SÉRGIO MÁRCIO PACHECO PASCHOAL

**Qualidade de vida do idoso:
construção de um instrumento de avaliação
através do método do impacto clínico**

Tese apresentada ao Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências

Área de Concentração: Medicina Preventiva
Orientador: Prof. Dr. Júlio Litvoc

São Paulo

2004

FICHA CATALOGRÁFICA

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Paschoal, Sérgio Márcio Pacheco

Qualidade de vida do idoso: construção de um instrumento de avaliação através do método do impacto clínico / Sérgio Márcio Pacheco Paschoal. -- São Paulo, 2004.

Tese(doutorado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
Departamento de Medicina Preventiva.

Área de concentração: Medicina Preventiva.

Orientador: Júlio Litvoc.

Descritores: 1.QUALIDADE DE VIDA 2.IDOSO 3.SAÚDE DO IDOSO
4.QUESTIONÁRIOS 5.AVALIAÇÃO.

USP/FM/SBD-177/04

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, Edson e Maria Ophelia.

Deram-me a vida. Não só.

Lutaram, sem descanso, contra as seqüelas de minha doença e propiciaram meu desenvolvimento.

Sou-lhes eternamente grato.

À minha esposa, Heico, e aos meus filhos, Fábio e Carolina.

Vidas de minha vida.

Grandes motivos do meu viver.

Aos idosos brasileiros,

Vencedores de inúmeras adversidades da vida e que muito têm contribuído para construir nosso país, nem sempre recebendo o reconhecimento e o respeito merecidos.

Que o fruto deste trabalho seja instrumento transformador, pois, ao avaliar qualidade de vida, ou, ao avaliar o impacto das intervenções sobre a qualidade de vida, a nova escala permita aos planejadores, governantes e profissionais redirecionar suas políticas, condutas e tratamentos para a melhoria, cada vez maior, da vida da população idosa.

AGRADECIMENTOS

- *Ao Professor Júlio Litvoc, que desde o Mestrado vem orientando meu trabalho com competência e maestria, iluminando-o e dando-lhe qualidade.*
- *Aos Professores Hillegonda Maria Dutilh Novaes, Nélson Gouveia e Miako Kimura, integrantes da Comissão Examinadora do Exame de Qualificação, que tão pacientemente compreenderam o texto inconcluso e tão competentemente criticaram e sugeriram modificações, enriquecendo o conteúdo do trabalho.*
- *Aos amigos e companheiros de caminhada, Wilson Jacob Filho e Júlio Litvoc, com quem divido as incertezas, dúvidas, soluções e encaminhamentos do trabalho, para a conquista de nosso objetivo.*
- *Aos professores e amigos Júlio César Rodrigues Pereira, Miako Kimura e Vera Lúcia Conceição de Gouveia Santos, cujos conselhos, opiniões, sugestões e discussões, carregados de enorme consistência e saber, foram direcionando e reorientando a construção do instrumento.*
- *Aos Professores Go Tani, Ricardo Linares, José Carlos Astrauskas e Ana Cristina Alvares Mutarelli, que abriram as portas do CEPEUSP para uma parte do trabalho de campo. À enfermeira Ruth, do Núcleo de Medicina Esportiva (NUMES), pelo apoio nas entrevistas.*
- *À Maria das Graças Lira Oliveira, Coordenadora de Saúde da Subprefeitura de Pinheiros, e à Ana Maria Marcondes Pinto, assistente técnica responsável pela Saúde do Idoso da mesma Subprefeitura, por viabilizarem e respaldarem o trabalho de campo com idosos participantes de grupos de terceira idade de sua região.*
- *À Igreja Metodista de Pinheiros, nas pessoas do Pastor Marcos Antonio Garcia e da sra. Alda, que me proporcionou condições físicas, materiais e emocionais, para desenvolver uma parte do meu trabalho de campo.*
- *À Edima Donnabella e à Jairma de Assis Guelo, coordenadoras do Projeto Samuel Rangel da Associação Metodista de Ação Social em Pinheiros, projeto que tive o prazer e a honra de conhecer e que foi local de muitas entrevistas.*
- *À enfermeira Regina, do Centro Comunitário Alto de Pinheiros, que ajudou na seleção de idosos para entrevistas.*

- *À sra. Vera, coordenadora da Associação Idade Dourada, de Pinheiros, pela autorização e viabilização das entrevistas com idosos de seu grupo.*
- *À Professora Yeda Aparecida de Oliveira Duarte, do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola de Enfermagem da USP, cujo cadastro do PROGESI possibilitou o contato com idosos que tinham dificuldade de sair de casa. Obrigado pelo esforço e disponibilidade e pela cessão de um bolsista, para ajudar nas entrevistas com idosos mais dependentes.*
- *Às professoras Alice Moreira Derntl e Helena Akemi Wada Watanabe, da Faculdade de Saúde Pública da USP, e à assistente social Neilde e à enfermeira Cibele, da Igreja Nossa Senhora do Rosário (Pompéia), que também contribuíram para o sucesso das entrevistas nos domicílios de idosos mais dependentes.*
- *À Miriam Regina de Souza, do Departamento de Medicina Preventiva, como sempre competente e prestativa. Sua ajuda foi inestimável, para a realização de toda a pesquisa.*
- *À amiga e professora Maria de Fátima Marinho de Souza, que trabalhou os dados e deu forma à sua apresentação.*
- *À bibliotecária Valéria de Vilhena Lombardi, que, sempre gentil, prestimosa e competente, auxiliou na pesquisa bibliográfica.*
- *Ao estudante Marlon de Borgonha Oliveira, pelas entrevistas com idosos dependentes, possibilitando a efetivação e o término do trabalho de campo.*
- *Aos colegas do Serviço de Geriatria do HC: Alberto Soares, Alexandre Busse, Andréa Viúde, Angélica Yamaguchi, Antonio Carlos, Celi, Cláudia Fló, Cristina França, Curiati, Elina, Eva, Figueira, Franco, Helena Izzo, Jean, José Renato, Kokron, Luis Saporetti, Maria do Carmo, Marisa Accioly, Naira, Omar, Regina Magaldi, Rita, Rosa, Sami, Santarém, Thiago Mônaco, Tiago Rezende, Toshio, Valmari, Venceslau, Wilson, Yolanda, pelo apoio incondicional e pela ajuda no dia-a-dia, com isso viabilizando as tarefas do Doutorado. Sinto-me orgulhoso de fazer parte dessa equipe.*
- *Aos residentes e estagiários de Geriatria do Hospital das Clínicas da FMUSP e do Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo, pelo carinho e apoio.*
- *Aos funcionários Marta, Rubens, Juliana e Rozany, pela amizade, apoio e suporte técnico.*

- *Às colegas da Área Temática de Saúde do Idoso da Secretaria Municipal da Saúde da Prefeitura de São Paulo, Helaine, Marília e Rosana, pelo carinho, estímulo e torcida. Obrigado por entenderem inúmeras ausências e propiciarem um ambiente prazeroso de trabalho*
- *À minha família, pela compreensão, ajuda, apoio, incentivo, renúncia, silêncio e sublimação. Sem vocês, eu nada seria.*

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

*AOS IDOSOS PARTICIPANTES DA PESQUISA,
PELA PACIÊNCIA, COLABORAÇÃO E DISPONIBILIDADE.
MEU ETERNO AGRADECIMENTO.
SEM VOCÊS, SERIA IMPOSSÍVEL ESTE TRABALHO.*

NORMALIZAÇÃO ADOTADA

Esta tese está de acordo com:

Referências: adaptado de *International Committee of Medical Journals Editors* (Vancouver)

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Serviço de Biblioteca e Documentação. *Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias*. Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Júlia de A. L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. São Paulo: Serviço de Biblioteca e Documentação; 2004.

Abreviaturas dos títulos dos periódicos de acordo com *List of Journals Indexed in Index Medicus*.

SUMÁRIO

Lista de abreviaturas

Lista de tabelas

Lista de siglas

Resumo

Summary

Normalização adotada

1	INTRODUÇÃO	01
1.1	Qualidade de Vida	01
1.2	Processo de construção de um instrumento de avaliação de qualidade de vida	16
1.2.1	Base teórico-conceitual: primeira etapa do processo de construção	17
1.2.2	Metodologia de construção: segunda etapa do processo de construção	29
1.2.3	Seleção dos itens e reconhecimento das dimensões: terceira etapa do processo de construção.....	42
1.2.4	Escolha do Método do Impacto Clínico: quarta etapa do processo de construção	45
1.2.5	Adaptação da metodologia e adequação da lista de itens: quinta etapa do processo de construção.....	52
1.2.6	Redução dos itens e distribuição em dimensões: sexta etapa do processo de construção	58
1.2.7	Nossa concepção	60

2	OBJETIVOS	65
3	CASUÍSTICA E MÉTODOS	66
	3.1 Procedimentos básicos para a construção do instrumento	66
	3.1.1 Redução dos itens.....	66
	3.1.2 Identificação das dimensões	68
	3.2 Amostra	70
	3.3 Análise dos dados	75
4	RESULTADOS	77
	4.1 Cotas	78
	4.1.1 Cota A	78
	4.1.2 Cota B	80
	4.1.3. Cota C	82
	4.1.4 Cota D	84
	4.2 Caracterização da amostra	85
	4.3 Caracterização da população estudada	88
	4.3.1 Características sócio-demográficas	88
	4.3.2 Características econômicas	90
	4.3.3 Habilidade funcional	94
	4.3.4 Atividade sexual	97
	4.4 Redução dos Itens	97
	4.5 Itens.....	107
	4.6 Distribuição dos itens em dimensões	114
	4.7 Elaboração da estrutura final do instrumento	123
	4.8 Revisão dos itens negativos.....	131
	4.9 Revisão da estrutura final do instrumento	132

5	DISCUSSÃO	141
	5.1 Dificuldades durante as entrevistas.....	141
	5.1.1 Cota A	141
	5.1.2 Cota B	142
	5.1.3 Cota C	142
	5.2 Caracterização da Amostra	146
	5.3 Caracterização da população estudada	148
	5.4 Itens.....	152
	5.5 Redução dos itens.....	163
	5.6 Distribuição dos itens em dimensões	165
	5.7 Elaboração da estrutura final do instrumento	165
	5.8 Elaboração do escore do instrumento.....	171
	5.9 Construção de dois instrumentos de avaliação de Qualidade de Vida do Idoso no Brasil	174
6	CONCLUSÕES	178
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	179
8	ANEXOS	182
	ANEXO A	182
	ANEXO B	183
	ANEXO C	184
	ANEXO D	189
	ANEXO E	206
	ANEXO F.....	208
	ANEXO G.....	209
	ANEXO H	210
	ANEXO I	211

	ANEXO J.....	212
	ANEXO K.....	214
	ANEXO L.....	216
	ANEXO M.....	220
9	REFERÊNCIAS.....	223

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Número de publicações brasileiras com qualidade de vida como descritor, segundo o ano de publicação – LILACS – 1982 a jan/2000	3
Tabela 2 – Número de referências encontradas no PubMed, utilizando os descritores “Quality of Life” [MeSH] e “aged” [MeSH], por ano. Série histórica de 1977 a 2003.	7
Tabela 3 - Distribuição da amostra de idosos, segundo as cotas da amostra – São Paulo – 2003	78
Tabela 4 - Distribuição dos idosos, segundo as variáveis demográficas da amostra – São Paulo – 2003	86
Tabela 5 - Número e porcentagem de idosos por cotas da amostra, segundo sexo e faixa etária – São Paulo – 2003	87
Tabela 6 - Número e porcentagem de idosos, segundo a cota da amostra e o estado de saúde – São Paulo – 2003	88
Tabela 7 - Distribuição das variáveis Idade e Renda da amostra de idosos, segundo cada cota – São Paulo – 2003	89
Tabela 8 - Número e porcentagem de idosos, segundo a cota da amostra e as faixas de renda per capita em salários mínimos (S.M.) – São Paulo – 2003	90
Tabela 9 - Número e porcentagem de idosos, segundo a cota da amostra e as faixas de renda pessoal em salários mínimos (S.M.) – São Paulo – 2003	91
Tabela 10 - Distribuição da amostra de idosos, segundo variáveis de serviços e bens móveis – São Paulo – 2003	92
Tabela 11 - Número e porcentagem de idosos, segundo a cota da amostra e serviços – São Paulo – 2003	93
Tabela 12 - Número e porcentagem de idosos, segundo a cota da amostra e casa própria – São Paulo – 2003	94
Tabela 13 - Número e porcentagem de idosos, segundo a cota da amostra e as atividades instrumentais e físicas – São Paulo – 2003	95
Tabela 14 - Distribuição da amostra de idosos, segundo atividade física regular – São Paulo – 2003	96
Tabela 15 - Número e porcentagem de idosos, segundo a cota da amostra e a atividade física regular – São Paulo – 2003	96

Tabela 16 — Número e porcentagem de idosos, segundo atividade sexual e a cota da amostra – São Paulo – 2003	97
Tabela 17 – Escore de impacto de cada item, resultado do produto da média da importância atribuída ao item (MÉDIA) pela frequência de entrevistados que considerou o item relevante (FREQ) da amostra – São Paulo – 2003	98
Tabela 18 – Ranking de impacto de acordo com o escore de impacto de cada item, em ordem decrescente – São Paulo – 2003	103
Tabela 19 – Escores hipotéticos atribuídos pelos idosos A, B e C aos itens da dimensão Saúde Física nas avaliações da qualidade de vida idealizada (Ideal) e qualidade de vida realizada (Real A, Real B e Real C)	174

LISTA DE ABREVIATURAS

dp.	desvio padrão
ed.	edição
et al.	e outros
etc.	etcetera
freq.	frequência
jan.	janeiro
p	página
p. ex.	por exemplo
S.M.	salário mínimo
sr.	senhor
sra.	senhora

LISTA DE SIGLAS

ABVD	Atividades Básicas da Vida Diária
AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrome
AIVD	Atividades Instrumentais da Vida Diária
AQLQ	Asthma Quality of Life Questionnaire
BIREME	Biblioteca Regional de Medicina
BOMFAQ	Brazilian Version of the Olders Americans Resources and Services Multidimensional Funcional Assessment Questionnaire
CEPEUSP	Centro de Práticas Esportivas da Universidade de São Paulo
CINAHL	Cumulative Index for Nursing and Allied Health Literature
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
FMUSP	Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
GAMIA	Grupo de Atendimento Multidisciplinar ao Idoso Ambulatorial
HC	Hospital das Clínicas
IBDQ	Inflammatory Bowel Disease Questionnaire
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IQV	Índice de Qualidade de Vida
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	Medlars on Line
MeSH	Medical Subjects Headings
MOS	Medical Outcomes Survey
NUMES	Núcleo de Medicina Esportiva
OMS	Organização Mundial da Saúde
PRODESP	Processamento de Dados do Estado de São Paulo
PROGESI	Programa de Gerenciamento da Saúde do Idoso
QALY	Quality-Adjusted Life Year
RS	Rio Grande do Sul

SEIQoL	The Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life
SF-36	The MOS 36-item Short Form Health Survey
SIP	Sickness Impact Profile
SPSS V10	Statistical Package for the Social Sciences version 10
X	Vezeš
WHOQOL	World Health Organization Quality of Life
WHOQOL-OLD	World Health Organization Quality of Life-Old

RESUMO

Paschoal SMP. *Qualidade de Vida do Idoso: Construção de um instrumento de avaliação através do método do impacto clínico* [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2004. 227p.

Medir qualidade de vida na velhice é um processo difícil, não só por causa da complexidade e subjetividade do constructo Qualidade de Vida, mas, também, por causa da heterogeneidade da Velhice. Além disso, a dificuldade é ainda maior, pois há paucidade de instrumentos construídos especificamente para essa faixa etária, nenhum deles adaptado ao nosso contexto sócio-cultural. A construção de um instrumento é complexa e demorada. São inúmeras etapas a vencer. Previamente a esse trabalho, partindo do constructo que desejava medir, Qualidade de Vida na Velhice, o pesquisador optou por conhecer o quanto os idosos realizam do que consideram importante para suas vidas e se isso corresponde ao grau de satisfação/insatisfação com suas vidas. O valor do constructo é a diferença entre a importância atribuída a cada item e o quanto vivencia daquele item. Optou, a seguir, pela metodologia clinimétrica de construção de instrumentos, escolhendo o Método do Impacto Clínico. Depois, através de entrevistas com idosos de um programa de promoção de saúde, levantou a multidimensionalidade do constructo, os determinantes de boa e má qualidade de vida na velhice, medos e desejos, selecionando 139 itens, todos relevantes para a Qualidade de Vida na Velhice. No presente trabalho, o objetivo principal foi “construir um instrumento de avaliação da qualidade de vida do idoso, com base em informações fornecidas pelos próprios idosos, utilizando o método do impacto clínico” e os objetivos específicos foram “conhecer a percepção de idosos em relação à valorização de temas relevantes de suas vidas e de seu processo de envelhecimento, identificar os itens mais relevantes para a Qualidade de Vida na Velhice e definir a composição multidimensional do constructo”, executando, então, a redução dos itens e sua distribuição em dimensões. Realizou 193 entrevistas (71 homens e 122 mulheres), divididas em quatro cotas: idosos doentes de um ambulatório de Geriatria, idosos doentes com dificuldade de sair de casa, idosos saudáveis de grupos de terceira idade e idosos saudáveis de programa de atividade física regular. Os entrevistados avaliaram cada item em relação à importância para a qualidade de vida na velhice, numa escala de Likert de cinco pontos. Para cada item, o produto da proporção de idosos que apontaram aquele item como relevante para a qualidade de vida na velhice (frequência) pela importância média dada àquele item (importância) resultou no impacto daquele item para a qualidade de vida do idoso. De acordo com seu escore de impacto, em ordem decrescente, elaborou-se uma lista de impacto. Para reduzir o número de itens, a fim de compor o instrumento final, foram selecionados os primeiros 46 itens, de escore mais alto. Três especialistas, ou em envelhecimento, ou em qualidade de vida, distribuíram esses itens em dimensões. Colocados os itens e as dimensões na estrutura previamente elaborada, após eliminar os itens redundantes, o resultado final compôs uma nova escala de avaliação de qualidade de vida de idosos, construída em nosso meio, segundo a opinião dos próprios idosos e que precisará, num momento posterior, ter a sua acurácia avaliada.

Descritores: 1.Qualidade de Vida 2.Idoso 3.Saúde do idoso 4.Questionários 5.Avaliação

SUMMARY

Paschoal SMP. *Quality of life of the elderly: constructing an instrument for assessment by means of the clinical impact method* [thesis]. São Paulo: "Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo"; 2004. 227p.

Measuring quality of life among the elderly is a difficult process, not only because of the complexity and subjectivity of the construct Quality of Life, but also due to the heterogeneity of Old Age. Furthermore, the difficulty is still greater, for there are few instruments constructed specifically for this age group, none of which are adapted to our socio-cultural context. Constructing an instrument is a slow and complex procedure. There are innumerable phases to be surpassed. Before initiating this study, the point of departure was the construct it intended to measure, that is, Quality of Life in Old Age. The author chose to investigate how much of what the elderly consider important in their lives they are able to carry out and whether this corresponds to the degree of satisfaction/dissatisfaction with their lives. The value of this construct is the difference between the importance attributed to each item and how much of that item is experienced in their lives. The clinimetric methodology of constructing instruments was then utilized and the Clinical Impact Method was chosen. The next step was to conduct interviews with elderly people who were participating in a program of health promotion. These interviews expressed the multidimensional aspect of the construct, the determinants of good or bad quality of life among the elderly, as well as their fears and desires. One hundred and thirty-nine (139) items were selected, all of which were relevant to Quality of Life in Old Age. In this study, the main objective was to "construct an instrument for assessing the quality of life of the elderly, based on information provided by the elderly themselves and utilizing the clinical impact method" and the specific objectives were to "become familiar with the perspective of the elderly with respect to themes which they consider relevant in their lives and in the process of growing old, identify the most relevant items for the Quality of Life in Old Age and define the multidimensional composition of the construct" executing then a reduction of these items and their distribution in dimensions. One hundred and ninety-three (193) interviews were conducted (with 71 men and 122 women), divided in four quotas: sick elderly people being treated in a Geriatric outpatient service, sick elderly people who had difficulty leaving their homes, healthy elderly people who were participating in senior groups and healthy elderly people participating in a program promoting regular physical activities. People interviewed evaluated each item with respect to its importance for the quality of life in old age in a five point Likert scale. For each item the product of the proportion of the interviewees which pointed out that item as being relevant to the quality of life in old age (frequency) times the average importance given to that item (importance) resulted in the impact of that item on the quality of life of the elderly. According to the impact score, in decreasing order, a list of impact was elaborated. In order to reduce the number of items on the list, so as to construct a final instrument, the first 46 items with the highest scores were selected. Three specialists, either in quality of life or in growing old, distributed these items in their respective dimensions. The items and the dimensions were plotted in a previously elaborated structure, after eliminating redundant items. The final result composed a new scale for evaluating quality of life among the elderly, constructed in our socio-economic and political context, according to the opinions of the elderly themselves and which would need to be evaluated for its accuracy in the future.

Key words: 1.quality of life 2.elderly 3.elderly's health 4.questionnaires 5.evaluation

1 INTRODUÇÃO

1.1 Qualidade de Vida

Após a Segunda Guerra Mundial, Qualidade de Vida tornou-se um constructo importante, significando melhoria do padrão de vida. Paulatinamente o conceito foi ampliado, englobando o desenvolvimento sócio-econômico e humano e a percepção das pessoas a respeito de suas vidas. Não há consenso sobre seu significado, existindo várias correntes de pensamento e várias tendências de pesquisa, todas complementares entre si. Além disso, no decorrer do tempo, a forma de avaliação se alterou, passando de uma avaliação baseada em parâmetros objetivos, ou idealizados pelo pesquisador, para outra que valoriza a percepção subjetiva das pessoas.

No contexto da atenção à saúde, avaliações de qualidade de vida tornaram-se prática freqüente e importante em pesquisa, acompanhamento clínico, planejamento de ações e de políticas, alocação de recursos e avaliações de programas, principalmente em países desenvolvidos. No Brasil, sua importância surgiu mais recentemente e vem, pouco a pouco, ganhando popularidade. Qualidade de Vida tem sido usada no lugar de indicadores de saúde tradicionais, como taxas de mortalidade e taxas de morbidade, em inúmeros ensaios clínicos e em avaliações de resultados. A importância de seu emprego no campo da saúde reflete-se no aumento exponencial de publicações em periódicos médicos e em revistas das ciências sociais. Assim, desde a década de 70 tem havido uma explosão de interesse sobre o assunto, com um número aumentado de citações na literatura especializada em saúde (Tamburini,

1998). Albrecht (1994)¹, apud Wood-Dauphinee (1999) encontrou, de 1966 a 1974, apenas 40 referências relacionadas a “qualidade de vida”; ao contrário, de 1986 a 1994, foram mais de 10.000 referências.

Quanto à avaliação de qualidade de vida em pessoas idosas, apesar do grande número de instrumentos encontrados na literatura (803, entre genéricos e específicos – Tamburini, 1998), poucos foram desenvolvidos tendo como alvo a população idosa. Quando havia necessidade de se avaliar em idosos, aplicavam-se, geralmente, instrumentos de uso universal, construídos e validados em populações de outras faixas etárias e utilizados em investigações de qualquer grupo populacional (Paschoal, 2000).

Na América Latina e no Brasil, em particular, o interesse é mais recente, quando se compara com a literatura internacional. Em levantamento realizado através do LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), de 1982 a janeiro de 2000, para sua Dissertação de Mestrado, Paschoal (2000) encontrou 727 referências com Qualidade de Vida como descritor, das quais, 289 (39,8%) eram brasileiras. Verificando estas referências por ano de publicação, o autor mostrou que qualidade de vida passou a ter algum significado e importância na literatura brasileira de ciências da saúde na última década do século XX, mais precisamente a partir de 1992. Numa análise mais criteriosa, o autor verificou que, em muitos trabalhos, Qualidade de Vida não era um assunto de importância central, sendo, meramente, uma citação em algum lugar da publicação, não constando nem em seu título, nem no resumo.

¹ Albrecht GL. Subjective health assessment. In: Jenkinson C, editor. *Measuring Health and Medical Outcomes*. London; 1994. p.7-26.

Desconsiderando tais publicações, por não terem qualidade de vida como enfoque principal, apenas 161 referências brasileiras (55,7% do total de referências brasileiras) preenchiam esse critério. (Tabela 1). Assim, de 1982 a 1991, o número médio de publicações foi 2,4 por ano e, de 1992 a janeiro de 2000, 17,1 publicações por ano, “um aumento de sete vezes no número de publicações anuais, comparativamente com os dez primeiros anos”. Havia uma complicação adicional, pois só a partir de 1997 que os trabalhos se tornaram mais consistentes, com tradução e validação de instrumentos, aplicando-se técnicas psicométricas apropriadas e adaptação transcultural dos instrumentos (Paschoal, 2000).

Tabela 1: Número de publicações brasileiras com qualidade de vida como descritor (161), segundo o ano de publicação– LILACS – 1982 a jan. / 2000

ANO	N	ANO	N
1982	2	1992	22
1983	0	1993	11
1984	1	1994	18
1985	0	1995	15
1986	1	1996	21
1987	3	1997	16
1988	2	1998	17
1989	4	1999	17
1990	7	Jan/2000	0
1991	4		
TOTAL	24	TOTAL	137
MÉDIA	2,4	MÉDIA	17,1

FONTE: LILACS – Literatura Latinoamericana e do Caribe em Ciências da Saúde

Do mesmo modo, o estudo da qualidade de vida de pessoas idosas também era pequeno em nosso meio. Das 727 referências do LILACS, apenas 36 diziam respeito à “**qualidade de vida do idoso**”, dez brasileiras e vinte e seis de outros países latinoamericanos. Assim, na literatura brasileira, das 289 referências com “Qualidade de Vida” como descritor, apenas dez se referiam a pessoas dessa faixa

etária, oito delas com Qualidade de Vida como enfoque principal. Paschoal (2000) afirmou, então:

Apesar do LILACS não ser um banco de dados completo, a análise desses dados permite-nos afirmar que o estudo da qualidade de vida do idoso ainda é pequeno na literatura latinoamericana e, se considerarmos o número restrito dessas publicações que têm esse constructo como tema central ou importante, o número é ainda menor.

Analisando os instrumentos aplicados para avaliar qualidade de vida em nosso meio, o pesquisador verificou que, além de muitos trabalhos não utilizarem nenhum instrumento, os que o faziam, utilizavam, em sua maioria, instrumentos traduzidos. Para a população idosa não foi encontrado nenhum genuinamente brasileiro. Dos instrumentos traduzidos para o Português, nem todos tinham passado por um processo de validação e adaptação transcultural (Paschoal, 2000).

Mais recentemente, numa nova pesquisa bibliográfica, o pesquisador verificou que a situação de poucos trabalhos sobre qualidade de vida do idoso ainda é a regra em nosso meio, diferente do que acontece na literatura internacional. Para saber o quanto tem sido estudado, pesquisado e publicado a respeito de **qualidade de vida** e, mais especificamente, de **qualidade de vida do idoso**, foi feita pesquisa em duas bases de dados. A primeira, de abrangência mundial, o *MEDLINE*, através do *PubMed*, um serviço da *National Library of Medicine*, dos Estados Unidos, que inclui mais de 15 milhões de citações para artigos biomédicos desde a década de 50. São citações do *MEDLINE* e de jornais adicionais de ciências da vida. O *PubMed* inclui *links* para muitos *sites*, que provêem textos de artigos na íntegra. A segunda, regional, denominada LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde).

No *PubMed* foram usados os descritores MeSH (*Medical Subject Headings*) e, no LILACS, os descritores de assunto, denominados DeCS (Descritores em Ciências da Saúde). O vocabulário estruturado e trilingüe DeCS foi criado pela Biblioteca Regional de Medicina (BIREME) para uso na indexação de artigos de revistas científicas, livros, anais de congressos, relatórios técnicos e outros tipos de materiais, assim como para ser usado em pesquisa e recuperação de assuntos da literatura científica nas bases de dados LILACS, MEDLINE e outras. Foi desenvolvido a partir do MeSH com o objetivo de permitir o uso de terminologia comum em pesquisas em três idiomas, proporcionando um meio consistente e único para a recuperação da informação, independentemente do idioma.

Na pesquisa através do *PubMed* foram usados os descritores MeSH “*quality of life*” e “*aged*”. Inicialmente “*quality of life*” apenas e, a seguir, “*quality of life*” and “*aged*”, para verificação do número de referências sobre **qualidade de vida do idoso**. Na pesquisa através do LILACS foram usados os descritores DeCS “qualidade de vida” e “idoso”. Como no *PubMed*, inicialmente “qualidade de vida” apenas e, a seguir, “qualidade de vida” e “idoso”, com o mesmo intuito de verificar o número de referências a respeito de **qualidade de vida do idoso**.

No *PubMed*, 1977 é o primeiro ano em que surgem referências sobre **qualidade de vida e qualidade de vida do idoso** (177 e 51 referências, respectivamente; estas últimas, logicamente, sendo parte das 177 primeiras). Isto vem num crescendo, atingindo 4662 referências em **qualidade de vida** e 2664 referências em **qualidade de vida do idoso** no ano de 2003. O crescimento é exponencial, o que mostra a importância que o constructo Qualidade de Vida vem assumindo no campo das ciências da saúde em todo o mundo (Gráfico1).

Gráfico 1 – Número de referências encontradas no PubMed, utilizando os descritores MeSH, “Quality of Life” e “aged”, por ano. Série histórica de 1977 a 2003.

Fonte: PubMed

Assim, observando a pesquisa mundial em qualidade de vida, diferentemente do que acontece na literatura latinoamericana e do Caribe, a pesquisa a respeito de qualidade de vida do segmento idoso da população tem importância desde o ano em que o descritor “**qualidade de vida**” passa a ser utilizado (1977) e essa importância vem aumentando paulatinamente. Em 1977, do total de referências sobre qualidade de vida, 28,81% eram a respeito de **qualidade de vida do idoso**. Isso veio se mantendo por volta de um terço do total até 1995/1996, quando passa a constituir cerca de 40% do total das referências, com tendência de aumento. Na verdade há dois picos, o primeiro em 1982 e 1983 (37,03% e 40,30%, respectivamente), voltando ao patamar de 30-33% até 1992 e, então, nova alta, agora assumindo praticamente uma curva ascendente, atingindo 43,30% em 2002 e 57,14% em 2003. Os idosos, mesmo constituindo menos de um quinto da população mundial já

ocupam mais de 40% da pesquisa a respeito de qualidade de vida. Totalizando as referências, foram encontradas 39.344 referências sobre “Qualidade de Vida” e 15.807 sobre “Qualidade de Vida do Idoso”; portanto, 40,18% das referências encontradas, quando se procura “Qualidade de Vida”, são referências de “Qualidade de Vida na Velhice” (Tabela 2).

Tabela 2 – Número de referências encontradas no PubMed, utilizando os descritores “Quality of Life” [MeSH] e “aged” [MeSH], por ano. Série histórica de 1977 a 2003.

ANO	"QUALITY OF LIFE"	"QUALITY OF LIFE" AND "AGED"	%*
1977	177	51	28,81
1978	240	69	28,75
1979	271	94	34,69
1980	253	89	35,18
1981	268	69	25,75
1982	316	117	37,03
1983	330	133	40,30
1984	349	113	32,38
1985	400	133	33,25
1986	491	161	32,79
1987	564	179	31,74
1988	589	200	33,96
1989	887	280	31,57
1990	1.001	306	30,57
1991	1.077	319	29,62
1992	1.255	402	32,03
1993	1.451	510	35,15
1994	1.593	555	34,84
1995	1.904	737	38,71
1996	2.150	840	39,07
1997	2.369	929	39,21
1998	2.655	1.056	39,77
1999	3.019	1.211	40,11
2000	3.264	1.278	39,15
2001	3.784	1.569	41,56
2002	4.025	1.743	43,30
2003	4.662	2664	57,14
TOTAL	39.344	15.807	40,18

Fonte – PubMed

(*) – porcentagem de referências de “qualidade de vida do idoso”, relativas ao total de referências de “qualidade de vida” em cada ano pesquisado

No LILACS, base de dados estruturada a partir de 1982, o mesmo acontece apenas para **qualidade de vida** e não para **qualidade de vida do idoso**. Há aumento

importante no número de referências a respeito do primeiro, com 11 referências em 1985 (primeira vez em que surge o descritor nessa base de dados, como descritor DeCS, de assunto), atingindo 126 referências em 2002, mas caindo para 83 em 2003. Quanto à **qualidade de vida do idoso**, a primeira vez em que aparece uma referência ao constructo foi em 1987, ano em que houve apenas essa única referência, um trabalho chileno de Cornejo Arias e colaboradores (Cornejo Arias et al., 1987) a respeito dos problemas de saúde dos idosos do Chile, onde descreviam a mortalidade e as altas hospitalares de pessoas de 65 anos ou mais durante um ano e ressaltavam a importância de boa capacidade funcional no desempenho das atividades da vida diária, para melhorar a qualidade de vida. Trata-se, portanto, de um artigo em que qualidade de vida entra como “quase” conclusão, de forma secundária, entra como texto e não como objeto principal de estudo. Mas, é o primeiro artigo indexado que trata a respeito de qualidade de vida em nossa região, mesmo que secundariamente. A partir de 1987, as referências sobre **qualidade de vida do idoso** aumentam pouco, sendo 1999 o ano com maior número, com 17 referências (Gráfico 2). Assim, referências de **qualidade de vida do idoso** aparecem em menor número na literatura da América Latina e do Caribe e, das 1381 referências sobre **qualidade de vida**, de 1985 a 2003, apenas 116 (8,40% do total) se referem a **qualidade de vida do idoso**. Talvez o fato se deva ao processo de envelhecimento mais tardio nos países menos desenvolvidos, que passaram a sofrer a transição demográfica na última metade do século XX, mais notadamente a partir de 1990, mudando o discurso de “país jovem” com a percepção do envelhecimento extremamente rápido de suas populações. A partir dessa percepção, começa-se a dar importância a pesquisas sobre suas consequências e, então, qualidade de vida se transforma em objeto importante de

estudo para essa população nesses países. Paschoal (2000), analisando as referências brasileiras no LILACS desde 1982, mas sem usar os descritores DeCS, já havia encontrado que “qualidade de vida passou a ter algum significado e importância na literatura brasileira de ciências da saúde na última década, mais precisamente a partir de 1992”.

Gráfico 2 – Número de referências encontradas no LILACS, utilizando os descritores DeCS “Qualidade de Vida” e “Idoso”, por ano. Série histórica de 1985 a 2003.

Fonte: LILACS - Literatura Latinoamericana e do Caribe em Ciências da Saúde

A pesquisa atual no LILACS, usando os descritores de assunto DeCS, resultou em 116 publicações referentes ao mesmo tema (qualidade de vida do idoso). Dessas 116 publicações, que tinham “**qualidade de vida**” e “**idoso**” como descritores de assunto, 59 eram periódicos, 26 livros, 18 teses, 11 documentos institucionais e duas (1,7%) sem identificação. Desse total, 43 (37,1%) não tinham **qualidade de vida** nem no título, nem no resumo, provavelmente sendo uma mera citação no texto. Apesar disso, foi colocada como descritor de assunto, o que, na

verdade, não é. Outras 48 (41,4%) tinham **qualidade de vida**, ou no título, ou no resumo, ou em ambos, mas **qualidade de vida** não foi o objeto principal do estudo. Aqui, qualidade de vida assume uma conotação mais importante e não é uma mera citação, mas um outro assunto era o objeto principal do estudo, assunto este relacionado ou não à qualidade de vida, como padrão de vida, situação de vida, estado funcional, processo de envelhecimento, sexualidade, autonomia e independência, auto-cuidado, atividade física, aposentadoria, enfrentamento (*coping*) e outros mais. Apenas 23 publicações (19,8%) tinham **qualidade de vida**, ou no título, ou no resumo, ou em ambos, sendo **qualidade de vida** o objeto principal do estudo. Destas, onze não aplicaram nenhum instrumento de avaliação. Eram onze periódicos, seis teses e dois livros, sendo que um destes livros foi resultado de uma dissertação de mestrado.

Nas 116 publicações, todas com “**qualidade de vida**” e “**idoso**” como descritores DeSC de assunto, apenas 13 aplicaram algum instrumento de avaliação de qualidade de vida, instrumentos já existentes, todos instrumentos genéricos e traduzidos, não sendo, portanto, construídos no nosso contexto cultural. Em uma publicação, foi feita uma análise de um instrumento de avaliação. Nenhuma - é importante frisar - construiu um instrumento ou escala. Das treze publicações que utilizaram um instrumento de avaliação de qualidade de vida, onze tinham **qualidade de vida** como objeto principal de estudo.

É verdade que o LILACS continua sendo um banco de dados incompleto e outras publicações acabam não sendo catalogadas, como a dissertação de mestrado de Paschoal (2000), que, especificamente, se refere à qualidade de vida do idoso, com análise de uma metodologia de construção de instrumentos de avaliação de

qualidade de vida e um estudo piloto, onde testou a metodologia, para construção futura de um instrumento de avaliação de qualidade de vida de idosos.

De qualquer forma, fica demonstrado que, na América Latina e no Caribe, instrumentos de avaliação de qualidade de vida para a população idosa ainda são pouco utilizados e ainda não se construiu nenhum instrumento desse tipo para essa população, dentro de nosso contexto cultural. Exceção é o projeto em andamento na Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em Porto Alegre, com o objetivo de construir um instrumento para a população idosa, dentro da metodologia da Organização Mundial da Saúde, denominado Projeto WHOQOL-OLD (Fleck et al., 2003).

Qualidade de Vida do Idoso é parte importante da pesquisa em Qualidade de Vida, devido à relevância que a longevidade trouxe à vida humana. O processo de envelhecimento é heterogêneo, podendo resultar em duas situações-limite: uma com excelente qualidade de vida, conhecida como envelhecimento bem-sucedido, vivenciada por uma minoria (Rowe; Khan, 1987), a outra com qualidade de vida muito ruim; entre as duas, há inúmeras situações intermediárias. Os anos vividos a mais podem ser anos de sofrimento, angústia e desesperança e a sobrevida aumentada pode ser acompanhada de seqüelas e complicações de doenças crônicas, com dependência e incapacidade. Daí a necessidade de se pesquisar o quanto os tratamentos e condutas beneficiam os idosos, sendo qualidade de vida uma excelente medida de resultados.

Com o aumento da longevidade do ser humano, alcançado através do desenvolvimento sócio-econômico-científico da humanidade, viver cada vez mais, desejo da maioria das pessoas, pode resultar numa sobrevida marcada por

incapacidades e dependência. A transição epidemiológica que resultou da transição demográfica, levou à modificação do perfil de morbi-mortalidade das populações que passaram pelo processo de envelhecimento populacional (aumento da proporção de idosos). Os resultados possíveis são o aumento da prevalência de doenças crônico-degenerativas, com suas seqüelas e complicações, levando a incapacidades, dependência e necessidade de cuidados de longa duração e de instituições de longa permanência, além de muitos outros, como diminuição da rede social de apoio e do suporte social, perda de papéis sociais, isolamento, solidão, depressão, perda do senso de controle pessoal (autonomia), e do senso de significado pessoal e falta de um sentido para a própria vida. Um grande desafio que a longevidade aumentada nos coloca é o de conseguir uma sobrevida cada vez maior, com uma qualidade de vida cada vez melhor. Portanto, o desafio é conseguir que os anos vividos a mais, quantos forem, não importa se poucos, sejam anos plenos de significado, levando a uma vida digna e respeitosa, que valha a pena ser vivida. Assim, para um portador de uma doença crônica, a cura não deve ser o principal objetivo a ser buscado; aqui, o principal objetivo é a manutenção de uma boa qualidade de vida. Para os profissionais de saúde há um outro desafio, não menos importante: como medir Qualidade de Vida, não apenas para traçar um retrato da velhice, mas para avaliar o impacto das condutas, políticas e tratamentos, planejar ações e serviços, corrigir rumos e alocar recursos. Mas, como qualidade de vida é um conceito vago e difícil de ser mensurado, escalas de qualidade de vida têm sido pouco usadas como medidas de resultados, para aferir a eficácia e o valor das intervenções (Johnston; Micklos, 2002).

Por outro lado, ninguém conhece as sensações, valores e experiências de uma pessoa melhor que a própria pessoa. As pessoas definem e qualificam a sua própria qualidade de vida, usando critérios inferidos, mais que medidos. Avaliações subjetivas de qualidade de vida mostram freqüentemente resultados que são muito diferentes de resultados de avaliações objetivas. No entanto, as avaliações subjetivas também apresentam limitações. Tendem a ser instáveis, sujeitas a variações no dia-a-dia. O que hoje para mim é boa qualidade de vida, pode não sê-lo daqui a algum tempo, ou mudar abruptamente, dependendo do meu estado de espírito ou humor. Assim, em resposta a alterações importantes em suas vidas, as pessoas mudam, não apenas a avaliação, mas a forma pela qual avaliam sua qualidade de vida.

Quando estão ausentes dados objetivos (“mais confiáveis”), fica difícil interpretar dados subjetivos de qualidade de vida e, até mesmo, usá-los como indicadores da eficácia das intervenções. No entanto, captar as percepções dos indivíduos é extremamente importante, apesar das dificuldades. Tomando como exemplo ações de reabilitação, podemos realizar intervenções que diminuam bastante os danos, ou que melhorem a habilidade funcional, mas essas intervenções podem não prover uma vida satisfatória para muitos pacientes, mesmo melhorando sua habilidade; as pessoas podem ser infelizes de qualquer maneira. Alguns podem preferir que haja adaptação às circunstâncias, aceitando a limitação; outros desejam aumentar a independência, ou diminuir a dependência; outros, ainda, só aspiram à independência total. Para estes últimos, as intervenções de reabilitação são fundamentais; para aqueles, os resignados, intervenções outras, mais psico-sociais, é que são desejadas (Johnston; Micklos, 2002).

Como o envelhecimento é uma experiência heterogênea, cada indivíduo pautará sua vida de acordo com padrões, normas, expectativas, desejos, valores e princípios diferentes. Há, assim, necessidade de instrumentos multidimensionais, sensíveis à grande variabilidade dessa população. Esses instrumentos devem considerar as especificidades dessa faixa etária, pois que, em virtude de seus valores e experiências de vida, os idosos diferem dos mais jovens. Além disso, fatores relacionados à idade afetam a saúde, dimensão importantíssima para a qualidade de vida na velhice. É também nessa fase da vida que ocorrem diversas situações sociais (aposentadoria, viuvez, dependência, perda de autonomia e de papéis sociais, diminuição da rede social de apoio e outras mais), colocando obstáculos a uma vida de melhor qualidade. Todos são fatores que aumentam a complexidade da mensuração da qualidade de vida das pessoas idosas (Paschoal, 2002).

Quando se discute qualidade de vida na velhice, há a necessidade de um debate ético a respeito de qual vida deva ser prolongada. Antes, retardar a morte já era razão suficiente, para se administrar um tratamento. Mas, com a longevidade advinda do desenvolvimento sócio-econômico e cultural e da evolução das ciências de saúde e sociais, retardar a morte já não é uma razão suficiente para um tratamento. Há, hoje, exceções a essa regra, pois muitos tratamentos podem piorar a qualidade de vida (Tamburini, 1998).

Nos dias atuais, a vida pode ser prolongada pela utilização de novas tecnologias, mas isso pode ser um benefício equivocado. De que vida estamos falando? Será essa a vida que as pessoas desejam? É evidente que não se pode dar a impressão de que não se deseja a tecnologia e de que esta não tem o seu lugar. Novos avanços tecnológicos na área da Saúde são importantíssimos, como a descoberta de

novos produtos farmacêuticos e de novas vacinas. O que se quer enfatizar é o tipo de vida que pode resultar do prolongamento artificial dessa mesma vida. A aplicação de tecnologia sofisticada, mantenedora da vida, nas pessoas que estão vivendo o que pode ser considerado os seus dias finais, muitas vezes coloca em risco a manutenção de uma boa qualidade de vida. Ao contrário, é preciso levar dignidade aos dias finais, sem um excesso de intervenções tecnológicas (Alleyne, 2001).

Em recente editorial, Benseñor e Lotufo (2002) estimulam o estudo de qualidade de vida em nosso país. Após dizerem que até algumas décadas atrás poucos médicos estavam certos da relevância de estudos a respeito de qualidade de vida e apontarem que o constructo não pode ser medido da mesma maneira que os clínicos medem descompensação diabética, mas através de questionários, revelam que atualmente, nos países desenvolvidos, existe um número imenso de trabalhos na literatura, avaliando qualidade de vida em doenças crônicas, doenças que, no Brasil, possuem grande importância para a mortalidade. Perguntam: “Qual deveria ser nossa posição com relação aos estudos de qualidade de vida e aos dados de qualidade de vida aqui no Brasil?” Continuam:

Assim, se nós não temos controle sobre a quantidade da vida (ou quantidade da morte), é relevante preocupar-nos com qualidade de vida? Sem dúvida, é relevante, porque, mais uma vez, estar vivo não é o único objetivo a alcançar na Saúde Pública. É fundamental não apenas estar vivo, mas viver bem. Pessoas não são fantasmas em filmes de terror. Pessoas precisam viver sem dor ou desconforto e com paz e dignidade.

Após essa constatação, terminam o editorial com grande propriedade:

Portanto, é muito importante estudar qualidade de vida em nosso país e isso pode ser um novo objetivo para o cuidado médico e, também, para a pesquisa nesse novo milênio. Quantidade de vida e qualidade de vida têm de caminhar

juntas e não podem ser divididas, da mesma maneira que nós, profissionais de saúde, não podemos dividir corpo e alma em compartimentos diferentes dentro da mesma pessoa. De novo: meramente estar vivo não basta: todas as pessoas necessitam viver bem.

Por tudo isso, fica evidente a conveniência de se criar um instrumento que avalie a qualidade de vida de idosos, valorizando a opinião deles a respeito das questões que consideram importantes.

1.2 Processo de construção de um instrumento de avaliação de qualidade de vida

A pesquisa realizada nesta tese de Doutorado insere-se no trabalho que vimos desenvolvendo desde 1995, com a intenção de construir um instrumento de avaliação de qualidade de vida de idosos. Queríamos avaliar **Qualidade de Vida na Velhice**; este era o constructo que nos interessava medir. Naquela ocasião, detectamos a paucidade de instrumentos construídos para essa população na literatura mundial e sua inexistência em nosso país. Propusemo-nos, então, a construir um instrumento para idosos, dentro de nosso contexto sócio-cultural. Foram tentativas, acertos e erros nesses anos todos, mas, pouco a pouco, várias etapas do processo de construção foram cumpridas. A partir desse novo passo que é o Doutorado, mais próximos estaremos da realização de nosso objetivo, sabendo que algumas outras etapas posteriores serão necessárias.

