



Percepção de pessoas idosas sobre qualidade de vida*

Elders' perception of quality of life

Percepción de personas ancianas sobre calidad de vida

Lisiane Manganelli Girardi Paskulin¹, Fernanda Peixoto Córdova²,
Francine M. da Costa³, Lucila Amaral Carneiro Vianna⁴

RESUMO

Objetivos: Conhecer a percepção de idosos de um distrito de saúde de Porto Alegre/RS sobre o significado de qualidade de vida e identificar quais as facetas de qualidade de vida foram mais referidas pelos idosos. **Métodos:** Estudo descritivo e transversal a partir de uma questão aberta: "O que significa QV para você?". Responderam a essa pergunta 260 idosos, moradores de Porto Alegre-RS. Foi realizada análise de conteúdo, com apoio do *software NVivo 2.0*, utilizando como categorias as facetas de QV propostas pela versão brasileira do instrumento WHOQOL-100 e módulo WHOQOL-OLD. **Resultados:** Para a maioria, QV significava ter Saúde. Em seguida, as categorias mais representativas foram: sentimentos positivos, relações pessoais e alimentação. **Conclusões:** Os achados reforçam a idéia de que QV é um conceito multidimensional, podendo ser analisada tanto por parâmetros objetivos como subjetivos.

Descritores: Qualidade de Vida; Idoso; Saúde do idoso.

ABSTRACT

Objectives: To explore the perception of quality of life of elders from a health care district in Porto Alegre, RS, and to identify the most common dimensions of voice by the elders. **Methods:** This was a cross-sectional descriptive study using the following open question: What quality of life means to you? Participants consisted of 260 elders who were residents of Porto Alegre, RS. N-Vivo 2.0 was used to conduct content analysis by observing the dimensions of the Brazilian Portuguese version of the WHOQOL-100 and the module WHOQOL-OLD. **Results:** The majority of participants reported that quality of life was synonym of good health. The most common dimensions of quality of life were positive feelings, personal relationships, and access to food. **Conclusion:** The study's findings support that quality of life is a multidimensional construct that can be used to evaluated objectives and subjective parameters.

Key Words: Quality of life; Aged; Health of the Elderly.

RESUMEN

Objetivos: Conocer la percepción de ancianos de un distrito de salud de Porto Alegre/RS sobre el significado de calidad de vida y identificar cuáles son las facetas de calidad de vida que fueron más referidas por los ancianos. **Métodos:** Estudio descriptivo y transversal a partir de una pregunta abierta: "¿Que significa CV para usted?". Respondieron a esa pregunta 260 ancianos, residentes en Porto Alegre/RS. Fue realizado el análisis de contenido, con apoyo del *software NVivo 2.0*, utilizando como categorías las facetas de CV propuestas por la versión brasileña del instrumento WHOQOL-100 y módulo WHOQOL-OLD. **Resultados:** Para la mayoría, CV significaba tener Salud. En seguida, las categorías más representativas fueron: sentimientos positivos, relaciones personales y alimentación. **Conclusiones:** Los hallazgos refuerzan la idea de que CV es un concepto multidimensional, pudiendo ser analizado tanto por parámetros objetivos como subjetivos.

Palabras clave: Calidad de Vida; Anciano; Salud del anciano.

*Estudo desenvolvido na Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre (RS), Brasil e Universidade Federal de São Paulo. São Paulo (SP), Brasil.

¹ Doutora em Ciências da Saúde. Professora Adjunto da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre (RS), Brasil

² Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre (RS), Brasil.

³ Acadêmica de enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre (RS), Brasil; Bolsista de Iniciação Científica.

⁴ Doutora em Saúde Pública. Professora Titular do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo. São Paulo (SP), Brasil.

INTRODUÇÃO

A mudança do perfil demográfico mundial é um tema que vem suscitando discussões e investigações, sob diferentes óticas, nas mais variadas áreas do conhecimento. Uma das vertentes que vem sendo estudada nos contextos nacional e internacional diz respeito à qualidade de vida (QV) na velhice. Verifica-se, também, no contexto internacional, que essa é uma área bastante pesquisada por enfermeiros e por equipes multidisciplinares, como um importante parâmetro de avaliação de políticas, intervenções de saúde e, de modo específico para a enfermagem, avaliações do cuidado prestado⁽¹⁾.

