

# Qualidade de vida em um grupo de idosos de Veranópolis

*Waleska P. Farenzena*

*Irani de L. Argimon*

*Emílio Moriguchi*

*Mirna W. Portuquez*

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

**Palavras-chave:** qualidade de vida; idosos; WHOQOL-Bref.

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

**Keywords:** *Quality of Life; Elderly People; WHOQOL-Brief.*

## Introdução

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

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

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

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

## Medida de Qualidade de Vida

A Organização Mundial da Saúde através do *World Health Organization Quality of Life*, o grupo WHOQOL, desenvolveu uma escala com base em uma perspectiva transcultural para avaliar Qualidade de Vida em adultos. Foram consideradas como características fundamentais o caráter subjetivo da Qualidade de Vida e sua natureza multidimensional (The Whoqol Group, 1995).

O instrumento acima referido foi chamado de WHOQOL-100, e, a partir dele, originou-se o WHOQOL-Bref (World Health Organization Quality of Life), versão abreviada, constituída de 26 questões, que tem o mesmo objetivo. O WHOQOL-Bref divide-se em quatro domínios, os quais se propõem a avaliar, respectivamente: capacidade física, bem-estar psicológico, relações sociais e contexto ambiental. Além disso, constitui-se de um domínio que avalia a QV global. Cada domínio é composto por questões, cujas alternativas variam numa intensidade de 1 a 5 (Hwang, Liang, Chiu e Lin, 2003; Fleck, 2000b, Louzada et alii, 2000; Pereira, Cotta e Franceschini, 2006).

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

## Materiais e métodos

### População

O perfil étnico-populacional da amostra do município de Veranópolis constitui-se de descendentes de italianos. A cidade está localizada a 170 quilômetros de Porto Alegre, a 705 metros de altitude, com clima subtropical e uma área de 289 km<sup>2</sup>. O número de idosos (60 anos ou mais) residente na cidade é de 2.733 mil habitantes, o que corresponde

a cerca de 12,63% da população. Veranópolis conta com um Centro de Geriatria e Gerontologia recentemente inaugurado, além de o município ser alvo de pesquisa na área do envelhecimento desde 1994. A amostragem foi por conveniência, junto a um projeto de prevenção que atende cerca de 700 idosos (IBGE, 2006).

### Desenho do estudo

Foi realizado um estudo quantitativo de delineamento transversal, com um total de 81 idosos com mais de 60 anos residentes em Veranópolis, participantes do Programa de Acompanhamento Longitudinal “Projeto Veranópolis: Prevenção de Saúde” e livres de transtornos cognitivos. Foram aplicados o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, Questionário de Dados Sociodemográficos, o Mini-Exame do Estado Mental (MEEM), o WHOQOL-Bref e a Escala de Depressão Geriátrica (GDS), respectivamente. O MEEM foi utilizado para exclusão de idosos com transtorno cognitivo e o GDS avaliou a intensidade de sintomas depressivos.

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

Em relação aos procedimentos estatísticos, os escores foram descritos através de média e desvio-padrão. As variáveis categóricas foram descritas através de frequências absolutas e relativas. A fim de se compararem médias de dois grupos, foi utilizado o *t de student* para amostras independentes. Para comparar médias de três ou mais grupos, foi utilizada a Análise de Variância (ANOVA) *One-Way*. Para complementar a análise, foi utilizado o teste *post-hoc* de Duncan. Com o objetivo de correlacionar escores, foi utilizado o *r de Pearson*, que possibilita a associação entre duas variáveis quantitativas. E, finalmente, para avaliar preditores de QV e controlar fatores de confusão, foi aplicada a

análise multivariada de Regressão Linear. As análises foram realizadas no programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 10.0 (Hulley et alii, 2003).

## Resultados

### Perfil sociodemográfico

As idades dos indivíduos entrevistados variaram de 60 a 85 anos, sendo que a média de idade ficou em 71,9, com um desvio-padrão de 6,4. Dos 81 participantes, 72,8% (59) eram do sexo feminino e 27,2% (22) do sexo masculino e 61,7% (50) eram casados, ou seja, 6,2%. Estes e outros dados podem ser visualizados de forma mais abrangente na Tabela 1.