1.2.1 Base teórico-conceitual: primeira etapa do processo de construção

Conceituar e definir o que se deseja medir é o primeiro passo fundamental para a consistência do instrumento a ser construído. Fayers e Machin (2000c) afirmam que

antes de se lançar à tarefa de desenvolver um questionário de avaliação de Qualidade de Vida, as questões da pesquisa devem ter sido formuladas claramente. Isto inclui especificação dos objetivos de se medir qualidade de vida, uma definição de trabalho do que se entende por “qualidade de vida”, identificação dos grupos-alvo do questionário e propostas quanto aos aspectos ou principais dimensões de Qualidade de Vida que deverão ser avaliadas.

O desenvolvimento de um novo instrumento requer uma quantidade imensa de trabalho extremamente elaborado, demandando paciência, persistência, tempo e recursos. Percebemos, logo no início, a diversidade existente no processo de construção dos principais instrumentos de qualidade de vida. Vários tipos de instrumento, medindo, cada um, um conjunto diversificado de dimensões. O processo de construção é heterogêneo, como a natureza do constructo. O universo a ser estudado também é bastante heterogêneo. O processo de envelhecimento é personalizado, quase único e singular, sendo influenciado por inúmeros fatores, que determinam a forma de envelhecer: constituição genética, gênero, caráter, personalidade, hábitos e estilos de vida, condições sócio-econômicas, estado funcional, meio-ambiente, valores e crenças individuais, costumes, carga cultural, maneira de encarar a vida, religiosidade e transcendência, dentre outros. O que queríamos medir? Que dimensões do constructo iríamos privilegiar?

Um instrumento de medida é uma tentativa de apreender um fenômeno. No caso do constructo Qualidade de Vida, este é um fenômeno abstrato, complexo e multidimensional, para o qual não se encontrou um consenso – o que, provavelmente, não será encontrado -, havendo muitas tendências de pesquisa, todas complementares entre si. Para construir um instrumento que meça Qualidade de Vida, será preciso partir de premissas, que sejam a base teórico-conceitual e escolher uma metodologia de construção; tudo isso é a base de sustentação do trabalho. Portanto, a construção de cada instrumento corresponde a uma determinada base teórico-conceitual do constructo Qualidade de Vida. Qual o conceito de Qualidade de Vida, dentre os muitos existentes, que o autor está querendo medir? Como o autor define o conceito? Qual a metodologia a ser empregada no processo de construção?

Quando iniciamos a discussão a respeito da importância de se avaliar qualidade de vida na velhice no Serviço de Geriatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo em 1995, ainda sem conhecer as diferentes linhas de pesquisa, empiricamente escolhemos um caminho: queríamos saber o quanto os idosos alcançavam do que tinham almejado para suas vidas e se isso correspondia com o grau de satisfação/insatisfação com suas vidas. Suas expectativas haviam sido concretizadas? Suas necessidades satisfeitas? Em que grau? Total, ou parcialmente? Nem sabíamos que essa já era uma linha de pesquisa. O valor do constructo, seu escore, seria a diferença entre as expectativas e o alcance dessas expectativas, entre os desejos e necessidades e sua concretização, isso aliado ao grau de satisfação com o tamanho da diferença. Pensamos num instrumento em três partes: a primeira para saber se estavam satisfeitos/insatisfeitos com a vida que levavam e as duas outras interligadas, onde, inicialmente, diziam como valorizavam

alguns aspectos da vida e, em seguida, relatavam o que haviam alcançado naqueles mesmos aspectos, possibilitando uma comparação. Operacionalmente, optamos por conhecer o quanto os idosos realizam do que consideram importante para suas vidas. A posteriori, poder-se-ia comparar se o grau de satisfação/insatisfação correspondia com a realização/não-realização dos objetivos ou expectativas a que se tinham proposto.

Ao pesquisar na literatura, para começar a construir o instrumento, encontramos autores que já tinham pensado na mesma direção, com nuances diferentes. Encontramos, por exemplo, as seguintes definições de Qualidade de Vida (Farquhar, 1995): “Qualidade de Vida é o grau em que as pessoas realizam seus objetivos de vida” (Cella; Cherin, 1987); “Qualidade de Vida é expressa em termos de distância entre a posição de uma pessoa e seus objetivos. A satisfação se refere à conquista de um objetivo, ou à sensação de aproximação dele” (Sartorius, 1987). São definições que, de certa forma, corroboravam o modelo por nós imaginado. Outra, mais antiga, incorporava as condições de vida e a experiência acumulada, ambas avaliadas pelo indivíduo, para medir sua satisfação/insatisfação com a vida: “Qualidade de Vida é a posse de recursos necessários para a satisfação de necessidades, vontades e desejos individuais, a participação em atividades que favorecem o desenvolvimento individual, a auto-realização e a comparação satisfatória entre si e os outros” (Shin; Johnson, 1978).

Em 1984, Calman², apud Parmenter, (1994) introduziu a noção de se comparar qualidade de vida contra algum padrão, que, na sua opinião, deveria ser as próprias expectativas do indivíduo.

² Calman KC. Quality of life in cancer patients – An hypothesis. *J Med Ethics*. 1984;10:124-7.

Assim, uma maneira de se entender Qualidade de Vida é estimar a diferença (*gap*) entre as expectativas das pessoas e suas realizações. Seu estudo a respeito da qualidade de vida de pacientes com câncer revelou que a diferença entre as expectativas e suas realizações variava no decorrer do tempo. Quando a saúde do paciente melhorava, ou quando piorava, como resultado do tratamento ou da progressão natural da doença, suas expectativas também podiam melhorar ou piorar. Calman sugeriu, mais tarde, que “o impacto da doença” sobre os pacientes variava de acordo com a forma que eles percebiam sua qualidade de vida no decorrer do tempo. Uma pessoa, cuja doença tinha causado grande debilidade, podia ter suas expectativas reduzidas na mesma proporção e, então, não avaliar sua qualidade de vida de forma muito negativa. Uma outra maneira de olhar o princípio do *gap* é comparar as conquistas atuais dos indivíduos com as conquistas potenciais, que deveriam, então, ser estimadas. Um número de estudos nessa linha de pesquisa tem mostrado que, a despeito de avaliações de um bom potencial, a estimativa da qualidade de vida por esses pacientes tem sido negativa devido ao impacto da doença sobre eles. É necessário aumentar a certeza dos pacientes a respeito de seu potencial, para que possam sentir uma qualidade de vida melhor.

Como comentam Fayers e Machin (2000a),

o modelo das expectativas de Calman sugere que os indivíduos têm objetivos e metas na vida e Qualidade de Vida é uma medida da diferença entre as esperanças e expectativas do indivíduo e a experiência atual do mesmo indivíduo. Preocupa-se com a diferença entre metas percebidas e metas atuais.

Assim, segundo os mesmos autores, pode-se diminuir essa diferença de duas formas, ou por melhorar a função de um paciente, de um indivíduo, ou por modificar

suas expectativas. Citam dois instrumentos que usam esse modelo das expectativas de Calman como base conceitual, proporcionando a incorporação de valores pessoais: o Schedule for Evaluation of Individual Quality of Life – SEIQoL (O’Boyle et al., 1993) e o Patient Generated Index – PGI (Ruta et al., 1994 apud Fayers e Machin, 2000a)³. Ambos reconhecem que, algumas vezes, problemas aparentemente triviais podem ser de maior significado para certos pacientes, enquanto outras questões, que são imaginadas pelos observadores como importantes, podem ser consideradas sem importância alguma pelos pacientes.

Uma década depois, Liss (1994) desenvolveu o conceito de “satisfação de necessidades”, conceito próximo à teoria do *gap* de Calman. Dizia que “a satisfação das necessidades fundamentais resulta em alto grau de qualidade de vida”, ou, então, “um alto grau de qualidade de vida leva a necessidades satisfeitas”. Aqui há uma relação causal (causa-efeito), que depende do que se imagina como causa. Mas, pode-se, também, estabelecer uma relação lógica entre qualidade de vida e satisfação de necessidades, com duas maneiras de expressão: “as necessidades fundamentais são satisfeitas, se, e apenas se, um certo grau de qualidade de vida é alcançado”, ou “uma pessoa tem um alto grau de qualidade de vida, se, e apenas se, suas necessidades fundamentais são satisfeitas”. Aqui não há relação de causa-efeito, mas uma é condição necessária para a outra e vice-versa. Sem uma, a outra não é possível.

Liss mostrava que a literatura enfocava o conceito de necessidade de duas formas: na primeira, necessidade é um instrumento para atingir objetivos colocados (“alguém necessita de algo, se este algo é necessário, para realizar um certo objetivo,

³ Ruta DA, Garrat AM, Leng M, Russell IT, MacDonald LM. A new approach to the measurement of quality of life: the Patient Generated Index. *Medical Care*. 1994; 32: 1109-26.

objetivo a que ele se propôs”); na segunda, necessidade é considerada como uma tensão ou desequilíbrio no organismo, sendo, então, uma força motriz, ou motivadora, por exemplo, a conquista da liberdade ou de um bom salário. Liss priorizava a primeira, a necessidade como instrumento para se alcançar objetivos colocados. Inicialmente, dizia ele, o termo pode se referir a uma diferença, sendo esta um “estado de deficiência”. Tem-se necessidade de algo que não se possui, que não se alcançou. Mas, o termo também pode ser usado, para se referir ao objeto necessitado, uma necessidade para eliminar a diferença ou a deficiência; moradia, emprego, lazer, transporte, saúde etc. são necessidades do ser humano. Liss enfatizava o “estado de deficiência” e dizia que o componente “objetivo a ser alcançado” joga um papel importante no conceito. O objetivo determina o objeto a ser alcançado. Por exemplo, o objetivo “viver como um rei” difere do “viver como um monge”, por gerar um conjunto de necessidades diferentes, para alcançá-lo. Dizia ele: “um objetivo claramente definido é, assim, um pré-requisito para uma avaliação razoável das necessidades”. Além disto, o objetivo é um componente justificador do conceito de necessidade. Dizer “eu quero isto” é diferente de dizer “eu tenho necessidade disto”. No primeiro dito, o objeto é valioso, tanto que eu o desejo. No segundo, o objeto é necessário, para se alcançar um objetivo, este, sim, considerado valioso. A necessidade ganha mais ou menos força, dependendo do grau de valor do objetivo a ser alcançado. “Isto explica porque, normalmente, é considerado mais importante preencher a necessidade de alimento (a fim de sobreviver) que a necessidade de um carro de luxo (a fim, talvez, de causar boa impressão na vizinhança)”. Daqui resulta a importância de sempre se especificar o objetivo a ser alcançado, quando se pensa em necessidade relacionada à qualidade de vida. Por

outro lado, não alcançar um objetivo coloca a pessoa “em risco de permanecer na deficiência”. A literatura, dizia Liss, apresenta vários tipos de risco. Selecionou três importantes: risco de não se desenvolver de acordo com a natureza humana, de não conseguir preencher um plano de vida e de não satisfazer seus interesses. Quanto à natureza humana, o objetivo é “existir e desenvolver de acordo com nossa boa natureza” (McCloskey, 1976⁴, *apud* Liss, 1994). Tudo o que é necessário para este objetivo, é uma necessidade humana: amor, honestidade, honra, relações sociais, atividades significativas etc. são, todos, necessidades humanas, se, e apenas se, são necessários para aquele objetivo particular. (Mas, é lógico que a natureza humana pode ser má). Já o plano de vida é constituído pelos propósitos e atividades que são fundamentais ao modo de viver da pessoa, que trabalho executa, que relações sociais estabelece e assim por diante. Aqui tem muita importância o valor que a pessoa dá ao seu plano de vida. É diferente se o plano de vida focaliza o cuidado da casa, como presente em muitas idosas, ou a perseguição de um ideal social, como num sindicalista aposentado. Mas, o importante é o significado e o valor que aquele plano tem para a pessoa. Assim, há muitas senhoras que se sentem realizadas em proporcionar à família conforto e segurança, além de serem o elo de ligação e referência, enquanto outras detestam a obrigação dos afazeres domésticos, apesar de, muitas vezes, não terem outro plano de vida. De acordo com essa visão, dizia Liss, “uma pessoa necessita do que é necessário para preencher o seu plano de vida ... o objetivo da necessidade é o plano de vida preenchido”. O plano de vida é escolhido pela pessoa, mas, sua natureza, não. Apesar disso, não precisa haver incompatibilidade entre eles. Pode-se escolher um plano de vida de acordo com a

⁴ McCloskey HJ. Human Needs, Rights and Political Values. *Am Philos Quart.* 1976;13:1-11.

própria natureza; bem como a natureza de alguém, seu caráter, personalidade e outros atributos podem ser uma condição necessária, para alcançar o plano de vida, a que se propôs. Por último, a satisfação dos interesses não significa necessariamente satisfação dos desejos e vontades. Por trás dos interesses há, também, razões e motivações. E todos devem ser considerados.

Liss afirmava, então, que “o conceito de Qualidade de Vida dá-nos uma quarta maneira de definir o objetivo da necessidade: “... alguém está em risco (de permanecer na deficiência), se tem um baixo grau de qualidade de vida”, não importando, aqui, qual o conceito ou definição que esse alguém coloca para o termo qualidade de vida. Liss relacionava Qualidade de Vida ao conceito de “boa vida” e considerava duas dimensões principais: as condições de vida (materiais, psicológicas e sociais, aqui sintetizadas como *welfare*) e os “estados d’alma” (felicidade, bem-estar, aqui sintetizados como *well-being*). Mas, há uma terceira dimensão entre essas: “o equilíbrio entre o estado cognitivo e o estado psicológico do indivíduo”. Tal dimensão é interessante para o objetivo da necessidade. Assim, “uma pessoa está feliz com a vida, quando suas condições de vida são aquelas que ela deseja que sejam”. Ficamos “felizes da vida”, quando percebemos que satisfizemos nossas vontades. “Ou, mais precisamente, uma pessoa está feliz com a vida, se, e apenas se, suas condições de vida - como a pessoa as percebe - são como ela quer que sejam”. Portanto, uma pessoa tem alto grau de qualidade de vida, quando está feliz com sua própria vida. Mas, pode estar muito feliz ou pouco feliz. Há, assim, um nível mínimo de felicidade, que está relacionado à satisfação de vontades e desejos de alta prioridade.

Uma segunda maneira de se abordar o conceito, considera a necessidade como força motriz ou motivadora, levando tensão ou desequilíbrio ao organismo. Um indivíduo atingiria boa qualidade de vida, quando tivesse alcançado o que ele, por causa de tensões internas, colocou grande empenho para alcançar. “Quando um indivíduo está em necessidade, isto é, em estado de desequilíbrio, certos comportamentos são desencadeados em direção a certos objetivos”. O objetivo maior é a volta da homeostasia, um novo equilíbrio. Liss deu uma importância secundária a essa visão: “é verdade que as tensões geram comportamentos, mas é incerto se elas direcionam o comportamento dos indivíduos, automaticamente, para coisas que conduzem à felicidade”.

Liss argumentava, ainda, que satisfação das necessidades não é um bom indicador de Qualidade de Vida, a menos que ambos os conceitos (necessidade e qualidade de vida) estejam em harmonia. Podem não estar. Se qualidade de vida é definida como felicidade e necessidade como plano de vida preenchido, pode haver desarmonia, pois “um plano de vida preenchido, nem sempre leva à felicidade”.

Finalizando, Liss afirmava que necessidade e qualidade de vida podem ser conceitualmente relacionadas de duas formas: necessidade pode ser definida em termos de qualidade de vida e, vice-versa, qualidade de vida pode ser definida em termos de necessidade. Há necessidade, se algo é necessário, para alcançar certo objetivo, o objetivo, então, tendo importância central no conceito; qualidade de vida, aqui, é um dos objetivos a serem alcançados. Ou vice-versa, qualidade de vida é alta, quando as necessidades fundamentais são preenchidas. Uma necessidade é preenchida, quando o objetivo é realizado, ou quando o indivíduo tem à mão o que é necessário, para realizá-lo.

Outra decisão teórica importante que tomamos desde o início foi privilegiar a percepção dos idosos em relação à qualidade de suas vidas. Esta não é uma decisão consensual na literatura. No início das pesquisas sobre o constructo, usava-se quase exclusivamente o modelo de qualidade de vida idealizado pelo pesquisador, que, ele próprio, estabelecia as dimensões a serem trabalhadas, os itens a serem questionados e os padrões de excelência para cada variável a ser medida. Os indivíduos que preenchiam os escores mais favoráveis eram considerados como possuidores de boa qualidade de vida. Num segundo momento, houve preocupação de se questionar as necessidades e demandas dos indivíduos e, então, objetivamente, checar se estavam sendo preenchidas. Num terceiro, passou-se a dar enorme importância às aspirações e conceituações emanadas dos próprios indivíduos.

Quem deve ser o avaliador da vida de uma dada pessoa? Quem vai escolher a dimensão (ou dimensões) a ser utilizada na avaliação? Que critérios devem ser seguidos? Quem vai decidir se essa vida tem qualidade boa ou ruim? Nordenfelt (1994) afirma que “este é o ponto inicial problemático para a ciência empírica da pesquisa sobre Qualidade de Vida”. Aponta que há dois tipos de estratégias plausíveis, uma que denomina de mais coletiva e paternalista, outra, de mais liberal e individualista. Na primeira, um grupo de *experts* reúne-se, para decidir qual a essência do constructo Qualidade de Vida. Decidem, inicialmente, quais os aspectos da vida são mais importantes para o propósito particular escolhido (aspectos vivenciais?, ou circunstanciais?, ou as atividades?); a seguir, através de consenso ou de maioria simples, decidem a escala sobre a qual as vidas individuais deverão ser medidas. Isto pode ser feito de um modo, de certa forma, *a priori*, onde os *experts* têm, por exemplo, uma visão aristotélica e tentam trabalhar os detalhes de seu

conceito de *eudaimonia* e estabelecer isto como base para a avaliação. Também pode ser feito de outro modo, de certa forma, *a posteriori*, onde se faz uma investigação empírica e se obtém uma idéia de como as pessoas avaliam, em geral, suas vidas; isto será usado como base para a avaliação. Na estratégia individualista, não há um instrumento geral para avaliação de qualidade de vida, ou, pelo menos, não há pressuposição de que tal instrumento esteja disponível. O pesquisador permite aos próprios sujeitos fazerem a avaliação. Assim, estes podem fazer sua avaliação de vida de acordo com suas próprias preferências. Essa avaliação pode ser feita de uma maneira mais radical, onde a pessoa decide quais os valores que devem ser considerados, sem qualquer interferência externa, ou de outra mais convencional, onde se pede ao indivíduo, para fazer a avaliação de sua qualidade de vida de acordo com certos aspectos bem-definidos e dentro de certo conjunto de valores pré-estabelecidos.

A importância que a opinião dos próprios entrevistados deve ter não é uma crença generalizada por parte dos investigadores, ainda havendo alguma discussão se a avaliação da qualidade de vida deve ser feita pelo entrevistado, ou pelo entrevistador. Mas, já há um certo reconhecimento de que as medidas de estado de saúde e de resultados de condutas devam incorporar a perspectiva do paciente (Bowling, 1995). Mesmo porque a auto-avaliação se diferencia muito da avaliação objetiva feita pelos profissionais. Snow e Crapo (1982) compararam auto-avaliação de saúde com avaliação de saúde realizada pelo médico e encontraram que, em idosos, a primeira se associa mais fortemente com o bem-estar subjetivo que as feitas por médicos. Revêem outras investigações, como a de Spreitzer e Snyder, de 1974,

confirmando o achado de que auto-avaliação de saúde é o melhor fator preditivo de bem-estar subjetivo entre idosos.

Testa e Simonson (1996), fazendo uma avaliação de resultados de qualidade de vida, ao discutirem a forma de se aferir qualidade de vida, afirmam peremptoriamente: “somente confiar em dados que indicam o estado objetivo de saúde, tais como relatos de sintomas pelos médicos, omite fatores tão relevantes como o limiar de tolerância de desconforto de uma pessoa”.

Mais recentemente, o Grupo de Trabalho da Organização Mundial da Saúde sobre Qualidade de Vida (Grupo de la OMS sobre la Calidad de Vida, 1996) tomou partido claro a favor da abordagem do “bem-estar subjetivo”, pois baseou sua descrição de qualidade de vida em elementos subjetivos, afirmando enfaticamente que “qualidade de vida não deve refletir a opinião dos profissionais de saúde, nem dos familiares, nem tampouco tem a ver com a avaliação objetiva da condição do indivíduo, ou de suas posses”. Cita, como exemplo, que “não se deve levar em consideração o montante absoluto ou relativo dos rendimentos, mas o grau de satisfação que esses rendimentos proporcionam”.

Assim, a base teórico-conceitual do que empiricamente havíamos pensado em construir já era estudada e pesquisada na literatura.

1.2.2 Metodologia de construção: segunda etapa do processo de construção

Escolhida a base teórico-conceitual do constructo que queríamos medir, Qualidade de Vida na Velhice, era necessário discutir a forma de medir, a metodologia de construção do instrumento.

Segundo Wright e Feinstein (1992) e Marx et al. (1999), há duas técnicas predominantes para o desenvolvimento de escalas multi-itens de medidas de saúde, a clinimétrica e a psicométrica. A primeira, usada na prática clínica, repousa no julgamento de pacientes, médicos e outros profissionais a respeito de fenômenos clínicos, que abrangem várias características ou atributos dos pacientes, não-relacionados entre si. Clinimetria é uma expressão que Feinstein criou, quando escreveu *Clinimetrics*, livro cujo objetivo é discutir como construir medidas, as mais diversas, para expressar fenômenos de natureza ou interesse clínicos. A estratégia psicométrica, usada em psicologia e em testes de inteligência, sustenta-se em técnicas matemáticas e tem como um dos objetivos desenvolver uma escala que meça características ou atributos do indivíduo.

O desenvolvimento da escala, para ambas as estratégias, é feito em dois estágios: geração de itens e redução de itens, sendo que a diferença se dá no último estágio. A geração de itens, semelhante para as duas, define o conteúdo do instrumento e assegura que todas as variáveis importantes sejam consideradas para inclusão na escala. A partir de uma base conceitual do que se deseja medir, chega-se aos diferentes domínios ou dimensões que explicam o fenômeno; define-se o conteúdo da escala e se garante que todos os tópicos importantes sejam incluídos. Os itens são identificados de várias fontes: experiência clínica do profissional, pesquisas

anteriores, opiniões de pacientes, consenso de especialistas, ou modelos matemáticos. Os itens individuais são selecionados para medir os atributos e o conjunto dos itens deve ser checado, no final, para se verificar uma representação adequada de todos os aspectos pertinentes do fenômeno.

A redução de itens elimina itens redundantes ou inapropriados, diminuindo o número a um total que seja factível de administrar, assegurando, ao mesmo tempo, que a escala meça o constructo ou o fenômeno clínico de interesse. A forma de se proceder à redução é diferente em cada estratégia. Na clinimétrica, avaliações dos pacientes determinam quais itens serão incluídos na escala final. Após hierarquização dos itens segundo seu impacto, conforme avaliado por eles, os mais importantes e de maior frequência ou severidade serão incluídos na escala final, respeitando-se a multidimensionalidade do constructo, ou seja, todas as dimensões, que ajudam a explicar o constructo (ou o fenômeno clínico que se quer medir), devem estar representadas na escala final. Na psicométrica, quando se busca redução de dimensionalidade, recorre-se, com frequência, ao alpha de Cronbach, que permite a eliminação de variáveis, cuja contribuição seja mais modesta (geralmente com um corte em 0.3 ou 0.4 na correlação entre dada medida e o conjunto das outras), ou, cujo comportamento ofenda o conjunto originalmente proposto (correlações negativas, ou quando há melhora da consistência com sua retirada). A análise fatorial, que é, também, uma estratégia de análise multivariada para redução de dimensionalidade, também pode ser usada eventualmente com o objetivo de reduzir um conjunto inicial de medidas. Ela permite a identificação de dimensões de projeção, cuja importância no conjunto pode ser medida como uma contribuição à variabilidade total das informações (*eigenvalue*). Da identificação de uma dimensão

latente, de contribuição modesta, pode-se formar juízo sobre a manutenção, ou não, das medidas que lhe são características (de maior carga fatorial – *factor loading*). No entanto, é a *SEM* (*Structural Equation Modeling*), o modelo fatorial característico para validação fatorial de uma proposta original de conjunto de medidas. Nessa técnica, as relações do fenômeno estudado com cada medida proposta e suas mediações por variáveis latentes podem ser estudadas de forma a identificar as mais ou as menos importantes. Em última instância, todas essas técnicas representam diferentes estratégias de se examinar matrizes de correlação, pelo que o próprio exame dessa matriz pode ser estratégia metodológica para formação de juízo sobre hierarquia entre medidas: como exemplos, o Coeficiente de Correlação Intra-classe é uma estratégia de medida sintética de uma matriz de múltiplas correlações e a Matrix de Correlação Anti-imagem permite avaliar a adequação de uma variável por suas correlações parciais (Pereira, 2001).

Fayers e Machin (2000b), analisando os princípios de escalas de medida, mostram que ambas as abordagens são úteis e importantes. Afirmam:

Quando se mede Qualidade de Vida, deve-se definir um constructo hipotético para a variável latente “Qualidade de Vida total”. Usando um modelo psicométrico, deve-se procurar variáveis indicadoras que possam refletir a “Qualidade de Vida total” e coletar dados experimentais, para explorar e testar o modelo e determinar se as variáveis preenchem o modelo. Usando uma abordagem clinimétrica, pode-se identificar aqueles itens que os pacientes julgam importantes para uma boa Qualidade de Vida (isto é, itens causais que afetam a qualidade de vida) e usar isso, para definir um índice sumário. Enquanto a abordagem psicométrica enfatiza construir, validar e testar modelos, a clinimétrica usualmente envolve definir e desenvolver um índice que seja “clanicamente sensível” e tenha propriedades desejáveis para prognóstico ou predição.

McDowell e Newell (1996a) não incorporam essa nomenclatura, falando em “princípios psicofísicos”, que procuram entender de que modo as pessoas percebem e fazem julgamentos acerca dos fenômenos físicos, tais como comprimento, intensidade etc., e tentam estabelecer uma relação matemática entre, por exemplo, a intensidade de um estímulo e sua percepção. Dividem os métodos de construção em dois outros, um psicométrico e outro econométrico. Este último foi desenvolvido, para se comparar benefícios alcançados em saúde por unidade de custo, em diferentes procedimentos dos serviços de saúde. Como exemplo, o QALY (*quality-adjusted life year*). Mais adiante, fazem as seguintes recomendações para o desenvolvimento e construção de medidas de saúde: a) fornecer uma descrição completa do propósito do instrumento, especificando a população para a qual foi desenhado e em que populações será testado; b) nomear o instrumento de tal forma, que descreva acuradamente seu conteúdo; c) apresentar a definição conceitual do constructo a ser medido; d) descrever detalhadamente a metodologia escolhida para geração dos itens e sua redução; e) estabelecer o padrão de aplicação e a maneira de se calcular o escore; f) incluir escores de referência de várias populações; g) apresentar suas propriedades psicométricas; h) proceder a revisões de aperfeiçoamento do questionário e i) tornar facilmente disponível a versão definitiva do instrumento (McDowell; Newell, 1996b).

Guyatt et al. (1993) e Guyatt et al. (1996) dizem que, em primeiro lugar, deve estar claramente estabelecido o propósito para o qual o instrumento será usado; segundo, o instrumento deve ter certos atributos, ou propriedades de medida, também conhecidas como propriedades psicométricas; terceiro, há necessidade de se

determinar a categoria geral de instrumento de que se precisa; por fim, deve-se selecionar o formato apropriado para o estudo, se vários formatos forem disponíveis.

Quanto ao propósito, a intenção pode ser a de distinguir pessoas quanto à sua qualidade de vida num determinado ponto do tempo; quais possuem uma boa, quais uma má qualidade de vida; para isso, deve-se lançar mão de um instrumento discriminativo. Ou, o que se deseja, é medir o quanto a qualidade de vida mudou no decorrer do tempo; precisa-se, então, de um instrumento avaliativo. A construção do instrumento difere para cada propósito, diz Guyatt. Existe outro tipo de instrumento, o instrumento preditivo, que é usado para classificar indivíduos, segundo critérios bem-definidos, quando um padrão-ouro é disponível, ou no momento da medida inicial, ou num momento futuro. Como, na maior parte das vezes, não existe padrão-ouro em pesquisa de Qualidade de Vida, é um tipo de instrumento pouco desenvolvido nesse campo. Usa-se um instrumento preditivo nesse campo, quando se deseja reduzir um questionário já validado; o questionário menor é confrontado com o questionário inicial; se mantiver o mesmo grau de confiabilidade e validade, é um instrumento que substitui o maior, agora com enorme praticidade. Um exemplo é o processo inicial de validação do SF-36, que utilizou o Medical Outcomes Survey como padrão-ouro para sua validação.

Quanto às categorias dos instrumentos, Guyatt et al. propõem uma classificação. Dividem em instrumentos genéricos e específicos, os genéricos se subdividindo em perfis de saúde e medidas de preferência (*Utility*).

Perfis de Saúde são instrumentos genéricos, que tentam medir todos os aspectos importantes da Qualidade de Vida; incluem muitas dimensões. O Sickness Impact Profile-SIP, por exemplo, inclui duas dimensões (física e psico-social) e

cinco categorias diferentes (alimentação, trabalho, serviço doméstico, sono/repouso e lazer).

As Medidas de Preferência surgiram de teorias econômicas e de tomadas de decisão e refletem as preferências dos pacientes para diferentes estados ou cenários de saúde, inclusive morte. Assim, podem ser usadas em estudos de custo-utilidade, que combinam duração da vida e qualidade de vida. São sumarizadas num único número, ao longo de um *continuum*, que vai de morte (0,0) a saúde total (1,0). Os escores refletem o estado de saúde e o valor daquele estado para o indivíduo: “Que utilidade tal cenário vai ter para mim? Quão útil vai ser para mim? Que valor ele tem para mim?” O escore sumário mostra a alteração-líquida em qualidade de vida, os ganhos advindos do tratamento menos o impacto negativo dos efeitos colaterais. São medidas úteis, para determinar se os pacientes melhoraram, mas não mostram os domínios em que houve melhora e piora. Se um perfil de saúde ou um instrumento específico for aplicado simultaneamente, pode-se resolver essa falha, detectando-se, então, em quais domínios ocorreu a alteração, para melhor ou pior.

Os instrumentos específicos centram sua avaliação em aspectos do estado de saúde, específicos para a área de interesse. Podem ser específicos para uma doença (câncer, AIDS, asma etc.), para uma função (função sexual, sono etc.), ou para um problema (dor, por exemplo).

Guyatt et al. também discutem as vantagens e desvantagens das diferentes categorias, suas forças e fraquezas. São vantagens dos Perfis de Saúde o fato de lidarem com grande variedade de domínios; poderem ser usados em qualquer população, qualquer que seja a condição subjacente; detectarem efeitos diferenciais sobre aspectos diferentes do estado de saúde; permitirem comparações do impacto

relativo dos vários programas de atenção à saúde; serem instrumento único. Suas desvantagens: possibilidade de não focalizarem adequadamente a área de interesse e poderem ter menor responsividade (capacidade de detectar mudanças) em condições específicas. As Medidas de Preferência mostram como vantagens o fato de serem representadas através de um escore sumário único; possibilitarem análise de custo-utilidade e incorporarem a morte dentro da medida. Mas, suas desvantagens não são poucas, como a dificuldade dos pacientes determinarem valores, não permitirem avaliação do efeito sobre os diferentes aspectos da qualidade de vida; deixarem de revelar em que dimensões os pacientes melhoraram e em quais houve piora, além da possibilidade de menor responsividade. Os instrumentos específicos são clinicamente sensíveis e mais responsivos, mas têm muitas desvantagens, como não permitirem comparações, se houver outras patologias ou condições para as quais não foram desenhados; poderem ser limitados em termos de populações e intervenções e serem restritos aos domínios de relevância para a doença, a população, a função, ou ao problema, não medindo outras dimensões, também importantes para a qualidade de vida.

Segundo Guyatt et al., a escolha de um instrumento depende do propósito do estudo. Se, por exemplo, a intenção é documentar a variação de qualidade de vida numa população, ou num determinado grupo, no decorrer do tempo, deve-se usar um instrumento genérico; não cabe um instrumento específico. Em ensaios clínicos de avaliação de um novo tratamento ou nova droga, instrumentos doença-específicos são adequados. Pode-se usar um único instrumento, ou uma bateria deles em conjunto, como no caso de avaliação dos efeitos de anti-hipertensivos sobre a qualidade de vida, onde uma variedade de instrumentos específicos, medindo bem-

estar, função física, função emocional, função sexual, sono e efeitos colaterais podem ser agrupados, para avaliar o impacto que os anti-hipertensivos têm sobre várias dimensões da qualidade de vida. Em algumas situações, instrumentos genéricos podem ser bastante apropriados para ensaios clínicos. Pode-se, por exemplo, querer saber o impacto total de um tratamento, cuja eficácia já está estabelecida; pode-se usar uma medida de preferência, se as implicações econômicas de uma intervenção são o principal objetivo da investigação. Pode-se, em algumas situações, fazer uso de múltiplos tipos de instrumentos, genéricos e específicos, para trazer informação adicional em ensaios clínicos.

Quanto ao formato, o investigador deverá decidir de acordo com o método de aplicação: se o instrumento será auto-administrável, ou administrado através de um entrevistador, ou se via-correio, ou por telefone (Guyatt et al., 1996). Para cada método, poderá haver necessidade de um formato. Deverá também decidir o modo de apresentação dos itens, sua redação e sua seqüência. Assim, levando em conta as observações de Guyatt et al., para um instrumento que queira comparar a qualidade de vida idealizada com a qualidade de vida real, os itens serão repetidos em dois momentos, na mesma seqüência, com redação diferenciada.

Fletcher et al. (1992) estabeleceram uma estrutura de auditoria, para avaliar instrumentos que se propõem a medir Qualidade de Vida de pacientes idosos, ajudando, assim, no processo de escolha por parte de futuros pesquisadores. Na construção e desenvolvimento do instrumento, é necessário avaliar a base conceitual, a fonte de itens, as características da população usada para a geração dos itens e os métodos usados. Na descrição do instrumento, seu formato (aberto/fechado, escala análogo-visual etc.), seu conteúdo (número de itens, dimensões escolhidas,

multidimensionalidade ou não etc.), a forma de administração (entrevista/auto-preenchimento, via postal etc.), o método, o tempo gasto, aceitabilidade. Quanto ao escore, é preciso avaliar como foi feito esse escore, se há efeitos *ceiling/floor* (quando uma alta proporção dos respondentes seleciona o escore máximo/mínimo), se há ponderação e normas disponíveis. Em seguida, é fundamental saber de sua acurácia, tanto da validade (de face, de conteúdo, convergente/divergente, discriminante, de constructo e os métodos estatísticos empregados), quanto da confiabilidade (teste/re-teste, inter e intra-entrevistadores, os métodos estatísticos empregados) e, também, a responsividade. Além disso, é necessário avaliar a experiência de uso (estudos prévios, ensaios clínicos, se envolveu população idosa etc.) e a intenção de uso (conteúdo apropriado ao constructo e se tem qualidade de vida como a primeira medida de resultado).

Como exemplo, vale a pena descrever como alguns instrumentos genéricos de qualidade de vida foram construídos.

Um instrumento genérico, já traduzido e validado em nosso meio por Kimura (1999), é o Quality of Life Index (Ferrans; Powers, 1985; 1992), aqui recebendo a denominação de Índice de Qualidade de Vida - IQV. As autoras vinham desenvolvendo pesquisas a respeito do constructo desde 1982, com o objetivo de desenvolver um modelo conceitual de qualidade de vida, para subsidiar a criação de um instrumento de medida. Idealizaram várias etapas e abordagens, algumas clinimétricas, outras psicométricas. Como primeiro passo, escolheram uma abordagem ideológica, para responder à questão central da pesquisa em Qualidade de Vida: quem deve ser o avaliador da vida de uma pessoa. A abordagem utilizada foi a Individualista, onde os próprios sujeitos definem o que representa para eles

Qualidade de Vida. Esse tipo de abordagem reconhece que pessoas diferentes valorizam coisas diferentes (Ferrans, 1996). De acordo com essa postura, o sujeito é questionado sobre a avaliação que faz de sua própria qualidade de vida, em relação a domínios específicos da vida. Através de ampla revisão bibliográfica, destacaram seis grandes aspectos intrínsecos ao constructo: capacidade de viver uma vida normal, capacidade de viver uma vida socialmente útil (utilidade social), capacidade natural (física e mental), alcance de objetivos pessoais, felicidade/afeto e satisfação com a vida. Dentre estes aspectos, optaram por **satisfação com a vida**, por acharem que era o mais congruente com a abordagem individualista. Descartaram os quatro primeiros, por não requererem, necessariamente, uma avaliação pessoal, podendo ser avaliados por outrem. Quanto ao conceito de “felicidade”, apoiaram Oleson (1990), para o qual a percepção subjetiva do nível de felicidade e de satisfação com a vida é o principal determinante no julgamento positivo ou negativo da qualidade de vida. Para ele, “embora felicidade e satisfação sejam conceitos relacionados, eles não são idênticos e, em certas circunstâncias, podem até se mover em direções opostas” (Oleson, 1990). Ressalta que Felicidade, uma experiência afetiva, sugere sentimento de alegria ou euforia, enquanto que Satisfação, experiência cognitiva, implica em julgamento mais duradouro e de longo prazo a respeito das condições de vida, tendendo, portanto, a ser mais estável que Felicidade (Oleson, 1990; Ferrans; Powers, 1992; Kimura, 1999). Definiram, então, Qualidade de Vida como: “sensação de bem-estar de uma pessoa, que deriva da satisfação ou insatisfação com as áreas da vida que são importantes para ela” (Ferrans, 1990). O segundo passo para o desenvolvimento do modelo foi determinar os elementos a serem avaliados. Para tanto, as abordagens foram divididas em três etapas (Ferrans, 1996). Na primeira, foi

utilizada uma metodologia qualitativa com o intuito de saber de pacientes em hemodiálise o que significava para eles Qualidade de Vida. Foram formuladas questões em aberto a quarenta pacientes, procurando identificar quais os componentes de uma vida satisfatória, na perspectiva deles. Deveriam imaginar e caracterizar a “melhor” e a “pior” possibilidade de vida. As respostas foram analisadas através de metodologia qualitativa (*grounded theory*). A análise permitiu identificar vinte e dois aspectos de vida relacionados à melhor possibilidade e dezoito aspectos à pior possibilidade. Posteriormente, esses achados foram comparados com outros estudos em que as mesmas questões haviam sido formuladas, tanto para a população geral, quanto para pacientes com diferentes patologias. A segunda etapa consistiu numa ampla revisão da bibliografia, de 1965 a 1983, em três bases de dados: MEDLINE, CINAHL e Psychological Abstracts, a partir da qual foi elaborada e publicada uma lista de elementos usados, para avaliar qualidade de vida em estudos selecionados. Os dados provenientes da análise qualitativa e da revisão bibliográfica foram sintetizados numa lista de trinta e dois elementos de qualidade de vida para a população geral, sendo que mais três elementos adicionais foram identificados para pacientes em diálise. Estes trinta e cinco elementos serviram de base para o desenvolvimento do Índice de Qualidade de Vida (IQV). Os elementos foram dispostos em dois grupos correspondentes: um para avaliar a satisfação e outro, a importância atribuída a eles pelos indivíduos. Cada grupo possui, portanto, os mesmos elementos, mudando a intenção. Primeiro, a satisfação com cada elemento; depois, que importância cada elemento tem para o indivíduo. Na terceira etapa, o objetivo foi agrupar os elementos, obtidos na etapa anterior, em domínios de Qualidade de Vida. Para determinar a natureza e a

quantidade de domínios, foi usada a técnica quantitativa da Análise Fatorial. Aplicaram o IQV a 349 pacientes em hemodiálise. Os resultados permitiram a identificação de quatro domínios inter-relacionados: saúde e funcionamento, psicológico/espiritual, sócio-econômico e família. Chegaram a uma versão original e genérica, que possui trinta e quatro itens em cada parte do instrumento, com escalas do tipo Likert de 6 pontos. Na primeira parte do instrumento, que se refere à satisfação, as opções do Likert vão de “muito insatisfeito” a “muito satisfeito”, enquanto que, na segunda parte, as opções vão de “sem nenhuma importância” a “muito importante”. Publicado pela primeira vez em 1985 (Ferrans; Powers, 1985), o IQV já foi traduzido para treze idiomas, inclusive para o português, tendo sido validado aqui no Brasil (Kimura, 1999).

Uma estratégia de construção de um instrumento de avaliação, mais complexa e sofisticada, é a da “perspectiva transcultural”, utilizada pela OMS na elaboração do seu instrumento de qualidade de vida, o WHOQOL. O instrumento foi sendo construído, simultaneamente, em quinze centros de pesquisa dos cinco continentes, centros culturalmente diversos, diferenciando-se em relação ao nível de industrialização, à disponibilidade de serviços de saúde e a outros indicadores relevantes para qualidade de vida, como o papel da família, a percepção do tempo, a auto-percepção, a religião dominante etc. (The WHOQOL Group, 1993; The WHOQOL Group, 1995). O método combinou o desenvolvimento do questionário (geração e redução de itens) com sua equivalência cultural, através de quatro estágios. No primeiro, um comitê internacional de especialistas estabeleceu a clarificação do conceito, chegando a uma definição do constructo, a um consenso das características do mesmo e à metodologia a ser empregada, desenhando um

protocolo detalhado. No segundo, o piloto qualitativo, o constructo foi trabalhado nas diferentes culturas e línguas, sendo esboçadas as questões e geradas as escalas de respostas. Inicialmente, os consultores e investigadores principais de cada centro esboçaram uma lista provisória de domínios e facetas de qualidade de vida; a seguir, utilizaram grupos focais de diferentes populações-alvo (indivíduos saudáveis, indivíduos com doença/dano e profissionais de saúde). Para assegurar padronização entre os centros, os moderadores dos grupos focais foram treinados em conjunto na sede da OMS. O objetivo dos grupos focais foi o de gerar idéias acerca de qualidade de vida, discutindo as definições detalhadas das facetas, de que forma cada faceta interferia com sua qualidade de vida e qual a melhor forma de se perguntar sobre cada uma delas. A seguir, cada centro realizou painéis para redação das questões, complementando o trabalho dos grupos focais. As sugestões provenientes de todos os centros foram reunidas, totalizando 1800 questões. A comissão central suprimiu as redundantes, as semanticamente equivalentes e as que não preenchiam critério prévios, restando, ainda, 1000 questões. A seguir, em cada centro, os investigadores classificaram as questões de cada faceta de acordo com a pergunta: “o quanto fornece informações sobre qualidade de vida em sua cultura?”. A combinação do resultado da classificação das perguntas de todos os centros permitiu selecionar 235 questões para o estudo piloto. A geração das escalas de respostas (do tipo Likert de 5 pontos) levou em consideração quatro tipos de escalas: intensidade (nada $\Rightarrow$ extremamente), capacidade (nada $\Rightarrow$ completamente), frequência (nunca $\Rightarrow$ sempre) e avaliação (muito insatisfeito $\Rightarrow$ muito satisfeito; muito ruim $\Rightarrow$ muito bom). Estes pontos-âncora foram de fácil tradução em todas as línguas, mas os três pontos intermediários foram escolhidos de acordo com equivalência semântica. No terceiro estágio, o

estudo piloto, as 235 questões, que avaliavam 24 facetas de qualidade de vida, além de uma faceta geral de avaliação global de qualidade de vida, foram aplicadas em 300 indivíduos (250 pacientes e 50 pessoas saudáveis), nos quinze centros. O plano de análise dos dados coletados abrangeu: examinar a validade de constructo dos domínios e facetas, seleccionar as melhores questões de cada faceta e estabelecer a confiabilidade (consistência interna) e a validade discriminante. Resultou um instrumento com 100 questões. No quarto estágio, o teste de campo, novamente em cada centro, estabeleceu as propriedades psicométricas do instrumento: responsividade (sensibilidade à mudança), confiabilidade teste-reteste e validade de critério (especificamente em relação à validade convergente, à discriminante e à preditiva), tendo sido usada a versão com 100 questões, divididas em seis domínios e 24 facetas. O instrumento foi desenvolvido no Brasil (Fleck et al., 1999a; Fleck et al., 1999b).

Posteriormente, dados o tamanho e a dificuldade prática do instrumento com cem questões, foi desenvolvido um questionário menor, o WHOQOL-breve (Fleck, 2000), dentro da mesma metodologia do Projeto WHOQOL.

1.2.3 Seleção dos itens e reconhecimento das dimensões: terceira etapa do processo de construção

Escolhida a base conceitual e a metodologia clinimétrica de construção, que aspectos da vida dos idosos iríamos avaliar? Que dimensões compunham (e compõem) o constructo **Qualidade de Vida na Velhice**? Era necessário identificar

os itens que pudessem ser relevantes para o assunto em estudo, para constituir uma lista a ser submetida à apreciação da população-alvo. Os itens devem ser gerados a partir de todas as fontes possíveis, como entrevistas com pessoas dessa população, revisão da literatura (estudos clínicos e outros questionários), experiência pessoal na abordagem do objeto de estudo e discussão com outros especialistas. Constrói-se, assim, uma lista de itens, a mais abrangente que se conseguir. Começamos entrevistando idosos do Grupo de Atendimento Multidisciplinar ao Idoso Ambulatorial (GAMIA), um grupo de promoção de saúde do Serviço de Geriatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, perguntando a respeito de fatores determinantes de boa e de má qualidade de vida na velhice, seus medos e seus desejos. Quanto aos fatores, pedíamos para que relacionassem, inicialmente, por ordem de importância, três determinantes fundamentais para uma boa qualidade de vida na velhice. Em seguida, mostrávamos uma lista previamente preparada com fatores que tiramos de nossa experiência ou de outros questionários e solicitávamos que escolhessem, das opções, três que eram fundamentais para uma boa qualidade de vida na velhice. O mesmo foi feito com relação à má qualidade de vida na velhice (espontânea e estimuladamente). Havia mais duas perguntas que também objetivavam conhecer fatores determinantes de qualidade de vida: “Se pudesse, o que o(a) sr.(a.) colocaria em sua vida, para que ela ficasse melhor?” e “Se pudesse, o que o(a) sr.(a.) tiraria de sua vida, para que ela ficasse melhor?”. Em seguida perguntávamos acerca do maior medo e acerca dos desejos, estes através da fábula do Aladim e a lâmpada maravilhosa. Queríamos saber, se estivessem de posse da lâmpada do Aladim, quais os três desejos que eles(elas) pediriam ao gênio, para que fossem realizados.

