

Avaliação da qualidade de vida: comparação entre idosos jovens e muito idosos*

Assessment of quality of life: comparison between elderly young and very old

Cristiane Ribeiro Maués¹, Sérgio Márcio Pacheco Paschoal², Omar Jaluul³, Cristina Claro França⁴, Wilson Jacob Filho⁵

*Recebido do Curso de Especialização em Geriatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). São Paulo, SP. Estudo de conclusão do curso de especialização em Geriatria.

RESUMO

JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS: Os idosos representam uma população heterogênea, principalmente nos extremos etários, em que há predomínio de doenças crônico-degenerativas com diferentes impactos sobre a qualidade de vida (QV). O objetivo deste estudo foi avaliar e comparar a QV de idosos jovens e muito idosos.

MÉTODO: Estudo transversal constituído por idosos em seguimento ambulatorial de um hospital-escola, distribuídos por faixa etária em dois grupos: G1 - idosos jovens (60-70 anos) e G2 - muito idosos (85 anos ou mais). Utilizou-se um questionário auto-aplicativo de QV para idosos, da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-OLD), composto por 6 domínios: funcionamento dos sentidos, autonomia, morte e morrer, atividades passadas, presentes e futuras, participação social e intimidade. As respostas dos dois grupos foram avaliadas e comparadas.

RESULTADOS: Foram avaliados 69 idosos, sendo 35 do G1 e 34 do G2. Em ambos, houve predomínio do sexo feminino, sedentários, independentes para atividades básicas de vida diária, com média de 8 comorbidades. A média do escore total do WHOQOL-OLD foi 84,08 para o G1 e 83,32 para o G2.

CONCLUSÃO: Observou-se boa qualidade de vida na população estudada. A comparação entre os grupos mostrou que a QV não parece decair com a idade.

Descritores: Idosos, Longevidade, Qualidade de vida, WHOQOL-OLD.

SUMMARY

BACKGROUND AND OBJECTIVES: Elderly represents a heterogeneous population, mainly in the extreme age, in which there is a predominance of chronic-degenerative diseases with different impacts on the quality of life (QL). This study aimed to evaluate and compare the quality of life of elderly young and very old.

METHOD: Cross-sectional study consisting of elderly in outpatient follow-up of a hospital, distributed into two groups: G1 - elderly young (60-70 years) and G2 - very old (85 and over). The World Health Organization questionnaire (WHOQOL-OLD) was used composed of 6 domains: sensory function, autonomy, death-dying, past-present-future activities, social participation and intimacy. The answers of two groups were evaluated and compared.

RESULTS: This study evaluated 69 elderly, 35 in G1 and 34 in G2. In both, there was a predominance of females, averaging 8 comorbidity, sedentary and independent for basic activities of daily living. The total average score WHOQOL-OLD was 84.08 between G1 and 83.32 between G2.

CONCLUSION: A good quality of life was observed in the studied population. The comparison between groups showed that the QV does not seem to decline with age.

Keywords: Aged, Longevity, Quality of life, WHOQOL-OLD.

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, a população brasileira apresentou aumento significativo da proporção de idosos devido principalmente à diminuição das taxas de natalidade e mortalidade, levando a aumento da expectativa de vida^{1,2}.

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a esperança de vida do brasileiro ao nascer passou de 67 anos em 1991, para 72,57 anos em 2007. Alguns dos fatores que contribuíram para esta mudança foram a melhoria no acesso da população aos serviços de saúde, as campanhas de vacinação, o aumento da escolaridade, a prevenção de doenças e os avanços da Medicina³.

1. Médica Especializanda de Geriatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). São Paulo, SP, Brasil

2. Médico Doutor e Assistente do Serviço de Geriatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). São Paulo, SP, Brasil

3. Médico Assistente do Serviço de Geriatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). São Paulo, SP, Brasil

4. Médica Assistente do Serviço de Geriatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). São Paulo, SP, Brasil

5. Médico Doutor e Professor Titular do Serviço de Geriatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). São Paulo, SP, Brasil

Apresentado em 30 de junho de 2010

Aceito para publicação em 06 de setembro de 2010

Sem conflitos de interesse, nem fontes de fomento.

