

# Mensuração da qualidade de vida de idosos em centros de convivência

## *Mensuration of the elderly quality of life in sociability centers*

Beatriz Aparecida Ozello Gutierrez<sup>1</sup>, Ana Maria Auricchio<sup>2,3</sup>, Neuma Vital Julca Medina<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Curso de Gerontologia da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo, São Paulo-SP, Brasil; <sup>2</sup>Curso de Enfermagem da Universidade Paulista, São Paulo-SP, Brasil; <sup>3</sup>Curso de Enfermagem do Centro Universitário São Camilo, São Paulo-SP, Brasil.

### Resumo

**Objetivo** – Partindo da premissa que a população brasileira vem crescendo subitamente, salienta-se a importância das avaliações de qualidade de vida dos idosos. Esta pesquisa é quantitativa de caráter exploratório, transversal e descritivo desenvolvida nas áreas de convivência de dois centros de referência de idosos localizados no Município de São Paulo, teve como objetivos: mensurar a qualidade de vida de idosos ingressantes em centros de convivência e identificar suas necessidades biopsicossociais. **Métodos** – Para a coleta de dados foram utilizados os instrumentos de avaliação de qualidade de vida: WHOLQOL-Breve, WHOQOL-Old e a Escala de Depressão Geriátrica (EDG). Os dados foram armazenados em banco de dados EPIDATA e transportados para o Programa Software Statistic Package for Social Science (SPSS) for Windows versão 17.0 para serem analisados. **Resultados** – A amostra foi constituída por 166 idosos, com idades entre 60 e 83 anos, predominantemente por mulheres e média de idade de 65,9 anos. A maioria dos participantes considerou sua qualidade de vida boa e relatou que estava satisfeita com seu estado de saúde atual. Os escores médios relacionados aos domínios do WHOQOL-Breve e do WHOQOL-Old mostraram que o domínio Psicológico predominou como o de maior valor, tendo como resultados os escores 70,7 para o WHOQOL-Breve e 67,4 para o WHOQOL-Old. A partir dos dados da EDG, observou-se que 19,9% dos participantes apresentavam sintomas depressivos. **Conclusão** – Considera-se que esses resultados subsidiarão estudiosos, no sentido da melhoria da qualidade de vida de idosos frequentadores de centros de convivência.

**Descritores:** Idoso; Qualidade de vida; Centros de convivência e lazer

### Abstract

**Objective** – Considering that the Brazilian population has been increasing steeply it is of great importance to evaluate the quality of life of the elderly. This research is quantitative and of exploratory, transversal and descriptive characteristics. It was developed in the sociability areas of two reference centers for the elderly located in the city of São Paulo. The objectives of this study were: mensurate the quality of life of the elderly who enter the sociability centers and identify their biopsychosocial needs. **Methods** – The instruments for quality of life evaluation WHOLQOL-Breve and WHOQOL-Old as well as the Geriatric Depression Scale (GDS) were used for the collection of data. In order to be analysed data were stored in the EPIDATA data bank and transported to the Software Statistic Package for Social Science (SPSS) Programme for Windows version 17.0. **Results** – The sample consisted of 166 elderly, from 60 to 83 years old, predominantly women and the age average was 65,9 years. Most of the sample considered having a good quality of life and reported they were satisfied with their current health condition. The average scores related to the dominium of WHOQOL-Breve and of WHOQOL-Old showed that psychological control prevailed as the highest rate, having as results the scores 70.7 for the WHOQOL-Breve and 67,4 for the WHOQOL-Old. From the GDS data it was possible to observe that 19,9% of the participants showed depressive symptoms. **Conclusion** – It is believed that these results will give subsidy to researchers in the aspect of improving the quality of life of the elderly who go to the sociability centers.

**Descriptors:** Aged; Quality of life; Centers of connivance and leisure

### Introdução

O envelhecimento é hoje um fenômeno universal, tanto nos países desenvolvidos como nos países em desenvolvimento. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), até o ano de 2025, a população idosa no Brasil, constituída por pessoas com 60 anos ou mais, crescerá 16 vezes, contra cinco vezes da população total. Isso classificará o país como a sexta população do mundo em idosos, correspondendo a mais de 32 milhões de pessoas com 60 anos de idade ou mais<sup>1</sup>.