Questões sobre o conceito de QV têm sido foco de discussão desde os primeiros filósofos⁽¹⁾. Até os dias de hoje, esse construto é considerado um conceito complexo, interpretado de diferentes modos e utilizado em várias disciplinas. Para um autor⁽²⁾, é exatamente o seu uso multidisciplinar um dos principais fatores que determinam a falta de consenso para defini-la. A QV é um construto difícil de ser definido e medido porque valores culturais, éticos, religiosos e pessoais influenciam a forma como ela é percebida e as suas consequências⁽³⁾.

Vários termos têm sido utilizados na literatura nas definições de QV: percepção de satisfação com a vida⁽⁴⁾, bem-estar⁽⁵⁾ e a diferença entre a situação real de um indivíduo e o que ele aspira⁽⁵⁾.

Apesar das diferentes definições para o termo, existe concordância entre grande parte dos autores de que, para avaliar QV, é necessária a utilização de uma abordagem multidimensional⁽³⁻⁴⁾ e, ainda, que não exista consenso sobre as dimensões que constituem o construto, as que são citadas com maior frequência são a física, a psicológica, a social e a espiritual⁽⁶⁾.

A QV se estabelece também a partir de parâmetros objetivos e subjetivos⁽⁷⁾. Os parâmetros subjetivos seriam o bem-estar, a felicidade e a realização pessoal, entre outros, e os objetivos estariam relacionados à satisfação das necessidades básicas e daquelas criadas em uma dada estrutura social. Os parâmetros objetivos têm a vantagem de não estarem sujeitos ao viés do observador, enquanto os subjetivos possibilitam que as pessoas emitam juízos sobre temas que envolvem suas vidas⁽⁸⁾.

Além das questões relacionadas ao contexto, à multidimensionalidade, e aos parâmetros objetivos e subjetivos, outro aspecto que parece ser consenso na literatura é que a QV deve ser interpretada com base na percepção pessoal⁽³⁻⁵⁾.

No campo da saúde, o conceito de QV emergiu a partir de um movimento de humanização na área e de valorização de outros parâmetros de avaliação, além dos sintomas ou dados epidemiológicos, como a incidência e prevalência das doenças⁽⁹⁾.

O grupo *World Health Organization Quality of Life Assessment*⁽¹⁰⁾ definiu QV tendo por base a percepção do indivíduo de sua posição na vida. O conceito adotado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), além de demonstrar a preocupação com o aspecto subjetivo da QV, relaciona aspectos individuais aos contextos cultural, social e ambiental

em que as pessoas estão inseridas. Este conceito foi adotado no presente estudo.

A OMS desenvolveu e testou um instrumento para avaliar a QV, denominado WHOQOL-100, com a colaboração de 15 centros de diferentes países, numa perspectiva transcultural⁽¹¹⁾. Recentemente, a OMS desenvolveu ainda o módulo WHOQOL-OLD, que, a partir do instrumento WHOQOL-100 e seguindo o mesmo percurso metodológico, realiza uma avaliação específica para idosos⁽¹²⁾. Os estudos realizados nos contextos internacional e nacional sobre QV dos idosos, de um modo geral, investigam as percepções dos idosos sobre o significado de QV^(8,13-14) e os prováveis determinantes da QV dos idosos⁽¹⁻¹⁵⁾. Há ainda outras publicações que mensuram a QV do idoso na comunidade⁽¹⁶⁻¹⁷⁾, além de muitos outros voltados essencialmente para a avaliação de tratamentos de doenças nessa faixa etária, através de ensaios clínicos.