A seleção de itens foi trabalhosa. Foi feita revisão das respostas, de 86 questionários, a quesitos referentes a desejos, medos e determinantes de boa e má qualidade de vida na velhice. Coletamos 1.032 respostas a essas perguntas. Os questionários haviam sido aplicados, em anos anteriores (1996-1998), em idosos do GAMIA. As respostas foram agrupadas, inicialmente por semelhança (p. ex., casa própria, casa na praia, ter um apartamento maior, ter uma casa num local plano, ter uma casa bonita,...), a seguir por três grandes categorias: Saúde, Aspectos Psicossociais e Aspectos Econômicos. Exemplos de cada categoria: “Saúde mental e física”, “Boa memória”, “Não depender fisicamente de ninguém” (Saúde); “Boas amizades”, “Carinho e atenção da família”, “Paz e Tranquilidade”, “Solidão”, “Fé em Deus”, “Ficar reclamando da vida”, “Ser respeitado pela sociedade” (Aspectos Psicossociais); “Falta de dinheiro”, “Boa aposentadoria”, “Ter o necessário para viver”, “Lugar para morar” (Aspectos Econômicos). Em seguida, foram desmembrados esses aspectos em outras oito dimensões: Saúde Física, Autonomia/Independência/Capacidade Funcional, Social, Família, Econômica, Psicológica, Religiosidade/Transcendência e Meio Ambiente. Passou-se, então, para uma seleção dos itens, desprezando-se aqueles que tinham o mesmo significado, ou os de pior redação, chegando-se a uma lista com 138 itens.

Assim, a etapa de seleção identificou itens relacionados à qualidade de vida de pessoas idosas.

1.2.4 Escolha do Método do Impacto Clínico: quarta etapa do processo de construção

Escolhemos o Método do Impacto Clínico por alguns motivos: em primeiro lugar, por vislumbrar, dentre as várias alternativas de construção, a viabilidade do método; em segundo, pela maior operacionalidade, dada a contingência de apenas um pesquisador que não contava com nenhum tipo de financiamento; em terceiro, pelo seu uso, com uma grande quantidade de trabalhos na literatura internacional utilizando instrumentos construídos com o método, o que demonstrava sua aplicabilidade. Além disso, devido ao número de itens gerados durante a fase de seleção (138 itens), o método do impacto clínico permitiria concretizar a construção de um instrumento mais facilmente, pois, pelo método da análise fatorial, seria necessária uma amostra de pelo menos 690 idosos, o que inviabilizaria a construção do instrumento durante o Doutorado; ao invés de um número tão alto de entrevistas, com o método do impacto clínico foram construídos instrumentos com amostras bem menores, mesmo com grande número de itens, como nos casos do Inflammatory Bowel Disease Questionnaire-IBDQ (Guyatt et al., 1989), onde 150 itens foram administrados a 97 pacientes com doenças intestinais inflamatórias (doença de Crohn e colite ulcerativa) e do Geriatric Quality of Life Questionnaire (Guyatt et al., 1993), onde 131 itens foram administrados a 100 idosos com limitações funcionais.

Havia necessidade de se adaptar tal metodologia (Kirshner; Guyatt, 1985; Guyatt et al., 1986; Guyatt et al., 1987), utilizada na construção de instrumentos avaliadores de qualidade de vida doença-específicos (Mitchell et al., 1988; Guyatt et al., 1989; Juniper et al., 1992; Juniper et al., 1997), na construção de um instrumento

para idosos frágeis (Guyatt et al., 1993) e no encontro de fatores de impacto, para se avaliar qualidade de vida de mulheres portadoras de osteoporose (Cook et al., 1993), para empregá-la na construção de um instrumento genérico de qualidade de vida de pessoas idosas.

Em 1986, Guyatt et al. afirmavam que critérios importantes para reter itens na construção de instrumentos de avaliação incluíam o número de pessoas que listaram o item como relevante (frequência do item), a importância atribuída ao item e a responsividade do item (isto é, a habilidade do item de detectar alteração, se esta acontecer). Afirmavam que uma questão central em relação aos critérios de frequência e importância era a maneira como eles deveriam ser combinados. Diziam que, embora alguns pesquisadores costumassem favorecer abordagens mais sofisticadas, como análise fatorial, ou análise de componente principal, uma abordagem simples e razoável era multiplicar a frequência de cada item pela sua importância média. Fazendo-se assim, poder-se-ia reter os itens com os maiores produtos frequência *versus* importância média. Para descrever, então, o Método do Impacto Clínico, é interessante resumir aspectos do trabalho de Guyatt et al. (1987). Avaliando pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica, os autores estabeleceram o impacto que a limitação crônica à ventilação trazia à qualidade de vida dos pacientes. Os autores usaram, inicialmente, uma lista de 89 sintomas que pacientes pulmonares crônicos experimentam com frequência, lista gerada por entrevistas realizadas por Kinsman et al. (1983). A junção dessa lista com outros itens, retirados de outras fontes, resultou num questionário com 108 itens, abrangendo as dimensões: dispnéia, fadiga, domínio (o grau de controle do paciente sobre a doença ou suas manifestações), distúrbios do sono, desarranjo social,

cognição e áreas de disfunção emocional (angústia, depressão, ansiedade, frustração e irritabilidade). Entrevistaram, então, 100 pacientes. Num primeiro momento, pediu-se a eles que apontassem espontaneamente todos os problemas físicos, emocionais e sociais, resultantes de sua doença pulmonar. Quando se esgotaram os itens “espontâneos”, mostrou-se a lista e, então, perguntou-se a eles, dos itens que não haviam identificado espontaneamente, quais os que representavam problemas para sua vida (respostas estimuladas). Em seguida, pediu-se que avaliassem a importância de cada item identificado (espontânea e estimuladamente), usando uma escala de Likert de 5 pontos, variando de “não muito importante” a “muito importante”. Para estabelecer quais itens eram mais importantes, os autores multiplicaram o número de indivíduos que rotulou determinado item como problema (frequência) pela importância média atribuída àquele item (importância). O produto frequência *versus* importância representou o significado de cada item na vida dos indivíduos (impacto). O impacto foi representado numericamente por um escore, sendo que o maior escore possível foi 500. Como exemplo hipotético, se 56 indivíduos apontassem que tinham dispnéia quando subiam escadas e, a seguir, avaliassem a importância desse item, resultando num escore médio de 3,5, o escore de impacto seria de 196 ($56 \times 3,5$). Os itens foram ordenados de acordo com o seu escore de impacto, possibilitando discriminar aqueles que tinham maior significado para a qualidade de vida dos pacientes com limitação crônica à ventilação. Os autores concluíram que os indivíduos têm grande dificuldade de identificar espontaneamente áreas de disfunção, daí a necessidade da avaliação estimulada; concluíram, também que, se os clínicos querem determinar a extensão em que a qualidade de vida do paciente está

prejudicada pela doença pulmonar, deve-se fazer questionamento direto, ao invés de confiar em resultados de testes de função pulmonar.

Mais tarde, seguindo o mesmo método, Guyatt et al. (1989) desenvolveram um instrumento de qualidade de vida para pacientes com doença intestinal inflamatória. A intenção foi a de que o questionário fosse aplicável a um largo espectro de pacientes com a doença. Na seleção de itens, uma lista de problemas importantes para pacientes com doença intestinal inflamatória foi elaborada. Os itens foram gerados de um questionário administrado a clínicos que estavam em contato diário com pacientes portadores da doença e, também, a 77 pacientes, além de revisão da literatura, de questionários genéricos de qualidade de vida e de outros instrumentos doença-específicos, resultando numa lista com 150 itens. Na fase de redução de itens, aplicaram a lista a 97 pacientes de doença intestinal inflamatória (54 com doença de Crohn e 43 com colite ulcerativa). A eles foi solicitado identificar todos os problemas físicos, emocionais, ou sociais que tinham experimentado, como resultado de sua doença, e, também, graduar a severidade desses problemas em suas vidas diárias. Em suma, os itens escolhidos mais freqüentemente e avaliados como mais importantes pelos indivíduos foram distribuídos em quatro dimensões: sintomas gastro-intestinais, sintomas sistêmicos (não relacionados diretamente ao distúrbio intestinal), sintomas de disfunção emocional e disfunção social.

Em 1997, Juniper et al., considerando que havia à época duas escolas de pensamento a respeito de como se desenvolver um instrumento de avaliação, resolveram compará-las. Já haviam construído, através do método do impacto clínico, um questionário de avaliação de qualidade de vida de portadores de asma (Asthma Quality of Life Questionnaire – AQLQ, 1992), mas havia um outro método

de selecionar itens, mais antigo e mais convencional, que era o uso de técnicas psicométricas (análise fatorial). Até então não havia aparecido nenhum estudo que tivesse comparado as duas abordagens. Para fazer a comparação, revisaram os dados que foram usados para selecionar itens para o AQLQ em 1992 e os re-analisaram, usando análise fatorial. Compararam, depois, os itens selecionados pelos dois métodos, para determinar o efeito de cada método de redução de itens sobre o questionário final. Na redução de itens pelo método do impacto clínico, foi pedido a cada um dos 150 pacientes, que identificasse, dentre os 152 itens da lista, quais eles tinham experimentado ou vivenciado durante o último ano. Para cada item identificado, o pesquisador pedia ao paciente, para avaliar sua importância numa escala de Likert de cinco pontos (1 = sem importância a 5 = extremamente importante). Resultados foram expressos como “frequência” (a proporção dos pacientes experimentando um item particular), “importância” (o escore médio de importância atribuído a cada item) e “impacto” (produto da “frequência” pela “importância”). Os itens foram listados por ordem decrescente, num *ranking*, de acordo com seu escore de impacto e, em geral, foram selecionados os itens de escore mais alto para o questionário. Selecionaram, de início, os 35 itens de mais alto escore. Dois clínicos agruparam os itens em domínios, baseando-se em sua intuição, evidentemente informada por sua experiência clínica e metodológica. Com os 35 primeiros itens, o domínio função emocional continha apenas três itens e, dessa forma, como era um dos domínios especificados nos critérios iniciais, os próximos dois problemas emocionais de escore mais alto foram adicionados. Além disso, itens relativos a clima e poluição do ar eram estreitamente correlacionados um com o outro e, então, foram combinados num único item. Semelhantemente foram

combinados itens relativos a cheiros fortes e perfumes. O questionário final resultou em 32 itens. Na redução dos itens através do método da análise fatorial, seguiram os passos, critérios e procedimentos descritos na literatura. Tiveram, inicialmente, de reduzir o número de itens, para que fosse consistente com a razão mínima pacientes:itens considerada aceitável para a análise fatorial (5:1). Em primeiro lugar, examinaram a assimetria e enviesamento dos dados e descartaram itens identificados como problemas por menos de 40% dos pacientes (frequência menor que 40%). A seguir, removeram itens que mostraram correlações item-total menor que 0,40. Se itens pareciam estar medindo o mesmo dano (por exemplo, fadiga e cansaço) e eram altamente correlacionados um com o outro ($r > 0,7$), foi eliminado o item com a menor correlação item-total. Por fim, após uma análise de componente principal, foram removidos itens que carregavam menos que 0,4 no primeiro fator. Dos 152 itens iniciais, 96 foram identificados por menos de 40% dos pacientes e foram descartados. No segundo passo (correlação item-total menor que 0,4), sete itens foram removidos, três dos quais estão no Asthma Quality of Life Questionnaire (1992). O terceiro passo (correlação item-item maior que 0,7) removeu mais onze itens, três dos quais também pertencentes ao AQLQ de 1992. Os remanescentes 38 itens foram incluídos na análise de componente principal. Trinta e sete itens carregaram mais fortemente no primeiro fator e apenas um (remover a neve com pá) carregou mais fortemente no segundo fator. Dois itens, nenhum dos quais pertencente ao AQLQ de 1992, carregaram menos que 0,4 no primeiro fator e foram descartados. Os domínios foram obtidos, usando rotações varimax para três, quatro, cinco e seis fatores. Três clínicos reviram esses agrupamentos e, embasados na intuição, informada pela experiência clínica e metodológica, selecionaram a rotação

que fazia mais sentido. Nenhum item foi removido após a rotação. Na comparação dos dois métodos, ao final dos processos de redução de itens, haviam permanecido 32 itens pelo método do impacto clínico e 36 pelo método psicométrico. Juniper et al. afirmam que “as duas abordagens para redução de itens e construção de dimensões, que nós comparamos, usam, ambas, uma combinação de métodos empíricos e julgamento intuitivo”. A categorização de itens em domínios no método do impacto repousa exclusivamente na sensibilidade clínica. Já a abordagem da análise fatorial é largamente baseada na estrutura de correlações entre os itens; no entanto, os investigadores devem fazer um certo número de decisões subjetivas durante o processo. Por exemplo, a ordem dos passos no processo de redução dos itens, a escolha de pontos de corte, o método de rotação e a decisão acerca de qual estrutura fatorial final é a mais satisfatória. Afirmam, então, que “dadas as diferenças nas estratégias do impacto e psicométrica e dada a extensão em que ambas repousam sobre julgamentos dos investigadores, os instrumentos finais que foram gerados, usando os dois métodos, são notavelmente semelhantes” (Juniper et al. 1997). A estrutura de domínios que foi criada para o AQLQ, tendo como base a sensibilidade clínica, corresponde estreitamente à estrutura de domínios derivada da análise fatorial. Ao mesmo tempo, as duas abordagens levaram a algumas diferenças importantes. Por exemplo, três itens da maior importância para pacientes com asma teriam sido excluídos do AQLQ, se tivesse sido usado o método psicométrico; o método psicométrico levou à inclusão de um número de itens de impacto moderado, relacionados à fadiga, que não foram incluídos no AQLQ. Afirmam, então:

Dadas essas diferenças, é possível decidir qual abordagem é “melhor”? Dependendo de sua filosofia, investigadores podem achar uma estratégia mais interessante que a outra. Nós acreditamos que todos os itens de dano funcional, que

são importantes para os pacientes, qualquer que seja a associação entre eles, devem ser incluídos num instrumento de qualidade de vida doença-específico e, assim, usamos o método do impacto. Aqueles que acreditam que deve haver uma ligação matemática entre os itens dentro de um questionário, continuam a confiar primariamente na análise fatorial. Ultimamente, entretanto, o único modo definitivo de decidir sobre a abordagem ótima é testar as propriedades de medida dos instrumentos desenvolvidos através das duas estratégias.

1.2.5 Adaptação da metodologia e adequação da lista de itens: quinta etapa do processo de construção

A Dissertação de Mestrado do pesquisador, concluída em 2000, foi a quinta etapa da construção do instrumento de avaliação de qualidade de vida de idosos; nela, dois objetivos foram alcançados.

O primeiro foi “delinear os procedimentos necessários, para elaborar um instrumento de avaliação da qualidade de vida de idosos, adaptando uma metodologia consagrada na literatura e ainda não utilizada no Brasil” (Paschoal, 2000). Essa metodologia, conhecida como Método do Impacto Clínico, é composta por três partes, como as demais metodologias de construção de questionários: seleção de itens, redução de itens e identificação de dimensões (Kirshner; Guyatt, 1985; Guyatt et al., 1986; Guyatt et al., 1987; Mitchell et al., 1988; Guyatt et al., 1989; Juniper et al., 1997). A análise dos procedimentos mostrou que a metodologia era viável, para se elaborar um instrumento de avaliação de qualidade de vida de idosos. Não foi feita nenhuma tradução, nem adaptação transcultural de questionário, mas, sim, adaptação de uma metodologia.

O segundo objetivo do Mestrado foi “definir, a partir de uma investigação preliminar, os itens que irão constituir uma lista a ser empregada na próxima etapa de elaboração de um instrumento, contribuindo para a avaliação da qualidade de vida de idosos” (Paschoal, 2000). Foi possível, ainda no Mestrado, avançar na construção, mesmo porque uma investigação preliminar, que, na verdade, foi um estudo-piloto, serviria, - como, de fato, serviu - para ajudar a delinear os procedimentos necessários. Além disso, possibilitaria adequar a lista de itens a ser apresentada aos idosos no trabalho de campo, que, àquela época, seria realizado em etapa posterior, o que de fato aconteceu. A investigação preliminar foi iniciada em 28 de dezembro de 1999 e finalizada em 3 de março de 2000. O local escolhido foi o Ambulatório de Geriatria do Serviço de Geriatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Para descrever e delinear os procedimentos utilizados por um conjunto importante de pesquisadores, a metodologia descrita foi aplicada, em parte, numa pequena amostra de idosos, na investigação preliminar, que constituiu um estudo-piloto. Assim, foram realizadas dezenove entrevistas, cujos dados não foram analisados estatisticamente; concentrou-se num estudo caso a caso, visando adequar os procedimentos e a lista de itens, que seriam utilizados numa etapa posterior, quando se procedesse às fases de redução de itens e de identificação de dimensões. Portanto, o que se fez, foi o delineamento dos procedimentos e a adequação da metodologia. Em resumo, foi realizada a primeira parte da metodologia, concretizada na adequação da lista de itens, que haviam sido selecionados previamente. Concluiu-se, também, que a metodologia era factível de ser empregada. Numa etapa seguinte, a ser realizada em outra ocasião, todos os procedimentos, analisados, compreendidos e

adaptados agora, seriam colocados em prática, para se chegar à elaboração de um instrumento de avaliação da qualidade de vida de idosos.

A aplicação experimental de parte da metodologia do Impacto Clínico (redução de itens), como um estudo-piloto, na investigação preliminar, mostrou que havia grande viabilidade na sua aplicação e que era possível identificar os itens mais importantes para a qualidade de vida dos idosos a partir da lista anteriormente elaborada.

Na investigação preliminar, a importância foi inicialmente avaliada segundo uma escala de Likert de 5 pontos: 1 = quase nada importante; 2 = pouco importante; 3 = moderadamente importante; 4 = muito importante e 5 = extremamente importante (Anexo A). Para os itens considerados, pelo entrevistado, nas fases iniciais, como relevantes para uma boa qualidade de vida na velhice, foi feita inicialmente a seguinte pergunta: “que importância tem o item x para uma boa qualidade de vida na velhice?” Para aqueles considerados relevantes para uma má qualidade de vida na velhice, a pergunta foi: “que importância tem o item y para uma má qualidade de vida na velhice?”. No desenrolar do estudo-piloto, por causa da dificuldade de compreensão dos idosos a essas duas perguntas, foi testada uma nova forma de pergunta, ainda mais curta, mais coloquial e muito mais direta: “quanto o item x **melhora** a qualidade de vida do idoso” (para itens previamente avaliados como determinantes de **boa** qualidade de vida na velhice) e “quanto o item y **piora** a qualidade de vida do idoso” (para itens previamente avaliados como determinantes de **má** qualidade de vida na velhice). As opções de resposta ficaram assim constituídas: 1 = quase nada; 2 = pouco; 3 = moderadamente; 4 = muito e 5 =

extremamente. Esta foi a forma final da escala de Likert usada pelo pesquisador, sem encontrar nenhum problema de compreensão por parte dos idosos (Anexo B).

Não houve grandes dificuldades na aplicação de parte do Método do Impacto Clínico. É um método de fácil compreensão para o pesquisador, pois está muito bem descrito e sistematizado na literatura. Houve, apenas, uma hesitação inicial, ditada pela inexperiência e ansiedade da primeira vez, hesitação que foi desaparecendo durante as entrevistas subseqüentes. A investigação preliminar foi extremamente útil, para se estabelecer a forma de se perguntar a influência (boa ou má) de cada item na qualidade de vida (fase estimulada) e para se verificar a importância de cada item em relação a uma boa qualidade de vida na velhice, avaliando, em última instância, a adequação da metodologia.

A aplicação de parte da metodologia no estudo-piloto teve como objetivo identificar itens que fossem pouco compreendidos, ambíguos, ou que evocassem respostas hostis ou indesejáveis, além de verificar se todas as palavras seriam compreendidas, se todos interpretariam da mesma maneira todas as questões, se algumas respostas não seriam respondidas, ou se algumas questões obteriam respostas não-interpretáveis, conforme as recomendações de Armstrong et al. (1992).

Entendeu-se ser perfeitamente possível aplicar essa técnica para a construção de um instrumento de qualidade de vida para idosos. No entanto, haveria necessidade de se adaptar o método, pois Qualidade de Vida não é uma entidade clínica, muito menos uma doença, onde se possa pedir aos indivíduos que reconheçam “os problemas decorrentes de sua qualidade de vida”. Inicialmente, seria preciso identificar, a partir de uma lista de itens, quais os relevantes para os indivíduos, tanto aqueles que os afetam positivamente (isto é, sem eles, sua qualidade de vida piora,

ou, dito de outra maneira, com eles, sua qualidade de vida melhora), quanto os itens que os afetam negativamente (ou seja, com eles, há piora da qualidade de vida; sem eles, melhora). Portanto, a primeira adaptação seria essa: não se conseguindo estabelecer os itens-problema, aquilo que atrapalha a vida por causa de determinada doença, procura-se os itens relevantes, que influenciam positiva ou negativamente a qualidade de vida. Para uma doença, elegem-se os itens que afetam a vida dos indivíduos de forma negativa (problema); para a qualidade de vida, os que afetam bipolarmente (relevância). Como exemplos, no Asthma Quality of Life Questionnaire (Juniper et al., 1992), aparecem na lista algumas atividades físicas, como subir e descer escadas, correr, visitar amigos e parentes, mas, o que se pergunta é se os pacientes tiverem problema na execução de tais atividades por causa da asma, se a doença os limitou nessas atividades. O mesmo não é adequado para Qualidade de Vida. Não é a qualidade de vida que vai limitar a vida ou os afazeres dos indivíduos; é ela que vai ser afetada pela vida concreta das pessoas. As situações de vida é que vão “qualificar” a qualidade de vida, transformando-a em boa ou ruim. Será preciso fazer dois tipos de pergunta, para se estabelecer os itens relevantes: “quais itens são bons para a qualidade de vida dos idosos?” (os que vão afetar de modo positivo a qualidade de vida) e “quais são ruins para a qualidade de vida dos idosos?” (os que vão afetar negativamente a qualidade de vida). Os itens neutros, aqueles que os idosos respondem que “tanto faz”, “isso não é relevante”, “não tem nada a ver”, “isto é bobagem” etc., estes deverão ser descartados.

Uma segunda adaptação deverá ser feita no momento da avaliação da importância de cada item. Para cada item identificado como relevante, será solicitado ao idoso que avalie a importância daquele item para uma boa ou má qualidade de

vida na velhice, dependendo da sua avaliação inicial de como classificou aquele item como determinante de qualidade de vida, boa ou má, respectivamente.

As adaptações feitas foram facilmente trabalhadas pelo investigador e bem compreendidas pela maioria dos entrevistados na investigação preliminar.

Assim, durante o Mestrado, foram delineados os procedimentos necessários, para elaborar um instrumento de avaliação de qualidade de vida, conseguindo-se estabelecer todas as partes e fases de uma metodologia já aplicada em outros países. Ao mesmo tempo, ficou evidente a necessidade de adaptações. A metodologia foi bem sistematizada e se demonstrou a viabilidade de seu emprego na construção de um instrumento de avaliação de qualidade de vida de idosos, desde que se fizessem as adaptações descritas. A investigação preliminar cumpriu seus objetivos, tanto o de avaliar a lista preliminar de itens e sua metodologia de aplicação, quanto o de servir de treinamento ao pesquisador. A lista preliminar de 138 itens, resultante do processo de seleção de itens, recebeu as modificações apontadas como importantes ou necessárias, resultando uma nova lista com 139 itens (Anexo C). Dos vinte itens que não foram compreendidos, onze receberam nova redação. A forma de se perguntar e a operacionalização da entrevista também foram modificadas. Ficou clara a necessidade de se fazer agendamento das entrevistas, pois isto mostrou ser importante para a qualidade dos dados. Também ficou claro que era necessário repensar a escala de Likert elaborada, devido à dificuldade dos entrevistados de compreenderem a avaliação da importância de cada item, principalmente dos valores intermediários, devendo-se manter a escala com cinco pontos, mas com novas opções de respostas. A etapa seguinte consistiria em submeter a lista de itens a uma amostra significativa de idosos, para se chegar a um conjunto mais reduzido, do qual constem

os mais relevantes para a qualidade de vida dos idosos, etapa que não foi realizada no Mestrado.

1.2.6 Redução dos itens e distribuição em dimensões: sexta etapa do processo de construção

Um instrumento de avaliação deve ser curto. Isto é o ideal. Além de curto, deve cobrir todos os aspectos relevantes do constructo e explorar, em detalhe, todas as questões consideradas de interesse particular ao estudo. Fayers e Machin (2000c) afirmam que devem ser feitas conciliações:

primeiro entre encurtar o questionário que parece estar muito comprido e reter itens suficientes, para prover cobertura abrangente da Qualidade de Vida (validade de conteúdo), e, segundo, entre manter essa abrangência da cobertura e conseguir uma avaliação detalhada em profundidade de questões específicas.

Após ter gerado um conjunto abrangente de itens, o pesquisador deve seleccionar os itens mais adequados, para compor o instrumento final. Como as avaliações de qualidade de vida são fundamentalmente subjetivas, privilegiando-se, sempre a perspectiva do sujeito, uma técnica bastante apropriada de redução dos itens é pedir aos próprios sujeitos que identifiquem os itens mais importantes para eles, os mais relevantes para sua qualidade de vida. É evidente que o pesquisador deve assegurar que os indivíduos seleccionados, para o processo de redução, representam o espectro total da população-alvo. Não é a única técnica, mas, mesmo os métodos psicométricos levam em conta certa subjetividade.

Juniper et al. (1996) mostram que, se o questionário, que está sendo construído, tem o propósito de ser avaliativo, os itens que não têm o potencial de alteração no decorrer do tempo, como resultado de uma intervenção, ou devido ao curso natural da doença, devem ser eliminados. São itens não-responsivos, que nada acrescentam à intenção do estudo, a não ser mais tempo, para se responder ao questionário. Se o propósito é ter um instrumento discriminativo, itens, que são vivenciados da mesma forma pela maioria, deixam de ser úteis. Por outro lado, se o instrumento final vai graduar a extensão em que um problema afeta os respondentes, aqueles itens avaliados por toda a população como um problema podem ser muito úteis na discriminação.

Muitos pesquisadores usam modelos matemáticos (análise fatorial, por exemplo), para determinar quais itens serão incluídos nos instrumentos de avaliação de qualidade de vida. Itens de alta correlação um com o outro são agrupados conjuntamente. Itens que não são fortemente associados com um dos domínios ou fatores são excluídos. “A desvantagem de se usar análise fatorial para a redução de itens é o fato de que os itens ‘órfãos’, excluídos pelo modelo, podem ser importantes para os pacientes” (Juniper et al., 1996).

O Doutorado do pesquisador é a sexta etapa do processo de construção. Foi nele que o pesquisador reduziu a lista inicial de 139 itens, que havia sido testada e adequada em seu Mestrado (Paschoal, 2000) e distribuiu os itens retidos em dimensões. A amostra de idosos avaliou a importância de cada item da lista, estabelecendo o *ranking* de impacto. Apesar de nossa amostra não ser probabilística e, sim, de conveniência por cotas, é uma amostra bastante heterogênea, com representação de diferentes estratos da população idosa. Três especialistas, em

conjunto com o pesquisador, distribuíram os 46 itens de mais alto impacto em dimensões. O corte inicial em um terço dos itens, obedecendo – é lógico – ao impacto avaliado pelos idosos da amostra, foi uma primeira redução. A eliminação de itens redundantes, também.

1.2.7 Nossa concepção

A base teórico-conceitual que orientou todo o processo de elaboração de um instrumento, para avaliar e medir o constructo **Qualidade de Vida na Velhice**, é a concepção de que o próprio idoso deve influenciar a escolha dos itens que deverão compor o instrumento e, quando este estiver sendo aplicado, após ter sido construído, deve avaliar a importância de cada item para uma boa qualidade de vida nessa fase de sua existência, construindo, inicialmente, um **ideal de boa vida**, o quanto ele valoriza cada item com o objetivo de viver bem e, em seguida, no mesmo momento, avaliar o quanto tem realizado de cada item, o quanto concretizou na **vida real** até aquele momento, possibilitando, assim, medir a distância entre o **idealizado** e o **realizado**.

Queremos medir o quanto, do que os idosos idealizam como importante para sua qualidade de vida, eles vivenciam de fato; o quanto, do que almejam, concretizaram. E se estão satisfeitos com o que foi possível concretizar, vivenciar. Em outras palavras, o quanto alcançaram do que planejaram e almejaram para suas vidas e se isso corresponde com o grau de satisfação/insatisfação com suas vidas. Portanto, a concepção se completa com a avaliação, feita previamente, do grau de

satisfação/insatisfação com sua vida, permitindo, após a comparação entre **idealizado** e **realizado**, verificar o grau de concordância entre sua satisfação/insatisfação e o preenchimento de suas expectativas.

Como Calman (1984), queremos comparar a qualidade de vida real com o padrão idealizado pela pessoa para aquele momento, tornando possível estimar a diferença (*gap*) entre as expectativas das pessoas e suas realizações. Mesmo que esse padrão mude, pois o indivíduo pode mudar sua maneira de pensar e encarar a vida, podendo, assim, valorizar cada item de maneira diferente no decorrer do tempo, ou então o que muda é sua situação de vida, conseguindo realizar mais, ou deixando de realizar o que antes havia conseguido, a comparação será sempre possível, mudando, portanto, a sua avaliação da qualidade de sua vida nesse outro momento. Esta é uma propriedade importante, pois uma das características do constructo Qualidade de Vida – e Qualidade de Vida na Velhice não foge à regra – é a sua mutabilidade, a qualidade de vida variando de acordo com a pessoa, lugar, tempo, estado de espírito, ou humor.

Nossa concepção também está próxima do conceito de “satisfação de necessidades” de Liss (1994), principalmente no que se refere à afirmação de que “a necessidade é um instrumento para atingir objetivos colocados”. O objetivo proposto a cada idoso é o de conseguir uma **boa qualidade de vida na velhice**. Queremos saber dele o quanto é importante cada item, para atingir esse objetivo e o quanto preencheu e atingiu do que valorizou. Como exemplo, se for considerado que “ter boa saúde” é necessário para se viver bem na velhice, daí valorizando bastante a importância da boa saúde, na segunda parte, a situação real da saúde ajudará a compor a medida da qualidade de vida daquela pessoa; se a saúde estiver ruim, não

estará contribuindo, para alcançar o objetivo de boa Qualidade de Vida; ao contrário, se estiver ótima. Aqui, saúde ótima, a distância entre o real e o ideal será nula; no caso contrário, saúde ruim, a distância será maior. Quanto maior a distância entre o **idealizado** e o **realizado**, pior a qualidade de vida; quanto menor, melhor. Se algum item for considerado desnecessário para o objetivo de se ter **boa qualidade de vida na velhice**, sua importância será avaliada como pequena ou nula. Como será possível uma hierarquização dos itens segundo sua importância, cada idoso poderá estabelecer sua própria hierarquização, de acordo com seus valores, crenças, normas, padrões, interesses e expectativas, que poderão mudar à medida que o tempo passa.

Levando em conta essa conceituação e tendo como finalidade a operacionalização de nosso constructo **Qualidade de Vida na Velhice**, construímos a seguinte definição de Qualidade de Vida:

“Qualidade de Vida é a percepção de bem-estar de uma pessoa, que deriva de sua avaliação do quanto realizou daquilo que idealiza como importante para uma boa vida e de seu grau de satisfação com o que foi possível concretizar até aquele momento.”

Ao mesmo tempo, temos trabalhado com a definição de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde (The WHOQOL Group, 1995), pois valorizamos a subjetividade do constructo e a necessidade de que sejam os próprios idosos os avaliadores de suas vidas:

“Qualidade de Vida é a percepção do indivíduo acerca de sua posição na vida, de acordo com o contexto cultural e os sistemas de valores nos quais vive e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.”

Esta definição também leva em conta os “objetivos, expectativas, padrões e preocupações” dos indivíduos e, portanto, o quanto deles eles preenchem, realizam, executam, alcançam. A integração de ambas as definições permite-nos operacionalizar, de forma eficiente, o modelo de instrumento de avaliação da Qualidade de Vida na Velhice.

Portanto, nosso propósito é o de criar um instrumento genérico de avaliação de qualidade de vida de pessoas idosas, de 60 anos ou mais, de ambos os sexos, com a finalidade, tanto de monitorar qualidade de vida de populações ou indivíduos no decorrer do tempo (estudos longitudinais), quanto de avaliar o impacto, na qualidade de vida, de resultados de condutas, intervenções e tratamentos, quando estes demandarem um instrumento genérico, aliado ou não a um instrumento específico. Portanto, o instrumento deverá ser tanto discriminativo (distinguir pessoas quanto à sua qualidade de vida num determinado ponto do tempo), quanto avaliativo (medir o quanto a qualidade de vida se alterou no decorrer do tempo). A metodologia escolhida é a clinimétrica, através do Método do Impacto Clínico, baseada, principalmente, nos valores, percepções e julgamentos da população-alvo, mas, também, nos de profissionais que lidam com essa população, ou com a construção de instrumentos de qualidade de vida. Para tal, o instrumento deve ser multidimensional, abarcando as dimensões e itens apontados pelos idosos como relevantes para a qualidade de vida na velhice. Assim, na geração de itens, é necessário assegurar que todas as variáveis importantes, apontadas pelos idosos, sejam consideradas para possível inclusão no instrumento. Tendo em vista a baixa escolaridade dos idosos brasileiros, o método de aplicação a ser privilegiado será através de entrevista face-a-face, com um entrevistador lendo e instruindo, sem

interferir, muito menos influenciar, a percepção e a escolha do entrevistado. É fundamental criar um instrumento que seja fácil de ser administrado para entrevistador e entrevistado. Será importante pensar na possibilidade futura de adaptá-lo para auto-aplicação. Será necessário estabelecer a forma de se medir a distância ente o **idealizado** e o **realizado**, construindo-se, então, um escore; haverá necessidade de outro escore de satisfação. Deverá ser submetido à avaliação de sua acurácia, passando por um processo de validação antes que seja considerado pronto para uso em larga escala.

2 OBJETIVOS

Objetivo principal

Construir um instrumento de avaliação da qualidade de vida do idoso, com base em informações fornecidas pelos próprios idosos, utilizando o método do impacto clínico.

Objetivos específicos

1. Conhecer a percepção de idosos em relação à valorização de temas relevantes às suas vidas e ao seu processo de envelhecimento.
2. Identificar os itens mais relevantes para a qualidade de vida na velhice.
3. Definir a composição multidimensional do constructo “Qualidade de Vida na Velhice”.

3 CASUÍSTICA E MÉTODOS

3.1 Procedimentos básicos para a construção do instrumento

Foi adaptada uma metodologia (Kirshner; Guyatt, 1985; Guyatt et al., 1986; Guyatt et al., 1987;), aplicada com grande reconhecimento em outros países na construção de instrumentos específicos de avaliação de qualidade de vida (Mitchell et al., 1988; Guyatt et al., 1989; Juniper et al., 1992; Guyatt et al., 1993; Juniper et al., 1997) e no encontro de fatores de impacto, para se avaliar qualidade de vida de mulheres portadoras de osteoporose (Cook et al., 1993). Essa metodologia, conhecida como Método do Impacto Clínico, é composta por três partes: seleção de itens, redução de itens e identificação das dimensões. Na primeira, o investigador deve gerar um conjunto de itens relevantes ao seu objeto de estudo. Este conjunto de itens passará por um processo de redução, para o investigador compor o instrumento final, identificando, assim, através de especialistas, as dimensões do constructo em estudo. Cabe ressaltar que a seleção de itens foi realizada anteriormente, não sendo objeto de estudo na pesquisa atual. O questionário utilizado é mostrado no Anexo D.

3.1.1 Redução dos itens

O objetivo é identificar quais itens são os mais importantes para a população-alvo, dentre todos os pertencentes ao conjunto que foi gerado durante a seleção,

levando em consideração o objeto de estudo, ou o assunto de interesse, no caso Qualidade de Vida na Velhice.

O primeiro passo foi identificar os itens relevantes para o constructo em estudo. Foi pedido aos entrevistados que dissessem, de forma espontânea, quais fatores melhoravam a qualidade de vida (determinantes de boa qualidade de vida) e quais a pioravam (determinantes de má qualidade de vida), levando em conta a fase da vida que estavam vivenciando, a velhice (fase espontânea). Quando não se lembravam de mais nenhum fator, a lista de itens gerada anteriormente era mostrada e, para os itens que não haviam identificado espontaneamente, perguntava-se a eles quais melhoravam e quais pioravam a qualidade de vida (fase estimulada). Identificou-se, assim, os itens relevantes para o constructo, espontânea e estimuladamente. Para estabelecer a importância de cada item relevante, o pesquisador, num primeiro momento, pediu ao entrevistado para avaliar os itens por ele considerados determinantes de “boa” qualidade de vida na velhice e, a seguir, os por ele considerados determinantes de “má” qualidade de vida na velhice. Para cada um dos itens foi feita a seguinte pergunta: “quanto o item x **melhora** a qualidade de vida do idoso” (para itens previamente avaliados como determinantes de **boa** qualidade de vida na velhice) e “quanto o item y **piora** a qualidade de vida do idoso” (para itens previamente avaliados como determinantes de **má** qualidade de vida na velhice). A escala de Likert usada, conforme as modificações ocorridas no Mestrado, foi a seguinte: 1 = quase nada; 2 = pouco; 3 = moderadamente; 4 = muito e 5 = extremamente. Esta foi a forma final da escala de Likert usada pelo pesquisador, tanto para os itens previamente considerados positivos pelos idosos (quanto

melhora?), quanto para os previamente negativos (quanto piora?), sem encontrar nenhum problema de compreensão por parte dos idosos (Anexo B).

Para efetivar a redução dos itens, o pesquisador calculou a frequência e a importância de cada item. Assim, os resultados foram expressos como “frequência” (proporção de idosos que elegeram o item como relevante) e como “importância” (o escore médio de importância para aquele item, a partir da escala de 5 pontos). O produto da proporção de idosos que apontaram um determinado item como relevante para a qualidade de vida (frequência) pela importância média dada àquele item (importância) representa o significado daquele item na qualidade de vida dos indivíduos (impacto). Portanto, o produto da frequência pela importância resulta no impacto para a qualidade de vida de idosos.

Os itens foram ordenados de acordo com o seu escore de impacto, formando um *ranking* de impacto. Para reduzir o número de itens, a fim de compor o instrumento final, foram selecionados, inicialmente, os primeiros 46 itens de escore mais alto, o que corresponde a um terço da lista de itens. Houve, assim, uma primeira redução no número de itens, para cumprir os objetivos de praticidade e aplicabilidade do instrumento. Este número poderá ser reduzido mais ainda na fase seguinte de identificação de dimensões.

3.1.2 Identificação das dimensões

O instrumento final será constituído de dimensões compostas por itens. O objetivo é alcançar o equilíbrio entre itens e dimensões, uma vez que ambos são

fundamentais para a construção de um instrumento eficaz. O instrumento deverá ser o mais curto possível, sempre tendo em mente a necessidade de se encontrar um instrumento que tenha aplicabilidade prática. A identificação das dimensões foi feita com o auxílio de especialistas com vivência na construção e aplicação de questionários de qualidade de vida, ou com vivência clínica na atenção e cuidado de indivíduos idosos.

Os 46 itens de escore mais alto (um terço do total dos itens) foram agrupados em dimensões pelos especialistas, após duas rodadas, para obtenção de concordância mínima de 2 dentre 3 especialistas. A recomendação foi a de que houvesse, se possível, um mínimo de quatro itens por domínio e uma representação adequada de domínios, de forma a garantir a multidimensionalidade do constructo Qualidade de Vida na Velhice. Se, aplicados tais critérios, alguma dimensão não tivesse atingido o número mínimo de itens, os próximos itens de mais alto escore, compatíveis com aquela dimensão, poderiam ser adicionados. Itens altamente correlacionados um com o outro deveriam ser combinados num único item.

Foi feito um convite a cada especialista (Anexo E) e coube ao pesquisador estabelecer o grau de concordância entre eles e escolher a constituição final das dimensões do instrumento.

3.2 Amostra

Ao definir o processo de amostragem, o pesquisador deve estabelecer o melhor equilíbrio entre os objetivos da pesquisa, os recursos disponíveis e o rigor técnico dos procedimentos de amostragem.

Para construir um instrumento genérico de qualidade de vida para a população idosa, um caminho é identificar o que é comum a eles. Sendo um instrumento genérico, o procedimento mais indicado, como o é freqüentemente, é a utilização de uma amostragem probabilística. Frente ao tamanho do universo, a estratégia da amostragem por conglomerado seria o procedimento operacionalmente mais adequado. Na impossibilidade de adotar procedimentos probabilísticos, a opção alternativa é a amostragem por conveniência, o que redundaria, é claro, em perda de representatividade. Para atenuar essa perda, resolveu-se adotar uma amostragem de conveniência por cotas, que é, dentre as não-probabilísticas, a que apresenta maior rigor metodológico, devendo-se decidir os estratos, ou cotas, que serão privilegiados. A diversificação é muito grande e há, então, necessidade de se fazer opções. As variáveis que foram usadas, para selecionar as cotas, foram: sexo (masculino; feminino), faixa etária (60-74 anos; 75 anos ou mais), estado de saúde (saudáveis; doentes) e habilidade funcional física (independentes; dependentes). O estado de saúde foi assim definido: os que responderam à pergunta “Classifique o seu estado de saúde atual” com as opções “péssimo”, “ruim” ou “comprometido”, foram considerados “doentes”; os que responderam à mesma pergunta com as opções “bom” ou “ótimo”, foram considerados “saudáveis” (Anexo D). A habilidade funcional foi definida da seguinte forma: indivíduos capazes de realizar as atividades

básicas da vida diária (alimentar-se, ter continência, locomover-se, usar o banheiro, banhar-se e vestir-se) e as atividades instrumentais da vida diária (telefonar, arrumar a casa, lavar roupa, cozinhar, fazer compras, cuidar das próprias finanças, tomar remédio, utilizar um transporte público) foram considerados independentes. Os que necessitavam de alguma pequena ajuda em algumas dessas atividades, como supervisão para tomar banho, mas que ainda eram capazes de se locomover, também foram considerados independentes (apesar de parcialmente dependentes). Aqueles que necessitavam de ajuda nas atividades instrumentais da vida diária e que, portanto, já não conseguiam sair de casa sozinhos, foram considerados dependentes, mesmo se independentes nas atividades de auto-cuidado (atividades básicas). Para definir todas essas situações, foi aplicado o Brazilian Version of the Older Americans Resources and Services Multidimensional Functional Assessment Questionnaire (BOMFAQ), utilizado por Ramos em 1987 (Anexo D).

Foram entrevistados idosos, de ambos os sexos, definidos como pessoas de 60 anos ou mais e estratificados segundo sexo e idade. Foram recrutados de quatro grupos diferentes, constituindo as seguintes cotas:

- A) Usuários de algum Serviço de Geriatria, que freqüentam seu ambulatório (homens e mulheres, com 60 anos ou mais, independentes ou dependentes e que se consideram doentes);
- B) Idosos participantes de grupos de terceira idade (homens e mulheres, com 60 anos ou mais, independentes e que se consideram saudáveis);
- C) Idosos confinados ao domicílio, ou com dificuldade de sair de casa, ou acamados, residentes em áreas próximas ao Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (homens e

mulheres, com 60 anos ou mais, dependentes e que se consideram doentes);

D) Idosos participantes de grupos de atividade física, que praticam atividade física sistemática, de média a intensa (homens e mulheres, com 60 anos ou mais, independentes e que se consideram saudáveis).

As cotas A e B diferenciam-se pelo estado de saúde e foram estratificadas por sexo e idade. As cotas C e D diferenciam-se pela habilidade funcional física e pelo estado de saúde, sendo estratificadas, também, por sexo e idade. Para cada cota, deverá ser obedecida a composição de sexo e idade dos idosos da cidade de São Paulo, conforme os dados do IBGE: homens – 40,56%, mulheres – 59,44%; 60 a 74 anos – 75,44%, 75 anos ou mais – 24,56% (IBGE – Censo Demográfico 2000).

Esses quatro grupos não são homogêneos, em termos quantitativos. Além disto, não existem informações, como há para idade e sexo, de como essas situações se distribuem na comunidade. O Censo da Fundação IBGE, ou de qualquer outra instituição, não fornece esse tipo de informação. O que se pretendeu foi trabalhar com uma população heterogênea. Tendo em mente, então, que não há números precisos, para se obter essa diversidade de idosos e atendendo, novamente, a necessidades operacionais, os idosos da amostra foram assim divididos: 50 pessoas entrevistadas no Serviço de Saúde, 50 em Programas de Terceira Idade, 50 na residência e 50 em Programas de Atividade Física. Para cada cota, deveriam ter sido selecionados 30 mulheres e 20 homens; no conjunto de mulheres de cada cota, 22 deveriam ser da faixa etária de 60 a 74 anos e 8 da faixa etária de 75 anos ou mais;

no conjunto de homens de cada cota, 15 deveriam ser da faixa etária de 60 a 74 anos e 5 da faixa etária de 75 anos ou mais.

O pesquisador procurou instituições e serviços, que pudessem servir de local para o desenvolvimento da pesquisa, contatando, então, o Serviço de Geriatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP, o então Distrito de Saúde de Pinheiros da Prefeitura do Município de São Paulo, hoje Coordenadoria de Saúde da Subprefeitura de Pinheiros, a Associação Idade Dourada, de Pinheiros, o Programa de Gerenciamento da Saúde do Idoso da Escola de Enfermagem da USP – PROGESI e o Centro de Práticas Esportivas da USP – CEPEUSP. Enviou carta a cada responsável, tendo recebido a concordância de todos (Anexos F, G, H, I e J). Para cada cota foi previamente elaborada uma lista de pessoas, para que fossem sorteadas as que seriam convidadas a participar do estudo. O pesquisador entrou em contato com os idosos, fazendo-lhes um convite à participação; tiveram a liberdade de aceitar ou recusar, sem qualquer prejuízo. Para os que concordaram em participar, foi agendada a entrevista, em dia e hora possíveis para entrevistador e entrevistado; o estudo-piloto havia demonstrado a necessidade de se agendar a entrevista. Todos expressaram por escrito sua concordância em participar, após serem adequadamente informados sobre todos os aspectos do protocolo, assinando um Termo de Consentimento Pós-Informação (Anexo D). Foram garantidos o sigilo e o anonimato.

Foram estabelecidos os seguintes critérios de exclusão: idosos com demência moderada ou grave, com afasia de expressão e compreensão, ou qualquer outra patologia que impedisse a interação e a comunicação, como, por exemplo, hipoacusia importante. Foram excluídos, também, os idosos que tivessem participado da

investigação preliminar (estudo piloto), desenvolvida durante a realização do Mestrado do pesquisador (Paschoal, 2000).

