

Projeto WHOQOL-OLD: método e resultados de grupos focais no Brasil

WHOQOL-OLD Project: method and focus group results in Brazil

Marcelo P A Fleck^a, Eduardo Chachamovich^a e Clarissa M Trentini^{b,*}

^aGrupo WHOQOL-OLD Centro Brasileiro. Porto Alegre, RS, Brasil. ^bDepartamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS, Brasil

Descritores

Idoso. Qualidade de vida. Grupos de estudo. Cuidadores. Saúde do idoso.

Resumo

Objetivo

A investigação sobre as condições que permitem uma boa qualidade de vida na velhice é de interesse científico e social. Assim, o estudo objetivou apresentar a metodologia utilizada e os resultados dos grupos focais para avaliação da qualidade de vida do idoso.

Métodos

A metodologia do projeto WHOQOL-OLD é a mesma utilizada no desenvolvimento de outros módulos do WHOQOL. Foram realizados cinco grupos focais no Brasil. O método amostral foi o de conveniência. Dezoito idosos e cinco cuidadores participaram dos grupos focais. Todos os grupos obedeceram a uma metodologia pré-estabelecida.

Resultados

Observou-se uma tendência de associação entre qualidade de vida e bem-estar ou sentir-se bem. Espontaneamente, as respostas incluíram os seis domínios propostos no WHOQOL-100, reforçando a multidimensionalidade do construto. Das 24 facetas originais, 19 foram citadas como relevantes, sendo que as cinco facetas não espontaneamente lembradas não se centraram em um único domínio. Quando perguntados sobre a importância de cada uma das 24 facetas do WHOQOL-100, os grupos consideraram-nas todas relevantes. Foram sugeridas modificações para serem aplicadas a idosos para cinco facetas. Itens adicionais também foram examinados e considerados relevantes para a avaliação de qualidade de vida em idosos, tanto pelos idosos entrevistados como pelos cuidadores.

Conclusões

Os resultados corroboram com a hipótese de que os idosos constituem um grupo particular e, como tal, apresentam especificidades de importante relevância para a qualidade de vida. Assim, um instrumento adequado para a avaliação da qualidade de vida de idosos tem que necessariamente contemplar esses aspectos.

Abstract

Objectives

Exploring the conditions that allow satisfactory quality of life in old age is an issue of scientific and social relevance. Thus, the objective of the study was to describe a quality of life assessment method for the elderly and present the results from focus groups conducted among old people in good health and ill health, as well as their caregivers.

Keywords

Aged. Quality of life. Focus groups. Caregivers. Aging health.

Correspondência para/ Correspondence to:
Marcelo PA Fleck
Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da UFRGS
Rua Ramiro Barcelos, 2350 4º andar
90035-003 Porto Alegre, RS, Brasil
E-mail: mfleck.voy@terra.com.br

Financiado pelo FIPE - Hospital de Clínicas de Porto Alegre (Projeto n. 01.374)
*Aluna de pós-graduação, nível doutorado. Programa de Pós-graduação em Psiquiatria da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
Recebido em 13/9/2002. Reapresentado em 4/7/2003. Aprovado em 14/7/2003.

Methods

The methodology used in the WHOQOL-OLD project is the same as utilized in the development of other WHOQOL modules. Five focus groups were conducted in Brazil. The sampling procedure was done according to convenience. Eighteen old people and five caregivers took part in the focus groups. All the focus groups followed a pre-established methodology.

Results

A tendency towards making an association between quality of life and wellbeing and feeling well was observed. The responses spontaneously included the 6 domains proposed in WHOQOL-100, thus corroborating the multidimensional nature of this construction. Nineteen out of the 24 original facets of this instrument were cited as relevant, and the five facets not spontaneously remembered were not concentrated in a single domain. When questioned about the importance of each of the 24 facets of WHOQOL-100, the groups considered all of them to be relevant. However, suggestions for modifications to five facets were made. Additional items were also examined and considered relevant for assessing quality of life among the elderly, by both the old people and the caregivers.

Conclusions

The results corroborate the hypothesis that old people constitute a particular group and, as such, they have relevant specific characteristics. Thus, an appropriate instrument for assessing quality of life among the elderly needs to consider such matters.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenômeno relativamente novo em todo mundo. Conforme dados da Organização Mundial da Saúde, a expectativa de vida da população mundial, que hoje é de 66 anos, passará a ser de 73 anos, em 2025.⁵ No Brasil, as perspectivas para o ano 2030 estão em torno de 25 milhões de idosos.¹⁰ Os dados preliminares do Censo Demográfico⁶ (Fundação IBGE, 2000) referem que há cerca de 10 milhões de pessoas da população brasileira com idade superior a 65 anos.