O aumento da expectativa de vida ao nascer é um grande desafio às sociedades e à população que envelhece, porém, viver mais só se torna importante quando os anos adicionais têm qualidade e significado. Nessa linha de pensamento, diante da realidade do envelhecimento da população brasileira, cada vez mais marcante, faz-se imprescindível garantir às pessoas idosas não só uma sobrevida maior, mas também uma melhor qualidade de vida. Com o aumento da longevidade da população idosa, a busca pela melhoria da qualidade de vida vem sendo muito valorizada almejando os fatores que contribuem para o alcance da velhice bem-sucedida<sup>2</sup>.

O conceito de qualidade de vida é abrangente e reflete diversos fatores objetivos e subjetivos, podendo variar quanto à cultura, classe social e percepção do indivíduo<sup>3</sup>. Segundo pesquisadores da Organização Mundial de Saúde<sup>3</sup>, qualidade de vida é definida como sendo “a percepção subjetiva do indivíduo sobre sua posição na vida dentro

do contexto da cultura e dos sistemas de valores em que vive e com relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”.

O conceito de qualidade de vida é mais amplo que o estado de saúde pessoal, pois inclui componentes essenciais da condição humana, quer seja físico, psicológico, social, cultural ou espiritual<sup>4</sup>.

A OMS, desde o início da década de 90, salientou que as medidas de qualidade de vida revestem-se de particular importância na avaliação de saúde, considerando tanto a perspectiva individual como a social<sup>3</sup>.

Apesar das diferentes idéias a respeito do conceito de qualidade de vida, três aspectos fundamentais referentes ao construto qualidade de vida foram obtidos por meio de um grupo de *experts* de diferentes culturas: (1) subjetividade; (2) multidimensionalidade; (3) presença de dimensões positivas (ex. mobilidade) e negativas (ex. dor)<sup>4</sup>.

O desenvolvimento desses três elementos norteou a definição de qualidade de vida como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”<sup>3</sup>. As medidas de qualidade de vida revestem-se de particular importância na avaliação de saúde, considerando tanto a perspectiva individual como a social<sup>5</sup>.

Partindo dessa premissa, salienta-se a importância das avaliações de saúde autoreferidas, pois muitos estudos têm mostrado que os in-

divíduos que referem condições de saúde escassa ou pobre têm riscos de mortalidade consistentemente mais altos que aqueles que citam melhor estado de saúde<sup>6</sup>.

Considerando o envelhecimento populacional um fenômeno relativamente novo em todo o mundo a produção científica nacional e internacional tem apresentado diversas pesquisas abordando a qualidade de vida de pessoas com 60 anos ou mais, o que demonstra a importância do tema<sup>7-8</sup>.

No Brasil, as pesquisas sobre a qualidade de vida de pessoas idosas merecem enfoque mais apurado, em função da escassez deste tipo de abordagem. É evidente a necessidade de expandir o conhecimento dos profissionais da área da saúde e da área social sobre a influência do envelhecimento na qualidade de vida dos idosos, sendo crucial para esses profissionais, indivíduo e sua família, desenvolverem juntos métodos positivos e mais adequados de intervenção.

Desta maneira, esta pesquisa com pessoas idosas pretende contribuir para o desenvolvimento de conhecimentos na avaliação da Qualidade de Vida para essa população por meio de identificação de condições que favoreçam uma melhor assistência, respeitando suas histórias de vida permeadas por crenças e valores.

Qualidade de vida na velhice é um conceito importante, atualmente, na realidade brasileira, pois existe uma nova sensibilidade tanto na visão da saúde como na atuação social, quer considerada como um problema ou como um desafio para os indivíduos e para a sociedade.

Na tentativa de colaborar na melhoria da qualidade de vida de idosos essa pesquisa teve como objetivos: mensurar a qualidade de vida de idosos ingressantes em centros de convivência e identificar suas necessidades biopsicossociais.

## Métodos

Esta pesquisa é quantitativa de caráter exploratório, transversal e descritivo.

Esse projeto foi submetido à análise e aprovação do Comitê de Ética da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e também autorizado pela administração de dois Centros de Referência do Idoso.