Os objetivos deste estudo foram: conhecer a percepção de idosos de um distrito de saúde de Porto Alegre/RS sobre o significado de qualidade de vida e identificar quais as facetas de qualidade de vida foram mais referidas pelos idosos. O mesmo foi realizado a partir de uma investigação de base sobre fatores associados à qualidade de vida de idosos de um distrito sanitário de Porto Alegre/RS⁽¹⁸⁾, em uma das regiões com maior proporção de idosos do município, no qual foi realizado um estudo populacional com 292 idosos, através de inquérito domiciliar e por amostragem probabilística. Os participantes responderam a um questionário sobre características sociais, econômicas e de aspectos relacionados à saúde-doença, além do questionário abreviado de avaliação de QV da Organização Mundial da Saúde, o WHOQOL-BREF.

A realidade nacional carece de estudos que subsidiem ações e avaliações da atenção aos idosos. Assim, é importante ir além dos dados demográficos e de morbidade, e conhecer a perspectiva desses indivíduos sobre sua QV a partir da realidade local, apoiando as intervenções dos serviços responsáveis pela atenção de saúde desses, bem como alterando o panorama de ensino dos profissionais da área. Assim como apresentado por alguns autores⁽¹⁴⁾, acredita-se ainda que este estudo contribui com dados empíricos que possibilitam avaliar a validade de construto dos modelos teóricos e das medidas de qualidade de vida relacionadas ao processo de envelhecimento.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo com desenho transversal, realizado a partir dos dados obtidos no segundo semestre de 2004 no estudo de base.

O distrito noroeste é um dos 16 distritos da cidade e foi escolhido para realização deste estudo por ter a segunda maior proporção de idosos do município: eram 20.302 habitantes com 60 anos ou mais, conforme o Censo de 2000 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, o que correspondia a 15,63% da população do distrito⁽¹⁹⁾.

Ao final do primeiro questionário sobre variáveis socioeconômicas e demográficas do estudo de base, 260

idosos participantes, selecionados por conveniência, responderam ainda a uma pergunta aberta: “o que significa qualidade de vida para você?”. Salienta-se que era solicitado aos idosos responder a essa pergunta aberta antes de proceder-se a aplicação do questionário de QV da OMS. No caso dos idosos que não conseguiram escrever suas respostas, os entrevistadores registravam no questionário as respostas dos mesmos, utilizando as mesmas palavras e expressões referidas pelos respondentes.

Para a análise dos dados foi utilizada a análise de conteúdo⁽²⁰⁾ com apoio do *software Qualitative Solutions Research NVivo* (QSR NVivo) 2.0, utilizando como pré-categorias as facetas de qualidade de vida propostas pela OMS, do instrumento WHOQOL-100 e do módulo WHOQOL-OLD. O WHOQOL-100 engloba seis áreas de domínio com 24 facetas ao total (sub-domínios), a saber: Domínio Físico - dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso; Domínio Psicológico - sentimentos positivos, pensar, aprender, memória e concentração, auto-estima, imagem corporal e aparência, sentimentos negativos; Domínio Nível de Independência - mobilidade, atividades da vida cotidiana, dependência de medicação ou de tratamentos e capacidade de trabalho; Domínio de Relações Sociais - relações pessoais, apoio social, atividade sexual e Domínio Ambiente - segurança física e proteção, ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados de saúde e sociais, oportunidade de adquirir novas informações e habilidades, oportunidades de lazer e recreação, ambiente físico, transporte e Domínio Aspectos espirituais/religião e crenças. É composto por 100 questões, sendo 96 relacionadas às 24 facetas, além de quatro questões sobre qualidade de vida global e percepção de saúde geral. Já o WHOQOL-OLD é composto por 24 questões, divididas em seis facetas: funcionamento dos sentidos; autonomia; atividades passadas, presentes e futuras; participação social; morte e morrer e intimidade⁽¹¹⁻¹²⁾.

O processo de categorização dos dados foi realizado por duas das pesquisadoras, separadamente. Posteriormente, foi feito cruzamento das categorizações, para maior confiabilidade do processo.