Dentro dessa realidade, é necessário haver estudos específicos com grupos etários de idade avançada por parte de profissionais da área da saúde.

A investigação sobre as condições que permitem uma boa qualidade de vida na velhice, bem como as variações que a idade comporta, revestem-se de grande importância científica e social. Tentar responder à aparente contradição que existe entre velhice e bem-estar, ou mesmo a associação entre velhice e doença, poderá contribuir para a compreensão do envelhecimento e dos limites e alcances do desenvolvimento humano. Além disso, possibilitará a criação de alternativas de intervenção visando ao bem-estar de pessoas idosas.

A Organização Mundial da Saúde, a partir do início dos anos 90, constatou que as medidas de qualidade de vida revestem-se de particular importância na avaliação de saúde, tanto dentro de uma perspec-

tiva individual como social.⁹ Há múltiplas escalas de avaliação de qualidade de vida. Todavia, existem diferenças em relação aos aspectos conceituais subjacentes, à importância dada à subjetividade, em detrimento da objetividade na escolha dos itens, bem como à natureza e ao peso de cada domínio para avaliação de qualidade de vida como recurso gerador de conceitos pertinentes à população em questão a serem posteriormente averiguados sob enfoque psicométrico.^{3,7,11} Em função destas particularidades, tem sido ressaltada a importância da utilização da metodologia qualitativa.

O *World Health Organization Quality of Life Group* (Grupo WHOQOL) desenvolveu uma escala dentro de uma perspectiva transcultural para medir qualidade de vida em adultos. Considerou como características fundamentais o caráter subjetivo da qualidade de vida (englobando aspectos positivos e negativos), e sua natureza multidimensional. No momento atual, há interesse do Grupo WHOQOL em desenvolver um instrumento para a avaliação da qualidade de vida em adultos idosos. Este se justifica pelo fato de não ser possível assumir que instrumentos adequados para avaliar o domínio saúde física, por exemplo, em populações de adultos jovens, sejam os mesmos ou apropriados para populações de adultos idosos. Há prováveis especificidades conforme a faixa etária. Além disso, a magnitude do fenômeno envelhecimento, aliada à escassez de instrumentos para avaliar tal questão, fortalece tal interesse.

O presente estudo insere-se em um projeto mais

amplo que envolve 16 outros centros: Escócia (Centro Coordenador), Inglaterra, Alemanha, Espanha, Dinamarca, França, República Tcheca, Hungria, Finlândia, Canadá, Austrália, Estados Unidos, Israel, Japão, Suécia e China, além do escritório europeu da Organização Mundial da Saúde, além do Centro Brasileiro do Grupo de Qualidade de Vida da OMS.

O projeto WHOQOL-OLD tem dois objetivos principais:

- Desenvolver um instrumento para avaliação de qualidade de vida em adultos idosos (WHOQOL-OLD), tendo como ponto de partida a medida de qualidade de vida para adultos mais jovens (WHOQOL-100) e recentemente publicada na sua versão original (WHOQOL GROUP,¹² 1998), bem como a versão brasileira.⁴
- Utilizar o WHOQOL-OLD em um projeto transcultural inovador que comparará o envelhecimento doente com o envelhecimento saudável.

Para tanto, a metodologia e estratégia de ação do projeto seguirão um conjunto de passos claramente definidos e já utilizados no desenvolvimento de outros módulos do WHOQOL. Resumidamente, estes passos incluem 1) revisão do instrumento WHOQOL; 2) realização de grupos focais; 3) módulo piloto - WHOQOL-OLD; 4) coleta de dados para o piloto; 5) análise dos dados do piloto; 6) módulo para o teste de campo; 7) produção de um questionário para avaliar "Atitudes em relação ao envelhecimento"; 8) teste de campo; 9) análise dos dados do teste de campo (testar a possibilidade de uma versão abreviada do WHOQOL-OLD); 10) publicação e disseminação dos resultados.

O envolvimento de cada Centro, trabalhando esse método e sua aplicação nos vários idiomas dos países participantes, permitirá amplo desenvolvimento do WHOQOL para adultos idosos.

Assim, o presente artigo objetiva descrever o método de realização de grupos focais sobre qualidade de vida em idosos no Brasil e apresentar seus resultados.