Nas entrevistas realizadas nos domicílios (cota C), procurou-se manter a individualidade, mas nem sempre foi possível, dada a condição de maior dependência de alguns entrevistados, o que ocasionou a presença, mais ou menos próxima, de um familiar ou acompanhante. Em três cotas (A, B e D), todas as entrevistas foram feitas pelo próprio pesquisador. A exceção foi a cota C (pessoas com dificuldade de sair de casa), dada a também dificuldade de entrevistar pessoas em seu próprio domicílio, por causa das distâncias e do trânsito de nossa cidade; o pesquisador, aqui, teve a ajuda de um entrevistador previamente treinado. O treino incluiu, além de reuniões para discussão do questionário e elucidação das dúvidas, um treinamento em função, onde o entrevistador, num primeiro momento, presenciou o pesquisador entrevistar uma pessoa e, num momento posterior, foi supervisionado durante suas duas primeiras entrevistas. Cada questionário preenchido pelo entrevistador foi revisado pelo pesquisador e, se alguma dúvida surgisse, a entrevista era discutida com o entrevistador e, caso necessário, o pesquisador telefonava para a casa do entrevistado, fato ocorrido em três ocasiões, para dirimir pequenas dúvidas surgidas. O entrevistador, um estudante de Enfermagem, realizou vinte das 42 entrevistas desse subgrupo (cota C). Assim, o pesquisador realizou pessoalmente 173 entrevistas no total, sendo 22 da cota C. Vale ressaltar que, para a cota C, todo o contato prévio com os indivíduos, feito por telefone, para apresentação do pesquisador e exposição breve dos objetivos da pesquisa, foi feito pelo próprio pesquisador e não pelo entrevistador. Conseguida a anuência do idoso e marcada a

data da entrevista, o pesquisador comunicava quem iria fazer a entrevista, se ele mesmo, ou se o entrevistador.

3.3 Análise dos dados

A construção do banco de dados e a digitação dos mesmos foram feitas no programa Epidata 2.1 e, na análise descritiva, para elaboração das frequências, tabulações e testes de significância, foi utilizado o programa Stata 8.0. Para a consistência dos dados, foi usada a técnica de dupla digitação com dois digitadores independentes e, para confronto e conferência das digitações, foi usado o programa Validate do software Epidata 2.1.

Para a caracterização da amostra, as cotas de idosos foram caracterizadas de acordo com variáveis previstas no processo de amostragem, cotejando o que foi previsto com o resultado (as características de estado de saúde e habilidade funcional física, além de sexo e idade).

Para a caracterização da população estudada, os idosos foram caracterizados segundo variáveis sócio-demográficas (idade, renda média pessoal e renda média familiar per capita, anos de estudo, cor, estado civil, situação de moradia com outras pessoas); econômicas (faixas de renda pessoal e familiar per capita; possuir bens – serviços, móveis ou imóveis); atividade sexual; atividade instrumental e física; atividade física regular (ginástica, caminhada etc).

A aplicação de testes de qui-quadrado, para avaliar se as diferenças observadas entre as cotas eram significativas, foi feita somente quando possível. A

maioria das tabulações realizadas necessitava do teste exato de Fischer, devido aos valores de algumas das caselas; como o software utilizado tem limites para a aplicação deste teste, dado pelo número de graus de liberdade da tabela, o teste foi aplicado somente onde possível.

As variáveis que perguntavam sobre posse de serviços como seguro saúde, seguro de vida e empregada mensalista foram agrupadas em uma nova variável chamada “serviço” e as variáveis que perguntavam sobre possuir bens como forno microondas, carro e microcomputador foram agrupadas em uma outra variável chamada “bens móveis”.

As atividades instrumentais, que englobam as questões sobre telefonar, locomoção, compras, preparo de refeições, trabalho doméstico, ingestão de medicamentos e controle de finanças, foram combinadas e reunidas em uma única variável, chamada de “atividades instrumentais”.

A variável “atividade física” foi construída a partir das questões sobre capacidade para alimentar-se, vestir-se, cuidar da aparência, andar no plano, dormir, banhar-se e utilizar o banheiro.

Na construção da variável “atividade instrumental e atividade física”, foi feita a soma dos valores das questões de base, que estavam codificadas como zero (com ajuda) ou um (sem ajuda). No final, foram criadas três categorias: nenhuma ajuda (executam todas as atividades), alguma ajuda (pelo menos uma das atividades executa com ajuda), incapaz (não executa qualquer das atividades sem ajuda).

4 RESULTADOS

Foram realizadas 193 entrevistas com 71 homens e 122 mulheres, entrevistas individuais, previamente agendadas. O trabalho de campo foi realizado de 30 de julho de 2002 a 09 de outubro de 2003. Durou, portanto, 437 dias, ou 14,6 meses, ou, ainda, 1,2 anos. Em média, a duração do método foi de 58 minutos (desvio padrão [dp] = 17 minutos), e a duração da entrevista, de 75 minutos (dp = 19 minutos).

A cota que ocupou um maior período de tempo foi a cota B (grupos de terceira idade), com 136 dias, divididos em dois períodos mais extensos, o primeiro de 30/07/02 a 09/09/02 e o segundo de 27/11/02 a 11/02/03, tendo sido realizadas mais três entrevistas nos dias 04/09/03, 09/09/03 e 07/10/03, no momento em que se entrevistavam pessoas com dificuldade de sair de casa (cota C). Em seguida, a segunda em duração foi a cota A (HC), com 131 dias, no período de 12/02/03 a 24/06/03. A terceira em duração foi a cota C (pessoas com dificuldade de sair de casa), com 106 dias, no período de 25/06/03 a 09/10/03, sendo que também foram feitas entrevistas nos dias 19/06/03 e 20/06/03, período em que ainda não haviam terminado as entrevistas da cota A (HC), dois dias que foram retirados da contagem de tempo desta cota (HC). Por último, a cota que teve a menor duração foi a cota D (CEPEUSP), com 64 dias, de 10/09/02 a 12/11/02.

Na tabela 3 observa-se que foram obtidas mais entrevistas com as cotas de usuários do Serviço de Geriatria do Hospital das Clínicas-USP (cota A) e de participantes de atividades físicas do CEPEUSP (cota D). A cota que teve menor participação foi a de idosos dependentes cadastrados no PROGESI (cota C).

Tabela 3 - Distribuição da amostra de idosos, segundo as cotas da amostra – São Paulo – 2003

COTAS	FREQ.	%	%ACUM
HC-USP	52	26,94	26,94
3a.Idade	48	24,87	51,81
PROGESI	42	21,76	73,58
CEPEUSP	51	26,42	100,00

4.1 Cotas

4.1.1 Cota A

Idosos usuários de algum Serviço de Geriatria, que freqüentam o ambulatório (homens e mulheres, com 60 anos ou mais, independentes ou dependentes e que se consideraram doentes)

O serviço escolhido foi o Serviço de Geriatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, dadas a proximidade e a facilidade para o pesquisador. Foi utilizada uma lista de pacientes da Geriatria, fornecida pela PRODESP, com todos os pacientes matriculados no Ambulatório do Serviço de Geriatria e que passaram em consulta de 1º de janeiro de 2002 a 31 de dezembro do mesmo ano.

O período efetivo de entrevistas dessa cota foi de 12 de fevereiro de 2003 a 24 de junho de 2003. Foram sorteadas 100 pessoas, das quais 52 foram entrevistadas. Quarenta e oito pessoas deixaram de participar, apesar de sorteadas: vinte e cinco

foram excluídas, onze se recusaram a participar e doze faltaram à entrevista agendada.

Motivos da exclusão: a) dezenove avaliaram sua saúde como “boa” ou “ótima”; b) dois tinham diagnóstico e eram tratados por demência, moderada ou grave, com alta dependência; c) um apresentava surdez importante; d) um estava em depressão psicótica importante; e) um não entendia o Português; f) um havia participado do Projeto Piloto (Mestrado).

Motivos das recusas de onze sorteados: a) quatro dependiam dos filhos para ir ao hospital e esses não podem faltar mais uma vez ao trabalho, para uma simples entrevista e não para uma consulta; b) dois moravam em outro município; c) dois não gostavam de ser entrevistados; d) uma senhora era muito ocupada; e) outra morava sozinha; muita dificuldade para vir noutro dia; f) um senhor cuidava da esposa, que estava muito doente; não podia ficar saindo.

Motivos das faltas de doze sorteados à entrevista agendada: a) quatro faltaram sem que se ficasse sabendo o motivo; b) dois por doença pessoal no dia da entrevista (gripe, p. ex.); c) um senhor, porque a esposa ficou doente; d) um esqueceu que havia marcado a entrevista; e) uma senhora não quis sair sem o esposo (que não quis acompanhá-la); f) um devido à reforma em casa; não podia largar o pedreiro sozinho; g) um foi fazer fisioterapia; não podia faltar; h) um, que seria levado pelo filho, este ficou com problemas no dia da entrevista.

Foram entrevistadas, na cota A, 52 pessoas, sendo 21 homens e 31 mulheres. Foram entrevistadas duas pessoas a mais, porque, no dia da entrevista, quando trouxeram o documento de identidade, mudaram de faixa etária (75 anos ou mais).

Haviam dado uma idade mais nova no dia do sorteio e marcação da data da entrevista, idade que não se confirmou com a documentação trazida.

4.1.2 Cota B

Idosos participantes de “grupos de terceira idade” (homens e mulheres, com 60 anos ou mais, independentes e que se consideraram saudáveis)

Foram entrevistados idosos de três grupos da região oeste da cidade de São Paulo: Projeto Samuel Rangel, da Igreja Metodista de Pinheiros, sito à rua Lacerda Franco, 314, Pinheiros; Associação Idade Dourada, sita à rua Cardeal Arcoverde, 2628 – 1º andar, Pinheiros e Centro Comunitário Alto de Pinheiros, sito à rua Diógenes Ribeiro de Lima, 2000, Alto de Pinheiros. Foi a cota que teve a maior duração, pois não se desenvolveu numa etapa única e houve grande dificuldade de se recrutar indivíduos do sexo masculino.

No Projeto Samuel Rangel, foram entrevistados vinte e quatro idosos, dezenove mulheres e cinco homens; na Associação Idade Dourada, dezenove idosos, sendo dez mulheres e nove homens; no Centro Comunitário Alto de Pinheiros, quatro idosos, sendo três homens e uma mulher. Assim, o total de entrevistas realizadas foi de 48, sendo 30 de mulheres e 18 de homens.

Em apenas duas entrevistas houve necessidade de se remarcar, por motivos de força maior, uma delas por doença e outra por esquecimento. Ambas foram realizadas em data posterior.

No Projeto Samuel Rangel houve duas recusas à participação: uma senhora de 95 anos, que achou o tempo da entrevista muito longo e disse que provavelmente não

suportaria e se sentiria cansada e um senhor que não entendeu o objetivo da pesquisa, alegando que já era seguido em tratamento por alguns médicos e que não queria mais um. Além disso, pensou que estivéssemos querendo convencê-lo a participar mais do que já participava e que não tinha mais tempo, estava cheio de atividades. Não houve nenhuma exclusão.

Na Associação Idade Dourada, três senhoras sorteadas estavam viajando e outra não era idosa (57 anos); foram excluídas. Cinco homens recusaram ser entrevistados, todos alegando falta de tempo, pois ainda trabalhavam normalmente e o entrevistador não dispunha de local para entrevista no fim-de-semana.

No Centro Comunitário Alto de Pinheiros, um senhor ficou com medo de participar e pediu que o entrevistador conversasse com o irmão; este explicou que a entrevista não seria efetiva, dada uma doença de infância do irmão, que o deixou com capacidade reduzida de entendimento; muitas perguntas ele não conseguiria entender.

No total foram quatro exclusões, todas de idosos da Associação Idade Dourada, oito recusas e duas faltas à entrevista, mas que foram reagendadas e realizadas em data posterior.

As entrevistas se deram em três etapas. A primeira de 30 de julho de 2002 a 09 de setembro de 2002 e a segunda de 27 de novembro de 2002 a 11 de fevereiro de 2003. Nos dias 04 e 09 de setembro e 07 de outubro de 2003 foram entrevistados três novos integrantes masculinos, dois do Projeto Samuel Rangel e outro do Centro Comunitário Alto de Pinheiros, senhores que haviam entrado recentemente para os referidos grupos. Foi difícil conseguir entrevistas no final do ano passado devido às

festas natalinas e férias dos grupos e devido às férias do pesquisador (janeiro de 2003).

4.1.3. Cota C

Idosos confinados ao domicílio, ou com grande dificuldade de sair de casa, ou acamados, residentes em áreas próximas ao Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (homens e mulheres, com 60 anos ou mais, dependentes e que se consideraram doentes)

Foram entrevistadas pessoas idosas dependentes, cadastradas no Programa de Gerenciamento da Saúde do Idoso – PROGESI, do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, um cadastro com mais de 700 idosos, moradores em bairros ao redor da Escola de Enfermagem.

O período de entrevistas durou de 25 de junho de 2003 a 09 de outubro de 2003. Foram entrevistadas 42 pessoas, sendo 30 mulheres e 12 homens. Foi necessário excluir inúmeros idosos por serem portadores de seqüelas graves de acidente vascular cerebral ou de síndrome demencial. Duas entrevistas agendadas não se efetivaram, ambas previamente marcadas. Porém, quando o pesquisador chegou à casa, foi impedido de entrar; na primeira, pela própria idosa e, na segunda, pelo filho.

Houve 22 recusas (13 mulheres e 9 homens) e 90 exclusões (37 mulheres e 53 homens). Os motivos das recusas por parte das mulheres foram: não querer assinar o

termo de consentimento; prometer dar uma resposta após pensar, mas não voltar a entrar em contato; não querer ser entrevistada; não querer decidir sem o consentimento da filha; desligar o telefone, sem querer conversa; alegar que não gostava de receber pessoas em casa; ficar indecisa; alegar falta de tempo; não agüentar o tempo da entrevista por ser muito idosa (102 anos) e filho não permitir que o entrevistador entrasse em sua casa. Os motivos das recusas por parte dos homens foram: desligar o telefone, sem querer conversar; recusar-se a ser entrevistado; não entender o que o pesquisador dizia ao telefone; não ver nada na entrevista que pudesse ser útil a ele; estar muito doente, com cefaléia e sem condições de raciocínio; medo de ser assaltado e enganado; sem disposição, por estar se recuperando de doença grave; não querer decidir sem a esposa e não poder decidir naquele momento. Também as exclusões tiveram motivos vários. Para as mulheres: vinte e seis por serem totalmente independentes; duas por terem idade menor que 60 anos e nove por preencherem os critérios de exclusão (demência moderada ou grave, seqüela importante de acidente vascular cerebral e dificuldade de ser entrevistada por problemas que impediam a comunicação. Para os homens: trinta e nove por serem totalmente independentes; um por ter mudado de domicílio, morando em outra cidade; outro por estar internado no momento do contato e doze por preencherem os critérios de exclusão (demência moderada ou grave, seqüela grave de acidente vascular cerebral, depressão importante, surdez importante). Assim, não foi possível completar a cota.

4.1.4 Cota D

Idosos participantes de grupos de atividade física, que praticam atividade física regular, de média a intensa (homens e mulheres, com 60 anos ou mais, independentes, que se consideraram saudáveis)

O grupo entrevistado foi o de idosos participantes de programas de atividade física regular, matriculados no Centro de Práticas Esportivas da Universidade de São Paulo (CEPEUSP), sob orientação dos professores Ricardo Linares, José Carlos Astrauskas e Ana Cristina Mutarelli. Participavam de atividades variadas, como ginástica, musculação, corrida e atletismo, com periodicidade regular, podendo matricular-se em várias atividades. Os professores forneceram a listagem dos matriculados no semestre, para que fosse realizado o sorteio, sendo, então, convidados por telefone. Antes do sorteio, permitiram um contato inicial do pesquisador com grande parte dos alunos, em conjunto, para que pudesse esclarecer os objetivos da pesquisa. Tal contato foi importante, pois, quando o pesquisador ligava para o indivíduo sorteado, ele acabava se lembrando daquela preleção. Mesmo que não tivesse estado presente naquele dia, muitos já tinham ouvido falar a respeito, o que facilitou o convite.

As entrevistas foram realizadas num consultório do Núcleo de Medicina Esportiva (NUMES), dentro do próprio CEPEUSP, num ambiente bastante propício e acolhedor. O período de entrevistas foi de 10 de setembro de 2002 a 12 de novembro de 2002.

Foram excluídos 15 mulheres (onze de 60 a 74 anos e quatro de 75 anos ou mais) e 10 homens (oito de 60 a 74 anos e dois de 75 anos ou mais) por motivos

variados: ou porque abandonaram o Programa (oito mulheres de 60 a 74 anos, duas de 75 anos ou mais, três homens de 60 a 74 anos e um homem de 75 anos ou mais), ou por não estarem praticando de forma regular, com muitas faltas (dois homens de 60 a 74 anos e um homem de 75 anos ou mais), ou por serem ex-participantes do GAMIA (duas mulheres de 60 a 74 anos e um homem de 60 a 74 anos), ou por causa de cirurgia no joelho (um homem de 60 a 74 anos), ou cirurgia de catarata (uma mulher de 75 anos ou mais), ou doença pessoal (um homem de 60 a 74 anos), ou porque voltou a trabalhar (uma mulher de 60 a 74 anos), ou por causa de queda recente, não podendo realizar exercícios (uma mulher de 75 anos ou mais).

Foram entrevistadas 51 pessoas, sendo 31 mulheres e 20 homens.

4.2 Caracterização da amostra

Uma caracterização inicial da amostra e das cotas, conforme as variáveis previstas na metodologia (sexo, faixa etária, estado de saúde e habilidade funcional física) é mostrada a seguir. Para as cotas, com a finalidade de facilitar a leitura e compreensão das tabelas, serão dadas as seguintes denominações nesta seção: HC-USP para a cota A; 3ª Idade para a cota B; PROGESI para a cota C e CEPEUSP para a cota D.

A análise das variáveis sexo e faixa etária (Tabela 4) mostrou que a primeira se aproximou do que foi planejado na construção das cotas para a amostra (59,44% de mulheres e 40,56% de homens) e para a segunda, faixa etária, não se conseguiu

uma distribuição segundo os percentuais do mesmo censo (75,44% de pessoas de 60 a 74 anos e 24,66% de pessoas de 75 anos ou mais).

Tabela 4 - Distribuição dos idosos, segundo as variáveis demográficas da amostra – São Paulo – 2003

VARIÁVEIS	FREQ.	%	%ACUM
Sexo			
Feminino	122	63,21	63,21
Masculino	71	36,79	100,00
Faixa Etária			
60 a 74 anos	126	65,28	65,28
75 anos e mais	67	34,72	100,00
Feminino			
60 a 74 anos	78	63,93	63,93
75 anos e mais	44	36,07	100,00
Masculino			
60 a 74 anos	48	67,61	67,61
75 anos e mais	23	32,39	100,00

As cotas de idosos estão caracterizadas nas tabelas 5 e 6 de acordo com variáveis previstas na amostragem

Na tabela 5, duas cotas não mostram a distribuição etária esperada para a faixa etária de 60 a 74 anos (3ª idade e PROGESI). A cota de idosos cadastrados no PROGESI apresentou menos homens e mulheres nesta faixa etária e a cota da terceira idade tem menos homens que o esperado para esta faixa etária. A faixa etária de 75 anos ou mais apresentou um maior percentual e número absoluto de idosos em ambos os sexos no PROGESI. As mulheres do PROGESI representaram 41% de todas as mulheres nesta faixa etária. De uma maneira geral, na faixa etária mais velha foi observado um maior número de mulheres que homens (Tabela 5).

Tabela 5 - Número e porcentagem de idosos por cotas da amostra, segundo sexo e faixa etária – São Paulo – 2003

FAIXA ETÁRIA	HC-USP	COTAS			TOTAL
		3 ^A .IDADE	PROGESI	CEPEUSP	
60 a 74 anos					
Feminino	22	22	12	22	78
	28,21%	28,21%	15,38%	28,21%	100,0%
	59,46%	61,11%	75,00%	59,46%	1,90%
Masculino	15	14	4	15	48
	31,25%	29,17%	8,33%	31,25%	100,0%
	40,54%	38,89%	25,00%	40,54%	38,10%
Total	37	36	16	37	126
	29,37%	28,57%	12,70%	29,37%	100,0%
	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,0%
75 anos e mais					
Feminino	9	8	18	9	44
	20,45%	18,18%	40,91%	20,45%	100,0%
	60,00%	66,67%	69,23%	64,29%	65,67%
Masculino	6	4	8	5	23
	26,09%	17,39%	34,78%	21,74%	100,0%
	40,00%	33,33%	30,77%	35,71%	34,33%
Total	15	12	26	14	67
	22,39%	17,91%	38,81%	20,90%	100,0%
	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,0%
TOTAL	52	48	42	51	193

Na tabela 6, a maioria dos idosos se definiu com um estado de saúde de bom a ótimo (53,37%) e noventa avaliaram de comprometido a péssimo (46,63%). Analisando por cota, os que se classificaram como de bom a ótimo encontravam-se nos participantes de grupos de 3^a Idade e nos participantes de atividades físicas do CEPEUSP, enquanto que os de comprometido a péssimo eram os usuários do Serviço de Geriatria do Hospital das Clínicas-USP e os idosos dependentes cadastrados no PROGESI.

Tabela 6 - Número e porcentagem de idosos, segundo a cota da amostra e o estado de saúde – São Paulo – 2003

ESTADO DE SAÚDE	COTAS				TOTAL
	HC-USP	3 ^A .IDADE	PROGESI	CEPEUSP	
Péssimo	3 37,50%	0 0,00%	5 62,50%	0 0,00%	8 100,0%
Ruim	2 33,33%	0 0,00%	4 66,67%	0 0,00%	6 100,0%
Comprometido	47 61,84%	1 1,32%	28 36,84%	0 0,00%	76 100,0%
Bom	0 0,00%	41 50,62%	4 4,94%	36 44,44%	81 100,0%
Ótimo	0 0,00%	6 27,27%	1 4,55%	15 68,18%	22 100,0%
TOTAL	52 26,94%	48 24,87%	42 21,76%	51 26,42%	193 100,0%

4.3 Caracterização da população estudada

4.3.1 Características sócio-demográficas

Os entrevistados tinham, em média, 72 anos (dp=7), uma renda pessoal de 5,4 salários mínimos (dp=8,0), renda familiar de 12,0 salários mínimos (dp=14,5) e renda per capita de 5,08 salários mínimos (dp=5,57). Quanto à cor e estado civil, os entrevistados eram brancos (75,1%), casados (48,2%) e viúvos (35,2%). Quanto à escolaridade, 9,3% disseram não ter nenhum ano de escolaridade, 38,8% até 4 anos, 19,2% de 5 a 8 anos, 14,0% de 9 a 11 anos e 18,7% de 12 a 20 anos. Quanto a morar com outras pessoas, 46,6% viviam com filhos num arranjo intergeracional (19,7% com o cônjuge e 26,9% sem o cônjuge), 18,7% referiram viver sozinhos e 27,4% apenas com o cônjuge.

Quando foram analisadas as variáveis idade e renda, observou-se que o grupo do PROGESI tinha uma média de idade maior que os grupos 3ª Idade e CEPEUSP, sendo a idade média mais próxima dele a do HC. Por outro lado, a renda (pessoal e familiar per capita) tinha tendência inversa à distribuição da média de idade, os grupos com maiores médias de idade tinham menor renda, sendo os idosos do HC-USP os de pior renda e os do CEPEUSP, os de mais alta renda (Tabela 7).

Tabela 7 -Distribuição das variáveis Idade e Renda da amostra de idosos, segundo cada cota – São Paulo – 2003

VARIÁVEIS	N	MÉDIA	DESVIO P.	IC _{95%} *
HC-USP				
Idade	52	73	6,00	71,33-74,67
Renda pessoal	52	2,29	1,90	1,76- 2,82
Renda per capita	47	2,59	2,96	1,72- 3,46
3ª.Idade				
Idade	48	71	6,00	69,26-73,74
Renda pessoal	48	7,21	9,51	4,45- 9,97
Renda per capita	45	5,57	4,34	4,27- 6,87
PROGESI				
Idade	42	76	7,00	73,82-78,18
Renda pessoal	42	2,59	3,24	1,58- 3,60
Renda per capita	40	3,38	3,45	2,28- 4,8
CEPEUSP				
Idade	51	69	6,00	67,31-70,69
Renda pessoal	51	9,25	10,89	6,19-12,31
Renda per capita	49	8,28	7,89	6,01-10,55

NOTA: *Intervalo de confiança da média

4.3.2 Características econômicas

Analisando a renda per capita por cota da amostra, verificou-se que as cotas de idosos com maior proporção de renda mais alta estavam nos grupos de 3ª Idade ou nos participantes de atividades físicas do CEPEUSP. As mais baixas rendas pertenciam aos idosos dependentes cadastrados no PROGESI, onde 18 dos 40 idosos (45,0%) tinham renda per capita de até 2 salários mínimos e, também, aos usuários do Serviço de Geriatria do Hospital das Clínicas-USP, onde 28 dos 48 idosos (58,3%) também tinham a mesma renda per capita (Tabela 8).

Tabela 8 - Número e porcentagem de idosos, segundo a cota da amostra e as faixas de renda per capita em salários mínimos (S.M.) – São Paulo – 2003

RENDA PER CAPITA TOTAL	HC-USP	3ª IDADE	PROGESI	CEPEUSP	
menos de 1 SM	6 42,86%	1 7,14%	6 42,86%	1 7,14%	14 100,0%
de 1 a 2 SM	22 47,83%	8 17,39%	12 26,09%	4 8,70%	46 100,0%
de 2 a 3 SM	9 34,62%	6 23,08%	8 30,77%	3 11,54%	26 100,0%
de 3 a 5 SM	5 17,24%	6 20,69%	6 20,69%	12 41,38%	29 100,0%
de 5 a 10 SM	3 7,32%	20 48,78%	5 12,20%	13 31,71%	41 100,0%
10 SM e mais	2 8,00%	4 16,00%	3 12,00%	16 64,00%	25 100,0%

A análise da distribuição da renda pessoal segundo as cotas mostrou que, dentre os sem renda pessoal, 50% estavam no PROGESI, e, dentre os com 10 salários e mais, 58% estavam no CEPEUSP (Tabela 9).

Tabela 9 - Número e porcentagem de idosos, segundo a cota da amostra e as faixas de renda pessoal em salários mínimos (S.M.) – São Paulo – 2003

RENDA PESSOAL		HC-USP	3^A.IDADE	PROGESI	CEPEUSP	TOTAL
Nenhuma		2 12,50%	2 12,50%	8 50,00%	4 25,00%	16 100,0%
menos de 1 SM		0 0,00%	0 0,00%	1 100,00%	0 0,00%	1 100,0%
de 1 a 2 SM	27	11 44,26%	16 18,03%	7 26,23%	61 11,48%	100,0%
de 2 a 3 SM		10 43,48%	6 26,09%	5 21,74%	2 8,70%	23 100,0%
de 3 a 5 SM	10	9 32,26%	4 29,03%	8 12,90%	31 25,81%	100,0%
de 5 a 10 SM	2	9 6,67%	7 30,00%	12 23,33%	30 40,00%	100,0%
10 SM e mais		1 3,23%	11 35,48%	1 3,23%	18 58,06%	31 100,0%
TOTAL		52 26,94%	48 24,87%	42 21,76%	51 26,42%	193 100,0%

As variáveis que perguntavam sobre possuir serviços como seguro saúde, seguro de vida e empregada mensalista foram agrupadas em uma nova variável chamada “serviço” e as variáveis que perguntavam sobre possuir bens como forno microondas, carro e microcomputador foram agrupadas em uma outra variável chamada “bens móveis”.

Observou-se que era alta a porcentagem dos idosos que não possuía nenhum tipo de serviço (48,7%) e, aqueles que possuíam, preferiam o seguro saúde (24,4%), ou seguro saúde e seguro de vida (10,4%); somente 3,1% possuíam todos os serviços (Tabela 10).

Para a variável “bens móveis”, só 24,4% não possuía nenhum tipo de bem e, quem possuía, preferia forno de microondas, todos (forno, carro e computador) ou carro e forno, com 31,6%, 18,1% e 17,1% respectivamente (Tabela 10).

Tabela 10 - Distribuição da amostra de idosos, segundo variáveis de serviços e bens móveis – São Paulo – 2003

VARIÁVEIS	FREQ.	%	%ACUM
Serviços			
Nenhum	94	48,70	48,70
Seguro saúde	47	24,35	73,06
Seguro de vida	8	4,15	77,20
Seguro de vida e saúde	20	10,36	87,56
Empregada	6	3,11	90,67
Empregada e seguro saúde	11	5,70	96,37
Empregada e seguro de vida	1	0,52	96,89
Todos	6	3,11	100,00
Total	193	100,00	
Bens móveis			
Nenhum	47	24,35	24,35
Forno	61	31,61	55,96
Carro	8	4,15	60,10
Carro e forno	33	17,10	77,20
Computador	2	1,04	78,24
Computador e forno	6	3,11	81,35
Computador e carro	1	0,52	81,87
Todos	35	18,13	100,00
TOTAL	193	100,00	

A análise por cota mostrou que os idosos usuários do Serviço de Geriatria do Hospital das Clínicas-USP e os idosos dependentes cadastrados no PROGESI apresentavam os maiores percentuais de “nenhum serviço” e os idosos participantes de grupos de 3ª Idade e os participantes de atividades físicas do CEPEUSP possuíam porcentagens maiores nos outros itens, exceto em “possuir empregada mensalista”, que era alto para a cota de idosos do PROGESI (Tabela 11).

Tabela 11 - Número e porcentagem de idosos, segundo a cota da amostra e serviços – São Paulo – 2003

SERVIÇOS	HC-USP	3^A.IDADE	PROGESI	CEPEUSP	TOTAL
Nenhum	52,13%	12,77%	24,47%	10,64%	100,0%
Seguro saúde	0 0,00%	48,94%	19,15%	31,91%	47 100,0%
Seguro de vida	2 25,00%	1 12,50%	1 12,50%	4 50,00%	8 100,0%
Seguro de vida e saúde	0 0,00%	8 40,00%	0 0,00%	12 60,00%	20 100,0%
Empregada	0 0,00%	1 16,67%	5 83,33%	0 0,00%	6 100,0%
Empregada e seguro saúde	0 0,00%	2 18,18%	4 36,36%	5 45,45%	11 100,0%
Empregada e seguro de vida	1 100,00%	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	1 100,0%
Todos	0 0,00%	1 16,67%	0 0,00%	5 83,33%	6 100,0%
BENS MÓVEIS					
Nenhum	22 46,81%	6 12,77%	14 29,79%	5 10,64%	47 100,0%
Forno					
Carro	25,00%	12,50%	37,50%	25,00%	100,0%
Computador	1 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	1 50,00%	2 100,0%
Carro e forno	3 9,09%	14 42,42%	4 12,12%	12 36,36%	33 100,0%
Computador e forno	0 0,00%	3 50,00%	1 16,67%	2 33,33%	6 100,0%
Computador e carro	0 0,00%	0 0,00%	1 100,00%	0 0,00%	1 100,0%
Todos	1 2,86%	8 22,86%	3 8,57%	23 65,71%	35 100,0%

A casa própria é um bem que a maioria possuía (87%). Somente 13% referiram não ter casa própria. Dentre os que não possuíam casa própria, 44% eram do PROGESI e 32% do HC; somente uma pessoa do CEPEUSP não possuía casa própria (Tabela 12).

Tabela 12 - Número e porcentagem de idosos, segundo a cota da amostra e casa própria – São Paulo – 2003

CASA PRÓPRIA	COTAS				TOTAL
	HC-USP	3^A IDADE	PROGESI	CEPEUSP	
não	8 32,00%	5 20,00%	11 44,00%	1 4,00%	25
sim	44 26,19%	43 25,60%	31 18,45%	50 29,76%	168
TOTAL	52	48	42	51	193

NOTA: Teste de Fisher = 0,004

4.3.3 Habilidade funcional

As atividades instrumentais que englobam as questões sobre telefonar, locomoção, fazer compras, preparo de refeições, trabalho doméstico, ingestão de medicamentos e controle de finanças foram combinadas e reunidas em uma única variável. A maioria dos idosos (56,5%) disse que não necessitava de nenhuma ajuda para a realização dessas tarefas; eram 109 idosos totalmente independentes. Só 20,7% se disseram incapazes de realizá-las e 22,8% necessitavam de alguma ajuda. As atividades físicas, que são constituídas de alimentar-se, vestir-se, cuidar da aparência, andar no plano, dormir, banhar-se e utilizar o banheiro também foram consolidadas em uma única variável. Esta apresentou um percentual de 89,6% de

idosos que não necessitavam de ajuda; eram 173 idosos totalmente independentes para essas atividades. Somente 4,1% disseram ser incapazes de desempenhar qualquer das atividades físicas avaliadas e 6,3% necessitavam de alguma ajuda.

Analisando, por cota, as atividades instrumentais e físicas, o grupo de idosos dependentes cadastrados no PROGESI se diferenciou dos demais por possuir percentuais mais altos de incapacidade total nas atividades físicas e instrumentais (Tabela 13).

Tabela 13 - Número e porcentagem de idosos, segundo a cota da amostra e as atividades instrumentais e físicas – São Paulo – 2003

ATIVIDADES	COTAS				
	HC-USP	3 ^A .IDADE	PROGESI	CEPEUSP	TOTAL
Instrumentais					
Nenhuma ajuda	29 26,61%	38 34,86%	1 0,92%	41 37,61%	109 100,0%
Com alguma ajuda	16 36,36%	9 20,45%	9 20,45%	10 22,73%	44 100,0%
Incapaz	7 17,50%	1 2,50%	32 80,00%	0 0,00%	40 100,0%
Físicas					
Nenhuma ajuda	50 28,90%	48 27,75%	24 13,87%	51 29,48%	173 100,0%
Com alguma ajuda	1 8,33%	0 0,00%	11 91,67%	0 0,00%	12 100,0%
Incapaz	1 12,50%	0 0,00%	7 87,50%	0 0,00%	8 100,0%

Na atividade física regular 37,5% dos idosos não faziam nenhuma atividade e, aqueles que faziam, preferiam ginástica (19,3%), caminhada (18,2%), yoga/alongamento (9,9%), hidroginástica (6,8%) e outras atividades (8,3%) (Tabela 14).

Tabela 14 - Distribuição da amostra de idosos, segundo atividade física regular – São Paulo – 2003

ATIVIDADE FÍSICA REGULAR	FREQ	%	%ACUM
Nenhuma	72	37,50	37,50
Caminhada	35	18,23	55,73
Ginástica	37	19,27	75,00
Hidroginástica	13	6,77	81,77
Yoga /Alongamento	19	9,90	91,67
Outras	16	8,33	100,00

A análise segundo as cotas da amostra mostrou que a maioria dos idosos, que não praticavam atividade física regular, estava no grupo de idosos cadastrados no PROGESI e de usuários do Serviço de Geriatria do Hospital das Clínicas-USP. Dentre os que faziam caminhadas, 40,0% eram do Serviço de Geriatria do Hospital das Clínicas-USP. Nas demais atividades, os grupos do CEPEUSP e 3ª Idade apresentaram maiores proporções (Tabela 15).

Tabela 15 - Número e porcentagem de idosos, segundo a cota da amostra e a atividade física regular – São Paulo – 2003

ATIVIDADE FÍSICA*	COTAS				TOTAL
	HC-USP	3ª IDADE	PROGESI	CEPEUSP	
Nenhuma	27 37,50%	10 13,89%	35 48,61%	0 0,00%	72 100,0%
Caminhada	14 40,00%	5 14,29%	3 8,57%	13 37,14%	35 100,0%
Ginástica	7 18,92%	11 29,73%	0 0,00%	19 51,35%	37 100,0%
Hidroginástica	1 7,69%	12 92,31%	0 0,00%	0 0,00%	13 100,0%
Yoga/Alongamento	2 10,53%	6 31,58%	1 5,26%	10 52,63%	19 100,0%
Outras	0 0,00%	4 25,00%	3 18,75%	9 56,25%	16 100,0%
TOTAL	51 26,56%	48 25,00%	42 21,88%	51 26,56%	192 100,0%

NOTA:Atividade Física Regular

4.3.4 Atividade sexual

Os idosos que mais referiram ter atividade sexual pertenciam à cota de participantes de atividades físicas do CEPEUSP e os que menos referiram foram os do PROGESI. Em todas as cotas, a maioria não realizava atividade sexual (Tabela 16).

Tabela 16 - Número e porcentagem de idosos, segundo atividade sexual e a cota da amostra – São Paulo – 2003

COTAS	ATIVIDADE SEXUAL		TOTAL
	SIM	NÃO	
HC-USP	12 23,08%	40 76,92%	52 100,0%
3ª Idade	9 20,00%	36 80,00%	45 100,0%
PROGESI	3 7,50%	37 92,50%	40 100,0%
CEPEUSP	23 47,92%	25 52,08%	48 100,0%
TOTAL	47 25,41%	138 74,59%	185 100,0%

NOTA: Fisher's exact= 0,000

4.4 Redução dos Itens

Os entrevistados avaliaram cada item em relação à importância para a qualidade de vida. Se tivessem considerado o item como determinante de “boa qualidade de vida”, avaliavam quão importante era o item para uma “boa qualidade de vida”, ou quanto aquele item “melhorava” a qualidade de vida; se tivessem considerado como determinante de “má qualidade de vida”, avaliavam quão importante era para a “má qualidade de vida”, ou quanto “piorava” a qualidade de vida. Usaram a escala de Likert de cinco pontos (Anexo B). No Anexo K são

mostrados os resultados das entrevistas no que se refere à lembrança espontânea do item, ou à estimulação, caso não tivesse sido lembrado espontaneamente. Mostra-se, também, a escolha do item como fator determinante para “boa” ou “má” qualidade de vida na velhice e o número de idosos que desconsiderou cada item, por não considerá-lo relevante para sua qualidade de vida.

Os resultados foram expressos como “frequência” (proporção de idosos que elegeram o item como relevante) e como “importância” (o escore médio de importância para aquele item, a partir da escala de 5 pontos). Para cada item, o produto da proporção de idosos que apontaram aquele item como relevante para a qualidade de vida (frequência) pela importância média dada àquele item (importância) resultou num número, que representou o impacto daquele item para a qualidade de vida do idoso (Tabela 17).

Tabela 17 – Escore de impacto de cada item, resultado do produto da média da importância atribuída ao item (MÉDIA) pela frequência de entrevistados que considerou o item relevante (FREQ) – São Paulo – 2003

Nº	ITEM	MEDIA	FREQ	IMPACTO
1	Amizades	3,947	96,9	382,4643
2	Viver sem dor importante	4,378	97,4	426,4172
3	Tomar remédio	3,386	88,6	299,9996
4	Cuidar de si mesmo (banhar-se, vestir-se,...)	4,544	99,5	452,128
5	Solidão	4,228	95,3	402,9284
6	Casa própria	4,519	97,9	442,4101
7	Viver bem com a família	4,599	99,5	457,6005
8	Frequentar clubes, associações, igrejas, grupos	4,333	91,7	397,3361
9	Saúde	4,793	100,0	479,3
10	Falta de dinheiro	4,394	97,4	427,9756
11	Saber ler e escrever	4,384	98,4	431,3856
12	Amar	4,463	97,4	434,6962
13	Ficar sem fazer nada; não fazer nada	4,148	97,9	406,0892
14	Compreensão dos mais novos	3,973	97,4	386,9702

“continua”

“continuação”

Nº	ITEM	MEDIA	FREQ	IMPACTO
15	Depender dos outros para as atividades do dia-a-dia	4,377	99,0	433,323
16	Andar 30 minutos sem dificuldade	4,178	99,0	413,622
17	Gostar de si mesmo; estar contente consigo mesmo	4,469	99,5	444,6655
18	Ter motivo para viver	4,443	99,5	442,0785
19	Realizar atividade física (esportes, ginástica, caminhada etc.)	4,166	96,9	403,6854
20	Boa alimentação; alimentação sadia	4,45	99,0	440,55
21	Reclamar da vida	3,962	94,3	373,6166
22	Paz e Tranquilidade	4,544	100,0	454,4
23	Capacidade de decisão, de comando	4,213	94,8	399,3924
24	Abandono da família	4,591	100,0	459,1
25	Ser respeitado pela sociedade	4,313	99,5	429,1435
26	Ir a cinema, teatro, passeios, concertos etc.	3,705	94,8	351,234
27	Usar transporte público (ônibus, metrô etc.)	3,817	85,0	324,445
28	Viver sozinho	4,073	92,2	375,5306
29	Os filhos estarem bem de vida	4,539	99,0	449,361
30	Namorar	3,82	77,7	296,814
31	Boa aposentadoria	4,581	99,0	453,519
32	Falta de higiene	4,425	100,0	442,5
33	Sentir-se disposto, cheio de energia	4,591	100,0	459,1
34	Ser independente fisicamente	4,51	99,5	448,745
35	Ser visitado, ou visitar a família com frequência	4,064	96,9	393,8016
36	Ser visitado, ou visitar amigos, vizinhos, com frequência	3,912	82,4	322,3488
37	Não acreditar em Deus	4,598	92,7	426,2346
38	Vida tranqüila, sem preocupação	4,411	98,4	434,0424
39	Sono tranqüilo	4,406	99,5	438,397
40	Atividade sexual; ter relação sexual	3,899	72,0	280,728
41	Problemas de saúde	4,524	97,9	442,8996
42	Sentir-se respeitado pela sociedade	4,314	99,0	427,086
43	Sossego	4,265	95,9	409,0135
44	Aceitar a idade	4,153	91,2	378,7536
45	Ter cônjuge, companheiro	4,205	86,0	361,63
46	Pobreza	4,455	91,2	406,296
47	Ter um sentido para a própria vida	4,385	96,9	424,9065
48	Liberdade	4,354	97,9	426,2566
49	Deficiência dos sentidos (visão, audição, olfação, gustação etc.)	4,562	95,9	437,4958

“continua”

“continuação”

Nº	ITEM	MEDIA	FREQ	IMPACTO
50	Adaptar-se às perdas; saber perder	3,797	79,3	301,1021
51	Ter o necessário para viver	4,187	96,9	405,7203
52	Ter rendimentos suficientes para os gastos	4,176	94,3	393,7968
53	Ter rendimentos maiores que os gastos	4,424	88,1	389,7544
54	Morar sozinho	4,077	87,6	357,1452
55	Ter controle sobre a própria vida	4,311	98,4	424,2024
56	Rabujice; mau humor	4,474	99,5	445,163
57	Desunião da família	4,578	99,5	455,511
58	Saber conviver com os outros	4,167	99,5	414,6165
59	Continuar ativo em seu meio (telefonar, fazer compras, cuidar das finanças etc.)	4,396	99,5	437,402
60	Executar tarefas domésticas (cozinhar, lavar, limpar, arrumar a casa, consertar etc.)	4,056	93,3	378,4248
61	Viajar	4,125	95,3	393,1125
62	Gostar do que faz	4,325	99,0	428,175
63	Fazer o que gosta	4,424	99,0	437,976
64	Precisar de dieta	3,556	92,2	327,8632
65	Situação financeira estável	4,024	87,6	352,5024
66	Disposição para o trabalho	4,292	99,5	427,054
67	Fé em Deus	4,697	95,9	450,4423
68	Alegria; Felicidade	4,611	100,0	461,1
69	Vícios (bebida, cigarro, jogo, drogas etc.)	4,646	99,5	462,277
70	Continuar exercendo sua profissão	4,022	92,7	372,8394
71	Ter diploma do 1º grau (ginásio)	4,047	88,6	358,5642
72	Desenvolver novos potenciais, novas habilidades	3,957	97,4	385,4118
73	Falta de respeito da sociedade para com os idosos	4,361	99,0	431,739
74	Poder escolher o programa de TV ou de rádio que irá assistir	3,8	93,3	354,54
75	Segurança Pública	4,292	99,5	427,054
76	Satisfazer as necessidades básicas (alimentação, vestuário, moradia, transporte, saúde, lazer etc.)	4,472	100,0	447,2
77	Ter confiança no futuro	4,207	97,4	409,7618
78	Fazer o bem aos outros; solidariedade	4,333	99,5	431,1335
79	Sentir-se realizado	4,408	99,0	436,392
80	Falta de amigos, de companhia	4,021	96,9	389,6349

“continua”

“continuação”

Nº	ITEM	MEDIA	FREQ	IMPACTO
81	Ser atendido com facilidade em qualquer serviço de saúde, quando precisar	4,411	99,5	438,8945
82	Doenças	4,672	99,5	464,864
83	Baixo poder aquisitivo; baixos salários	4,337	96,9	420,2553
84	Gostar do próprio corpo	4,16	96,9	403,104
85	Sentir-se útil	4,28	100,0	428
86	Violência (assalto, roubo, briga etc.)	4,788	100,0	478,8
87	Ser lembrado pelos filhos	4,492	99,0	444,708
88	Continuar trabalhando	4,016	97,9	393,1664
89	Ter paciência	4,083	99,5	406,2585
90	Falta de memória; esquecimento	4,49	99,5	446,755
91	Ter facilidade para dormir	4,202	100,0	420,2
92	Dirigir automóvel	3,658	80,3	293,7374
93	Más companhias	4,477	100,0	447,7
94	Ter com quem se abrir; poder desabafar com alguém	4,086	96,9	395,9334
95	Adaptar-se às mudanças que ocorrem no mundo (tecnologia, caixa eletrônico, telefone celular, computador,...)	4,133	93,8	387,6754
96	Harmonia na família	4,623	99,0	457,677
97	Participar de festas, casamentos, reuniões	3,857	94,3	363,7151
98	Ter planos e projetos para o futuro	3,95	93,3	368,535
99	Ter apoio da família	4,375	99,5	435,3125
100	Ter apoio de amigos	4,032	98,4	396,7488
101	Estar bem consigo mesmo	4,456	100,0	445,6
102	Assistência médica	4,477	100,0	447,7
103	Receber auxílio financeiro dos filhos	3,846	94,3	362,6778
104	Ser amado	4,443	99,5	442,0785
105	Ter uma religião	4,486	94,8	425,2728
106	Ter um ideal a ser seguido	4,181	97,4	407,2294
107	Controlar o peso	3,842	95,3	366,1426
108	Falta de lugar para morar	4,565	100,0	456,5
109	Sentir-se saudável	4,404	100,0	440,4
110	Conviver bem com os vizinhos	3,964	99,5	394,418
111	Facilidade de transporte	4,042	98,4	397,7328
112	Comer mal	4,295	98,4	422,628
113	Ter um emprego	3,961	92,2	365,2042

“continua”

“continuação”

Nº	ITEM	MEDIA	FREQ	IMPACTO
114	Aprender coisas novas	4,011	98,4	394,6824
115	Tomar conta de netos	3,81	79,3	302,133
116	Ser estimado pelas pessoas	4,264	100,0	426,4
117	Morar com familiares (filhos, noras, genros, netos etc.)	3,852	83,9	323,1828
118	Participar de movimentos, associações, conselhos, sindicatos etc.	3,797	81,9	310,9743
119	Ter calma, tranquilidade	4,244	100,0	424,4
120	Ambiente sem poluição	4,389	100,0	438,9
121	Sentir-se um peso para as pessoas	4,466	99,0	442,134
122	Dieta com pouco sal	3,806	88,1	335,3086
123	Desentendimento com a família	4,446	100,0	444,6
124	Sentir que os filhos estão bem	4,557	99,5	453,4215
125	Ter diversão, lazer; ocupar o tempo livre	4,115	99,0	407,385
126	Morar bem (água encanada, esgoto, espaço, conforto, segurança etc.)	4,568	99,5	454,516
127	Ter doença crônica (diabetes mellitus, pressão alta, reumatismo etc.)	4,576	95,3	436,0928
128	Atendimento ruim em serviços públicos (bancos, hospitais, postos de saúde, ônibus,...)	4,328	99,5	430,636
129	Dor no corpo (juntas, cabeça, barriga etc.)	4,25	99,5	422,875
130	Ajudar outras pessoas	4,176	100,0	417,6
131	Tristeza; depressão	4,474	99,5	445,163
132	Estar satisfeito com o sono	4,214	99,5	419,293
133	Estar bem vestido	4,114	95,3	392,0642
134	Ser elegante	4,072	93,8	381,9536
135	Precisar de remédio	3,934	94,3	370,9762
136	Sentir-se sozinho	4,174	95,3	397,7822
137	Dependência em geral (física, econômica, social etc.)	4,596	100,0	459,6
138	Aproveitar cada momento da vida	4,435	100,0	443,5
139	Dormir fora de hora; não ter hora para dormir	3,744	85,0	318,24

“conclusão”

Os itens foram ordenados, então, de acordo com o seu escore de impacto, em ordem decrescente, elaborando-se, assim, uma lista de impacto, com os de maior

impacto vindo em primeiro lugar. Os primeiros 46 itens estão destacados na tabela abaixo em cor cinza. (Tabela 18).

