8)
>2	35 (43,2)
Ocupação – n(%)	
Trabalhando	2 (2,5)
Em benefício	1 (1,2)
Aposentado	68 (84,0)
Nunca trabalhou fora do lar	9 (11,1)
Não informou	1 (1,2)
Mora com – n(%)	
Familiares	36 (44,4)
Companheiro	34 (42,0)
Sozinho	11 (13,6)
Realiza atividade de lazer – n(%)	
Sim	70 (92,6)
Não	6 (7,4)
Uso de medicação – n(%)	
Sim	52 (64,2)
Não	29 (35,8)
Faz exame de rotina – n(%)	
Sim	66 (81,5)
Não	15 (18,5)
Fumo – n(%)	
Fumante	1 (1,2)
Ex-fumante	9 (11,1)
Não fumante	71 (87,7)

A grande maioria dos entrevistados – 92,6% (75) praticam alguma atividade de lazer. Destes, 77,8% (63) participam de atividades ligadas à igreja. Em relação a grupos de Convivência, 54,3% participam de atividades semanais.

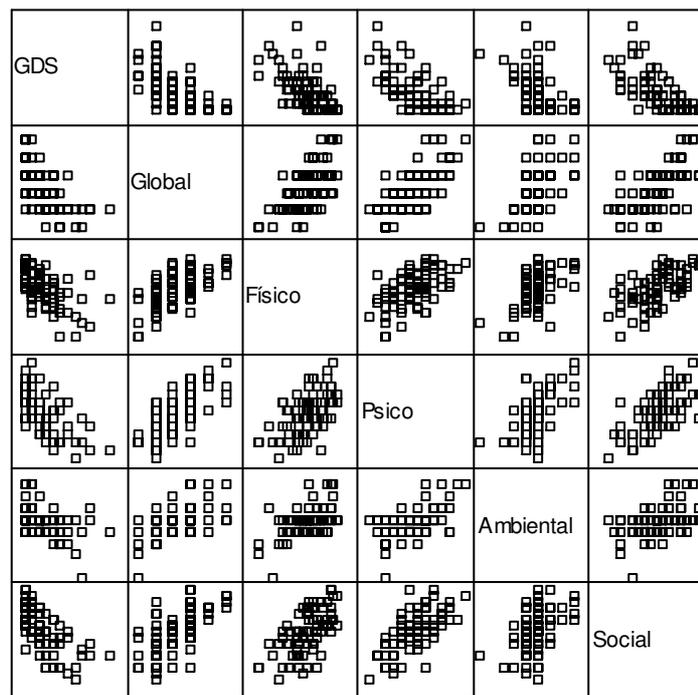
A maioria da amostra, relata fazer uso medicação diária e refere também realizar exames de rotina.

As médias de escores dos domínios do WHOQOL-BREF e do GDS tiveram distribuição de acordo com a tabela 4.

TABELA 4 – Avaliação dos escores do WHOQOL-BREF e GDS nos idosos

Variáveis	Média	Desvio Padrão	Mediana	Mínimo	Máximo
WHOQOL-BREF					
Físico	68,69	18,31	71,43	17,86	100,0
Psicológico	69,08	10,82	70,83	45,83	95,83
Social	75,08	11,03	75,00	50,00	96,88
Ambiental	73,35	10,33	75,00	33,33	100,0
Global	66,05	15,21	62,50	37,50	100,0
GDS	2,57	2,60	2,00	0	12

No que se refere aos domínios do WHOQOL-Bref em correlação aos escores do GDS, a pesquisa aponta resultados estatisticamente significativos com um $p < 0,01$. Quanto maior a intensidade de sintomas depressivos há uma forte tendência na diminuição da QV em todos os domínios do instrumento, conforme representado na figura 2.



GDS x Global: $r_s = -0,657$; $p < 0,001$; GDS x Físico: $r_s = -0,611$; $p < 0,001$; GDS x Psicológico: $r_s = -0,655$; $p < 0,001$; GDS x Social: $r_s = -0,709$; $p < 0,001$; GDS x Ambiental: $r_s = -0,412$; $p < 0,001$

FIGURA 2 – Associação entre os escores do WHOQOL-BREF e GDS

A tabela 6 refere-se à análise de Regressão multivariada, utilizada para identificar preditores de QV entre as variáveis estudadas, tomando como referencia os domínios do WHOQOL-Bref. As variáveis que na análise bivariada apresentaram um $p \leq 0,20$ foram inseridas no modelo multivariado de Regressão Linear Múltipla.

Em relação à Qualidade de Vida entre homens e mulheres, os primeiros apresentaram menor Qualidade de Vida no domínio psicológico ($p= 0,006$).

Também em relação ao uso de medicação diária, foram encontrados resultados estatisticamente significativos entre os grupos na associação com os domínios físico e social de QV. Idosos que utilizam algum tipo de medicação diariamente apresentaram médias menores nos domínios referidos. Ainda em relação à saúde foi perguntado se o indivíduo havia deixado de realizar alguma atividade no último mês devido a problemas de saúde. A diferença entre os grupos não foi estatisticamente significativa na associação com os domínios do WHOQOL-Bref.