MÉTODOS

Foram realizados no Brasil cinco grupos focais, obedecendo a uma metodologia padronizada inter-

nacionalmente (WHOQOL Group, 1995). Além disso, foram entrevistados individualmente quatro profissionais particularmente envolvidos com o cuidado de idosos. Deste modo, os grupos forneceram conceitos a partir de distintos ângulos sobre variados aspectos de qualidade de vida de idosos. Os grupos focais dividiram-se em: idosos saudáveis com idade entre 60-80 anos, idosos doentes com idade entre 60-80 anos, idosos saudáveis com mais de 80 anos, idosos doentes com mais de 80 anos, e cuidadores.

Sujeitos

A amostra de sujeitos foi composta por conveniência, seguindo critérios de seleção que abrangessem diferentes sub-populações de idosos. Os idosos saudáveis de ambos os grupos etários foram recrutados a partir de um coral comunitário para idosos, que é parte de um projeto de extensão universitária. Já os idosos doentes entre 60-80 anos foram selecionados durante a sua internação num hospital geral universitário. Os idosos doentes com mais de 80 anos foram recrutados em um lar de idosos que é área de estágio de alunos do curso de medicina. O grupo de cuidadores foi composto por indivíduos ligados ao lar de idosos ou indicados por essa instituição. O critério de escolha dos locais de recrutamento foi baseado na facilidade de acesso decorrente do vínculo com serviços universitários.

Deste modo, dezoito idosos e cinco cuidadores participaram dos grupos focais, como mostra a Tabela 1. Utilizou-se o critério de percepção subjetiva do indivíduo acerca da sua saúde como modo de classificá-lo como saudável ou doente. Esta escolha baseou-se especialmente no princípio subjetivo em que se embasam os instrumentos de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde. Os idosos eram questionados diretamente se se consideravam saudáveis ou doentes no momento anterior da realização dos grupos focais, e a sua resposta definia de qual grupo ele faria parte.

Procedimentos de realização dos grupos focais

Todos os grupos obedeceram à metodologia pré-estabelecida descrita a seguir:

- Aspectos éticos: o projeto foi examinado e aprovado pela Comissão de Ética do Hospital de Clí-

Tabela 1 - Descrição das características dos participantes dos grupos focais.

Grupos focais	N	Mulheres	Idade média (mín. e máx.)	Média de anos de escolaridade	Média do número de filhos	Procedência
60-80 saudáveis	5	4	68 (65-71)	13,3	2,3	Coral de idosos
60-80 doentes	4	1	71 (63-77)	3,7	6	Hospital
80+ saudáveis	3	1	84,6 (80-90)	13,6	3,6	Coral de idosos
80+ doentes	6	6	87,8 (80-94)	6,1	4,1	Lar de idosos
Cuidadores	5	5	55 (39-78)	14,4	-	Lar de idosos

nicas de Porto Alegre. Todos os participantes envolvidos no estudo foram adequadamente informados e concordaram previamente em dele tomar parte. Mesmo informados da possibilidade de interrupção durante o grupo, não houve nenhuma desistência ou recusa.

- Local: o local de realização dos grupos apresentava condições de comodidade, tranquilidade e silêncio. Dois grupos foram conduzidos em um lar de idosos, um em sala de aula de hospital universitário durante o período de internação dos pacientes e dois com os participantes de um coral da terceira idade em uma sala de aula próxima ao local.
- Coordenação: a coordenação foi feita por um profissional experiente em condução de grupos, acompanhado por um auxiliar. Este ficou responsável pela gravação dos grupos em áudio e pela digitação *in loco* em computador do conteúdo das manifestações dos participantes.
- Registro: ao final de cada grupo tinha-se um registro informatizado do conteúdo da discussão do grupo e um registro completo em áudio, desde o início até o final do grupo. O gravador era ligado logo no início do grupo, mediante autorização dos participantes, e somente desligado após todos terem se retirado do local. Essa observação permite que se registrem manifestações que podem ser feitas após o término formal do grupo.
- Duração: a duração média dos grupos foi de 120 min. Esse tempo permitiu que todos os temas

fossem abordados adequadamente sem, no entanto, causar fadiga, desatenção ou dispersão dos participantes.