Para assegurar os direitos dos participantes, foram observados todos os itens presentes na Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196/96 e esses participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Esse estudo foi desenvolvido nas áreas de convivência de dois centros de referência de idosos localizados no Município de São Paulo. Os centros de referência do idoso são formados pela área de atendimento clínico que abrange diversas especialidades na área da saúde e também a área de convivência, que são espaços direcionados ao lazer, à cultura e à educação (alfabetização para idosos), e são desenvolvidas atividades, tais como: coral, crochê, pintura, cursos, além do tradicional baile da terceira idade que acontece todas as sextas-feiras. Essas atividades tem como proposta fortalecer a rede de convívio do idoso e reinseri-lo na sociedade.

A população foi constituída de idosos com idade igual ou superior a 60 anos, inscritos em atividades na área de convivência. A amostra foi formada por idosos interessados em participar das atividades dos centros de convivência, selecionada aleatoriamente segundo a demanda espontânea dessas pessoas que compareceram aos centros de convivência, para inscrição às atividades na convivência no período de fevereiro a março de 2007.

Na literatura foram usados instrumentos ou questionários, tanto genéricos, como específicos, com a finalidade de avaliar a qualidade de vida de pessoas idosas. É comum encontrar estudos realizados com idosos, onde os pesquisadores utilizam simultaneamente vários instrumentos genéricos e/ou específicos<sup>9</sup>.

Nesta abordagem, o grupo WHOLQOL desenvolveu um instrumento específico, WHOQOL-Old, para a avaliação da qualidade de vida de idosos devido considerarem prováveis especificidades relativas à faixa etária da pessoa<sup>10</sup>. Esse instrumento poderá fornecer dados referentes à qualidade de vida de idosos tanto no âmbito da saúde como social, identificando as áreas de maior necessidade de investimentos que favorecerá melhorias no gerenciamento dos serviços de saúde.

O instrumento para coleta de dados foi composto de duas partes. A primeira constituída pelos dados sociodemográficos e a segunda pelos instrumentos de avaliação de qualidade de vida: WHOLQOL-Breve<sup>10</sup>, instrumento genérico de avaliação de qualidade de vida; WHOQOL-Old, instrumento específico para ser utilizado na população idosa. Ambos os instrumentos foram traduzidos em português e validado para ser utilizado na população idosa brasileira<sup>10-11</sup>. Também foi utilizada a Escala de Depressão Geriátrica (EDG)<sup>9</sup>, devido à influência negativa que os sintomas depressivos exercem no funcionamento social e na qualidade de vida dos indivíduos<sup>13</sup>.

Os instrumentos em questão são autoaplicáveis, porém, neste estudo, optou-se pela entrevista direta.

Os dados foram armazenados em banco de dados EPIDATA e transportados para o Programa Software Statistic Package for Social Science (SPSS) for Windows versão 17.0 para serem analisados. Os dados foram analisados utilizando-se o teste t de Student para comparações de médias entre os dois grupos (deprimidos e não deprimidos). O coeficiente de correlação de Pearson foi calculado entre os domínios: físico, ambiental, social, psicológico, funcionamento dos sentidos, autonomia, atividades passadas, presentes e futuras, participação social, morte e morrer e intimidade relacionadas com as questões inerentes à qualidade de vida global e à satisfação com a saúde.

## Resultados e Discussão

O presente estudo revelou dados importantes relacionados à qualidade de vida de 166 idosos usuários de centros de convivência. Tais dados serão discutidos parcialmente a seguir.

A amostra foi constituída por 166 idosos, com idades entre 60 e 83 anos e predominantemente por mulheres (93%). A média de idade foi 65,91 anos, a maioria representada pela faixa etária entre 60 e 69 anos e cinco participantes com mais de 80 anos dados que condizem com a literatura internacional e com estudos brasileiros<sup>9,14</sup>.

**Tabela 1. Distribuição das variáveis estado civil, nível de escolaridade, situação atual de trabalho, convívio domiciliar e uso de medicamentos de idosos participantes de CRI. São Paulo, 2007**

Características sociodemográficas		
	N	%
Situação conjugal		
Solteiro	17	10,3
Casado	62	37,3
Viúvos	67	40,3
Outros	20	12,1
Escolaridade		
Sem escolaridade	10	6,0
0-4 anos	87	52,4
5-8 anos	32	19,3
9-11 anos	26	15,7
12 anos ou mais	11	6,6
Situação atual de trabalho		
Do lar	79	47,6
Aposentada	51	30,8
Outros	34	20,5
Não informado	2	0,1
Convívio domiciliar		
Sozinho	40	24,1
Cônjuge	26	15,7
Filhos	21	12,6
Familiares	55	33,1
Outros	20	12,1
Não informado	4	2,4
Medicamentos referidos de uso contínuo		
Sim	148	89,2
Não	17	10,2
Outros	1	0,6

N = 166

A distribuição dos participantes segundo o perfil sociodemográfico demonstrou que 40,3% dos usuários eram viúvos.