Endereço para correspondência:

Dra. Cristiane Ribeiro Maués

Rua Francisco Cruz, 105/195 - Vila Mariana

04117-090 São Paulo, SP.

Fones: (11) 3876-5814 / 8662-7175

E-mail: crismaues@gmail.com

© Sociedade Brasileira de Clínica Médica

Hoje, chegar aos 80, 90 ou 100 anos não é mais uma utopia. O seguimento de mais de 80 anos cresce a um ritmo relativamente maior do que o da população com mais de 60 anos. Na década de 1940, era responsável por cerca de 10% da população idosa e em 2000, passou a responder por 13%⁴. O censo demográfico realizado em 2000 revelou que o número de idosos com 100 anos ou mais chega a 25.787, sendo que 22.839 são mulheres³. Este dado demonstra que o envelhecimento é também uma questão de sexo, uma vez que considerando a população idosa como um todo, observa-se que 55% são formadas por mulheres. A proporção do contingente feminino é mais expressiva, quanto mais idoso for o seguimento, provavelmente devido à mortalidade diferencial por sexo⁴.

Juntamente com a transição demográfica, houve a transição epidemiológica, caracterizada pela prevalência de doenças crônico-degenerativas, no lugar das doenças infecciosas, como causas de morbimortalidade^{1,2}.

Com isso, viver mais pode significar o confronto com incapacidades, dependência, necessidade de cuidados prolongados, de instituições de longa permanência, perda de papéis sociais, isolamento, solidão, depressão e falta de um sentido para a própria vida. Um grande desafio que a longevidade impõe é o de conseguir uma sobrevivência maior, com melhor qualidade de vida⁵⁻⁹.

O termo - qualidade de vida - começou a chamar atenção de cientistas sociais e políticos há 50 anos. Hoje, é alvo de interesse dos profissionais da saúde, haja vista sua importância para a abordagem clínica dos pacientes idosos e desenvolvimento de políticas públicas que atendam a esta parcela crescente da população⁶⁻⁹. Não é um termo de fácil conceituação e, durante as últimas décadas, a tendência é considerar, além dos aspectos objetivos, também os aspectos subjetivos do tema^{10,11}.

Uma das definições mais abrangentes é a do grupo de especialistas da Organização Mundial de Saúde (OMS), que considera três aspectos fundamentais referentes ao construto qualidade de vida: “a subjetividade, a multidimensionalidade (inclui as dimensões física, psicológica e social) e a bipolaridade (presença de dimensões positivas e negativas)”. Segundo esse grupo, “*Qualidade de vida é a percepção do indivíduo acerca de sua posição na vida, de acordo com o contexto cultural e o sistema de valores com os quais convive e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações*”^{12,13}.

Como tentativa de mensurar a avaliação da qualidade de vida, houve, nas duas últimas décadas, uma proliferação de instrumentos, a maioria desenvolvida nos EUA, com um crescente interesse em traduzi-los para aplicação em outras culturas⁶⁻⁹.

No entanto, apesar do grande número de instrumentos encontrados na literatura, poucos foram desenvolvidos tendo como alvo a população idosa.

Um exemplo pioneiro é o projeto WHOQOL-OLD, que teve início em 1999, sendo recentemente validado. O objetivo foi desenvolver e testar uma medida genérica da qualidade de vida (QV) em adultos idosos para utilização internacional e transcultural. O projeto foi financiado pela *European Commission Fifth Framework* e realizado sob os auspícios do Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde (Grupo WHOQOL)^{14,15}.

Por outro lado, uma vez que a QV envolve aspectos objetivos e subjetivos, os determinantes da boa qualidade de vida variam de

indivíduo para indivíduo, inclusive entre grupos específicos de idade. O envelhecimento é uma experiência singular e, em virtude de seus valores e história de vida, os idosos diferem dos jovens e também entre si, nos extremos de idade¹⁶.

