

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

**QUALIDADE DE VIDA, FUNCIONALIDADE E MORBIDADE REFERIDA:
AVALIAÇÃO EM IDOSOS NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE**

ÁDALA NAYANA DE SOUSA MATA

NATAL/RN

2011

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

**QUALIDADE DE VIDA, FUNCIONALIDADE E MORBIDADE REFERIDA:
AVALIAÇÃO EM IDOSOS NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE**

ÁDALA NAYANA DE SOUSA MATA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, como requisito para a obtenção do Título de Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Orientadora: PROFA. DRA. EULÁLIA MARIA CHAVES MAIA

NATAL/RN

2011

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

Coordenadora do Programa de Pós-Graduação:

PROFA. DRA. TÉCIA MARIA DE OLIVEIRA MARANHÃO

Natal/RN

2011

CATALOGAÇÃO NA FONTE

M425q

Mata, Ádala Nayana de Sousa.

Qualidade de vida, funcionalidade e morbidade referida: avaliação em idosos na atenção básica de saúde / Ádala Nayana de Sousa Mata. – Natal, 2011.

86 f.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Eulália Maria Chaves Maia.

Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde. Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

1. Saúde do Idoso – Dissertação. 2. Envelhecimento – Qualidade de vida – Dissertação. 3. Doenças crônicas – Dissertação. 4. Geriatria – Dissertação. I. Maia, Eulália Maria Chaves. II. Título.

RN-UF/BS-CCS

CDU: 616-053.9 (043.3)

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

**QUALIDADE DE VIDA, FUNCIONALIDADE E MORBIDADE REFERIDA:
AVALIAÇÃO EM IDOSOS NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE**

BANCA EXAMINADORA

Presidente da Banca: Profa. Dra. Eulália Maria Chaves Maia

Membros Titulares:

Profa. Dra. Eulália Maria Chaves Maia (Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN).

Profa. Dra. Cristina Maria de Souza Brito Dias (Universidade Católica de Pernambuco)

Prof. Pós-Dr. Gilson de Vasconcelos Torres (Universidade Federal do Rio Grande do Norte)

Natal/RN

2011

Aos meus pais, pelos incentivos na minha educação e pelas incansáveis cobranças, sempre permeados pelo amor incondicional e pela confiança.

Ao meu esposo, Fábio, pelos estímulos a minha trajetória acadêmica e profissional, pela sua compreensão e seu amor.

Aos irmãos queridos, Matheus, Juliana, Sophia e Maria Clara, pelo apoio e carinho constantes.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Prof^a Dr^a **Eulália Maria Chaves Maia** pelos inúmeros momentos de discussão e reflexão nos anos de convivência, pela confiança no meu trabalho, e por suas imensas contribuições na minha formação pessoal, acadêmica e profissional.

À minha amiga **Camomila** que com a riqueza do seu afeto está presente em todos os momentos da minha vida, e juntamente com **Carol** e **Liliane** mostram cotidianamente a concretização da verdadeira amizade, que extrapolou as barreiras acadêmicas.

À **Santana**, que alegremente sempre dispõe de verdadeiras palavras de incentivo, e renova minhas energias para que eu continue a minha caminhada.

Às amigas **Priscila, Julliana, Herta, Ana Cristina, Silvia, Juliana** e **Rosane**, pela companhia e apoio, e pelos momentos compartilhados.

Aos **amigos** do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde (**PPGCSa**), que compartilham comigo as alegrias e dificuldades cotidianas desse momento.

Aos **amigos** do Grupo de Estudos: Psicologia e Saúde (**GEPS**), que proporcionam a vivência da pesquisa com demonstrações verdadeiras de cooperação, carinho e compreensão.

À **Pollyanna e Rodrigo**, alunos que colaboraram para o andamento desse projeto e proporcionaram momentos de grande enriquecimento na minha vida acadêmica.

Aos **alunos do Curso de Extensão** 'Avaliação de qualidade de vida em idosos e intervenções de promoção à saúde', pela ajuda na construção e concretização desse trabalho.

À **Secretaria Municipal de Saúde** do município de Natal/RN, por disponibilizar os espaços das suas Unidades de Saúde e acreditarem na importância desse projeto.

A todos os **velhinhos** que participaram espontaneamente da pesquisa, entendendo o valor dessa investigação.

A **Deus**, que derrama sobre mim seu imenso amor e tem me proporcionado viver alegremente com pessoas especiais, que acreditam no meu trabalho e confiam na minha capacidade, e ainda, por ter me permitido encontrar, nos participantes dessa pesquisa, a sabedoria e a vontade de viver.

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS	ix
LISTA DE TABELAS	x
RESUMO	xi
1. INTRODUÇÃO	12
2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	14
3. ANEXAÇÃO DE ARTIGOS	19
3.1. Artigo 1	19
3.2. Artigo 2	33
4. COMENTÁRIOS, CRÍTICAS E SUGESTÕES	54
5. APÊNDICE	60
6. ANEXOS	67
7. REFERÊNCIAS	82
ABSTRACT	86

LISTA DE ABREVIATURAS

ABVD	Atividades Básicas da Vida Diária
AIVD	Atividades Instrumentais da Vida Diária
AVD	Atividades da Vida Diária
AUT	Autonomia
CEASI	Centro Especializado na Atenção à Saúde do Idoso
DCNT	Doença Crônica Não-Transmissível
FS	Funcionamento do Sensório
GDS	Geriatric Depression Scale
GEPS	Grupo de Estudos: Psicologia e Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INT	Intimidade
MEM	Morte e Morrer
OMS	Organização Mundial de Saúde
PPF	Atividades Passadas, Presentes e Futuras
PPGCSa	Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde
PSO	Participação Social
PROPESQ	Pró-Reitoria de Pesquisa
QV	Qualidade de Vida
RN	Rio Grande do Norte
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UFRN	Universidade Federal do Rio Grande do Norte
WHOQOL	World Health Organization Quality of Life

LISTA DE TABELAS

Localização	Número	Título	p
3.1. Artigo 1	Tabela 1	Distribuição das variáveis sociodemográficas de um grupo de idosas usuárias do CEASI, Natal/RN, 2008.	25
3.1. Artigo 1	Tabela 2	Distribuição das idosas quanto à saúde, Natal/RN, 2008.	26
3.1. Artigo 1	Tabela 3	Distribuição das categorias da análise de conteúdo sobre a percepção de qualidade de vida das idosas do CEASI, Natal/RN, 2008.	27
3.2. Artigo 2	Tabela 1	Escores do WHOQOL-Old e WHOQOL-Bref e suas dimensões.	42
3.2. Artigo 2	Tabela 2	Análise da associação de características sociodemográficas com qualidade de vida total dos idosos.	43
3.2. Artigo 2	Tabela 3	Fatores significantes para a qualidade de vida total e para suas dimensões, segundo o modelo de regressão logística múltipla.	45

RESUMO

Transformações demográficas e epidemiológicas levaram a um aumento na população de idosos no mundo, e tornaram as doenças crônicas o principal problema de saúde nessa população, com consequências para a independência e a autonomia, e interferindo no estilo de vida e nas atividades diárias, podendo diminuir o bem-estar e a qualidade de vida. Desta forma, há uma necessidade urgente na investigação multidisciplinar da qualidade de vida, entendida como um conceito multidimensional e subjetivo, bem como os fatores a ela associados, como hábitos de saúde, presença de condições crônicas e capacidade funcional. Sob uma perspectiva qualitativa, o Artigo 1 traz a avaliação e a percepção dos idosos sobre sua qualidade de vida. O Artigo 2, por sua vez, apresenta os resultados mais amplos da pesquisa quantitativa, sendo possível verificar que a idade, a presença de doenças crônicas e a depressão se mostraram associados com a qualidade de vida. Desta maneira, discute-se a necessidade do planejamento de ações e estratégias de saúde, com enfoque interdisciplinar, considerando o contexto ambiental e a realidade familiar dos idosos, promovendo qualidade ao processo de envelhecer.

Descritores: Saúde do Idoso, Envelhecimento, Qualidade de Vida, Doenças Crônicas, Capacidade Funcional, Promoção da Saúde.

1. INTRODUÇÃO

O aumento da população com 60 anos ou mais, caracterizando um envelhecimento rápido e progressivo da população, principalmente em países em desenvolvimento como o Brasil, tem sido fonte de preocupação das políticas públicas, tornando-se foco das pesquisas na área de saúde. Sendo assim, verifica-se a necessidade de avaliar a QV dos idosos e os fatores que interferem na manutenção do estado de saúde e na vivência positiva da velhice. Destaca-se a importância de investigar as características do envelhecimento no Nordeste brasileiro, permitindo conhecer a realidade dos idosos nessa região, a fim de que sejam pensadas estratégias adequadas às características culturais e ambientais dos idosos.

Nesse contexto, o presente trabalho intitulado *“Qualidade de vida, funcionalidade e morbidade referida: avaliação em idosos na atenção básica de saúde”* objetivou avaliar a QV dos idosos, bem como os fatores que interferem na vivência dessa condição. Para tanto, um estudo descritivo, de corte transversal, foi realizado nas UBS do município de Natal/RN, buscando compreender se fatores como as condições crônicas de saúde e a capacidade funcional estão associadas com a QV no processo de envelhecer.

Nessa perspectiva, a primeira parte dessa dissertação traz uma revisão da literatura, sobre o processo do envelhecer e suas consequências para a saúde dos idosos, bem como os aspectos relacionados à QV nessa faixa etária. O delineamento da pesquisa baseia-se no pressuposto teórico de que o envelhecimento, influenciado pelos novos hábitos de saúde e pela exposição aos fatores de risco, acarreta problemas crônicos de saúde, que prejudicam a

independência dos indivíduos e suas relações, trazendo como consequência a diminuição da QV.

Nessa investigação, os procedimentos metodológicos foram determinados a fim de avaliar se os idosos vivenciam uma baixa QV, e se esse conceito está associado ao envelhecimento e suas consequências – presença de doenças crônicas e diminuição da capacidade funcional. A descrição do método e os resultados encontrados são apresentados nos artigos científicos, submetidos à avaliação em periódicos qualificados e com impacto no mundo acadêmico e científico.

O Artigo 1 – Percepção de qualidade de vida em idosas brasileiras – aponta resultados de uma investigação qualitativa, realizada durante o estudo piloto do projeto de pesquisa. Buscou avaliar como as idosas usuárias dos serviços públicos de saúde percebem e avaliam sua QV nessa etapa do desenvolvimento.

No Artigo 2 – Fatores biopsicossociais associados à qualidade de vida em idosos – foi avaliado, por meio de um estudo quantitativo, descritivo e transversal, a QV de 215 idosos usuários dos serviços de saúde no município de Natal, e sua relação com distintas variáveis sociodemográficas, de saúde, depressão e capacidade funcional.

Ao final da dissertação, são elencados comentários, críticas e sugestões do estudo, além de considerações importantes sobre os resultados encontrados, proporcionando reflexões sobre sua utilização nas ações e estratégias de promoção à saúde e no âmbito das políticas públicas com idosos.

2. REVISÃO DA LITERATURA

O crescimento da população de idosos é um fenômeno mundial e está ocorrendo a um nível sem precedentes. Os números mostram que, atualmente, uma em cada dez pessoas tem 60 anos de idade ou mais e, para 2050, estima-se que a relação será de uma para cinco em todo o mundo, e de uma para três nos países desenvolvidos. A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 2005 indica que o número de pessoas de 60 anos ou mais é superior a 18 milhões, correspondendo a quase 10% da população brasileira. Este grupo, que cresce ano a ano, aumentou em mais de 5 milhões de pessoas entre 1995 e 2005. Estimativas indicam que, no Brasil, esse contingente atingirá 32 milhões de 2025 e fará do país o sexto em número de idosos no mundo⁽¹⁾.

Esses números podem ser justificados em decorrência dos avanços científicos e tecnológicos, e à melhora nos parâmetros de saúde ao longo do tempo, trazendo como consequência o rápido declínio das taxas de fecundidade e natalidade. Esse fenômeno, conhecido como transição demográfica, possibilitou o processo de envelhecimento da população, que nos países em desenvolvimento acontece em ritmo acelerado⁽²⁻⁴⁾.

Um outro fenômeno que interfere nas mudanças populacionais é a transição epidemiológica, que considera as mudanças que vem ocorrendo nos padrões de morte, morbidade e invalidez⁽³⁾. Isto pode estar associado a transformações no estilo de vida da população, aliada ao processo de urbanização-industrialização, que tornou os indivíduos mais expostos aos fatores de risco, como alimentação inadequada, sedentarismo e consumo de álcool e tabaco⁽⁵⁻⁷⁾. Esses dois processos de transição estão inter-relacionados, pois na medida em que o declínio da

mortalidade por doenças infecciosas possibilita a convivência dos jovens com fatores de risco às condições crônicas de saúde, o crescimento do número de idosos e da expectativa de vida faz aumentar a frequência das DCNT, comum a esta população^(8,9).