No que se refere à realização de atividades de lazer, foram encontrados resultados significativos na correlação com os escores do WHOQOL-Bref nos domínios físico e psicológico. O grupo que realiza atividade de lazer apresenta melhor QV nestes domínios.

Na correlação entre GDS e WHOQOL-Bref foi encontrada forte associação inversa. Na medida em que houve um aumento na intensidade de sintomas depressivos, houve uma forte tendência na diminuição da QV em todos os domínios do instrumento.

Discussão

É prudente ao iniciar a discussão dos resultados deste estudo, que seja considerado o fato dele ter como população alvo, um grupo de idosos da cidade de Veranópolis, cidade que conta com um projeto de pesquisa sobre envelhecimento e Qualidade de vida e mais recentemente um Centro de Geriatria e Gerontologia. Dessa forma, pode-se pensar no fato de Veranópolis ser um lugar privilegiado neste sentido, o que pode acabar influenciando os índices de QV desta amostra. Faz-se uma ressalva também no que se refere à generalização dos resultados deste trabalho na medida em que a amostragem foi por conveniência num grupo de pesquisa sobre envelhecimento, o qual a pesquisadora trabalha. Sendo assim, estes resultados podem ser generalizados para este grupo e não para a população de idosos de Veranópolis de modo geral.

Os idosos estudados são, na maioria, de baixa escolaridade, aposentados e de baixa renda, características também encontradas em outros estudos (ARGIMON, 2003; TIMM, 2006; PEREIRA, COTTA, FRANCESCHINI, et al., 2006; JOIA, RUIZ e DONALISIO, 2007). Este último dado não condiz com outro estudo realizado em Veranópolis, em que a

TABELA 6 – ANÁLISE DE REGRESSÃO MULTIVARIADA PARA AVALIAR OS PREDITORES DA QUALIDADE DE VIDA AVALIADA PELO WHOQOL-BREF

Variáveis	Domínios do WHOQOL-BREF														
	Físico*			Psicológico**			Ambiental***			Social****			Global*****		
	b (IC 95%)	beta	P	b (IC 95%)	beta	P	b (IC 95%)	beta	P	b (IC 95%)	beta	P	b (IC 95%)	beta	P
Idade	-0,31 (-0,72 a 0,11)	-0,11	0,147	-0,24 (-0,53 a 0,04)	-0,14	0,089	-0,44 (-0,77 a -0,12)	-0,28	0,008	-0,19 (-0,49 a 0,11)	-0,11	0,199	-0,49 (-0,92 a -0,07)	-0,21	0,024
Sexo Masculino	-	-	-	-5,67 (-9,65 a -1,68)	-0,23	0,006	-	-	-	-	-	-	2,32 (-3,74 a 8,38)	0,07	0,448
Saber ler	-4,29 (-12,3 a 3,69)	-0,08	0,287	2,05 (-3,31 a 7,42)	0,07	0,448	-	-	-	0,76 (-4,94 a 6,45)	0,02	0,792	-2,73 (-10,9 a 5,40)	-0,06	0,505
Renda >2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3,07 (-0,73 a 6,87)	0,14	0,112	2,77 (-2,59 a 8,12)	0,09	0,306
Faz atividade de lazer	17,5 (6,87 a 28,1)	0,25	0,002	7,16 (0,004 a 14,3)	0,17	0,050	5,45 (-2,97 a 13,8)	0,14	0,201	7,41 (-0,15 a 14,9)	0,18	0,055	9,39 (-1,34 a 20,1)	0,16	0,085
Usa medicação	-19,4 (-24,9 a -13,8)	-0,51	<0,001	-3,16 (-6,95 a 0,63)	-0,14	0,101	-3,19 (-7,59 a 1,21)	-0,15	0,153	-4,18 (-8,12 a -0,24)	-0,18	0,038	-5,57 (-11,2 a 0,08)	-0,18	0,053
Teve problema de saúde no último mês	-0,76 (-9,16 a 7,65)	-0,01	0,858	-4,95 (-10,5 a 0,69)	-0,15	0,085	-	-	-	-2,59 (-8,66 a 3,47)	-0,07	0,397	-4,51 (-13,3 a 4,27)	-0,09	0,309
GDS	-2,51 (-3,76 a -1,25)	-0,35	<0,001	-1,95 (-2,80 a -1,10)	-0,46	<0,001	-1,05 (-1,96 a -0,13)	-0,26	0,026	-1,97 (-2,86 a -1,08)	-0,46	<0,001	-2,55 (-3,87 a -1,22)	-0,43	<0,001
Mora sozinho	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-2,69 (-10,8 a 5,43)	-0,06	0,510

