

Avaliação da qualidade de vida em idosos por meio do instrumento WHOQOL-OLD da Organização Mundial de Saúde

Claudio Burlas de Moura^a

Resumo

Esta pesquisa aborda a temática da avaliação de qualidade de vida em idosos. O problema de pesquisa indaga como os usuários do Projeto Espaço Avançado da Universidade Federal Fluminense se percebem em relação a sua qualidade de vida. O objetivo consiste em avaliar a percepção individual dos mesmos em relação à própria qualidade de vida. A metodologia constou de uma pesquisa descritiva e de levantamento com análises quantitativas e qualitativas dos dados obtidos. O instrumento de coleta de dados constou do Inventário de Depressão Beck e o questionário padronizado da Organização Mundial de Saúde, WHOQOL-OLD para a avaliação de qualidade de vida em idosos. Conclui-se que os idosos participantes da pesquisa possuem uma boa percepção em relação à própria qualidade de vida nos domínios investigados.

Palavras-chave: Qualidade de vida. Envelhecimento. Avaliação.

1. Introdução

A presente pesquisa tem como foco a investigação da qualidade de vida em idosos participantes do Projeto *Espaço Avançado* da Universidade Federal Fluminense. A qualidade de vida é um tema presente no contexto da chamada Terceira Idade e vem se consolidando como importante instrumento de pesquisa e estudos em recorrentes avaliações sobre o tema

entre os idosos (SANTOS, 2015; SERBIM; FIGUEIREDO, 2011; ALENCAR et al, 2010; CHACHAMOVICH, 2005).

A expressão “Qualidade de Vida” é resultante de uma evolução histórica, refletindo preocupações que se referem a questões envolvendo sentimentos e percepções relativas ao bem-estar, graus de satisfação com a vida, felicidade, prazer e conforto, dentre outras. Questões que dão visibilidade às diferenças interpessoais, entre diferentes sujeitos, e

^a Fundação Cesgranrio, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

intrapessoais, em relação ao próprio sujeito em diferentes etapas do próprio desenvolvimento.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) dedicou-se à criação de um instrumento de avaliação da qualidade de vida que contemplasse seus diferentes aspectos constituintes. O chamado Grupo de Qualidade de Vida da OMS (WHOQOL GROUP), considera a percepção do indivíduo constituída por diversas dimensões, entre as quais, a cultura, objetivos, interesses, expectativas, padrões mentais e comportamentais. Nesta perspectiva, a qualidade de vida relaciona-se não só à saúde física, psicológica e social, em seus aspectos econômico e político, mas contempla também a percepção pessoal quanto as crenças, sistema de valores, religiosidade, espiritualidade e principalmente, a atitude, filosofia e políticas de vida e seus condicionantes.

Segundo a OMS, a percepção que o indivíduo tem de sua posição na vida dentro do contexto de sua cultura e do sistema de valores de onde vive, em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações é um conceito muito amplo, incorporando de uma maneira complexa a saúde física de uma pessoa, seu estado psicológico, seu nível de dependência, suas relações sociais e suas crenças (WHOQOL GROUP, 1994).

Apesar da definição de qualidade de vida não usufruir de consenso, é sabido que a população de idosos apresenta especificidades e estas devem ser consideradas, tanto quando da construção do conceito de qualidade de vida quanto na determinação dos fatores constituintes de sua produção. E os critérios que contemplam determinadas populações e suas especificidades são medidos por fatores nem sempre compatíveis com elementos relevantes para a terceira idade, assim, o que se mostra significativo para determinados grupos e segmentos nem sempre o é de igual modo para a terceira idade.

Nesse sentido, a metodologia utilizada no processo de construção, validação e padronização do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde, *World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)*, apresenta esforços para integrar diversos constructos de qualidade de vida e propicia a obtenção de respostas consistentes, permitindo que seus resultados representem com boa fidedignidade a população estudada.

Diante do exposto, colocou-se como questão condutora da pesquisa a seguinte indagação: Como os usuários do Projeto *Espaço Avançado* da Universidade Federal Fluminense se percebem em relação a sua qualidade de vida? Como objetivo geral, apresentou a proposta de avaliar a percepção individual dos usuários do Projeto *Espaço Avançado* da Universidade Federal Fluminense em relação à própria qualidade de vida.

Em ordem de execução e providências a serem realizadas como objetivos específicos, foram efetuadas respectivamente as seguintes ações:

- Aplicar o instrumento de avaliação Inventário de Depressão Beck – BDI – visando excluir uma possível variável interveniente de depressão que possa interferir nos resultados obtidos.
- Aplicar o instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde – WHOQOL-OLD – aos usuários do Projeto Espaço Avançado da Universidade Federal Fluminense.
- Analisar quantitativa e qualitativamente os resultados da percepção da qualidade de vida dos usuários do Projeto Espaço Avançado da Universidade Federal Fluminense.

2 Procedimentos Metodológicos

Segundo critérios de classificação, adotados por Gil (2010), o presente estudo de campo se caracterizou, quanto aos objetivos de pesquisa, como descritivo, uma vez que buscou descrever determinadas características da população alvo (GIL, 2010, p. 27). Define-se ainda, de acordo com os métodos adotados, como uma pesquisa de levantamento, já que interrogou diretamente as pessoas cujo comportamento se deseja conhecer, visando o emprego de análises quantitativas e qualitativas para gerar conclusões a respeito dos dados coletados (GIL, 2010, p. 35).

A escolha pelo Projeto *Espaço Avançado* da Universidade Federal Fluminense deu-se a partir de certas condições que propiciam a possibilidade de investigação do tema proposto neste estudo, uma vez que reúne um número significativo de idosos participantes de suas atividades. O projeto, vinculado à Escola de Serviço Social da Universidade Federal Fluminense, constitui-se em um projeto de extensão visando à reciclagem do saber, socialização e manutenção de uma vida ativa. Seu programa se realiza por meio de cursos, palestras, eventos externos e oficinas voltadas ao público idoso em geral. Suas atividades fortalecem o estabelecimento de vínculos comunitários, assumindo um caráter socializador e integrador.