O *software* utilizado consiste em um programa voltado para auxiliar na análise qualitativa e quantitativa dos dados, pode ser utilizado em pesquisas de diversas áreas e permite trabalhar com dados originários de diferentes instrumentos de coleta de dados⁽²¹⁾. O NVivo tem como função principal a codificação de texto e armazenamento em categorias específicas, gerenciados por três instâncias, tais como *documents* (local onde ficam armazenadas as entrevistas); *nodes* (espaço onde é guardada a codificação - categorização) e *attributes* (local onde ficam guardadas as características dos sujeitos, por exemplo, sexo, idade, profissão). O programa permite ainda identificar a frequência das citações presentes em cada categoria.

Os dados socioeconômicos e demográficos, para caracterização do grupo estudado, foram obtidos a partir do banco de dados do estudo de base, estruturado no Programa SPSS 11.0, sendo realizada análise estatística descritiva (média e

frequência).

O estudo de base foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo (Processo nº 0423/04). Todos os participantes foram informados sobre o estudo e assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

Quanto à caracterização dos participantes do estudo, verificou-se que 33,1% eram homens e 66,9% eram mulheres, com idades que variaram entre 60 e 94 anos, e média de 71,3 anos (DP 7,4 anos). Em relação ao estado conjugal, 54,5% dos respondentes não possuíam companheiro e 21,1% residiam sós. Quanto à escolaridade, 23,2% eram analfabetos ou possuíam menos de quatro anos de estudo, 43,2% tinham de quatro a oito anos de estudo e 33,6% mais de oito anos.

Para categorização das respostas dos 260 idosos participantes do estudo, como já relatado, tomaram-se por base as facetas do WHOQOL-100 e do WHOQOL-OLD, conforme será apresentado a seguir.

É importante ressaltar que durante o processo de análise das falas em diferentes categorias, com frequência identificava-se a inter-relação entre elas. Para determinar qual a categoria era a mais apropriada, foi buscado consenso entre os pesquisadores.

Saúde

Um tema citado por 109 idosos foi ter *saúde*, ao afirmarem que, qualidade de vida é viver com saúde.

“Não ter problema grave de saúde e ter condições de saúde” [E.141].

“Saúde é a prioridade da qualidade de vida” [E.235].

No entanto, *saúde* parece não estar somente associada à ausência de doença, a não necessitar de cuidados médicos e nem de remédios, mas também relacionada a possuir atividades de lazer e à capacidade de poder continuar trabalhando:

“Ter saúde é dispor de todos esses recursos de lazer que eu disponho” [E.431].

“Saúde né... para a gente poder trabalhar” [E.408].

Sentimentos positivos

Para 78 idosos, qualidade de vida é ter sentimentos positivos tais como viver e sentir-se bem, ter alegria de viver e viver em paz:

“Viver em paz, tranqüila, com tudo em ordem” [E.242].

“É o estado bom de viver emocionalmente, fisicamente, sentir-se útil, ter paz. Doença todos nós temos, ter paz, harmonia teremos felicidade relativa” [E.245].

Mas viver bem também está relacionado a circunstâncias de vida positivas:

“Ter tudo o que precisa para viver bem” [E.1001].

“Ter acesso aos prazeres da vida” [E.1007].

Relações pessoais

Em relação à categoria *Relações pessoais* 71 idosos destacaram que o convívio familiar e social significa para eles ter qualidade de vida.

“Conviver com a família” [E.1002].

“Ter bastante amizade, ir a bailes, se dar com a vizinhança” [E.111].

“A gente estando com a família, eles estando bem e eu bem, tá tudo bem. Eles me dão carinho e amor” [E.713].

Porém este convívio vem associado a um ideal de não incomodar ninguém, de não ser incomodado, de não viver e sentir-se só.

“Família unida sem interesses financeiros” [E.232].

“É ter os filhos e a família por perto” [E.217].

As definições dos respondentes parecem também estar relacionadas à categoria *Participação social*, no que diz respeito a estar satisfeito com o nível e com as oportunidades de convívio.

Recursos financeiros

Qualidade de vida, para 64 idosos, era ter condições de adquirir o que necessita, poder realizar o que gosta, não depender dos outros e poder ter uma velhice mais tranquila em função das condições financeiras.

