

Fabiola Naomi Eto¹
Jessica Alves Scarpi¹
Elizabete Regina Araújo de Oliveira²
Maria José Gomes³

Research on the quality of life within a group of elderly people in the municipality of Vila Velha - ES

| Estudo sobre a qualidade de vida de uma amostra de idosos do município de Vila Velha-ES

ABSTRACT | *Introduction: Issues related to the physical, psychological and social welfare of elderly people are relevant for the people who plan health, educational, working and social security policies in several countries. This research is based on the importance of an investigation about the conditions which support good quality of life during the old age, considering their scientific and social importance. Objective: to analyze and compare the quality of life of the elderly who live in a home for old people and the ones who don't, within the municipality of Vila Velha, ES. Methodology: Quantitative approach, applying the WHOQOL-BREF, an instrument for measuring the quality of life; a physical exam routine was also used, along with a demographic-social form. Among the interviewed people, 13 of them live in a house for old people and 39 of them don't. Result: Considering the Social Relations, the people who do not live in such homes had better results; considering the Environmental aspect, the ones who live in homes for old people had a better quality of life. It was also possible to notice the connection between the psychic aspect and the Environmental, Social Relations and Physical-Psychological aspects. Conclusion: One could state that the quality of life of elderly people who live in homes designed for them and the quality of life of the elderly who do not live in such places are similar. The fields of quality of life are different, though. However it does not change the quality of life as a whole.*

Keywords | *Quality of life; Aged; Homes for aged.*

RESUMO | *Introdução: A preocupação com a qualidade de vida na velhice tornou-se relevante. Questões relacionadas com bem-estar físico, psicológico e social dos idosos interessam aos planejadores de política de saúde, educação, trabalho e seguridade social de vários países. Esta pesquisa baseia-se na importância da investigação sobre as condições que permitem uma boa qualidade de vida na velhice, revestindo-se de grande importância científica e social. Objetivo: Analisar e comparar a qualidade de vida de idosos institucionalizados e não institucionalizados do município de Vila Velha – ES. Metodologia: Utilizou-se uma abordagem quantitativa, aplicando-se o WHOQOL-bref, instrumento medidor da qualidade de vida, um roteiro de exame físico e uma ficha sociodemográfica. Dos entrevistados, 13 são institucionalizados e 39 não são institucionalizados. Resultados: No domínio relações sociais, os idosos não institucionalizados apresentaram avaliação positiva em relação aos institucionalizados; já no domínio ambiental, os institucionalizados apresentaram melhor qualidade de vida. Verificou-se ainda a relação existente entre aspecto psíquico e os domínios meio ambiente, relações sociais, físico e psicológico. Conclusão: A qualidade de vida de idosos institucionalizados e não institucionalizados é semelhante. Embora os domínios da qualidade de vida sejam diferentes, não interferem na concepção da qualidade de vida.*

Palavras-chave | *Qualidade de vida; Idoso; Instituição de longa permanência para idosos.*

¹Acadêmica do 8º período de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal do Espírito Santo - UFES.

²Professora doutora associada ao Departamento de Enfermagem e ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFES.

³Professora doutora associada ao Curso de Odontologia e do Programa de Pós-Graduação em Clínica Odontológica da UFES.

INTRODUÇÃO |

A qualidade de vida na velhice ganhou relevância nos últimos 30 anos, uma vez que o crescimento do número de idosos e a expansão da longevidade passaram a ser experiência compartilhada por um número crescente de indivíduos. Com o aumento geral da expectativa de vida da população, é importante que seja garantida aos idosos não apenas maior longevidade, mas felicidade, qualidade de vida e satisfação pessoal⁹.

Em países desenvolvidos, o processo de transição epidemiológica ocorreu de maneira gradativa e sem ocasionar problemas de ordens políticas e sociais. Dessa forma, foi possível a implementação de políticas adequadas de atenção ao idoso. Em se tratando de países em desenvolvimento, como o Brasil, esse processo ocorreu de forma rápida e intensa, representando um grande desafio para a atenção à saúde da população idosa, refletindo de forma direta nas ações de saúde específicas a esse grupo¹.