A OMS considera meia-idade sujeitos de 45 a 59 anos, idosos de 60 a 74 anos, anciãos de 75 a 89 anos e velhice extrema, 90 anos ou mais¹⁷. No Brasil, de acordo com o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), são considerados idosos jovens aqueles que têm entre 60 e 70 anos de idade; medianamente idosos a partir de 70 até 80 anos; e muito idosos acima de 80¹⁸. Há também, na literatura, a definição de muito idosos como aqueles com idade maior ou igual a 80 anos e ainda, maior ou igual a 85 anos^{19,20}. Nesse contexto, surgem alguns questionamentos. Idosos jovens têm QV melhor que os muito idosos? Em que aspectos diferem na avaliação da QV? Qual o impacto do número de comorbidades sobre a QV de idosos?

Portanto, identificar os determinantes de QV na velhice, levando-se em consideração as diferenças entre o idoso jovem e o muito idoso, é questão relevante para quem busca longevidade com boa qualidade. O importante é saber se os anos a mais são plenos de satisfação e significado.

E ainda, a avaliação da QV de idosos pode auxiliar na abordagem clínica desse grupo populacional com características tão semelhantes e ao mesmo tempo, tão heterogêneas. Sabe-se que o envelhecimento é um processo biológico natural do ciclo de vida e que gera diversas modificações físicas envolvendo a anatomia e fisiologia. Com isto, o sistema biológico fica mais fragilizado, deixando o idoso mais suscetível a doenças como: quadros de demência, diabetes, hipertensão e doenças crônicas em geral²¹.

O objetivo deste estudo foi avaliar a qualidade de vida de idosos e comparar a qualidade de vida entre idosos jovens e idosos muito idosos.

MÉTODO

Após aprovação pela Comissão de Ética em pesquisa da Instituição (Parecer 0516/07), assim como a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), realizou-se este estudo no ambulatório de Geriatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, no período de maio de 2007 a março de 2008.

Estudo transversal composto por dois grupos: o grupo de idosos jovens (G1) e o de muito idosos (G2).

Para os critérios de inclusão no G1 (60-70 anos) foi utilizada a classificação etária descrita pelo IPEA. Para o G2 foram considerados aqueles com 85 anos ou mais para obtenção de pelo menos 15 anos de diferença entre os grupos.

Os critérios de exclusão foram presença de déficit cognitivo, déficit visual com incapacidade para leitura e analfabetismo, uma vez que o questionário utilizado na pesquisa é auto-aplicativo.

A escolha dos pacientes foi realizada através de busca ativa, de acordo com a demanda de atendimento no ambulatório, ou seja, conforme a chegada dos pacientes para consulta ambulatorial de rotina. O TCLE foi obtido antes da inclusão dos pacientes no estudo.

Foram coletados dados referentes a sexo, estado civil, escolari-

dade, prática de atividade física pelo menos três vezes por semana com duração de no mínimo 30 minutos cada (ativos x sedentários) e capacidade funcional. Em relação à capacidade funcional, foi utilizada a escala de Katz para avaliar as atividades básicas de vida diária (ABVD); e a escala de Lawton para avaliar as atividades instrumentais de vida diária (AIVD). As ABVD dizem respeito a 6 atividades: banhar-se, vestir-se, usar o banheiro, movimentar-se, ter continência e alimentar-se; e as AIVD referem-se a 8 atividades: usar o telefone, fazer compras, preparar alimentos, realizar tarefas domésticas, lavar roupas, usar transporte coletivo, tomar medicamentos e cuidar do dinheiro. Para cada atividade independente soma-se 1 ponto, sendo totalmente dependentes aqueles com pontuação 0 em todas as atividades (0 de 6 se ABVD e 0 de 8 se AIVD), totalmente independentes aqueles com pontuação 1 em todas as atividades (6 de 6 se ABVD e 8 de 8 se AIVD) e parcialmente dependentes aqueles com pontuação 1 em apenas algumas atividades (1 - 5 de 6 se ABVD e 1 - 7 de 8 se AIVD).

Os prontuários foram revisados em busca das comorbidades e medicações.

Os pacientes foram submetidos à avaliação da QV, utilizando-se como instrumento o questionário WHOQOL-OLD. Trata-se de um questionário auto-aplicativo composto por 24 itens atribuídos a 6 domínios: funcionamento dos sentidos, autonomia, morte e morrer, atividades passadas, presentes e futuras, participação social e intimidade.