Seus usuários, de ambos os gêneros, apresentam idades variáveis, mas caracterizados como idosos. Assim, pode-se descrever ou qualificar os critérios para seleção amostral como não probabilística e intencional, já que os sujeitos de pesquisa foram constituídos deliberadamente por escolha do pesquisador (MARCONI; LAKATOS, 2002).

A coleta de dados foi efetivada por meio da aplicação de dois instrumentos, respectivamente, o Inventário de Depressão Beck, visando estabelecer como critério de

exclusão das análises, sujeitos portadores de depressão, considerado no âmbito desta pesquisa como uma variável interveniente. Os sujeitos com nível de depressão acima de 10 (dez), ponto de corte estabelecido por Beck, Steer e Garbin (1988), para a categoria “sem depressão”, deveriam ser desconsiderados para análises referentes à qualidade de vida, empreendidas por meio da aplicação do instrumento para avaliação de Qualidade de Vida da OMS, o WHOQOL-OLD.

3 Revisão de Literatura

3.1 Qualidade de vida

Ao avaliar a qualidade de vida, precisamos, antes de tudo, conceituá-la e definir parâmetros específicos. Qualidade de vida envolve o conceito e a percepção de bem-estar, além de um sentimento de satisfação ou insatisfação com a própria vida. Desta forma, é um conceito e percepção subjetivos, dependente de interações e construções históricas, culturais e sociais em seu modo de assunção individual e considerando o âmbito de suas dimensões física, psicológica e social. A qualidade de vida e seu principal correlato, bem estar, devem considerar ou prever, tanto em um modelo teórico como prático, os fatores que predisõem e se alinham para o seu alcance ou consecução.

Os estudos da qualidade de vida abordam múltiplos fatores, os quais, invariavelmente, precisam ser considerados em seus possíveis planos de influência interativa. Pode-se afirmar, ainda, que a definição de qualidade de vida, pelo seu caráter subjetivo por excelência, envolvendo uma percepção de bem-estar e satisfação pessoal, consiste em conceito complexo, mutável com componentes multifatoriais, divergindo de indivíduo para indivíduo e sendo afetado pelos diversos contextos de vida. Mas, este cenário de complexidade e subjetividade que caracteriza a temática da qualidade de vida, não a faz prescindir de constructos que a tornem tangível o suficiente para que se possa operar com o conceito de forma objetiva e pragmática, permitindo sua descrição e mensuração; “qualidade de vida apresenta-se como uma temática de difícil compreensão e necessita de certas delimitações que possibilitem sua operacionalização em análises científicas.” (PEREIRA; TEIXEIRA; SANTOS, 2012, p. 241).

Diversos autores (BOWLING et al., 2003; VELARDE; AVILA, 2002; PAZ, 2000) relacionam qualidade de vida à autoestima, capacidade funcional, interação social, atividade intelectual, condição de saúde, higiene, convivência familiar, religiosidade, ao

nível socioeconômico, acesso e usufruto de dispositivos culturais, de lazer e desportivos, aos bens materiais, além de aspectos econômicos e políticos.

Na literatura especializada (FARQUHAR, 1995 apud PEREIRA; TEIXEIRA; SANTOS, 2012), encontram-se diferentes classificações a respeito de qualidade de vida: **definições globais** que tendem a enfatizar noções dicotômicas como satisfação/insatisfação, contentamento/descontentamento, felicidade/infelicidade entre outros de caráter extremamente genérico e subjetivo; **definições por componentes**, onde o conceito é fragmentado em uma série de componentes constituintes de uma qualidade de vida global, podendo ser tanto de natureza objetiva como subjetiva, cuja fragilidade consiste em seu caráter potencialmente fragmentário, onde novos componentes ou subcomponentes estarão sempre reivindicando sua apreciação; **focalizadas em um ou mais componentes**, privilegiando aspectos específicos de determinados componentes em detrimento de outros por questões de interesses ou necessidade focais e práticas; e **definições combinadas**, que se aproximam das definições globais, mas não se enquadram nessa ou em outra definição, pois tendem a especificar um ou mais componentes, sem analisar o contexto social em que se inserem.

Farquhar (1995 apud PEREIRA; TEIXEIRA; SANTOS, 2012), aponta ainda para o fato de que, em muitos estudos, a definição de qualidade de vida utilizada não está explícita ou está subentendida, baseando-se em alguns componentes abstratos ou imprecisos como medida geral de qualidade de vida. O caráter multidisciplinar no uso do conceito também conduz a uma infinidade de definições e divergências de pensamentos, ainda que dentro de uma mesma disciplina. Cabe salientar que um problema adicional na pesquisa sobre qualidade de vida, quando se trabalhando com componentes, está no peso ou valor relativo de cada componente, podendo, na prática, assumir diferente importância para cada indivíduo investigado.

Renwick e Brown (1996 apud PEREIRA; TEIXEIRA; SANTOS, 2012) apresentam um modelo de qualidade de vida sustentado na capacidade de escolher, de decidir e ter controle de sua vida, considerando a incidência das variáveis oportunidades e obstáculos, acaso e escolhas, pessoa e contexto. Estes são os fatores atuantes para a pessoa poder aproveitar as possibilidades da vida para escolher, decidir e ter controle sobre a própria vida. Os componentes da qualidade de vida se definem como Ser - aquilo que se é no campo individual, considerando os aspectos físicos, psicológicos e espiritual; o Pertencer - como a pessoa se ajusta ao contexto, considerando-se os aspectos físico, social e sua inserção na comunidade; e Tornar-se - o que se faz para alcançar as suas próprias expectativas, metas e aspirações, considerando suas práticas, lazer, oportunidades de crescimento e de progresso pessoal.