Estudo demográfico sobre o envelhecimento da população brasileira mostrou que grande parte das idosas eram viúvas, moravam sozinhas, tinham menos grau de instrução escolar e não possuíam experiência no mercado formal<sup>15</sup>.

Quanto ao grau de instrução, 52,4% da amostra tinha até quatro anos de escolaridade e 6% dos idosos não eram letrados. De acordo com pesquisa apresentada pelo SESC/FPA 18% dos idosos brasileiros nunca foram à escola e a maioria não possuía o ensino fundamental completo<sup>16</sup>.

É interessante perceber como a instrução está diretamente relacionada à qualidade de vida, ao bem estar e à longevidade, pois nos Estados brasileiros onde as pessoas têm grau de escolaridade mais elevado existe maior longevidade, como no Estado de Santa Catarina<sup>17</sup>.

Constatou-se que 31% da amostra estudada, era de aposentados. A aposentadoria para a grande maioria da população significa perda de rendimentos e impõe uma redefinição do padrão de vida ou a busca de uma nova ocupação como forma de renda complementar. A perda econômica, na maioria das vezes, pode causar um sentimento de baixa autoestima e retira do indivíduo o sentido de pertencer a engrenagem social<sup>18</sup>.

Quanto ao convívio domiciliar, 33,1% dos idosos moram com seus familiares. Estudo realizado com idosos residentes no Município de São Paulo mostrou que o idoso predominantemente vive dividindo o domicílio com seus filhos e muitas vezes com filhos e netos. Tanto na realidade brasileira quanto na latino-americana, em geral, os idosos contam com um suporte familiar mais presente do que os idosos europeus, isso caracteriza um aspecto cultural que compensaria o desnível socioeconômico<sup>19</sup>.

Identificou-se nessa pesquisa que 89,2% faziam uso de medicamentos, sendo 57,2% dos entrevistados utilizavam anti-hipertensivos. Esses achados corroboram com os dados encontrados pelos pesquisadores do projeto SABE (2003), onde mostraram que 53,3% da população estudada eram portadoras de hipertensão arterial, sendo a maioria mulheres<sup>20</sup>.

A seguir serão discutidos os dados advindos da aplicação dos instrumentos WHOQOL-Breve e WHOQOL-Old e da EDG.

Inicialmente serão apresentadas as respostas da questão referente à avaliação global da qualidade de vida do instrumento WHOQOL-Breve (Tabela 2).

**Tabela 2. Respostas à pergunta sobre avaliação da qualidade de vida do WHOQOL-Breve de idosos participantes de centros de convivência. São Paulo, 2007**

Escore	N	%
Muito ruim	2	1,2
Ruim	1	0,6
Nem ruim nem boa	36	21,6
Boa	92	55,5
Muito boa	35	21,1

Quando questionados sobre a avaliação da qualidade de vida, a maioria da amostra 55,5% a considerou boa.

No idoso, a qualidade de vida pode ser percebida conforme a maneira que o indivíduo vivencia a velhice, podendo variar entre os dois extremos - muito boa e muito ruim. Desta forma, a qualidade de vida é influenciada pela interpretação emocional que cada indivíduo faz dos fatos e eventos e está intimamente relacionada à percepção subjetiva dos acontecimentos e condições de vida<sup>21</sup>.

O julgamento que cada indivíduo faz de sua qualidade de vida global deve ser considerado. Teoricamente, espera-se que o indivíduo combine diferentes aspectos de sua vida e os resuma em uma avaliação global de sua qualidade de vida; a questão é se os indivíduos realmente fazem um resumo de tudo, ou se incluem apenas aspectos que os preocupam recentemente, ou se excluem esses aspectos da avaliação<sup>22</sup>.

O relato das pessoas idosas relacionadas à sua qualidade de vida representa a discrepância percebida entre as suas expectativas e o que conseguem ser, ter ou fazer<sup>23</sup>.