Frente aos processos de mudanças, o envelhecimento deve ser caracterizado como uma etapa do desenvolvimento humano assinalado por modificações em seus aspectos físicos, sociais, biológicos e psicológicos, e em suas dimensões políticas, culturais e econômicas^(10,11). Configura-se, portanto, como um processo multideterminado do ciclo evolutivo que pode oferecer riscos ao bem-estar psicológico e à boa QV, uma vez que é acompanhado por perdas significativas para o indivíduo que está envelhecendo, merecendo atenção dos profissionais, das políticas e dos serviços de saúde^(12,13).

A busca pelos serviços de saúde passa a ser intensa, uma vez que o cenário de mortalidade passa a ser marcado por enfermidades complexas e onerosas, caracterizando-se pela presença de DCNT, que perduram por anos, com exigência de cuidados constantes, medicação contínua e exames periódicos⁽¹⁴⁾. Elas têm aumentado em ritmo acelerado e são responsáveis pela principal causa de incapacidade no mundo até o ano de 2020, atingindo até 60% da carga global de doenças⁽¹⁵⁾.

Estudos apontam que as doenças crônicas, e suas incapacidades não devem ser vistas como inevitáveis ao envelhecer, uma vez que a prevenção, em todos os níveis de assistência, pode mudar a esta situação⁽¹⁶⁾. No entanto, quando essas condições não são tratadas adequadas e oportunamente, tendem a provocar complicações e sequelas que dificultam a independência e a autonomia das pessoas, interferem nas suas aspirações, estilo de vida e atividades^(17,18). Produzem

no indivíduo uma quebra na sua dinâmica de desenvolvimento, gerando uma desarmonização, e podendo resultar na vivência de sentimentos negativos, tais como abandono, inutilidade, falta de autonomia e de controle sobre o meio e sobre si mesmo⁽¹²⁾.

Schramm *et al* realizaram um estudo sobre as cargas de doença, a fim de examinar a magnitude e o peso decorrente das doenças mais prevalentes no Brasil. Os resultados apontaram que as DCNT são responsáveis pelas maiores proporções de anos de vida perdidos por morte prematura, por anos de vida vividos com incapacidade e por anos de vida perdidos ajustados por incapacidade⁽³⁾.

A capacidade funcional surge, portanto, como um importante fator de impacto na QV em idosos, e como um novo paradigma da saúde pública para essa população que vivencia um aumento do número de doenças crônicas^(8,19). A capacidade de um indivíduo se adaptar aos problemas cotidianos, ou seja, àquelas atividades que são requeridas por seu entorno imediato, constitui-se como um fenômeno complexo, influenciado por múltiplos fatores. Pode ser avaliada com base na capacidade de execução das AVDs, que se dividem em: (a) ABVDs, relacionadas a tarefas próprias do autocuidado, como alimentar-se, banhar-se, vestir-se, arrumar-se, mobilizar-se e manter controle sobre suas eliminações; (b) AIVDs, indicativas da capacidade para levar uma vida independente na comunidade, incluindo a capacidade para preparar refeições, realizar compras, utilizar transporte, cuidar da casa, utilizar telefone, administrar as próprias finanças e tomar seus medicamentos^(20,21).

Nesse contexto a avaliação funcional torna-se essencial para o estabelecimento de um diagnóstico, prognóstico e julgamento clínico adequados, a fim de verificar em que nível as doenças ou agravos impedem o desempenho das

AVDs das pessoas idosas, de forma autônoma e independente. É um parâmetro que, associado a outros indicadores de saúde, pode ser utilizado para desenvolver um planejamento assistencial mais adequado e abrangente, e determinar a efetividade e a eficiência das intervenções propostas no dia-a-dia dos serviços de atenção à saúde da pessoa idosa, que devem ter como metas a independência e a autonomia, proporcionando bem-estar e QV^(20,22).

Na velhice, a QV tem sido associada, muitas vezes, a questões de dependência e autonomia, sendo importante distinguir quando o declínio precoce no estado de saúde e nas competências cognitivas está associado aos efeitos da idade e quando isso reflete a presença de uma patologia, uma vez que a dependência não é uma característica intrínseca à velhice^(4,23).

Sob esta perspectiva, deve-se adotar a amplitude do conceito da OMS que entende a QV como um conceito subjetivo, multidimensional, com elementos positivos e negativos. Pode ser entendida como a percepção do indivíduo sobre sua posição na vida, no contexto da cultura e nos sistemas de valores nos quais vive, relacionando-se aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações⁽²⁴⁾.

Diversos estudos procuram avaliar os domínios, os fatores e as condições de vida associadas ao grau de satisfação e de bem-estar em idosos, caracterizando a QV nessa população, a partir de seu próprio ponto de vista, existência de doenças crônicas e avaliação da capacidade funcional^(8,19,25). Contudo, nem sempre a QV foi avaliada adequadamente, em virtude da não consideração das singularidades dessa etapa vital que é a velhice, e da não utilização de um instrumento de medida próprio para os idosos^(26,27).

Para tanto, o Grupo WHOQOL desenvolveu uma ferramenta mais confiável e abrangente da QV para idosos – o WHOQOL-Old. Foi pensado com o intuito de

garantir que as especificidades da terceira idade estivessem contempladas no instrumento, e para um desempenho psicométrico satisfatório. Ainda assim, recomendam que o módulo WHOQOL-Old seja aplicado em conjunto com um instrumento genérico de QV (WHOQOL-100 e WHOQOL-Bref) para aumentar a sua validade⁽²⁸⁾.

Com a utilização de instrumentos confiáveis, aumentam as chances de realizar uma avaliação mais fidedigna da QV, considerando os fatores e as condições de vida associadas ao grau de satisfação e de bem-estar em idosos. Investigar e estudar a manutenção do estado de saúde e a vivência da velhice com qualidade exige a busca de suas relações com os hábitos de saúde, a existência de doenças crônicas e a avaliação da capacidade funcional^(4,19,25).

3. ANEXAÇÃO DE ARTIGOS

3.1. Artigo 1

Artigo intitulado “Percepção de qualidade de vida em idosas brasileiras”, submetido para publicação em periódico de padrão internacional, conforme Classificação do Qualis – CAPES na área de Medicina II.

PERCEPÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA EM IDOSAS BRASILEIRAS

Ádala Nayana de Sousa Mata, Pollyanna Ferreira Santana, Rodrigo da Silva Maia,
Eulália Maria Chaves Maia.

RESUMO

Objetivo: Compreender como os idosos, usuários do Sistema Único de Saúde, percebem e avaliam sua qualidade de vida nessa etapa do desenvolvimento.

Método: Estudo qualitativo, descritivo e transversal, com amostra por conveniência, realizado com 15 idosas do Centro de Atenção à Saúde do Idoso, no município de Natal/RN, Brasil. As idosas foram convidadas a responder um questionário com questões sociodemográficas e relativas aos hábitos de saúde, além da questão

indutora: O que é qualidade de vida? Os dados foram analisados através da Análise de Conteúdo de Bardin. **Resultados:** O grupo apresentou uma idade média de 70 anos, sendo a maioria viúvas, vivendo em ambiente multigeracional. Sobre os aspectos de saúde, as idosas referiram-se a presença de mais de duas patologias e avaliaram a saúde negativamente. A análise de conteúdo proporcionou o agrupamento de três categorias sobre a percepção de qualidade de vida: hábitos saudáveis, relacionamentos interpessoais e saúde. **Discussão:** Os dados mostram que o grupo percebe a qualidade de vida como um fator multideterminado, sendo importante elaborar estratégias de saúde que considerem o contexto ambiental e a realidade familiar dos idosos, a fim de proporcionar qualidade aos anos vividos.

Palavras-Chave: Qualidade de Vida; Idosos; Saúde; Integralidade.

QUALITY OF LIFE PERCEPTION IN THE BRAZILIAN ELDERLY

ABSTRACT

Objective: Understand how the elderly users of the National Health System perceive and assess their quality of life at this stage of development. Method: Qualitative study, descriptive and cross-sectional, conducted with a convenience sample of 15 elderly individuals enrolled at the Center for Elderly Care in the city of Natal, Brazil. The elderly were asked to respond to a questionnaire with socio-demographic questions and those related to health habits, in addition to the following prompting question: What does quality of life mean to you? The data were analyzed using Bardin's content analysis. Results: The mean age of the group was 70 years, the most were widowed and lived in a multigenerational environmental. In relation to health aspects, the elderly reported having more than two pathologies and had a negative self-assessment of health. Content analysis produced three quality of life categories: healthy habits, interpersonal relationships and health. Discussion: The data show that the group perceives quality of life as a multidetermined factor, making it important to elaborate health strategies that consider the environmental context and the family reality of the elderly, in order to provide quality in their remaining years.

Keywords: Quality of Life; Elderly; Health; Integrality.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional tem aumentado nas últimas décadas como consequência de melhorias nos âmbitos de saúde e de avanços tecnológicos, bem como da diminuição das taxas de fecundidade e natalidade, os quais proporcionaram mudanças no perfil epidemiológico e demográfico da população. Contudo, esta não é mais uma realidade apenas dos países ricos, uma vez que tal processo tem ocorrido de forma radical e bastante acelerada no Brasil, de maneira que as projeções apontam que, em 2020, será o sexto país do mundo em número de idosos, com população superior a 30 milhões de pessoas⁽¹⁾.

Estas transformações acarretam em aumento da procura por serviços de saúde devido às doenças crônicas e múltiplas que podem estar presentes no processo de envelhecer. No entanto, é imprescindível enfatizar que tais doenças não são consequências diretas do envelhecimento. A partir destas informações, nota-se a necessidade de ações e políticas públicas, cujos recursos e intervenções devem dirigir-se ao bem-estar e qualidade de vida (QV) dos indivíduos que envelhecem⁽²⁾.

A expressão QV, por sua vez, tem várias vertentes, que vão desde uma conceituação popular até seu emprego no contexto científico, utilizado principalmente pelas áreas relacionadas à saúde. E ainda neste contexto existem diversos significados relacionados ao termo em discussão, como condição de saúde ou funcionamento social⁽³⁻⁵⁾.

A Organização Mundial de Saúde utiliza-se da amplitude deste conceito, afirmando que a QV “é a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais vive, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”⁽³⁾. Este conceito demonstra um caráter multidimensional e subjetivo, em que as condições físicas, psicológicas,

ambientais e os relacionamentos sociais são domínios relevantes para a percepção que o indivíduo fará de sua QV.

No idoso, a percepção da QV dependerá da forma como ele vivencia sua velhice e quais os significados que atribui aos seus eventos de vida, como casamento, nascimento de filhos, separação ou morte do cônjuge, perda dos amigos, dentre outros. Diante da importante necessidade de conhecer as características da população em estudo, objetivou-se compreender como os idosos, usuários do Sistema Único de Saúde, percebem e avaliam sua QV nessa etapa do desenvolvimento.

MÉTODOS

Estudo qualitativo, de caráter descritivo e transversal, com amostra por conveniência, realizado com 15 idosas usuárias do Centro Especializado na Atenção à Saúde do Idoso (CEASI), em Natal/RN, cidade do Nordeste do Brasil. Foram incluídas idosas, a partir de 60 anos de idade, que tinham suas funções mentais preservadas e capacidade de verbalização.

A presente investigação atendeu a todas as exigências do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) através do parecer nº 212/2007.

Para a coleta de dados foi utilizada a técnica da questão aberta, a partir da pergunta indutora “O que é qualidade de vida para o (a) Sr (a)?” Esta técnica favorece a compreensão pelas idosas das relações que estabelecem com as várias dimensões que compõem a QV. Foi aplicado, ainda, um formulário estruturado, com questões sociodemográficas, como idade, estado civil e renda familiar, e questões relacionadas aos hábitos de saúde, investigando a presença de patologias, a auto-avaliação da saúde, dentre outras.

A análise da questão aberta foi realizada através da Análise de Conteúdo proposta por Bardin⁽⁶⁾. As palavras foram organizadas através de um processo de agrupamento por classificação, reunindo as palavras a nível semântico (palavras idênticas ou sinônimas). Em seguida, foram submetidas a uma classificação por aproximação de sentido, com o objetivo de estabelecer categorias de análise, realizadas por três juízes que trabalharam de maneira independente. Os dados sociodemográficos e as variáveis de saúde foram analisados com a Estatística Descritiva, através do *software* SPSS 15.0, sendo calculados a frequência de respostas e as medidas de tendência central.

RESULTADOS

A média de idade das 15 entrevistadas foi de 69,9 anos ($\pm 4,2$). Com relação ao estado civil, a maioria delas são viúvas, e residem em família multigeracional. Quanto à escolaridade, as idosas não concluíram o ensino fundamental ou nunca estudaram. Dentre as idosas, grande parte recebe aposentadoria ou pensão, e todas possuem renda familiar entre 1 e 3 salários mínimos (Tabela 1).

Em relação aos hábitos de saúde, as idosas avaliaram sua saúde de forma negativa, e fizeram referência a mais de duas condições crônicas de saúde, dentre elas a Hipertensão e as Músculo-Esqueléticas. Todas realizam o controle de suas patologias com medicação, ingerindo a média de três medicamentos (Tabela 2).