O domínio "Função Sensorial" avalia o funcionamento sensorial (visão, audição, tato, olfato e paladar) e o impacto da perda das habilidades sensoriais na QV. O domínio "Autonomia" refere-se à capacidade de viver de forma autônoma e tomar suas próprias decisões. "Atividades Passadas, Presentes e Futuras" descreve a satisfação sobre conquistas na vida e coisas a que se anseia. "Participação Social" delinea a participação em atividades do cotidiano, especialmente na comunidade. O domínio "Morte e Morrer" se relacionam a preocupações, inquietações e temores sobre a morte e morrer, e "Intimidade" avaliam a capacidade de se ter relações pessoais e íntimas.

Cada um dos domínios possui 4 itens, com pontuação de 1 a 5 em cada; portanto, para todos os domínios o escore dos valores possíveis pode oscilar de 4 a 20, desde que todos os itens de um domínio tenham sido preenchidos. Os escores dos 24 itens do módulo WHOQOL-OLD são combinados para produzir um escore geral para a QV em idosos, denominado "escore total", que por sua vez, pode oscilar entre 24 e 120. Quanto maior o valor do escore total, melhor a QV. Neste estudo foi considerado como ponto de corte para boa QV o escore total igual ou acima de 80. As respostas dos 2 grupos foram avaliadas e comparadas.

A análise estatística de todos os dados coletados foi inicialmente feita de forma descritiva.

Para as variáveis de natureza quantitativa foram calculadas algumas medidas-resumo, como a média, mediana, desvio-padrão. As variáveis de natureza qualitativa foram analisadas por meio de cálculo de frequências absolutas e relativas.

As análises inferenciais, empregadas com o intuito de confirmar ou refutar evidências encontradas na análise descritiva, foram os testes *t* Student na comparação de médias para duas amostras independentes, Qui-quadrado de Pearson e suas partições, além do

Exato de Fisher para o estudo da associação entre duas variáveis de natureza qualitativa.

Os procedimentos foram realizados com o programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 11.0 for Windows.

Em todas as conclusões obtidas por intermédio das análises inferenciais foi utilizado o nível de significância $\alpha = 5\%$.

RESULTADOS

A amostra estudada foi composta de 35 indivíduos do G1 (idoso jovem) e 34 do G2 (muito idoso).

A distribuição dos indivíduos segundo sexo, escolaridade e prática de atividade física foram estatisticamente iguais entre os grupos, e diferente em relação ao estado civil (Tabela 1) e funcionalidade (Gráficos 1 e 2).

Tabela 1 – Distribuição dos indivíduos, segundo o sexo, estado civil, escolaridade, prática de atividade física nos dois grupos

Variáveis	Grupos		Valor de p
	G1 (n = 35)	G2 (n = 34)	
Sexo			
Feminino	29 / 82,90%	26 / 76,50%	p = 0,510
Masculino	6 / 17,10%	8 / 23,50%	
Estado civil			
Casado	11 / 31,40%	8 / 23,50%	p = 0,004
Viúvo	10 / 28,60%	22 / 64,70%	
Outros	14 / 40%	4 / 11,70%	
Escolaridade			
1º Grau incompleto	15 / 42,90%	8 / 23,50%	p = 0,112
1º Grau completo	12 / 34,30%	22 / 64,70%	
2º Grau incompleto	1 / 2,90%	1 / 2,90%	
2º Grau completo	3 / 8,60%	2 / 5,90%	
Superior	4 / 11,40%	1 / 2,90%	
Atividade física			
Ativos	13 / 37,10%	8 / 23,40%	p = 0,299
Sedentários	22 / 62,90%	26 / 76,50%	