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

A maioria, 64% (52) da amostra, relata fazer uso de medicação diária. Também 81,5% (66) dos entrevistados referem realizar exames de rotina.

As médias de escores dos domínios do WHOQOL-Bref e do GDS tiveram distribuição de acordo com a Tabela 2.

No que se refere aos domínios do WHOQOL-Bref em correlação aos escores do GDS, a pesquisa aponta resultados estatisticamente significativos com um  $p < 0.01$ . Quanto maior a intensidade de sintomas depressivos há uma forte tendência na diminuição da QV em todos os domínios do instrumento, conforme representado na Figura 1.

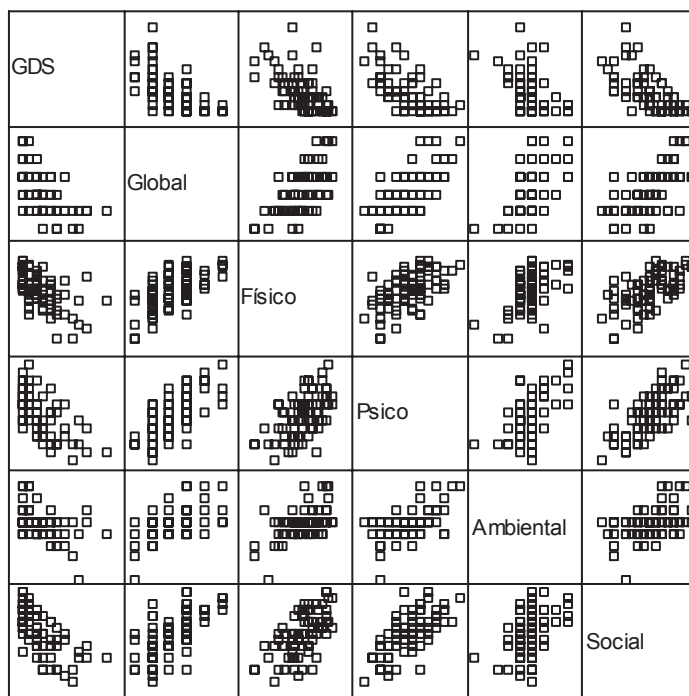
A Tabela 3 refere-se à análise de regressão multivariada, utilizada para identificar preditores de QV entre as variáveis estudadas, tomando como referência os domínios do WHOQOL-Bref. As variáveis que na análise bivariada apresentaram um  $p \leq 0,20$  foram inseridas no modelo multivariado de regressão linear múltipla.

Tabela 1 – Caracterização da amostra

Características	n=81
<b>Idade (anos) – Média ± DP</b>	72,0 ± 6,5
<b>Sexo - n(%)</b>	
Masculino	22 (27,2)
Feminino	59 (72,8)
<b>Raça - n(%)</b>	
Branca	79 (97,5)
Não Branca	2 (2,5)
<b>Estado civil – n(%)</b>	
Casado	50 (61,7)
Solteiro	5 (6,2)
Viúvo	26 (32,1)
<b>Escolaridade – n(%)</b>	
Não alfabetizado	11 (13,6)
Fundamental incompleto	42 (51,9)
Fundamental completo	17 (21,0)
Médio / Superior	11 (13,6)
<b>Sabe ler– n(%)</b>	
Sim	70 (86,4)
Não	11 (13,6)
<b>Sabe escrever– n(%)</b>	
Sim	70 (86,4)
Não	11 (13,6)
<b>Renda (s.m.) – n(%)</b>	
≤ 2	46 (56,8)
> 2	35 (43,2)
<b>Ocupação – n(%)</b>	
Trabalhando	2 (2,5)
Em benefício	1 (1,2)
Aposentado	68 (84,0)
Nunca trabalhou fora do lar	9 (11,1)
Não informou	1 (1,2)
<b>Mora com – n(%)</b>	
Famíliares	36 (44,4)
Companheiro	34 (42,0)
Sozinho	11 (13,6)
<b>Realiza atividade de lazer – n(%)</b>	
Sim	70 (92,6)
Não	6 (7,4)
<b>Uso de medicação – n(%)</b>	
Sim	52 (64,2)
Não	29 (35,8)
<b>Faz exame de rotina – n(%)</b>	
Sim	66 (81,5)
Não	15 (18,5)
<b>Fumo – n(%)</b>	
Fumante	1 (1,2)
Ex-fumante	9 (11,1)
Não fumante	71 (87,7)