Tabela 1

Distribuição das variáveis sociodemográficas de um grupo de idosas usuárias do CEASI, Natal/RN, 2008.*

VARIÁVEIS	n	%
Estado Civil		
Viúva	7	46,7
Separada	4	26,7
Casada/União Estável	3	20,0
Solteira	1	6,6
Escolaridade		
Não Alfabetizado	5	33,3
Ensino Fundamental Incompleto	9	60,0
Ensino Fundamental Completo	1	6,7
Aposentadoria		
Sim	13	86,7
Não	2	13,3
Renda		
1 a 3 Salários Mínimos	15	100,0
Total	15	100,0

*CEASI: Centro Especializado na Atenção à Saúde do Idoso

Tabela 2

Distribuição das variáveis de saúde do grupo de idosas, Natal/RN, 2008.

VARIÁVEIS	n	%
Auto-avaliação da Saúde		
Negativa	7	46,7
Regular	5	33,3
Positiva	3	20,0
Presença de Patologias Crônicas		
Até 2	6	40,0
Acima de 2	9	60,0
DCNT		
Hipertensão Arterial	14	93,3
Músculo-Esqueléticas	12	80,0
Cardiovasculares	8	53,3
Depressão	7	46,7
Diabete Melito	2	13,3
Câncer	2	13,3
Quantidade de Medicamentos		
Até 2	6	40,0
Entre 3 e 5	6	40,0
Acima de 5	3	20,0

A análise de conteúdo proporcionou o agrupamento de três categorias sobre a percepção de QV: hábitos saudáveis, relacionamentos interpessoais e saúde, transmitindo uma visão multideterminada da QV, uma vez que as idosas incorporam ao conceito diferentes significados (Tabela 3).

Tabela 3

Distribuição das categorias da análise de conteúdo sobre a percepção de qualidade de vida das idosas do CEASI, Natal/RN, 2008.*

CATEGORIAS	n	%
Hábitos Saudáveis	11	73,3
Relacionamentos Interpessoais	12	80,0
Saúde	10	66,7

*CEASI: Centro Especializado na Atenção à Saúde do Idoso

Categoria I – Hábitos Saudáveis

A preocupação com os hábitos saudáveis esteve fortemente presente no discurso das idosas, que deixaram transparecer a preocupação com a satisfação das necessidades, conforme o relato a seguir: *“a gente precisa de sucos fortes, tomar muito chá... comer muitas frutas e verduras para viver melhor e deixar os ossos fortes...”* (I06).

Esses hábitos ficam evidenciados, ainda, quando a I07 relata: *“quando a gente chega na velhice precisa se cuidar porque dói tudo, então eu faço ginástica e danço muito, tento me movimentar”*.

Categoria II – Relacionamentos Interpessoais

Uma outra categoria que as idosas relacionaram com a QV, foi denominada de relacionamentos interpessoais, pois as participantes consideravam o construto a partir da maneira como se relacionavam com seus familiares e amigos. Essa categoria pode ser ilustrada pela seguinte fala: *“quando a gente tem o amor dos filhos e dos netos, a gente tem tudo... saúde, felicidade, qualidade de vida”* (I15).

A relação da QV com os relacionamentos interpessoais fica evidenciada no comentário da idosa I01, *“a melhor coisa dessa vida é ter paz no coração, muitos amigos, e filhos bons, trabalhadores...”*.

Nesta categoria foi ilustrado o relacionamento com companheiro como forma de manter a QV pautada nos laços afetivos, ilustrado na fala de I09: *“eu tenho um namorado, casar mais nunca, eu quero ser livre, mas é importante a gente ter alguém pra dividir as coisas, e namorar também né!”*.

Categoria III – Saúde

A categoria saúde foi relacionada à ausência de doenças e à avaliação que as idosas faziam dos serviços que recebiam no CEASI, pois afirmavam *“ter qualidade de vida é ter saúde, fazer tudo, não ficar deitada em cima de uma cama esperando a vida passar”* (I02). A idéia é complementada com o pensamento: *“quando a gente é bem atendida no serviço, os médicos atendem a gente bem... porque cuidar da saúde é mais importante pra ter uma vida boa”* (I11).

Além disso, percebe-se que a saúde tem destaque quando relatam: *“a QV é quando a gente cuida da gente, vem pro médico, faz os exames e faz o que ele diz, se a gente tem saúde e paz, a gente tem tudo e é feliz”* (I04).

DISCUSSÃO

Nos países da América Latina, como o Brasil, a transição demográfica e o consequente aumento do envelhecimento acontecem de forma muito rápida, e acompanhada de condições sociais mais complexas, principalmente pelo ambiente econômico desfavorável⁽⁷⁾. No presente estudo, percebe-se características desse contexto, como a média de idade 69,9 anos, ainda pequena quando comparada a países desenvolvidos, e o baixo nível de escolaridade e da renda das idosas, corroborando com dados de outras cidades brasileiras^(8,9).

Nesta investigação estabeleceu-se como foco o público feminino, uma vez que as mulheres refletem a característica populacional do Brasil, já que possuem uma maior expectativa de vida e maior probabilidade de ficarem viúvas, conforme dados encontrados. Além disso, buscam mais os serviços de saúde e tratam mais cedo dos seus sintomas, fatores que, associados, ocasionam a feminização da velhice^(7,8), a qual, juntamente com as condições crônicas de saúde e as doenças mentais, pode estar associada a uma pior QV⁽¹⁰⁾.

Sob esta perspectiva, faz-se necessário pensar alternativas que propiciem o envelhecimento bem-sucedido, considerando aspectos de saúde, autonomia, independência e relacionamentos interpessoais positivos^(5,9). Sendo assim, a busca de indicadores, como a auto-avaliação de saúde, podem predizer as características do envelhecimento, pois refletem uma percepção integrada do indivíduo sobre as suas dimensões biológica, social e psicológica⁽⁸⁾.

As idosas desta investigação apresentaram insatisfação com a própria saúde, além da presença de múltiplas patologias e usos de medicamentos, corroborando com diversos estudos e refletindo a realidade brasileira⁽⁷⁻⁹⁾. Desta maneira, percebe-se a necessidade dos serviços de saúde estarem adaptados ao crescimento populacional, promovendo medidas que possibilitem não apenas a melhoria nos parâmetros de saúde, mas também o aumento das redes de proteção, atividades de lazer e espaço para a integração com a família, uma vez que a saúde é compreendida em suas esferas biológica, social e psicológica^(11,12).

De acordo com Santana e Maia, o envelhecimento traz importantes modificações estruturais nos indivíduos com consequências no âmbito psicossocial, uma vez que podem acarretar a inatividade, a solidão e o isolamento. Nesta perspectiva, as autoras encontraram no seu estudo com grupo de idosos ativos, uma

forte relação do bem-estar psicológico, felicidade e envelhecimento, sugerindo que, além da atividade física, aspectos como as relações sociais e a amizade formada nos grupos podem melhorar a QV da população que envelhece⁽¹³⁾.

As categorias apresentadas na análise de conteúdo do presente estudo refletem uma visão multideterminada do conceito de QV, que deve se entendido como um construto multifacetado^(5,14). Essas categorias deixam claro, ainda, características biopsicossociais do conceito, como a importância da atividade física e da alimentação equilibrada, do relacionamento com a família e com os amigos, e da manutenção da funcionalidade, usos de medicamentos e a assistência de saúde recebida.

A manutenção dessas características, decorrentes do processo de envelhecimento, pode ajudar na melhoria da QV, exigindo atenção dos profissionais, das políticas e dos serviços de saúde^(15,16). Ações de educação e prevenção de doenças crônicas e do declínio funcional podem atuar como mudanças comportamentais importantes no envelhecimento ativo e saudável⁽¹⁷⁾.

Os dados apontam para o conceito de QV relacionado à saúde, ao nível de independência, ao estilo de vida, às relações sociais e à satisfação com a vida. Emerge, então, a necessidade de criar alternativas de intervenção e propor ações e políticas que visem o bem-estar dos idosos, através da prevenção e do tratamento das complicações que prejudicam a autonomia, a independência e a QV desta população.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Veras R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev. Saúde Pública*. 2009; 43(3): 548-54.
2. Lima AMM, Silva HS, Galhardoni R. Envelhecimento bem-sucedido: trajetórias de um constructo e novas fronteiras. *Interface Comun. Saúde Educ*. 2008; 12(27): 795-807.
3. Pereira RJ, Cotta RMM, Franceschini SCC, Ribeiro RCL, Sampaio RF, Priore SE, et al. Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. *Rev. Psiquiatr. Rio Gd. Sul*. 2006; 28(1): 27-38.
4. Seidl EMF, Zannon CMLC. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad. Saúde Pública*. 2004; 20(2): 580-8.
5. Vecchia RD, Ruiz T, Bocchi SCM, Corrente JE. Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. *Rev. Bras. Epidemiol*. 2005; 8(3): 246-52.
6. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2008.
7. Maia FOM, Duarte YAO, Lebrão ML, Santos JLF. Fatores de risco para mortalidade em idosos. *Rev. Saúde Pública*. 2006; 40(6): 1049-56.
8. Lima-Costa MF, Firmo JOA, Uchôa E. A estrutura da auto-avaliação da saúde entre idosos: Projeto Bambuí. *Rev. Saúde Pública*. 2004; 38(6): 827-34.
9. Moraes JFD, Souza VBA. Factors associated with the successful aging of the socially-active elderly in the metropolitan region of Porto Alegre. *Rev. Bras. Psiquiatr*. 2005; 27(4): 302-8.
10. Failde I, Ramos I, Fernández-Palacín F, González-Pinto A. Women, mental health and health-related quality of life in coronary patients. *Women Health*. 2006; 43(2): 35-49.

11. Menéndez J, Guevara A, Arcia N, Díaz EML, Marín C, Alfonso JC. Enfermedades crónicas y limitación funcional en adultos mayores: estudio comparativo en siete ciudades de América Latina y el Caribe. *Rev. Panam. Salud Pública.* 2005; 17(5-6): 353-61.
12. Ministério da Saúde. Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis: Brasil, 15 Capitais e Distrito Federal, 2002-2003. Rio de Janeiro: INCA; 2004.
13. Santana MS, Maia EMC. Atividade física e bem-estar na velhice. *Rev. Salud Pública.* 2009; 11(2): 225-36.
14. Fleck MPA, Chachamovich E, Trentini C. Projeto WHOQOL-OLD: método e resultados de grupos focais no Brasil. *Rev. Saúde Pública.* 2003; 37(6): 793-99.
15. Khoury HTT, Günther IA. Percepção de controle, qualidade de vida e velhice bem-sucedida. In Falcão DVS, Dias CMSB, organizadores. *Maturidade e velhice: pesquisas e intervenções psicológicas.* Vol. 2. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2006.
16. Sousa L, Galante H, Figueiredo D. Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. *Rev. Saúde Pública.* 2003; 37(3): 364-71.
17. Hsu HC. Gender disparity of successful aging in Taiwan. *Women Health.* 2005; 42(1): 1-21.

3.2. Artigo 2

Intitulado “Fatores biopsicossociais associados à qualidade de vida em idosos”, o artigo foi submetido para publicação em periódico de padrão internacional, conforme Classificação do Qualis – CAPES na área de Medicina II.

FATORES BIOPSIKOSSOCIAIS ASSOCIADOS À QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS

Ádala Nayana de Sousa Mata, Rodrigo da Silva Maia, Paulo Roberto Medeiros de
Azevedo, Eulália Maria Chaves Maia.

RESUMO

Considerando o acelerado processo de envelhecimento populacional, objetivou-se avaliar a qualidade de vida e os fatores associados em idosos usuários da rede básica de saúde de Natal/RN. Foi realizado um estudo quantitativo, transversal, com 215 idosos selecionados por conveniência. Utilizou-se um questionário estruturado com dados sociodemográficos, hábitos de saúde e morbidade referida, o WHOQOL-Old e WHOQOL-Bref para avaliar a qualidade de vida, a Escala de Katz e de Lawton para verificar a capacidade funcional, e a GDS-15 para identificar os sintomas depressivos. Os dados foram analisados pelo SPSS 15.0, considerando um nível de significância $p < 0,05$. Verificou-se uma média de idade de 69 anos, com predominância do sexo feminino, de casados e com baixo nível de escolaridade. Dentre as variáveis sociodemográficas, somente a idade apresentou associação com a qualidade de vida total ($p = 0,059$). A idade, a presença de doenças crônicas, e a depressão se mostraram significantes para a qualidade de vida total e suas dimensões, segundo o modelo de regressão logística múltipla. Percebe-se que com o processo de envelhecimento, deve-se incentivar a prevenção das doenças e o planejamento de ações multidisciplinares, a fim de garantir a qualidade de vida da população que envelhece.

PALAVRAS-CHAVES: Qualidade de Vida, Envelhecimento, Saúde, Prevenção.

BIOPSYCHOSOCIAL FACTORS ASSOCIATED WITH QUALITY OF LIFE IN OLDER ADULTS

ABSTRACT

Considering the rapid population aging process, aimed at evaluating the quality of life and associated factors in elderly users of the basic health of Natal/RN. Cross-sectional and quantitative study with 215 subjects selected for convenience. We used a structured questionnaire including socio-demographic, health behavior and morbidity, the WHOQOL-Old and WHOQOL-Bref to assess the quality of life, the scale of Katz and Lawton to verify the functional ability, and the GDS-15 to identify depressive symptoms. Data were analyzed by SPSS 15.0, considering a significance level of $p < 0.05$. There was a mean age of 69 years, predominantly female, married and low education level. Among the socio-demographic variables, only age was associated with overall quality of life ($p = 0.059$). Age, presence of chronic diseases, and depression proved significant for the overall quality of life and its dimensions, according to multiple logistic regression model. It is felt that with the aging process, it is necessary to encourage disease prevention and disciplinary action planning in order to ensure the quality of life of the aging population.