3.2 Qualidade de vida na terceira idade

Segundo Papalia e Feldman (2013, p. 572), estereótipos consistentes em algumas culturas a respeito dos idosos os percebem como incompetentes e de baixo status. Esses estereótipos sobre o envelhecimento, por vezes inconscientes e internalizados na juventude, são reforçados durante décadas por atitudes da sociedade e podem ser assumidos pelos idosos, afetando as próprias expectativas em relação ao seu envelhecimento e frequentemente cumprindo-se como profecias autorrealizadoras. Os estereótipos em relação ao idoso comprometem a oportunidade de uma melhor qualidade de vida, associando envelhecimento a perdas, incapacidade, dependência, impotência e decrepitude. Esta percepção, acrescida da não distinção entre envelhecimento normal ou patológico, respectivamente, senescência e senilidade, desemboca na negação do idoso e a negligência de suas necessidades, vontades e desejos (PASCHOAL, 2002, p. 82).

Assim, quando abordamos a temática da qualidade de vida no envelhecimento também precisamos, antes de tudo, compreender os fatores associados ao envelhecimento e que visam elucidar ou caracterizá-lo de forma mais assertiva na literatura especializada, visando eliminar os estereótipos para só depois, então, buscarmos as possíveis vinculações entre qualidade de vida e terceira idade. Papalia e Feldman (2013, p. 611), afirmam que podemos identificar três fatores que caracterizam o processo de envelhecimento: como primeiro fator, as perdas físicas que causam prejuízos na capacidade motora e sentidos, interferindo na interação do idoso com o mundo externo. Como segundo fator, as perdas sociais cumulativas, alterando seu círculo social. E como terceiro fator, a própria percepção de finitude e limite de tempo ainda a ser vivido. As autoras identificam ainda três componentes principais do que chamam de envelhecimento bem-sucedido: anulação da doença ou de incapacidade relacionada à doença; manutenção elevada das funções psicológica e cognitiva; e engajamento constante e ativo em atividades sociais e produtivas.

Para Rowe e Khan (apud PAPALIA; FELDMAN, 2013, p. 611-612), os fatores que caracterizam o processo de envelhecimento e qualidade de vida na terceira idade compõem dois diferentes grupos, os fisiológicos e de vitalidade, onde se inserem as capacidades físicas, alterações metabólicas e cognitivas; e os psicológicos, envolvendo a capacidade de lidar com perdas afetivas e resiliência, considerando também condições e suporte sociais. Nesta perspectiva, para os autores, qualidade de vida pressupõem, para além do baixo nível de doenças e limitações decorrentes de patologias ou sequelas com preservação das capacidades físicas e cognitivas, o engajamento ativo com a vida,

associando qualidade de vida ao comprometimento, empenho ou aderência a própria vida. Há aqui um destaque para a função do engajamento, para além da visão que associa qualidade de vida às perdas funcionais ou limites impostos por condições mórbidas. Papalia e Feldman (2013, p. 573) afirmam que “muitos problemas que costumavam ser considerados inevitáveis agora são entendidos como resultantes do estilo de vida ou doenças, e não do envelhecimento” e destacam as teorias que enfatizam o sentimento subjetivo de bem estar e satisfação, além da personalidade como uma forte condição influenciadora na percepção da qualidade de vida, mais forte em muitos casos do que as condições sociais e de saúde.

Uma visão mais significativa do processo de envelhecimento considera a idade funcional, a capacidade de interação do idoso em um ambiente físico e social em detrimento do indicador simples “idade cronológica”. Assim, um idoso mais avançado em sua idade cronológica, mas que goze boa saúde pode ser funcionalmente mais jovem do que um idoso mais novo (PAPALIA; FELDMAN, 2013, p. 574). Esta é uma nova maneira de se considerar o envelhecimento, não apenas em termos de idade cronológica, mas em termos do número de anos que uma pessoa pode esperar viver com uma boa ou maior qualidade de vida.

Rowe e Khan (1998 apud MIRANDA; BANHATO, 2008), propõem três possíveis formas de envelhecimento, o normal, patológico e saudável. O normal sendo caracterizado por eventos físicos, cognitivos e sociais normativos para essa fase da vida. Nessa forma de envelhecimento, alterações como pressão arterial elevada, déficits visuais e auditivos, mudanças de papéis sociais, diminuição da velocidade das tarefas seriam eventos esperados. Já no envelhecimento patológico ocorreriam alterações globais com presença de síndromes e doenças crônicas. O envelhecimento saudável se situaria acima das expectativas do envelhecimento normal, onde as alterações decorrentes do envelhecimento ocorreriam de forma menos incisiva com o funcionamento físico, social e cognitivo sendo melhores que o da maioria das pessoas de mesma faixa etária.

Alguns fatores parecem influenciar na qualidade de vida dos idosos, entre estes a atividade e participação social são relevantes para a manutenção de uma boa qualidade de vida. Esta ideia se fundamenta na chamada Teoria da Atividade que afirma ser o desempenho de atividades e o suporte social fatores que contribuem para reforçar o sentimento de valor pessoal, autoestima e capacidade, compensando a ocorrência das situações de declínio das forças físicas, das perdas pessoais sociais e cognitivas (PAPALIA; FELDMAN, 2013, p. 612-613). Espera-se que com o envelhecimento ativo o idoso desfrute de uma melhor qualidade de vida, oportunizando um sentimento maior de autorrealização e autossatisfação por meio de sua participação apropriada em questões

sociais, econômicas, culturais, espirituais e civis, referentes diretamente a si mesmo e às suas necessidades. A frequência e a intimidade social destas atividades são importantes para a satisfação de viver. Em diversos estudos, tanto o número de atividades em que os idosos se engajam quanto a frequência com que nelas se participam estão positivamente relacionados ao bem-estar e à saúde psíquica, estado funcional e cognitivo (PAPALIA, FELDMAN, 2013, p. 612).