Tabela 2 – Avaliação dos Escores do Whoqol-Bref e Gds nos Idosos

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



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

Figura 1 – Associação entre os escores do Whoqol-Bref e Gds

Tabela 3 – Análise de regressão multivariada para avaliar os preditores da qualidade de vida avaliada pelo WHOQOL-Bref

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

\* F<sub>(6,35)</sub>=22,316; p<0,001; R=64,4%; \*\* F<sub>(6,73)</sub>=12,65; p<0,001; R=54,8%; \*\*\* F<sub>(6,70)</sub>=7,109; p<0,001; R=27,2%; \*\*\*\* F<sub>(6,73)</sub>=10,972; p<0,001; R=51,3%; \*\*\*\*\* F<sub>(6,73)</sub>=8,143; p<0,001; R=50,8%.



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

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

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

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

## **Discussão**

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

pesquisa sobre envelhecimento, o qual a pesquisadora trabalha. Sendo assim, estes resultados podem ser generalizados para este grupo e não para a população de idosos de Veranópolis de modo geral.

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

Outra característica encontrada na população em estudo e que corrobora a totalidade de estudos pesquisados (Garrido e Menezes, 2002; Hwang, Liang, Chiu e Lin, 2003; Pereira, Cotta e Franceschini,

2006; Timm, 2006 e Argimon, 2002; Joia et alii, 2007) em população de idosos é a diferença entre o número de homens e mulheres, sendo as últimas predominantes. Em 1996, no Brasil, 54,4% das pessoas com mais de 60 anos eram mulheres, situação que caracteriza um fenômeno largamente estudado, chamado de “feminização da velhice”, que significa o aumento do número de mulheres na população idosa.

Em relação à QV entre o grupo de homens e mulheres, houve diferença significativa no domínio psicológico, no qual os homens apresentaram menor QV. Esse resultado não é corroborado por outros estudos, nos quais a QV em mulheres é menor. Conforme estudo de Sprangers et alii (2000), sexo feminino está relacionado a baixos níveis de Qualidade de Vida. Em estudo realizado com idosos de Teixeira, MG, a variável gênero teve influência significativa, porém pequena nos domínios físico, psicológico e ambiental, sendo os escores também maiores entre os homens. Talvez uma explicação aceitável para o resultado do presente estudo esteja relacionada ao fato de as mulheres terem maior participação em grupos de convivência e outras atividades sociais, como, por exemplo, grupo de dança, oficinas de artesanato e até mesmo atividades da Igreja. (Pereira, Cotta e Franceschini, 2006).

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

da autonomia. Argimon e Stein (2005) colocam que é possível supor que indivíduos com mais de 80 anos tenham uma saúde física mais debilitada do que indivíduos com menor idade.

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

Os resultados apresentados acima também corroboram os achados do presente estudo, quando considerados fatores relacionados à saúde física, como o uso de medicação diária, por exemplo. Os sujeitos que afirmaram não utilizar medicação diária apresentaram melhores escores de Qualidade de Vida nos aspectos físico e social. Esse resultado levamos a considerar a importância da saúde física como fator preditivo de uma boa Qualidade de Vida. Pressupõe-se que a utilização de medicação diária esteja associada à existência de doenças crônicas, como hipertensão, diabetes e até mesmo depressão. Assim, pode-se levantar a hipótese de que idosos que sofrem de algum tipo de doença tendem a apresentar uma QV inferior. Cerca de 64% dos idosos entrevistados em Veranópolis ingerem medicação diariamente. É um percentual relativamente baixo, se comparado a um estudo realizado com idosos da Universidade aberta da Terceira Idade do Rio de Janeiro, em que 85% da amostra relatou utilizar pelo menos um medicamento regularmente.