KEYWORDS: Quality of life, Aging, Health, Prevention.

INTRODUÇÃO

O rápido aumento da expectativa de vida da população mundial deve-se a fenômenos importantes: a transição demográfica e a transição epidemiológica. O primeiro fenômeno está relacionado ao processo de envelhecimento da população, que acontece em ritmo acelerado, devendo-se, em parte, aos avanços científicos e tecnológicos, e à melhora nos parâmetros de saúde ao longo do tempo. Já a transição epidemiológica considera as mudanças que vem ocorrendo nos padrões de morte, morbidade e invalidez, passando as doenças crônicas a se constituírem como um dos principais problemas de saúde para os países em desenvolvimento⁽¹⁻³⁾.

Desta maneira, em todo o mundo, o número de pessoas com 60 anos ou mais está crescendo mais rapidamente do que o de qualquer outra faixa etária. A população de idosos, pessoas com 60 anos ou mais, cresceu 7,3 milhões entre 1980 e 2000, totalizando mais de 14,5 milhões em 2000. O Brasil, até 2025, será o sexto país em número de idosos⁽⁴⁾.

Como consequência da elevação populacional de idosos, há o aumento no número de condições crônicas sobre a saúde desta população, podendo ser visto como resultado da mudança dos hábitos de saúde, que tornou os indivíduos mais expostos aos fatores de risco⁽⁵⁻⁷⁾. Estudos tem mostrado a depressão como uma condição mundialmente vivenciada e uma importante questão de saúde pública, que apresenta altas taxas de prevalência. Este transtorno possui uma sintomatologia incapacitante, sendo este o transtorno psiquiátrico mais frequentemente encontrado nos idosos⁽⁸⁻¹⁰⁾. As condições crônicas podem produzir no indivíduo uma quebra na sua dinâmica de desenvolvimento, gerando uma desarmonização e exigindo uma reestruturação da sua vida, para que possa viver com qualidade⁽¹¹⁾.

O envelhecimento humano se configura como um processo do ciclo evolutivo que pode oferecer riscos ao bem-estar psicológico e à boa qualidade de vida (QV), sendo acompanhado por perdas significativas para o indivíduo. Dessa forma, verifica-se a importância de compreender a velhice como um período do ciclo vital que merece atenção dos profissionais, das políticas e dos serviços de saúde^(12,13).

A QV, entendida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como um conceito subjetivo, multidimensional, com elementos positivos e negativos, torna-se importante nos estudos sobre o envelhecimento. Pode ser definida como a percepção do indivíduo sobre sua posição na vida, no contexto da cultura e nos sistemas de valores nos quais vive, relacionando-se aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações⁽¹⁴⁾.

Diversos estudos procuram avaliar os fatores e as condições de vida associadas ao grau de satisfação e de bem-estar em idosos, caracterizando a QV, a partir dos seus hábitos de saúde, da existência de doenças crônicas e da avaliação da capacidade funcional^(1,15). Diante do exposto, este trabalho tem por objetivo avaliar a QV dos idosos residentes no município de Natal, Rio Grande do Norte, Brasil, e sua relação com distintas variáveis sociodemográficas, de saúde, depressão e capacidade funcional.

MÉTODOS

Participantes

Estudo transversal realizado no município de Natal, capital do Rio Grande do Norte, Região Nordeste do Brasil, no período de junho a outubro de 2009. A amostra por conveniência foi constituída por 215 idosos, usuários das Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município. As UBS foram sorteadas, e os participantes selecionados sistematicamente, com reposição, de acordo com a ordem de chegada

para o atendimento na Unidade. Foram incluídos no estudo idosos com 60 anos de idade ou mais, usuários da rede básica de saúde. Adotou-se como critério de exclusão indivíduos que apresentaram déficit cognitivo, verificado através do Mini-Exame do Estado Mental⁽¹⁶⁾, que poderia comprometer a compreensão das instruções para a aplicação dos instrumentos.

Instrumentos

Utilizou-se na pesquisa um formulário estruturado, contemplando questões sociodemográficas (idade, sexo, estado civil, escolaridade e estrutura familiar), bem como fatores relacionados à saúde (autopercepção de saúde, presença de Doenças Crônicas Não Transmissíveis – DCNT, uso de medicamentos e hábitos de saúde). Todas as variáveis de saúde investigadas no formulário foram auto-referidas.

Para avaliar a QV, foi aplicado o WHOQOL-Old (World Health Organization Quality of Life - Old), um protocolo de investigação da QV para idosos, desenvolvido pela OMS em uma perspectiva transcultural. O módulo WHOQOL-Old consiste em 24 itens da escala de *likert* atribuídos a seis facetas: “Funcionamento do Sensório” (FS), “Autonomia” (AUT), “Atividades Passadas, Presentes e Futuras” (PPF), “Participação Social” (PSO), “Morte e Morrer” (MEM) e “Intimidade” (INT), podendo ser combinados para produzir um Escore Geral (TOTAL) da QV. Cada uma das facetas possui quatro itens, e o escore transformado dos valores podem oscilar de 0 a 100, sendo os escores altos representativos de uma alta QV e escores baixos representam uma baixa QV⁽¹⁷⁾. Recomenda-se que o questionário WHOQOL-Old seja aplicado juntamente com o questionário WHOQOL-Bref, uma versão abreviada do instrumento WHOQOL-100. Este instrumento divide-se em quatro domínios, os quais se propõem a avaliar respectivamente: Capacidade Física, Psicológica,

Relações Sociais e Meio Ambiente, constituídos por questões, cujas alternativas variam numa intensidade de 1 a 5. Quanto maior o escore, maior a QV⁽¹⁸⁾.

Para a avaliação funcional, as atividades de vida diária (AVD's) foram mensuradas através de duas escalas: Escala de Katz para as atividades básicas da vida diária (ABVD's), que mede a habilidade da pessoa em desempenhar suas atividades cotidianas de banhar-se, vestir-se, ir ao banheiro, transferência, continência e alimentação, e Escala de Lawton para as atividades instrumentais da vida diária (AIVD's), como usar o telefone, fazer compras, executar atividades domésticas, usar transporte, tomar seus medicamentos, controlar finanças, preparar refeições e andar fora de casa. Foram considerados independentes nas ABVD's os sujeitos com pontuação menor ou igual a 7 pontos, e dependentes aqueles com escore acima de 8 pontos, sendo os itens das escalas composto de três valores: independência = 0; dependência parcial = 1; dependência total = 2. Para as AIVD's foram considerados independentes os sujeitos com pontuação menor ou igual a 5 pontos, dependência parcial com escores entre 6 e 20 pontos, e independente os indivíduos com escore maior que 21 pontos, considerando três estratos: sem ajuda = 3, com ajuda parcial = 2 e não consegue = 1⁽¹⁹⁻²¹⁾.

A depressão foi avaliada através da Escala de Depressão Geriátrica, em sua versão reduzida de 15 itens (GDS-15), amplamente utilizada e validada na população idosa e no Brasil. Este instrumento é composto por 15 perguntas negativas/afirmativas, no qual o resultado maior ou igual a 5 pontos caracteriza depressão, e o escore acima de 11 pontos diagnostica depressão grave^(22,23).

Procedimentos

Para a elaboração do método do presente estudo, o Grupo WHOQOL Brasil concedeu autorização para a utilização dos instrumentos de QV. A pesquisa foi

aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (Parecer nº 212/2007).

Os idosos foram recrutados nas UBS, enquanto aguardavam atendimento, sendo conduzidos para uma sala, na qual se explicitou os objetivos e procedimentos do estudo, sendo posteriormente assinado um termo de consentimento de participação na pesquisa, em duas vias, conforme recomendação da Resolução 196/96. Os instrumentos da pesquisa foram aplicados individualmente e respondidos com a ajuda do pesquisador.

Os resultados foram codificados, introduzidos em um banco de dados e submetidos à análise pelo programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* – SPSS 15.0. A análise foi realizada mediante uma abordagem de estatística descritiva e inferencial. Na abordagem inferencial, os dados foram submetidos ao Teste t e ao Teste Qui-Quadrado, a fim de verificar possíveis diferenças de médias das idades e associações da variável QV e da depressão, com as variáveis sociodemográficas (idade, sexo, estado civil e escolaridade). Para a identificação dos fatores associados com a QV total dos idosos e com suas dimensões foi realizada análise múltipla de regressão logística, considerando um nível de significância $p < 0,05$ e como resposta o fato da QV total e de suas dimensões estarem ou não abaixo das respectivas medianas.

RESULTADOS

Os idosos que constituíram a amostra do estudo apresentaram média de idade de 69,4 anos ($\pm 6,8$), com maioria no grupo etário de 60 a 69 anos (56,7%). A população pode ser descrita, de forma geral, com predominância do sexo feminino (74,4%), de casados (44,2%), com vivência em uma ambiente familiar multigeracional (75,8%), baixo nível de escolaridade, em que a maioria da amostra

cursou até o nível fundamental (80%), e baixa classificação socioeconômica (78,6%).

Com relação aos hábitos de saúde, os idosos relataram comportamentos positivos, pois apresentaram baixo consumo de bebidas alcoólicas (11,2%), o tabagismo foi relatado apenas por 7% da amostra estudada, e a realização de atividade física estava presente em 44,2% dos idosos.

A avaliação positiva da autopercepção da saúde foi feita por 59,1% dos entrevistados, mesmo referindo a presença de DCNT em 84,7% e o uso de medicamentos (76,3%). Outras condições de saúde foram referidas, como a necessidade de internamento hospitalar nos últimos doze meses (7,9%), a ocorrência de quedas no último ano (27%) e interrupção das atividades habituais nos últimos quinze dias (13,5%). Ressalta-se, também, que quase todos os idosos (99,5%) apresentaram independência na realização das ABVD's, bem como 90,2% não teve limitações nas AIVD's.

Na avaliação realizada com o WHOQOL-Old e o WHOQOL-Bref valores altos representam uma alta QV, sendo verificados altos escores de QV na amostra de idosos estudada, conforme a Tabela 1.

A Tabela 2 contempla a análise entre a variável QV Total (TOTAL), e as variáveis idade, sexo, estado civil e nível educacional. Apenas com a variável idade é que se verifica uma tendência a uma significância estatística ($p=0,059$). Na avaliação da Depressão 70,2% dos idosos não apresentou sintomas depressivos, mas foi verificado que 23,8% obtiveram índices para depressão em nível moderado e 6% em nível grave. Os escores categorizadas em ausência dos sintomas e com sintomas depressivos, foram submetidos ao Teste t para comparação de médias de amostras independentes e o Teste Qui-Quadrado de associação. De acordo com os

resultados, não há diferença entre as médias das idades dos grupos com e sem depressão, assim como não são identificadas associações com as variáveis sexo, estado civil e nível educacional.

Tabela 1

Escores do WHOQOL-Old e WHOQOL-Bref e suas dimensões

DIMENSÕES	MEDIANA	MÉDIA	DP
WHOQOL-Old			
Funcionamento Sensorio	68,75	67,30	20,16
Autonomia	62,50	64,36	16,04
Atividades Passadas, Presentes e Futuras	68,75	67,70	14,73
Participação Social	68,75	66,95	15,14
Morte e Morrer	75,00	67,33	24,80
Intimidade	68,75	64,01	20,37
Total	66,67	66,27	11,56
WHOQOL-Bref			
Físico	14,00	13,51	1,82
Psicológico	14,00	13,27	1,94
Relações Sociais	15,00	15,11	2,44
Meio Ambiente	13,00	12,99	2,24
Total	16,00	14,64	2,46

Tabela 2

Análise da associação de características sociodemográficas com qualidade de vida total e a depressão dos idosos.

