



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
PSICOLOGIA - MESTRADO



DANIELLE VIVEIROS GUEDES

QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS COM DECLÍNIO COGNITIVO

JUIZ DE FORA

2009

DANIELLE VIVEIROS GUEDES

QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS COM DECLÍNIO COGNITIVO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia.

Orientadora: Profª. Drª. Neide Cordeiro de Magalhães

Co-orientador: Prof. Dr. Altemir José Gonçalves Barbosa

JUIZ DE FORA

2009

Guedes, Danielle Viveiros.

Qualidade de vida de idosos com declínio cognitivo / Danielle
Viveiros Guedes. – 2009.
100 f.

Dissertação (Mestrado em Psicologia)–Universidade Federal de Juiz
de Fora, Juiz de Fora, 2009.

1. Idoso. 2. Terceira idade - aspectos psicológicos. 3. Depressão. I.
Título.

CDU 159.922.6-053.88

DANIELLE VIVEIROS GUEDES

QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS COM DECLÍNIO COGNITIVO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia.

Aprovada em vinte e um de dezembro de dois mil e nove.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Neide Cordeiro de Magalhães – Orientadora
Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof. Dr. Altemir José Gonçalves Barbosa – Co-orientador
Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof^a. Dr^a. Monica Sanches Yassuda
Universidade de São Paulo

AGRADECIMENTOS

Bendize, ó minha alma, ao Senhor, e tudo o que há em mim bendiga ao seu santo nome.

Bendize, ó minha alma, ao Senhor e não te esqueças de nem um só de seus benefícios.

Salmo 103:1-2

A Deus, que conduz os meus passos, me capacita e me ensina a cada dia, o meu agradecimento e louvor!

Aos meus pais, agradeço o incentivo, o apoio e a dedicação à minha formação. A todos os familiares e amigos, minha gratidão pela força e compreensão nos momentos de ausência.

Faço um agradecimento muito especial àqueles que exerceram um papel fundamental na minha trajetória acadêmica e, especialmente, no mestrado: Professores orientadores Drª. Neide Cordeiro de Magalhães, por acreditar neste trabalho e me incentivar em todo o tempo; e Dr. Altemir José Gonçalves Barbosa, pela dedicação, pelas oportunidades oferecidas e pela confiança depositada.

Aos alunos do treino de pesquisa e aos bolsistas do CEPEDEN, que atuaram nos projetos ‘Prevalência de Demência em idosos da cidade de Juiz de Fora’ e ‘Perfil do idoso institucionalizado em Juiz de Fora: um trabalho interdisciplinar’, desde 2006, agradeço pelo auxílio na coleta de dados e, em especial, à acadêmica do curso de Psicologia, Eduarda, que com disposição e competência concluiu essa tarefa. À Natália, colega de turma no mestrado e companheira no CEPEDEN, com quem pude aprender e trabalhar nesses projetos, agradeço todo o auxílio e a parceria. À professora Drª. Elizabeth Lemos Chicourel, minha gratidão pelo incentivo e pelo esforço na execução do projeto com idosos institucionalizados. Às queridas Ludmila e Samila, agradeço pelos direcionamentos teóricos, que muito contribuíram para a realização deste trabalho.

Aproveito para registrar um agradecimento a pessoas muito especiais na minha trajetória acadêmica: Professora Drª. Ana Paula Cupertino, que me apresentou ao estudo do envelhecimento, e cujo incentivo foi muito importante para que trilhasse esse caminho; Eliane Banhato e Kelly Atalaia-Silva, com quem, durante esses anos de trabalho, pude aprender mais sobre envelhecimento, neuropsicologia e pesquisa, e que exerceram papel fundamental em minha carreira.

Agradeço também a todos os professores do Programa de Pós-Graduação em Psicologia, em especial à Professora Dr^a. Márcia Mota, pelas contribuições na produção desta dissertação como participante das bancas de qualificação e defesa. À professora Dr^a. Monica Sanches Yassuda, minha gratidão pelos esclarecimentos teóricos respondidos tão prontamente ao longo da produção deste trabalho e por aceitar participar da banca de defesa.

A todos os colegas de turma no mestrado, especialmente à Renata, agradeço o apoio e a amizade. Por fim, agradeço à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG), que subsidiou os estudos no decorrer do curso.

RESUMO

Este estudo objetivou associar a qualidade de vida de idosos com declínio cognitivo a variáveis demográficas e educacionais, sintomatologia depressiva, presença de doenças, suporte social e capacidade funcional. Investigou-se uma amostra de 65 idosos, residentes na comunidade ou em ILPIs, e seus cuidadores. Foram utilizados questionários, investigando dados demográficos, de saúde e história educacional, a GDS, itens da ISEL e as escalas de Katz e Pfeffer, além das versões de autorrelato, relato do cuidador e a correção composta da QdV-DA. O autorrelato e a correção composta se associaram fortemente com sintomas de depressão e, de forma menos incisiva, com o suporte social. A avaliação dos cuidadores se associou à capacidade funcional, especialmente às ABVDs. Na amostra geral, não houve diferença entre os relatos de idosos e cuidadores. Ao estratificá-la segundo os sintomas depressivos, a equivalência dos relatos se manteve entre os idosos com pontuação superior ao ponto de corte na GDS, porém, entre os com pontuação abaixo do ponto de corte, a avaliação dos cuidadores foi inferior à autoavaliação. É possível que os sintomas depressivos tenham rebaixado a avaliação dos idosos, equiparando-a ao relato dos cuidadores. Ressalta-se que a percepção da qualidade de vida se dá através da relação entre variáveis objetivas e subjetivas e que mecanismos de autorregulação do *self* exercem importante papel nessa avaliação.