Sabe-se que a idade pode causar algum efeito sobre a qualidade de vida de idosos<sup>24</sup>. Neste estudo, uma possível hipótese explicativa para o fato de não se observar influência da idade na qualidade de vida pode ser decorrente que apenas 3% dos entrevistados tinham idade superior a 80 anos, ou seja, uma pequena parcela tinha idade mais avançada; outra hipótese explicativa pode ser o fato de que esses idosos possuem um menor grau de incapacidade que favorece o seu desempenho nas atividades e o seu convívio social.

A tabela 3 demonstra as respostas relativas à pergunta sobre satisfação com a saúde do WHOQOL-Breve.

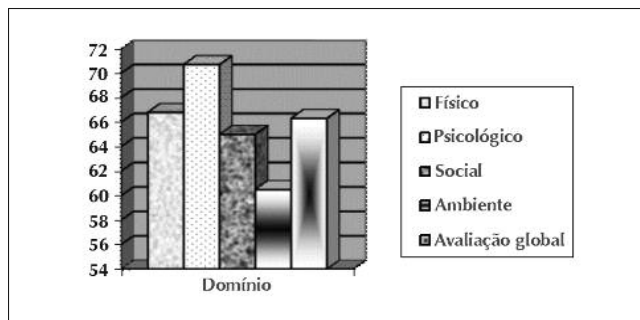
**Tabela 3. Respostas à pergunta sobre satisfação com a saúde do WHOQOL-Breve de idosos participantes de centros de convivência. São Paulo, 2007**

Escore	N	%
Muito insatisfeito	3	1,8
Insatisfeito	27	16,3
Nem satisfeito nem insatisfeito	42	25,3
Satisfeito	70	42,1
Muito satisfeito	24	14,5

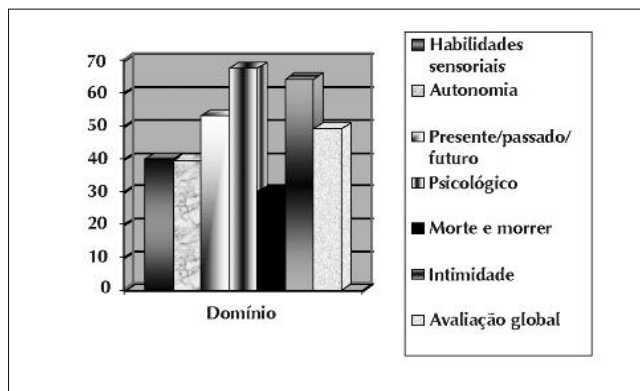
Em relação à questão relacionada à satisfação com a saúde 42,1% relataram que estavam satisfeitos com a condição atual de saúde. Esse resultado aproximou-se do percentual encontrado na pesquisa realizada com idosos no Município de São Paulo sobre como o entrevistado considerava a sua saúde – excelente, muito boa, boa, regular ou má - constatou-se que 53,8% dos entrevistados classificaram em regular ou má e 46,2% em excelente, muito boa ou boa<sup>20</sup>.

Os idosos compõem uma categoria para a qual não se deve generalizar. Qualquer medida de atenção com sua saúde deve levar em conta o indivíduo, o momento e a necessidade de ação específica<sup>25</sup>. Nesse sentido, os profissionais que prestam assistência a essa clientela devem atentar ao cuidado integral.

O Gráfico 1 apresenta os resultados do WHOQOL-Breve de acordo com cada domínio proveniente dos 166 entrevistados.



**Gráfico 1. Avaliação da qualidade de vida segundo os domínios do WHOQOL-Breve. São Paulo, 2007**



**Gráfico 2. Avaliação da qualidade de vida segundo os domínios do WHOQOL-Old. São Paulo, 2007**

O Gráfico 2 demonstra os resultados do WHOQOL-Old conforme cada domínio proveniente dos 166 participantes.

Os Gráficos 1 e 2 exibem os escores médios relacionados aos domínios do WHOQOL-Breve e do WHOQOL-Old avaliados em uma escala de 0 a 100. Esses resultados sinalizam que o domínio Psicológico predominou como o de maior valor no conjunto de indicadores de ambos os instrumentos, tendo como resultados os escores 70,7 para o WHOQOL-Breve e 67,4 para o WHOQOL-Old.