Já a chamada teoria da continuidade, (ATCHLEY, 1989 apud PAPALIA, FELDMAN, 2013, p. 613), enfatiza a necessidade de as pessoas manterem uma conexão entre o passado e o presente. Assim, a atividade torna-se relevante não por si mesma, mas à medida que representa a continuação de um estilo de vida e ajuda os idosos a manterem um autoconceito semelhante ao longo do tempo. Nesta perspectiva, para os idosos que sempre foram ativos pode ser importante manter um elevado nível de atividade na terceira idade.

Em outra direção, Vaillant (2000 apud PAPALIA; FELDMAN, 2013, p. 609), afirma que um importante fator que contribui para uma saúde mental positiva no envelhecimento são as chamadas Defesas Adaptativas. De acordo com esta teoria, aqueles que apresentaram melhor adaptação psicossocial na terceira idade são os mesmos que, quando adultos jovens, usaram defesas adaptativas maduras como altruísmo, humor, persistência (no sentido de não desanimar), antecipação (de planos para o futuro) e sublimação (redirecionando emoções negativas para atividades produtivas).

Outro modelo citado por Papalia e Feldman (2013, p. 609-610), como estratégia de vivência na terceira idade em referência à qualidade de vida, consiste na denominada Avaliação Cognitiva. No modelo de Avaliação Cognitiva (LAZARUS; FOLKMAN, 1984 apud PAPALIA; FELDMAN, 2013, p. 609-610), as pessoas escolhem conscientemente estratégias de enfrentamento com base no modo como percebem e analisam uma determinada situação. O enfrentamento pode incluir qualquer coisa que um indivíduo pense ou faça para se adaptar ao meio, independentemente de como isso funcione. Assim, a escolha da estratégia mais adequada exige uma contínua reavaliação da relação entre a pessoa e o ambiente. As estratégias de enfrentamento podem ser focalizadas na resolução do problema ou focalizada na emoção constituída pela situação vivenciada.

Diante destas diversas interpretações possíveis em relação ao envelhecimento, a qualidade de vida, atividade, engajamento e produtividade, podemos constatar que o fato de permanecer ativo geralmente está ligado ao bem-estar, ainda que não se possa afirmar com certeza se as pessoas envelhecem bem porque se mantêm ativas, ou se permanecem ativas porque envelhecem bem. Em resumo, baseando-se nos estudos

apresentados, identificamos três componentes principais vinculados ou vinculadores do envelhecimento e qualidade de vida: anulação da doença ou de incapacidade relacionada à doença; manutenção elevada das funções psicológica e cognitiva; engajamento constante e ativo em atividades sociais e produtivas.

3.3 Qualidade de vida na proposição da Organização Mundial de Saúde: o Projeto WHOQOL

A OMS adota a definição de qualidade de vida como percepção individual sobre sua própria posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais se está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Com o intuito de sistematizar os domínios considerados e construir um instrumento avaliativo de qualidade de vida dentro de uma perspectiva transcultural, a OMS constituiu seis categorias representativas de qualidade de vida: física, psicológica, independência, relacionamentos sociais, meio ambiente e religioso e produziu o instrumento de reconhecimento mundial denominado WHOQOL (WHOQOL GROUP, 1994).

Desenvolvido pelo grupo conhecido como **World Health Organization Quality of Life** (WHOQOL GROUP), o instrumento foi traduzido e validado para o Brasil por um grupo de pesquisadores na Universidade Federal do Rio Grande do Sul, objetivando avaliar a qualidade de vida geral das pessoas em diferentes contextos culturais. Foram validadas duas versões do instrumento, a chamada versão longa, WHOQOL-100, considerando os seis domínios de análise citados e a versão curta, WHOQOL-BREF, abrangendo quatro domínios, físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente para análise da qualidade de vida. Amplamente utilizado pelas diversas áreas de conhecimento, o WHOQOL apresenta a vantagem de permitir a “comparação de seus resultados entre diferentes populações por ser validado de forma similar para muitos países e apresentar uma abordagem multicultural” (PEREIRA; TEIXEIRA; SANTOS, 2012, p. 247).

3.3.1 Descrição do WHOQOL-OLD

O desenvolvimento do WHOQOL-100 (a matriz original da qual outros instrumentos específicos de qualidade de vida para diferentes públicos derivaram-se), teve início em 1994, tendo sido realizado em 15 centros simultaneamente que participaram das etapas de construção do conceito de qualidade de vida, estudos qualitativos, produção de escalas e aplicação de testes pilotos. Todas as questões do WHOQOL-100 são fechadas e utiliza uma escala de respostas do tipo Likert de cinco pontos, variando entre 1 e 5.

Existem quatro tipos diferentes de escala de respostas: intensidade, avaliação, capacidade e frequência. O WHOQOL-100 contém cem perguntas referentes a seis domínios: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e espiritualidade/ religiosidade/ crenças pessoais (PEDROSO et al, 2013).

Com o objetivo de adaptar o WHOQOL-100 para a aplicação em adultos idosos, o Grupo WHOQOL desenvolveu um módulo adicional aos instrumentos WHOQOL-100 denominado WHOQOL-OLD. Este representa uma alternativa válida na investigação de qualidade de vida no idoso, abrangendo aspectos importantes e não abordados nos instrumentos originalmente desenhados para não idosos e capaz de suplementar informações específicas e pertinentes a este segmento populacional (CHACHAMOVICH, 2005).