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	WHOQOL-OLD TOTAL		<i>p</i>	GDS – 15		<i>p</i>
	>66,67 n(%) ou M(DP)	<66,67 n(%) ou M(DP)		Sem Depressão n(%) ou M(DP)	Com Depressão n(%) ou M(DP)	
Idade: M(DP)	68,46 (6,5)	70,23 (7)	0,059 ^a	69,84(6,63)	69,27 (7,41)	0,832 ^a
Sexo			0,249 ^b			0,899 ^b
Masculino	29 (29,3)	26 (22,4)		39 (25,83)	16 (25)	
Feminino	70 (70,7)	90 (77,6)		112 (74,17)	48 (75)	
Estado Civil			0,240 ^b			0,186 ^b
Solteiro	17 (17,2)	23 (19,8)		27 (17,88)	12 (18,75)	
Casado	51 (51,5)	44 (37,9)		72 (47,68)	23 (35,94)	
Viúvo	24 (24,2)	39 (33,6)		39 (25,83)	24 (37,5)	
Divorciado	7 (7,1)	10 (8,6)		13 (8,61)	5 (7,81)	
Nível Educacional			0,254 ^b			0,416 ^b
Nunca Estudou	17 (17,2)	17 (14,7)		27 (17,88)	7 (10,94)	
Fundamental	59 (59,6)	81 (69,8)		95 (62,91)	45 (70,31)	
Médio ou Superior	23 (23,2)	18 (15,5)		29 (19,21)	12 (18,75)	
Total	99 (46)	116 (54)		151 (70,2)	64 (29,8)	

^a Teste t

^b Teste Qui-Quadrado

Na Tabela 3, estão expostas as variáveis que se mostraram relacionadas com a QV total e com suas dimensões. Nas características sociais, a idade se mostrou relacionada com as dimensões Autonomia, Atividades Passadas, Presentes e Futuras, Morte e Morrer e QV Total, e a condição de viuvez apresentou associação com a dimensão Participação Social. A presença de Doenças Crônicas apresentou relações significativas com a QV nas dimensões Funcionamento do Sensório, Autonomia e QV Total. A depressão também se mostrou significativamente relacionada com as dimensões e o total da QV, com exceção da categoria Funcionamento do Sensório. Não houve associações com sexo, nível educacional e capacidade funcional.

DISCUSSÃO

Nos estudos sobre o envelhecimento deve-se considerar a heterogeneidade do processo de desenvolvimento que envolve esta etapa da vida do indivíduo, uma vez que idosos podem ser saudáveis e com boa habilidade funcional ou necessitar do cuidado de outras pessoas. Desconsiderar as diferenças individuais dos idosos, negar a velhice ou negligenciar suas necessidades pode comprometer a QV⁽²⁴⁾.

Desta maneira, mensurar a QV é uma tarefa complexa, pelo caráter subjetivo da medida, e por sofrer influências de múltiplos fatores. Sendo assim, os instrumentos de avaliação implicam na adoção de múltiplos critérios^(25,26). O desenvolvimento do instrumento WHOQOL-Old pode ser visto como um avanço na tentativa de compreender a QV através de critérios específicos para a população idosa. Dentro de uma perspectiva transcultural, considerou as características fundamentais da velhice, e a natureza multidimensional do conceito de QV, assumindo que a avaliação das dimensões deve ser apropriada a adultos idosos⁽¹⁷⁾.

Tabela 3

Fatores significantes para a qualidade de vida total e para suas dimensões, segundo o modelo de regressão logística múltipla.

CARACTERÍSTICAS	DIMENSÕES WHOQOL-OLD													
	Funcionamento Sensorio		Autonomia		Atividades Passadas, Presentes e Futuras		Participação Social		Morte e Morrer		Intimidade		Total	
	OR [IC95%]	p	OR [IC95%]	p	OR [IC95%]	p	OR [IC95%]	p	OR [IC95%]	p	OR [IC95%]	p	OR [IC95%]	p
Idade														
60 a 69 anos														
70 a 79 anos	1,2 [0,61-2,17]	0,670	1,02 [0,53-1,94]	0,943	0,87 [0,45-1,70]	0,700	0,67 [0,34-1,30]	0,241	2,00 [1,01-3,95]	0,046	1,38 [0,72-2,65]	0,323	1,60 [0,80-3,20]	0,181
Acima de 80 anos	2,5 [0,79-7,91]	0,119	6,93 [1,76-27,24]	0,006	5,35 [1,25-22,87]	0,023	8,35 [0,99-70,42]	0,051	1,96 [0,60-6,31]	0,260	1,74 [0,55-5,47]	0,337	6,85 [1,86-25,14]	0,004
Estado Civil														
Solteiro														
Casado	0,93 [0,39-2,17]	0,868	0,81 [0,33-1,96]	0,646	0,63 [0,25-1,57]	0,328	1,58 [0,65-3,86]	0,309	0,75 [0,31-1,85]	0,545	0,86 [0,36-2,03]	0,733	0,84 [0,33-2,10]	0,716
Viúvo	1,49 [0,62-3,60]	0,366	0,75 [0,30-1,86]	0,542	0,96 [0,37-2,49]	0,938	2,81 [1,08-7,31]	0,034	0,84 [0,33-2,13]	0,718	0,81 [0,33-1,98]	0,653	0,99 [0,39-2,55]	0,995
Divorciado	2,09 [0,59-7,34]	0,249	0,46 [0,12-1,68]	0,243	0,96 [0,26-3,53]	0,962	0,55 [0,15-1,97]	0,360	1,27 [0,35-4,62]	0,710	1,70 [0,48-5,97]	0,405	1,63 [0,44-6,08]	0,460
Doenças Crônicas														
Nenhuma														
1 a 3 DCNT	2,69 [1,14-6,32]	0,023	3,92 [1,50-10,25]	0,005	0,91 [0,38-2,15]	0,837	0,79 [0,32-1,94]	0,621	0,95 [0,41-2,19]	0,921	1,42 [0,62-3,24]	0,396	3,22 [1,23-8,39]	0,016
Mais de 4 DCNT	3,26 [0,86-2,31]	0,081	6,01 [1,50-24,05]	0,011	0,25 [0,62-1,04]	0,057	0,26 [0,06-1,08]	0,065	1,46 [0,36-5,80]	0,589	1,49 [0,40-5,45]	0,548	2,73 [0,66-11,27]	0,164
Depressão														
Normal														
Moderada	1,93 [0,93-3,99]	0,073	2,21 [1,06-4,60]	0,034	4,39 [1,89-10,18]	0,001	2,39 [1,07-5,33]	0,032	3,72 [1,65-8,38]	0,002	3,31 [1,55-7,05]	0,002	7,74 [3,20-18,73]	0,000
Grave	3,43 [0,87-13,44]	0,076	6,26 [1,29-30,20]	0,022	13,37 [1,60-111,36]	0,016	6,69 [1,28-35,01]	0,024	10,27 [1,26-83,41]	0,029	3,09 [0,78-12,22]	0,107	8,16 [1,61-41,20]	0,011

Os resultados do estudo apontam para uma predominância do sexo feminino, casados, com baixo nível de escolaridade e baixo nível socioeconômico, semelhantes a outros estudos brasileiros⁽²⁷⁻³⁰⁾. Estes dados também correspondem à população que faz uso regular do Sistema Único de Saúde e frequenta suas unidades de atendimento.

Foram identificadas associações da idade com a QV. Os altos escores do construto obtidos nesse estudo podem refletir uma satisfação elevada com a vida, caracterizando o paradoxo da velhice, interpretado como um processo de adaptação ou satisfação com a estabilidade alcançada durante toda a vida⁽³¹⁾.

Percebe-se que nas alterações relacionadas à idade estão a presença de fatores de risco e a ocorrência de DCNT, que determinam para o idoso diferentes níveis de dependência, diretamente relacionada à perda de autonomia e dificuldade de realizar as atividades da vida diária, interferindo na sua QV⁽³²⁾. Em estudo realizado por Alves, Leite e Machado⁽³³⁾, foi percebida uma relação entre a percepção do idoso acerca de sua saúde e suas doenças crônicas, bem como sobre a forma que estes fatores podem contribuir à sua dependência funcional, e assim levar à queda do bem-estar e QV da pessoa idosa. Contudo, neste estudo, não foram verificadas associações da QV com a capacidade funcional, dado semelhante ao estudo de Alexandre, Cordeiro e Ramos⁽²⁷⁾, no qual se percebeu que a capacidade funcional não influencia o aumento da QV na velhice.

No entanto, as doenças crônicas estavam relacionadas com a dimensão Funcionamento Sensório, na qual se avalia o funcionamento das funções sensoriais e seus efeitos no desenvolvimento das atividades de vida diária, permitindo levantar uma preocupação com a perda da independência e autonomia dos indivíduos. Estudos recentes corroboram a este resultado, apontando que debilidades no

sistema sensorio-perceptual levam ao declínio da QV, e o seu respectivo tratamento pode levar a melhorias na QV⁽³⁴⁻³⁶⁾. A dimensão Autonomia também se relacionou com a presença de DCNT, mostrando que a insatisfação com esse construto pode refletir a perda da liberdade em fazer escolhas e controlar o futuro, diminuindo a QV na velhice.

A depressão, condição cônica reconhecida como importante problema de saúde do envelhecimento, apresentou associação com cinco dimensões e o valor global da QV. Reconhecida como condição mental mais prevalente em indivíduos idosos, tem projeção de ser a segunda principal causa de incapacidade em todo o mundo em 2020⁽¹⁰⁾. Este fenômeno na pessoa idosa está intimamente associado a aspectos da senescência e da senilidade, como declínio físico, funcional e cognitivo, perda de peso e desnutrição, baixa auto-estima, interpretações negativas do cotidiano e não-aderência aos tratamentos de doenças crônicas, conduzindo o sujeito à vivência de sentimentos negativos, tais como: sensação de abandono, de inutilidade, de falta de autonomia, de falta de controle sobre o meio e sobre si mesmo^(12,37), que podem dirigir a um decréscimo na QV da pessoa idosa. De acordo com Chachamovich et al.⁽³⁸⁾ o diagnóstico da depressão tem grande influência na diminuição da QV. Traz, ainda, um prognóstico pobre, sendo associada ao aumento da mortalidade, morbidade e utilização de serviços de saúde.

Os resultados corroboram com a multidimensionalidade do conceito de QV, o relacionando à saúde, ao estilo de vida, às relações sociais e à satisfação com a vida. Ações de educação e prevenção que visem a manutenção dessas características, que declinam com o processo de envelhecimento, viabilizam a melhoria da QV, exigindo atenção dos profissionais, das políticas e dos serviços de saúde⁽¹²⁾. No cenário de um crescente envelhecimento populacional, há de ser

viabilizadas condições de QV plena, que promovam o desenvolvimento saudável e ativo da população idosa, de modo congruente com sua realidade e vivências do cotidiano, sejam de cerne pessoal ou coletivo.

Por fim, conclui-se que há o tema da QV na pessoa idosa é uma preocupação recorrente e vislumbra-se a necessidade do fomento de mais pesquisas que busquem implementar programas de promoção do bem-estar biopsicossocial ao idoso e que tenham como objetivo o fortalecimento destas instâncias, os quais, por sua vez, devem respaldar-se nas políticas públicas de saúde e seguridade social.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Joia LC, Ruiz T, Donalisio MR. Condições associadas ao grau de satisfação com a vida entre a população de idosos. *Rev. Saúde Pública.* 2007; 41(1): 131-8.
2. Ministério da Saúde. Prevenção e controle das doenças não transmissíveis no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
3. Schramm JMA, Oliveira AF, Leite IC, Valente JG, Gadelha AMJ, Portela MC, Campos MR. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. *Ciênc. Saúde Coletiva.* 2004; 9(4): 897-908.
4. Organização Mundial de Saúde. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2005.
5. Freitas MC, Mendes MMR. Fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis: inquérito domiciliar no município de São Paulo, SP (Brasil). Metodologia e resultados preliminares. *Rev. Saúde Pública.* 1990; 24(4), 277-85.
6. Ministério da Saúde. Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis: Brasil, 15 Capitais e Distrito Federal, 2002-2003. Rio de Janeiro: INCA; 2004.
7. Alonso ED, Seuc AH. Esperanza de vida ajustada por algunas enfermedades crónicas no transmisibles. *Rev. Cubana Hig. Epidemiol.* 2005; 43(2).
8. Dunn A, Trivedi MH, Kampert JB, Clark CG, Chambliss HO. The dose study: a clinical trial to examine efficacy and dose response of exercise as treatment for depression. *Control Clin Trials.* 2002; 23(5): 584-603.
9. Snowdon J. How high is the prevalence of depression in old age? *Rev. Bras. Psiquiatr.* 2002; 24 Suppl 1: 42-7.

10. Shear K, Roose SP, Lenze, EJ, Alexopoulos, GS. Depression in the elderly: the unique features related to diagnosis and treatment. *CNS spectr.* 2005; 8 Suppl 10: 1-13.
11. Sebastiani RW, Santos CT. Acompanhamento psicológico à pessoa portadora de doença crônica. São Paulo: Pioneira Thomson Learning; 2001.
12. Khoury HTT, Günther IA. Percepção de controle, qualidade de vida e velhice bem-sucedida. In Falcão DVS, Dias CMSB, organizadores. *Maturidade e velhice: pesquisas e intervenções psicológicas. Vol 2.* São Paulo: Casa do Psicólogo; 2006.
13. Sousa L, Galante H, Figueiredo D. Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. *Rev. Saúde Pública.* 2003; 37(23): 364-71.
14. The WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med.* 1995; 41(10): 1403-9.
15. Pereira RJ, Cotta RMM, Franceschini SCC, Ribeiro RCL, Sampaio RF, Priore SE, Cecon PR. Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. *Rev. Psiquiatr. Rio Gd. Sul.* 2006; 28(1): 27-38.
16. Folstein M, Folstein S, McHugh PR. Mini-mental state. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res.* 1975; 12: 189-98.
17. Fleck MP, Chachamovich E, Trentini C. Development and validation of the portuguese version of the WHOQOL-Old module. *Rev. Saúde Pública.* 2006; 40(5): 785-91.