Nesta abordagem, segundo dados literários, os centros de convivência podem contribuir para o bem-estar psicológico na velhice, pois amortecem os impactos emocionais negativos, oferecem suporte e companhia quando necessário e pela sensação de segurança decorrente da agregação social<sup>26</sup>.

Nesse sentido, considera-se essencial que políticas públicas favoreçam a implementação de centros de convivência em todo o país, bem como a existência de marketing para divulgação efetiva desses centros e a capacitação dos profissionais envolvidos.

A Tabela 4 demonstra a comparação dos escores de qualidade de vida dos idosos definidos pela presença ou ausência de sintomas depressivos após a aplicação do WHOQOL Breve, WHOQOL Old e EDG.

Considerando os dados exibidos na Tabela 4, não se identificou diferença estatisticamente significativa entre os escores médios. Os resultados observados na Tabela 4 não sugerem capacidade discriminativa das escalas quando considerado o nível de sintomas depressivos dos idosos participantes desse estudo.

A análise das médias de pontuações dos domínios do WHOQOL-Breve e do WHOQOL-Old na ausência e presença de sintomas depressivos segundo a EDG e o WHOQOL-Old entre os pesquisados com e sem depressão constatou-se que os domínios: psicológico e relações sociais do WHOQOL-Breve e os domínios atividades passadas, presentes e futuras e participação social do WHOQOL-Old são os mais comprometidos, porém com coeficiente de Pearson (p) apresentando correlação positiva baixa.

A pontuação mais baixa em relação aos domínios relatada pelos idosos foi marcada pelas facetas contidas no domínio morte e morrer do WHOQOL-Old, entretanto com coeficiente de Pearson (p) apresentando correlação positiva baixa.

Para identificar a contribuição dos domínios: físico, psicológico, social e ambiental do WHOQOL-Breve e dos domínios: atividades passadas, presentes e futuras e participação social do WHOQOL-Old no domínio global de qualidade de vida foi realizada a correlação de Pearson entre esses domínios. Observou-se que todos os domínios se correlacionaram positiva e significativamente com o domínio global, apesar de as correlações serem de baixa magnitude.

Quando rastreados com o auxílio da Escala de Depressão Geriátrica, 19,9% dos participantes deste estudo estavam com o valor da escala superior a cinco pontos, sendo que apenas um paciente encontrava-se com depressão grave.

Sabe-se que enfermidades crônicas e incapacitantes constituem fatores de risco para depressão. Sentimentos de frustração perante os anseios de vida não realizados e a própria história do sujeito marcada por perdas progressivas – do companheiro, dos laços afetivos e da capacidade de trabalho – bem como o abandono, o isolamento social, a incapacidade de reengajamento na atividade produtiva, a ausência de retorno social do investimento escolar, baixos recursos financeiros advindos da aposentadoria são fatores que comprometem a qualidade de vida e predispõem o idoso ao desenvolvimento de depressão<sup>27</sup>.

Pesquisa realizada com idosos frequentadores de centros de convivência verificou que 31% deles tinham sintomas depressivos<sup>28</sup>.

A falta de perspectiva de futuro demonstrada pelos idosos com sinais de depressão foi constatada na faceta – atividades passadas, presentes e futuras, quando a pontuação foi inferior ao ser comparada com as respostas dos idosos não deprimidos.

Os indivíduos que desistem da vida estão muito mais aptos a se desvincular de um estilo de vida preventivo. Ao mesmo tempo, esses sentimentos são capazes de desregular o sistema neuro-endócrino-imunológico o que gera um desequilíbrio imune predispondo a diversas formas de disfunções e doenças como infecções e câncer<sup>29</sup>.

Em relação à pontuação advinda da faceta morte e morrer do WHOQOL-Old destaca-se que a questão sobre a morte na velhice desempenha um papel marcado pelo desenvolvimento do ciclo vital. Nessa abordagem, destaca-se que a morte é parte da existência humana, do seu crescimento e desenvolvimento, tanto quanto o nascimento, porém pouco discutido em nossa sociedade.

Ainda em relação à faceta morte e morrer, ao ser apresentada a questão: - O quanto você teme sofrer dor antes de morrer? constatou-se que a maioria dos idosos tem muito medo de sentir dor no processo de morrer.