O WHOQOL-OLD é composto por 24 questões seccionadas em seis facetas, formando domínios adicionais que incorporam questões relacionadas ao envelhecimento. As facetas adicionais do WHOQOL-OLD são:

Domínio I – “Funcionamento do Sensorio” (FS) - avalia funcionamento sensorial e o impacto da perda das habilidades sensoriais nas atividades da vida diária e da capacidade de interação com outras pessoas na qualidade de vida de idosos.

Domínio II – “Autonomia” (AUT) - Refere-se à independência na velhice, descrevendo até que ponto se é capaz de viver de forma autônoma e tomar suas próprias decisões.

Domínio III – “Atividades Passadas, Presentes e Futuras” (PPF) - refere-se a atividades passadas, presentes e futuras, descrevendo a satisfação sobre conquistas na vida e projetos anseios futuros.

Domínio IV – “Participação Social” (PSO) refere-se à participação social, que delinea a participação em atividades do cotidiano, especialmente na comunidade em que se está inserido.

Domínio V – “Morte e Morrer” (MEM) - está relacionada às preocupações, inquietações, expectativas e temores sobre a morte e morrer.

Domínio VI – “Intimidade” (INT) - refere-se à intimidade, que avalia a capacidade de ter relações pessoais e íntimas (ALENCAR et al, 2010, p. 105).

O WHOQOL-OLD pode ser útil em pesquisas nas quais a medição de qualidade de vida seja um fator desejado. Entre seus atrativos destaca-se a metodologia multicêntrica, onde centros de diferentes contextos culturais participaram do seu desenvolvimento em investigações transculturais, atenuando a influência da variável

cultural como fator de não fidedignidade do instrumento.

De acordo com Chachamovic (2005), deve-se averiguar a habilidade do respondente de compreensão, capacidade de leitura (acuidade visual) e de assinalar a resposta (habilidade motora preservada). Nos casos em que o entrevistador (pois o instrumento pode ser também autoaplicável) participar da aplicação, este não deve interferir na compreensão ou entendimento dos sujeitos de pesquisa a respeito dos itens que compõem o WOQHOL-OLD, assim como não deve rephrasear ou fornecer sinônimos com o intuito de preservar a características originais do instrumento. Além disso, sugere que para fins de pesquisa se desconsidere questionários com uma proporção de itens incompletos superior a 20%.

3.4 Descrição do inventário de depressão BECK

A Escala ou Inventário de Depressão de Beck é um dos instrumentos mais utilizados para medir episódios depressivos tanto em pesquisa como em clínica, tendo sido traduzido para vários idiomas e validado em diferentes países (GORESTEIN; ANDRADE, 2015). O inventário foi desenhado para pessoas acima de 13 anos de idade, sendo composto por diversos itens relacionados aos sintomas depressivos. Constitui um instrumento particularmente adequado para uso com pacientes psiquiátricos, sendo amplamente utilizado na clínica e em pesquisa com pacientes não psiquiátricos e na população em geral, inclusive idosos (CUNHA, 2001).

O Inventário de Depressão de Beck consiste em uma escala de 21 itens, incluindo sintomas e atitudes, cuja intensidade varia de zero a três pontos. Os itens referem-se à tristeza, pessimismo, sensação de fracasso, falta de satisfação, sensação de culpa, sensação de punição, autodepreciação, autoacusações, ideias suicidas, crises de choro, irritabilidade, retração social, indecisão, distorção da imagem corporal, inibição para o trabalho, distúrbio do sono, fadiga, perda de apetite, perda de peso, preocupação somática, diminuição de libido. A soma total da pontuação dessas questões apresenta um escore mínimo e máximo de 0 a 63. De acordo com o *Center for Cognitive Therapy* (BECK; STEER; GARBIN, 1988), esse escore mostra o grau de severidade da depressão, que são classificados como mínima ou sem depressão (<10 pontos); leve a moderada (10-18 pontos); moderada a grave (19-29 pontos); grave (30-63 pontos)

4 Apresentação de resultados e análises

4.1 Análises dos questionários WHOQOL-OLD

Tabela 1: apresentação de resultado total

Participante	Sensório	Autonomia	Atividades passadas, presentes e futuras	Participação social	Morte e morrer	Intimidade	Qualidade de Vida Geral (QVG)
01	14	11	12	15	16	10	78
02	17	18	20	19	17	20	111
03	14	17	19	19	18	16	103
04	15	15	14	17	19	12	92
05	17	16	15	19	15	18	100
06	19	13	17	18	20	16	103
07	17	16	18	17	17	18	103
08	19	15	14	17	18	16	99
09	16	12	13	10	14	14	79
10	15	10	12	12	14	13	76
11	16	8	20	20	16	20	100
12	18	11	13	13	16	14	85
Média	16,41	13,5	15,58	16,33	16,66	15,58	93,83

Parâmetro: mínimo de 4 pontos para cada Domínio e máximo de 20 pontos.

Máximo QVG: 120

Mínimo QVG: 24

Fonte: Elaborado pelo autor (2021).

Tabela 2: apresentação por média

Participante	Sensório	Autonomia	Atividades passadas, presentes e futuras	Participação social	Morte e morrer	Intimidade	Qualidade de Vida Geral (QVG)
01	3,5	2,75	3	3,75	4	2,5	3,25
02	4,25	4,5	5	4,75	4,25	5	4,625
03	3,5	4,25	4,75	4,75	4,5	4	4,291
04	3,75	3,75	3,5	4,25	4,75	3	3,833
05	4,25	4	3,75	4,75	3,75	4,5	4,16
06	4,75	3,25	4,25	4,5	5	4	4,291
07	4,25	4	4,5	4,25	4,25	4,5	4,291
08	4,75	3,75	3,5	4,25	4,5	4	4,125
09	4	3	3,25	2,5	3,5	3,5	3,291
10	3,75	2,5	3	3	3,5	3,25	3,166
11	4	2	5	5	4	5	4,166
12	4,5	2,75	3,25	3,25	4	3,5	3,541
Média	3,812	3,375	3,895	4,083	4,166	3,895	3,919

Qualidade de vida: necessita melhorar (quando for 1 até 2,9); regular (3 até 3,9); boa (4 até 4,9) e muito boa (5). Esses valores serão o resultado da análise em média.