Tabela 18 – *Ranking* de impacto de acordo com o escore de impacto de cada item, em ordem decrescente – São Paulo – 2003

Nº	ITEM	MEDIA	FREQ	IMPACTO
9	Saúde	4,793	100,0	479,3
86	Violência (assalto, roubo, briga etc.)	4,788	100,0	478,8
82	Doenças	4,672	99,5	464,864
69	Vícios (bebida, cigarro, jogo, drogas etc.)	4,646	99,5	462,277
68	Alegria; Felicidade	4,611	100,0	461,1
137	Dependência em geral (física, econômica, social etc.)	4,596	100,0	459,6
24	Abandono da família	4,591	100,0	459,1
33	Sentir-se disposto, cheio de energia	4,591	100,0	459,1
96	Harmonia na família	4,623	99,0	457,677
7	Viver bem com a família	4,599	99,5	457,6005
108	Falta de lugar para morar	4,565	100,0	456,5
57	Desunião da família	4,578	99,5	455,511
126	Morar bem (água encanada, esgoto, espaço, conforto, segurança etc.)	4,568	99,5	454,516
22	Paz e Tranquilidade	4,544	100,0	454,4
31	Boa aposentadoria	4,581	99,0	453,519
124	Sentir que os filhos estão bem	4,557	99,5	453,4215
4	Cuidar de si mesmo (banhar-se, vestir-se,...)	4,544	99,5	452,128
67	Fé em Deus	4,697	95,9	450,4423
29	Os filhos estarem bem de vida	4,539	99,0	449,361
34	Ser independente fisicamente	4,51	99,5	448,745
93	Más companhias	4,477	100,0	447,7
102	Assistência médica	4,477	100,0	447,7
76	Satisfazer as necessidades básicas (alimentação, vestuário, moradia, transporte, saúde, lazer etc.)	4,472	100,0	447,2
90	Falta de memória; esquecimento	4,49	99,5	446,755
101	Estar bem consigo mesmo	4,456	100,0	445,6
56	Rabujice; mau humor	4,474	99,5	445,163
131	Tristeza; depressão	4,474	99,5	445,163
87	Ser lembrado pelos filhos	4,492	99,0	444,708
17	Gostar de si mesmo; estar contente consigo mesmo	4,469	99,5	444,6655

“continua”

“continuação”

Nº	ITEM	MEDIA	FREQ	IMPACTO
123	Desentendimento com a família	4,446	100,0	444,6
138	Aproveitar cada momento da vida	4,435	100,0	443,5
41	Problemas de saúde	4,524	97,9	442,8996
32	Falta de higiene	4,425	100,0	442,5
6	Casa própria	4,519	97,9	442,4101
121	Sentir-se um peso para as pessoas	4,466	99,0	442,134
18	Ter motivo para viver	4,443	99,5	442,0785
104	Ser amado	4,443	99,5	442,0785
20	Boa alimentação; alimentação sadia	4,45	99,0	440,55
109	Sentir-se saudável	4,404	100,0	440,4
120	Ambiente sem poluição	4,389	100,0	438,9
81	Ser atendido com facilidade em qualquer serviço de saúde, quando precisar	4,411	99,5	438,8945
39	Sono tranquilo	4,406	99,5	438,397
63	Fazer o que gosta	4,424	99,0	437,976
49	Deficiência dos sentidos (visão, audição, olfação, gustação etc.)	4,562	95,9	437,4958
59	Continuar ativo em seu meio (telefonar, fazer compras, cuidar das finanças etc.)	4,396	99,5	437,402
79	Sentir-se realizado	4,408	99,0	436,392
127	Ter doença crônica (diabetes mellitus, pressão alta, reumatismo etc.)	4,576	95,3	436,0928
99	Ter apoio da família	4,375	99,5	435,3125
12	Amar	4,463	97,4	434,6962
38	Vida tranquila, sem preocupação	4,411	98,4	434,0424
15	Depender dos outros para as atividades do dia-a-dia	4,377	99,0	433,323
73	Falta de respeito da sociedade para com os idosos	4,361	99,0	431,739
11	Saber ler e escrever	4,384	98,4	431,3856
78	Fazer o bem aos outros; solidariedade	4,333	99,5	431,1335
128	Atendimento ruim em serviços públicos (bancos, hospitais, postos de saúde, ônibus,...)	4,328	99,5	430,636
25	Ser respeitado pela sociedade	4,313	99,5	429,1435
62	Gostar do que faz	4,325	99,0	428,175
85	Sentir-se útil	4,28	100,0	428
10	Falta de dinheiro	4,394	97,4	427,9756
42	Sentir-se respeitado pela sociedade	4,314	99,0	427,086

“continua”

“continuação”

Nº	ITEM	MEDIA	FREQ	IMPACTO
66	Disposição para o trabalho	4,292	99,5	427,054
75	Segurança Pública	4,292	99,5	427,054
2	Viver sem dor importante	4,378	97,4	426,4172
116	Ser estimado pelas pessoas	4,264	100,0	426,4
48	Liberdade	4,354	97,9	426,2566
37	Não acreditar em Deus	4,598	92,7	426,2346
105	Ter uma religião	4,486	94,8	425,2728
47	Ter um sentido para a própria vida	4,385	96,9	424,9065
119	Ter calma, tranquilidade	4,244	100,0	424,4
55	Ter controle sobre a própria vida	4,311	98,4	424,2024
129	Dor no corpo (juntas, cabeça, barriga etc.)	4,25	99,5	422,875
112	Comer mal	4,295	98,4	422,628
83	Baixo poder aquisitivo; baixos salários	4,337	96,9	420,2553
91	Ter facilidade para dormir	4,202	100,0	420,2
132	Estar satisfeito com o sono	4,214	99,5	419,293
130	Ajudar outras pessoas	4,176	100,0	417,6
58	Saber conviver com os outros	4,167	99,5	414,6165
16	Andar 30 minutos sem dificuldade	4,178	99,0	413,622
77	Ter confiança no futuro	4,207	97,4	409,7618
43	Sossego	4,265	95,9	409,0135
125	Ter diversão, lazer; ocupar o tempo livre	4,115	99,0	407,385
106	Ter um ideal a ser seguido	4,181	97,4	407,2294
46	Pobreza	4,455	91,2	406,296
89	Ter paciência	4,083	99,5	406,2585
13	Ficar sem fazer nada; não fazer nada	4,148	97,9	406,0892
51	Ter o necessário para viver	4,187	96,9	405,7203
19	Realizar atividade física (esportes, ginástica, caminhada etc.)	4,166	96,9	403,6854
84	Gostar do próprio corpo	4,16	96,9	403,104
5	Solidão	4,228	95,3	402,9284
23	Capacidade de decisão, de comando	4,213	94,8	399,3924
136	Sentir-se sozinho	4,174	95,3	397,7822
111	Facilidade de transporte	4,042	98,4	397,7328
8	Frequentar clubes, associações, igrejas, grupos	4,333	91,7	397,3361
100	Ter apoio de amigos	4,032	98,4	396,7488
94	Ter com quem se abrir; poder desabafar com alguém	4,086	96,9	395,9334

“continua”

“continuação”

Nº	ITEM	MEDIA	FREQ	IMPACTO
114	Aprender coisas novas	4,011	98,4	394,6824
110	Conviver bem com os vizinhos	3,964	99,5	394,418
35	Ser visitado, ou visitar a família com frequência	4,064	96,9	393,8016
52	Ter rendimentos suficientes para os gastos	4,176	94,3	393,7968
88	Continuar trabalhando	4,016	97,9	393,1664
61	Viajar	4,125	95,3	393,1125
133	Estar bem vestido	4,114	95,3	392,0642
53	Ter rendimentos maiores que os gastos	4,424	88,1	389,7544
80	Falta de amigos, de companhia	4,021	96,9	389,6349
95	Adaptar-se às mudanças que ocorrem no mundo (tecnologia, caixa eletrônico, telefone celular, computador,...)	4,133	93,8	387,6754
14	Compreensão dos mais novos	3,973	97,4	386,9702
72	Desenvolver novos potenciais, novas habilidades	3,957	97,4	385,4118
1	Amizades	3,947	96,9	382,4643
134	Ser elegante	4,072	93,8	381,9536
44	Aceitar a idade	4,153	91,2	378,7536
60	Executar tarefas domésticas (cozinhar, lavar, limpar, arrumar a casa, consertar etc.)	4,056	93,3	378,4248
28	Viver sozinho	4,073	92,2	375,5306
21	Reclamar da vida	3,962	94,3	373,6166
70	Continuar exercendo sua profissão	4,022	92,7	372,8394
135	Precisar de remédio	3,934	94,3	370,9762
98	Ter planos e projetos para o futuro	3,95	93,3	368,535
107	Controlar o peso	3,842	95,3	366,1426
113	Ter um emprego	3,961	92,2	365,2042
97	Participar de festas, casamentos, reuniões	3,857	94,3	363,7151
103	Receber auxílio financeiro dos filhos	3,846	94,3	362,6778
45	Ter cônjuge, companheiro	4,205	86,0	361,63
71	Ter diploma do 1º grau (ginásio)	4,047	88,6	358,5642
54	Morar sozinho	4,077	87,6	357,1452
74	Poder escolher o programa de TV ou de rádio que irá assistir	3,8	93,3	354,54
65	Situação financeira estável	4,024	87,6	352,5024
26	Ir a cinema, teatro, passeios, concertos etc.	3,705	94,8	351,234
122	Dieta com pouco sal	3,806	88,1	335,3086
64	Precisar de dieta	3,556	92,2	327,8632

“continua”

“continuação”

Nº	ITEM	MEDIA	FREQ	IMPACTO
27	Usar transporte público (ônibus, metrô etc.)	3,817	85,0	324,445
117	Morar com familiares (filhos, noras, genros, netos etc.)	3,852	83,9	323,1828
36	Ser visitado, ou visitar amigos, vizinhos, com frequência	3,912	82,4	322,3488
139	Dormir fora de hora; não ter hora para dormir	3,744	85,0	318,24
118	Participar de movimentos, associações, conselhos, sindicatos etc.	3,797	81,9	310,9743
115	Tomar conta de netos	3,81	79,3	302,133
50	Adaptar-se às perdas; saber perder	3,797	79,3	301,1021
3	Tomar remédio	3,386	88,6	299,9996
30	Namorar	3,82	77,7	296,814
92	Dirigir automóvel	3,658	80,3	293,7374
40	Atividade sexual; ter relação sexual	3,899	72,0	280,728

“conclusão”

Para reduzir o número de itens, a fim de compor o instrumento final, foram selecionados os primeiros 46 itens de escore mais alto, o que significou um terço da lista de itens.

4.5 Itens

A análise da avaliação que os entrevistados fizeram, tanto na caracterização do item como fator determinante para “boa qualidade de vida” ou “má qualidade de vida”, quanto na exclusão do item, por acharem que o mesmo não influenciava de maneira alguma a qualidade de vida, nem piorando, nem melhorando a vida, levou a algumas observações:

- a) itens que tiveram unanimidade quanto a serem considerados, ou como fatores de “boa qualidade de vida”, ou de “má qualidade de vida”, isto é, todos os entrevistados, sem exceção, avaliaram o item como determinante de boa qualidade de vida (**unanimidade positiva**), ou, então, todos, sem exceção, como determinante de má qualidade de vida (**unanimidade negativa**);
- b) itens que tiveram a mesma avaliação por todos os que avaliaram, tendo em vista que alguns entrevistados descartaram o item como não tendo relevância para a qualidade de vida do idoso; assim, ou todos os que avaliaram, avaliaram-no como determinante de “boa qualidade de vida” (**itens positivos não-problemáticos**), ou todos o avaliaram como determinante de “má qualidade de vida” (**itens negativos não-problemáticos**);
- c) itens que tiveram avaliação nas duas polaridades, influência positiva para alguns e negativa para outros, podendo, também, serem considerados como não-relevantes por alguns, mas predominando fortemente uma das polaridades; assim, ou pelo menos 95% dos que avaliaram, avaliaram-no como determinante de “boa qualidade de vida”, havendo 5% ou menos de avaliação negativa (**maioria positiva**), ou pelo menos 95% dos que avaliaram, avaliaram-no como determinante de “má qualidade de vida”, havendo 5% ou menos de avaliação positiva (**maioria negativa**);
- d) itens que causaram grande divisão na avaliação dos entrevistados, vários escolhendo como determinante de “boa qualidade de vida” na velhice, vários outros como determinante de “má qualidade de vida” na velhice e outros mais que o descartaram, por o considerarem não-relevante para a qualidade de vida nessa fase da existência (**itens polêmicos**).

UNANIMIDADE POSITIVA (14 ITENS)

- Item 4 Cuidar de si mesmo (banhar-se, vestir-se, arrumar-se, alimentar-se etc.)
- Item 9 Saúde
- Item 22 Paz e Tranquilidade
- Item 33 Sentir-se disposto, cheio de energia
- Item 68 Alegria; Felicidade
- Item 76 Satisfazer as necessidades básicas (alimentação, vestuário, moradia, transporte, saúde, lazer etc.)
- Item 85 Sentir-se útil
- Item 101 Estar bem consigo mesmo
- Item 102 Assistência médica
- Item 109 Sentir-se saudável
- Item 116 Ser estimado pelas pessoas
- Item 119 Ter calma, tranquilidade
- Item 120 Ambiente sem poluição
- Item 138 Aproveitar cada momento da vida

UNANIMIDADE NEGATIVA (5 ITENS)

- Item 24 Abandono da família
- Item 32 Falta de higiene
- Item 93 Más companhias
- Item 108 Falta de lugar para morar
- Item 123 Desentendimento com a família

ITENS POSITIVOS NÃO-PROBLEMÁTICOS (44 ITENS)

- Item 1 Amizades
- Item 2 Viver sem dor importante
- Item 6 Casa própria
- Item 7 Viver bem com a família
- Item 8 Frequentar clubes, associações, igrejas, grupos

Item 11	Saber ler e escrever
Item 16	Andar 30 minutos sem dificuldade
Item 17	Gostar de si mesmo; estar contente consigo mesmo
Item 18	Ter motivo para viver
Item 20	Boa alimentação; alimentação sadia
Item 23	Capacidade de decisão, de comando
Item 25	Ser respeitado pela sociedade
Item 26	Ir a cinema, teatro, passeios, concertos etc.
Item 31	Boa aposentadoria
Item 39	Sono tranqüilo
Item 42	Sentir-se respeitado pela sociedade
Item 47	Ter um sentido para a própria vida
Item 58	Saber conviver com os outros
Item 59	Continuar ativo em seu meio (telefonar, fazer compras, cuidar das finanças, etc.)
Item 62	Gostar do que faz
Item 63	Fazer o que gosta
Item 66	Disposição para o trabalho
Item 67	Fé em Deus
Item 71	Ter diploma do 1º grau (ginásio)
Item 72	Desenvolver novos potenciais, novas habilidades
Item 74	Poder escolher o programa de TV ou de rádio que irá assistir
Item 77	Ter confiança no futuro
Item 79	Sentir-se realizado
Item 81	Ser atendido com facilidade em qualquer serviço de saúde, quando precisar
Item 84	Gostar do próprio corpo
Item 87	Ser lembrado pelos filhos
Item 99	Ter apoio da família
Item 100	Ter apoio de amigos
Item 104	Ser amado
Item 106	Ter um ideal a ser seguido

Item 110	Conviver bem com os vizinhos
Item 111	Facilidade de transporte
Item 114	Aprender coisas novas
Item 124	Sentir que os filhos estão bem
Item 125	Ter diversão, lazer; ocupar o tempo livre
Item 126	Morar bem (água encanada, esgoto, espaço, conforto, segurança etc.)
Item 132	Estar satisfeito como sono
Item 133	Estar bem vestido
Item 134	Ser elegante

ITENS NEGATIVOS NÃO-PROBLEMÁTICOS (15 ITENS)

Item 10	Falta de dinheiro
Item 37	Não acreditar em Deus
Item 41	Problemas de saúde
Item 46	Pobreza
Item 49	Deficiência dos sentidos (visão, audição, olfação, gustação etc.)
Item 56	Rabujice; mau humor
Item 57	Desunião da família
Item 73	Falta de respeito da sociedade para com os idosos
Item 80	Falta de amigos, de companhia
Item 82	Doenças
Item 83	Baixo poder aquisitivo; baixos salários
Item 90	Falta de memória; esquecimento
Item 127	Ter doença crônica (diabetes mellitus, pressão alta, reumatismo etc.)
Item 129	Dor no corpo (juntas, cabeça, barriga etc.)
Item 131	Tristeza; depressão

MAIORIA POSITIVA (30 ITENS)

Item 12	Amar
Item 14	Compreensão dos mais novos
Item 19	Realizar atividade física (esportes, ginástica, caminhada etc.)
Item 29	Os filhos estarem bem de vida

Item 34	Ser independente fisicamente
Item 35	Ser visitado, ou visitar a família com frequência
Item 38	Vida tranqüila, sem preocupação
Item 43	Sossego
Item 44	Aceitar a idade
Item 48	Liberdade
Item 51	Ter o necessário para viver
Item 52	Ter rendimentos suficientes para o gasto
Item 55	Ter controle sobre a própria vida
Item 60	Executar tarefas domésticas (cozinhar, lavar, limpar, arrumar a casa, consertar etc.)
Item 61	Viajar
Item 70	Continuar exercendo sua profissão
Item 75	Segurança Pública
Item 78	Fazer o bem aos outros; solidariedade
Item 88	Continuar trabalhando
Item 89	Ter paciência
Item 91	Ter facilidade para dormir
Item 94	Ter com quem se abrir; poder desabafar com alguém
Item 95	Adaptar-se às mudanças que ocorrem no mundo (tecnologia, caixa eletrônico, telefone celular, computador, moda, música, costumes etc.)
Item 96	Harmonia na família
Item 97	Participar de festas, casamentos, reuniões
Item 98	Ter planos e projetos para o futuro
Item 105	Ter uma religião
Item 107	Controlar o peso
Item 118	Participar de movimentos, associações, conselhos, sindicatos etc.
Item 130	Ajudar outras pessoas

MAIORIA NEGATIVA (11 ITENS)

Item 5	Solidão
Item 13	Ficar sem fazer nada; não fazer nada

- Item 15 Dependender dos outros para as atividades do dia-a-dia
- Item 21 Reclamar da vida
- Item 69 Vícios (bebida, cigarro, jogo, drogas etc.)
- Item 86 Violência (assalto, roubo, briga etc.)
- Item 112 Comer mal
- Item 121 Sentir-se um peso para as pessoas
- Item 128 Atendimento ruim em serviços públicos (bancos, hospitais, postos de saúde, ônibus, repartições públicas em geral)
- Item 136 Sentir-se sozinho
- Item 137 Dependência em geral (física, econômica, social etc.)

ITENS POLÊMICOS (20 ITENS)

- Item 3 Tomar remédio
- Item 27 Usar transporte público (ônibus, metrô etc.)
- Item 28 Viver sozinho
- Item 30 Namorar
- Item 36 Ser visitado, ou visitar amigos, vizinhos, com frequência
- Item 40 Atividade sexual; ter relação sexual
- Item 45 Ter cônjuge, companheiro
- Item 50 Adaptar-se às perdas; saber perder
- Item 53 Ter rendimentos maiores que os gastos
- Item 54 Morar sozinho
- Item 64 Precisar de dieta
- Item 65 Situação financeira estável
- Item 92 Dirigir automóvel
- Item 103 Receber auxílio financeiro dos filhos
- Item 113 Ter um emprego
- Item 115 Tomar conta de netos
- Item 117 Morar com familiares (filhos, noras, genros, netos etc.)
- Item 122 Dieta com pouco sal
- Item 135 Precisar de remédio
- Item 139 Dormir fora de hora; não ter hora para dormir

4.6 Distribuição dos itens em dimensões

Foram necessárias duas rodadas de distribuição dos itens em dimensões. Na primeira rodada, cada um dos especialistas, separadamente, distribuiu os primeiros 46 itens do *ranking* de impacto em dimensões.

Dezesseis itens (34,8% do total) tiveram concordância na sua distribuição em dimensões entre os três especialistas e concordância, também, com as dimensões encontradas na fase de conceituação do constructo Qualidade de Vida na Velhice, feita pelo pesquisador. Houve, portanto, unanimidade. Foi considerada concordância mesmo se a denominação da dimensão não fosse exatamente igual, como Psicológica e Determinantes Emocionais do Bem-Estar, ou Família e Suporte Familiar, ou, ainda, Meio Ambiente e Determinantes Ambientais do Bem-Estar. Como um dos especialistas elaborou dimensões agregadas (Sócio-Econômica, Saúde/Capacidade Funcional, Psicológica/Transcendência etc.), foi considerada concordância, quando um dos outros especialistas distribuía o item x na dimensão Psicológica e aquele especialista distribuiu o mesmo item x na dimensão Psicológica/Transcendência, por exemplo.

Vinte e quatro itens (52,2% do total) tiveram concordância entre dois especialistas (66,7% de concordância) e concordância, também, com as dimensões encontradas na fase de conceituação do constructo, feita pelo pesquisador. Foi, então, aceita a distribuição nessas dimensões. As mesmas observações feitas anteriormente são válidas para esses itens.

Apenas seis itens (13,0% do total) não obtiveram concordância alguma. Como consequência, para esses seis itens foi necessária uma segunda rodada. O

objetivo dessa segunda rodada foi o de conseguir um consenso entre os especialistas entre si e entre especialistas e conceituação do constructo.

Na segunda rodada, os três especialistas foram convidados a fazer novas opções para os seis itens que não tinham obtido concordância alguma. Analisaram uma planilha com os seis itens, onde foram colocadas, também, as diferentes opções da primeira rodada, sem identificação de qual especialista havia feito a escolha inicial, mais as opções do pesquisador durante a fase de conceituação do constructo. Assim, sem saber quais os autores de cada opção da primeira rodada, cada especialista teve de fazer nova opção, podendo, evidentemente, optar da mesma maneira que havia feito na primeira vez, mas, podendo fazer nova opção, levando em consideração o que os demais haviam pensado. Agrupadas as novas respostas, houve unanimidade em três itens e concordância de 66,7% entre especialistas em dois itens. Nestes cinco, houve concordância, também, com a distribuição do pesquisador durante a fase de conceituação do constructo. Num dos itens, “ter motivo para viver”, não houve concordância com a distribuição prévia e os especialistas também se dividiram; o pesquisador optou, então, por colocá-lo na dimensão Religiosidade/Transcendência, que havia sido a dimensão previamente proposta, durante a fase de seleção dos itens e construção da dimensionalidade do constructo. Por sugestão de um dos especialistas, aceita pelo pesquisador, a denominação da dimensão Religiosidade/Transcendência deverá ser mudada para Espiritualidade/Transcendência.

Selecionados os 46 primeiros itens de maior impacto e feita sua distribuição em dimensões por três especialistas, o resultado é o seguinte:

DIMENSÃO SAÚDE FÍSICA

- . Saúde
- . Doenças
- . Assistência médica
- . Falta de memória; esquecimento
- . Problemas de saúde
- . Sentir-se saudável
- . Ser atendido com facilidade em qualquer serviço de saúde, quando precisar
- . Sono tranquilo
- . Deficiência dos sentidos (visão, audição, olfação, gustação etc.)

DIMENSÃO CAPACIDADE FUNCIONAL

- . Dependência em geral (física, econômica, social etc.)
- . Cuidar de si mesmo (banhar-se, vestir-se, arrumar-se, alimentar-se etc.)
- . Ser independente fisicamente
- . Continuar ativo em seu meio (telefonar, fazer compras, cuidar das finanças etc.)

DIMENSÃO PSICOLÓGICA

- . Alegria; felicidade
- . Sentir-se disposto, cheio de energia
- . Estar bem consigo mesmo
- . Rabugice; mau humor
- . Tristeza; depressão

- . Gostar de si mesmo; estar contente consigo mesmo
- . Aproveitar cada momento da vida
- . Sentir-se um peso para as pessoas
- . Ser amado
- . Fazer o que gosta

DIMENSÃO SOCIAL

- . Más companhias

DIMENSÃO FAMÍLIA

- . Abandono da família
- . Harmonia na família
- . Viver bem com a família
- . Desunião da família
- . Sentir que os filhos estão bem
- . Os filhos estarem bem de vida
- . Ser lembrado pelos filhos
- . Desentendimento com a família

DIMENSÃO ECONÔMICA

- . Falta de lugar para morar
- . Boa aposentadoria
- . Satisfazer as necessidades básicas (alimentação, vestuário, moradia, transporte, saúde, lazer etc.)
- . Casa própria

DIMENSÃO HÁBITOS / ESTILOS DE VIDA

- . Vícios (bebida, cigarro, jogo, drogas etc.)
- . Falta de higiene
- . Boa alimentação; alimentação sadia

DIMENSÃO RELIGIOSIDADE /TRANSCENDÊNCIA

- . Paz e Tranqüilidade
- . Fé em Deus
- . Ter motivo para viver
- . Sentir-se realizado

DIMENSÃO MEIO AMBIENTE

- . Violência (assalto, roubo, briga etc.)
- . Morar bem (luz, água encanada, esgoto, espaço, conforto, segurança etc.)
- . Ambiente sem poluição

Após analisar a distribuição dos 46 itens, foi verificado se havia itens altamente relacionados, para que pudessem ser combinados num único item. É evidente que os itens não são totalmente semelhantes, apresentando nuanças. Na Dimensão SAÚDE FÍSICA, três pares de itens puderam ser identificados: “Saúde”/“Sentir-se saudável”, “Doenças”/“Problemas de saúde” e “Assistência médica”/“Ser atendido com facilidade em qualquer serviço de saúde, quando precisar”. “Saúde” foi privilegiado, pois é o primeiro do *ranking* e, portanto, algo extremamente valorizado pelos idosos; é um conceito mais abrangente que o de

“sentir-se saudável”. Quanto ao segundo par, foi escolhido “doenças”, pois os idosos rapidamente entendem o que significa o termo e é algo que muito temem. No terceiro par, optou-se por “Ser atendido com facilidade em qualquer serviço de saúde, quando precisar”, uma tradução objetiva da assistência médica. Na Dimensão CAPACIDADE FUNCIONAL, foi identificado um par, “Cuidar de si mesmo (banhar-se, vestir-se, arrumar-se, alimentar-se etc.)”/“Ser independente fisicamente”. “Cuidar de si mesmo” é uma forma de redação mais direta, mais objetiva, mais operacional, mais rapidamente entendida pelos idosos; têm o mesmo significado, mas a compreensão da primeira redação é maior. Na dimensão PSICOLÓGICA, outro par identificado: “Estar bem consigo mesmo”/“Gostar de si mesmo; estar contente consigo mesmo”, tendo sido feita opção pelo segundo item “Gostar de si mesmo; estar contente consigo mesmo”, pois é menos abstrato. Na dimensão FAMÍLIA, três pares de itens: “Harmonia na família”/“Viver bem com a família”, “Desunião da família”/“Desentendimento com a família” e “Sentir que os filhos estão bem”/“Os filhos estarem bem de vida”. No primeiro par, optou-se por “Viver bem com a família”, forma mais direta e mais objetiva de dizer a mesma coisa; harmonia é, também, uma palavra de entendimento mais difícil por quem não apresenta escolaridade alta, o caso de muitos idosos. No segundo par, a opção recaiu sobre o item “Desunião da família” e, no terceiro par, sobre “Os filhos estarem bem de vida”, ambos de mais fácil compreensão por parte dos idosos, apesar das nuances diferentes com o seu par. Assim, foram combinados oito pares de itens, resultando 38 itens.

Mas, algumas dimensões ficaram com poucos itens, como CAPACIDADE FUNCIONAL (três itens), SOCIAL (um item), HÁBITOS / ESTILOS DE VIDA

(três itens) e MEIO AMBIENTE (três itens). Como a recomendação foi a de que houvesse, se possível, um mínimo de quatro itens por dimensão, os próximos itens de escore mais alto, compatíveis com aquela dimensão, foram adicionados. Assim, “Depender dos outros para as atividades do dia-a-dia”, quinquagésimo primeiro do *ranking*, foi acrescentado à dimensão CAPACIDADE FUNCIONAL, “Realizar atividade física (esportes, ginástica, caminhada etc.)”, octagésimo sétimo do *ranking*, à dimensão HÁBITOS / ESTILOS DE VIDA e “Segurança pública”, sexagésimo segundo do *ranking*, à dimensão MEIO AMBIENTE. Quanto à dimensão SOCIAL, optou-se por agregá-la à dimensão FAMÍLIA, formando uma nova dimensão SOCIAL / FAMÍLIA. O instrumento ficou constituído, agora, por 41 itens.

Analizando a nova configuração das dimensões e, à luz da experiência de seu trabalho profissional com pessoas idosas, o pesquisador tomou a decisão de acrescentar dois novos itens. Primeiro, por considerar a importância da autonomia como fator determinante para uma boa qualidade de vida na velhice, acrescentou o item “Ter controle sobre a própria vida”, septuagésimo do *ranking*, agregando-o à dimensão CAPACIDADE FUNCIONAL, renomeando tal dimensão como CAPACIDADE FUNCIONAL / AUTONOMIA. Segundo, por considerar que o fenômeno “dor” é muito vivenciado por essa faixa etária devido às inúmeras situações e patologias que a acometem, sendo fenômeno transformador de muitas vidas, inclusive um fator desencadeante de depressão, inatividade e imobilidade, o pesquisador resolveu acrescentar o item “Viver sem dor importante”, sexagésimo terceiro do *ranking*, à dimensão SAÚDE FÍSICA.

Com essas modificações, o número de itens subiu para 43. Destes, oito vieram dos quatorze itens com unanimidade positiva, quatro, dos cinco itens com

unanimidade negativa, dezesseis, dos quarenta e quatro itens positivos não-problemáticos, seis, dos quinze itens negativos não-problemáticos, quatro, dos trinta itens com maioria positiva e, cinco, dos onze itens com maioria negativa. Em termos de bipolaridade, são quinze itens negativos e vinte e oito positivos. As dimensões com seus itens ficaram assim constituídas:

DIMENSÃO SAÚDE FÍSICA

- . Saúde
- . Doenças
- . Falta de memória; esquecimento
- . Ser atendido com facilidade em qualquer serviço de saúde, quando precisar
- . Sono tranquilo
- . Deficiência dos sentidos (visão, audição, olfação, gustação etc.)
- . Viver sem dor importante

DIMENSÃO CAPACIDADE FUNCIONAL / AUTONOMIA

- . Dependência em geral (física, econômica, social etc.)
- . Cuidar de si mesmo (banhar-se, vestir-se, arrumar-se, alimentar-se etc.)
- . Continuar ativo em seu meio (telefonar, fazer compras, cuidar das finanças etc.)
- . Depender dos outros para as atividades do dia-a-dia
- . Ter controle sobre a própria vida

DIMENSÃO PSICOLÓGICA

- . Alegria; felicidade
- . Sentir-se disposto, cheio de energia
- . Rabugice; mau humor
- . Tristeza; depressão
- . Gostar de si mesmo; estar contente consigo mesmo
- . Aproveitar cada momento da vida
- . Sentir-se um peso para as pessoas
- . Ser amado
- . Fazer o que gosta

DIMENSÃO SOCIAL/FAMÍLIA

- . Abandono da família
- . Viver bem com a família
- . Desunião da família
- . Os filhos estarem bem de vida
- . Más companhias
- . Ser lembrado pelos filhos

DIMENSÃO ECONÔMICA

- . Falta de lugar para morar
- . Boa aposentadoria
- . Satisfazer as necessidades básicas (alimentação, vestuário, moradia, transporte, saúde, lazer etc.)
- . Casa própria

DIMENSÃO HÁBITOS/ESTILOS DE VIDA

- . Vícios (bebida, cigarro, jogo, drogas etc.)
- . Falta de higiene
- . Boa alimentação; alimentação sadia
- . Realizar atividade física (esportes, ginástica, caminhada etc.)

DIMENSÃO ESPIRITUALIDADE / TRANSCENDÊNCIA

- . Paz e Tranqüilidade
- . Fé em Deus
- . Ter motivo para viver
- . Sentir-se realizado

DIMENSÃO MEIO AMBIENTE

- . Violência (assalto, roubo, briga etc.)
- . Morar bem (luz, água encanada, esgoto, espaço, conforto, segurança etc.)
- . Ambiente sem poluição
- . Segurança Pública

4.7 Elaboração da estrutura final do instrumento

Colocados os itens e as dimensões na estrutura previamente elaborada (Anexos L e M), o resultado final compõe uma nova escala de avaliação de qualidade de vida de idosos, escala esta construída em nosso meio, levando-se em conta a

opinião dos próprios idosos e que precisará, num momento posterior, ter o seu processo de acurácia determinado. São duas partes interligadas, a primeira referindo-se à qualidade de vida idealizada pelo indivíduo naquele momento e, a segunda, à qualidade de vida realizada pelo mesmo indivíduo até aquele momento. Ambas tratarão do mesmo item, mas a redação será diferente. Continuando como exemplo, o instrumento final ficaria assim construído:

QUALIDADE DE VIDA IDEALIZADA:

IMPORTÂNCIA DE CADA UM DESTES FATORES NA QV DO IDOSO

Na sua opinião, para uma pessoa da sua idade viver bem, qual a importância de?

nenhuma - pouca - média - muita - total

1 2 3 4 5

DIMENSÃO SAÚDE FÍSICA

- Ter uma boa saúde____
- Ter doença____
- Ter falta de memória; esquecimento____
- Ser atendido com facilidade em qualquer serviço de saúde, quando precisar____
- Ter um sono tranquilo____
- Ter deficiência dos sentidos (visão, audição, olfação, gustação etc.)____
- Viver sem dor importante____

DIMENSÃO CAPACIDADE FUNCIONAL /AUTONOMIA

- Ser dependente em geral (física, econômica, social etc.)___
- Cuidar de si mesmo (banhar-se, vestir-se, arrumar-se, alimentar-se etc.)___
- Continuar ativo em seu meio (telefonar, fazer compras, cuidar das finanças etc.)___
- Depender dos outros para as atividades do dia-a-dia___
- Ter controle sobre a própria vida___

DIMENSÃO PSICOLÓGICA

- Ser alegre; feliz___
- Sentir-se disposto, cheio de energia___
- Ser rabugento; mau humorado___
- Ter tristeza; depressão___
- Gostar de si mesmo; estar contente consigo mesmo___
- Aproveitar cada momento da vida___
- Sentir-se um peso para as pessoas___
- Ser amado___
- Fazer o que gosta___

DIMENSÃO SOCIAL/FAMÍLIA

- Sofrer abandono da família___
- Viver bem com a família___
- Haver desunião da família___
- Os filhos estarem bem de vida___

- Conviver com más companhias____
- Ser lembrado pelos filhos____

DIMENSÃO ECONÔMICA

- Não ter um lugar para morar____
- Receber boa aposentadoria____
- Satisfazer as necessidades básicas (alimentação, vestuário, moradia, transporte, saúde, lazer etc.)____
- Possuir casa própria____

DIMENSÃO HÁBITOS/ESTILOS DE VIDA

- Ter vícios (bebida, cigarro, jogo, drogas etc.)____
- Não ter higiene____
- Ter boa alimentação; alimentação sadia____
- Realizar atividade física (esportes, ginástica, caminhada etc.)____

DIMENSÃO ESPIRITUALIDADE /TRANSCENDÊNCIA

- Ter paz e tranquilidade____
- Ter fé em Deus____
- Ter motivo para viver____
- Sentir-se realizado____

DIMENSÃO MEIO AMBIENTE

- Viver num lugar violento (assalto, roubo, briga etc.)____
- Morar bem (luz, água encanada, esgoto, espaço, conforto, segurança etc.)____
- Viver num ambiente sem poluição____
- Ter segurança pública____

QUALIDADE DE VIDA REALIZADA:

QUAL A SUA SITUAÇÃO ATUAL?

Escolha uma das opções abaixo e coloque o número referente a ela no espaço tracejado à frente de cada item:

não	-	raramente	-	de vez em quando	-	freqüentemente	-	sim
nunca	-	pouco	-	mais ou menos	-	muito	-	sempre
1		2		3		4		5

DIMENSÃO SAÚDE FÍSICA

- O(a) sr(a). tem boa saúde? ____
- O(a) sr(a). tem doenças? ____
- O(a) sr(a). tem falta de memória, esquecimento? ____
- O(a) sr(a)., quando precisa, tem sido atendido com facilidade em qualquer serviço de saúde? ____
- O sono do(a) sr(a). é tranquilo? ____
- O(a) sr(a). tem deficiência de algum dos sentidos (visão, audição, olfação, gustação etc.)? ____
- O(a) sr(a). vive sem uma dor importante? ____

DIMENSÃO CAPACIDADE FUNCIONAL/AUTONOMIA

- O(a) sr(a)., de uma maneira geral, depende de outras pessoas, física, econômica, ou socialmente? ____
- O(a) sr(a). cuida de si mesmo(a): toma banho sozinho(a), se veste sozinho(a), se arruma sozinho(a), se alimenta sozinho(a) etc.? ____
- O(a) sr(a). continua ativo em seu meio (telefona, faz compras, cuida das finanças etc.)? ____
- O(a) sr(a). depende dos outros para as atividades do dia-a-dia? ____
- O(a) sr(a). tem controle sobre a própria vida? ____

DIMENSÃO PSICOLÓGICA

- O(a) sr(a). é alegre, feliz? ____
- O(a) sr(a). se sente disposto(a), cheio(a) de energia? ____
- O(a) sr(a). tem sido rabugento(a), mau humorado(a)? ____
- O(a) sr(a). é uma pessoa triste, com depressão? ____
- O(a) sr(a). gosta de si mesmo(a), está contente consigo mesmo(a)? ____
- O(a) sr(a). tem aproveitado cada momento da sua vida? ____
- O(a) sr(a). se sente como um peso para as outras pessoas? ____
- O(a) sr(a). é amado(a)? ____
- O(a) sr(a). tem feito o que gosta? ____

DIMENSÃO SOCIAL/FAMÍLIA

- O(a) sr(a). tem sido abandonado(a) pela família? ____
- O(a) sr(a). vive bem com sua família? ____
- Na família do(a) sr(a). há desunião? ____
- Os filhos do(a) sr(a). estão bem de vida? ____
- O(a) sr(a). convive com más companhias? ____
- O(a) sr(a). tem sido lembrado(a) pelos filhos? ____

DIMENSÃO ECONÔMICA

- O(a) sr(a). não tem lugar para morar? ____
- O(a) sr(a). recebe boa aposentadoria? ____
- O(a) sr(a). tem conseguido satisfazer as necessidades básicas de alimentação, vestuário, moradia, transporte, saúde, lazer etc.? ____
- O(a) sr(a). possui casa própria? ____

DIMENSÃO HÁBITOS/ESTILOS DE VIDA

- O(a) sr(a). tem algum vício (bebida, cigarro, jogo, drogas etc.)? ____
- O(a) sr(a). não tem higiene? ____
- O(a) sr(a). tem boa alimentação, alimentação sadia? ____
- O(a) sr(a). realiza atividade física (esportes, ginástica, caminhada etc.)? ____

DIMENSÃO ESPIRITUALIDADE/TRANSCENDÊNCIA

- O(a) sr(a). tem paz e tranquilidade? ____
- O(a) sr(a). tem fé em Deus? ____

- O(a) sr(a). tem motivo para viver? ____
- O(a) sr(a). se sente realizado(a)? ____

DIMENSÃO MEIO AMBIENTE

- O(a) sr(a). vive num lugar violento? ____
- A moradia do(a) sr(a). tem luz, água encanada, esgoto, espaço, conforto, segurança etc.? ____
- O(a) sr(a). vive num ambiente sem poluição? ____
- O(a) sr(a). tem segurança pública? ____

A forma final do instrumento deverá passar pelo processo de estabelecimento de sua acurácia (validade e confiabilidade). Tal processo deverá ser precedido da construção de um escore que meça a distância entre o idealizado e o realizado, vivenciado. Tal escore é o índice de Qualidade de Vida para aquele indivíduo naquele momento de sua vida. Quanto maior é o escore, maior a distância entre o idealizado e o realizado e, portanto, pior a Qualidade de Vida. Ao contrário, quanto menor o escore, melhor a Qualidade de Vida.

Como é necessário que o escore seja de fácil interpretabilidade, ele deverá ser redirecionado, para que sinalize evolução da pior situação para a melhor, isto é, o menor valor possível do escore deve refletir a pior qualidade de vida e o maior possível, a melhor qualidade de vida. Assim, deve-se abstrair a noção de distância e rotular, no escore, a noção de valor de qualidade de vida, numa hierarquia que vá da pior situação para a melhor.

4.8 Revisão dos itens negativos

Dentro das regras de construção de itens (Pasquali, 1998), o **critério de clareza** é muito importante, pois os itens têm de ser compreendidos por todos que utilizarem o questionário, inclusive pelo estrato mais baixo da população-meta. Pasquali recomenda a utilização de “frases curtas, com expressões simples e inequívocas”. Alerta que “frases longas e negativas incorrem facilmente na falta de clareza”. Afirmar que as frases negativas normalmente são mais confusas que as positivas. Diz:

Conseqüentemente, é melhor afirmar a negatividade do que negar uma afirmação. Por exemplo: fica mais inteligível dizer *detesto ser interrompido* do que *não gosto de ser interrompido*, ou, em vez de *não me sinto feliz* é melhor dizer *sinto-me infeliz*.

Streiner e Norman (1995) já afirmavam o mesmo, falando de redação positiva e negativa:

Como regra geral, pesquisadores que desenvolvem escalas devem evitar itens redigidos de forma negativa, isto é, itens que usam palavras como “não”, “raramente”, ou “nunca”, ou que tenham palavras com prefixo negativo (por exemplo, in-, im-, ou a-). Tais itens tendem a ter coeficientes de validade menores que aqueles redigidos de forma positiva. Seria melhor ter um item que estabeleça “Eu me sinto doente a maior parte do tempo”, por exemplo, do que dizer “Eu raramente me sinto bem”.

Assim, levando em conta esse critério, foi feita uma revisão da redação dos 15 itens negativos, para que se afirmasse a negatividade. Na dimensão SAÚDE FÍSICA, “Falta de memória; esquecimento” deverá ser mudado para “Memória ruim; esquecimento” e “Deficiência dos sentidos (visão, audição, olfação, gustação etc.)”

para “Visão, audição, olfação e gustação ruins”. Na dimensão ECONÔMICA, “Falta de lugar para morar” deverá ser substituído por “Ficar sem um lugar para morar”, ou “Ausência de um lugar para morar”. Na dimensão HÁBITOS / ESTILOS DE VIDA, “Falta de higiene” deverá transformar-se em “higiene ruim”. Os restantes onze itens negativos não precisarão sofrer qualquer alteração em sua redação.

4.9 Revisão da estrutura final do instrumento

Para maior simplicidade da apresentação do questionário, não é necessário que as dimensões sejam explicitadas em sua representação gráfica. Dito de outra forma, não é necessário que os itens sejam agrupados dentro da dimensão a que pertencem, nem que seja explícita cada dimensão. Posteriormente, na fase de análise dos dados, cada item deverá ser identificado quanto à dimensão a que deve ser atribuído, para que o pesquisador consiga interpretar os resultados. Mas, para o idoso que está sendo investigado, não é necessário que ele saiba a que dimensão determinado item pertence. Trocando em miúdos, quem responde ao questionário não precisa saber que determinado item pertence a determinada dimensão. Assim, os itens devem ser colocados no questionário, sem identificá-los quanto à dimensão a que pertencem.

Além disso, diferente do que vínhamos implementando empiricamente até agora, decidimos separar os itens negativos dos positivos na avaliação da Qualidade de Vida Idealizada, pois seria muito difícil para os indivíduos compreenderem que deveriam avaliar um item negativo em relação a uma boa qualidade de vida na

velhice. Como exemplo: “que importância tem **ter doenças** para uma boa qualidade de vida na velhice”. Seria, de certa forma, uma avaliação prejudicada, pois, provavelmente, a maioria escolheria o menor valor do Likert. Assim, os itens negativos devem receber uma redação diferenciada na avaliação da importância, na Qualidade de Vida Idealizada. Será pedido ao entrevistado que avalie a importância do item x para uma má qualidade de vida na velhice. Na segunda parte, Qualidade de Vida Realizada, os itens serão agrupados de acordo com o tipo de resposta, independentemente de serem positivos ou negativos.

Decidimos, também, repensar a escala de Likert, pois há itens de auto-avaliação, outros de percepção e, outros mais, de frequência. Na parte do questionário de avaliação da importância (Qualidade de Vida Idealizada), as opções do Likert serão: nenhuma importância; pouca importância; importância média; muita importância; importância total. Tanto para os itens positivos, quanto para os negativos. Na parte de avaliação da situação do indivíduo (Qualidade de Vida Realizada), haverá vários formatos de redação das opções do Likert.

Eis como ficou:

QUALIDADE DE VIDA IDEALIZADA:

IMPORTÂNCIA DE CADA UM DESTES FATORES NA QV DO IDOSO

PARA ITENS POSITIVOS:

Qual a importância de para uma pessoa da sua idade viver bem, para ter uma boa qualidade de vida?

ou

Na sua opinião, para uma pessoa da sua idade viver bem, ter boa qualidade de vida, qual a importância de ?

ou

Qual a importância de para melhorar a vida dos idosos?