* $F_{(6,74)}=22,316$; $p<0,001$; $R^2=64,4\%$; ** $F_{(7,73)}=12,65$; $p<0,001$; $R^2=54,8\%$; *** $F_{(4,76)}=7,109$; $p<0,001$; $R^2=27,2\%$; **** $F_{(7,73)}=10,972$; $p<0,001$; $R^2=51,3\%$; ***** $F_{(9,71)}=8,143$; $p<0,001$; $R^2=50,8\%$

maioria dos idosos referiu preocupação com situação financeira (TIMM, 2006). Apesar de 56,8% dos idosos possuírem renda de até dois salários mínimos, houve pouca referência à preocupação com situação financeira, o que nos leva a pensar que estes idosos possam estar amparados financeiramente por outros familiares, variável não coletada neste estudo. Não houve diferença de QV entre os grupos com maior e menor renda, assim como no estudo de Pereira, Cotta e Franceschini (2006). Ao contrário do que mostram os estudos de Jakobsson, Hallberg & Westergren (2004) e Sherbourne, Meredith, Rogers et al (1992), de que uma boa situação socioeconômica está associada a melhor Qualidade de Vida. Veras & Alves (1995) colocam que fatores socioeconômicos têm influência importante na QV da população por oferecer suporte material para o bem estar do indivíduo, influenciando a qualidade na habitação, independência econômica e estabilidade financeira. Supomos que esta questão esteja relacionada também ao lugar onde a pesquisa foi realizada. No caso de Veranópolis, por exemplo, existe oferta de lazer, medicação e outros hábitos usualmente relacionados a uma melhor qualidade de vida, de forma gratuita a disposição do idoso. Isso, faz com que mesmo os menos favorecidos economicamente tenham acesso à hábitos que possam melhorar a Qualidade de Vida. Além disso, em Veranópolis a desigualdade social parece ser bem menor do que em outras cidades do Brasil.

Outra característica encontrada na população em estudo e que corrobora com a totalidade de estudos pesquisados (GARRIDO & MENEZES, 2002; HWANG, LIANG, CHIU, et al., 2003; PEREIRA, COTTA, FRANCESCHINI, et al., 2006; TIMM & ARGIMON, 2006; JOIA, RUIZ, DONALISIO, 2007) em população de idosos é a diferença entre o número de homens e mulheres, sendo as últimas sempre em maior número. Em 1996, no Brasil, 54,4% das pessoas com mais de 60 anos eram mulheres, situação que caracteriza um fenômeno largamente estudado chamado de “a feminização da velhice”, que significa o aumento do número de mulheres na população idosa.

Em relação à QV entre o grupo de homens e mulheres houve diferença significativa no domínio psicológico, onde os homens apresentaram menor QV. Este resultado não é corroborado por outros estudos, onde a QV em mulheres é menor. Conforme estudo de Sprangers, de Regt, Andries et al (2000), sexo feminino está relacionado a baixos níveis de Qualidade de Vida. Em estudo realizado com idosos de Teixeiras MG, a variável gênero teve influencia significativa, porém pequena nos domínios físico, psicológico e ambiental, sendo os escores também maiores entre os homens. Talvez uma explicação aceitável para o resultado do presente estudo esteja relacionada ao fato das mulheres terem maior participação

em grupos de convivência e outras atividades sociais como, por exemplo, grupo de dança, oficinas de artesanato e até mesmo, as atividades da Igreja. (PEREIRA, COTTA, FRANCESCHINI, et al., 2006).

Em relação à associação da variável idade com os domínios do WHOQOL-Bref, foram encontrados resultados significativos nos domínios ambiental e global. Quanto maior a idade há uma tendência na diminuição de Qualidade de Vida nos domínios citados. O que pode parecer óbvio pela idéia de fragilidade que normalmente o idoso muito idoso transmite. Segundo Joia, Ruiz e Donalisio (2007), a QV na velhice tem sido muito associada a questões como independência e autonomia, sendo importante distinguir os efeitos da idade. Normalmente, um idoso de 80 anos tem suas capacidades diminuídas se comparados a eles mesmos quando tinham 70 anos. Entretanto essa não é uma regra, já que algumas pessoas apresentam declínio no estado de saúde e nas funções cognitivas precocemente, enquanto outras vivem saudáveis até idades muito avançadas. Talvez o resultado de uma QV mais baixa nos aspectos ambiental e global para idades mais avançadas esteja relacionada ao modo pelo qual estes idosos percebem sua saúde e falta ou diminuição da autonomia. Argimon (2005) coloca que é possível supor que indivíduos com mais de 80 anos tenham uma saúde física mais debilitada do que indivíduos com menor idade.

Em Veranópolis, em 2003, o estudo de Xavier, Ferraz, Marc, et al. (2003), realizado com octagenários teve por objetivo analisar a definição dos idosos de qualidade de vida, bem como aspectos que os idosos consideravam como determinantes para uma boa Qualidade de Vida, através de perguntas abertas. Os resultados apontaram que 57% dos idosos definiam sua Qualidade de Vida atual com avaliações positivas. As conclusões deste estudo dão conta de que para os idosos, é possível que a qualidade negativa da vida seja equivalente a perda de saúde e Qualidade de Vida positiva seja equivalente a uma pluralidade maior de categorias como atividade, renda, vida social e relação com a família, categorias diferentes de sujeito para sujeito. O aspecto saúde apareceu como um bom indicador de qualidade de vida negativa, porém um indicador insuficiente de velhice bem sucedida.