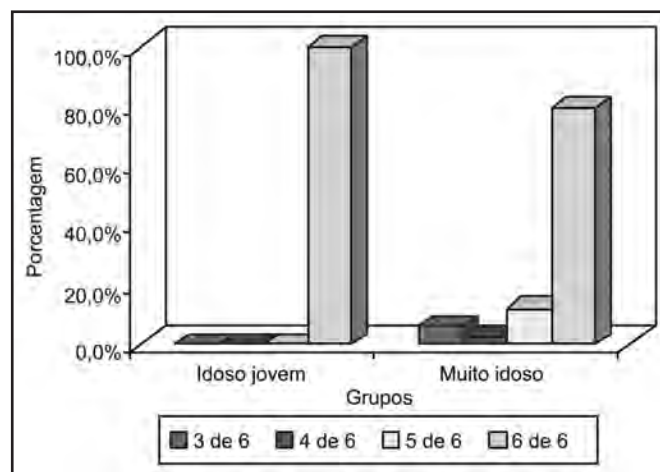


Gráfico 1 – Distribuição dos indivíduos segundo capacidade funcional para atividades básicas de vida diária nos dois grupos

3 de 6, 4 de 6, 5 de 6: parcialmente dependente
6 de 6: totalmente independente

p = 0,005

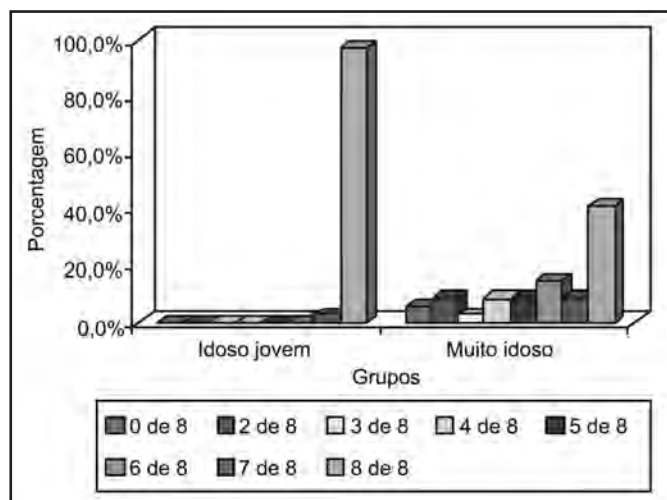


Gráfico 2 – Distribuição dos indivíduos segundo capacidade funcional para atividades instrumentais de vida diária, nos dois grupos

0 de 8: totalmente dependente

2 de 8, 3 de 8, 4 de 8, 5 de 8, 6 de 8, 7 de 8:

parcialmente dependente

8 de 8: totalmente independente

p < 0,001

Tabela 2 – Medidas-resumo da idade, número de comorbidades e número de medicações, segundo nos dois grupos.

Medidas-Resumo	Idade		Comorbidade		Medicação	
	G1	G2	G1	G2	G1	G2
Média	67,97	89,82	8,31	8,15	9,34	6,5
Mediana	69	90	8	8,5	9	6
Mínimo	62	85	4	2	3	0
Máximo	70	100	16	16	21	14
Desvio-padrão	2,47	3,34	2,34	3,24	3,61	2,89
Valor de p	-		0,807		0,0006	

Tabela 3 – Medidas-resumo do escore total do WHOQOL-OLD nos dois grupos

Medidas-Resumo	Escore Total		Total
	G1	G2	
Média	84,09	83,32	83,71
Mediana	87	85	86
Mínimo	50	53	50
Máximo	101	115	115
Desvio-padrão	11,55	12,29	11,84
Valor de p	0,792		

Tabela 4 – Medidas-resumo de cada domínio do WHOQOL-OLD nos dois grupos

Medidas-Resumo	FS		PPF		AUT		PS		INT		MM	
	G1	G2	G1	G2	G1	G2	G1	G2	G1	G2	G1	G2
Média	13,83	13,44	14,46	14,03	13,71	12,85	13,14	13,91	14,77	13,88	14,17	15,21
Mediana	13,00	13,00	15,00	15,00	14,00	13,00	13,00	14,00	15,00	15,00	16,00	15,00
Mínimo	9,00	6,00	8,00	7,00	7,00	6,00	6,00	9,00	4,00	4,00	5,00	9,00
Máximo	19,00	19,00	20,00	19,00	19,00	20,00	19,00	20,00	20,00	20,00	20,00	20,00
Desvio-padrão	2,92	3,24	2,81	2,77	2,67	3,64	3,31	2,59	3,08	3,41	4,12	3,72
Valor p	p = 0,603		p = 0,527		p = 0,266		p = 0,287		p = 0,259		p = 0,278	

FS = função sensorial; PPF = passado-presente-futuro; AUT = autonomia; PS = participação social; INT = intimidade; MM = morte e morrer.