“Uma boa aposentadoria que permita a manutenção das necessidades” [E.1005].

“Não precisar pedir esmolas aos outros” [E.1007].

“Poder viver na velhice com as mesmas condições de quando trabalhava” [E.124].

“Ter condições para passear e poder fazer exercícios físicos” [E.256].

“Ter dinheiro para comprar os remédios e alimentos” [E.251].

Ter oportunidade de recreação e lazer

Ainda 54 idosos apontaram que ter atividades de lazer (que também permitam o convívio com outras pessoas) também é ter qualidade de vida.

“Poder passear de vez em quando” [E.109].

“Viver, sair, se distrair, ter com quem conversar” [E.132].

“Lazer e segurança é fundamental para a qualidade de vida” [E.234].

“Participando de grupos e ter lazer além de tudo” [E.406].

A idéia do lazer, associada à independência também aparecem na fala dos idosos

“Caminhar, poder fazer tudo o que quero fazer, cozinhar, tricô, bordar, pintar” [E.128].

Destacaram-se ainda, com menor frequência, citações relacionadas às categorias “Cuidados de saúde e sociais”, “Ambiente no lar”, “Capacidade de trabalho”, “Atividades da vida cotidiana”, “Autonomia”, “Espiritualidade/religião/crenças pessoais” e “Suporte (apoio) social”. As respostas abrangeram quase todas as facetas dos seis domínios do WHOQOL-100 e todas do módulo WHOQOL-OLD. Apenas em duas facetas do WHOQOL-100 não foram identificadas correspondências nas falas dos sujeitos: atividade sexual e imagem corporal/ aparência.

Houve também uma categoria relacionada à alimentação que emergiu no estudo e que não representava nenhuma faceta do instrumento WHOQOL-BREF ou do módulo WHOQOL-OLD, mas que foi mantida pelos pesquisadores em função da frequência de respostas relacionadas ao tema e entendendo que a mesma encontra-se relacionada com outras categorias como Recursos financeiros e Autonomia.

Alimentação: ter o que comer e ter uma alimentação saudável

A alimentação como qualidade de vida foi destacada por 66 idosos. Para estes, a alimentação vem associada a ter condições para comprar os alimentos, poder consumir os alimentos saudáveis, e, poder comer o que lhes dá prazer.

“Ter o que comer” [E.148].

“Alimentação adequada em qualidade não em quantidade. Sou contra açúcares. Uso, mas moderadamente. Sou contra sal e carboidratos (farinha, açúcar, sal)” [E.446].

“Na idade que a gente tá, querer comer uma coisa e comer...” [E.438].

DISCUSSÃO

Os dados obtidos sugerem que ao definirem qualidade de vida, os idosos trazem, com frequência, aspectos relacionados à saúde, mas demonstram também que saúde não é entendida por eles apenas como ausência de doença e que “... há mais na qualidade de vida do que saúde”⁽²⁾. Ter saúde demarca a importância de distanciarmos a noção de

qualidade de vida do reducionismo biológico, pois, para o idoso, ter uma doença controlada ou tomar remédios não o faz perceber-se como um ser doente. As respostas relacionadas à saúde e atividades de lazer e trabalho remetem-nos ainda à possibilidade do idoso manter sua autonomia e vinculado às suas experiências anteriores de vida.

As tensões sociais e psicológicas podem apressar as deteriorações associadas ao processo de envelhecimento⁽²²⁾, portanto, entende-se porque os idosos identificaram sentimentos positivos como viver bem e viver em paz como qualidade de vida.

Quanto às relações pessoais, foram destacadas pelos idosos o convívio familiar e com amigos. Outros estudos apontam as relações pessoais como um importante aspecto para manter a autonomia e condições de vida dos idosos, relacionando-o não somente a receber ajuda, mas também ao idoso sentir-se útil, auxiliando aos que necessitam⁽²²⁾.

Qualidade de vida também foi definida como dispor de recursos financeiros. Relaciona-se este achado ao fato de que no Brasil muitas pessoas idosas sobrevivem com aposentadorias reduzidas, trabalham para complementar sua renda, a fim de suprir suas necessidades básicas, e ainda, mantém lares multigeracionais⁽²³⁾. Por outro lado, dispor de recursos financeiros também pode representar a manutenção da autonomia desses idosos.