Os resultados apresentados acima também corroboram com os achados do presente estudo, quando considerados fatores relacionados à saúde física, como o uso de medicação diária, por exemplo. Os sujeitos que afirmaram não utilizar medicação diária apresentaram melhores escores de Qualidade de Vida nos aspectos físico e social. Esse resultado nos leva a considerar a importância da saúde física como fator preditor de uma boa Qualidade de Vida.

Pressupõe-se que a utilização de medicação diária esteja associada à existência de doenças crônicas, como hipertensão, diabetes e até mesmo depressão. Assim, pode-se levantar a hipótese de que idosos que sofrem de algum tipo de doença, tendem a apresentar uma QV inferior. Cerca de 64% dos idosos entrevistados em Veranópolis, ingerem medicação diariamente. É um percentual relativamente baixo se comparado a um estudo realizado com idosos da Universidade aberta da Terceira Idade do Rio de Janeiro, onde 85% da amostra relataram utilizar pelo menos um medicamento regularmente.

Além do uso de medicação diária, foi investigada também a existência de problemas de saúde no último mês que possam ter impedido o idoso de realizar alguma atividade. Esta última variável não apresentou correlação com os domínios do WHOQOL-Bref, o que talvez se explique pela própria distribuição de indivíduos entre os grupos, uma vez que somente 11,1% dos entrevistados responderam afirmativamente.

Os escores do WHOQOL-Bref constituem-se numa escala diretamente proporcional a QV, ou seja, quanto maior os escores, maior a QV. Entretanto não existe um ponto de corte, o qual possa determinar a QV como boa ou ruim.

Apesar disso, num parâmetro de 0 a 100, pode-se fazer uma comparação entre as médias dos próprios domínios do instrumento. Nesta perspectiva, as médias mais altas foram encontradas nos domínios social (75,08) e ambiental (73,35), seguido do psicológico (69,08), físico (68,69) e global (66,05).

Em outro estudo, no qual foi utilizado o mesmo instrumento na avaliação de QV em idosos, as médias entre os domínios, de forma decrescente foram: Domínios social, físico, Psicológico, Global e Ambiental (PEREIRA, COTTA, FRANCESCHINI, et al, 2006).

Segundo Neri (2001), a Qualidade de Vida na velhice tem relação direta com a existência de condições ambientais que permitam aos idosos desempenhar comportamentos biológicos e psicológicos adaptativos. Na população em estudo, os aspectos ambientais e sociais se sobressaem em relação aos aspectos psicológicos e físicos. O instrumento utilizado avalia aspectos nos domínios social e ambiental, como por exemplo, satisfação consigo mesmo e com relações interpessoais (amigos, familiares), condições físicas do local de moradia, acesso à serviços de saúde, satisfação com meio de transporte, entre outros. Isto nos leva a crer que os aspectos ambientais e sociais encontram-se melhor contemplados do que outros aspectos neste campo de investigação. Neri (2001) coloca que a adoção de

providências que visem facilitar e promover a interação física, social e psicológica do idoso com o ambiente pode aumentar a sua eficácia e assim a Qualidade de Vida real e percebida do idoso.

Dessa forma, podemos levantar a hipótese de que a própria participação no Programa Longitudinal “Projeto Veranópolis: Estudos sobre envelhecimento e Qualidade de Vida”, o qual foi aplicada a pesquisa, possa ser um dispositivo no aumento da Qualidade de Vida nos aspectos social e ambiental dos idosos em estudo. Além disso, a grande maioria dos entrevistados (92%) referiu realizar algum tipo de atividade de lazer, sendo que destes, 84% relataram participar de atividades na igreja e 58, 7% relataram freqüentar grupo de convivência, atividades estas que exigem certo nível de interação com o meio ambiente e com outras pessoas. Um estudo realizado na região metropolitana de Porto Alegre concluiu que fatores como relações familiares, de amizade e suporte psicossocial estão associadas ao envelhecimento bem sucedido (MORAES & SOUZA, 2005).

Resultados de outros estudos têm evidenciado forte associação entre o aspecto ambiental e Qualidade de Vida em idosos, onde o mesmo pode proporcionar sentimento de segurança, interação social, independência e bem estar emocional (LAWTON, 2001; HWANG, LIANG, CHIU, et al., 2003; MORAES & SOUZA, 2005).

Ainda em relação à realização de atividades de lazer, o estudo mostra correlação direta entre esta variável e os domínios físico e psicológico do WHOQOL-Bref. Apesar de grande diferença de indivíduos entre os grupos que realizam (92,6%) e os que não realizam (7,4%) atividades de lazer, o primeiro grupo apresentou escores melhores de Qualidade de Vida nos domínios acima citados. Estes achados igualmente corroboram com as conclusões de outros estudos, em que uma maior interação social pode elevar os níveis de QV (NERI, 2001).