Embora existam vários esquemas de analgesia efetiva para os pacientes que referem dor, infelizmente ainda, a dor de muitos desses é tratada inadequadamente ou então, em alguns casos é ignorada por alguns profissionais de saúde.

Estudiosos apontaram que fatores como falta de conhecimento pelos profissionais de saúde sobre a fisiologia e a fisiopatologia da dor, descompromisso profissional, falta de treinamentos de médicos e enfermeiras na avaliação da dor e empregos de métodos analgésicos eficazes, supervalorização dos analgésicos, medo do desenvolvimento do hábito e de depressão respiratória pelos opiáceos, tem contribuído para que a dor seja subavaliada e subtratada na maioria dos pacientes portadores de dor sendo ela aguda ou crônica<sup>30</sup>.

Nesse sentido, existe necessidade de maior compromisso e atenção por parte dos profissionais da saúde em relação ao alívio da dor e do sofrimento das pessoas que se encontram no processo de morrer. Pensando assim, devem existir mudanças de paradigmas relacionados à humanização no final da vida, e isto, deve ser colocado como norteador para um cuidado digno para aqueles que estão vivenciando este momento singular de finitude.

**Tabela 4. Comparação dos escores de qualidade de vida definidos segundo nível de sintomas depressivos. São Paulo, 2007**

Domínios	Sem depressão (EDG<5)		Com depressão (EDG>5)		Diferença entre médias	t	P
	Media	DP	Media	DP			
<b>WHOQOL- Breve</b>							
Físico	66,0	17,9	69,5	16,7	-3,5	-1,035	0,302
Psicológico	71,5	14,8	68,0	18,1	3,5	1,175	0,242
Social	65,5	20,4	63,3	19,1	2,2	0,552	0,582
Ambiente	60,4	13,8	60,6	15,0	-0,2	-0,078	0,938
Avaliação global	66,4	12,5	66,1	13,7	0,3	0,120	0,905
<b>WHOQOL-Old</b>							
Habilidades sensoriais	39,7	12,1	40,3	9,8	-0,6	-0,268	0,789
Autonomia	38,7	22,3	42,5	21,9	-3,8	-0,882	0,379
Presente/passado/futuro	51,9	13,8	57,2	13,9	-5,3	-1,955	0,052
Psicológico	67,5	14,4	66,9	19,6	0,6	0,185	0,854
Morte e morrer	30,0	16,2	29,3	14,8	0,7	0,242	0,809
Intimidade	65,7	20,0	58,4	26,2	7,3	1,776	0,078
Avaliação global	49,0	6,1	49,6	8,6	-0,6	-0,444	0,658

Considera-se que um dos importantes objetivos da gerontologia é desenvolver intervenções para promover um envelhecimento ativo e de abrangência biopsicossocial com o intuito de proteger o idoso de complicações que possam acarretar fragilidade. Por isso, as pesquisas multicêntricas desenvolvidas com a população idosa têm valorizado a importância da qualidade da assistência prestada aos idosos.

## Conclusão

Acredita-se que esses resultados subsidiarão estudos da área da Gerontologia para que possam intervir tanto na perspectiva da macro como da microgestão, no sentido da melhoria da qualidade de vida de idosos frequentadores de centros de convivência.