18. Fleck MP. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação de qualidade de vida "WHOQOL-Bref". Rev. Saúde Pública. 2000; 34: 178-83.
19. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. The index of ADL: a standardized measure of biologic and psychosocial function. JAMA. 1963; 185: 914-9.
20. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self maintaining and instrumental activities of daily living. Gerontologist. 1969; 9: 179-86.
21. Ministério da Saúde. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
22. Almeida OP, Almeida SA. Confiabilidade da versão brasileira da escala de depressão em geriatria (GDS) versão reduzida. Arq. Neuropsiquiatr. 1999; 57(2B): 421-6.
23. Sheikh JI, Yesavage JA. Geriatric depression scale (GDS): recent evidence and development of a shorter version. Clin Gerontology. 1986; 5: 165-73.
24. Paschoal SMP. Qualidade de vida. In Jacob Filho W, Amaral JRG, editores. Avaliação global do idoso: manual da liga do Gamia. São Paulo: Atheneu; 2005.
25. Torres GV, Reis LA, Reis LA, Fernandes MH. Qualidade de vida e fatores associados em idosos dependentes em uma cidade do interior do Nordeste. J. Bras. Psiquiatr. 2009; 58(1): 39-44.
26. Vecchia RD, Ruiz T, Bocchi SCM, Corrente JE. Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. Rev. Bras. Epidemiol. 2005; 8(3): 246-52.
27. Alexandre TS, Cordeiro RC, Ramos LR. Factors associated to quality of life in active elderly. Rev. Saúde Pública. 2009; 43(4): 613-21.

28. Lima-Costa MF, Barreto SM, Giatti L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Cad. Saúde Pública*. 2003; 19(3): 735-43.
29. Moraes JFD, Souza VBA. Factors associated with the successful aging of the socially-active elderly in the metropolitan region of Porto Alegre. *Rev. Bras. Psiquiatr*. 2005; 27(4): 302-8.
30. Veras R. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. *Cad. Saúde Pública*. 2003; 19(3): 705-15.
31. Dragomirecka E, Bartoňova J, Eisemann M, Kalfoss M, Kilian R, Martiny K, Steinbuchel N, Schmidt S. Demographic and psychosocial correlates of quality of life in the elderly from a cross-cultural perspective. *Clin Psychol Psychother*. 2008; 15: 193–204.
32. Parahyba MI, Veras R, Melzer D. Incapacidade funcional entre as mulheres idosas no Brasil. *Rev. Saúde Pública*. 2005; 39(3): 53-59.
33. Alves LC, Leite IC, Machado CJ. Fatores associados à incapacidade funcional dos idosos no Brasil: análise multinível. *Rev. Saúde Pública*. 2010; 44(3): 468-78.
34. Carvalho KM, Monteiro GBM, Isaac CR, Shiroma LO, Amaral MS. Causes of low vision and use of optical aids in the elderly. *Rev. Hosp. Clin. Fac. Med. Univ. São Paulo*. 2004; 59(4): 157-60.
35. Mantello EB, Moriguti JC, Rodrigues-Junior AL, Ferrioli E. Efeito da reabilitação vestibular sobre a qualidade de vida de idosos labirintopatas. *Rev. Bras. Otorrinolaringol*. 2008; 74(2): 172-80.

36. Sousa MGC, Russo ICP. Audição e percepção da perda auditiva em idosos. *Rev. Soc. Bras. Fonoaudiol.* 2009; 14(2): 241-6.
37. Cohen GD. Depression in late life. An historic account demonstrates the importance of making the diagnosis. *Geriatrics.* 2002; 57(12): 38-39.
38. Chachamovich E, Fleck M, Laidlaw K, Power M. Impact of major depression and subsyndromal symptoms on quality of life and attitudes toward aging in an international sample of older adults. *Gerontologist.* 2008; 48(5): 593–602.

4. COMENTÁRIOS, CRÍTICAS E SUGESTÕES

O presente estudo foi desenvolvido com o intuito de atender às exigências do mundo acadêmico e científico, uma vez que o envelhecimento humano se configura como uma preocupação das ciências de saúde. Produzir resultados que possam contribuir para a reflexão dos aspectos que permeiam o processo do envelhecer, e dos fatores que podem permitir a vivência desse momento com qualidade se mostram como importantes contribuições à sociedade.

Desta maneira, os resultados dessa investigação permitiram a elaboração dos dois trabalhos já citados e submetidos a periódicos científicos, com perspectivas de elaboração de outros artigos. Além disso, foi possível a publicação de trabalhos em anais de eventos científicos locais, nacionais e internacionais, por meio de conferências, mesas redondas, sessões de comunicações orais e painéis.

O desenvolvimento do projeto foi realizado, ainda, em parceria com o GEPS, sendo cadastradas novas pesquisas junto à PROPESQ. Esses projetos de pesquisa proporcionam a integração entre os alunos de graduação e de pós-graduação do Grupo de Estudos, permitindo que o conhecimento produzido seja compartilhado e proporcionando o crescimento intelectual e científico dos envolvidos.

Nesse sentido, foi realizado, ainda, o Curso de Extensão “Qualidade de vida e envelhecimento: ações na promoção à saúde”, que permitiu a qualificação dos estudantes, com a construção de conhecimentos que extrapolam o conteúdo das disciplinas de graduação, permitam o contato com a pesquisa e a aplicabilidade de seus resultados na ação e na atuação profissional, gerando benefícios à comunidade e aos idosos participantes das ações de promoção à saúde desenvolvidas.

Pretende-se dar prosseguimento às atividades no Grupo de Estudos, realizando atividades de pesquisa e de extensão, além de continuar auxiliando a orientação de alunos e bolsistas de iniciação científica. As reuniões com a orientadora e os alunos permanecerão, a fim de que outros resultados da pesquisa sejam analisados, produzindo novos artigos e garantindo o delineamento de novos projetos de pesquisa.

No desenvolvimento dos novos projetos, devemos considerar as dificuldades enfrentadas na execução desse estudo, a fim de evitar erros e vieses, e o possível comprometimento dos resultados e suas análises. Para tanto, a realização do estudo piloto, conforme realizado no presente trabalho mostra-se necessário e importante, testando e experimentando as ferramentas que devem ser utilizadas.

Uma modificação importante no modelo metodológico inicial impossibilitou o cumprimento do processo de amostragem e o arrolamento dos sujeitos. Durante o período da coleta de dados, houve mudanças na gestão municipal, não sendo permitida a realização do estudo em algumas UBS e, posteriormente, um longo período de greve dos servidores municipais da saúde, interrompendo as atividades cotidianas dos serviços. Dessa maneira, todo o cronograma da pesquisa foi alterado, prolongando o período da coleta de dados, e suas etapas posteriores. Um outro fator a ser considerado é a estrutura descentralizada do atendimento nas Unidades, com o registro precário do número de seus usuários.

Assim, a amostra de 397 idosos que, originalmente, seria aleatória estratificada sistemática, com um erro amostral de 5% e 95% de confiança, distribuídas nos distritos sanitários do município de Natal/RN, passou a ser definida por conveniência. Os participantes eram então, selecionados sistematicamente, com reposição, de acordo com a ordem de chegada para o atendimento na Unidade.

O tratamento e a análise estatística permitiram verificar que os dados dessa amostra apresentaram uma distribuição normal, sendo suficiente para uma interpretação consistente dos resultados. Por ser um estudo transversal, os testes utilizados para a análise foram apropriados, buscando verificar a associação da QV com as outras variáveis investigadas, sem procurar estabelecer relações de causa-efeito ou generalizações.

Para atingir os objetivos propostos, foram selecionados instrumentos comumente utilizados nas pesquisas relacionadas ao tema, adaptados ao contexto brasileiro e validados para o uso na população idosa. No entanto, a aplicação das escalas desenvolvidas pela OMS para a avaliação da QV – WHOQOL-Old e WHOQOL-Bref – foram alvo de reclamações pelos participantes, uma vez que são compostas por vários itens, com alternativas de resposta confusas. Nesse sentido, sugere-se que esses instrumentos sejam adaptados à realidade do Nordeste brasileiro, onde se verifica um baixo nível de escolaridade, diferentemente do encontrado nos estudos realizados pelo Grupo WHOQOL do Brasil. Os pesquisadores ficaram atentos à possibilidade de erros na respostas e no preenchimento da escala, minimizando a exclusão de sujeitos.

Em virtude do que foi observado na aplicação dos instrumentos WHOQOL, sentiu-se a necessidade de verificar a diferença entre escolaridade e a QV, a comparação entre os três níveis dessa característica e seus efeitos nas dimensões e no escore total do WHOQOL-Old e do WHOQOL-Bref. Ainda foram realizados testes para análise de regressão a fim de verificar a influência da escolaridade e da idade sobre as dimensões e o escore total dos dois instrumentos do WHOQOL utilizados nessa investigação.

Na Análise de Variância entre a escolaridade e os escores de QV, verificaram-se valores iguais nas dimensões e no escore geral do WHOQOL-Bref e do WHOQOL-Old para os três níveis de escolaridade. Através da regressão, foi demonstrado que para a dimensão Meio Ambiente do WHOQOL-Bref, o escore de escolaridade no nível médio ou superior é maior do que no nível mais baixo, sendo que a diferença de um para o outro é em média de 0,8008 ($p=0,04$). Para as variáveis Bref – Psicológico ($p=0,01$) e Bref – Relações Sociais ($p=0,01$) e Idade obtém-se uma estimativa de que, em média, para cada ano a mais na idade do indivíduo, os escores da dimensão Psicológico diminuem cerca de 0.05, ao passo que a dimensão Relações Sociais diminuem cerca de 0.06. Não foram observadas relações significativas entre os níveis de escolaridade e as dimensões e o escore total do WHOQOL-Old, ao passo que foram identificadas correlações significativas entre a idade e as dimensões Autonomia, Participação Social e Escore Total. Assim, realizando-se regressões com cada uma delas, obtém-se uma estimativa de que, em média para cada ano a mais na idade do indivíduo os escores das dimensões Autonomia, Participação Social e Escore Total diminuem respectivamente 0,43 ($p<0,01$), 0,30 ($p=0,04$) e 0,30 ($p=0,01$).

Esses resultados apontam para o entendimento de que a diminuição da capacidade funcional e cognitiva pode levar à perda da liberdade em fazer escolhas e controlar o futuro, bem como a diminuição da participação em atividades sociais e de lazer, e a vivência de sentimentos negativos. Isto pode, no processo de envelhecimento humano, interferir na manutenção da QV^(12,16).

Os resultados aqui apresentados mostram ainda que a QV no envelhecimento está relacionada a muitas variáveis de saúde, como a presença de doenças crônicas e a diminuição da capacidade funcional. No estudo qualitativo, os relacionamentos

interpessoais aparecem como fator importante para o estabelecimento e manutenção do bem-estar na velhice. Esses achados corroboram com o conceito de QV da OMS, que relaciona a percepção individual que os indivíduos possuem da vida, no contexto cultural e no sistema de valores em que estão inseridos, relacionados aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações, dependendo satisfação de suas necessidades sociais e econômicas, além de suas condições física, emocional, psíquica e mental ⁽²⁴⁾.

Sob essa perspectiva, o estudo de Molzahn *et al.* (2010) apresenta que as facetas mais importantes relacionadas a QV foram ter energia, ser feliz, ter um bom funcionamento dos sentidos e estar livre da dor. Dessa maneira, sugerem que os profissionais de saúde devem buscar soluções para minimizar a dor, e propor ações e intervenções que proporcionem o bem-estar e felicidade aos idosos, gerando energia para as atividades cotidianas, e ajudando no bom funcionamento dos sentidos⁽²⁹⁾.

Todos os estudos que tem como foco as pessoas com idade acima de 60 anos apresentam a necessidade de uma continuação nas investigações, proporcionando um conhecimento crescente sobre a realidade dessa população. Além disso, há recomendações constantes para o desenvolvimento e a adequação de instrumentos apropriados a essa faixa etária, tornando as medidas ajustadas à mensuração de aspectos importantes a saúde e ao desenvolvimento dos idosos.

Sob essa perspectiva, este trabalho e suas publicações se fazem importantes, pois no Brasil investigações sobre o envelhecimento ainda são incipientes. Portanto, pensar este trabalho se mostra importante e atual, sobretudo pelos poucos estudos realizados na região do Nordeste brasileiro. Uma outra característica que merece destaque é a busca pelo conhecimento dos aspectos de saúde e comportamento

dos indivíduos que frequentam as UBS, diferente dos inúmeros artigos que possuem como objeto de investigação idosos institucionalizados ou dependentes.

Espera-se que essas discussões possibilitem o desenvolvimento de ações eficazes que visem a QV dos idosos, por meio de reflexões críticas sobre a assistência e o amparo oferecidos a esta população. A minimização dos efeitos característicos do envelhecimento sobre o organismo humano e dos fatores de risco às doenças crônicas se apresentam como fundamentais, e devem ser pensados em uma perspectiva interdisciplinar.