Fonte: Elaborado pelo autor (2021).

Tabela 3: apresentação em percentual

Participante	Sensório	Autonomia	Atividades passadas, presentes e futuras	Participação social	Morte e morrer	Intimidade	Qualidade de Vida Geral (QVG)
01	62,5	43,75	50	68,75	75	37,5	56,25
02	81,25	87,5	100	93,75	81,25	100	90,62
03	62,5	81,25	93,75	93,75	87,5	75	82,91
04	68,75	68,75	62,5	81,25	93,75	50	70,83
05	81,25	75	68,75	93,75	68,75	87,5	79,16
06	93,75	56,25	81,25	87,5	100	75	82,29
07	81,25	75	87,5	81,25	81,25	87,5	82,29
08	93,75	68,75	62,5	81,25	87,5	75	78,12
09	75	50	56,25	37,5	62,5	62,5	57,29
10	68,75	37,5	50	50	62,5	56,25	54,16
11	75	25	100	100	75	100	79,16
12	87,5	37,5	56,25	56,25	75	62,5	63,54
Média	77,60	65,04	72,39	77,08	79,16	72,39	73,05

Resultados em % de 0 a 100: Quanto maior a porcentagem (mais perto de 100%) melhor a qualidade de vida.
 Fonte: Elaborado pelo autor (2021).

4.2 Análise dos dados sociodemográficos

Tabela 4: Compilação dos dados sociodemográficos

Participante	Sexo	Idade	Escolaridade	Estado Civil
01	F	71	Pós-graduada (Especialização)	Outros
02	F	78	Superior completo	Viúva
03	F	70	Médio completo	Casada
04	F	68	Médio incompleto	Viúva
05	F	76	Fundamental completo	Outros
06	F	65	Superior completo	Solteira
07	F	70	Médio completo	Casada
08	F	68	Médio completo	Solteira
09	F	57	Superior incompleto	Outros
10	F	83	Médio incompleto	Outros
11	F	71	Médio completo	Outros
12	F	61	Superior completo	Casada
Média	100% F	64	X	X

Fonte: Elaborado pelo autor (2021).

A média de idade das respondentes foi de 64 anos. Observamos que a participante com mais idade (83), obteve pontuação mais baixa (76) no índice de Qualidade de Vida Geral (lembrando que este índice pode variar de 24 pontos mínimos a 120 pontos máximos) bem como em praticamente todos os Domínios Específicos que compõe o teste. Isto poderia sugerir, em uma primeira análise, uma possível correlação negativa entre idade e a percepção da própria qualidade de vida. Mas, em contrapartida, a participante mais nova (57 anos) obteve também uma baixa pontuação (79) no índice de Qualidade de Vida Geral e nos respectivos Domínios, o que parece invalidar tal correlação.

Considerando o quesito “Escolaridade” não houve uma correlação entre grau de instrução e resultados do teste. Uma (8,33%) participante declarou possuir Pós-graduação a nível de especialização. Três (25%) declararam possuir grau superior completo. Uma (8,33%) declarou possuir grau superior incompleto. Quatro (33,33%) declararam grau médio completo. Duas (16,66%) declararam grau médio incompleto. E uma declarou fundamental incompleto (8,33%).

Em relação ao quesito “Estado civil” é oportuno observar que ambas as participantes já citadas anteriormente com pontuações mais baixas em comparação com as demais, se declararam como “Outros” em um elenco que contemplam as seguintes opções: **Solteiro/Casado/Viúvo/Outros (desquitado/divorciado/separado)**. Mas, novamente, em contrapartida, as demais participantes que se declararam como “Outros” obtiveram uma boa pontuação no índice de Qualidade de Vida Geral bem como nos domínios específicos. Das participantes da pesquisa, duas (16,66%) se declararam viúvas, três (25%) se declararam casadas, cinco (41,66%) se declararam outros e duas (16,66%) se declararam solteiras. De modo geral, não podemos correlacionar as respostas e respectivas performances à diferença de idade entre as participantes, assim como à escolaridade ou estado civil, uma vez que observamos que estes parâmetros não influenciaram significativamente nos resultados sobre a percepção de Qualidade de Vida. Não houve também nenhuma correlação entre a condição de solteira e as pontuações obtidas, embora uma das duas candidatas solteiras fosse a única que apresentasse um nível leve de depressão. Mas, ainda assim, seus resultados não foram significativamente discrepantes como será abordado mais detalhadamente a seguir. O estado civil “Viúvo”, também não teve relevância como fator de influência nas respectivas pontuações.

4.3 Análises Qualitativas dos Dados do WHOQOL-OLD

Em relação aos resultados gerais, a Tabela 1 que apresenta os resultados em termos totais de pontos obtidos para cada domínio, além do índice total para qualidade de vida, observa-se que os participantes se encontram acima da média em todos os Domínios investigados pelo teste. Obteve-se escores máximos de 20 (vinte) pontos de 3 (três) respondentes em 4 (quatro) domínios distintos (Atividades passadas, presentes e futuras, Participação social, Morte e morrer e Intimidade). O escore mínimo de 4 (quatro) pontos não foi apresentado em nenhum Domínio. A média geral de qualidade de vida dos respondentes foi de 93,83. Por Domínio, as médias apresentadas foram: Funcionamento Sensório 16,41; Autonomia 13,5; Atividades passadas, presentes e futuras 15,58; Participação social 16,33; Morte e morrer 16,66; e Intimidade 15,58.