## Referências

1. Esteves B. O Brasil de cabelos brancos. *Ciênc Hoje*. 1998;23(137):18-21.
2. Mendes MRRSB, Gusmão JL, Faro ACM, Leite RCBO. A situação social do idoso no Brasil: uma breve consideração. *Acta Paul Enferm*. 2005;18(4):422-6.
3. The WHOQOL Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med*. 1995;41:1403-9.
4. Bowling A. *La medida de la saúde*. Barcelona: Masson; 1994.
5. Orley J, Kuyken W. *Quality of life assessment: international perspectives*. Heidelberg: Springer Verlag; 1994.
6. Idler EL, Benyamini Y. Self rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *J Health Soc Behav*. 1997;38:21-37.
7. Browne JP, O'Boyle CA, McGee HM, Joyce CR, McDonald NJ, O'Malley K et al. Individual quality of life in the healthy elderly. *Qual Life Res*. 1994;3:235-44.
8. Néri AL, organizador. *Qualidade de vida na velhice: enfoque multidisciplinar*. Campinas: Alínea; 2007. p.13-59.
9. Haywood KL, Garratt AM, Fitzpatrick R. Quality of life in older people: a structured review of generic self-assessed health instruments. *Qual Life Res*. 2005;14(7):1651-68.
10. 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.
11. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L et al. Aplicação da versão em português do instrumento WHOQOL-bref. *Rev Saúde Pública*. 2000;34(2):178-83.
12. Paradelo EMP, Lourenço RA, Veras RP. Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. *Rev Saúde Pública*. 2005;39(6):918-23.
13. Fleck MPA, Lima AFBS, Louzada S, Schestasky G, Henriques A, Borges VR et al. Associação entre sintomas depressivos e funcionamento social em cuidados primários à saúde. *Rev Saúde Pública*. 2002; 36(4):431-8.
14. Lebrão ML, Duarte YAO, organizadores. *Saúde, bem-estar e envelhecimento: o Projeto SABE no Município de São Paulo*. Brasília, DF: OPAS; 2003.
15. Camarano AA. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. In: Freitas EV, Py L, editores. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p.58-71.
16. Néri AL, organizador. *Idosos no Brasil: vivências, desafios e expectativas na terceira idade*. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, Edições SESC; 2007.
17. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 2008 [acesso 18 out 2008]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>
18. Assis M. Aspectos sociais do envelhecimento. In: Saldanha AL, Caldas CP, editores. *Saúde do idoso: a arte de cuidar*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Interciência; 2004. p.11-21.
19. Ramos IR. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. *Cad Saúde Pública*. 2003;19(3):793-8.
20. Lebrão ML, Laurenti R. Condições de saúde. In: Lebrão ML, Duarte YAO, organizadores. *Saúde, bem-estar e envelhecimento: o Projeto SABE no Município de São Paulo, Brasília*. DF: OPAS; 2003.
21. Xavier FM, Ferraz MP, Marc N, Escosteguy NU, Moriguchi EH. Elderly people's definition of quality of life. *Rev Bras Psiquiatr*. 2003; 25(1):31-9.
22. Arnold R, Ranchor AV, Sanderman R, Kempen GI, Ormel J, Suurmeijer TP. The relative contribution of domains of quality of life to overall quality of life for different chronic diseases. *Qual Life Res*. 2004;13(5):883-96.
23. Néri AL. Qualidade de vida na velhice e subjetividade. In: Néri AL, organizador. *Qualidade de vida na velhice: enfoque multidisciplinar*. Campinas: Alínea; 2007. p.13-59.
24. Michelson H, Bolund C, Brandberg Y. Multiple chronic health problems are negatively associated with health-related quality of life (HRQoL) irrespective of age. *Qual Life Res*. 2001;9(10):1093-104.
25. Teixeira JV, Lefrêve F. A prescrição medicamentosa sob a ótica do paciente idoso. *Rev Saúde Pública*; 2001;35(2):207-13.
26. Chachamovich E, Trentini C, Fleck MPA. Qualidade de vida em idosos: conceituação e investigação. In: Néri AL. *Qualidade de vida na velhice: enfoque multidisciplinar*. Campinas: Alínea; 2007. p.61-81.
27. Pacheco JL. Educação, trabalho e envelhecimento: estudo das histórias de vida de trabalhadores assalariados e suas relações com a escola, com o trabalho e com os sintomas depressivos, após a aposentadoria [tese de doutorado]. Campinas: Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas; 2002.
28. Oliveira DAA, Gomes L, Oliveira RF. Prevalência de depressão em idosos que freqüentam centros de convivência. *Rev Saúde Pública*. 2006;40(4):734-6.
29. Penninx BW, Guralnik JM, Simonsick EM, Kasper JD, Ferrucci L, Fried LP. Emotional vitality among disabled older women: the Women's Health and Aging Study. *J Am Geriatr Soc*. 1998;46:807-15.
30. Cousins MJ, Bridenbaugh PO. *Neural blockade in clinical anesthesia and management of pain*. 3ª ed. Philadelphia: Lippincott Raven; 1998. p.793-835.

### Endereço para correspondência:

Beatriz Aparecida Ozello Gutierrez  
Rua Arlindo Bétio, 1000 - Ermelindo Matarazzo  
São Paulo-SP, CEP 03828-000  
Brasil

E-mail: [biagutierrez@yahoo.com.br](mailto:biagutierrez@yahoo.com.br)

Recebido em 2 de maio de 2011  
Aceito em 30 de junho de 2011