O estado civil dos participantes não apresentou associação significativa nos escores de QV assim como em outros estudos na cidade de Teixeira, MG (PEREIRA, COTTA, FRANCESCHINI, et al., 2006) e Veranópolis (TIMM, 2006). Em contrapartida, Sprangers, de Regt, Andries, et al. (2000) concluíram que não ter companheiro está relacionado a baixos níveis de qualidade de vida. Também no presente estudo não foi encontrado resultado significativo na variável situação de moradia. Nossa intenção era verificar se a QV diminui em idosos que moram sozinhos. Uma hipótese para este resultado é de que mesmo idosos que

vivem sós, não deixam de estabelecer relações sociais e continuam ocupando um espaço dentro da comunidade.

A variável saber ler e escrever, quando associada ao instrumento de Qualidade de Vida, não apresentou resultados significativos, assim como a escolaridade. Mais de 50% dos idosos referiram ter ensino fundamental incompleto. Talvez não tenha dado resultado significativo em função de apenas 28% dos idosos possuírem uma escolaridade maior.

Em relação à associação dos escores do WHOQOL –Bref com escores do GDS, os achados apontam que quanto maior a intensidade de sintomas depressivos, menor é a Qualidade de Vida em todos os domínios do WHOQOL-Bref, o que vai ao encontro com os achados de outros estudos realizados com população de idosos.

Um estudo realizado por Trentini (2004) aponta que a intensidade de sintomas depressivos pode acabar fazendo com que o indivíduo avalie de forma negativa sua Qualidade de Vida. Outros estudos também encontraram associação entre depressão e má Qualidade de Vida (HERMAN, PATRICK, DIEHR, et al., 2002; KUEHNER, 2002). Estudo realizado em Veranópolis com uma população de octagenários, mostrou também associação inversa entre sintomatologia depressiva e satisfação com a vida. (XAVIER, FERRAZ, MARC et al., 2003).

A depressão, junto com a hipertensão arterial e as doenças coronarianas, está entre as enfermidades mais prevalentes em idosos (MORAES & SOUZA, 2005). Embora a depressão seja relativamente freqüente entre idosos, sua identificação torna-se difícil até mesmo na prática clínica (ALMEIDA & ALMEIDA, 1999). Nesta população em estudo, pode-se afirmar que idosos com sintomas depressivos apresentaram menores escores de QV em todos os aspectos do que aqueles que não apresentaram sintomas para depressão. Entretanto, como em todo estudo transversal encontra-se a limitação de que é difícil afirmar se estes idosos têm médias baixas de QV em função do possível humor deprimido ou se apresentam características para depressão em função de uma QV baixa.

Sendo assim, pode-se considerar preditores de Qualidade de Vida, neste grupo de idosos estudados as seguintes variáveis: idade nos domínios ambiental e global; gênero feminino no domínio psicológico; realização de atividades de lazer nos domínios físico e psicológico, não utilização de medicação nos domínios físico e social e baixa intensidade de sintomas depressivos em todos os domínios do WHOQOL-Bref.

Tendo em vista as possíveis limitações deste estudo abordadas anteriormente, sugere-se outras pesquisas sobre Qualidades de Vida em idosos e seus preditores.

Considerações finais

Mesmo não existindo um ponto de corte no instrumento utilizado para a avaliação de qualidade de vida nesta população de idosos, o estudo sugere uma qualidade de vida boa, se comparado aos limites do instrumento, cujos parâmetros variam de 0 a 100.

Parecem ser preditores de uma boa Qualidade de Vida: ter menos idade, ser do sexo feminino, realizar de atividades de lazer, não utilizar medicação diária e estar livre de sintomas depressivos.

Em função da relevância do estudo da Qualidade de Vida no idoso, e da necessidade de estruturar programas de prevenção que acolham esta população emergente, sugere-se outros estudos neste âmbito que venham auxiliar os profissionais da saúde e a população de um modo geral no que se refere aos cuidados com idosos e peculiaridades do processo de envelhecimento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, O. P.; ALMEIDA, A. S. Confiabilidade da versão brasileira da escala de depressão em geriatria (GDS) versão reduzida. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, São Paulo, v.57, n.2B, junho. 1999.

ARGIMON, I. L.; STEIN, L. M. Habilidades cognitivas em indivíduos muito idosos: um estudo longitudinal. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, n.1, jan.-fev. 2005.

FLECK, Marcelo P. A. et al. Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL – 100). **Revista de Saúde Pública**, v. 33, p. 198-205. 1999.

FLECK, Marcelo. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL – 100): Características e Perspectivas. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n.1. 2000.