Em relação à Tabela 2, resultados por média e parâmetros: **Necessita melhorar** (quando for 1 até 2,9); **Regular** (3 até 3,9); **Boa** (4 até 4,9); e **Muito boa** (5), observa-se que o índice da média para Qualidade de Vida Geral foi de 3,919, situando-se no conceito **Regular**, mas muito próximo do índice **Bom**. Considerando cada Domínio Específico, temos como resultado: Domínio “Sensório” 3,812 (**Regular**); Domínio “Autonomia” 3,375 (**Regular**); Domínio “Atividades Passadas, Presentes e Futuras” 3,895 (**Regular**); Domínio “Participação social” 4,083 (**Boa**); Domínio “Morte e Morrer” 4,166 (**Boa**); e no Domínio “Intimidade” 3,895 (**Regular**). Talvez possamos supor ou já ser, de certo modo esperado, que o Domínio “Sensório” pelas perdas, até certo ponto, características dos sentidos físicos na terceira idade obtivesse uma pontuação baixa, mas, ainda assim, conforme podemos observar, foi um resultado próximo a **Bom**. Mas, tal raciocínio, embora ainda possa ser aplicado ao Domínio “Autonomia”, não era de se esperar uma performance apenas **Regular** (menor pontuação em termos comparativos aos demais Domínios) neste Domínio Específico em idosos preservados o suficiente para decidirem por suas próprias atividades e programas em que se engajam como, por exemplo, o Espaço Avançado e suas oficinas oferecidas. Os melhores médios índices obtidos foram nos Domínios “Participação social” e Domínio “Morte e Morrer”, ambos com conceito **Bom**.

Em relação à Tabela 3, esta apenas reapresenta, em termos percentuais, os dados já constantes nas Tabelas 1 e 2. Assim sendo, os resultados que se aproximam mais de 100% representam uma boa percepção sobre a própria qualidade de vida dos participantes e os que mais se distanciam demonstram uma percepção mais negativa a respeito da própria qualidade de vida. Nessa perspectiva, os dados já apresentados e discutidos se repetem.

Se considerarmos as médias dos Domínios comparando-os entre si, observa-se

que o Domínio “Autonomia” obteve a pior pontuação, mas não chega a sugerir um grau ruim de autonomia, enquanto o Domínio “Morte e morrer” obteve a melhor pontuação média, sugerindo que este tema não é, de modo geral, preocupante para as respondentes da pesquisa. De modo geral, analisando os resultados obtidos, tanto na Qualidade de Vida Geral quanto nos Domínios Específicos elencados pelo teste, podemos afirmar que os idosos respondentes que participaram da aplicação do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL OLD), embora apresentassem uma pontuação média de 3,919, configurando um conceito **Regular** (3 até 3,9), ficaram bem próximos do conceito **Bom** (4 até 4,9), podemos, assim, inferir que se sentem possuidores de uma qualidade de vida **Regular** para **Boa** no momento da aplicação do teste.

Por fim, devemos indagar ou especular se os resultados próximos à **Bom**, obtidos em termos de score, são devidos a ganhos obtidos nas respectivas percepções de qualidade de vida por meio dos benefícios alcançados com a participação nas oficinas oferecidas no Espaço Avançado da UFF ou se já são idosos que participam do Espaço Avançado da UFF por possuírem previamente uma boa qualidade de vida nos respectivos Domínios aferidos.

5 Conclusão

A pesquisa se enquadra dentro do campo de atravessamento dos estudos sociais, avaliação e saúde, enfocando a qualidade de vida em sujeitos idosos. Alinhando-se a questões sobre subjetividade, percorre, transversalmente, temas como direitos, cidadania, grupos vulneráveis e representação social.

A partir das proposições apresentadas, a presente pesquisa teve o intuito de desenvolver análises pertinentes à questão da percepção subjetiva sobre qualidade de vida dos idosos participantes do estudo. Os dados e informações obtidas buscam fornecer subsídios para análises sobre sujeitos idosos em nossa sociedade. Intenta, assim, proporcionar bases teóricas a respeito dos sentidos e produções de modos de vida no contemporâneo. As análises, tanto quantitativa quanto qualitativa, aqui empreendidas podem contribuir com a adoção de modelos e práticas mais consistentes e significativas voltadas para este segmento populacional.

A questão da qualidade de vida, conforme colocada pela nossa sociedade repercute profundamente e causa um significativo impacto nos modos de produção de subjetividade. Subjetivações que se manifestam intensamente em nossa sociedade por meio da produção de sentidos e modos de ser e estar no contemporâneo, apontando para novas perspectivas e trajetórias de envelhecimento que se insinuam na atualidade.

Buscando a intervenção em espaços de inserção social e gerando modos de

conhecimentos coletivos, a pesquisa, nesse enfoque, pretendeu consistir em uma contribuição efetiva para os estudos do sujeito idoso, constituindo-se como dispositivo de transformação e possibilitando novas análises.

Quality of life assessment in the elderly using the WHOQOL-OLD instrument of the World Health Organization

Abstract

This research addresses the theme of assessing quality of life in the elderly. The research problem asks how the users of the Advanced Space Project at Universidade Federal Fluminense perceive themselves in relation to their quality of life. The objective is to assess their individual perception of their own quality of life. The methodology consisted of a descriptive research and survey with quantitative and qualitative analysis of the data obtained. The data collection instrument consisted of the Beck Depression Inventory and the standardized questionnaire of the World Health Organization, WHOQOL-OLD for the assessment of quality of life in the elderly. It is concluded that the elderly participants in the research have a good perception of their own quality of life in the areas investigated.