Apesar das reduzidas estruturas de recreação e lazer disponibilizadas para pessoas idosas, é importante que os participantes do estudo as destaquem como qualidade de vida. Por um lado, demonstra a importância que as mesmas possuem e, por outro, que as pessoas idosas desta região buscam alternativas de atividades, seja no âmbito doméstico e/ou comunitário.

Quanto à categoria alimentação, acrescida às categorias utilizadas, destaca-se que também no desenvolvimento dos grupos focais para a construção do instrumento WHOQOL-OLD no Brasil, um dos itens adicionais definidos como relevantes para a avaliação da QV em idosos foi importância de comer bem/ter bom apetite⁽²⁴⁾, entretanto este item não se manteve no conjunto final de facetas do módulo.

Como já comentado, em várias falas dos sujeitos foram identificadas a associação de mais de uma categoria, o que parece reforçar a multidimensionalidade do conceito. Ao comparar-se as categorias mais citadas na presente investigação com as definições identificadas em outros estudos brasileiros e internacionais, também se encontrou semelhanças nos resultados, conforme descrito a seguir.

O estudo do projeto WHOQOL-OLD⁽²⁴⁾, realizado com idosos de Porto Alegre, investigou o conceito de QV e seus determinantes e obteve resultados muito próximos aos encontrados nesta pesquisa. Para esses idosos, QV era definida como sentir-se bem; saúde; sociabilidade; suporte social; atividade física; possibilidade de dar suporte e apoio; sentimento de utilidade; condições financeiras estáveis e boas condições de vida. Também no artigo sobre o desenvolvimento do Módulo WHOQOL-OLD⁽²⁵⁾, os autores relatam que numa re-análise dos dados obtidos com idosos no estudo do instrumento WHOQOL-100, os mesmos

reportam grande satisfação com as facetas relacionadas ao suporte social, relações sociais, finanças e aspectos relacionados ao ambiente doméstico.

Em outro estudo, os autores⁽²⁶⁾ analisaram a prevalência da avaliação positiva da QV e os aspectos considerados determinantes para essa avaliação numa comunidade de octogenários do Rio Grande do Sul. Um pouco mais da metade dos 77 sujeitos entrevistados definiu sua QV atual com avaliações positivas e relacionadas a múltiplas categorias, como atividade, renda, vida social e relação com a família. O principal fator que determinava uma QV pobre para os participantes do estudo era não ter saúde. Apesar de diferentes questões apresentadas, também observa-se semelhanças com o presente estudo no que se refere a relações pessoais, recursos financeiros e saúde.

No contexto internacional destacam-se, ainda, os estudos^(2,8,14-27) nos quais os pesquisadores analisam as definições de qualidade de vida a partir da perspectiva dos sujeitos. Em dois estudos⁽²⁻⁸⁾ que avaliaram as dimensões de QV mais mencionadas pelas pessoas idosas foram citadas: família, contatos sociais, saúde, mobilidade, circunstâncias materiais, atividades, felicidade, juventude e ambiente domiciliar.

Com a finalidade de apoiar o desenvolvimento de escalas de qualidade de vida, foi realizado um estudo na Grã-Bretanha⁽²⁷⁾ com 2000 pessoas adultas sobre quais seriam as cinco coisas mais importantes na vida dos mesmos. As mais citadas foram as relações com família e parentes, seguidas por sua própria saúde, saúde de outras pessoas próximas, questões financeiras e padrão de moradia.

Em outro estudo com 999 idosos ingleses⁽¹⁴⁾ sobre definições de QV, os autores identificaram que os constituintes de uma boa qualidade de vida mais frequentemente citados foram possuir boas relações sociais (81%), seguido de participação em atividades sociais (60%), ter uma boa saúde (44%), bem-estar psicológico (38%), possuir vizinhança que permitisse integração social e trouxesse segurança (37%), além de dispor de segurança financeira e independência (33% e 27%, respectivamente).