O termo envelhecimento reflete grande importância para a sociedade e tem sido alvo de atenções, quando diz respeito ao envelhecimento com qualidade de vida. Segundo a ONU¹⁶, são considerados idoso os indivíduos com idade a partir de 60 anos nos países em desenvolvimento e a partir de 65 anos nos países desenvolvidos. Contudo, deve-se considerar que a idade cronológica não é o único ou mais importante fator que acompanha o envelhecimento.

O descritor “qualidade de vida” tem sido bastante utilizado em pesquisas científicas, acompanhamento clínico, planejamento de ações e de políticas, alocação de recursos e avaliações de programas, mas principalmente no contexto da atenção à saúde.

A popularidade do termo qualidade de vida é confirmada quando observamos que vem sendo amplamente utilizada no lugar de indicadores de saúde tradicionais (por exemplo, as taxas de mortalidade e de morbidade) em diversos ensaios clínicos e avaliações de resultados¹⁸.

O conceito de qualidade de vida é heterogêneo. Ao analisarmos a literatura, observamos que muitos autores concordam que a qualidade de vida está relacionada com a autoestima e com o bem-estar pessoal e abrange uma série de aspectos, como a capacidade funcional, o nível socioeconômico, o estado emocional, a interação social, a atividade intelectual, o autocuidado, o suporte familiar, o próprio estado de saúde, os valores culturais e éticos, a religiosidade, o estilo de vida, a satisfação com o emprego e/ou com atividades diárias e o ambiente em que se vive. O conceito de qualidade de vida, portanto, varia de autor para

autor, sendo, assim, um conceito subjetivo, dependente do nível sociocultural, da faixa etária e das aspirações pessoais do indivíduo²¹.

O conceito de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde¹⁷ é “[...] a percepção do indivíduo acerca de sua posição na vida, de acordo com o contexto cultural e sistema de valores com os quais convive e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”.

Diante da realidade em que se encontra a população idosa brasileira, o resultado das transformações epidemiológicas iniciadas no último século evidencia a importância de garantir aos idosos não só uma expectativa de vida maior, mas também uma boa qualidade de vida, por meio de políticas orientadas para um envelhecimento bem-sucedido e direcionadas às especificidades dessa faixa etária¹. O objetivo desta pesquisa foi analisar e comparar a qualidade de vida de idosos institucionalizados e não institucionalizados do município da Vila Velha – ES.

MATERIAIS E MÉTODOS |

Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo descritivo transversal pareado, considerando as variáveis sexo e idade, envolvendo idosos institucionalizados e não institucionalizados residentes no município de Vila Velha – ES. Precedendo a este estudo, foi realizado estudo piloto de calibragem dos instrumentos WHOQOL, roteiro de exame físico e ficha sociodemográfica nos meses de junho e julho de 2008. O principal objetivo do estudo piloto foi o treinamento e a familiarização dos entrevistadores com os instrumentos aplicados, além de detectar as possíveis limitações da pesquisa, bem como refinar a metodologia proposta.

Amostragem

Os critérios de inclusão no estudo foram: ser idoso, acima de 60 anos, funcionalmente independente², inserido ou não em uma instituição de longa permanência. A relação da amostra foi de 1:3, sendo um idoso institucionalizado para três idosos não institucionalizados.

Para o critério de seleção de idosos funcionalmente independentes, foram excluídos previamente todos os idosos que apresentassem algum comprometimento físico ou psíquico que os mantivessem restritos ao leito ou que apresentassem dependência funcional para as atividades da vida diária, como tomar banho, vestir-se ou alimentar-se.

Em se tratando dos idosos não institucionalizados, estes foram selecionados aleatoriamente em lugares públicos; como praças, praias, igrejas e centros de convivência da terceira idade.

A amostra não sofreu inferência estatística para seu cálculo, porque foi obtida a partir da determinação do número total dos casos. O tamanho da amostra para determinar as diferenças entre os grupos foi de 13 idosos institucionalizados e 39 idosos não institucionalizados, totalizando 52 idosos.

Coleta de dados

A pesquisa foi desenvolvida em cinco instituições de longa permanência para idosos, e com idosos residentes no município de Vila Velha-ES, no período de agosto de 2008 a março de 2009.