Além do uso de medicação diária, foi investigada também a existência de problemas de saúde no último mês que possam ter impedido o idoso de realizar alguma atividade. Essa última variável não

apresentou correlação com os domínios do WHOQOL-Bref, o que talvez se explique pela própria distribuição de indivíduos entre os grupos, uma vez que somente 11,1% dos entrevistados responderam afirmativamente.

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

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

Em outro estudo, no qual foi utilizado o mesmo instrumento na avaliação de QV em idosos, as médias entre os domínios, de forma decrescente, foram: social, físico, psicológico, global e ambiental (Pereira, Cotta e Franceschini, 2006).

Segundo Neri (2001), a Qualidade de Vida na velhice tem relação direta com a existência de condições ambientais que permitam aos idosos desempenhar comportamentos biológicos e psicológicos adaptativos. Na população em estudo, os aspectos ambientais e sociais se sobressaem em relação aos aspectos psicológicos e físicos. O instrumento utilizado avalia aspectos nos domínios social e ambiental, como, por exemplo, satisfação consigo mesmo e com relações interpessoais (amigos, familiares), condições físicas do local de moradia, acesso a serviços de saúde, satisfação com meio de transporte, entre outros. Isso nos leva a crer que os aspectos ambientais e sociais encontram-se melhor contemplados do que outros aspectos nesse campo de investigação. Neri (ibid.) coloca que a adoção de providências que visem facilitar e promover a interação física, social e psicológica do idoso com o ambiente pode aumentar a sua eficácia e assim a Qualidade de Vida real e percebida do idoso.

Dessa forma, podemos levantar a hipótese de que a própria participação no programa longitudinal “Projeto Veranópolis: estudos sobre envelhecimento e Qualidade de Vida”, no qual foi aplicada a

pesquisa, possa ser um dispositivo no aumento da Qualidade de Vida nos aspectos social e ambiental dos idosos em estudo. Além disso, a grande maioria dos entrevistados (92%) referiu realizar algum tipo de atividade de lazer, sendo que, destes, 84% relataram participar de atividades na igreja e 58,7%, relataram freqüentar grupo de convivência, atividades que exigem certo nível de interação com o meio ambiente e com outras pessoas. Um estudo realizado na região metropolitana de Porto Alegre concluiu que fatores como relações familiares, de amizade e suporte psicossocial estão associadas ao envelhecimento bem-sucedido (Moraes e Souza, 2005).

Resultados de outros estudos têm evidenciado forte associação entre o aspecto ambiental e a Qualidade de Vida em idosos, podendo proporcionar sentimento de segurança, interação social, independência e bem-estar emocional (Lawton, 2001; Hwang, Liang, Chiu e Lin, 2003; Moraes e Souza, 2005).

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

O estado civil dos participantes não apresentou associação significativa nos escores de QV, assim como em outros estudos na cidade de Teixeira, MG (Pereira, Cotta e Franceschini, 2006) e Veranópolis (Timm, 2006). Em contrapartida, Sprangers et alii (2000) concluíram que não ter companheiro está relacionado a baixos níveis de qualidade de vida. Também no presente estudo não foi encontrado resultado significativo na variável situação de moradia. Nossa intenção era verificar se a QV diminui em idosos que moram sozinhos. Uma hipótese para esse resultado é de que mesmo idosos que vivem sós não deixam de estabelecer relações sociais e continuam ocupando um espaço dentro da comunidade.