Escolha uma das seguintes opções:

nenhuma importância (1)	pouca importância (2)	importância média (3)	muita importância (4)	importância total (5)
-------------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------

1. Ter uma boa saúde. ____
2. Ser atendido com facilidade em qualquer serviço de saúde, quando precisar. ____
3. Ter um sono tranquilo. ____
4. Viver sem dor importante. ____
5. Cuidar de si mesmo (banhar-se, vestir-se, arrumar-se, alimentar-se etc.). ____
6. Continuar ativo em seu meio (telefonar, fazer compras, cuidar das finanças etc.).

7. Ter controle sobre a própria vida. ____
8. Ser alegre, feliz. ____
9. Sentir-se disposto, cheio de energia. ____
10. Gostar de si mesmo; estar contente consigo mesmo. ____
11. Aproveitar cada momento da vida. ____
12. Ser amado. ____
13. Fazer o que gosta. ____

14. Viver bem com a família. ____
15. Os filhos estarem bem de vida. ____
16. Ser lembrado pelos filhos. ____
17. Receber boa aposentadoria. ____
18. Satisfazer as necessidades básicas (alimentação, vestuário, moradia, transporte, saúde, lazer etc.). ____
19. Possuir casa própria. ____
20. Ter boa alimentação, alimentação sadia. ____
21. Realizar atividade física (esportes, ginástica, caminhada etc.). ____
22. Ter paz e tranquilidade. ____
23. Ter fé em Deus. ____
24. Ter motivo para viver. ____
25. Sentir-se realizado. ____
26. Morar bem (luz, água encanada, esgoto, espaço, conforto, segurança etc.). ____
27. Viver num ambiente sem poluição. ____
28. Ter segurança pública. ____

PARA ITENS NEGATIVOS:

Qual a importância de para uma pessoa da sua idade ter uma má qualidade de vida?

ou

Na sua opinião, qual a importância de para uma má qualidade de vida na velhice?

ou

Qual a importância de para piorar a vida dos idosos?

Escolha uma das seguintes opções:

nenhuma importância (1)	pouca importância (2)	importância média (3)	muita importância (4)	importância total (5)
-------------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------

29. Ter doença. ____
30. Ter memória ruim, esquecimento. ____
31. Ter visão, audição, olfação, ou gustação ruins. ____
32. Ser dependente (física, econômica, social etc.). ____
33. Depender dos outros para as atividades do dia-a-dia. ____
34. Ser rabugento, mau humorado. ____
35. Ter tristeza, depressão. ____
36. Sentir-se um peso para as pessoas. ____
37. Sofrer abandono da família. ____
38. Haver desunião na família. ____
39. Conviver com más companhias. ____
40. Ficar sem um lugar para morar. ____
41. Ter vícios (bebida, cigarro, jogo, drogas etc.). ____
42. Ter higiene ruim. ____
43. Viver num lugar violento (assalto, roubo, briga etc.). ____

QUALIDADE DE VIDA REALIZADA:**QUAL A SUA SITUAÇÃO ATUAL?**

Escolha uma das opções abaixo e coloque o número referente a ela no espaço tracejado à frente de cada item:

1. Como o(a) sr(a). avalia sua saúde?

Muito ruim (1)

Ruim (2)

Nem ruim, nem boa (3)

Boa (4)

Muito boa (5)

2. Em relação a “doenças”, como o(a) sr(a). se avalia?

Sem doença (1)

Com apenas 1 doença (2)

Com 2 ou 3 doenças (3)

Com 4 ou 5 doenças (4)

Com mais de 5 doenças (5)

*As questões seguintes perguntam sobre a **freqüência** com que o(a) sr(a). apresenta algumas situações de vida, no momento atual.*

Escolha uma das seguintes opções:

nunca	às vezes	freqüentemente	muito freqüentemente	sempre
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

3. O(a) sr(a). tem memória ruim, esquecimento? ____
4. O(a) sr(a)., quando precisa, tem sido atendido com facilidade em qualquer serviço de saúde? ____
5. O sono do(a) sr(a). é tranqüilo? ____
6. A sua visão, audição, olfação, ou gustação é ruim? ____
7. O(a) sr(a). vive sem dor importante? ____
8. O(a) sr(a)., de uma maneira geral, depende de outras pessoas física, econômica, ou socialmente? ____
9. O(a) sr(a). cuida de si mesmo: toma banho sozinho(a), se veste sozinho(a), se arruma sozinho(a), se alimenta sozinho(a) etc.? ____
10. O(a) sr(a). continua ativo em seu meio: telefona, faz compras, cuida das finanças etc.? ____
11. O(a) sr(a). depende dos outros para as atividades do dia-a-dia? ____
12. O(a) sr(a). tem controle sobre a própria vida? ____
13. O(a) sr(a). é alegre, feliz? ____
14. O(a) sr(a). se sente disposto(a), cheio(a) de energia? ____
15. O(a) sr(a). tem sido rabugento, mau humorado? ____
16. O(a) sr(a). é uma pessoa triste, com depressão? ____
17. O(a) sr(a). gosta de si mesmo(a), está contente consigo mesmo(a)? ____
18. O(a) sr(a). tem aproveitado cada momento de sua vida? ____
19. O(a) sr(a). se sente um peso para as outras pessoas? ____

20. O(a) sr(a). é amado(a)? ____
21. O(a) sr(a). tem feito o que gosta? ____
22. O(a) sr(a). se sente abandonado(a) pela família? ____
23. O(a) sr(a). vive bem com sua família? ____
24. Há desunião na família do(a) sr(a).? ____
25. O(a) sr(a). convive com más companhias? ____
26. O(a) sr(a). tem sido lembrado(a) pelos filhos? ____
27. O(a) sr(a). tem conseguido satisfazer as necessidades básicas de alimentação, vestuário, moradia, transporte, saúde, lazer etc.? ____
28. O(a) sr(a). tem algum vício (bebida, cigarro, jogo, drogas etc.)? ____
29. O(a) sr(a). realiza atividade física (esportes, ginástica, caminhada etc.)? ____

*As questões seguintes perguntam sobre o **quanto** o(a) sr(a). tem sentido algumas coisas no momento atual.*

Escolha uma das seguintes opções:

Não	um pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

30. Os seus filhos estão bem de vida? ____
31. O(a) sr(a). se sente com paz, tranquilidade? ____
32. O(a) sr(a). tem fê em Deus? ____
33. O(a) sr(a). tem motivo para viver? ____
34. O(a) sr(a). se sente realizado? ____
35. O(a) sr(a). considera que o lugar onde vive é violento? ____
36. O(a) sr(a). sente que tem segurança pública? ____
37. O(a) sr(a). considera despoluído o meio ambiente em que vive? ____

As questões seguintes perguntam sobre o grau de satisfação que o(a) sr(a). apresenta frente a algumas coisa de sua vida, no momento atual.

Escolha uma das seguintes opções:

muito ruim (1)	ruim (2)	nem ruim, nem boa (3)	boa (4)	muito boa (5)
----------------------	-------------	-----------------------------	------------	---------------------

38. Como o(a) sr(a). considera sua aposentadoria (ou a do cônjuge)? ____

39. Como o(a) sr(a). considera sua higiene? ____

40. Como o(a) sr(a). considera sua alimentação? ____

41. Como o(a) sr(a). considera sua moradia, pensando em luz, água encanada, esgoto, espaço, conforto, segurança etc.? ____

Para duas questões ainda não encontramos um Likert de cinco pontos que possa expressar a distância entre o idealizado e o realizado.

São elas:

42. Falta um lugar para o(a) sr(a). morar? ____ e

43. O(a) sr(a). possui casa própria? ____

Aparentemente, são apenas binárias, sim ou não. De que forma perguntar, para graduar em cinco tipos de respostas, para que seja possível estabelecer a distância?

5 DISCUSSÃO

5.1 Dificuldades durante as entrevistas

5.1.1 Cota A

Apesar da aparente facilidade de acesso ao pesquisador, foi difícil conseguir a lista de pacientes da Geriatria, fornecida pela PRODESP, com todos os pacientes matriculados no Ambulatório do Serviço de Geriatria e que passaram em consulta de 1º de janeiro de 2002 a 31 de dezembro do mesmo ano. Conseguida a lista, complicações adicionais surgiram; muitos pacientes entravam na lista mais de uma vez, por duas razões: pertenciam a mais de um dos ambulatórios do Serviço de Geriatria e era uma lista de pacientes atendidos no ano de 2002, o que ocasionou a entrada, na mesma, toda vez que era agendada consulta, situação comum para portadores de doenças crônicas, que retornam ao mesmo ambulatório três, quatro, ou mais vezes no ano. Outra grande dificuldade foi conseguir uma sala para as entrevistas; não há salas disponíveis no Prédio dos Ambulatórios e, mesmo, no complexo HC.

Outras dificuldades foram surgindo no decorrer do tempo: muitos pacientes, após serem sorteados, avaliaram sua saúde como “ótima” ou “boa”, o que obrigou o pesquisador a excluí-los da pesquisa; muitos não vieram à entrevista agendada, por diversos motivos (esquecimento, impossibilidade da vinda naquele dia de um familiar que pudesse acompanhar, greve de ônibus, chuva, falta de dinheiro). Para

estes, o pesquisador teve de marcar outro dia. Duas pessoas, inclusive, faltaram à entrevista duas vezes, o que obrigou a um terceiro agendamento.

5.1.2 Cota B

Grupo tranquilo de se entrevistar, com extrema boa-vontade e disponibilidade. A grande dificuldade dessa cota foi o fato da predominância feminina nos chamados Grupos de Terceira Idade. Por causa disso, as mulheres foram sorteadas, mas, os homens, convidados. Além disso, um dos homens do Centro Comunitário Alto de Pinheiros avaliou sua saúde como “ruim”. Apesar dessa avaliação, foi incorporado à amostra, dada a dificuldade de se eleger idosos do sexo masculino, tanto que, nessa cota, foram conseguidas 48 entrevistas, com dois homens a menos do planejado.

5.1.3 Cota C

Cota que demandou mais trabalho, devido à necessidade de se entrevistar os idosos no domicílio, pois seus integrantes eram pessoas que, por diferentes motivos, tinham dificuldade de sair de casa. Os problemas foram inúmeros. Em primeiro lugar, não foi mais possível agendar quatro ou cinco entrevistas no mesmo dia, como havia acontecido com as demais cotas. Não necessariamente as pessoas moram do lado umas das outras. Quando muito, conseguia-se fazer duas entrevistas num

período (manhã ou tarde); na maioria das vezes, foi realizada uma entrevista por dia. Em segundo, foi necessário excluir inúmeros idosos por serem portadores de seqüelas graves de Acidente Vascular Cerebral ou de Síndrome Demencial. Em terceiro, foi impossível conseguir idosos do sexo masculino em número suficiente. Extrapolamos em entrevistas do sexo feminino. A lista do PROGESI era imensa, mas, em geral, há mais mulheres confinadas em casa que homens; uma primeira razão é a maior sobrevivência feminina; outra razão poderia ser o fato de maior prevalência de dependência entre as mulheres, não apenas porque vivem mais, mas por serem mais dependentes fisicamente que os homens. Assim, não conseguimos preencher os critérios de seleção da amostra para essa cota. Em quarto, tivemos muitas recusas, pois, numa cidade do porte de São Paulo, com o grau de violência e falta de segurança pública, as pessoas sentem-se amedrontadas e passam a desconfiar de qualquer estranho que entre em contato. Além do mais, a mídia tem veiculado notícias de pessoas inescrupulosas, que, fazendo-se passar por agentes de um serviço público (água, luz, gás etc.), enganam moradores, em particular idosos, adentrando em suas moradias com o intuito de furtar, ou roubar, ocorrendo, inclusive, casos de latrocínio. Assim, é bastante compreensível a desconfiança. As pessoas não gostam de dar endereços, nem de conversar com estranhos, mesmo ao telefone. A maioria só falava o próprio nome após um interrogatório minucioso sobre quem era esse que estava telefonando, procurando certificar-se a respeito da veracidade da entrevista. Alguns ligaram para os telefones do Serviço de Geriatria que o pesquisador fornecia (até para oferecer segurança às pessoas a quem telefonava), procurando comprovar a história que ouviram ao telefone, como, por exemplo, se o pesquisador existia mesmo e se trabalhava no Hospital das Clínicas. Para algumas pessoas, o

pesquisador necessitou ligar duas ou três vezes, antes que dessem o consentimento para a entrevista. Duas pessoas só aceitaram depois da concordância do pesquisador de fazer a entrevista no saguão do prédio, às vistas dos porteiros e funcionários. Por conta dessas dificuldades, foi preciso treinar um estudante de enfermagem, para ajudar nas entrevistas. Antes de começar a entrevistar, o estudante passou por uma entrevista com o pesquisador, leu o protocolo de pesquisa, assistiu o pesquisador realizar duas entrevistas na casa de duas pessoas, discutiu com o pesquisador as dificuldades e modos de se entrevistar e realizou uma entrevista sob supervisão do pesquisador, com discussão posterior de suas falhas durante a entrevista. Realizou vinte entrevistas.

Duas entrevistas agendadas não se efetivaram. Na primeira, apesar das conversas telefônicas prévias com a filha e a senhora idosa, quando o pesquisador chegou à casa desta, num sábado à tarde, fez o mesmo esperar uma hora e meia, alegando que sua filha a havia proibido de deixá-lo entrar na ausência dela. Ficou do lado de dentro com o portão trancado e o pesquisador, de pé, do lado de fora, numa tarde fria. Entabularam uma série de conversações, o entrevistador sinalizando, de diversas maneiras, qual sua real intenção e situação funcional. Numa dessas conversas, a senhora alegou que não tinha atendido o telefone alguns momentos antes (o pesquisador havia ligado, para informar que já estava se dirigindo à residência), porque morava de favor com sua neta e esta trancava o telefone no quarto toda vez que saía de casa. Quando a filha chegou (hora e meia após), esta se assustou com o fato de sua mãe não ter permitido a entrada do entrevistador (“por que o senhor não entrou?”). O pesquisador já estava percebendo que a idosa não queria fazer a entrevista, mas resolveu entrar, até para provar que tudo o que havia

dito era verdade e que não se tratava de nenhuma malandragem, nem violência. Ao entrar, percebeu uma segunda inverdade dita pela idosa: o telefone estava em cima da mesa da sala; a neta não trancava o telefone no quarto. Mesmo assim, fez todo o ritual da entrevista, re-explicando todos os objetivos e procedimentos (havia explicado várias vezes ao telefone, para ela e para a filha), de acordo com o “Termo de Consentimento Pós-Informação”. Quando chegou o instante de assinar o Consentimento, a senhora recusou-se a assinar. Foram duas horas “perdidas”, além do tempo gasto em alguns telefonemas.

Na segunda entrevista que não se efetivou, o motivo foi bem diferente. Tudo combinado após dois telefonemas com a senhora X, lá estava o pesquisador, às 08:00 horas, na porta do prédio, no endereço fornecido. Tocou o interfone e uma voz de uma mulher disse que ali não morava tal pessoa. Intrigado, o pesquisador apertou a campainha do apartamento do zelador e este informou que a senhora X realmente morava no apartamento, onde havia tocado momentos antes. O pesquisador voltou a tocar a campainha do apartamento do endereço e a mesma voz, agora confrontada com a informação do zelador, alegou que a senhora X precisara viajar às pressas para outra cidade. Perguntada a respeito de quando seria o retorno e sentindo que o pesquisador gostaria de conversar novamente com a senhora X, com voz recalcitrante, confessou que, na verdade, o filho da senhora X havia proibido, terminantemente, a entrada de qualquer estranho no apartamento. Mesmo com todas as identificações e telefones fornecidos previamente; não era para insistir. O pesquisador agradeceu e foi embora sem realizar a entrevista.

5.2 Caracterização da Amostra

Conforme relatado em Casuística e Métodos, utilizamos quatro cotas de idosos, constituídas através dos seguintes critérios: capacidade funcional, estado de saúde, proporção de homens e mulheres dentro de cada cota e proporção de idosos de 60 a 74 anos e 75 anos ou mais dentro de cada cota, de acordo com a distribuição de sexo e faixa etária para a cidade de São Paulo, segundo o Censo de 2000 (IBGE). Em que extensão foi possível cumprir os objetivos planejados na formação da amostra?

Todo processo de amostragem obedece a alguns critérios, mas, quando se vai a campo, não se consegue, com frequência, entrevistar pessoas que se enquadrem totalmente nos critérios estabelecidos. Assim, é importante avaliar o quanto foi alcançado, do esforço para se construir as cotas de acordo com os critérios pré-estabelecidos.

Nossa amostra, como é freqüente, não se enquadra rigorosamente no plano pré-estabelecido, apresentando pequenos desvios. Duas cotas não foram completadas, conforme o planejado para “sexo” (Tabela 5): cota B (grupos de terceira idade) e cota C (pessoas com dificuldade de sair de casa). Em ambas, deixaram de ser entrevistados idosos do sexo masculino, exclusivamente. Nos grupos de terceira idade, a dificuldade foi encontrar homens participantes; os grupos têm maioria absoluta de mulheres. Tal fato não se deve, apenas, à maior longevidade das mulheres, mas ao fato de tais atividades em grupo serem pouco atrativas aos homens. Na cota C (pessoas com dificuldade de sair de casa), encontramos mais mulheres idosas, também, mas, muitos homens, elegíveis para entrevista, foram excluídos por serem totalmente independentes, além de algumas recusas, deixando-se de entrevistar

nove homens (11,25%) dos oitenta previstos. Apesar disso, a composição da amostra se aproximou da estipulada para o plano amostral, que previu a distribuição encontrada no último censo para a cidade de São Paulo (40,56% de homens e 59,44% de mulheres – IBGE, censo 2000). Dentro de cada cota também houve uma aproximação do previsto, sendo exceção a cota C (pessoas com dificuldade de sair de casa), onde não foi possível preencher o número planejado de homens. Quanto à faixa etária (Tabela 5), a cota C (pessoas com dificuldade de sair de casa) foi a grande responsável por não se conseguir alcançar o estipulado para o plano amostral, pois as mais velhas tendem a ser mais dependentes, com a dependência aumentando com a idade, havendo, então, extrema dificuldade de se conseguir pessoas da faixa etária mais jovem, que estivessem com dificuldade de sair de casa. Apesar disso, nossa avaliação é que a compatibilidade com o planejado é aceitável, considerando-se as dificuldades do trabalho de campo.

Quanto à auto-avaliação de saúde (Tabela 6), elegendo para apreciação a situação que denominaremos “doente” (estados de saúde péssimo, ruim, ou comprometido), constatamos que aqueles em situação pior, em maior proporção, são os idosos da cota A (HC) e os da cota C (pessoas com dificuldade de sair de casa). Os dados permitem afirmar que a composição da amostra, em relação à variável “estado de saúde”, está em conformidade com o plano amostral.

Quanto ao tamanho da amostra, entrevistamos 193 idosos, sete a menos do que tínhamos intenção de entrevistar. Isso se deveu, conforme já explicitado, à grande dificuldade de completar a cota C, cota das pessoas com dificuldade de sair de casa: recusa de participação, medo de receber estranhos em sua residência, grande quantidade de pessoas excluídas, maior número de mulheres relativamente aos

homens. Cabe ressaltar, no entanto, que esse número de entrevistados (193) está muito além do recomendado, para tamanhos de amostra para processos de redução de itens. Juniper et al. (1996) afirmam que o tamanho da amostra para o processo de redução de itens é dado pela escolha do grau de precisão que se deseja para a estimativa de impacto de um item sobre a população-alvo. Dizem textualmente:

O intervalo de confiança mais largo ao redor de uma proporção (a frequência com que os pacientes identificam itens) ocorre quando a proporção é de 50%; qualquer outro valor produzirá intervalos de confiança mais estreitos. Se se recruta 25 indivíduos e um item é identificado por 50% da população, a verdadeira prevalência daquele item é algo aproximadamente entre 30% e 70% (isto é, o intervalo de confiança de 95% ao redor da proporção de 0,5 é aproximadamente 0,3 a 0,7). Se se recruta 50 indivíduos, o intervalo de confiança de 95% ao redor de uma proporção de 0,5 será aproximadamente 0,14. Para 100 indivíduos, o intervalo de confiança será de 0,4 a 0,6. Nós recomendamos o recrutamento de pelo menos 100 indivíduos para essa parte do desenvolvimento do questionário.

5.3 Caracterização da população estudada

A idade dos entrevistados variou de 60 a 97 anos (Tabela 7), com média de 72 anos ($dp=7$), sendo a cota C (pessoas com dificuldade de sair de casa) aquela com maior média etária (76 anos; $dp=7$).

Nossa amostra se caracterizou por escolaridade baixa, com 67,3% possuindo até oito anos de escolaridade. Dezoito idosos não completaram um ano de estudo, ou nunca freqüentaram uma escola, sendo, ou analfabetos *sensu strictu*, ou analfabetos funcionais; doze desses pertenciam à cota A (HC). A faixa de escolaridade mais importante nas cotas A (HC), B (grupos de terceira idade) e C (pessoas com

dificuldade de sair de casa) foi a de 1 a 4 anos de estudo. A cota de melhor situação foi a D (CEPEUSP), onde 51% tinham de 12 a 20 anos de estudo.

Quanto à renda pessoal (Tabela 9), 16 idosos (8,3% da amostra) não apresentavam nenhuma renda, sendo que todas essas pessoas eram do sexo feminino, a metade delas fazendo parte da cota C (pessoas com dificuldade de sair de casa) e 58,1% dos que recebiam 10 salários mínimos ou mais pertenciam à cota D (CEPEUSP).

Quanto à renda per capita (Tabela 8), dos que recebiam menos de um salário-mínimo, os destaques foram as cotas A (HC) e C (pessoas com dificuldade de sair de casa), cada uma representando 42,86% das pessoas que estavam nessa faixa de renda. As cotas B (grupos de terceira idade) e D (CEPEUSP) foram os destaques nas faixas de renda superiores (acima de 10 salários-mínimos). Assim, a cota em melhor situação econômica era a D (CEPEUSP), seguida da B (grupos de terceira idade) e a cota em pior situação era a do HC (cota A).

A distribuição de serviços e bens móveis refletiu, em parte, a distribuição da renda. A exceção pode ser observada para a cota C (pessoas com dificuldade de sair de casa) em relação à variável “serviços”, onde 21,4% dos idosos tinham empregada doméstica, fato que pode estar relacionado com a situação de saúde deste grupo (Tabela 11).

Quanto às variáveis “televisão”, “telefone” e “geladeira”, bens que também foram investigados, não houve diferenças entre as cotas. Praticamente todos os possuíam. Três entrevistados não possuíam televisão, sendo dois da cota A (HC) e um da C (pessoas com dificuldade de sair de casa); um não possuía telefone (HC) e mais um, geladeira, também do HC. Nos dias de hoje, em nosso país, são bens

totalmente democratizados e populares. Praticamente, não há casa que não os tenha, por mais pobre que seja, por mais que esteja em bairros de exclusão social. De qualquer forma, em nossa amostra, os poucos que não os possuíam pertenciam às duas cotas com situação de renda pior (A e C).

Uma surpresa foi o fato da grande maioria dos entrevistados (87%) possuir casa própria, o bem de maior valor. É evidente que não se considerou a qualidade da moradia, mas, simplesmente, se possuía um teto para morar, ou não. Podia ser, por exemplo, que esse teto fosse de construção inadequada e localizado numa favela, sem infra-estrutura urbana. Mas, o entrevistado possuía uma casa, era dele, não pagava aluguel. Sendo assim, a melhor situação foi a dos idosos da cota D (CEPEUSP), pois apenas um indivíduo não possuía, e as piores situações foram as da cota C (dificuldade de sair de casa) e A (HC), novamente refletindo a distribuição da renda.

De um modo geral, a distribuição das incapacidades instrumentais confirma as características desejadas das cotas, aproximando-se do planejado inicialmente para a constituição das mesmas (Tabela 13). As atividades instrumentais da vida diária são atividades mais complexas, que requerem maior grau de capacidade, para serem executadas. Independência ou dependência para essas atividades significa que o indivíduo é capaz, ou não, de viver sozinho em seu próprio meio, pois pode, ou não, pegar uma condução, sair para fazer compras, cuidar das próprias finanças, controlar sua medicação, arrumar a casa, lavar a roupa, preparar sua refeição. As atividades físicas, também denominadas atividades básicas da vida diária, são atividades de auto-cuidado, sendo mais simples e menos complexas que as instrumentais. São atividades de sobrevivência, que todos, sem exceção, procuram manter o máximo

que podem, pelo maior tempo possível de sua vida. “Alimentar-se”, por exemplo, a atividade mais simples e menos complexa de todas, foi desempenhada por todos de todas as cotas, à exceção de um entrevistado da cota C (pessoas com dificuldade de sair de casa), que necessitava de ajuda, para alimentar-se. Como esperado e planejado, os idosos da cota C (pessoas com dificuldade de sair de casa – PROGESI) foram os mais incapazes em todas essas atividades, físicas e instrumentais, sendo que os idosos das cotas B (grupos de terceira idade) e D (CEPEUSP) foram, em sua totalidade, totalmente independentes para as atividades básicas (físicas) e também foram os com maior proporção de totalmente independentes para as instrumentais. Os idosos da cota A (HC) ficaram numa situação intermediária, principalmente em relação às atividades instrumentais da vida diária. Dado o grau de dependência dos idosos da cota C (pessoas com dificuldade de sair de casa), estes foram os entrevistados que menos praticavam atividade física regular, seguidos pelos da cota A (HC), as duas cotas com maior grau de dependência.

Também foi investigada a “atividade sexual” no último mês (Tabela 16) e os resultados mostraram diferença estatisticamente significante entre as cotas ($p=0,000$). Novamente, os de melhor desempenho foram os da cota D (CEPEUSP), com 47,9% deles afirmando que haviam mantido relação sexual, enquanto os da cota C (pessoas com dificuldade de sair de casa) situaram-se no outro extremo, a grande maioria (92,5%) afirmando que não havia mantido relação sexual. Isso reflete a distribuição da habilidade funcional entre as cotas.

Em resumo, os dois grupos com maior proporção de idosos com comprometimento funcional foram a cota C (pessoas com dificuldade de sair de casa), mais limitada em todas as atividades, básicas e instrumentais, com exceção de

“alimentar-se”, e a cota A (HC), um pouco mais limitada nas atividades instrumentais que as cotas B (grupos de terceira idade) e D (CEPEUSP), confirmando o perfil planejado da amostra.

Assim, examinando as informações descritas, pode-se afirmar que a composição das cotas obedeceu, de modo importante, ao planejamento amostral.

5.4 Itens

Ao se analisar os 19 itens que foram escolhidos como relevantes por todos os 193 entrevistados e que, unanimemente, avaliaram, ou como fator determinante de “boa” qualidade de vida (14 itens com unanimidade positiva), ou como fator determinante de “má” qualidade de vida (cinco itens com unanimidade negativa), quase todos, com exceção de três (“sentir-se útil”, “ser estimado pelas pessoas” e “ter calma; tranquilidade”) entraram para o *ranking* de impacto clínico numa posição de destaque, fazendo parte dos primeiros 46 itens de maior importância. Os idosos, além de não os descartarem, considerando-os relevantes para a qualidade de vida na velhice, deram a eles uma importância alta na escala de Likert. “Saúde”, aqui entendida como “ter boa saúde” é o que se destaca como o principal, pois ocupa o primeiro lugar. Outros três itens (“cuidar de si mesmo”, “assistência médica” e “sentir-se saudável”) confirmam a importância que a dimensão “Saúde” assume, para se garantir uma boa qualidade de vida para os idosos. Quando se olha a unanimidade negativa, “falta de higiene” é um fator que piora a qualidade de vida na velhice, pois os idosos a associam como prejudicial à saúde, algo que vai dificultar a possibilidade

de se “ter boa saúde”. Aqui, a dimensão “Família” se destaca, pois dois itens se referem a ela: “abandono da família” e “desentendimento com a família”; as relações familiares deterioradas levam a uma qualidade de vida ruim para os idosos. A literatura tem mostrado que a dimensão “Saúde” é, mesmo, um determinante fundamental para uma “boa qualidade de vida” na velhice. Xavier e colaboradores (2003), pesquisando a prevalência de octagenários que avaliam sua vida atual como sendo caracterizada principalmente por uma qualidade positiva e quais os domínios que eles identificam como determinantes dessa qualidade positiva, encontraram “boa saúde”, “boas relações com a família” e “segurança financeira” como os domínios mais relatados. Por outro lado, “saúde ruim” foi o determinante de “má qualidade de vida” mais mencionado. Fleck et al. (2003), ao apresentarem os resultados dos grupos focais no Brasil para o projeto WHOQOL-OLD, também demonstram a importância da dimensão Saúde para a qualidade de vida na velhice. Quando os grupos discutiram “o que é importante para a qualidade de vida?”, três dos quatro grupos de idosos elegeram “saúde” como um aspecto importante. Quando foram questionados a respeito de “o que prejudica seu bem-estar?”, várias questões ligadas à dimensão Saúde apareceram, como “problemas de saúde”, “falta de atenção aos sistemas de saúde e educação”, “doença”, “dor” e “ansiedade”. Quando questionado a respeito de “o que melhoraria sua qualidade de vida?”, o grupo de idosos de 80 anos ou mais, que se consideraram doentes, escolheu “saúde”, dentre outros aspectos.

É fundamental compreender o porquê do encontro de itens chamados polêmicos. Vinte itens (14,4% do total) causaram grande divisão na avaliação dos entrevistados. Foram, ou escolhidos como determinantes de “boa qualidade de vida”, ou como de “má qualidade de vida”, ou foram descartados, por não serem

considerados relevantes, por não influenciarem, de modo algum, a qualidade de vida na velhice. Nenhuma das três possibilidades foi escolhida por pelo menos 95% dos entrevistados. É importante enfatizar que nenhum desses vinte itens ficou entre os 46 primeiros do *ranking* de importância, a maioria ocupando os últimos lugares, isto significando que tiveram uma avaliação de importância com média menor.

“Tomar remédio” foi considerado positivo por uma maioria (85,6%), com o raciocínio de que os remédios ajudam a controlar doenças, estas, sim, determinantes de “má qualidade de vida”. Se ajudam a controlar doenças, beneficiam a saúde, algo extremamente positivo para uma “boa qualidade de vida na velhice”. Já os que o consideraram negativo para a qualidade de vida, expressavam o desgosto de ter de se lembrar de tomar remédio em determinados horários, de precisar tomar muitos medicamentos todos os dias, de sofrer efeitos nocivos à sua saúde advindos dos remédios (efeitos colaterais), de se sentirem doentes, exatamente porque tomavam remédio. Vinte e dois idosos (11,4%) o descartaram, considerando que “tomar remédio” é um ato simples, que não atrapalha, nem complica a vida; uma contingência da vida.

“Precisar de remédio” teve conotação mais negativa. O fato da obrigatoriedade, da necessidade imperiosa, o tornava antipático. É muito melhor não precisar do remédio. A maioria (85,0%) escolheu-o como determinante de má qualidade de vida. Quem pensava o oposto, raciocinava da mesma forma que o item anterior “tomar remédio”, bem como os onze entrevistados que o descartaram como item que não exercia nenhuma influência para a qualidade de vida do idoso.

“Precisar de dieta” deve ser interpretado como o anterior; conotação negativa para 74,6% dos entrevistados. Mas, além da obrigatoriedade antipática, a palavra

“dieta” carrega em si uma imagem negativa, pois precisam dela os obesos, os feios, os doentes, os que terão de se submeter a uma alimentação de gosto ruim (sem sal, sem gordura, sem sabor), tendo de se privar de uma das melhores coisas da vida: uma boa comida, uma mesa farta. No entanto, alguns consideravam a oportunidade de controle dos problemas de saúde com uma dieta, favorecendo, assim, a possibilidade de se alcançar uma “boa saúde”. Quem o descartou, o fez, pensando ser uma mera contingência da vida.

“Dieta com pouco sal”, item considerado determinante de má qualidade de vida na velhice por 29,5% dos entrevistados e descartado por 11,9%; portanto, 58,6% dos idosos diziam que comer com pouco sal ajudava a controlar doença, principalmente pressão alta, e esse controle melhorava a vida, pois ajudava a combater uma doença séria, esta, sim, fator determinante de má qualidade de vida. Na avaliação oposta, diziam que comer sem sal ou com pouco sal tirava o sabor dos alimentos e a comida ficava sem graça, perdendo, assim, o prazer de comer e “comer é uma das melhores coisas da vida”.

“Usar transporte público (ônibus, metrô etc.)” foi considerado positivo por 69,9% dos entrevistados, pois sinalizava que estavam independentes, que podiam se locomover sem ajuda, estando implícito aqui a independência, que é extremamente valorizada pelas pessoas. Mas, quem analisou como fator negativo, pensava na má qualidade dos serviços de ônibus da cidade de São Paulo, muitos relatando a espera demorada nos pontos, a falta de educação dos motoristas, a dificuldade de subir nos ou descer dos ônibus, a superlotação, o medo de ser assaltado. Raciocinaram mais em cima do serviço de ônibus e não do metrô, não ficando claro o motivo (uso mais freqüente do ônibus?).

“Viver sozinho”, considerado determinante de má qualidade de vida por 82,4% dos entrevistados, traz em si a idéia de abandono, solidão, não contar com ninguém, não poder usufruir do apoio de alguém, se for necessário, como explicitado no medo de ficar doente à noite, ou de “morrer sem alguém que lhe dê a mão”. No entanto, alguns consideraram que isso está associado à liberdade, a não precisar dar satisfações a quem quer que seja, no sentido da afirmação popular “antes só, que mal acompanhado”. Às vezes, deu a impressão ao pesquisador de querer ir à forra contra outrem, vingança mesmo, ou, até, justificar, para si mesmo, as dificuldades de relacionamentos, um “dar de ombros” à situação de falta de rede social de apoio ou de ausência de amizades. Quem sabe os distímicos se encaixem aqui.

“Morar sozinho” também carrega uma conotação negativa para 71,6% dos entrevistados, praticamente pelas mesmas razões de “viver sozinho”. De qualquer forma, muitos afirmam que morar sozinho não é o mesmo que viver sozinho. Pode ser uma contingência da vida, uma viuvez, por exemplo. Mais gente que no item anterior, no entanto, vê um lado positivo nessa situação: é a possibilidade de ter o seu próprio canto, de não precisar morar com filhos, de poder usufruir uma vida independente, ser “dono do seu próprio nariz”, continuar exercendo sua autonomia, de fazer o que bem entender, na hora que bem entender. Alguns que o descartaram, não conseguiram encontrar razões positivas, nem negativas. Indiferença.

Para 68,9%, “namorar” era algo bastante positivo, uma das atividades prazerosas da vida, muitos dando uma entonação maliciosa à fala, lembrando-se de tempos passados. Namorar é encontro, é afetividade e sexualidade num sentido amplo, atributos importantes para a vida saudável. Os poucos que o viam como fator negativo, carregavam, às vezes, o preconceito de que namorar é para jovens;

portanto, o tempo de namorar já passou, agora é sem-vergonhice. Havia, também, uma carga de religiosidade em algumas falas, de uma “coisa pecaminosa”. Algumas viúvas expressaram que não deviam mais namorar, pois “não queriam arranjar marido”. Houve uma quantidade importante de pessoas que descartaram o referido item (22,3%), algumas com dificuldade de lidar com preconceitos e questões religiosas, parecendo haver recusa a pensar no assunto.

“Atividade sexual; ter relação sexual” foi o item mais polêmico e o menos valorizado. Foi o item colocado em último lugar do *ranking*. Para 65,3% era um determinante positivo de qualidade de vida na velhice, os homens afirmando mais enfaticamente que as mulheres. Para a maioria dos homens, atividade sexual é fundamental. Para muitos, mesmo considerando fator positivo, ao avaliarem a importância, não deram uma importância fundamental. Mas, para 28,0% dos entrevistados, ter ou não ter relação sexual não exercia nenhuma influência na vida dos idosos. Alguns até porque já tinham sublimado as incapacidades de manterem tal atividade, contentando-se com outros jogos afetivos e amorosos, como o prazer de estar junto, de poder abraçar, tocar, acariciar, beijar. Para algumas mulheres, a experiência do passado foi tão negativa, a sujeição ao marido tão sufocante, o machismo a que tiveram de se submeter tão vil, que, hoje, não precisam manter tal atividade é uma libertação. Muitas nunca experimentaram prazer na relação sexual; assim, ter relação desse tipo piora a qualidade de vida.

“Ter cônjuge, companheiro”, um item positivo para 81,9% por razões de afetividade, companheirismo, de ter com quem contar, de poder dividir as responsabilidades da vida, a educação dos filhos, por exemplo. Para os homens, principalmente, é a possibilidade de uma vida sexual mais contínua e duradoura, sem

sobressaltos, nem interrupções. Mas, para aqueles que vivenciaram uma relação conflituosa, ou, principalmente mulheres, que sofreram dominação por parte do companheiro, “ter cônjuge” passa a ser um peso, ou um pesadelo. Mais uma vez, “antes só do que mal acompanhada”. Assim, a separação ou a viuvez passam a ser libertação. Até perdoam o “pai de seus filhos”, mas não o querem de volta, nem almejam arranjar outro.

Ao analisar o item “ser visitado, ou visitar amigos, vizinhos, com frequência”, vale a pena lembrar que ele ocupava, na lista de itens mostrada aos entrevistados, um lugar imediatamente posterior a outro extremamente semelhante “ser visitado, ou visitar a família, com frequência”. Primeiro os entrevistados pensavam a respeito deste e, em seguida, eram inqueridos a respeito dos amigos e vizinhos. Visitar a família, ou ser visitado pela família, ficou entre os itens de maioria positiva, isto é, não houve unanimidade, mas pelo menos 95% dos entrevistados o consideraram como determinante positivo, havendo, portanto, apenas 5% que, ou o descartaram, ou o consideraram como determinante negativo. O mesmo não ocorreu, quando a situação era a de se relacionar mais estreitamente com amigos e vizinhos, principalmente vizinhos. As pessoas diziam que não era muito bom ficar incomodando os vizinhos e até mesmo os amigos e que também não queriam ser incomodados por eles. Assim, 17,6% dos entrevistados descartaram esse item como não tendo nenhuma influência na qualidade de vida do idoso, 4,1% o avaliaram como determinante negativo e 78,3% o consideraram determinante positivo.

“Adaptar-se às perdas; saber perder”, um item cuja redação havia sido modificada no estudo piloto, tendo sido acrescentada a segunda parte do item (“saber perder”), pois foi a forma encontrada, naquela ocasião, para que os idosos

entendessem o significado do item e deixassem de interpretar como “perda” única e exclusivamente. Quarenta entrevistados (20,7%) descartaram o item e vinte e quatro (10,9%) avaliaram como determinante de má qualidade de vida. Muitos o rejeitaram, por entender, mesmo com o acréscimo feito, que perda é ruim, não raciocinando com a questão do processo adaptativo. Isto prejudicou novamente a compreensão do item e fez, também, com que tivesse uma menor valorização média em termos de importância (Likert).

“Ter rendimentos maiores que os gastos” foi um item avaliado como determinante de boa qualidade de vida por 81,3% das pessoas, mas muitos diziam que o importante era “ter rendimentos suficientes para os gastos”, item avaliado imediatamente antes. Alguns até comentavam que não é bom ganhar demais, pois a pessoa se perde, fica gananciosa e pensando apenas no dinheiro. Então davam menor importância para este item.

“Situação financeira estável” foi descartado por 12,4% dos entrevistados, muitos devido ao fato de acharem que “coisa muito estável não é boa”, ainda mais que a estabilidade é ficar no medíocre, na situação de aposentadoria pequena. Não se passa fome, nem necessidade, mas também não se consegue progredir, fazer um extraordinário, uma viagem, por exemplo. A vida fica mais limitada. A maioria que avaliou como determinante de boa qualidade de vida (81,9%) pensou que estabilidade significa não-regressão, que não há piora; não melhora, mas também não piora. Por este mesmo raciocínio, alguns (5,7%) descartaram esse item.

“Dirigir automóvel” foi descartado por 19,7% dos entrevistados e avaliado como determinante de má qualidade de vida na velhice por 15,0%, muitos dizendo que idoso sem reflexo na direção é um perigo para a própria vida e coloca em perigo

a vida dos outros. Alguns diziam que dirigir passou a ser motivo de aflição depois de certa idade, pois o trânsito aumentou demais nos últimos anos e se sentiam inseguros na direção, o que causava ansiedade e aflição; era melhor ir de táxi ou de transporte público. Alguns, principalmente mulheres, descartaram o item devido ao fato de nunca terem dirigido e, portanto, estarem impossibilitados de fazer uma avaliação precisa. Dentre os que avaliaram como determinante de boa qualidade de vida (65,3%), muitos diziam do enorme prazer de dirigir e o que isto significava para suas vidas, pois, assim, se achavam donos de si, independentes, não precisando pedir favores para os outros, nem para os filhos; o carro era liberdade, prazer, independência, autonomia, possibilidade, saúde. Muitos, inclusive, se orgulhavam de, na idade em que estavam, estarem ainda dirigindo e, até mesmo, de poder estar fazendo favores para os filhos.

“Receber auxílio financeiro dos filhos” foi avaliado como determinante de boa qualidade de vida pela maioria (80,8%), por acharem que isso ajuda muito, devido à aposentadoria insuficiente, possibilitando complementar os rendimentos, para conseguirem pagar aluguel, conta de luz, de água, condomínio, impostos. Para alguns, mais abonados, esse auxílio trazia a oportunidade de “extraordinários” em seu dia-a-dia, como uma viagem mais longa, ou um bem material de que estavam necessitando. Para os que avaliaram como determinante de má qualidade de vida (13,5%), receber qualquer auxílio dos filhos significava fracasso na vida, orgulho ferido.

“Ter um emprego”, para os que avaliaram como determinante de má qualidade de vida (4,7%), significava acordar cedo, ter horário, bater ponto, obedecer a chefe, cansar-se, trabalhar seis dias na semana, ficar estressado. Para a maioria

(87,6%), significava continuar ativo, ter um papel importante na sociedade e na família, ter rendimentos maiores, ter uma vida mais folgada financeiramente. Alguns até se lembravam da conjuntura de desemprego que a sociedade brasileira estava passando, com inúmeros jovens não conseguindo o primeiro emprego e muitos trabalhadores ficando desempregados. Até pensavam que o emprego para os velhos iria complicar a vida dos mais jovens, mas, o que fazer. Assim, este item levantava as queixas da aposentadoria insuficiente e da vontade de complementá-la. Daí a avaliação de que “ter um emprego” melhorava a vida, pelo menos a de quem estava empregado. Para 7,7%, não influenciava em nada a qualidade de vida do idoso, pois estavam satisfeitos com o pouco que ganhavam e não queriam submeter-se às agruras de um novo emprego, na idade em que estavam.

“Tomar conta de netos”, item dos mais polêmicos. Quarenta e nove entrevistados (25,4%) avaliaram-no como determinante de má qualidade de vida na velhice, por acharem que o momento é de curtir a vida; os netos são uma maravilha, uma dádiva, mas não para serem cuidados pelos avós; a obrigação de cuidar é dos pais. Já fizeram isso com seus filhos e agora é a hora dos seus filhos assumirem os papéis de pais. Então, tomar conta de netos passa a ser obrigação, o que não é bom. Ainda mais ter de se privar de um passeio, de uma amizade, de irem fazer uma caminhada que o médico pediu para realizarem, porque têm de ficar com os netos. Ou, pior ainda, o cuidado pode trazer cansaço e preocupação, além de muitos conflitos, “pois o mundo mudou e a educação de hoje não é como a do meu tempo”. Avô e avó precisam curtir os netos, simplesmente. Quarenta entrevistados (20,7%) descartaram o item, dizendo que, apesar de não gostarem da obrigação, não deixa de ser um prazer ficar com os netos, havendo uma certa ambigüidade de sentimentos.

Para quem avaliou como determinante de boa qualidade de vida (53,9%), “tomar conta de netos” é extremamente gratificante, não vendo como nenhuma obrigação e, sim, como um enorme prazer, além de se sentirem felizes por estarem ajudando os filhos.

“Morar com familiares (filhos, noras, genros, netos etc.)” foi avaliado como determinante de má qualidade de vida por uma maioria (55,4%), devido ao desejo de terem mais espaço e sofrerem menos incômodo. Atualmente, a existência de múltiplas gerações, convivendo constantemente sob o mesmo teto, gera conflitos e desavenças, pois cada uma tem seus anseios, expectativas, interesses e valores, que podem ser divergentes e, na maioria das vezes, o são. Os arranjos multigeracionais não são benquistos pelos idosos de hoje. A velocidade do desenvolvimento, com rápidas mudanças nos padrões de comportamento e nos valores morais, trouxe desequilíbrios na visão do mundo, que, se não bem trabalhados, levam a dificuldades no relacionamento. Assim, avós que não suportam a música barulhenta, preferida pelos netos, adultos que não acompanham a evolução tecnológica da sociedade e se tornam excluídos, idosos que não aceitam os padrões morais dos dias atuais, como as normas vigentes para os casamentos e namoros, com “tanta liberdade sexual”, os mais velhos que foram perdendo a função de repassar experiência e que são, implicitamente, rejeitados pelos mais jovens. É preferível arranjos unigeracionais, como um casal, ou, no máximo, bi-geracionais, como mãe viúva e filha separada, cada uma exercendo uma nova função nesse arranjo familiar. Os que avaliaram como determinante de boa qualidade de vida (28,5%) pensam nas vantagens de se conviver em família e buscam na família o suporte para suas vidas, provavelmente

vivenciando experiências positivas nesse convívio familiar. Para 16,1%, “morar com familiares” não influencia a qualidade de vida dos idosos.

“Dormir fora de hora; não ter hora para dormir” foi avaliado como determinante de má qualidade de vida por 73,6% dos entrevistados. Estes idosos preferem a rotina, a vida mais metódica, valorizando a necessidade de repor as energias perdidas. Muitos afirmam que as extravagâncias levam a doenças. Para 11,4% que avaliaram como determinante de boa qualidade de vida na velhice, “dormir fora de hora; não ter hora para dormir” significa liberdade, autonomia, realização de desejos, desengajamento de obrigações (“posso dormir a qualquer hora, pois não preciso levantar cedo, não tenho que ir trabalhar”). Outros 15,0% não viram nenhuma influência do item em suas vidas.

5.5 Redução dos itens

Fizemos um corte no *ranking* de impacto em um terço dos itens. Os primeiros quarenta e seis itens foram enviados aos especialistas, para distribuí-los em dimensões. O corte em um terço já é uma primeira redução. E estamos reduzindo de acordo com o *ranking* de impacto, dado pelos próprios idosos. Foram, portanto, itens que tiveram maior frequência de escolha e maior avaliação da importância. É necessário reduzir, para que o instrumento seja viável e prático.