O município possui sete instituições particulares de repouso para idosos. O estudo em questão foi realizado em apenas cinco dessas instituições. Duas instituições foram excluídas do estudo por não possuírem idosos funcionalmente independentes. Eram voltadas para o atendimento ao idoso com algum tipo de demência. Nas cinco instituições visitadas, o número encontrado de idosos funcionalmente independentes era significativamente reduzido, quando comparado com o número total de idosos de cada instituição, sendo a maioria dos idosos institucionalizados, de alguma forma, funcionalmente dependentes, devido à fragilidade própria do indivíduo idoso. Dessa forma, a amostra reduzida deve-se ao pequeno número de idosos institucionalizados funcionalmente independentes encontrados em cada instituição pesquisada.

Instrumento de coleta de dados

Foram empregados o instrumento WHOQOL-bref; um roteiro de exame físico, seguindo as técnicas de semiologia de Oliveira¹³, e uma ficha sociodemográfica⁷.

O WHOQOL-bref é um instrumento medidor da qualidade de vida desenvolvido pelo Grupo de Qualidade de Vida da OMS. É autoavaliativo e autoexplicativo. É composto por quatro domínios: *físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente*. O WHOQOL-bref consta de 26 questões, duas questões gerais e as demais 24 representam cada uma das 24 facetas que compõem o instrumento original¹⁵.

Tratamento dos dados

O WHOQOL-bref é composto de 26 itens com respostas tipo *Lickert* de 1 a 5, divididos em seis domínios, gerando escores que variam de 4 a 20 pontos. Os escores dos seis domínios combinados com as respostas aos 26 itens geram, também, um escore total⁶. Para a interpretação dos dados referentes à qualidade de vida, utilizou-se a sintaxe com escala de 4 mínima a 20 máxima, uma vez que o WHOQOL-bref não possui escores indicando as faixas de melhor classificação de qualidade de vida. Há apenas um dimensionamento do quanto mais ela se apresenta em relação ao valor máximo dependendo da sintaxe realizada. Em função desse procedimento, julga-se que o idoso apresenta melhor ou pior qualidade de vida em determinado domínio.

Princípios éticos

A pesquisa obedeceu aos princípios éticos dispostos na Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde¹⁰, garantindo aos participantes e instituições, entre outros direitos, o seu consentimento livre e esclarecido, sigilo das informações e privacidade. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, com o número de registro 107/08.

RESULTADOS |

A amostra é constituída de 52 idosos. Considerando a proporção de 1:3, 13 idosos institucionalizados e 39 não institucionalizados. Do total da amostra institucionalizada, dois são do sexo masculino e 11 do sexo feminino. Dos não institucionalizados, seis idosos são do sexo masculino e 33 feminino, conforme a Tabela 1.

O critério de classificação etária dos idosos, na proporção 1:3, obedeceu ao seguinte agrupamento: 1 idoso(a) institucionalizado(a) para 3 idosos(as) não institucionalizados(as) entre 60 – 64 anos; 1:3 na faixa etária entre 65 – 69 anos; 1:3 entre 70 – 74 anos; 1:3 entre 75 – 79 anos; 1:3 entre 80 – 84 anos; e 1:3 na faixa etária entre 85 – 89 anos.

Os dados da entrevista apontam para os seguintes resultados: dentre os resultados significantes encontrados na Tabela 1, pode-se ressaltar a realização de cirurgias anteriores, em que 53,8% dos 13 idosos institucionalizados já passaram por algum procedimento cirúrgico, enquanto

Tabela 1 – Distribuição dos idosos do município de Vila Velha segundo variáveis de saúde, Vila Velha – ES -2009