Os dois grupos apresentaram, em média, o mesmo número de comorbidades e o G2 apresentou menor número de medicações prescritas que o G1 (Tabela 2).

Os grupos não diferiram quanto à média do escore total do WHOQOL-OLD (Tabela 3) inclusive quando analisada a média de cada domínio em separado (Tabela 4).

Um estudo de correlação foi realizado inicialmente através da construção do diagrama de dispersão (Gráfico 3) e posteriormente através da estimativa do coeficiente de correlação linear de Pearson e de Spearman. Observou-se a inexistência de relação entre o escore total do WHOQOL-OLD e o número de comorbidades, confirmado por intermédio dos valores dos coeficientes de correlação linear de Pearson (G1: -0,056 e G2: -0,170) e de Spearman (G1: 0,025 e G2: -0,035).

Observou-se, por meio de estudo de correlação, que em ambos os grupos os domínios que apresentaram maior correlação com o valor elevado do escore total do WHOQOL-OLD foram "Intimidade" e "Atividades Passadas, Presentes e Futuras". No entanto, o domínio "Morte e Morrer" teve maior correlação para os muito idosos enquanto "Participação Social" e "Autonomia" para os idosos jovens (Tabela 5).

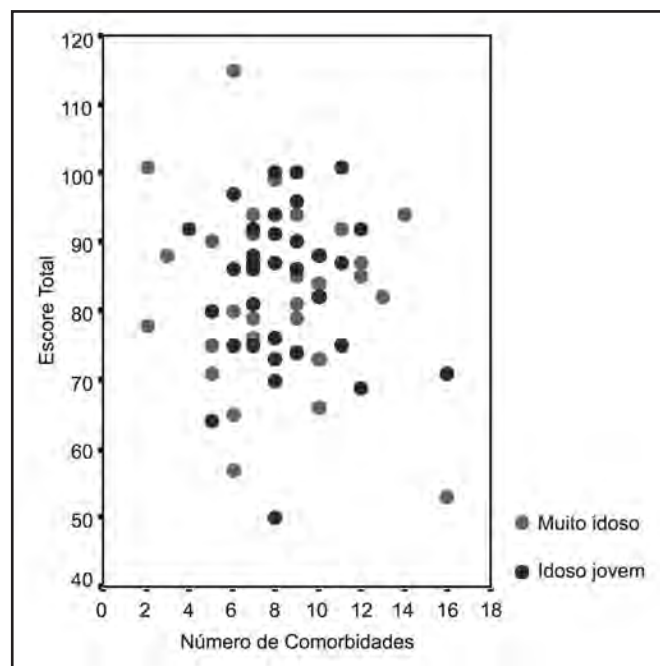


Gráfico 3 – Correlação entre o escore total do WHOQOL-OLD e o número de comorbidades nos dois grupos

Tabela 5 – Correlação entre cada domínio com o escore total do WHO-QOL-OLD nos dois grupos.

Variáveis	G1	Variáveis	G2
INT e ET	CC 0,734	INT e ET	CC 0,849
PPF e ET	CC 0,678	PPF e ET	CC 0,717
PS e ET	CC 0,633	MM e ET	CC 0,602
AUT e ET	CC 0,619	PS e ET	CC 0,588
FS e ET	CC 0,549	FS e ET	CC 0,582
MM e ET	CC 0,494	AUT e ET	CC 0,485

p < 0,005

ET = escore total; FS = função sensorial; AUT = autonomia; MM = morte e morrer; PPF = passado-presente-futuro; PS = participação social; INT = intimidade; CC = coeficiente de correlação linear de Pearson.

DISCUSSÃO

O aumento da longevidade traz ao profissional de saúde o desafio de conhecer os fatores relacionados à maior expectativa de vida e os determinantes da boa qualidade de vida – para estimular, e os de má qualidade – para intervir.