- Descrição das atividades durante o grupo: inicialmente, o coordenador abordava, por meio de perguntas abertas, o conceito, aspectos que melhoram ou pioram e o que é mais importante para a qualidade de vida. Esta etapa de discussão durava em média 20 min. Em seguida, o grupo, guiado pelo coordenador, lia e examinava a definição de cada domínio e cada um dos itens do WHOQOL-100.⁴ Investigava-se a relevância desses domínios para a qualidade de vida dos participantes e a adequação da formulação das questões (como clareza, vocabulário, concisão). Esta etapa do desenvolvimento dos grupos durava cerca de 60 min. A terceira etapa da condução dos grupos era destinada a sugestões de outros tópicos considerados relevantes para a qualidade de vida e não abordados no questionário original. O objetivo desta etapa é gerar novos itens que possam ser adicionados aos já anteriormente entendidos como relevantes pelos participantes. Também se examinou com os idosos a melhor maneira de formular questões sobre esses itens.

RESULTADOS

Os grupos transcorreram sob uma atmosfera de cooperação, amistosa e tranqüila. Os participantes

Tabela 2 – Resumo dos grupos focais. Respostas a questões gerais sobre qualidade de vida: aspectos positivos e negativos.

Grupos focais	Definição de qualidade de vida	O que é importante para qualidade de vida	O que prejudica seu bem-estar	O que melhoraria sua qualidade de vida
60-80 doentes	Bem-estar, dinheiro, sentir-se bem	Saúde, dar suporte social aos outros	Não ter permissão para ajudar, problemas de saúde	Condições financeiras estáveis, trabalhar, ser ativo
60-80 saudáveis	Ter alegria na vida, amor, amizade	Ter atividades voluntárias, religião, saúde, bom relacionamento com a família, uma atividade, suporte dos outros, atividade com outros idosos, aprender, ler e comer bem	Falta de oportunidades de trabalho, política, falta de respeito para com os idosos, falta de atenção aos sistemas de saúde e educação, falta de senso de humor	
80+ doentes	Independência, a cabeça funcionando bem, liberdade e saúde	Saúde (especialmente mental), motivação, contato com os filhos e netos, comer bem, dinheiro	Doença, dor, ansiedade	Comer bem, caminhadas, amizade, orações, ser capaz de ajudar os outros e obter gratidão, saúde, ter boas condições físicas, ter possibilidade de compartilhar sentimentos
80+ saudáveis	Saúde, espiritualidade, ter boas condições de vida	Participar de alguma organização social, sentir-se feliz	Falta de interesse, problemas no casamento, não ter um bom relacionamento com a família	Ter vontade de fazer as coisas
Cuidadores	Viver bem (sem doenças), ter atividade intelectual, expectativas para o futuro, ser respeitado		Falta de atenção e amor, dificuldades em acompanhar os avanços tecnológicos	Valorização, preparação dos jovens para lidar com a velhice, amor e contato por parte da família, motivação para aprender

demonstraram satisfação em poder discutir aspectos de qualidade de vida específicos de sua faixa etária. Manifestaram contentamento em observar que suas experiências serão levadas em conta e que há interesse em estudar pessoas idosas. Havia um certo receio por parte dos pesquisadores de que os idosos, especialmente os com mais de 80 anos, não fossem apresentar disposição ou condições de participar de uma atividade que requer alto nível de concentração e abstração por cerca de duas horas, o qual não se confirmou. Os idosos mantiveram-se interessados e participativos durante toda a condução dos grupos.

Um resumo das contribuições surgidas durante os grupos focais está apresentado nas Tabelas 2 a 4.

As respostas às questões gerais apresentadas na Tabela 2 partiram de perguntas abertas em relação à definição e aos aspectos positivos e negativos de qualidade de vida. A idéia de que qualidade de vida constitui um construto multidimensional ficou evidente na heterogeneidade dos vários aspectos contidos nas respostas. Há uma tendência de associação entre qualidade de vida e bem-estar ou sentir-se bem. Salientaram-se também aspectos de qualidade de vida considerados por todos os grupos de idosos, tais como

Tabela 3 - Revisão dos itens do WHOQOL-100. Síntese dos comentários dos grupos focais de idosos e cuidadores.