Variáveis	Idosos				TOTAL	
	Institucionalizados Núm.	%	Não Institucionalizados Núm.	%	Núm.	%
Sexo						
Masculino	2	15,4%	6	15,4%	8	15,4%
Feminino	11	84,6%	33	84,6%	44	84,6%
Alergias						
Sim	12	92,3%	27	69,2%	39	75,0%
Não	1	7,7%	12	30,8%	13	25,0%
Cirurgias anteriores						
Sim	7	53,8%	12	30,8%	19	36,5%
Não	6	46,2%	27	69,2%	33	63,5%
Doenças crônico-degenerativas						
Nenhuma	3	23,1%	17	43,6%	20	38,5%
HAS	6	46,2%	16	41,0%	22	42,3%
DM	2	15,4%	1	2,6%	3	5,8%
Neoplasia	1	7,7%	0	0,0%	1	1,9%
HAS/DM	1	7,7%	4	10,3%	5	9,6%
HAS/Neoplasia	0	0,0%	1	2,6%	1	1,9%
TOTAL	13	100,0%	39	100,0%	52	100,0%

69,2% dos 39 idosos não institucionalizados nunca se submeteram a procedimento cirúrgico.

Neste trabalho, os valores dos domínios físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente, são os mesmos para os diferentes grupos de idosos (institucionalizado e não institucionalizado).

Para a análise dos dados da Tabela 2 observa-se significância estatística somente no domínio relações sociais, em que os

idosos não institucionalizados apresentam valores maiores. Os demais domínios não se mostraram estatisticamente significativos, ou seja, não se rejeita a hipótese testada.

Como mostra a Tabela 3, considerando o cruzamento entre os domínios, o grupo de idosos institucionalizados não teve nenhum valor significativo, ou seja, não se pode dizer que há um domínio que prevaleça sobre os outros. Em se tratando do grupo de idosos não institucionalizados,

Tabela 2 – Média e desvio padrão dos valores dos domínios da qualidade de vida e resultado do teste de Mann-Whitney referente aos idosos institucionalizados e não institucionalizados do município de Vila Velha - ES - 2009

Domínios	Média ± desvio padrão		p-valor
	Institucionalizados	Não Institucionalizados	
Físico	14,29 ± 2,62	15,31 ± 2,35	0,126
Psicológico	15,13 ± 2,82	16,05 ± 2,47	0,187
Relações sociais	14,15 ± 2,00	15,73 ± 2,29	0,020*
Meio ambiente	14,96 ± 1,76	14,90 ± 2,03	0,966
Global	14,92 ± 3,80	16,00 ± 2,75	0,599

*p-valor < 0,050.

Tabela 3 – Resultados do teste de Wilcoxon para os domínios segundo institucionalização dos idosos do município de Vila Velha - ES - 2009 (continua)

Cruzamentos entre domínios	p-valor	
	Institucionalizados	Não Institucionalizados
Físico x Psicológico	0,480	0,018*
Físico x Relações sociais	0,807	0,273
Físico x Meio ambiente	0,442	0,049*
Físico x Global	0,432	0,062

*p-valor < 0,050.

Tabela 3 – Resultados do teste de Wilcoxon para os domínios segundo institucionalização dos idosos do município de Vila Velha - ES - 2009 (conclusão)

Cruzamentos entre domínios	p-valor	
	Institucionalizados	Não Institucionalizados
Psicológico x Relações sociais	0,132	0,446
Psicológico x Meio ambiente	0,484	0,001*
Psicológico x Global	0,755	0,426
Relações sociais x Meio ambiente	0,152	0,038*
Relações sociais x Global	0,409	0,614
Meio ambiente x Global	0,906	0,008*

*p-valor < 0,050.

Tabela 4 – Média e desvio padrão dos valores da idade, pressão arterial sistólica e diastólica, frequência cardíaca e respiratória, “T” e “Dor” e resultado do teste de Mann-Whitney referente aos idosos institucionalizados e não institucionalizados do município de Vila Velha - ES - 2009

Variáveis	Média ± desvio padrão		p-valor
	Institucionalizados	Não Institucionalizados	
Idade	79,69 ± 7,40	79,74 ± 6,92	0,975
Sinais vitais: PAS	123,92 ± 13,17	125,54 ± 11,60	0,550
Sinais vitais: PAD	74,62 ± 9,67	76,15 ± 12,95	0,326
Sinais vitais: FC	81,38 ± 5,72	75,67 ± 5,19	0,010*
Sinais vitais: FR	18,85 ± 2,38	18,72 ± 2,14	0,957
Sinais vitais: T	36,15 ± 0,26	36,19 ± 0,23	0,493
Sinais vitais: Dor	1,69 ± 2,02	2,05 ± 2,66	0,973

*p-valor < 0,050.

houve valor significativo no domínio meio ambiente, que apresentou valores menores, mostrando-se um resultado negativo para a qualidade de vida, em que os idosos não institucionalizados relataram uma menor satisfação com o ambiente em que vivem.