Temos um constructo complexo, “Qualidade de Vida na Velhice”. Normalmente se exige que, no instrumento final, haja um número razoável de itens, pois, segundo Pasquali (1998), é preciso “cobrir a totalidade, ou a maior parte, ou,

pelo menos, grande parte da extensão semântica do constructo, explicitada nas definições constitutivas”. Pasquali se pergunta o que é um número razoável de itens e, ele mesmo, responde: “O bom senso de quem trabalha nessa área sugere que um constructo, para ser bem representado, necessita de cerca de vinte itens”. É evidente que constructos muito simples não exigem tanto, sendo suficientes alguns itens, meia dúzia, ou até menos. Pasquali dá como exemplo a satisfação com o salário. Pergunta: “Quantas maneiras há de se verificar tal satisfação? Parece exagerado perguntar vinte vezes à pessoa se está satisfeita com o seu salário”. Mas, para Qualidade de Vida na Velhice, há muitas dimensões e aspectos que devem ser analisados. Daí, em nossa seleção de itens, feita nas primeiras etapas do processo de construção, ouvimos vários idosos, para se conseguir entender o que significava qualidade de vida na velhice e quais os fatores determinantes de boa e de má qualidade de vida nessa fase da existência. Seleccionamos 139 itens, que cobriam várias dimensões do constructo. Mas, 139 é um número impraticável. E queremos um instrumento que possa ser aplicado em diversas situações, necessitando ser prático e aplicável. A primeira redução em um terço dos itens já é um caminho para a aplicabilidade. Pasquali (1998) indica que esse foi, também, o caminho da psicometria tradicional:

Se o número final de itens, isto é, depois que o instrumento passou por todas as fases de construção e validação, deve ser em torno de 20, pergunta-se com quantos itens é preciso começar, para que, no final, possamos salvar 20? A resposta dada no contexto da psicometria tradicional positivista é a de que se deve começar com, pelo menos, o triplo de itens, para se poder assegurar, no final, um terço deles.

Assim, os primeiros 46 itens de impacto mais alto foram enviados aos especialistas, para distribuí-los em dimensões.

5.6 Distribuição dos itens em dimensões

Conforme a metodologia, três especialistas distribuíram os primeiros 46 itens do *ranking* de importância em oito dimensões. Foram necessárias duas rodadas, para se chegar à unanimidade ou à concordância de pelo menos dois dos três especialistas. Além disso, o pesquisador verificou a concordância com as dimensões inicialmente encontradas à época da seleção dos itens. Ficou caracterizada a multidimensionalidade do instrumento, correspondendo à multidimensionalidade do constructo em estudo.

5.7 Elaboração da estrutura final do instrumento

O instrumento deverá ser o mais curto possível, para que seja prático e aceitável. Deverá ser construído de tal forma, que permita o auto-preenchimento, além do preenchimento através de um entrevistador, tendo em vista a grande proporção, em nosso meio, de idosos analfabetos, ou com escolaridade baixa, com grandes dificuldades de abstração e de compreensão de leitura, sem esquecer os idosos com problemas visuais e motores.

A estrutura final do instrumento está delineada desde 1995, conforme discutido na “Apresentação” da Dissertação de Mestrado de Paschoal (2000), onde se mostra que o instrumento vem sofrendo alterações de acordo com sua aplicação na prática. Foi inicialmente denominado “Índice de Bem-Estar”, sendo sempre

composto por três partes: **Satisfação de Vida, Qualidade de vida Idealizada e Qualidade de Vida Realizada** (Anexo L).

A primeira parte do instrumento não é dependente do resultado de todo o trabalho de Pós-Graduação do pesquisador (Mestrado e Doutorado), pois é uma avaliação da Satisfação de Vida e vem sendo construída de forma autônoma. Ela é dividida em doze itens: determinantes de boa qualidade de vida na velhice (espontânea e estimuladamente); determinantes de má qualidade de vida na velhice (espontânea e estimuladamente); estado de saúde atual, comparação do estado de saúde com o de pessoas da mesma idade; comparação da qualidade de vida com a de seus pais (mãe, para as senhoras, e pai, para os senhores), quando estes tinham a mesma idade atual do entrevistado; nota para a qualidade de sua vida em dois ou mais momentos; idade que gostaria de ter; até que idade gostaria de viver; medos; desejos. Essa parte do instrumento continua sendo experimentada em entrevistas com idosos do GAMIA, recebendo a denominação de “Bem-Estar – GAMIA99” (Anexo M). As variáveis que permitem uma quantificação imediata (estado de saúde atual, comparação do estado de saúde com pessoas da mesma idade, comparação da qualidade de vida com a dos pais, nota para a qualidade de vida atual, idade que gostaria de ter e até que idade gostaria de viver) podem ser trabalhadas, de forma a compor um “Indicador Agregado”, que seria construído através da articulação das respostas a essas variáveis.

A segunda e a terceira parte são interligadas, estas, sim, dependentes da metodologia e da análise e tratamento estatístico do trabalho de campo do Doutorado. Diferente do que o pesquisador vinha construindo até seu Mestrado, foi verificada a necessidade de se distinguir entre os determinantes de boa qualidade de

vida na velhice dos de má qualidade de vida na velhice no momento de se avaliar a importância, na parte do questionário denominada Qualidade de Vida Idealizada.

Nessas duas partes, o respondente deverá escolher uma opção dentre cinco categorias de respostas, através do que se denomina escala de Likert. Esta é uma escala categórica, onde cada nível de resposta recebe um rótulo, um significado. Esses rótulos são definidos, inicialmente, por se escolher os dois extremos, dividindo-se, a seguir, os rótulos intermediários, com a intenção de se obter uma graduação. Para Fayers e Machin (2000c),

escalas categóricas do tipo Likert têm, usualmente, quatro ou cinco categorias, embora seis, ou até mesmo sete, sejam algumas vezes usadas. Menos que quatro categorias é usualmente visto como um número muito pequeno, ao mesmo tempo que estudos têm mostrado que muitos respondentes não podem discriminar repetida e confiavelmente entre categorias, se há mais que seis ou sete. Há opiniões divididas acerca das vantagens ou desvantagens de se ter um número ímpar de categorias para uma escala simétrica.

Desse modo, escolhemos uma escala com cinco pontos, para as duas partes, os rótulos variando de acordo com a intenção e a necessidade daquela parte do questionário.

Portanto, na segunda parte do questionário, conforme parte **B** do Índice de Bem-Estar (Anexo L), agora modificada, o idoso é convidado a avaliar o grau de importância de cada item positivo para uma boa qualidade de vida na velhice e a importância de cada item negativo para uma má qualidade de vida na velhice, numa escala de Likert de cinco pontos (nenhuma importância → importância total); aqui o idoso revela **a qualidade de vida idealizada por ele**, levando em conta a bipolaridade. Na terceira parte, conforme parte **C** do Índice de Bem-Estar (Anexo L),

para cada item, é convidado a avaliar sua situação atual, revelando **sua qualidade de vida realizada** até aquele momento. Isto também é aferido através de uma escala de Likert de cinco pontos, que terá cinco tipos de opções de respostas. Como exemplo, se, na segunda parte, o que se questiona é “para uma pessoa de sua idade viver bem, para ter uma boa qualidade de vida, qual a importância de viver sem dor importante?”, na terceira, o questionamento será “o(a) sr.(as) vive sem uma dor importante?”. E assim por diante.

Assim, **Qualidade de Vida Idealizada** é a opinião do idoso, para aquele momento, a respeito da importância dos diferentes itens e dimensões para uma boa e má qualidade de vida na velhice em geral e a **Qualidade de Vida Realizada** é a situação de momento daquele idoso, frente aos mesmos itens e dimensões, conseguindo-se verificar, de imediato, se ele desempenha, possui, ou sente aquilo que julgou ser muito importante e se não sente, não possui, nem desempenha aquilo que julgou ser pouco ou nada importante. Deverá ser estabelecido um modo de medir a distância entre o idealizado e o realizado. Se isto for transformado em um número, este poderá ser um índice sintetizador de qualidade de vida, fácil de ser usado.

Falta, ainda, uma tomada de decisão importante: que denominação dar ao instrumento que está sendo construído. Nesses anos em que vimos desenvolvendo a pesquisa, o instrumento recebeu vários nomes. Inicialmente, quando nem bem conhecíamos o constructo e trabalhávamos empiricamente, denominamos Índice de Bem-Estar (Anexo L). Quando começamos a aplicar o Índice no grupo de promoção de saúde do Serviço de Geriatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, grupo este chamado Grupo de Atendimento Multidisciplinar ao Idoso Ambulatorial – GAMIA, demos o nome de BEM-ESTAR – GAMIA 99 (Anexo M),

numa alusão ao grupo de idosos e ao ano de início da aplicação. Mais tarde, para apresentar o instrumento em Congressos e palestras, passamos a denominá-lo de GAMIA-QV, QV significando qualidade de vida. Além disso, é importante torná-lo conhecido através de uma sigla abreviatória; é uma forma prática de denominação. Assim, qual o melhor nome? Como identificar para os futuros usuários que nosso instrumento quer avaliar a Qualidade de Vida na Velhice? McDowell e Newell (1996b), num capítulo em que descrevem as diretrizes para desenvolver medidas de saúde, afirmam:

Medidas devem receber um nome que descreva seu conteúdo acuradamente; algumas escalas de Atividades da Vida Diária nunca receberam um nome, tornando difícil, para os usuários subseqüentes, indicar qual escala têm usado. Se uma escala for revista ou abreviada, é útil indicar essa revisão ou abreviação através de modificação do título.

Qual o nome de nosso instrumento que descreve seu conteúdo e sua finalidade? É um instrumento genérico de avaliação de Qualidade de Vida na Velhice, a ser aplicado, portanto, em agrupamentos e populações de indivíduos idosos. Como velhice carrega conotação negativa na sociedade brasileira, decidimos denominá-lo **Índice de Qualidade de Vida do Idoso – IQVI**.

Em nossa revisão da literatura, encontramos um instrumento de avaliação de qualidade de vida que possui características semelhantes a essas duas partes. Trata-se do Quality of Life Index de Ferrans e Powers (1985), traduzido para o Português e validado em nosso meio por Kimura (1999), aqui chamado de Índice de Qualidade de Vida de Ferrans e Powers. Possui duas partes: na primeira, o entrevistado avalia o grau de satisfação com 34 aspectos de sua vida, usando uma escala de Likert de 6 pontos (muito insatisfeito ➔ muito satisfeito); na segunda, avalia a importância para

si de cada um daqueles aspectos de sua vida, também usando uma escala de Likert de 6 pontos (sem nenhuma importância → muito importante). A diferença é que, no nosso instrumento, queremos comparar a situação vivenciada com a idealizada, se o que ele tem ou faz é exatamente como ele avalia ser importante de ter ou fazer e, no Índice de Qualidade de Vida, a comparação se dá entre a satisfação do indivíduo frente aos aspectos que julga importantes. A outra diferença é que estamos elaborando o instrumento a partir de itens e dimensões considerados relevantes para a qualidade de vida na velhice, a partir do julgamento e opinião de indivíduos idosos, enquanto o instrumento de Ferrans e Powers é um instrumento genérico de qualidade de vida, sem ter sido construído, para ser aplicado especificamente com populações idosas. Constitui, entretanto, um ótimo ponto de referência, quando formos aplicar o instrumento, pois já está validado em nossa língua e cultura.

Há um outro instrumento parecido, o The Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life – SEIQoL (O’Boyle et al., 1993), desenhado para medir o julgamento do indivíduo acerca de sua qualidade de vida, através de três partes: a) aspectos da vida que o indivíduo considera cruciais para sua qualidade de vida (entrevista estruturada); b) auto-avaliação do estado funcional atual em cada aspecto considerado e c) avaliação da importância relativa de cada aspecto. Durante a entrevista estruturada, pede-se aos entrevistados para pensar em sua vida e nomear as cinco dimensões (*cues*) que consideram as mais importantes para a qualidade total. A seguir, avaliam seu estado atual em cada área, usando uma escala análogo-visual, e avaliam a qualidade de vida total através de outra escala análogo-visual. Por fim, para quantificar a importância relativa de cada dimensão, usam análise de julgamento, um método muito utilizado em tomadas de decisão, que requer um

programa de computador. Como é um método impraticável para indivíduos com dano cognitivo e em muitas situações clínicas, um procedimento de ponderação mais curto e direto tem sido desenvolvido (Browne et al., 1997). O SEIQoL já foi utilizado em população idosa (Browne et al., 1994).

5.8 Elaboração do escore do instrumento

O escore de um instrumento é fundamental para sua aplicabilidade. É necessário que haja um valor numérico, para comparações entre indivíduos e entre diferentes períodos de um mesmo indivíduo. Este indivíduo tem melhor ou pior qualidade de vida que aquele? A qualidade de vida do indivíduo x , ou de uma dada população, melhorou, ou piorou, após a intervenção y ? Vários instrumentos medem a qualidade de vida por avaliar a importância relativa que os indivíduos dão a cada domínio, comparativamente com a satisfação percebida do mesmo domínio. Temos como exemplos de instrumentos desse tipo o Índice de Qualidade de Vida de Ferrans e Powers (1985), o Quality of Life Inventory (Frisch et al., 1992) e o The Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life-SEIQoL (O'Boyle et al., 1993). McDowell e Newell (1996b) recomendam diversas características de instrumentos de medidas, importantes de serem buscadas no momento em que o usuário (um pesquisador, por exemplo) tiver de decidir por qual método de avaliação, por qual escala de medida, escolher. Portanto, recomendações que devem ser apreciadas na hora de se decidir se determinado instrumento será usado ou não. Dentre as sete características, está o escore: “Está claro como o método estabelece o escore? A

qualidade numérica dos escores é adequada ao tipo de análises estatísticas planejadas? Se o método usa um escore total, como este deve ser interpretado?”.

No nosso instrumento, queremos saber a distância entre o **ideal** e o **real**, entre a **qualidade de vida idealizada** e a **realizada**. Quanto maior a distância, pior a qualidade de vida, quanto menor, melhor. Para cada item, para cada dimensão e para a avaliação global. A distância tem de ser medida item a item; depois, agregar por dimensão, para medir a distância dimensão por dimensão e, enfim, fazer o escore final, que é a distância entre a Qualidade de Vida Idealizada e a Realizada. O escore (a distância) resulta da comparação dos valores escolhidos na escala de Likert das duas partes, para cada item. O escore tem de ser desmembrado por dimensão: para uma dada dimensão, encontra-se um escore, para outra, outro escore e assim por diante. Isto permitirá saber em quais dimensões houve melhora ou piora (foi no Social?, foi no Psicológico? etc.). Caso se meça em dois períodos, para comparação, ou se queira saber o impacto de uma intervenção realizada sobre aquele sujeito, ou sobre uma população, o escore geral permitirá avaliar se a qualidade de vida como um todo melhorou, piorou, ou ficou estável.

Para uma dada dimensão, uma medida da distância entre a qualidade de vida idealizada e a realizada por um mesmo indivíduo pode ser obtida por meio do cálculo da distância euclidiana (Johnson; Wichern, 1992⁵), corrigida pelo número de itens, entre os escores atribuídos pelo idoso, segundo a escala de Likert de cinco pontos, nas duas avaliações.

⁵ Johnson RA, Wichern DW. *Applied Multivariate Statistical Analysis*. Third ed. New Jersey: Prentice Hall; 1992.

Essa distância é dada por:

$$d = \sqrt{\sum_{i=1}^p (\text{escore ideal}_i - \text{escore real}_i)^2 / p}, \quad (1)$$

onde

escore ideal é o escore atribuído pelo idoso ao item *i* na ocasião em que é avaliada a qualidade de vida idealizada;

escore real é o escore atribuído pelo idoso ao mesmo item, quando é avaliada a qualidade de vida real e *p* é o número de itens da dimensão.

No caso de haver concordância total entre a situação idealizada e a realizada pelo idoso, a distância *d*, dada na expressão (1), assume seu valor zero. A distância *d* é uma medida de dissimilaridade: quanto maior a discordância entre os escores atribuídos a um mesmo item, maior será o valor de *d*. O valor máximo de *d* é igual a 4 que ocorre no caso de discordância total, isto é, o idoso atribui à situação ideal, em todos os itens, escore igual a um dos extremos da escala (1 ou 5), e nos itens correspondentes à vida real atribui escore no extremo oposto. Estes resultados são válidos, qualquer que seja o número de itens da dimensão.

Para exemplificar o cálculo de *d*, consideremos a situação hipotética em que três idosos (A, B e C) atribuem aos itens da dimensão Saúde Física (*p*=7) os escores apresentados na coluna Ideal da Tabela 19. Os escores atribuídos pelos idosos A, B e C na avaliação da qualidade de vida realizada são dados, respectivamente, nas colunas Real A, Real B e Real C dessa mesma Tabela. Observamos que, para o idoso A, ocorreu total concordância entre a qualidade de vida idealizada e a realizada, ao passo que, para o B, ocorreu total discordância, ficando o C em uma situação

intermediária. A medida de distância d reflete essas situações, assumindo o valor 0 para o idoso A, 4 para o B e 1,65 para o C.

Tabela 19 – Escores hipotéticos atribuídos pelos idosos A, B e C aos itens da dimensão Saúde Física nas avaliações da qualidade de vida idealizada (Ideal) e qualidade de vida realizada (Real A, Real B e Real C)

Ideal	Real A	Real B	Real C
5	5	1	4
1	1	5	2
1	1	5	2
5	5	1	3
5	5	1	3
1	1	5	3
5	5	1	3

Para o instrumento como um todo, uma medida de distância entre a qualidade de vida ideal e a real para um idoso pode ser dada pela média aritmética das distâncias em cada dimensão, ou pela média ponderada dessas distâncias.

5.9 Construção de dois instrumentos de avaliação de Qualidade de Vida do Idoso no Brasil

Quase simultaneamente, dois instrumentos para avaliar qualidade de vida na velhice estão sendo construídos no Brasil. Um deles, o Projeto WHOQOL-OLD, desenvolvido pelo Grupo WHOQOL-OLD Centro Brasileiro, de Porto Alegre, RS, ligado ao *World Health Organization Quality of Life Group*, num projeto multicêntrico da Organização Mundial da Saúde. A metodologia usada no Projeto

WHOQOL-OLD é a mesma que foi utilizada no desenvolvimento de outros instrumentos de qualidade de vida do WHOQOL (WHOQOL-100 e WHOQOL-breve). Há um grande interesse de desenvolver um instrumento para avaliação de qualidade de vida de idosos por parte do Grupo. Fleck et al. (2003) colocam como justificativa o 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.

Os passos, que a metodologia e a estratégia de ação vão seguir, 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 e 10) publicação e disseminação dos resultados. Nessa publicação de 2003, os autores relatam os resultados dos grupos focais. Foram realizados cinco grupos focais no Brasil, aplicando-se uma metodologia qualitativa. Realizaram, também, entrevistas com quatro profissionais envolvidos com o cuidado de idosos. A amostra foi de conveniência, com diferentes subpopulações de idosos. Os cinco grupos envolveram 23 pessoas, sendo 18 idosos e 5 cuidadores. Dos idosos, onze eram mulheres. Fizeram uma distribuição por faixa etária, sendo nove de 60 a 80 anos e nove com mais de 80 anos. Além disso, também distribuíram de acordo com a auto-classificação de saúde, sendo que oito se consideraram saudáveis e dez, doentes. A percepção subjetiva do indivíduo acerca de sua saúde foi constatada no momento

anterior da realização dos grupos. Os grupos discutiam inicialmente quatro questões: o conceito de qualidade de vida, aspectos que a melhoram, aspectos que a pioram e o que é mais importante para a qualidade de vida. Ao avaliarem questões relativas à definição e aos aspectos positivos e negativos de qualidade de vida, todos os grupos salientaram “saúde, sociabilidade, suporte social, atividade física, possibilidade de dar suporte e apoio e sentimento de utilidade”; alguns grupos lembraram “religiosidade, condições financeiras estáveis e boas condições de vida” como fatores importantes de qualidade de vida. Houve algumas “polêmicas” em relação a aspectos levantados de facetas do WHOQOL-100, merecendo modificações para serem aplicados em idosos: imagem corporal e aparência, capacidade para o trabalho, sentimentos negativos, atividade sexual e dependência de medicação ou tratamento. Houve percepção da necessidade de itens adicionais.

No nosso projeto, em desenvolvimento desde 1995, também passamos por várias etapas: 1ª) reconhecimento da necessidade de avaliar qualidade de vida na velhice; 2ª) discussão a respeito do conceito; 3ª) levantamento de aspectos relevantes para a qualidade de vida nessa fase da existência; 4ª) construção empírica de um primeiro questionário de avaliação (Índice de Bem-Estar), com questões que interrogavam fatores determinantes de boa qualidade de vida na velhice, medos e desejos, além de se estruturar o formato do instrumento em três partes: Satisfação de Vida, Qualidade de Vida Idealizada e Qualidade de Vida Realizada; 5ª) aplicação em idosos participantes do GAMIA, um programa de promoção de saúde do Serviço de Geriatria do HC-FMUSP (Anexos L e M); 6ª) remodelação do questionário, incluindo outras avaliações, inclusive de fatores determinantes de má qualidade de vida na velhice; 7ª) análise das respostas a esses questionários, com seleção de

aspectos relevantes para boa e para má qualidade de vida na velhice, resultando numa lista com 138 itens; 8ª) escolha do método do impacto clínico como a metodologia de seleção, redução e distribuição dos itens em dimensões, itens e dimensões que passariam a constituir o instrumento de avaliação, dentro do formato proposto; 9ª) realização de um estudo-piloto (Mestrado do pesquisador), para delinear os procedimentos necessários à construção do instrumento, adaptando a metodologia, e definir a lista de itens a ser submetida aos idosos na fase de redução de itens; 10ª) análise dos dados do piloto; 11ª) trabalho de campo; 12ª) análise dos resultados do trabalho de campo; 13ª) construção do instrumento com a definição de quais itens e dimensões irão compô-lo; 14ª) redação das questões e formatação do questionário; 15ª) estabelecimento do escore; 16ª) estabelecimento da acurácia do instrumento (validade e confiabilidade) e 17ª) análise e divulgação dos resultados.

Até o momento, foram cumpridas as quinze primeiras etapas, sendo que o processo de acurácia do instrumento com sua respectiva análise e a divulgação dos resultados serão realizadas em etapa posterior.

6. CONCLUSÕES

Finda mais uma etapa do processo de construção de um instrumento de avaliação de qualidade de vida de idosos, o resultado é um instrumento com oito dimensões e quarenta e três itens, retratando a multidimensionalidade do constructo **Qualidade de Vida na Velhice**. Assim, o Método do Impacto Clínico mostrou-se viável para a construção do instrumento.

Todo o processo se baseou em informações fornecidas pelos próprios idosos, o que tornou possível conhecer a percepção deles no tocante à valorização de temas relevantes às suas vidas e ao processo de envelhecimento. Foi possível, também, identificar os itens mais relevantes para a Qualidade de Vida na Velhice, construindo-se um *ranking* de importância, de onde saíram os itens que foram trabalhados pelos especialistas.

Os quarenta e três itens, distribuídos pelas oito dimensões, foram colocados dentro da estrutura previamente elaborada (Qualidade de Vida Idealizada e Qualidade de Vida Realizada) e foi feita mudança de redação de alguns itens negativos, para que pudesse ser obedecido o critério de clareza das regras de construção de itens.

Foi proposto um escore para sumarizar o resultado, medindo a distância entre a Qualidade de Vida Idealizada e a Realizada. A distância tem de ser medida item a item; depois, agregar por dimensão, para medir dimensão por dimensão e, enfim, fazer o escore final, que é a distância entre a Qualidade de Vida Idealizada e a Realizada.

O instrumento recebeu a denominação de **Índice de Qualidade de Vida do Idoso – IQVI**.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Mais uma etapa vencida. Passados três anos da conclusão do Mestrado, vislumbra-se um instrumento de avaliação de qualidade de vida de idosos, construído em nosso contexto sócio-cultural e que leva em conta a perspectiva dessa população: o **Índice de Qualidade de Vida do Idoso – IQVI**. Foi possível encontrar as dimensões fundamentais que compõem o constructo **Qualidade de Vida na Velhice** e selecionar os itens mais relevantes dentro de cada dimensão, itens e dimensões apontados pelos sujeitos-alvo, os próprios idosos.

As duas partes da estrutura final do instrumento, Qualidade de Vida Idealizada e Qualidade de Vida Realizada, foram completadas, faltando adequar a primeira parte, Satisfação de Vida, inclusive com seu escore. O escore que mede a distância entre o Idealizado e o Realizado deverá ser ajustado, para evoluir da pior para a melhor situação, o escore inferior significando uma péssima qualidade de vida, ou a pior possível, e o superior, a melhor possível.

Muito, ainda, necessita ser feito. Operacionalizado o constructo através de dimensões e itens, será necessário testar a hipótese de que eles o representam adequadamente. Submetida a redação dos itens a grupos de idosos e a formatação do instrumento a juízes, para análise semântica de cada item e análise de conteúdo de cada dimensão, o processo de validação deverá ser completado, testando-se sua validade e confiabilidade de forma abrangente. Será necessário verificar a extensão do instrumento, visando sua praticidade e aplicabilidade. São quarenta e três itens aplicados duas vezes, em duas partes; e, ainda, há a avaliação da Satisfação, a

primeira parte que será acrescida. Deverão ser testadas sua praticidade e aplicabilidade. O instrumento é fácil de ser aplicado, ou está muito longo e cansativo? Quanto tempo se leva, para preenchê-lo? Está agradável e simples?

Após análise dos resultados, verificada sua boa acurácia e sua aplicabilidade, o instrumento, aí sim, estará pronto. Poderá, então, ser utilizado nos trabalhos com idosos. O caminho ainda é longo.

O caminho é longo, mas o caminhar tem sido prazeroso. A persistência e a perseverança têm dado alento, para vencer os percalços do trajeto. Não são poucos. O pior de todos é a falta de estrutura, de financiamento. Apesar disso, vamos em frente. Sempre. Esperança e motivação não faltam. Vontade de vencer, também não.

Muito de minha vida tem sido dedicada a esse projeto. Cada vez que compartilho os achados com outros, tenho o retorno da importância e necessidade do instrumento. Estou dando minha contribuição, pequena que seja. Isto me incentiva a prosseguir e, ao mesmo tempo, aumenta minha responsabilidade.

RECRIAR
CADA MOMENTO BELO JÁ VIVIDO
E IR MAIS.
ATRAVESSAR FRONTEIRAS DO AMANHECER
E, AO ENTARDECER,
OLHAR COM CALMA, ENTÃO.
VIAJAR NESSA PROCURA TODA
DE ME LAPIDAR,
NESTE MOMENTO AGORA DE ME RECRIAR,
DE ME GRATIFICAR...

(José Renato e Milton Nascimento; da canção “Anima”)

8. ANEXOS

ANEXO A

QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO: CONSTRUÇÃO DE UM INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO ATRAVÉS DO MÉTODO DO IMPACTO CLÍNICO

ESCALA DE LIKERT (Que importância tem para boa / má QV?)

- 1 → Quase nada importante**
- 2 → Pouco importante**
- 3 → Mais ou menos importante**
- 4 → Muito importante**
- 5 → Extremamente importante**

ANEXO B

QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO: CONSTRUÇÃO DE UM INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO ATRAVÉS DO MÉTODO DO IMPACTO CLÍNICO

ESCALA DE LIKERT (Quanto melhora? / Quanto piora?)

1 → Quase nada

2 → Pouco

3 → Moderadamente

4 → Muito

5 → Extremamente

ANEXO C

LISTA DE ITENS

1. Amizades
- 2. Viver sem dor importante**
3. Tomar remédio
- 4. Cuidar de si mesmo (banhar-se, vestir-se, arrumar-se, alimentar-se etc.)**
5. Solidão
- 6. Casa própria**
7. Viver bem com a família
- 8. Frequentar clubes, associações, igrejas, grupos**
9. Saúde
- 10. Falta de dinheiro**
11. Saber ler e escrever
- 12. Amar**
13. Ficar sem fazer nada; não fazer nada
- 14. Compreensão dos mais novos**
15. Depender dos outros para as atividades do dia-a-dia
- 16. Andar 30 minutos sem dificuldade**
17. Gostar de si mesmo; estar contente consigo mesmo (auto-estima)
- 18. Ter motivo para viver**
19. Realizar atividade física (esportes, ginástica, caminhada etc.)
- 20. Boa alimentação; alimentação sadia**
21. Reclamar da vida
- 22. Paz e Tranquilidade**
23. Capacidade de decisão, de comando
- 24. Abandono da família**
25. Ser respeitado pela sociedade
- 26. Ir a cinema, teatro, passeios, concertos etc.**
27. Usar transporte público (ônibus, metrô etc.)
- 28. Viver sozinho**
29. Os filhos estarem bem de vida

30. Namorar

31. Boa aposentadoria

32. Falta de higiene

33. Sentir-se disposto, cheio de energia

34. Ser independente fisicamente

35. Ser visitado, ou visitar a família com frequência

36. Ser visitado, ou visitar amigos, vizinhos, com frequência

37. Não acreditar em Deus

38. Vida tranqüila, sem preocupação

39. Sono tranqüilo

40. Atividade sexual; ter relação sexual

41. Problemas de saúde

42. Sentir-se respeitado pela sociedade

43. Sossego

44. Aceitar a idade

45. Ter cônjuge, companheiro

46. Pobreza

47. Ter um sentido para a própria vida

48. Liberdade

49. Deficiência dos sentidos (visão, audição, olfação, gustação etc.)

50. Adaptar-se às perdas; saber perder

51. Ter o necessário para viver

52. Ter rendimentos suficientes para os gastos

53. Ter rendimentos maiores que os gastos

54. Morar sozinho

55. Ter controle sobre a própria vida

56. Rabujice; mau humor

57. Desunião da família

58. Saber conviver com os outros

59. Continuar ativo em seu meio (telefonar, fazer compras, cuidar das finanças etc.)

60. Executar tarefas domésticas (cozinhar, lavar, limpar, arrumar a casa, consertar etc.)

- 61. Viajar
- 62. Gostar do que faz**
- 63. Fazer o que gosta
- 64. Precisar de dieta**
- 65. Situação financeira estável
- 66. Disposição para o trabalho**
- 67. Fé em Deus
- 68. Alegria; Felicidade**
- 69. Vícios (bebida, cigarro, jogo, drogas etc.)
- 70. Continuar exercendo sua profissão**
- 71. Ter diploma de 1º grau (ginásio)
- 72. Desenvolver novos potenciais, novas habilidades**
- 73. Falta de respeito da sociedade para com os idosos
- 74. Poder escolher o programa de TV ou de rádio que irá assistir**
- 75. Segurança Pública
- 76. Satisfazer as necessidades básicas (alimentação, vestuário, moradia, transporte, saúde, lazer etc).**
- 77. Ter confiança no futuro
- 78. Fazer o bem aos outros; solidariedade**
- 79. Sentir-se realizado
- 80. Falta de amigos, de companhia**
- 81. Ser atendido com facilidade em qualquer serviço de saúde, quando precisar
- 82. Doenças**
- 83. Baixo poder aquisitivo; baixos salários
- 84. Gostar do próprio corpo**
- 85. Sentir-se útil
- 86. Violência (assalto, roubo, briga etc.)**
- 87. Ser lembrado pelos filhos
- 88. Continuar trabalhando**
- 89. Ter paciência
- 90. Falta de memória; esquecimento**
- 91. Ter facilidade para dormir

92. Dirigir automóvel

93. Más companhias

94. Ter com quem se abrir; poder desabafar com alguém

95. Adaptar-se às mudanças que ocorrem no mundo (tecnologia, caixa eletrônico, telefone celular, computador, moda, música, costumes etc.)

96. Harmonia na família

97. Participar de festas, casamentos, reuniões

98. Ter planos e projetos para o futuro

99. Ter apoio da família

100. Ter apoio de amigos

101. Estar bem consigo mesmo

102. Assistência médica

103. Receber auxílio financeiro dos filhos

104. Ser amado

105. Ter uma religião

106. Ter um ideal a ser seguido

107. Controlar o peso

108. Falta de lugar para morar

109. Sentir-se saudável

110. Conviver bem com os vizinhos

111. Facilidade de transporte

112. Comer mal

113. Ter um emprego

114. Aprender coisas novas

115. Tomar conta de netos

116. Ser estimado pelas pessoas

117. Morar com familiares (filhos, noras, genros, netos etc.)

118. Participar de movimentos, associações, conselhos, sindicatos etc.

119. Ter calma, tranquilidade

120. Ambiente sem poluição

121. Sentir-se um peso para as pessoas

122. Dieta com pouco sal

123. Desentendimento com a família

124. Sentir que os filhos estão bem

125. Ter diversão, lazer; ocupar o tempo livre

126. Morar bem (água encanada, esgoto, espaço, conforto, segurança etc.)

127. Ter doença crônica (diabetes mellitus, pressão alta, reumatismo etc.)

128. Atendimento ruim em serviços públicos (bancos, hospitais, postos de saúde, ônibus, repartições públicas em geral)

129. Dor no corpo (juntas, cabeça, barriga etc.)

130. Ajudar outras pessoas

131. Tristeza; depressão

132. Estar satisfeito com o sono

133. Estar bem vestido

134. Ser elegante

135. Precisar de remédio

136. Sentir-se sozinho

137. Dependência em geral (física, econômica, social etc.)

138. Aproveitar cada momento da vida

139. Dormir fora de hora; não ter hora para dormir

ANEXO D

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS –INFORMAÇÃO

(Instruções para preenchimento no verso)

I – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL LEGAL

1. NOME DO PACIENTE:

DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº : SEXO : .M ☐ F ☐
 DATA NASCIMENTO:/...../.....
 ENDEREÇO Nº APTO:
 BAIRRO: CIDADE:
 CEP: TELEFONE: DDD (.....)

2. RESPONSÁVEL LEGAL

NATUREZA (grau de parentesco, tutor, curador etc.)
 DOCUMENTO DE IDENTIDADE : SEXO: M ☐ F ☐
 DATA NASCIMENTO:/...../.....
 ENDEREÇO: Nº APTO:
 BAIRRO: CIDADE:
 CEP: TELEFONE: DDD(.....).....

II – DADOS SOBRE A PESQUISA CIENTÍFICA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA : “Qualidade de Vida do Idoso: Construção de um instrumento de avaliação através do método do impacto clínico.”

PESQUISADOR: Júlio Litvoc

CARGO/FUNÇÃO: **Professor Doutor** INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL Nº 14.177

UNIDADE DO HCFMUSP: Serviço de Geriatria

2. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:

SEM RISCO ☐ RISCO MÍNIMO ☐ RISCO MÉDIO ☐
 RISCO BAIXO ☐ RISCO MAIOR ☐

(probabilidade de que o indivíduo sofra algum dano como consequência imediata ou tardia do estudo)

3. DURAÇÃO DA PESQUISA : 26 meses

III – REGISTRO DAS EXPLICAÇÕES DO PESQUISADOR AO PACIENTE OU SEU REPRESENTANTE LEGAL SOBRE A PESQUISA, CONSIGNANDO:

1. justificativa e os objetivos da pesquisa ; 2. procedimentos que serão utilizados e propósitos, incluindo a identificação dos procedimentos que são experimentais; 3. desconfortos e riscos esperados; 4. benefícios que poderão ser obtidos; 5. procedimentos alternativos que possam ser vantajosos para o indivíduo.

Prezado(a) sr.(as),

Obrigado por se dispor a ouvir-me. Gostaria de explicar ao(à) sr.(as) o estudo que estou fazendo a respeito de qualidade de vida dos idosos e gostaria, também, de poder contar com sua colaboração.

O(a) sr.(as) está sendo convidado(a) a participar de um projeto de pesquisa, que tem a intenção de elaborar um instrumento de avaliação da qualidade de vida das pessoas idosas, pessoas com 60 anos ou mais. Hoje em dia, no mundo todo, inclusive aqui no Brasil, vem aumentando não somente o número de pessoas com essa idade, mas a proporção dessas pessoas na população. No último censo do IBGE-BRASIL (2000), o número de idosos ultrapassou os 14 milhões de habitantes, sendo que já existem 25.000 centenarianos (pessoas com 100 anos ou mais).

Esse envelhecimento pode resultar numa situação de qualidade de vida muito boa, mas pode, acontecer, também, que os idosos vivam muito dependentes, com qualidade de vida ruim. Quais os fatores que determinam melhora da qualidade de vida dos idosos e quais os fatores que pioram a sua qualidade de vida? Seria muito importante, também, conseguir avaliar, medir, a qualidade de vida. Isto pode ajudar, por exemplo, no planejamento de ações e políticas para o segmento idoso da sociedade. O(a) sr.(as) está sendo convidado(a) a ajudar na construção desse instrumento de avaliação da qualidade de vida, através de respostas a um questionário que será aplicado nessa entrevista, que tem duração aproximada de 1 hora e meia.

Como o(a) sr.(as) pode perceber, é uma única entrevista razoavelmente longa, que tem 3 partes. Na primeira, caso resolva participar, o(a) sr.(as) vai dizer quais os fatores de uma boa qualidade de vida na velhice, que “coisas” melhoram a vida do idoso e, em seguida, quais os fatores de uma má qualidade de vida na velhice, que “coisas” pioram a vida do idoso. Na segunda parte, o entrevistador vai apresentar ao(à) sr.(as) uma lista com 139 itens, para que diga qual é importante para uma boa qualidade de vida na velhice, qual é importante para uma má qualidade de vida na velhice e qual não tem importância nenhuma, nem para “boa”, nem para “má” qualidade de vida. A seguir, na terceira parte, o(a) sr.(as), para cada item que tiver apontado como importante nas duas partes anteriores, vai classificar o quanto é importante, numa escala de 1 a 5, sendo 1 = nada importante, 2 = pouco importante, 3 = moderadamente importante, 4 = muito importante e 5 = extremamente importante.

Estão sendo convidados idosos, de ambos os sexos, pertencentes a quatro agrupamentos (cotas) e que foram sorteados de uma lista fornecida pelo serviço ou grupo a que pertençam:

- a) Idosos usuários de um ambulatório de geriatria, que avaliem seu estado de saúde atual como comprometido, ruim, ou péssimo;
- b) Idosos que não conseguem sair de casa, ou acamados, residentes em áreas próximas ao Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, que avaliem seu estado de saúde atual como comprometido, ruim, ou péssimo;
- c) Idosos participantes de grupos de terceira idade, que avaliem seu estado de saúde atual como bom ou ótimo e
- d) Idosos que praticam atividade física sistemática e regular, que avaliem seu estado de saúde atual como bom, ou ótimo.

O pesquisador vai juntar todas as respostas de todas as entrevistas (serão 200 entrevistas), para descobrir as mais importantes, construindo o instrumento de avaliação com elas.

Participará quem assim o desejar; ninguém será obrigado a nada. É preciso enfatizar a espontaneidade da participação. É um convite à participação, não uma obrigação.

Quem participar estará correndo risco mínimo, talvez o risco de se cansar pelo longo tempo da entrevista.

Quem participar estará colaborando para a elaboração de um instrumento que poderá ser bastante útil, no futuro, para avaliação da qualidade de vida dos diferentes grupos de idosos, o que poderá ajudar na elaboração de políticas para esse segmento da população.

Não há procedimentos alternativos que sejam vantajosos para os indivíduos, se deixarem de participar; simplesmente aceitam participar, ou não.

IV – ESCLARECIMENTOS DADOS PELO PESQUISADOR SOBRE GARANTIAS DO SUJEITO DA PESQUISA:

O(a) sr.(as) poderá ter acesso, quando desejar, às informações sobre os procedimentos, riscos

e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para tirar eventuais dúvidas.

O(a) sr.(as) tem a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e de deixar de participar do estudo, sem que isto traga qualquer prejuízo à continuidade da assistência. Isto é, caso venha a desistir de participar, não sofrerá NENHUMA punição; sua participação no Serviço ou no Grupo será mantida como antes. Seja qual for sua decisão, isso não afetará qualquer tratamento de que venha precisar.

Comprometo-me a garantir a confidencialidade, o sigilo e a privacidade, não só durante a pesquisa, mas também no momento da publicação dos resultados. Tudo o que for dito será confidencial. Não será publicado nada que leve à identificação do(a) autor(a) de alguma afirmação, surgida durante as entrevistas. Ninguém ficará sabendo “quem disse o quê”. Comprometo-me, ainda, a conseguir assistência no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP, por eventuais danos à saúde, decorrentes da pesquisa.

Antes de iniciarmos, o(a) sr.(as) precisa assinar esta autorização, demonstrando que concorda em participar, caso seja esta sua decisão.

V. INFORMAÇÕES DE NOMES, ENDEREÇOS E TELEFONES DOS RESPONSÁVEIS PELO ACOMPANHAMENTO DA PESQUISA, PARA CONTATO EM CASO DE INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS E REAÇÕES ADVERSAS.

VI. OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES:

VII – CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente Protocolo de Pesquisa.

São Paulo, de de 2002

assinatura do sujeito da pesquisa ou responsável legal

assinatura do pesquisador
(carimbo ou nome Legível)

**QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO:
CONSTRUÇÃO DE UM INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO
ATRAVÉS DO MÉTODO DO IMPACTO CLÍNICO**

Questionário

...../.....

IDENTIFICAÇÃO

Nome:

Endereço:

Bairro: CEP: - Tel.

Nasc.:/...../..... Idade:anos

Sexo:

Masculino	1
Feminino	2

Raça:

Branca	1
Negra	2
Parda	3
Amarela	4

Estado civil:

Casado(a)	1
Solteiro(a)	2
Viúvo(a)	3
Separado(a)	4
Amasiado(a)	5
Não informado	9

<u>Escolaridade:</u>	anos	
Analfabeto(a)		00
Sabe ler e escrever		0
Primário incompleto		1
Primário completo		2
Ginásio incompleto		3
Ginásio completo		4
Colegial incompleto		5
Colegial completo		6
Superior incompleto		7
Superior completo		8
Não informado		9

Estratificação social:

Com quem reside:

Nº de residentes:

Renda pessoal:

Renda familiar: (Somatória da renda de todos os residentes)

Renda *per capita*: (Renda familiar / nº de residentes)

O(a) sr.(as) possui:

casa própria	TV	telefone	geladeira
forno microondas	carro	computador	
seguro de vida	seguro-saúde	empregada mensalista	

ESTADO DE SAÚDE

Nome:

Data:/...../.....

Por favor, classifique o seu estado de saúde atual:

Péssimo		1
Ruim	2	
Comprometido		3
Bom		4
Ótimo		5

PROBLEMAS DE SAÚDE (morbidade auto-referida)

Quais problemas de saúde o(a) sr(a). possui, mesmo que sejam simples?

- 1: _____
- 2: _____
- 3: _____
- 4: _____
- 5: _____
- 6: _____
- 7: _____
- 8: _____
- 9: _____
- 10: _____

ATIVIDADE FÍSICA REGULAR

O(a) sr(a). pratica alguma atividade física regularmente?

Qual(ais)? Com que frequência?

1: _____	_____vezes/semana
2: _____	_____vezes/semana
3: _____	_____vezes/semana
4: _____	_____vezes/semana
5: _____	_____vezes/semana
6: _____	_____vezes/semana
7: _____	_____vezes/semana

AVALIAÇÃO FUNCIONAL FÍSICA

BRAZILIAN VERSION of the OLDER AMERICANS RESOURCES and SERVICES MULTIDIMENSIONAL FUNCTIONAL ASSESSMENT QUESTIONNAIRE (BOMFAQ) Ramos (1987)

Nome: Data:/...../.....

Agora, eu gostaria de perguntar sobre algumas atividades e tarefas do seu dia-a-dia, coisas que nós todos necessitamos fazer, como parte da rotina diária. Estamos interessados em saber se o(a) sr.(as) consegue fazer essas atividades sem nenhuma necessidade de auxílio, ou se precisa de alguma ajuda, ou, ainda, se já não consegue fazer tais atividades de forma alguma.

ATIVIDADES INSTRUMENTAIS

1. O(a) sr.(a.) telefona sozinho(a), quando precisa?
 - a.() Sem nenhuma ajuda, inclusive para localizar o número desejado
 - b.() Com alguma ajuda – consegue atender ou telefonar numa emergência
 - c.() Completamente incapaz de fazer uso do telefone
 - d.() N.R.

2. O(a) sr.(a.) vai sozinho(a) a lugares que exigem condução? (tipo ônibus, metrô, táxi, dirigir carro próprio)
 - a.() Sem nenhuma ajuda
 - b.() Com alguma ajuda
 - c.() Incapaz de viajar, a menos que arranjos de emergência sejam feitos, para arrumar algo como uma ambulância
 - d.() N.R.

3. O(a) sr.(a.) faz suas compras de alimentos ou roupas?
 - a.() Sem nenhuma ajuda (toma conta das compras)
 - b.() Com alguma ajuda (há alguém que acompanha nas compras)
 - c.() Incapaz de fazer compras sozinho(a)
 - d.() N.R.

4. O(a) sr.(a.) prepara suas próprias refeições?
 - a.() Sem nenhuma ajuda (planeja e cozinha)
 - b.() Com alguma ajuda (cozinha alguma coisa, mas não prepara uma refeição completa)
 - c.() Incapaz de cozinhar o que quer que seja
 - d.() Nunca cozinhou (homens)
 - e.() N.R.

5. O(a) sr.(a.) faz o trabalho de casa?
 - a.() Sem nenhuma ajuda (inclusive, para varrer o chão)
 - b.() Com alguma ajuda (somente é capaz de fazer o serviço leve)
 - c.() Incapaz de cuidar da casa

- d.() Nunca fez trabalho de casa (homens)
e.() N.R.
6. O(a) sr.(a.) toma sozinho(a) seus remédios, ou precisa de ajuda?
a.() Sem nenhuma ajuda
b.() Com alguma ajuda (há alguém que prepara o remédio, ou lembra a hora certa de toma-lo)
c.() Incapaz de tomar seus próprios remédios
d.() N.R.
7. O(a) sr.(a.) controla sozinho(a) as suas finanças?
a.() Sem nenhuma ajuda
b.() Com alguma ajuda (controla as compras diárias, mas precisa de alguém, para controlar o talão de cheques, ou o pagamento das compras)
c.() Incapaz de controlar as próprias finanças
d.() N.R.

ATIVIDADES FÍSICAS

1. COMER: O(a) sr.(a.) come sozinho(a)?
a.() Sim, sem necessidade de ajuda
b.() Consegue comer, desde que a comida tenha sido previamente cortada
c.() Não consegue comer adequadamente, se não for ajudado
d.() N.R.
2. VESTIR-SE: O(a) sr.(a.) se veste sozinho(a)?
a.() Veste-se sem ajuda
b.() Consegue vestir-se com alguma supervisão ou auxílio
c.() Necessita, sempre, de outra pessoa, para vestir-se
d.() N.R.
3. CUIDAR DA APARÊNCIA: O(a) sr.(a.) cuida sozinho(a) da própria aparência?
(ex.: pentear os cabelos, fazer a barba etc.)
a.() Penteia-se / barbeia-se, sem ajuda
b.() Consegue pentear-se / barbear-se com alguma ajuda
c.() Completamente incapaz de cuidar da própria aparência sozinho(a)
d.() N.R.
4. ANDAR NO PLANO: O(a) sr.(a.) anda no plano (pequenas distâncias)?
a.() Sem dificuldade (inclui uso de bengala)
b.() Com ajuda de outra pessoa ou auxílio mecânico
c.() Incapaz de se locomover
d.() N.R.