Apesar dos estudos internacionais citados terem sido realizados em países desenvolvidos e com culturas diversas, pode-se dizer que, de modo geral, as definições apresentadas são semelhantes às encontradas na presente investigação. Salienta-se, porém, que as questões de relacionamento familiar, com amigos e vizinhos são relatadas com maior frequência nos estudos mencionados, enquanto na presente pesquisa ter saúde foi a definição mais referida.

Outra investigação⁽¹³⁾ com idosos canadenses sobre o que constituiria a qualidade de vida, utilizando uma abordagem tanto qualitativa como quantitativa, identificou que QV significava, principalmente, possibilidade de controle sobre a tomada de decisões, tanto em nível individual como coletivo. A autora salienta, ainda, que estes resultados desafiam o senso comum de que a maioria dos idosos é frágil, vulnerável e confusa, e que desejam delegar para outros seu poder de decidir sobre sua saúde e bem-estar. Comparando as falas dos sujeitos participantes da presente investigação, parece haver certa semelhança do estudo citado com a

importância dada à autonomia e independência em várias categorias. Entretanto, a perspectiva descrita pela autora vai muito além da preocupação com as questões individuais da autonomia e da independência identificadas nas respostas dos participantes do presente estudo. É possível que, em função de que os idosos brasileiros precisam ainda se preocupar com necessidades básicas não atendidas, o controle sobre a tomada de decisões numa perspectiva mais coletiva não seja tão salientada.

Quanto às duas facetas do WHOQOL-100 (atividade sexual e imagem corporal/ aparência) para as quais não foram identificadas correspondências nas falas dos sujeitos, verifica-se que, também nos estudos para a construção do módulo WHOQOL-OLD no Brasil⁽²⁴⁾, os autores relatam que os participantes do estudo consideraram todas as facetas do instrumento genérico (WHOQOL-100) relevantes, entretanto, entre as facetas que mereciam adequações para aplicação entre idosos encontravam-se as duas já citadas. Argumentam que talvez o ato sexual em si seja menos importante nesta faixa etária do que a possibilidade de intimidade, e que a imagem corporal/aparência não seja tão valorizada para os idosos quanto para pessoas mais jovens.

REFERÊNCIAS

1. Low G, Molzahn AE, Kalfoss M. Quality of life of older adults in Canada and Norway: examining the Iowa model. *West J Nurs Res.* 2008;30(4):458-76.
2. Farquhar M. Definitions of quality of life: a taxonomy. *J Adv Nurs.* 1995;22(3):502-8.
3. Zhan L. Quality of life: conceptual and measurement issues. *J Adv Nurs.* 1992;17(7):795-800.
4. Ferrans CE. Development of a conceptual model of quality of life. *Sch Inq Nurs Pract.* 1996;10(3):293-304.
5. Fry PS. Guest editorial: aging and quality of life (QOL)—the continuing search for quality of life indicators. *Int J Aging Hum Dev.* 2000;50(4):245-61.
6. Kimura M, Ferreira K. Avaliação da qualidade de vida em indivíduos com dor. In: Leão ER, Chaves LD. *Dor: 5º sinal vital: reflexões e intervenções de enfermagem.* Curitiba: Maio; 2004. p. 60-73.
7. Minayo MCS, Hartz ZMA, Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2000;5(1): 7-31.
8. Farquhar M. Elderly people's definitions of quality of life. *Soc Sci Med.* 1995;41(10):1439-46.
9. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Departamento de Psiquiatria. Versão em português dos instrumentos de qualidade de vida. Porto Alegre (RS): UFRGS, HCPA; 2003.
10. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med.* 1995;41(10):1403-9.
11. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon V. Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100). *Rev Saúde Pública.* 1999;33(2): 198-205.
12. 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.
13. Fry PS. Whose quality of life is it anyway? Why not ask seniors to tell us about it? *Int J Aging Hum Dev.* 2000;50(4):361-83.
14. Bowling A, Gabriel Z, Dykes J, Dowding LM, Evans O, Fleissig A, et al. Let's ask them: a national survey of definitions of quality of life and its enhancement among people aged 65 and over. *Int J Aging Hum Dev.* 2003; 56(4):269-306.
15. Paskulin LM, Molzahn A. Quality of life of older adults in Canada and Brazil. *West J Nurs Res.* 2007;29(1):10-26; discussion 27-35.
16. Cruz Jentoft AJ, Mon Rego A, Azpiazu Garrido M, Villagrasa Ferrer JR, Abanades Herranz JC, García Marín N. Calidad de vida en mayores de 65 años no institucionalizados de dos áreas sanitarias de Madrid. *Aten Primaria.* 2003;31(5):285-92.
17. Gonçalves LHT, Dias MM, Liz TG. Qualidade de vida de idosos independentes segundo proposta de avaliação de Flanagan. *Mundo Saúde (1995).* 1999;23(4):214-20.
18. Paskulin L, Vianna L, Molzahn AE. Factors associated with quality of life of Brazilian older adults. *Int Nurs Rev.* 2009;56(1):109-15.
19. Porto Alegre. Observatório da cidade de Porto Alegre. Porto Alegre. Observatório da cidade de Porto Alegre. Porto Alegre: PROCEMPA, [s.d.]. [Citado em: 20 mar. 2008]. Disponível em: <http://www2.portoalegre.rs.gov.br/observatorio/>