Na perspectiva atual, a Psicologia se constitui enquanto ciência fundamental no desenvolvimento físico, cognitivo e psicossocial do homem, bem nas estratégias de prevenção e promoção de saúde. Para isso, o psicólogo inserido nesse contexto pode contribuir na mudança de comportamentos de risco, bem como na diminuição dos medos, ansiedades e fantasias do processo saúde-doença, levando os indivíduos a perceberem melhor a sua realidade e seus sentimentos. Fornecer as ferramentas necessárias e adequadas para o enfrentamento das situações que surgem cotidianamente, por uma equipe multiprofissional, resulta em um atendimento mais global e satisfatório para a saúde física, emocional e social do indivíduo, promovendo um processo de envelhecer saudável e com qualidade.

5. APENDICE

FORMULÁRIO

Nome (Iniciais): _____ Sexo: () Feminino () Masculino Idade: _____

Estado Civil: () solteiro () casado () viúvo ()

Naturalidade: _____ Religião: _____

Distrito onde mora: () Norte () Sul () Leste () Oeste

Bairro onde mora: _____

Quantas pessoas moram com o Sr(a)? _____ Quem são? _____

Quantos cômodos têm sua casa? _____

Fica sozinho(a) a maior parte do dia? () Sim () Não

Necessita de cuidados para o dia-a-dia? () Sim () Não

Escolaridade: () Não estudou () Fundamental () Médio

() Superior () Pós-Graduação

() Completo () Incompleto

Aposentado(a)? () Sim () Não Pensionista? () Sim () Não

Qual a sua ocupação antes da aposentadoria? _____

Qual a sua ocupação atual? _____

Renda Familiar: () Menos de 1 SM () De 1 a 3 SM () De 7 a 10 SM

() 1 SM () De 4 a 7 SM

Fuma: () Sim () Não

() Frequentemente () Raramente () Parou

Tipo: _____ Quantidade: _____ Tempo: _____

Bebida alcoólica: () Sim () Não

() Frequentemente () Raramente () Parou

Tipo: _____ Quantidade: _____ Tempo: _____

Atividade física: () Sim () Não

() Frequentemente () Raramente () Parou

Tipo: _____ Quantidade: _____ Tempo: _____

Atividade de lazer: () Sim () Não

() Frequentemente () Raramente () Parou

Tipo: _____ Quantidade: _____ Tempo: _____

Como você avalia:

a) Relacionamento com o(a) companheiro(a):

Não tem Péssimo Ruim Regular Bom Ótimo

b) Relacionamento com os filhos:

Não tem Péssimo Ruim Regular Bom Ótimo

c) Relacionamento com os netos:

Não tem Péssimo Ruim Regular Bom Ótimo

d) Relacionamento com as (demais) pessoas com as quais mora em sua residência:

Não tem Péssimo Ruim Regular Bom Ótimo

e) Relacionamento com os amigos:

Não tem Péssimo Ruim Regular Bom Ótimo

Tem algum problema crônico de saúde? _____ Qual?

Cardiovascular

Câncer. Qual? _____

Hipertensão

Pulmonar

Derrame

Músculo esquelética

Diabete

Mental

Outro. Qual? _____

Há quanto tempo? _____

Alguém na família com a mesma doença? Sim Não

Tipo de tratamento recomendado pelo médico/equipe? _____

O que acha que deve ser feito para o controle?

Dieta Atividade física Medicamentos Nada

Outro. Qual? _____

O que faz?

Dieta Atividade física Medicamentos Nada

Outro. Qual? _____

Quais medicamentos utiliza no momento? _____

Quantos medicamentos utiliza no momento? _____

Que Unidade Básica de Saúde você frequenta? _____

Que serviços você usufruiu dessa Unidade nos últimos 30 dias? _____

Como avalia o atendimento recebido?

() Não teve () Péssimo () Ruim () Regular () Bom () Ótimo

Esteve internado nos últimos 12 meses? () Sim () Não

Motivo: _____

Sofreu quedas nos últimos 12 meses? () Sim () Não

Motivo: _____

Deixou de realizar atividades habituais nos últimos 15 dias por motivo de saúde?

() Sim () Não

Ficou acamado nos últimos 15 dias? () Sim () Não

Motivo: _____

Obs.: _____

Natal, ___ / ___ / _____, Entrevistadora: _____

PUBLICAÇÕES

Trabalhos completos publicados em anais

1. MAIA, Rodrigo da Silva; SANTANA, Pollyanna Ferreira; FERREIRA, Camomila Lira; MATA, Ádala Nayana de Sousa; MAIA, Eulália Maria Chaves. *Qualidade de vida e saúde: percepção subjetiva de idosos usuários do sistema único de saúde* In: 12º Congresso Virtual de Psiquiatria, 2011.
2. SANTANA, Pollyanna Ferreira; MAIA, Rodrigo da Silva; FERREIRA, Camomila Lira; MATA, Ádala Nayana de Sousa; MAIA, Eulália Maria Chaves. *Depressão em idosos do nordeste brasileiro: percepção e avaliação dos sintomas* In: 12º Congresso Virtual de Psiquiatria, 2011.
3. FERREIRA, Camomila Lira; SANTOS, Lúcia Maria de Oliveira; MAIA, Rodrigo da Silva; MATA, Ádala Nayana de Sousa; MAIA, Eulália Maria Chaves. *Apoio social: fator de proteção no processo de envelhecimento* In: 12º Congresso Virtual de Psiquiatria, 2011.
4. SANTOS, Lúcia Maria de Oliveira; MAIA, Rodrigo da Silva; MATA, Ádala Nayana de Sousa; FERREIRA, Camomila Lira; MAIA, Eulália Maria Chaves. *Envelhecimento e fatores de risco, uma explanação biopsicossocial: revisão de literatura de 1998 a 2008* In: 12º Congresso Virtual de Psiquiatria, 2011.
5. MATA, Ádala Nayana de Sousa; FERREIRA, Camomila Lira; SANTANA, Pollyanna Ferreira; MAIA, Eulália Maria Chaves. *Percepção de qualidade de vida por um grupo de idosos usuários da rede básica de saúde* In: III Congresso ibero-americano de Psicogerontologia, 2009, São Paulo.
6. FERREIRA, Camomila Lira; MATA, Ádala Nayana de Sousa; GOMES, Thaiani Godoy; GÓIS, Luiza Carla de Medeiros; MAIA, Eulália Maria Chaves.

Auto-avaliação, doenças crônicas e medicamentos: a saúde sob a perspectiva do idoso In: III Congresso Ibero-americano de Psicogerontologia, 2009, São Paulo/SP.

Resumos publicados em anais

1. MAIA, Rodrigo da Silva; MATA, Ádala Nayana de Sousa; MAIA, Eulália Maria Chaves. *Doenças crônicas e capacidade funcional: estudo com idosos usuários da rede básica de saúde* In: IX Semana Norte Riograndense de Psicologia, 2010, Natal/RN.
2. MAIA, Rodrigo da Silva; MATA, Ádala Nayana de Sousa; MAIA, Eulália Maria Chaves. *Percepção e avaliação da depressão e da qualidade de vida na velhice* In: IX Semana Norte Riograndense de Psicologia, 2010, Natal/RN.
3. MATA, Ádala Nayana de Sousa; FERREIRA, Camomila Lira; SANTANA, Pollyanna Ferreira; MAIA, Rodrigo da Silva; MAIA, Eulália Maria Chaves. *Auto-avaliação da qualidade de vida e da saúde nos idosos usuários da rede básica de saúde* In: XVII Congresso Brasileiro de Geriatria e Gerontologia, 2010, Belo Horizonte/MG.
4. MATA, Ádala Nayana de Sousa; FERREIRA, Camomila Lira; SANTANA, Pollyanna Ferreira; MAIA, Rodrigo da Silva; MAIA, Eulália Maria Chaves. *Doenças crônicas e capacidade funcional em idosos* In: XVII Congresso Brasileiro de Geriatria e Gerontologia, 2010, Belo Horizonte/MG.
5. MATA, Ádala Nayana de Sousa ; FERREIRA, Camomila Lira ; SANTANA, Pollyanna Ferreira ; MAIA, Rodrigo da Silva ; MAIA, Eulália Maria Chaves . *Percepção e avaliação da depressão na velhice* In: XVII Congresso Brasileiro de Geriatria e Gerontologia, 2010, Belo Horizonte/MG.

6. MATA, Ádala Nayana de Sousa. *Qualidade de Vida e Depressão no Envelhecimento* In: X Congresso Brasileiro de Psicologia Hospitalar, 2010, São Paulo/SP.
7. SANTANA, Pollyanna Ferreira; MATA, Ádala Nayana de Sousa; FERREIRA, Camomila Lira; MAIA, Eulália Maria Chaves. *Percepção de qualidade de vida e satisfação com a saúde em um grupo de idosos usuários do sistema único de saúde* In: Encontro Multidisciplinar em Saúde, 2009, Natal/RN.
8. MATA, Ádala Nayana de Sousa; SANTANA, Pollyanna Ferreira; FERREIRA, Camomila Lira; MAIA, Eulália Maria Chaves. *Prevalência de doença mental em idosos usuários da rede básica de saúde de Natal/RN* In: VIII Semana Norte-Riograndense de Psicologia e IV Jornada de Psicologia da UFRN, 2009, Natal/RN. MATA, Ádala Nayana de Sousa; FERREIRA, Camomila Lira; MAIA, Eulália Maria Chaves. *Ações e Práticas para o Envelhecimento Ativo* In: VII Semana Norteriograndense de Psicologia e III Jornada de Psicologia da UFRN, 2008, Natal/RN.
10. MAIA, Eulália Maria Chaves; MATA, Ádala Nayana de Sousa; FERREIRA, Camomila Lira. *Conceitos, Fundamentos e Dimensões do Envelhecimento Ativo* In: VII Semana Norteriograndense de Psicologia e III Jornada de Psicologia da UFRN, 2008, Natal/RN.
11. FERREIRA, Camomila Lira; MATA, Ádala Nayana de Sousa; MAIA, Eulália Maria Chaves. *Determinantes e Desafios para o Envelhecimento Ativo* In: VII Semana Norteriograndense de Psicologia e III Jornada de Psicologia da UFRN, 2008, Natal/RN.

Participações em eventos científicos

1. 12º Congresso Virtual de Psiquiatria – Interpsiquis, 2011 (*Online*)
2. IX Semana Norte Riograndense de Psicologia e V Jornada de Psicologia da UFRN, 2010 (Natal/RN)
3. XVIII Semana de Humanidades, 2010 (Natal/RN)
4. XVII Congresso Brasileiro de Geriatria e Gerontologia, 2010 (Belo Horizonte/MG)
5. X Congresso Brasileiro de Psicologia Hospitalar, 2010 (São Paulo/SP)
6. 11º Congresso Virtual de Psiquiatria – Interpsiquis, 2010 (*Online*)
7. III Congresso Ibero-Americano de Psicogerontologia, 2009 (São Paulo/SP).
8. III Seminário Municipal de Enfrentamento a Violência contra a Pessoa Idosa, 2009 (Natal/RN)
9. I Encontro Multidisciplinar em Saúde, 2009 (Natal/RN)
10. VIII Semana Norterriograndense de Psicologia e IV Jornada de Psicologia da UFRN, 2009 (Natal/RN)
11. VII Semana Norterriograndense de Psicologia e III Jornada de Psicologia da UFRN, 2008 (Natal/RN)

6. ANEXOS

MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL

Nome (Iniciais): _____ Idade _____

Atividades / Pontuação	1	2	3	4	5
1. Orientação temporal (0-5): ANO – ESTAÇÃO - MÊS – DIA - DIA DA SEMANA					
2. Orientação espacial (0-5): ESTADO - CIDADE - RUA - BAIRRO - LOCAL					
3. Registro (0-3): Nomear: PENTE - RUA – CANETA					
4. Cálculo- tirar 7 (0-5): 100-93-86-79-72					
5. Evocação (0-3): Três palavras anteriores: PENTE – RUA – CANETA					
6. Linguagem 1 (0-2): Nomear um RELÓGIO e uma CANETA					
7. Linguagem 2 (0-1): Repetir: NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ					
8. Linguagem 3 (0-3): Siga o comando: Pegue o papel com a mão direita, dobre-o ao meio, coloque-o em cima da mesa.					
9. Linguagem 4 (0-1): Ler e obedecer: FECHER OS OLHOS					
10. Linguagem 5 (0-1): Escreva uma frase completa					
11. Linguagem 6 (0-1): Copiar o desenho: <div style="text-align: center;">  </div>					
TOTAL					

FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES BÁSICAS DE VIDA DIÁRIA,**KATZ**

Nome (Iniciais): _____ Idade _____

Para cada de área de funcionamento listada abaixo assinale a descrição que melhor se aplica. Assistência significa supervisão, orientação ou auxílio pessoal.			
Banho	Não recebe assistência ()	Recebe assistência no banho somente para uma parte do corpo ()	Recebe assistência no banho em mais de uma parte do corpo ()
Vestir	Pega as roupas e se veste completamente sem assistência ()	Pega as roupas e se veste sem assistência, exceto para amarrar os sapatos ()	Recebe assistência para pegar roupas ou para vestir-se ou fica parcial ou totalmente despido ()
Banheiro	Vai ao banheiro, higieniza-se e se veste após as eliminações sem assistência ()	Recebe assistência para ir ao banheiro ou para higienizar-se ou para vestir-se após as eliminações ou para usar o urinol à noite ()	Não vai ao banheiro para urinar ou evacuar ()
Transferência	Deita-se e levanta-se da cama ou da cadeira sem assistência ()	Deita-se e levanta-se da cama ou da cadeira com auxílio ()	Não sai da cama ()
Continência	Tem controle sobre as funções de urinar e evacuar ()	Tem "acidentes"* ocasionais *perdas urinárias ou fecais ()	Supervisão para controlar urina e fezes, utiliza cateterismo ou é incontinente ()
Alimentação	Alimenta-se sem assistência ()	Alimenta-se sem assistência, exceto para cortar carne ou passar manteiga no pão ()	Recebe assistência para se alimentar ou é alimentado parcial ou totalmente por sonda enteral/parenteral ()