Os resultados revelaram que as mulheres predominaram nos grupos, fato também observado em outros estudos envolvendo idosos, haja vista a notável feminização do envelhecimento^{5-7,14,22,23}.

A proporção de viúvos entre o G2 foi maior que no G1, o que era esperado, já que a longevidade traz o confronto com a perda do cônjuge¹⁹.

Além disso, foi observado que o G1 teve maior proporção de indivíduos com ABVD e AIVD preservadas que o G2, o que está de acordo com alguns estudos que demonstram o aumento da incapacidade funcional com o aumento da idade em homens e mulheres^{19,22,23}.

Um achado intrigante no presente estudo foi a prescrição, em média, de um número menor de medicações para o G2. Isso pode ser explicado, em parte, pela tendência por parte dos médicos a evitar a polifarmácia, com revisões periódicas da terapêutica instituída, sob supervisão constante.

Por outro lado, a abordagem do paciente muito idoso ainda é um terreno desconhecido e a ser explorado, uma vez que é um seguimento da população em evidência há poucos anos, carecendo de mais estudos sobre estratégias de cuidado.

Além disso, supõe-se que a genética aliada ao estilo de vida pode ter levado estes indivíduos a um processo de seleção natural, em que as comorbidades podem ter sido mais bem controladas a tempo de evitar complicações e consequente polifarmácia.

A avaliação da QV dos idosos participantes do estudo foi considerada boa. A exclusão dos analfabetos pode ter contribuído para a alta pontuação, provavelmente por serem aqueles com menores condições socioeconômicas. Entre os grupos, não houve diferença quanto ao escore total do WHOQOL-OLD, demonstrando que a idade avançada, por si, parece não promover piora da QV. A inexistência de relação entre o escore total e número de comorbidades sugere que, apesar das diversas doenças diagnosticadas em um indivíduo, o acompanhamento ambulatorial pode ser decisivo para o reconhecimento de fatores de risco e a intervenção preventiva de complicações.

A análise das respostas, por domínio, nos dois grupos, revelou que os domínios “Intimidade” e “Atividades Passadas, Presentes e

Futuras” contribuíram com o valor alto do escore total, mostrando que a oportunidade de amar e sentir-se amado, estar satisfeito com suas realizações, objetivos alcançados e projetos durante a vida, tem importante influência sobre a QV de idosos, independentemente da faixa etária.

Por outro lado, houve diferença entre os 2 grupos nos domínios Participação Social, Autonomia e Morte e Morrer. Para os idosos jovens, a participação em atividades do cotidiano, especialmente na comunidade, e a capacidade preservada de tomar decisões tiveram maior impacto na QV provavelmente pela sensação de “ser útil” para a sociedade e de “ser respeitado” e “ser ouvido” nas suas opiniões. Para os muito idosos, o controle de preocupações e temores sobre a morte e o morrer influenciou o escore total de QV, o que pode ser explicado pelo confronto com a morte na medida em que os anos passam e a perda de parentes e amigos é comum. Este dado demonstra que a aceitação da própria finitude nesta fase da vida, pode trazer paz interior contribuindo para viver o “tempo que resta” com boa qualidade.

Não há outros estudos sobre QV que tenham utilizado o WHO-QOL-OLD com o objetivo desta pesquisa.

Houve dificuldade em compor a amostra devido ao grande número de idosos analfabetos, principalmente entre os muito idosos, pois o WHOQOL-OLD foi auto-aplicativo e o analfabetismo foi critério de exclusão.

Outra limitação foi o fato de o questionário ser auto-aplicativo, sem possibilidade de auxílio por parte de familiares, acompanhantes, cuidadores ou do médico pesquisador, o que foi criticado por alguns idosos com dificuldade de entendimento de termos e expressões encontradas entre as perguntas e respostas do questionário, como: “olfato”, “tato”, “quão”, “interagir”, “extremamente”.

Essa dificuldade, mais uma vez, pode ser explicada pela baixa escolaridade dos idosos integrantes desta pesquisa, o que compromete o entendimento de palavras fora do vocabulário usual.