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

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

Um estudo realizado por Trentini (2004) aponta que a intensidade de sintomas depressivos pode acabar fazendo com que o indivíduo avalie de forma negativa sua Qualidade de Vida. Outros estudos também encontraram associação entre depressão e má Qualidade de Vida (Herman et alii, 2002; Kuehner, 2002). Estudo realizado em Veranópolis, com uma população de octogenários, mostrou também associação inversa entre sintomatologia depressiva e satisfação com a vida (Xavier et alii, 2003).

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

Sendo assim, podem-se considerar preditivos de Qualidade de Vida, nesse grupo de idosos estudados, as seguintes variáveis: idade nos domínios ambiental e global; gênero feminino no domínio psicológico;

realização de atividades de lazer nos domínios físico e psicológico; não utilização de medicação nos domínios físico e social; e baixa intensidade de sintomas depressivos em todos os domínios do WHOQOL-Bref.

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

### Considerações finais

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

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

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

### Referências

- ALMEIDA, O. P. e ALMEIDA, A. S. (1999). Confiabilidade da versão brasileira da escala de depressão em geriatria (GDS) versão reduzida. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, v. 57 (jun.), n. 2B, pp. 421-426.
- ARGIMON, I. I. L. (2002). *Desenvolvimento cognitivo na Terceira Idade*. Tese de Doutorado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia. PUC-RS.
- ARGIMON, I. I. L. e STEIN, L. M. (2005). Habilidades cognitivas em indivíduos muito idosos: um estudo longitudinal. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 21 (jan.-fev.), n.1, pp. 64-72.



- FLECK, M. (1999). Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100) *Revista Bras. Psiquiatria*, v. 21 (jan./mar.), n. 1, pp. 19-28.
- FLECK, M. (2000a). O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL – 100): características e perspectivas. *Ciência Saúde Coletiva*, v. 5, n. 1, pp. 31-38.
- (2000b). Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação de qualidade de vida “WHOQOL-bref” *Revista de Saúde Pública*, v. 34, n. 2, pp. 178-183.
- FLECK, M. et alii (1999). Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL – 100). *Revista de Saúde Pública*, v. 33, pp. 198-205.
- GARRIDO, R. e MENEZES, P. R. (2002). O Brasil está envelhecendo: boas e más notícias por uma perspectiva epidemiológica. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, n. 24 (Supl. I), pp. 3-6.
- HERRMAN, H.; PATRICK, D.L.; DIEHR, P.; MARTIN, M. L.; FLECK, M.; SIMON, G. E. e BUESCHING, D. P. (2002). Longitudinal investigation of depression outcomes in primary care in six countries: the LIDO study. Functional status, health service use and treatment of people with depressive symptoms. *Psychol méd.*, n. 32, pp. 889-902.
- HULLEY, S. B.; CUMMINGS, S. R.; BROWNER, W. S.; GRADY, D.; HEARST, N. e NEWMAN, T. B. (2003). *Delimitando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica*. 2 ed. Porto Alegre, Artmed.
- HWANG, H.; LIANG, W; CHIU, Y. e LIN, M. (2003). Suitability of the WHOQOL-Bref for community-dwelling older people in Taiwan. *Age Ageing*, v. 32, n. 6, pp. 593-600.
- IBGE (2006). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em <http://www.ibge.com.br>. Acesso em 10/7/2006.
- JAKOBSSON, U.; HALLBERG, I. R. e WESTERGREN, A. (2004). Overall and health related quality of life among the oldest old in pain. *Qual Life Res.*, v. 13, n. 1, pp. 125-36.