CONCLUSÕES

Conforme os resultados apresentados, identificou-se que para os idosos que participaram desta investigação, qualidade de vida é, principalmente, ter saúde, viver bem, conviver bem com a família e amigos, ter o que comer e dispor de uma alimentação saudável, poder realizar atividades de lazer e ter recursos para manter suas necessidades. Os mesmos reforçam que QV constitui-se num construto multidimensional, e que as percepções sobre qualidade de vida de pessoas idosas têm significados específicos para esse grupo etário.

Entender como os idosos percebem o processo de envelhecimento, atrelado à noção de qualidade de vida, permite aos enfermeiros e demais profissionais de saúde pensar em estratégias de ações de saúde para além do enfoque na doença. Compreender o que os idosos valorizam, e como vivenciam as suas questões de saúde, relações sociais, convívio familiar, lazer, trabalho e, ainda, o acesso às suas necessidades básicas, nos remete ao oportuno momento de trabalhar na perspectiva da promoção da saúde, auxiliando os atuais e futuros idosos a viver esta etapa, e de implantar ações que concretizem a mudança do modelo de assistência à saúde no Brasil.

20. Bardin L. *Análise de conteúdo*. 3a ed. Lisboa: Edições 70; 2004.
21. Guizzo BS, Krzimirski CO, Oliveira DLLC. O Software QSR NVIVO 2.0 na análise qualitativa de dados: ferramenta para a pesquisa em ciências humanas e da saúde. *Rev Gaúch Enferm*. 2003;24(1):53-60.
22. Mendes MRSSB, Gusmão JL, Faro ACM, Leite RCBO. A situação social do idoso no Brasil: uma breve consideração. *Acta Paul Enferm*. 2005;18(4):422-6.
23. Camarano A, Kanso S, Melo JLE. Quão além dos 60 poderão viver os idosos brasileiros? In: Camarano AA, organizador. *Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?* Rio de Janeiro: IPEA; 2004. p. 77-106.
24. Fleck MPA, Chachamovich E, Trentini CM. Projeto WHOQOL-OLD: método e resultados de grupos focais no Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2003;37(6):793-9.
25. Power M, Quinn K, Schmidt S; WHOQOL-OLD Group. Development of the WHOQOL-old module. *Qual Life Res*. 2005;14(10):2197-214.
26. Xavier FMF, Ferraz MPT, Marc N, Escosteguy NU, Moriguchi EH. Elderly people's definition of quality of life. *Rev Bras Psiquiatr*. 2003;25(1):31-9.
27. Bowling A. What things are important in people's lives? A survey of the public's judgements to inform scales of health related quality of life. *Soc Sci Med*. 1995;41(10):1447-62.