Analisando os sinais vitais dispostos na Tabela 4, observa-se significância estatística na frequência cardíaca, com maiores valores nos idosos institucionalizados, em que a média é de 81,38 batimentos cardíacos por minuto. As demais variáveis não se mostraram significativas, ou seja, não há diferença considerável entre os grupos de idosos.

Na Tabela 5, observa-se que o aspecto psíquico *calmo* apresentava valores maiores, indicando a influência benéfica desse aspecto sobre os quatro domínios (físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente) da qualidade de vida, bem como a depressão tem influência negativa no domínio psicológico.

DISCUSSÃO |

A pesquisa obteve resultados que atenderam à proposta abordada na metodologia referente aos instrumentos

Tabela 5 – Valores médios dos domínios da qualidade de vida segundo as variáveis da saúde sistêmica e resultado dos testes de comparação referente aos idosos institucionalizados e não institucionalizados do município de Vila Velha -ES - 2009

Variáveis	Valores médios				
	Físico	Psicológico	Relações sociais	Meio ambiente	Global
Aspecto psíquico					
Calmo	15,50	16,49	15,87	15,25	15,95
Depressivo	11,81	10,78	12,44	12,58	14,33
Tenso	15,29	16,33	14,00	14,88	15,50
p-valor**	0,006	0,001	0,003	0,014	0,628

p < 0.05 rejeita-se a hipótese

aplicados.

Estudos atuais apontam que a capacidade de interagir socialmente é fundamental para o idoso, a fim de que ele possa conquistar e manter apoio social e garantir melhor qualidade de vida³. É possível comprovar esta afirmação, no presente estudo, em que os idosos não institucionalizados apresentaram uma melhor qualidade de vida no âmbito relações sociais em relação aos institucionalizados.

Essa afirmação pode ser confirmada por um estudo realizado no município de Botucatu-SP¹², que mostra que a satisfação dos idosos com o conforto do domicílio foi a situação que mais se associou à satisfação com a vida. Outros achados importantes para o domínio social foram: ter sistema de apoio, serem aceitos pela comunidade, ter afetividade, descrição positiva do casamento e condições familiares que reforçam a percepção do convívio social e familiar. Najman e Levine¹¹ verificaram que a satisfação com a vida esteve relacionada com a descrição positiva do casamento, boas condições familiares, boa convivência social e familiar e a relação entre as aspirações e realizações. Esses autores concluíram que o principal determinante da percepção de alta satisfação com a vida é um relacionamento social estável. Esse achado sugere que programas para idosos, inclusive aqueles institucionalizados, focalizam mais a promoção de atividades sociais ao invés de atividades meramente contemplativas. As políticas deveriam promover o senso de utilidade entre os idosos, fazendo com que se sintam úteis num contexto cultural, além de promover o bem-estar dessa população¹⁹.

O ambiente físico em que o idoso está inserido é outro ponto relevante a ser considerado, uma vez que o domínio ambiental foi o que apresentou maior influência na qualidade de vida, quando cruzado com os demais domínios. Nesse contexto, os idosos institucionalizados apresentaram resultados positivos no domínio meio ambiente, quando comparados com os não institucionalizados. A maioria dos idosos institucionalizados relatou maior satisfação com o ambiente em que vivem; com as condições do local onde moram, além de se sentirem seguros e satisfeitos com o ambiente físico em que habitam.

Segundo a OMS¹⁷, o ambiente físico em que o idoso está inserido pode determinar a dependência ou não do indivíduo. De acordo com O'Shea¹², a moradia e o ambiente físico adequados têm influência positiva na qualidade de vida do idoso¹⁹. Esse achado pode ser confirmado no presente estudo, em que os idosos institucionalizados apresentaram uma melhor avaliação para qualidade de vida no domínio ambiente físico em detrimento dos não institucionalizados.