5. DORMIR: O(a) sr.(a.) levanta ou deita na cama sozinho(a)?
- a.() Sem ajuda de pessoas ou auxílio mecânico
 - b.() Com alguma ajuda de pessoas ou auxílio mecânico
 - c.() Completamente incapaz de sentar-se, deitar-se, ou levantar-se, sem ajuda de outra pessoa
 - d.() N.R.
6. BANHAR-SE: O(a) sr.(a.) toma banho sozinho(a)?
- a.() Sem ajuda
 - b.() Necessita de supervisão e auxílio eventual
 - c.() Só consegue banhar-se com a ajuda de outra pessoa
 - d.() N.R.
7. USO DO WC: O(a) sr.(a.) faz uso do WC sozinho(a)?
- a.() Faz uso, sem qualquer auxílio
 - b.() Necessita de supervisão (alguém que lembre e auxilie no uso)
 - c.() Não consegue utilizar o WC
 - d.() N.R.
8. CONTINÊNCIA: É freqüente o(a) sr.(a.) ficar molhado ou assado por liberação de urina?
- a.() Nunca
 - b.() 1 a 2 vezes por semana
 - c.() 3 vezes ou mais por semana
 - d.() N.R.
9. ATIVIDADE SEXUAL: O(a) sr.(a.) manteve relações sexuais no último mês?
- a.() Sim
 - b.() Não
 - c.() N.R.

**QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO:
CONSTRUÇÃO DE UM INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO
ATRAVÉS DO MÉTODO DO IMPACTO CLÍNICO**

FOLHA DE RESPOSTAS

Nome:.....

Início:..... Término:..... Duração:..... Data:/...../.....

Relevância

Importância (Likert)

[illegible]

Item	Espont.	Estimul.	Boa QV	Má QV	1	2	3	4	5
126									
127									
128									
129									
130									
131									
132									
133									
134									
135									
136									
137									
138									
139									

Entrevistador:

ANEXO E

QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO: CONSTRUÇÃO DE UM INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO ATRAVÉS DO MÉTODO DO IMPACTO CLÍNICO

Identificação das dimensões que comporão o instrumento

Prezado(a) Sr(a). _____

Vimos, por meio desta solicitar de V. As. Valiosa colaboração, para que possamos cumprir o objetivo de nossa tese de Doutorado, intitulada “Qualidade de Vida do Idoso: construção de um instrumento de avaliação através do método do impacto clínico”, título este que já traduz o objetivo. A metodologia empregada possibilitou escolher os itens mais importantes na opinião dos próprios idosos, itens que deverão compor o instrumento final e que deverão ser agrupados em dimensões.

A lista de itens apresentada em anexo corresponde a um *ranking* obtido após entrevistas com 193 idosos, que avaliaram a importância de cada item para a qualidade de vida na velhice. Há itens que são relevantes para uma “boa” qualidade de vida e outros para “má” qualidade de vida nessa fase da existência. Estão listados em ordem decrescente de importância. Para cada item foram calculadas sua frequência e sua importância média. “Frequência” é a proporção de idosos que elegeram o item como relevante para a qualidade de vida na velhice (boa ou má) e “importância” média é o escore médio de importância para cada item, a partir de uma escala de Likert de 5 pontos (“quase nada importante”; “pouco importante”; “mais ou menos importante”; “muito importante”; “extremamente importante”). O produto da proporção de idosos que apontaram um determinado item como relevante para a qualidade de vida (frequência) pela importância média dada àquele item (importância) representa o significado daquele item na qualidade de vida dos indivíduos (impacto). Portanto, o produto da frequência pela importância resulta no

impacto para a qualidade de vida dos idosos. Portanto, o *ranking* é um *ranking* de impacto. Os que têm maior impacto são listados à frente.

O instrumento final será constituído de dimensões compostas por itens. O objetivo é alcançar o equilíbrio entre itens e dimensões, uma vez que ambos são fundamentais para a construção de um instrumento eficaz. O instrumento deverá ser o mais curto possível. A identificação das dimensões dar-se-á com o auxílio de especialistas, pessoas experientes, algumas com vivência na construção e aplicação de questionários de qualidade de vida, outras com vivência clínica na atenção e cuidado de indivíduos idosos.

Os 46 itens de escore mais alto (um terço do total de itens) serão agrupados em dimensões por especialistas, dentre os quais, honrosamente, incluímos V. As. A recomendação é a de que haja, se possível, um mínimo de quatro itens por domínio e uma representação adequada de domínios, de forma a garantir a multidimensionalidade do constructo Qualidade de Vida. Se, aplicados tais critérios, alguma dimensão não atingir o número mínimo de itens, os próximos itens de mais alto escore, compatíveis com aquela dimensão, poderão ser adicionados. Itens altamente correlacionados um com o outro deverão ser combinados num único item.

Solicitamos, assim, a colaboração de V. As. No sentido de avaliar inicialmente os primeiros 46 itens da lista, agrupando-os em dimensões, tantas quantas julgar pertinentes, sempre tendo em mente a necessidade de se encontrar um instrumento que tenha aplicabilidade prática. A título de exemplo, o Índice de Qualidade de Vida de Ferrans e Powers, tem em sua dimensão “Psicológico/Espiritual” os itens “paz de espírito”, “fé em Deus”, “realização de seus objetivos pessoais”, “sua felicidade de modo geral”, “sua vida de modo geral” e “você mesmo”.

Agradecendo antecipadamente pela atenção e empenho, contamos com sua importante contribuição e nos colocamos à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários.

Atenciosamente.

Sérgio Márcio Pacheco Paschoal

ANEXO F

São Paulo, 8 de abril de 2002.

Ilmo. Sr.

Prof. Dr. Wilson Jacob Filho

DD. Chefe do Serviço de Geriatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Venho, por meio desta, solicitar permissão, para realizar entrevistas com idosos participantes dos ambulatórios de geriatria do Serviço de Geriatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Sou médico geriatra do Serviço de Geriatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e pós-graduando na área de concentração de Medicina Preventiva da mesma Faculdade, atualmente cursando o Doutorado.

Minha tese de Doutorado é orientada pelo Prof. Dr. Júlio Litvoc e tem como objeto de estudo a qualidade de vida da população idosa, com o título **“Qualidade de Vida do Idoso: Construção de um instrumento de avaliação através do método do impacto clínico”**.

Serão entrevistados 200 idosos e a amostra será não-probabilística, por cotas, conforme consta do projeto em anexo. Uma das cotas será de 50 idosos usuários de algum serviço de geriatria (homens e mulheres, com 60 anos ou mais, doentes, independentes ou dependentes). Através desta, estamos solicitando vossa permissão, para que possamos realizar as entrevistas com idosos usuários dos ambulatórios de vosso Serviço.

Assim, os idosos participantes do vosso Serviço comporiam essa cota. Para cada cota, deverão ser selecionados 30 mulheres e 20 homens; no conjunto de mulheres de cada cota, 22 serão da faixa etária de 60 a 74 anos e 8 da faixa etária de 75 anos ou mais; no conjunto de homens de cada cota, 15 serão da faixa etária de 60 a 74 anos e 5 da faixa etária de 75 anos ou mais. Os idosos serão informados dos objetivos da pesquisa e apenas participarão, se concordarem.

Certo de contar com vossa anuência, agradeço antecipadamente.

Sérgio Márcio Pacheco Paschoal

ANEXO G

São Paulo, 8 de abril de 2002.

Ilma. Sra.

Dra. Maria das Graças Lira Oliveira

DD. Diretora do Distrito de Saúde de Pinheiros

Secretaria Municipal da Saúde da Prefeitura do Município de São Paulo

Venho, por meio desta, solicitar permissão, para realizar entrevistas com idosos participantes de grupos e programas ligados ao vosso Distrito.

Sou médico geriatra do Serviço de Geriatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e da Clínica Geronto-Geriátrica do Hospital do Servidor Público Municipal da Prefeitura do Município de São Paulo. Estou fazendo Pós-graduação na área de concentração de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, atualmente cursando o Doutorado.

Minha tese de Doutorado é orientada pelo Prof. Dr. Júlio Litvoc e tem como objeto de estudo a qualidade de vida da população idosa, com o título **“Qualidade de Vida do Idoso: Construção de um instrumento de avaliação através do método do impacto clínico”**.

Serão entrevistados 200 idosos e a amostra será não-probabilística, por cotas, conforme consta do projeto em anexo. Uma das cotas será de 50 idosos participantes de grupos de terceira idade (homens e mulheres, com 60 anos ou mais, saudáveis, independentes). Os idosos participantes de grupos e programas de vosso Distrito comporiam essa cota. Para cada cota, deverão ser selecionados 30 mulheres e 20 homens; no conjunto de mulheres de cada cota, 22 serão da faixa etária de 60 a 74 anos e 8 da faixa etária de 75 anos ou mais; no conjunto de homens de cada cota, 15 serão da faixa etária de 60 a 74 anos e 5 da faixa etária de 75 anos ou mais. Os idosos serão informados dos objetivos da pesquisa e apenas participarão, se concordarem.

Certo de contar com vossa anuência, agradeço antecipadamente.

Atenciosamente,

Sérgio Márcio Pacheco Paschoal

ANEXO H

SÃO PAULO, 8 DE ABRIL DE 2002.

Ilma. Sra.

Miquelina Barone

DD. Presidente da Associação Idade Dourada

Venho, por meio desta, solicitar permissão, para realizar entrevistas com idosos participantes de vossa Associação.

Sou médico geriatra do Serviço de Geriatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e da Clínica Geronto-Geriátrica do Hospital do Servidor Público Municipal da Prefeitura do Município de São Paulo. Estou fazendo Pós-graduação na área de concentração de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, atualmente cursando o Doutorado.

Minha tese de Doutorado é orientada pelo Prof. Dr. Júlio Litvoc e tem como objeto de estudo a qualidade de vida da população idosa, com o título **“Qualidade de Vida do Idoso: Construção de um instrumento de avaliação através do método do impacto clínico”**.

Serão entrevistados 200 idosos e a amostra será não-probabilística, por cotas. Uma das cotas será de 50 idosos participantes de grupos de terceira idade (homens e mulheres, com 60 anos ou mais, saudáveis, independentes). Os idosos participantes da Associação Idade Dourada também comporiam essa cota, juntamente com outros idosos saudáveis de outros grupos de Terceira Idade. Para cada cota, deverão ser selecionados 30 mulheres e 20 homens; no conjunto de mulheres de cada cota, 22 serão da faixa etária de 60 a 74 anos e 8 da faixa etária de 75 anos ou mais; no conjunto de homens de cada cota, 15 serão da faixa etária de 60 a 74 anos e 5 da faixa etária de 75 anos ou mais. Os idosos serão informados dos objetivos da pesquisa e apenas participarão, se concordarem.

Certo de contar com vossa anuência, agradeço antecipadamente.

Atenciosamente,

Sérgio Márcio Pacheco Paschoal

ANEXO I

São Paulo, 8 de abril de 2002

Ilma. Sra.

Profa. Dra. Yeda Aparecida de Oliveira Duarte

DD. Coordenadora do Programa de Gerenciamento da Saúde do Idoso (PROGESI)

Depto. de Enfermagem Médico-Cirúrgica

Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Venho, por meio desta, solicitar permissão, para realizar entrevistas com idosos participantes do Programa de Gerenciamento da Saúde do Idoso (PROGESI) de vosso Departamento.

Sou médico geriatra do Serviço de Geriatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e pós-graduando na área de concentração de Medicina Preventiva da mesma Faculdade, atualmente cursando o Doutorado.

Minha tese de Doutorado é orientada pelo Prof. Dr. Júlio Litvoc e tem como objeto de estudo a qualidade de vida da população idosa, com o título **“Qualidade de Vida do Idoso: Construção de um instrumento de avaliação através do método do impacto clínico”**.

Serão entrevistados 200 idosos e a amostra será não-probabilística, por cotas, conforme consta do projeto em anexo. Uma das cotas será de 50 idosos confinados ao domicílio, ou com extrema dificuldade de sair de casa, ou acamados (homens e mulheres, com 60 anos ou mais, doentes, dependentes). Os idosos participantes do vosso Programa comporiam essa cota. Para cada cota, deverão ser selecionados 30 mulheres e 20 homens; no conjunto de mulheres de cada cota, 22 serão da faixa etária de 60 a 74 anos e 8 da faixa etária de 75 anos ou mais; no conjunto de homens de cada cota, 15 serão da faixa etária de 60 a 74 anos e 5 da faixa etária de 75 anos ou mais. Os idosos serão informados dos objetivos da pesquisa e apenas participarão, se concordarem.

Certo de contar com vossa anuência, agradeço antecipadamente.

Atenciosamente,

Sérgio Márcio Pacheco Paschoal

ANEXO J

São Paulo, 8 de abril de 2002.

Ilmo. Sr.

Prof. Dr. Go Tani

DD. Diretor do Centro de Práticas Esportivas da Universidade de São Paulo (CEPEUSP)
Universidade de São Paulo

Venho, por meio desta, solicitar permissão, para realizar entrevistas com idosos participantes de programas de atividade física regular, matriculados no Centro de Práticas Esportivas da Universidade de São Paulo, sob orientação dos professores Ricardo Linares, José Carlos Astrauskas e Ana Cristina Alvares Mutarelli.

Sou médico geriatra do Serviço de Geriatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e pós-graduando na área de concentração de Medicina Preventiva da mesma Faculdade, atualmente cursando o Doutorado.

Minha tese de Doutorado é orientada pelo Prof. Dr. Júlio Litvoc e tem como objeto de estudo a qualidade de vida da população idosa, com o título **“Qualidade de Vida do Idoso: Construção de um instrumento de avaliação através do método do impacto clínico”**.

Serão entrevistados 200 idosos e a amostra será não-probabilística, por cotas, conforme consta do projeto em anexo. Uma das cotas será de 50 idosos participantes de grupos de atividade física, que praticam atividade física sistemática, de média a intensa (homens e mulheres, com 60 anos ou mais, saudáveis, independentes).

Os idosos participantes do Programa dos professores Ricardo Linares, José Carlos Astrauskas e Ana Cristina Álvares Mutarelli comporiam essa cota. Para cada cota, deverão ser selecionados 30 mulheres e 20 homens; no conjunto de mulheres de cada cota, 22 serão da faixa etária de 60 a 74 anos e 8 da faixa etária de 75 anos ou mais; no conjunto de homens de cada cota, 15 serão da faixa etária de 60 a 74 anos e 5 da faixa etária de 75 anos ou mais.

Os idosos serão informados dos objetivos da pesquisa e participarão, se concordarem.

Certo de contar com vossa anuência, agradeço antecipadamente.

Atenciosamente,

Sérgio Márcio Pacheco Paschoal

São Paulo, 8 de agosto de 2002.

Ilmo. Sr.
Prof. Go Tani

DD. Diretor do Centro de Práticas Esportivas da Universidade de São Paulo (CEPEUSP)
Universidade de São Paulo

Venho, por meio desta, solicitar autorização, para utilizar uma sala do Núcleo de Medicina Esportiva (NUMES), com a finalidade de realizar as entrevistas dos idosos participantes de programas de atividade física regular, matriculados no Centro de Práticas Esportivas da Universidade de São Paulo, sob orientação dos professores Ricardo Linares, José Carlos Astrauskas e Ana Cristina Alvares Mutarelli, conforme solicitação anterior de 08 de abril deste ano. As entrevistas são parte integrante de meu projeto de Doutorado: **“Qualidade de Vida do Idoso: Construção de um instrumento de avaliação através do método do impacto clínico”**, tese orientada pelo Prof. Dr. Júlio Litvoc, do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Solicito, se possível, que a sala possa ser utilizada às terças, quartas e sábados, das 08:00h às 16:00h.

Certo de contar com vossa anuência, agradeço antecipadamente.

Atenciosamente,

Sérgio Márcio Pacheco Paschoal

ANEXO K

ANÁLISE DE CADA ITEM QUANTO À SITUAÇÃO DE LEMBRANÇA (ESPONTÂNEA OU ESTIMULADAMENTE); QUANTO À ESCOLHA DE FATOR DETERMINANTE DE “BOA” OU “MÁ” QUALIDADE DE VIDA E QUANTO AO NÚMERO QUE DESCONSIDEROU O ITEM POR NÃO CONSIDERÁ-LO RELEVANTE PARA A QUALIDADE DE VIDA NA VELHICE

LIKERT	ITEM	nº Espontâneas	nº Estimuladas	nº BOA QV	nº MÁ QV	Descarte
Likert 1	Amizades	49	138	187	0	6
Likert 2	Viver sem dor importante	7	181	188	0	5
Likert 3	Tomar remédio	6	165	119	52	22
Likert 4	Cuidar de si mesmo (banhar-se, vestir-se,...)	2	191	193	0	0
Likert 5	Solidão	27	157	1	183	9
Likert 6	Casa própria	14	175	189	0	4
Likert 7	Viver bem com a família	42	150	192	0	1
Likert 8	Frequêntar clubes, associações, igrejas, grupos	28	149	177	0	16
Likert 9	Saúde	95	98	193	0	0
Likert 10	Falta de dinheiro	76	112	0	188	5
Likert 11	Saber ler e escrever	1	189	190	0	3
Likert 12	Amar	11	177	186	2	5
Likert 13	Ficar sem fazer nada; não fazer nada	44	145	5	184	4
Likert 14	Compreensão dos mais novos	8	180	186	2	5
Likert 15	Depender dos outros para as atividades do dia-a-dia	24	167	7	184	2
Likert 16	Andar 30 minutos sem dificuldade	4	187	191	0	2
Likert 17	Gostar de si mesmo; estar contente consigo mesmo	8	184	192	0	1
Likert 18	Ter motivo para viver	0	192	192	0	1
Likert 19	Realizar atividade física (esportes, ginástica, caminhada etc.)	71	116	186	1	6
Likert 20	Boa alimentação; alimentação sadia	68	123	191	0	2
Likert 21	Reclamar da vida	3	179	2	180	11
Likert 22	Paz e Tranquilidade	25	168	193	0	0
Likert 23	Capacidade de decisão, de comando	0	183	183	0	10
Likert 24	Abandono da família	29	164	0	193	0
Likert 25	Ser respeitado pela sociedade	21	171	192	0	1
Likert 26	Ir a cinema, teatro, passeios, concertos etc.	40	143	183	0	10
Likert 27	Usar transporte público (ônibus, metrô etc.)	5	159	135	29	29
Likert 28	Viver sozinho	12	166	19	159	15
Likert 29	Os filhos estarem bem de vida	13	178	190	1	2
Likert 30	Namorar	3	147	133	17	43
Likert 31	Boa aposentadoria	90	101	191	0	2
Likert 32	Falta de higiene	4	189	0	193	0
Likert 33	Sentir-se disposto, cheio de energia	0	193	193	0	0
Likert 34	Ser independente fisicamente	10	182	191	1	1
Likert 35	Ser visitado, ou visitar a família com frequência	13	174	185	2	6
Likert 36	Ser visitado, ou visitar amigos, vizinhos, com frequência	3	156	151	8	34
Likert 37	Não acreditar em Deus	2	177	0	179	14
Likert 38	Vida tranqüila, sem preocupação	16	174	185	5	3
Likert 39	Sono tranqüilo	6	186	192	0	1
Likert 40	Atividade sexual; ter relação sexual	7	132	126	13	54
Likert 41	Problemas de saúde	30	159	0	189	4
Likert 42	Sentir-se respeitado pela sociedade	3	188	191	0	2
Likert 43	Sossego	12	173	181	4	8
Likert 44	Aceitar a idade	1	175	173	3	17
Likert 45	Ter cônjuge, companheiro	17	149	158	8	27
Likert 46	Pobreza	5	171	0	176	17
Likert 47	Ter um sentido para a própria vida	2	185	187	0	6
Likert 48	Liberdade	6	183	188	1	4
Likert 49	Deficiência dos sentidos (visão, audição, olfação, gustação etc.)	5	180	0	185	8
Likert 50	Adaptar-se às perdas; saber perder	0	153	129	24	40
Likert 51	Ter o necessário para viver	7	180	186	1	6
Likert 52	Ter rendimentos suficientes para os gastos	5	177	176	6	11
Likert 53	Ter rendimentos maiores que os gastos	0	170	157	13	23
Likert 54	Morar sozinho	7	162	31	138	24
Likert 55	Ter controle sobre a própria vida	7	183	186	4	3
Likert 56	Rabujice; mau humor	5	187	0	192	1
Likert 57	Desunião da família	29	163	0	192	1
Likert 58	Saber conviver com os outros	5	187	192	0	1
Likert 59	Continuar ativo em seu meio (telefonar, fazer compras, cuidar das finanças etc.)	3	189	192	0	1
Likert 60	Executar tarefas domésticas (cozinhar, lavar, limpar, arrumar a casa, etc.)	6	174	173	7	13
Likert 61	Viajar	77	107	183	1	9
Likert 62	Gostar do que faz	2	189	191	0	2
Likert 63	Fazer o que gosta	5	186	191	0	2
Likert 64	Precisar de dieta	2	176	34	144	15
Likert 65	Situação financeira estável	7	162	158	11	24
Likert 66	Disposição para o trabalho	3	189	192	0	1
Likert 67	Fé em Deus	11	174	185	0	8
Likert 68	Alegria; Felicidade	7	186	193	0	0
Likert 69	Vícios (bebida, cigarro, jogo, drogas etc.)	21	171	2	190	1
Likert 70	Continuar exercendo sua profissão	1	178	174	5	14
Likert 71	Ter diploma do 1º grau (ginásio)	0	171	171	0	22
Likert 72	Desenvolver novos potenciais, novas habilidades	2	186	188	0	5
Likert 73	Falta de respeito da sociedade para com os idosos	18	173	0	191	2

“continua”

"continuação"

LIKERT	ITEM	nº Exponatêneas	nº Estimuladas	nº BOA QV	Nº MÁ QV	Descarte
Likert 74	Poder escolher o programa de TV ou de rádio que irá as	1	179	180	0	13
Likert 75	Segurança Pública	4	188	187	5	1
Likert 76	Satisfazer as necessidades básicas (alimentação, vestuário)	3	190	193	0	0
Likert 77	Ter confiança no futuro	0	188	188	0	5
Likert 78	Fazer o bem aos outros; solidariedade	10	182	191	1	1
Likert 79	Sentir-se realizado	3	188	191	0	2
Likert 80	Falta de amigos, de companhia	14	173	0	187	6
Likert 81	Ser atendido com facilidade em qualquer serviço de saúde	13	179	192	0	1
Likert 82	Doenças	68	124	0	192	1
Likert 83	Baixo poder aquisitivo; baixos salários	26	161	0	187	6
Likert 84	Gostar do próprio corpo	0	187	187	0	6
Likert 85	Sentir-se útil	7	186	193	0	0
Likert 86	Violência (assalto, roubo, briga etc.)	12	181	1	192	0
Likert 87	Ser lembrado pelos filhos	9	182	191	0	2
Likert 88	Continuar trabalhando	22	167	186	3	4
Likert 89	Ter paciência	3	189	191	1	1
Likert 90	Falta de memória; esquecimento	9	183	0	192	1
Likert 91	Ter facilidade para dormir	2	191	192	1	0
Likert 92	Dirigir automóvel	2	153	126	29	38
Likert 93	Más companhias	1	192	0	193	0
Likert 94	Ter com quem se abrir; poder desabafar com alguém	0	187	184	3	6
Likert 95	Adaptar-se às mudanças que ocorrem no mundo (tecnologia)	3	178	180	1	12
Likert 96	Harmonia na família	41	150	190	1	2
Likert 97	Participar de festas, casamentos, reuniões	3	179	180	2	11
Likert 98	Ter planos e projetos para o futuro	0	180	179	1	13
Likert 99	Ter apoio da família	8	184	192	0	1
Likert 100	Ter apoio de amigos	1	189	190	0	3
Likert 101	Estar bem consigo mesmo	6	187	193	0	0
Likert 102	Assistência médica	40	153	193	0	0
Likert 103	Receber auxílio financeiro dos filhos	2	180	156	26	11
Likert 104	Ser amado	8	184	192	0	1
Likert 105	Ter uma religião	13	170	182	1	10
Likert 106	Ter um ideal a ser seguido	0	188	188	0	5
Likert 107	Controlar o peso	1	183	181	3	9
Likert 108	Falta de lugar para morar	12	181	0	193	0
Likert 109	Sentir-se saudável	0	193	193	0	0
Likert 110	Conviver bem com os vizinhos	4	188	192	0	1
Likert 111	Facilidade de transporte	7	183	190	0	3
Likert 112	Comer mal	14	176	1	189	3
Likert 113	Ter um emprego	5	173	169	9	15
Likert 114	Aprender coisas novas	10	180	190	0	3
Likert 115	Tomar conta de netos	1	152	104	49	40
Likert 116	Ser estimado pelas pessoas	5	188	193	0	0
Likert 117	Morar com familiares (filhos, noras, genros, netos etc.)	4	158	55	107	31
Likert 118	Participar de movimentos, associações, conselhos, sindicatos	1	157	154	4	35
Likert 119	Ter calma, tranquilidade	3	190	193	0	0
Likert 120	Ambiente sem poluição	4	189	193	0	0
Likert 121	Sentir-se um peso para as pessoas	0	191	1	190	2
Likert 122	Dieta com pouco sal	0	170	113	57	23
Likert 123	Desentendimento com a família	9	184	0	193	0
Likert 124	Sentir que os filhos estão bem	0	192	192	0	1
Likert 125	Ter diversão, lazer; ocupar o tempo livre	38	153	191	0	2
Likert 126	Morar bem (água encanada, esgoto, espaço, conforto, segurança)	7	185	192	0	1
Likert 127	Ter doença crônica (diabetes mellitus, pressão alta, reumatismo)	4	180	0	184	9
Likert 128	Atendimento ruim em serviços públicos (bancos, hospitais)	10	182	1	191	1
Likert 129	Dor no corpo (juntas, cabeça, barriga etc.)	3	189	0	192	1
Likert 130	Ajudar outras pessoas	16	177	192	1	0
Likert 131	Tristeza; depressão	16	176	0	192	1
Likert 132	Estar satisfeito com o sono	0	192	192	0	1
Likert 133	Estar bem vestido	8	176	184	0	9
Likert 134	Ser elegante	2	179	181	0	12
Likert 135	Precisar de remédio	3	179	18	164	11
Likert 136	Sentir-se sozinho	3	181	2	182	9
Likert 137	Dependência em geral (física, econômica, social etc.)	4	189	1	192	0
Likert 138	Aproveitar cada momento da vida	0	193	193	0	0
Likert 139	Dormir fora de hora; não ter hora para dormir	0	164	22	142	29

"conclusão"

ANEXO L

ÍNDICE DE BEM-ESTAR

Nome: RH
 DN:/...../..... Idade:anos Sexo: ☐M ☐F Escolaridade:anos
 Entrevistador: Data:/...../.....

A SATISFAÇÃO DE VIDA

1. Quais os três principais determinantes da QV do idoso? (ou: do que depende o bem-estar do idoso?)

a. _____ b. _____ c. _____

2. Escolha, dentre as opções abaixo, 3 fatores fundamentais para uma boa QV na velhice:

☐ locomoção	☐ lazer	☐ atividade física
☐ amigos	☐ trabalho	☐ saúde
☐ atividade sexual	☐ dinheiro	☐ planos para o futuro
☐ casa própria	☐ religião	☐ família
☐ aposentadoria	☐ independência	☐ outra: _____

3. Qual a nota (de 0 a 10) que você daria para a sua QV?

hoje: _____ aos 7 anos de idade: _____ aos 20 anos de idade: _____
 há 10 anos atrás: _____

4. Quando seus pais tinham a sua idade atual, eles estavam:

☐ muito pior - ☐ pior - ☐ igual - ☐ melhor - ☐ muito melhor que você hoje?

5. Que idade você gostaria de ter hoje? _____ anos

Até que idade você gostaria de viver? _____ anos

6. Classifique o seu estado de saúde atual:

☐ ótimo ☐ bom ☐ comprometido ☐ ruim

7. Em comparação com as pessoas da mesma idade, seu estado de saúde atual é:

☐ melhor ☐ igual ☐ pior

8. Qual o seu maior medo? Escolha uma das opções abaixo:

☐ perder a visão	☐ ficar dependente	☐ ter doença incurável
☐ ficar sem dinheiro	☐ impotência	☐ morrer
☐ solidão	☐ morar com os filhos	☐ violência
☐ sofrer um acidente	☐ ficar viúvo	☐ outra: _____

9. Possuindo a “lâmpada mágica do Aladim”, quais seriam seus 3 desejos?

1. _____
2. _____
3. _____

B IMPORTÂNCIA DE CADA UM DESTES FATORES NA QV DO IDOSO

Na sua opinião, para uma pessoa da sua idade viver bem, qual a importância de ____?
 nenhuma - pouca - média - muita - total
 1 2 3 4 5

1. SAÚDE

- a. ser independente (fisicamente) _____
- b. não ter doenças _____
- c. não tomar remédio _____
- d. não fazer dieta _____
- e. ter acesso a serviços de saúde _____
- f. dormir bem _____

2. INDEPENDÊNCIA MOTORA

- a. andar dentro de casa _____
- b. sair de casa para passeios, compras, compromissos etc. _____
- c. dirigir automóvel _____
- d. usar transporte público (ônibus, metrô) _____

3. ATIVIDADES

- a. cuidar de si mesmo (banhar-se, vestir-se, arrumar-se, alimentar-se etc.) _____
- b. continuar ativo em seu meio (telefonar, fazer compras, cuidar das finanças etc.) _____
- c. executar tarefas domésticas (cozinhar, limpar, lavar, consertar, arrumar etc.) _____
- d. realizar atividades físicas (esportes, ginástica, caminhada etc.) _____
- e. manter atividade profissional _____
- f. lazer, recreação _____
- g. viajar _____

4. SITUAÇÃO ECONÔMICA

- a. ter rendimentos suficientes para os gastos _____
- b. ter rendimentos maiores que os gastos _____
- c. receber auxílio dos filhos _____
- d. ter casa própria _____
- e. ter empregados _____ ter computador _____

5. RELAÇÕES SOCIAIS

- a. ter cônjuge, companheiro(a) _____
- b. morar sozinho _____ c. morar com familiares (não-cônjuges) _____
- d. ser visitado (ou visitar) família _____
- e. ser visitado (ou visitar) amigos, vizinhos _____
- f. pertencer a clubes, associações, igrejas etc. _____
- g. participar de festas, reuniões etc. _____

6. AFETIVIDADE

- a. gostar de si mesmo _____
- b. gostar do próprio corpo _____
- c. amar _____
- d. ser amado _____
- e. ter relacionamento sexual _____

7. RELIGIOSIDADE/TRANSCENDÊNCIA

- a. gostar do que faz _____
- b. ter planos/projetos para o futuro _____
- c. ter motivo para viver _____
- d. possuir um significado para a própria vida _____
- e. sentir-se realizado _____
- f. ter uma religião ou uma utopia _____

C QUAL A SUA SITUAÇÃO ATUAL E, SE HOUVER ALGUMA RESTRIÇÃO OU LIMITAÇÃO, QUAL O MOTIVO?

não	-	raramente	-	de vez em quando	-	frequentemente	-	sim
nunca	-	pouco	-	médio	-	muito	-	sempre
1		2		3		4		5

1. SAÚDE

- a. é independente (fisicamente) ____/____
- b. não tem doença ____/____
- c. não toma remédio ____/____
- d. não faz dieta ____/____
- e. tem acesso a serviços de saúde ____/____
- f. dorme bem ____/____

2. INDEPENDÊNCIA MOTORA

- a. anda dentro de casa ____/____
- b. sai de casa para passeios, compras, compromissos etc. ____/____
- c. dirige automóvel ____/____
- d. usa transporte público (ônibus, metrô) ____/____

3. ATIVIDADES

- a. cuida de si mesmo (banha-se, veste-se, arruma-se, alimenta-se etc.) ____/____
- b. continua ativo em seu meio (telefona, faz compras, cuida das finanças etc.) ____/____
- c. executa tarefas domésticas (cozinha, limpa, lava, conserta, arruma etc.) ____/____
- d. realiza atividades físicas (esportes, ginástica, caminhada etc.) ____/____
- e. mantém atividade profissional ____/____
- f. lazer, recreação ____/____
- g. tem feito viagens ____/____

4. SITUAÇÃO ECONÔMICA

- a. tem rendimentos suficientes para os gastos ____/____
- b. tem rendimentos maiores que os gastos ____/____
- c. recebe auxílio dos filhos ____/____
- d. tem casa própria ____/____
- e. tem empregados ____/____
- f. tem computador ____/____

5. RELAÇÕES SOCIAIS

- a. tem cônjuge, companheiro(a) ____/____
- b. mora sozinho ____/____
- c. mora com familiares ____/____
- d. é visitado (ou visita) família ____/____
- e. é visitado (ou visita) amigos, vizinhos ____/____
- f. pertence a clubes, associações, igreja etc. ____/____
- g. participa de festas, reuniões etc. ____/____

6. AFETIVIDADE

- a. gosta de si mesmo ____/____
- b. gosta do próprio corpo ____/____
- c. ama ____/____
- d. é amado ____/____
- e. tem relacionamento sexual ____/____

7. RELIGIOSIDADE/TRANSCENDÊNCIA

- a. gosta do que faz ____/____
- b. tem planos/projetos para o futuro ____/____
- c. tem motivo para viver ____/____
- d. possui um significado para a própria vida ____/____
- e. sente-se realizado ____/____
- f. tem uma religião ou uma utopia ____/____

ANEXO M

BEM-ESTAR - GAMIA 99

...../.....

A. CARACTERIZAÇÃO

Nome:RG.....
 DN:/...../..... Idade:.....anos Sexo: ☐M ☐F Cor:.....
 Estado civil: Com quem reside:
 Escolaridade:anos Renda pessoal: Renda familiar:
 Endereço:CEP.....
 Casa própria? : ☐Sim ☐Não tel. -

O(a) sr.(a) possui:

☐TV ☐telefone ☐geladeira ☐microondas ☐carro
☐seguro de vida ☐computador ☐seguro-saúde

B. BEM-ESTAR

1. Que idade o (a) sr. (a) gostaria de ter hoje?
 _____anos
2. Até que idade o(a) sr(a) gostaria de viver?
 _____anos
3. Classifique o seu estado de saúde atual:
☐péssimo ☐ruim ☐comprometido ☐bom ☐ótimo
4. Em comparação com as pessoas da mesma idade, seu estado de saúde atual é:
☐pior ☐igual ☐melhor

5.A. PARA MULHERES:

Quando sua mãe tinha a sua idade atual, a qualidade de vida dela, comparativamente com a sua hoje, era :

☐muito pior ☐pior ☐igual ☐melhor ☐muito melhor
☐não se aplica

5.B. PARA HOMENS:

Quando seu pai tinha a sua idade atual, a qualidade de vida dele, comparativamente com a sua hoje, era:

- ☐ muito pior ☐ pior ☐ igual ☐ melhor ☐ muito melhor
☐ não se aplica

6. As pessoas idosas podem ter uma **boa** qualidade de vida?

- ☐ Não ☐ Sim

7. Como o (a) sr.(a) classificaria sua qualidade de vida **hoje** ?

- Péssima☐ Ruim☐ Satisfatória☐ Boa☐ Ótima☐

8. Qual a **nota** (de 0 a 10) que o (a) sr. (a) daria para a sua qualidade de vida?

Há 10 anos atrás: _____

Hoje: _____

9. O que é uma **boa** qualidade de vida?

10. O que é uma **má** qualidade de vida?

11. Relacione, por ordem de importância, **três determinantes fundamentais** para uma boa qualidade de vida na velhice:

- a. _____ b. _____ c. _____

12. Examine com calma as opções abaixo:

☐ independência física	☐ lazer
☐ amizade	☐ trabalho
☐ atividade sexual	☐ saúde
☐ casa própria	☐ religião
☐ participação social	☐ sentir-se realizado
☐ ser respeitado	☐ carro
☐ ter motivo para viver	☐ controle sobre a própria vida
☐ fé em Deus	☐ boa visão e audição
☐ boa memória	☐ ter planos/projetos para o futuro
☐ riqueza	☐ boa aposentadoria
☐ família	☐ atividade física
☐ paz e tranquilidade	
☐ OUTRA: _____	

Escolha, por ordem de importância, dentre as opções acima, **3 que são fundamentais** para uma **boa qualidade de vida** na velhice:

- a) _____ b) _____ c) _____

13. Relacione, por ordem de importância, **três fatores (coisas) que pioram a qualidade de vida na velhice:**

a) _____ b) _____ c) _____

14. Se pudesse, o que o(a) sr.(a) colocaria em sua vida, para que ela ficasse melhor?

15. Se pudesse, o que o(a) sr.(a.) tiraria de sua vida , para que ela ficasse melhor?

16. Qual o seu **maior medo?**

17. Escolha, dentre as opções abaixo, uma que represente **seu maior medo:**

___ perder a visão	___ ficar dependente	___ ter doença incurável
___ ficar sem dinheiro	___ impotência	___ morrer
___ solidão	___ morar com os filhos	___ violência
___ sofrer um acidente	___ ficar viúvo	___ outra: _____

18. Possuindo a “**lâmpada mágica do Aladim**”, quais seriam seus 3 desejos?

a _____
b _____
c _____

Entrevistador: _____

Início: _____

Fim: _____

Tempo: _____ min

____/____/____

9. REFERÊNCIAS

Alleyne GAO. Health and the quality of life. *Rev Panam Salud Publica / Pan Am J Public Health*. 2001;v.9, n.1, p.1-6, 2001.

Armstrong BK, White E, Saracci R. The design of questionnaires. In: Armstrong BK, White E, Saracci R, editores. *Principles of Exposure Measurement in Epidemiology*. Oxford: Oxford University Press; 1992. p.137-70.

Benseñor IM, Lotufo PA. Beyond the high mortality burden: targeting quality of life in Brazil. *Sao Paulo Med J / Rev Paul Med*. 2002;120(3):67.

Bowling A. Health Related Quality of Life: a discussion of the concept, its use and measurement. In: Bowling A, editor. *Measuring Disease. A review of disease-specific quality of life measurement scales*. Buckingham, Philadelphia: Open University Press; 1995. p.1-19.

Browne JP, O'Boyle CA, McGee HM, Joyce CRB, McDonald NJ, O'Malley K, Hiltbrunner B. Individual quality of life in the healthy elderly. *Qual Life Res*. 1994;3:235-44.

Browne JP, O'Boyle CA, McGee HM, McDonald NJ, Joyce CRB. Development of a direct weighting procedure for quality of life domains. *Qual Life Res*. 1997;6:301-9.

Cornejo Arias E, Kirschbaum Kasten A, Castillo P. Problemas de salud de los senescentes em Chile. *Bol Hosp Viña del Mar*. 1987;43(2/4):157-64.

Farquhar M. Definitions of quality of life: a taxonomy. *J Adv Nurs*. 1995;22:502-8.

Fayers PM, Machin D. Introduction. In: Fayers PM, Machin D. *Quality of Life. Assessment, Analysis and Interpretation*. Chichester: John Wiley & Sons. LTD; 2000a. p.3-27.

Fayers PM, Machin D. Principles of measurement scales. In: Fayers PM, Machin D. *Quality of Life. Assessment, Analysis and Interpretation*. Chichester: John Wiley & Sons. LTD; 2000b. p.28-42.

Fayers PM, Machin D. Questionnaire development and scoring. In: Fayers PM, Machin D. *Quality of Life. Assessment, Analysis and Interpretation*. Chichester: John Wiley & Sons. LTD; 2000c. p.135-53.

Ferrans CE, Powers MJ. Quality of Life Index: development and psychometric properties. *Adv Nurs Sci*. 1985;8(1):15-24.

Ferrans CE. Quality of Life: conceptual issues. *Semin Oncol Nurs*. 1990;6(4):248-54.

Ferrans CE, Powers MJ. Psychometric assessment of the Quality of Life Index. *Res Nurs Health*. 1992;15:29-38.

Ferrans CE. Development of a conceptual model of quality of life. *Sch Inq Nurs Pract*. 1996;10(3):293-303.

Fleck MPA, Leal OF, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon V. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). *Rev Bras Psiquiatr*. 1999a;21(1):19-28.

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 Públ*. 1999b;33(2):198-205.

Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon V. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação de qualidade de vida "WHOQOL-bref". *Rev Saúde Públ*. 2000;34(2):178-83.

Fleck MPA, Chachamovich E, Trentini CM. Projeto WHOQOL-OLD: método e resultados de grupos focais no Brasil. *Rev Saúde Publ*. 2003;37(6):793-9.

Fletcher AE, Dickinson EJ, Philp I. Review: Audit Measures: quality of life instruments for everyday use with elderly patients. *Age Ageing*. 1992;21:142-50.

Grupo de la OMS sobre la Calidad de Vida. La gente y la salud. ¿Qué calidad de vida?. *Foro Mundial de la Salud*. 1996;17:385-7.

Guyatt GH, Bombardier C, Tugwell PX. Measuring disease-especific quality of life in clinical trials. *CMAJ*. 1986;134:889-95.

Guyatt GH, Townsend M, Berman LB, Pugsley SO. Quality of Life in patients with chronic airflow limitation. *Br J Dis Chest*. 1987;81(1):45-54.

Guyatt GH, Mitchell A, Irvine EJ, Singer J, Williams N, Goodacre R, Tompkins C. A new measure of health status for clinical trials in inflammatory bowel disease. *Gastroenterology*. 1989;96:804-10.

Guyatt GH, Eagle J, Sackett B, Willan A, Griffith L, Mcilroy W, Patterson CJ, Turpie I. Measuring quality of life in the frail elderly. *J Clin Epidemiol*. 1993;46(12):1433-44.

Guyatt GH, Jaeschke R, Feeny DH, Patrick DL. Measurements in Clinical Trials: Choosing the right approach. In: Spilker B, editor. *Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials*. 2nd ed.. Philadelphia: Raven Publishers; 1996. p. 41-8.

Johnston MV, Micklos CS. Activity-related Quality of Life in rehabilitation and traumatic brain injury. *Arch Phys Med Rehabil*. 2002; 83 (12) Suppl 2: S26-S38.

Juniper EF, Guyatt GH, Epstein RS, Ferrie PJ, Jaeschke R, Hiller TK. Evaluation of impairment of health related quality of life in asthma: development of a questionnaire for use in clinical trials. *Thorax*. 1992;47:76-83.

Juniper EF, Guyatt GH, Jaeschke R. How to develop and validate a new Health-Related Quality of Life instrument. In: Spilker B, editor. *Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials*. Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers; 1996. p.49-56.

Juniper EF, Guyatt GH, Streiner DL, King DR. Clinical Impact Versus Factor Analysis for Quality of Life Questionnaire Construction. *J Clin Epidemiol*. 1997;50(3):233-8.

Kimura M. *Tradução para o Português e Validação do "Quality of Life Index", de Ferrans e Powers* [tese livre-docência]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1999.

Kinsman RA, Yaroush RA, Fernandez E, Dirks JF, Schocket M, Fukuhara J. Symptoms and experiences in chronic bronchitis and emphysema. *Chest*. 1983;83:755-61.

Kirshner B, Guyatt GH. A methodologic framework for assessing health indices. *J Chronic Dis*. 1985;38:27-36.

Liss P. On need and quality of life. In: Nordenfelt L, editor. *Concepts and measurement of Quality of Life in Health Care*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, 1994. p.63-78.

Marx RG, Bombardier C, Hogg-Johnson S, Wright JG. Clinimetric and Psychometric Strategies for Development of a Health Measurement Scale. *J Clin Epidemiol*. 1999;52(2):105-11.

McDowell I, Newell C. The theoretical and technical foundations of health measurement. In: McDowell I, Newell C. *Measuring Health. A guide to rating scales and questionnaires*. 2nd ed. New York: Oxford University Press, 1996a. p.10-46.

McDowell I, Newell C. Recommendations and Conclusions. In: McDowell I, Newell C. *Measuring Health. A guide to rating scales and questionnaires*. 2nd ed. New York: Oxford University Press, 1996b. p.493-8.

Mitchell A, Guyatt G, Singer J, Irvine EJ, Goodacre R, Tompkins C, Williams N, Wagner F. Quality of Life in patients with inflammatory bowel disease. *J Clin Gastroenterol*. 1988;10(3):306-10.

Nordenfelt L. Introduction. In: Nordenfelt L, editor. *Concepts and Measurement of Quality of Life in Health Care*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers; 1994. p.1-15.

Oleson M. Subjectively Perceived Quality of Life. *Image J Nurs Sch*. 1990;22(3):187-90.

Parmenter TR. Quality of life as a concept and measurable entity. In: Romney DM, Brown RI, Fry PS, editors. *Improving the Quality of Life – Recommendations for people with and without disabilities*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers; 1994. p.9-46.

Paschoal SMP. *Qualidade de Vida do Idoso: Elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião* [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2000.

Paschoal SMP. Qualidade de Vida na Velhice. In: Freitas EV, Py L, Neri AL, Cançado FAX, Gorzoni ML, Rocha SM, editores. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A.; 2002. p.79-84.

Pasquali L. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. *Rev Psiqu Clín*. 1998;25(5) Edição Especial:206-13.

Pereira JCR. *Análise de Dados Qualitativos: Estratégias metodológicas para as Ciências da Saúde, Humanas e Sociais*. 3ª ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; 2001.

Ramos LR. Growing old in São Paulo, Brazil: assessment of health status and family support of the elderly of different socioeconomic strata living in the community [thesis]. London: University of London; 1987.

Rowe JW, Khan RL. Human aging: usual and successful. *Science*. 1987;237:143.

Snow R, Crapo L. Emotional bondedness, subjective well-being and health in elderly medical patients. *J Gerontol*. 1982;37(5):609-15.

Streiner DL, Norman GR. Selecting the items. In: Streiner, DL, Norman GR. *Health Measurement Scales. A practical guide to their development and use*. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press; 1995. p.54-68.

Tamburini M. Twenty years of research on the evaluation of quality of life in medicine [CD-ROM]. In: TAMBURINI, M, editor *Quality of life assessment in Medicine. GLAMM Interactive*. 3rd ed. 1998.

Testa MA, Simonson DC. Assessment of Quality of Life Outcomes. *N Engl J Med*. 1996;334(13):835-40.

The WHOQOL Group. Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL). *Qual Life Res*. 1993;2:153-9.

The WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Soc Sc Med*. 1995;41(10):1403-9.

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.

Wood-Dauphinee S. Assessing Quality of Life in Clinical Research: From where have we come and where are we going. *J Clin Epidemiol*. 1999;52(4):355-63.

Wright JG, Feinstein AR. A comparative contrast of clinimetric and psychometric methods for constructing indexes and rating scales. *J Clin Epidemiol*. 1992;45(11):1201-18.