FLECK, Marcelo. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100) Revista Brás. Psiquiatria v.21 n.1 São Paulo jan./mar. 1999

FLECK, Marcelo. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação de qualidade de vida “WHOQOL-bref” Revista de Saúde Pública 2000 34 (2) 178-183.

GARRIDO R, MENEZES PR. O Brasil está envelhecendo: Boas e más notícias por uma perspectiva epidemiológica. Ver. Brasileira de Psiquiatria 2002, 24 (Supl. I) 3-6.

HULLEY SB, CUMMINGS SR, BROWNER WS, GRADY D, HEARST N, NEWMAN TB. Delineando a Pesquisa Clínica: Uma abordagem epidemiológica. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

HWANG, H.; LIANG, W; Chiu, Y. Lin, M. Suitability of the WHOQOL-Bref for community-dwelling older people in Taiwan. Age Ageing 2003 32(6): 593-600.

HERRMAN H, PATRICK DL, DIEHR P, MARTIN ML, FLECK M, SIMON GE, BUESCHING DP. Longitudinal investigation of depression outcomes in primary care in six countries: the LIDO study. Functional status, health service use and treatment of people with depressive symptoms. Psychol méd. 2002; 32:889 – 902.

JAKOBSSON U, HALLBERG IR, WESTERGREN A. Overall and health related quality of life among the oldest old in pain. Qual Life Res. 2004; 13(1): 125-36.

JOIA, LC et al Condições associadas ao grau de satisfação com a vida entre a população de idosos. Rev. Saúde Pública v.41 n.1 São Paulo, Fevereiro, 2007.

KUEHNER C. Subjective quality of life: validity issues with depressed patients. Acta Psychiatr Scand. 2002; 106: 62-70.

LAWTON MP. The physical environment of the person with Alzheimer's disease. Aging Mental Health 2001; Suppl 1:56-64.

MORAES JFD, SOUZA VBA. Fatores associados ao envelhecimento bem-sucedido de idosos socialmente ativos da região metropolitana de Porto Alegre. Ver Brasileira de Psiquiatria 2005;27 (4):302-8.

MORIGUCHI EH, DA CRUZ IBM Projeto Veranópolis: Reflexões sobre envelhecimento bem sucedido. Ed Oficina da Longevidade. Veranópolis, 2002.

NERI, A.L. Velhice e Qualidade de Vida na mulher. In: Néri, A.L. (org) Desenvolvimento e Envelhecimento. Campinas, SP: Papyrus, 2001. p. 161-200

PASCHOAL, S. M. P.. Estudo da Velhice no século XX: Qualidade de Vida na Velhice .In: Netto, MP Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002: 79-84.

PARADELA, E. M. P.; LOURENÇO, R. A.; VERAS, R. P. Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. Rev. Saúde Pública v.39 n.6 São Paulo dez.2005.

PEREIRA, R. COTTA, R, FRANCESCHINI, S.C.C. et al. Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a Qualidade de vida global de idosos. Revista de Psiquiatria RS jan/abr 2006; 28(1): 27-38.

QUIROGA, P. ALBALA C. KLAASEN G Validation of a screening test for age associated cognitive impairment, in Chile Rev Med Chil Volume: 132 Ed. 4 2004 p: 467-78.

SHERBOURNE CD, MEREDITH LS, ROGERS W, WARE JE. Social Support and Stressful life events: age differences in their effects on health related quality of life among chronically ill. *Qual life Res.* 1992;1(4):235-46.

SPRANGERS MA, DE PEGT EB, ANDRIES F, VAN AGT HM, RIJL RV, DE BOER JB et al. Which chronic conditions are associated with better or poorer quality of life? *J Clin Epidemiol.* 2000, 53(9): 895-907.

TIMM, L.A. A Qualidade de vida no idoso e sua relação com o Locus de Controle. Dissertação de Mestrado Pucrs. Faculdade de Psicologia, dez. 2006.

TRENTINI CM. Qualidade de vida em idosos (tese). Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2004.

VERAS RP, ALVES MIC. A população idosa no Brasil: considerações acerca do uso de indicadores de saúde. In Minayo MC. Os muito Brasis: saúde e população na década de 80. Rio de Janeiro: Hucitec; 1995. (Saúde em debate, 79). p. 320-37.

XAVIER FM, FERRAZ MPT, MARC N, ESCOSTEGUY NU, MORIGUCHI EH. A definição dos idosos de qualidade de vida. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 2003; 25(1): 31-39

XAVIER FM, FERRAZ MPT, BERTOLLUCCI P, POYARES D, MORIGUCHI EH, Episódio depressivo maior, prevalência e impacto sobre QV, sono e cognição em octagenários. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 2001;23(2):62-70.