Pela relevância do tema e o impacto exercido sobre políticas de saúde pública, condutas e tratamentos, fica clara a necessidade de que outros trabalhos sejam realizados tendo como alvo a população idosa. Para que isso seja possível, devemos conhecer os conceitos de qualidade de vida e os instrumentos atualmente disponíveis para sua mensuração em idosos.

CONCLUSÃO

A qualidade de vida dos idosos deste estudo foi considerada boa e a comparação entre o grupo jovem e muito idoso mostrou que a QV não parece decair com a idade.

REFERÊNCIAS

1. Chaimowicz F. Health of Brazilian elderly Just before of the 21st century: current problems, forecasts and alternatives. *Rev Saude Publica* 1997;31(2):184-200.
2. Saldanha AL, Caldas CP. Saúde do idoso: a arte de cuidar. Rio de Janeiro: Ed. Interciência; 2004.
3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) [homepage na internet]. Disponível em: www.ibge.gov.br
4. Camarano AA, Kanso S, Mello JLE. Como vive o idoso brasileiro? In: Camarano AM, (Organizador). Os novos idosos brasileiros:

- muito além dos 60. 1ª ed. Rio de Janeiro: IPEA; 2004. p. 25-73.
5. Xavier FM, Ferraz MPT, Marc N, et al. Elderly people's definition of quality of life. *Rev Bras Psiquiatr* 2003;25(1):31-9.
 6. Paschoal SMP. Qualidade de vida do idoso: elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 2000.
 7. Paschoal SMP. Qualidade de vida do idoso: construção de um instrumento de avaliação através do método do impacto clínico [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 2004.
 8. Paschoal SM, Filho WJ, Litvoc J. Development of elderly quality of life index – EQOLI: theoretical-conceptual framework, chosen methodology, and relevant items generation. *Clinics* 2007;62(3):279-88.
 9. Paschoal SM, Jacob Filho W, Litvoc J. Development of Elderly Quality of Life Index--EqoLI: item reduction and distribution into dimensions. *Clinics* 2008;63(2):179-88.
 10. Kluthcovsky ACGC, Takayanagui AMM. **Qualidade de vida**-aspectos conceituais. *Rev Salus (Guarapuava, PR)* 2007;1(1):13-5.
 11. Seidl EM, Zannon CM. Quality of life and health: conceptual and methodological issues. *Cad Saude Publica* 2004;20(2):580-8.
 12. The WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med* 1995;10(41):1403-9.
 13. Fleck MPA, Leal OF, Louzada S, et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). *Rev Bras Psiquiatr* 1999;21(1):19-28.
 14. Fleck MP, Chachamovich E, Trentini CM. WHOQOL-OLD Project: method and focus group results in Brazil. *Rev Saude Publica* 2003;37(6):793-9.
 15. Fleck MP, Chachamovich E, Trentini C. Development and validation of the Portuguese version of the WHOQOL-OLD module. *Rev Saude Publica* 2006;40(5):785-91.
 16. Joia LC, Ruiz T, Donalisio MR. Life satisfaction among elderly population in the city of Botucatu, Southern Brazil. *Rev Saude Publica* 2007;41(1):131-8.
 17. Organização Mundial Saúde (OMS) [homepage na internet]. Disponível em: www.who.org.br.
 18. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) [homepage na internet]. Disponível em: www.ipea.gov.br.
 19. Ferreira JVC. Os muito idosos no município de São Paulo [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2006.
 20. Champion EW. Oldest old. *N Engl J Med* 1994;330(25):1819-20.
 21. Passarelli MC. O processo de envelhecimento em uma perspectiva geriátrica. *O mundo da saúde: Envelhecer com saúde e dignidade* 1997;21(4):208-12.
 22. Dello Buono M, Urciuoli O, De Leo D. Quality of life and longevity: a study of centenarians. *Age Ageing* 1998;27(2):207-16.
 23. Lima-Costa MF, Barreto SM, Giatti L. Health status, physical functioning, health services utilization, and expenditures on medicines among Brazilian elderly: a descriptive study using data from the National Household Survey. *Cad Saude Publica* 2003;19(3):735-43.