ESCALA DE LAWTON

Nome (Iniciais): _____ Idade _____

Atividade		Avaliação	
1	O(a) Sr(a) consegue usar o telefone?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
2	O(a) Sr(a) consegue ir a locais distantes, usando algum transporte, sem necessidade de planejamentos espaciais?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
3	O(a) Sr(a) consegue fazer compras?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
4	O(a) Sr(a) consegue preparar suas próprias refeições?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
5	O(a) Sr(a) consegue arrumar a casa?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
6	O(a) Sr(a) consegue fazer trabalhos manuais domésticos, como pequenos reparos?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
7	O(a) Sr(a) consegue lavar e passar sua roupa?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
8	O(a) Sr(a) consegue tomar seus remédios na dose e horários corretos?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
9	O(a) Sr(a) consegue cuidar de suas finanças?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
TOTAL		_____Pontos	

ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA (GDS)

Nome (Iniciais): _____ Idade _____

Questão	Pontuação	
	Sim	Não
Satisfeito com a vida?	0	1
Interrompeu muitas de suas atividades?	1	0
Acha sua vida vazia?	1	0
Aborrece-se com frequência?	1	0
Sente-se de bem com a vida na maior parte do tempo?	0	1
Teme que algo ruim lhe aconteça?	1	0
Sente-se alegre a maior parte do tempo?	0	1
Sente-se desamparado(a) com frequência?	1	0
Prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?	1	0
Acha que tem mais problemas de memória que outras pessoas?	1	0
Acha que é maravilhoso estar vivo(a) agora?	0	1
Vale a pena viver como agora?	0	1
Sente-se cheio de energia?	0	1
Acha que sua situação tem solução?	0	1
Acha que tem muita gente em situação melhor?	1	0
TOTAL		

WHOQOL-Old

Nome (Iniciais): _____ Idade _____

Instruções

Este questionário pergunta a respeito dos seus pensamentos, sentimentos e sobre certos aspectos de sua qualidade de vida, e aborda questões que podem ser importantes para você como membro mais velho da sociedade.

Por favor, responda todas as perguntas. Se você não está seguro a respeito de que resposta dar a uma pergunta, por favor escolha a que lhe parece mais apropriada.

Esta pode ser muitas vezes a sua primeira resposta.

Por favor, tenha em mente os seus valores, esperanças, prazeres e preocupações.

Pedimos que pense na sua vida **nas duas últimas semanas**.

Por exemplo, pensando nas duas últimas semanas, uma pergunta poderia ser:

O quanto você se preocupa com o que o futuro poderá trazer?

Nada	Muito pouco	Mais ou Menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor reflete o quanto você se preocupou com o seu futuro durante as duas últimas semanas. Então você circularia o número 4 se você se preocupou com o futuro “Bastante”, ou circularia o número 1 se não tivesse se preocupado “Nada” com o futuro.

Por favor, leia cada questão, pense no que sente e circule o número na escala que seja a melhor resposta para você para cada questão.

As seguintes questões perguntam sobre o **quanto** você tem tido certos sentimentos nas últimas duas semanas.

F25.1 Até que ponto as perdas nos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato), afetam a sua vida diária?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

F25.3 Até que ponto a perda de, por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato, afeta a sua capacidade de participar em atividades?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

F26.1 Quanta liberdade você tem de tomar as suas próprias decisões?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

F26.2 Até que ponto você sente que controla o seu futuro?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

F26.4 O quanto você sente que as pessoas ao seu redor respeitam a sua liberdade?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

F29.2 Quão preocupado você está com a maneira pela qual irá morrer?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

F29.3 O quanto você tem medo de não poder controlar a sua morte?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

F29.4 O quanto você tem medo de morrer?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

F29.5 O quanto você teme sofrer dor antes de morrer?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

As seguintes questões perguntam sobre **quão completamente** você fez ou se sentiu apto a fazer algumas coisas nas duas últimas semanas.

F25.4 Até que ponto o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato) afeta a sua capacidade de interagir com outras pessoas?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

F26.3 Até que ponto você consegue fazer as coisas que gostaria de fazer?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

F27.3 Até que ponto você está satisfeito com as suas oportunidades para continuar alcançando outras realizações na sua vida?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

F27.4 O quanto você sente que recebeu o reconhecimento que merece na sua vida?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

F28.4 Até que ponto você sente que tem o suficiente para fazer em cada dia?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

As seguintes questões pedem a você que diga o quanto você se sentiu **satisfeito**, **feliz ou bem** sobre vários aspectos de sua vida nas duas últimas semanas.

F27.5 Quão satisfeito você está com aquilo que alcançou na sua vida?

Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4	5

F28.1 Quão satisfeito você está com a maneira com a qual você usa o seu tempo?

Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4	5

F28.2 Quão satisfeito você está com o seu nível de atividade?

Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4	5

F28.7 Quão satisfeito você está com as oportunidades que você tem para participar de atividades da comunidade?

Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4	5

F27.1 Quão feliz você está com as coisas que você pode esperar daqui para frente?

Muito Infeliz	Infeliz	Nem feliz nem infeliz	Feliz	Muito Feliz
1	2	3	4	5

F25.2 Como você avaliaria o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato)?

Muito Ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	Boa	Muito Boa
1	2	3	4	5

As seguintes questões se referem a qualquer **relacionamento íntimo** que você possa ter. Por favor, considere estas questões em relação a um companheiro ou uma pessoa próxima com a qual você pode compartilhar (dividir) sua intimidade mais do que com qualquer outra pessoa em sua vida.

F30.2 Até que ponto você tem um sentimento de companheirismo em sua vida?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

F30.3 Até que ponto você sente amor em sua vida?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

F30.4 Até que ponto você tem oportunidades para amar?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

F30.7 Até que ponto você tem oportunidades para ser amado?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

Você tem algum comentário sobre o questionário?

OBRIGADO(A) PELA SUA COLABORAÇÃO!

WHOQOL- Bref

Nome (Iniciais): _____ Idade _____

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor, responda a todas as questões** . Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	Nada	Muito Pouco	Médio	Muito	Completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	Nada	Muito Pouco	Médio	Muito	Completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

	Muito Ruim	Ruim	Nem Ruim Nem Boa	Boa	Muito Boa
1 Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

	Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito Nem Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
2 Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

	Nada	Muito Pouco	Mais ou Menos	Bastante	Extremamente
3 Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4 O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5 O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6 Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7 O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8 Quão seguro(a) você se sente	1	2	3	4	5

em sua vida diária?					
9 Quanto saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

	Nada	Muito Pouco	Médio	Muito	Completamente
10 Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11 Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12 Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13 Quanto disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14 Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

	Muito Ruim	Ruim	Nem Ruim Nem Bom	Bom	Muito Bom
15 Quanto bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

	Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito Nem Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
16 Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17 Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18 Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19 Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20 Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)	1	2	3	4	5
21 Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22 Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23 Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24 Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25 Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

	Nunca	Algumas Vezes	Frequentemente	Muito Frequentemente	Sempre
26 Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?.....

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?.....

Você tem algum comentário sobre o questionário?

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

7. REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Síntese de indicadores sociais. Estudos e pesquisas. Informação demográfica e socioeconômica 19. Rio de Janeiro; 2006.
2. Ministério da Saúde. Prevenção e controle das doenças não transmissíveis no Brasil. Brasília; 2002.
3. Schramm JMA, Oliveira AF, Leite IC, Valente JG, Gadelha AMJ, Portela MC, Campos MR. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. Ciênc. Saúde Coletiva. 2004; 9(4): 897-908.
4. Joia LC, Ruiz T, Donalisio MR. Condições associadas ao grau de satisfação com a vida entre a população de idosos. Rev. Saúde Pública. 2007; 41(1): 131-8.
5. Freitas MC, Mendes MMR. Fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis: inquérito domiciliar no município de São Paulo, SP (Brasil). Metodologia e resultados preliminares. Rev. Saúde Pública. 1990; 24(4): 277-85.
6. Ministério da Saúde. Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal, 2002-2003. Rio de Janeiro: INCA; 2004.
7. Alonso ED, Seuc AH. Esperanza de vida ajustada por algunas enfermedades crónicas no transmisibles. Rev. Cubana Hig. Epidemiol. 2005; 43(2).

8. Motta LB, Aguiar AC. Novas competências profissionais em saúde e o envelhecimento populacional brasileiro: integralidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2007; 12(2): 363-72.
9. Souza EAP. Questionário de qualidade de vida na epilepsia: resultados preliminares. *Arq. Neuropsiquiatr*. 2001; 59(3-A): 541-4.
10. Davim RMB, Torres GV, Dantas SMM, Lima VM. Estudo com idosos de instituições asilares no município de Natal/RN: características socioeconômicas e de saúde. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2004; 12(3): 518-24.
11. Stoppe Junior A, Louzã Neto MR. Depressão na terceira idade: apresentação clínica e abordagem terapêutica. São Paulo (SP): Lemos Editorial; 1999.
12. Khoury HTT, Günther IA. Percepção de controle, qualidade de vida e velhice bem-sucedida. In: Falcão DVS, Dias CMSB, organizadores. *Maturidade e velhice: pesquisas e intervenções psicológicas*. Vol. 2. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2006.
13. Sousa L, Galante H, Figueiredo D. Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. *Rev. Saúde Pública*. 2003; 37(23): 364-71
14. Veras R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev. Saúde Pública*. 2009; 43(3): 548-54.
15. Organização Mundial da Saúde. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial. Brasília; 2003.
16. Parahyba MI, Veras R, Melzer D. Incapacidade funcional entre as mulheres idosas no Brasil. *Rev. Saúde Pública*. 2005; 39(3): 53-9.

17. Menéndez J, Guevara A, Arcia N, Díaz EML, Marín C, Alfonso J. Enfermedades crónicas y limitación funcional en adultos mayores: estudio comparativo en siete ciudades de América Latina y el Caribe. *Rev. Panam. Salud Pública.* 2005; 17(5/6).
18. Turner J, Kelly B. Emotional dimensions of chronic disease. *West J Med.* 2000; 172:124-8.
19. Pereira RJ, Cotta RMM, Franceschini SCC, Ribeiro RCL, Sampaio RF, Priore SE, Cecon PR. Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. *Rev. Psiquiatr. Rio Gd. Sul.* 2006; 28(1): 27-38.
20. Caldas CP. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. *Cad. Saúde Pública.* 2003; 19(3): 773-81.
21. Duarte YAO, Andrade CL, Lebrão ML. O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. *Rev. Esc. Enferm. USP.* 2007; 41(2): 317-25.
22. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. *Cadernos de atenção básica.* Brasília; 2006.
23. Sousa L, Galante H, Figueiredo D. Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. *Rev. Saúde Pública.* 2003; 37(23): 364-71.
24. The WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med.* 1995; 41(10): 1403-9.
25. Vecchia RD, Ruiz T, Bocchi SCM, Corrente JE. Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. *Rev. Bras. Epidemiol.* 2005; 8(3): 246-52.

26. Fleck MPA, Chachamovich E, Trentini CM. Projeto WHOQOL-OLD: método e resultados de grupos focais no Brasil. *Rev. Saúde Pública*. 2003; 37(6): 793-9.
27. Fleck MP, Chachamovich E, Trentini C. Development and validation of the portuguese version of the WHOQOL-OLD module. *Rev. Saúde Pública* 2006; 40(5): 785-91.
28. Power M, Quinn K, Schmidt S. Development of the WHOQOL-OLD module. *Qual Life Res*. 2005; 14: 2197-2214.
29. Molzahn A, Skevington SM, Kalfoss M, Makaroff KS. The importance of facets of quality of life to older adults: an international investigation. *Qual Life Res*. 2010; 19: 293–8.

ABSTRACT

Demographic and epidemiological transformations have led to an increase in elderly populations in the world, and chronic diseases become the main health problem in this population, with consequences for the independence and autonomy, and interfering in the lifestyle and daily activities, and may decrease the welfare and quality of life. So, there is an urgent need for multidisciplinary research on the quality of life, understood as a multidimensional and subjective concept, as well as the associated factors, such as health habits, presence of chronic conditions and functional capacity. Thus, In qualitative terms, the Article 1 provides an assessment and perception of the elderly about their quality of life. Article 2, in turn, presents the results of more extensive quantitative research, which can be seen that age, presence of chronic diseases and depression were associated with the quality of life. Thus, we discuss the need for action was planning and health strategies, with interdisciplinary approach, considering the environmental context and reality of family elders, promoting quality in the process of aging.

Descriptors: Health of the Elderly, Aging, Quality of Life, Chronic Disease, Functional Capacity, Health Promotion.