ANEXOS

Termo de consentimento livre e esclarecido

Este estudo tem como objetivo geral investigar questões relacionadas à qualidade de vida em idosos, temática que diz respeito a domínios físicos, psicológicos, relações sociais e meio ambiente, na cidade de Veranópolis. Serão aplicados instrumentos em forma de questionário com o intuito de avaliar capacidade cognitiva, existência de sintomas depressivos e a Qualidade de Vida

Eu, _____, fui informado dos objetivos e da justificativa desta pesquisa de forma clara. Recebi informações específicas sobre cada procedimento no qual estarei envolvido. Todas as minhas dúvidas foram respondidas com clareza, sendo que poderei solicitar novos esclarecimentos a qualquer momento. Foi me assegurado o anonimato e a confidencialidade das informações por mim prestadas durante a pesquisa ou após o seu término.

Para qualquer dúvida ou esclarecimento sobre este estudo, poderei entrar em contato com a Psicóloga Waleska Farenzena pelo telefone (54) 3441 2028 ou com a orientadora desta pesquisa Dra Mirna Wetters Portuguez pelo telefone (51) 33205134

Declaro que recebi cópia do presente Termo de Compromisso.

Data: ___/___/___

Assinatura do Voluntário

Assinatura do Pesquisador

Ficha de dados sócio-demográficos

Entrevistado: _____

Data: ___/___/___

Local: _____

Nome: _____

Endereço: _____

CEP: _____ Fone: _____

Data de Nascimento: _____ Residência: _____

1- Sexo: 1. Feminino 2. Masculino

2- Estado Civil: 1. Casado 2. Solteiro 3. Viúvo 4. Separado 5. Outro _____

3- Cor: 1. Branca 2. Negra 3. Amarela 4. Parda

4- Origem: 1. Alemã 2. Italiana 3. Espanhola 4. Portuguesa 5. Caucasiana

5- Renda: 1. Não tem renda 2. Um a dois salários 3. Três a quatro salários 4. Cinco salários ou mais

6- Sabe ler ? 1. Não 2. Sim

7- Sabe escrever ? 1. Não 2. Sim

8- Escolaridade: 1. Não alfabetizado 2. Fundamental 3. Fundamental Incompleto 4. Ensino médio 5. Ensino médio incompleto 6. Superior 7. Superior Incompleto

9- Ocupação Atual: 1. Trabalhando 2. Em benefício 3. Aposentado 4. Nunca trabalhou

10- Sua renda provém de: 1. Pensão 2. Salário 3. Ajuda de terceiros 4. Outro _____

11- Tem lazer ? 1. Não 2. Sim

12- Qual? 1. Leitura 2. Música 3. Palavras cruzadas 4. Bingo 5. Novelas 6. Futebol
7. Bocha 8. Cartas 9. Cinema 10. Damas 11. Atividades Manuais 12. Praia 13. Serra 14.
Caminhada 15. Baile 16. Atividades na Igreja 17. Grupo de Convivência 18. Viagem

13- Mora com alguém ? 1. Esposo(a) 2. Filho(a) 3. Parente 4. Amigo(a) 5. Instituição
6. Sozinho(a) 7. Pais 8. Outra situação domiciliar

14- Sua residência é: 1. Própria 2. Alugada 3. Instituição 4. De familiar

15- Desde quando vive em seu domicílio atual ? 1. Menos de 5 anos 2. Entre 5 e 10 anos 3.

Mais de 10 anos.

16- Quais são seus maiores motivos de preocupação atualmente?

17- Utiliza alguma medicação ? 1. Não 2. Sim

18- Tem feito exames de rotina com seu médico ? 1. Não 2. Sim

19- De um mês pra cá, você tem deixado de realizar alguma atividade por motivos de saúde?
1. Não 2. Sim

20- É fumante ? 1. Não fumante 2. Fumante 3. Ex-fumante

Mini-exame do estado mental (MEEM)

(material elaborado para fins de pesquisa)

Instruções: “Agora gostaria de fazer-lhe algumas questões para avaliar a sua memória e concentração. Algumas delas serão fáceis e outras mais difíceis”

ORIENTAÇÃO:

- 1) Qual o ano / estação do ano / mês / dia / dia da semana? (0-5): _____
- 2) Onde estamos / estado / cidade / zona da cidade / endereço? (0-5): _____

MEMÓRIA IMEDIATA:

- 3) “Vou lhe dizer o nome de três objetos. Repita. Memorize porque será perguntado.”
VASO – CARRO – TAPETE (0-3): _____

ATENÇÃO E CÁLCULO:

- 4) “Sete seriado” 20 / 17 / 14 / 11 / 8 / 5 (0-5): _____

MEMÓRIA E EVOCAÇÃO:

- 5) Quais são os três objetos que pedi para recordar? (0-3): _____

LINGUAGEM:

- 6) Nomeação: RELÓGIO / CANETA (0-2): _____
NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ (0-1): _____
- 7) Leia o escrito e faça o que manda: Feche os olhos (0-1): _____
- 8) Vou dar uma folha de papel: Pegue com a mão direita; dobre ao meio; coloque no chão. (0-1): _____
- 9) Escreva uma frase completa. (0-1): _____
- 10) Copie o desenho. (0-1): _____

Resultado do MMSE: ()

Escala de depressão geriátrica

(material elaborado para fins de pesquisa)