Keywords: Quality of life. Aging. Evaluation.

Evaluación de la calidad de vida en ancianos mediante el instrumento WHOQOL-OLD de la Organización Mundial de la Salud

Resumen

Esta investigación aborda el tema de la evaluación de la calidad de vida en los ancianos. El problema de investigación pregunta cómo se perciben los usuarios del Proyecto Espacial Avanzado de la Universidad Federal Fluminense en relación con su calidad de vida. El objetivo es evaluar su percepción individual de su propia calidad de vida. La metodología consistió en una investigación descriptiva y una encuesta con análisis cuantitativo y cualitativo de los datos obtenidos. El instrumento de recolección de datos consistió en el Inventario de Depresión de Beck y el cuestionario estandarizado de la Organización Mundial de la Salud, WHOQOL-OLD para la evaluación de la calidad de vida en los ancianos. Se concluye que los participantes mayores en la investigación tienen una buena percepción de su propia calidad de vida en las áreas investigadas.

Palabras clave: Calidad de vida. Envejecimiento. Evaluación.

^a Fundação Cesgranrio, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Referências

- ALENCAR, Nelyse de Araújo et al. Avaliação da qualidade de vida em idosas residentes em ambientes urbano e rural. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, p. 103-109, 2010.
- BECK, A.T.; STEER, R.A.; GARBIN, M.G. – Psychometric Properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-Five Years of Evaluation. *Clinical Psychology Review*, v. 8, n. 1, p.77-100, 1988.
- BOWLING, Ann. et al. Let's ask them: a national survey of definitions of quality of life and its enhancement among people aged 65 and over. *International Journal of Aging and Human Development*. Los Angeles. v. 4, n. 56, p. 269-306, 2003. Disponível em: <http://discovery.ucl.ac.uk/1561/1/QoL_ijagdql_paperAG56401.pdf>. Acesso em: 6/06/2017.
- CHACHAMOVICH, Eduardo. Qualidade de vida em idosos: desenvolvimento e aplicação do módulo WHOQOL-OLD e teste do desempenho do instrumento WHOQOL-BREF em uma amostra de idosos brasileiros. 2005. 197 f. Dissertação (Mestrado em Psiquiatria)- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.
- CUNHA, J. A. Manual da versão em português das Escalas Beck. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.
- GIL, Antonio Carlos. Como elaborar projetos de pesquisa. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2010.
- GORESTEIN, Clarice; ANDRADE, Laura. Inventário de Depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. 2015. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/284700806_Inventario_de_depressao_de_Beck_Propriedades_psicometricas_da-versao_em_portugues> Acesso em: 29/07/2018.
- MARCONI, Marina de A; LAKATOS, Eva Maria. Técnicas de Pesquisa. São Paulo: Atlas, 2002.
- IRANDA, Luciene Corrêa; BANHATO, Eliane Ferreira Carvalho. Qualidade de vida na terceira idade: a influência da participação em grupos. *Psicol. pesq*, Juiz de Fora , v. 2, n. 1, p. 69-80, jun. 2008 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1982-12472008000100009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso: em 06 ago. 2018.
- PAPALIA, Diane E.; FELDMAN, Ruth Duskin. Desenvolvimento Humano. 12 ed. Porto Alegre: Artmed/McGraw Hill, 2013.
- PASCHOAL, S. M. P. (2002). Qualidade de vida na velhice. In FREITAS, E. V et al. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. p.79-84. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

PAZ, Serafim Fortes. Envelhecer com cidadania: quem sabe um dia? Rio de Janeiro: ANG, 2000.

PEDROSO et al. Inferências da Organização Mundial da Saúde na promoção da qualidade de vida: uma explanação contemporânea dos instrumentos WHOQOL. Revista Brasileira de qualidade de vida. Paraná, v. 05, n. 04, p. 19-25, out/dez de 2013. Disponível em: < <https://periodicos.utfpr.edu.br/rbqv/article/view/1734/1113>>. Acesso em: 05/08/2018.

PEREIRA, Érico Felden; TEIXEIRA, Clarissa Stefani; SANTOS, Anderlei dos. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. Rev. Bras. Educ. Fís. Esporte, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 241-50, abr./jun. 2012.

SANTOS, Priscila Mari dos. Principais instrumentos de avaliação da qualidade de vida de idosos no brasil: vantagens e desvantagens na utilização. Corpoconsciência, Cuiabá, v. 19, n. 02, p. 25-36, maio/ago 2015.

SERBIM, Andreivna Kharenine; FIGUEIREDO, Ana Elizabeth Prado Lima Qualidade de vida de idosos em um grupo de convivência. Scientia Medica, Porto Alegre, v. 21, n. 4, p. 166-172, 2011.

VELARDE, Elizabeth Jurado; AVILA, Carlos Figueroa. Evaluación de la calidad de vida. Salud Pública de México, México, v. 44, n. 4, p. 349-361, jul. /ago. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342002000400009>. Acesso em: 16 jun. 2017.

WHOQOL GROUP. The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL). In: ORLEY, J.; KUYKEN, W. (Eds.). Quality of life assessment: international perspectives. Heidelberg: Springer, 1994.




Informações do autor

Claudio Burlas de Moura: Graduado, licenciatura e bacharelado, em Psicologia. Mestre e Doutor em Psicologia. Pós doutorado em Políticas Públicas e Formação Humana. Pós doutorado em Política Social. MBA em Gestão de Pessoas. Especialista em Psicologia Clínica na Abordagem Centrada na Pessoa. Especialista em Neuropsicologia. Especialista em Gerontologia Interdisciplinar. Professor da Faculdade Cesgranrio.

Contato: claudioburlas@gmail.com

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1569829395656396>

 <https://orcid.org/0000-0001-5928-2418>