Diante dos dados obtidos, verificou-se que o idoso com aspecto psíquico calmo tem melhor qualidade de vida do que os idosos depressivos, em que a qualidade de vida é inferior. Constatou-se que o aspecto calmo teve influência sobre os quatro domínios – físico, psicológico, social e ambiental.

A influência do domínio físico na qualidade de vida global dos idosos ressalta a importância de se considerar a capacidade funcional como importante fator de impacto na qualidade de vida em idosos. Ramos²⁰ destaca que a capacidade funcional, atualmente, surge como um novo paradigma de saúde para os indivíduos idosos, e o envelhecimento saudável passa a ser visto como uma interação multidimensional entre saúde física e mental, independência na vida diária, integração social, suporte familiar e independência econômica¹⁹.

Oliveira¹⁴ ressalta que a qualidade dos contatos sociais é mais importante do que a quantidade. Cobb⁴ pontua que o apoio social leva o indivíduo a acreditar que é querido, amado e estimado, e que faz parte de uma rede social com compromissos mútuos. Assim, parece que a capacidade de interagir socialmente é fundamental para o idoso, para conquistar e manter redes de apoio social e, conseqüentemente, garantir melhor qualidade de vida⁸.

Ramos²⁰ constatou que a integração social tende a suprimir o número de sintomas depressivos e que os idosos que são casados apresentam pequenas mudanças nos sintomas depressivos, enquanto aqueles que vivem sozinhos apresentam mais acréscimos nos sintomas depressivos que aqueles que vivem com o cônjuge. Em complemento, a satisfação com as relações familiares contribui para o decréscimo dos sintomas depressivos através do tempo. Ratificando os achados de Ramos²⁰, foi possível observar, neste estudo, a relação existente entre o baixo índice de depressão em idosos não institucionalizados, cujo domínio relação social está melhor para a qualidade de vida.

Uma associação entre pior qualidade de vida em idosos e depressão tem sido apontada em diversos estudos, bem como no presente trabalho. Outras pesquisas reforçam a hipótese de associação direta entre nível de depressão e qualidade de vida, ao evidenciarem a melhora da qualidade de vida que se segue ao tratamento efetivo da depressão. Também foi observada uma associação entre domínio psicológico e pior qualidade de vida para idosos¹⁵.

Concordando com Djernes⁵, estudos demonstram que, no idoso, os fatores que podem desencadear sintomas depressivos são a falta ou a perda de contatos sociais,

história de depressão pregressa, viuvez, eventos de vida estressantes, institucionalização em casas asilares, baixa renda, insatisfação com o suporte social, ansiedade, falta de atividades sociais, nível educacional baixo e uso de medicação antidepressiva.

No idoso, a qualidade de vida pode ser percebida como boa ou ruim, de acordo com a forma como cada indivíduo vivencia a velhice, podendo variar entre os dois extremos (muito bom e péssimo). Nesse sentido, a qualidade de vida depende, então, da interpretação emocional que cada indivíduo faz dos fatos e eventos e está intimamente relacionada com a percepção subjetiva dos acontecimentos e condições de vida. Dessa forma, o bem-estar do idoso seria resultado do equilíbrio entre as diversas dimensões da capacidade funcional, sem significar ausência de problemas em todas as dimensões, tendo em vista que o bem-estar pode ser atingido por muitos, independentemente da presença ou não de enfermidades¹⁹.

CONCLUSÃO |

Com este estudo, conclui-se que a qualidade de vida dos idosos institucionalizados e não institucionalizados é semelhante na maioria dos aspectos e variáveis abordadas ao longo da pesquisa, no entanto há diferenças significantes referentes à relação social e ao meio ambiente, em que os idosos não institucionalizados possuem uma melhor qualidade de vida no domínio relação social, enquanto os idosos institucionalizados têm melhor qualidade de vida no domínio ambiental. Verificou-se, ainda, que a qualidade de vida é pior em idosos depressivos, ao contrário de idosos com aspecto psíquico calmo, que possuem melhor qualidade de vida em todos os domínios.