- | | |
|---|---------|
| 1. Em geral, você está satisfeito(a) com sua vida? | Sim/Não |
| 2. Você abandonou várias de suas atividades ou interesses? | Sim/Não |
| 3. Você sente que sua vida está vazia? | Sim/Não |
| 4. Você se sente aborrecido com frequência? | Sim/Não |
| 5. Você está de bom humor durante a maior parte do tempo? | Sim/Não |
| 6. Você teme que algo ruim aconteça com você? | Sim/Não |
| 7. Você se sente feliz durante a maior parte do tempo? | Sim/Não |
| 8. Você se sente desamparado com frequência? | Sim/Não |
| 9. Você prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas? | Sim/Não |
| 10. Você acha que apresenta mais problemas de memória do que antes? | Sim/Não |
| 11. Atualmente, você acha maravilhoso estar vivo? | Sim/Não |
| 12. Você considera inútil a forma que se encontra agora? | Sim/Não |
| 13. Você se sente cheio de energia? | Sim/Não |
| 14. Você se considera sem esperança na situação em que se encontra? | Sim/Não |
| 15. Você considera que a maioria das pessoas está melhor do que você? | Sim/Não |

As seguintes respostas valem 1 ponto:

- | | | | | |
|---------|---------|---------|----------|----------|
| (1) não | (4) sim | (7) não | (10) sim | (13) não |
| (2) sim | (5) não | (8) sim | (11) não | (14) sim |
| (3) sim | (6) sim | (9) sim | (12) sim | (15) sim |

Os escores inferiores a 5 são normais; 5-10 indicam depressão leve a moderada; escores acima de 10 indicam depressão grave.

WHOQOL Brief (Escala de Qualidade de Vida)

Nº	Pergunta	A	B	C	D	E
		Muito ruim	Ruim	nem ruim, nem boa	boa	muito boa
35	Como você avaliaria sua qualidade de Vida?	1	2	3	4	5
36	Quão satisfeito(a) você está com [como avalia] a sua saúde?	1	2	3	4	5
		nada	Muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
37	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
38	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
39	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
40	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
41	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
42	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
43	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5
		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
44	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
45	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
46	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
47	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
48	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5
		Muito ruim	Ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
49	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	Muito satisfeito
50	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
51	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
52	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	Muito satisfeito
53	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
54	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
55	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
56	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
57	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
58	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
59	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5
		nunca	algumas vezes	frequentemente	muito frequentem ente	sempre
60	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Quem coletou os dados: _____
Tempo de coleta: _____
Data: ____ / ____ / ____
Assinatura: _____



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP - PUCRS



Ofício 1196/06-CEP

Porto Alegre, 16 de outubro de 2006.

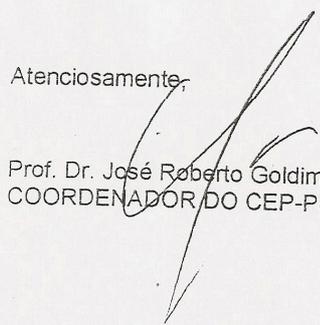
Senhor(a) Pesquisador(a):.

O Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS
apreciou e aprovou seu protocolo de pesquisa, registro CEP 06/03408, intitulado:
"Qualidade de vida em idosos residentes em Porto Alegre e Veranópolis".

Sua investigação está autorizada a partir da
presente data.

Relatórios parciais e final da pesquisa devem ser
encaminhados a este CEP.

Atenciosamente,


Prof. Dr. José Roberto Goldim
COORDENADOR DO CEP-PUCRS

Ilmo(a) Sr(a)
Prof Dr Antonio Carlos Araujo de Souza
N/Universidade



Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

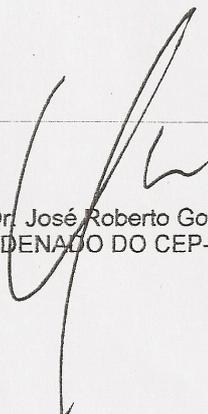
Ofício 0421/07-CEP

Porto Alegre, 03 de maio de 2007.

Senhor(a) Pesquisador(a):

O Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS reavaliou seu protocolo: "**Qualidade de vida em idosos residentes em Porto Alegre e Veranópolis**", e solicita encaminhar documento do Programa de Pós-Graduação em Medicina e Ciências da Saúde informando a alteração do Prof orientador e conseqüentemente, do pesquisador responsável pelo presente projeto de pesquisa. O Prof Antonio Carlos Araújo de Souza deverá comunicar o seu afastamento.

Atenciosamente,



Prof. Dr. José Roberto Goldim
COORDENADOR DO CEP-PUCRS

Ilmo(a) Sr(a)
Dr(a) Mirna Wetters Portuguez
N/Universidade

PUCRS

Campus Central
Av. Ipiranga, 6690 – 3º andar – CEP: 90610-000
Fone/Fax: (51) 3320-3345
E-mail: cep@pucrs.br
www.pucrs.br/prppg/cep