Grupos focais	Domínio 1: Físico	Domínio 2: Psicológico	Domínio 3: Nível de independência	Domínio 4: Relações sociais	Domínio 5: Meio-ambiente	Domínio 6: Espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais
60-80 doentes		Imagem corporal e aparência: foi sugerido que idosos devem aceitar as mudanças na imagem corporal secundárias ao envelhecimento.	Dependência de medicação ou tratamento: a medicação foi encarada como um fator de melhora da qualidade de vida.			
60-80 saudáveis	Energia e fadiga: foi sugerido avaliar até que ponto as limitações físicas podem ser toleradas. Sono e repouso: foi enfatizado que a necessidade de sono diminui em idosos.	Memória e concentração: aliados participantes colocaram que este item não é relevante atualmente.	Dependência de medicação ou tratamento: a medicação foi encarada como um fator de melhora da qualidade de vida.			
80+ doentes	Dor e desconforto: foi colocado que a tolerância à dor é maior em idosos.		Capacidade para o trabalho: não foi considerada tão importante para idosos. A possibilidade de lazer é mais relevante do que trabalho.	Atividade sexual: houve discrepâncias quanto à relevância deste item em idosos.		
80+ saudáveis	Dor e desconforto: foi sugerido que se avalie que importância a dor assume na vida do indivíduo.	Sentimentos negativos: foi sugerido que o termo depressão é muito específico e não substitui sentimentos negativos.	Dependência de medicação ou tratamento: a opinião predominante foi de que tomar medicação piora a qualidade de vida.	Atividade sexual: o grupo não teve consenso quanto à importância desse item.	Transporte: item não foi considerado tão importante para idosos.	
Cuidadores	Energia e fadiga: foi sugerido que este item é ainda mais importante em idosos do que em jovens.	Imagem corporal e aparência: foi sugerido que sinais físicos, como rugas, não são tão importantes como problemas visuais, por exemplo.	Dependência de medicação ou tratamento: há a impressão de que a medicação tem uma conotação positiva para os idosos. Capacidade para o trabalho: coloca-se que a dificuldade no trabalho afeta mais os homens do que as mulheres.	Atividade sexual: observou-se que a questão assume que há uma atividade sexual atual, o que não é sempre verdadeiro em idosos.	Ambiente físico: houve uma observação especial quanto ao barulho.	Espiritualidade/religião/crenças pessoais: observou-se que alguns idosos passam a dar mais importância à religião na velhice, especialmente quando têm alguma doença grave.

saúde, sociabilidade, suporte social, atividade física, possibilidade de dar suporte e apoio e sentimento de utilidade. Alguns grupos apontaram religiosidade, condições financeiras estáveis e boas condições de vida como fatores importantes de qualidade de vida.

De maneira espontânea, as respostas abrangeram todos os seis domínios propostos no WHOQOL-100, demonstrando que, genericamente, eles são adequados para a investigação de qualidade de vida em idosos. Das 24 facetas originais deste instrumento, 19 foram citadas como relevantes para a qualidade de vida dos entrevistados. Os itens “sono e repouso” (domínio físico), “imagem corporal e aparência” (domínio psicológico), “atividade sexual” (domínio relações sociais), “transporte” (domínio ambiente) e “dependência de medicações ou tratamentos” (domínio nível de independência) não foram lembrados pelos idosos de forma espontânea. Deste modo, essas facetas não lembradas não se centraram em único domínio.

A Tabela 3 resume os comentários dos diferentes grupos de idosos e dos cuidadores a respeito das facetas do WHOQOL-100 que suscitaram sugestões ou críticas, tanto na definição como na forma de perguntar.

Quando perguntados sobre a importância de cada uma das 24 facetas do WHOQOL-100, os grupos consideraram-nas todas relevantes. No entanto, cinco facetas mereceriam modificações para serem aplicadas a idosos: a) imagem corporal e aparência; b) capacidade para o trabalho; c) sentimentos negativos; d) atividade sexual e; e) dependência de medicação ou tratamento. Na faceta *imagem corporal e aparência*, há duas diferenças fundamentais em relação à formulação original do WHOQOL-100 para adultos: uma ênfase na aceitação das modificações em decorrência da idade e uma valorização do bom funcionamento do organismo em detrimento de sua aparência. Já em relação à *capacidade para o trabalho*, a ênfase dos idosos foi no sentido de aproveitamento do tempo com atividades úteis ou prazerosas. Foi levantada a hipótese de que esta faceta seria mais pertinente aos homens do que às mulheres. Na faceta *sentimentos negativos*, foi considerada excessiva a ênfase em depressão como sentimento negativo, em detrimento de outros sentimentos, também negativos, possíveis de estarem presentes. A faceta *atividade sexual* foi a mais polêmica e que gerou maiores controvérsias. Alguns participantes consideraram-na como não relevante para os idosos, outros como muito relevante. Foi sugerido que a questão fosse formulada de forma a não pressupor que exista necessariamente ato sexual, mas que atividades como manifes-

Tabela 4 - Itens adicionais propostos pelos grupos focais considerados relevantes.