REFERÊNCIAS |

- 1 - Aguiar MCA. Envelhecimento e responsabilidades: uma análise à luz das políticas públicas de saúde para a população idosa [Dissertação de Mestrado]. Vitória: Departamento de Enfermagem da UFES; 2006.
- 2 - Araújo MOPH, Ceolim MF. Avaliação do grau de independência de idosos residentes em instituições de longa permanência. *Rev Esc Enferm USP* 2007; 41(3):378-85.
- 3 - Carneiro RS, Falcone E, Clark C, Prette ZD, Prette AD. Qualidade de vida, apoio social e depressão em idosos: relação com habilidades sociais. *Psicol Reflex Crit* 2007; 20(2): 229-37.

- 4 - Cobb S. Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine* 1976; 38(5):300-14.
- 5 - Djernes J. Prevalence and predictors of depression in populations of elderly: a review. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2006; 113(5): 372-87.
- 6 - Fleck MPA. Problemas conceituais em qualidade de vida. In: Fleck MP. *A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde*. 2 ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.
- 7 - Gomes MJ, Barbosa RS, Dias FP, Carvalho RB, Oliveira ERA, Hebling E. Hipersensibilidade ao látex e dosagem de anticorpos específicos em profissionais da área da saúde. *Cienc Saúde Colet [periódico on-line]* 2010; [citado 2010 fev 20]. Disponível em: URL: http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/artigo_int.php?id_artigo=5589.
- 8 - Gray GR, Ventis DG, Hayslip B. Socio-cognitive skills as a determinant of life satisfaction in aged persons. *Int J Aging Hum Dev* 1992; 35(3):205-18.
- 9 - Joia LC, Ruiz T, Donalisio MR. Condições associadas ao grau de satisfação com a vida entre a população de idosos. *Rev Saúde* 2007; 41(1):131-8.
- 10 - Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº. 196/96, de 10 de outubro de 1996. Brasília: Ministério da Saúde; 1996.
- 11 - Najman JM, Levine S. Evaluating the impact of medical care and technologies on the quality of life: a review and critique. *Soc Sci Med* 1981; 15:107-15.
- 12 - O'shea E. *La mejora de la calidad de vida de las personas mayores dependientes*. Madrid: Instituto de Migraciones y Servicios Sociales; 2003.
- 13 - Oliveira ERA. *O ensino do exame físico por diferentes estratégias [Tese Doutorado]*. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP; 1998.
- 14 - Oliveira EA de, Pasian SR, Jacquemin A. A vivência afetiva em idosos. *Psicologia Ciência e Profissão* 2001; 21(1):68-83.
- 15 - Organização Mundial da Saúde. WHO Quality of Life-BREF (WHOQOL-BREF) [instrumento on-line] 2000; [citado 15 maio 2009]. Disponível em: URL: http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/whoqolbref/en/.
- 16 - Organização das Nações Unidas. *The state of world population 1998: the new generations*. New York: UNFPA; 1998.
- 17 - Organización Mundial de la Salud. *Salud y*

envejecimiento: un documento para el debate: version preliminar. Madrid: Instituto de Migraciones y Servicios Sociales; 2001.

18 - Paschoal SMP. Qualidade de vida do idoso: construção de um instrumento de avaliação através do método do impacto clínico [Tese Doutorado]. São Paulo: Faculdade de Medicina da USP; 2004.

19 - Pereira RJ, Cotta RMM, Franceschini SCC, Franceschini RCL, Sampaio RF, Priore SE et al. Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. Rev Psiquiatr Rio Gd Sul 2006; 28(1):27-38.

20 - Ramos M. Os sintomas depressivos e as relações sociais na terceira idade. Rev Dep Psicol UFF 2007; 19(2):397-410.

21 - Vecchia RD, Ruiz T, Bocchi SCM, Corrente JE. Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. Rev Bras Epidemiol 2005; 8(3):246-52.

Correspondência para/ Reprint request to:

Fabiola Naomi Eto

Rua do Vintém, 20, apt 302, Centro

Vitória - ES

CEP: 29015-380

Email: fabiola.naomi.eto@gmail.com