- JOIA, L. C. et alii (2007). Condições associadas ao grau de satisfação com a vida entre a população de idosos. *Rev. Saúde Pública*, v. 41 (fev.), n.1.
- KUEHNER, C. (2002). Subjective quality of life: validity issues with depressed patients. *Acta Psychiatr Scand.*, n. 106, pp. 62-70.
- LAWTON, M. P. (2001). The physical environment of the person with Alzheimer's disease. *Aging Mental Health*; Suppl., n. 1, pp. 56-64.
- MORAES, J. F. D. e SOUZA, V. B. A. (2005). Fatores associados ao envelhecimento bem-sucedido de idosos socialmente ativos da região metropolitana de Porto Alegre. *Brasileira de Psiquiatria*, v. 27, n. 4, pp. 302-308.
- MORIGUCHI, E. H. e DA CRUZ, I. B. M. (2002). *Projeto Veranópolis: reflexões sobre envelhecimento bem-sucedido*. Veranópolis, Oficina da Longevidade.
- NERI, A. L. (2001). "Velhice e qualidade de vida na mulher". In: NÉRI, A. L. (org.). *Desenvolvimento e envelhecimento*. Campinas, SP, Papirus.
- PARADELA, E. M. P.; LOURENÇO, R. A. e VERAS, R. P. (2005). Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. *Rev. Saúde Pública*, v. 39 (dez.), n. 6.
- PASCHOAL, S. M. P. (2002). Estudo da velhice no século XX: qualidade de vida na velhice. In: NETTO, M. P. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan.
- PEREIRA, R.; COTTA, R. e FRANCESCHINI, P. et alii (2006). Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. *Revista de Psiquiatria RS*, v. 28 (jan./abr.), n. 1, pp. 27-38.
- QUIROGA, P.; ALBALA, C. e KLAASEN, G. (2004). Validation of a screening test for age associated cognitive impairment. *Chile Rev Med Chil*, v. 132, pp. 467-478.

- SHERBOURNE, C. D.; MEREDITH, L. S.; ROGERS, W. e WARE, J. E. (1992). Social Support and Stressful life events: age differences in their effects on health related quality of life among chronically ill. *Qual life Res.*, v.1, n. 4, pp. 235-246.
- SPRANGERS, M. A.; DE PEGT, E. B.; ANDRIES, F.; VAN AGT, H. M.; RIJL, R. V. e DE BOER, J. B. (2000). Which chronic conditions are associated with better or poorer quality of life? *J Clin Epidemiol.*, v. 53, n. 9, pp. 895-907.
- THE WHOQOL GROUP (1995). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position Paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med.*, v. 41, pp. 1403-1409.
- TIMM, L.A. (2006). *A qualidade de vida no idoso e sua relação com o locus de controle*. Dissertação de mestrado, Faculdade de Psicologia. PUCRS.
- TRENTINI, C. M. (2004). *Qualidade de vida em idosos*. Tese de doutorado. Porto Alegre, RS, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- VERAS, R. P. e ALVES, M. I. C. (1995). "A população idosa no Brasil: considerações acerca do uso de indicadores de saúde". In: MINAYO, M. C. *Os muito Brasis: saúde e população na década de 80*. Rio de Janeiro, Hucitec (Saúde em Debate, 79).
- XAVIER, F. M.; FERRAZ, M. P. T.; MARC, N.; ESCOSTEGUY, N. U.; MORIGUCHI, E. H. (2003). A definição dos idosos de qualidade de vida. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 25, n. 1, pp. 31-39.
- XAVIER, F. M.; FERRAZ, M. P. T.; BERTOLLUCCI, P.; POYARES, D. e MORIGUCHI, E. H. (2001). Episódio depressivo maior, prevalência e impacto sobre QV, sono e cognição em octagenários. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 23, n. 2, pp. 62-70.

*Data de recebimento: 10/7/2007; Data de aceite: 16/8/2007.*

---

**Waleska P. Farenzena** – Psicóloga do Programa de acompanhamento longitudinal “Projeto Veranópolis”, mestranda em Ciências da Saúde, da PUCRS. E-mail: waleska.pessato@terra.com.br

**Irani de L. Argimon** – Psicóloga, doutora em Psicologia Clínica (PUCRS), professora do PPG – Psicologia Clínica (PUCRS). E-mail: argimoni@puccrs.br

**Emílio Moriguchi** – MD, Phd, pesquisador do Serviço de Cardiologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. E-mail: moriguch@terra.com.br

**Mirna W. Portuguez** – Doutora em Neurociências (Unifesp), professora do PPG em Medicina e Ciências da Saúde – Famed – (PUCRS). E-mail: mirna@puccrs.br