- Funções sensoriais (por ex: visão, audição);
- Comunicação: oportunidade de falar com outros;
- Memória; capacidade de pensar, de se concentrar, tomar decisões;
- Relacionamentos - com amigos/família;
- Oportunidade de contato social (sair e encontrar pessoas);
- Situação de moradia;
- Sentimento de isolamento social;
- Questões financeiras;
- Satisfação com o trabalho: trabalho pago ou voluntário;
- Enfrentamento de perdas: de amigos, de membros da família;
- Eventos significativos da vida (por ex: aposentadoria, ser avô ou avó);
- Importância de comer bem/ter bom apetite;
- Oportunidade de lazer/recreação;
- Importância do reconhecimento pelas realizações.

tações de carinho e contato físico (beijos e abraços) também fossem consideradas. A faceta *dependência de medicamentos ou tratamento* foi criticada, pois depender de medicamentos ou tratamentos pode ser visto tanto como um fator de piora de qualidade de vida pela diminuição da autonomia, como de melhora pelo efeito benéfico que alguns medicamentos e/ou tratamentos proporcionam.

A proposição de itens adicionais foi examinada (Tabela 4). Todos os itens propostos foram considerados relevantes para a avaliação de qualidade de vida em idosos, tanto pelos idosos entrevistados como pelos cuidadores.

DISCUSSÃO

Conforme Neri,⁸ apenas na década de 90 a velhice “com patologia” deixou de ser vista como sinônimo de velhice como um todo, tanto por parte da ciência como da cultura. Motivos epidemiológicos recentes - como o crescimento do número de idosos saudáveis - estão forçando uma mudança de pressupostos teóricos da velhice como sinônimo de doença.

Assim, o desenvolvimento de estratégias para conhecer como o idoso percebe seu próprio envelhecimento é de fundamental importância para que se possam desenvolver instrumentos capazes de quantificar este processo de forma válida. O presente trabalho descreve um método qualitativo específico de investigação. Este método constitui o primeiro passo no desenvolvimento de um instrumento transcultural de avaliação de qualidade de vida em idosos. Destaca-se, desse modo, o papel da pesquisa qualitativa como ferramenta exploratória e como preparação para uma etapa subsequente, quantitativa. A utilização da discussão, em grupos focais, dos temas referentes à qualidade de vida em idosos tem como objetivo somar aos conceitos oriundos de *experts* a vivência e os conceitos da popula-

ção a ser investigada. Assim, cria-se a oportunidade de verificar a pertinência dos itens propostos e acrescentar a estes alguns outros não antes listados.

Segundo Browne et al,² cada população de idosos terá uma valorização particular de determinados domínios; entretanto, o idoso possui questões que são generalizáveis e que diferem da população adulta. Bowling,¹ tendo interesse em perguntar aos idosos o que eles julgavam importante na determinação de qualidade de vida, entrevistou uma população de

diversas idades, da comunidade, com ou sem enfermidades. Encontrou que idosos diferem das outras faixas etárias apenas por atribuírem menor importância às atividades laborais e maior peso à saúde que os jovens.

No presente estudo, a percepção da necessidade de itens adicionais observada nos grupos focais corrobora a hipótese de que os idosos constituem um grupo particular e, como tal, apresentam especificidades relevantes.

REFERÊNCIAS

1. 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;41:1447-62.
2. 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.
3. Farquar M. Elderly people's definitions of quality of life, 1995. *Soc Sci Med* 1995;41:1439-46.
4. Fleck MPA, Fachel O, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100), 1999. *Rev ABP/APAL* 1999;21:19-28.
5. Forlenza OV, Caramelli P. *Neuropsiquiatria geriátrica*. São Paulo: Editora Atheneu; 2000.
6. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2000). Disponível em <http://www.ibge.gov.br> [Acesso em 20 janeiro 2003]
7. George LK, Bearon LB. *Quality of life in older persons: meaning and measurement*. New York: Human Sciences Press; 1980.
8. Neri AL. *Qualidade de vida e idade madura*. Campinas: Papyrus; 1993.
9. Orley J, Kuyken W, editors. *Quality of life assessment: international perspectives, 1994*. Heidelberg: Springer Verlag; 1994. p. 41-60.
10. Prada C. Um país que amadurece, 2000. *Problemas brasileiros* 1996;3:4-9.
11. The WHOQOL group. The world health organization quality of life assessment: position paper from the world health organization, 1995. *Soc Sci Med* 1995;41:1403-9.
12. The WHOQOL group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties, 1998. *Soc Sci Med* 1998;46:1569-85.