Palavras-chave: Declínio cognitivo. QdV-DA. Depressão. Capacidade funcional. Envelhecimento.

ABSTRACT

This study aims at associating quality of life of elderly patients with cognitive impairment to educational and demographic variables, depressive symptoms, morbidity, social support and ability level. Sixty five elderly, living in the community or in long term care facilities, and their caregivers were inquired. A questionnaire, investigating demographic, health and educational background data, GDS, items from the ISEL, Katz and Pfeffer scales, beyond the self-reported, caregiver's report and compound correction versions of QdV-DA were used. Self-report and compound correction were strongly associated with symptoms of depression and, less incisive, with social support. The caregivers' ratings were associated with ability level, especially the ADL's. In the overall sample, there was no difference between elderly and caregivers reports. Stratifying the sample according to depressive symptoms, the equivalence in reports remained among older people with scores above the cutoff point in GDS, however, among those with scores below the cutoff point, caregivers' report was lower than self-report. It is possible that depressive symptoms have lowered the self-report, equating it to caregivers' report. Quality of life perception is made through relationship between objective and subjective variables, and self-regulation mechanisms of the self play an important role in the evaluation.

Keywords: Cognitive impairment. QdV-DA. Depression. Ability level. Aging.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Dados de validade e confiabilidade de instrumentos específicos à demência	32
Tabela 2	Descrição da amostra de cuidadores	40
Tabela 3	Comparação entre o autorrelato e a avaliação do cuidador em cada item e no escore total da escala QdV-DA	46
Tabela 4	Concordância entre auto e heterorrelatos da qualidade de vida	47
Tabela 5	Descrição da amostra de idosos	48
Tabela 6	Descrição de variáveis da história educacional	50
Tabela 7	Avaliação da relevância da educação e de atividades educacionais formais e informais	52
Tabela 8	Análise do suporte social	54
Tabela 9	Médias obtidas em estudos que empregaram versões da QdV-DA	62

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABVDs	Atividades Básicas da Vida Diária
AIVDs	Atividades Instrumentais da Vida Diária
GDS	Escala de Depressão Geriátrica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ILPI	Instituição de Longa Permanência para Idosos
ISEL	<i>Interpersonal Support Evaluation List</i>
MEEM	Mini-Exame do Estado Mental
OMS	Organização Mundial de Saúde
QdV-DA	Escala Qualidade de Vida – Doença de Alzheimer
QOL-AD	Escala <i>Quality of Life – Alzheimer's Disease</i>
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDR	Teste do Desenho do Relógio
UFJF	Universidade Federal de Juiz de Fora
WHOQOL-100	Instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde
WHOQOL-BREF	Instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde
WHOQOL-OLD	Instrumento de avaliação da qualidade de vida de idosos da Organização Mundial da Saúde
WHOQOL Group	<i>World Health Organization Quality of Life Group</i>

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
1.1	Definindo qualidade de vida	11
1.2	Qualidade de vida na velhice	13
1.3	Caráter multidimensional da qualidade de vida	16
1.4	Qualidade de vida na velhice e declínio cognitivo	25
1.5	Proposição de um estudo sobre qualidade de vida de idosos com declínio cognitivo	35
1.6	Objetivos	36
2	MÉTODO	37
2.1	Amostra	39
2.2	Instrumentos	40
2.3	Procedimento	43
2.4	Análise de dados	43
3	RESULTADOS	45
3.1	Qualidade de vida de idosos com declínio cognitivo	45
3.2	Variáveis demográficas e qualidade de vida de idosos com declínio cognitivo	48
3.3	História educacional e qualidade de vida de idosos com declínio cognitivo	49
3.4	Sintomatologia depressiva, presença de outras doenças e qualidade de vida de idosos com declínio cognitivo	52
3.5	Supporte social e qualidade de vida de idosos com declínio cognitivo ...	54
3.6	Capacidade funcional e qualidade de vida de idosos com declínio cognitivo	55
3.7	Variáveis associadas à qualidade de vida de idosos com declínio cognitivo	57
4	DISCUSSÃO	59
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	74
	REFERÊNCIAS	78
	ANEXOS	90

1 INTRODUÇÃO

A transição demográfica é um fenômeno mundial, que tem ocorrido de maneira acelerada especialmente nos países em desenvolvimento. No Brasil, que em 1960 apresentava 6% da população com idade igual ou superior a 60 anos, a expectativa é de que em 2025 a taxa de indivíduos nessa faixa etária alcance 15%, representando a 6ª maior população idosa do mundo (Ramos, Veras, & Kalache, 1987).

Paralelamente a esse processo, tem sido observada uma transição epidemiológica, caracterizada pela modificação dos padrões de morbidade, invalidez e morte em uma população (Chaimowicz, 2007). Verifica-se um declínio no índice de doenças infecto-contagiosas como causas de morte e o aumento na prevalência de doenças crônico-degenerativas nos idosos, as quais podem levar a incapacidades, dependência, alterações de humor, comprometimento da rede de suporte social e do nível de atividade desempenhada pelos indivíduos e à necessidade de cuidados de maior duração e de instituições de longa permanência (Vermelho & Monteiro, 2004; Paschoal, 2005).

Entre esses comprometimentos, encontra-se o declínio cognitivo, que pode se associar, como consequência de sua progressão, às síndromes demenciais (Canineu, Stella, & Samara, 2006). Bottino e Aparício (2007) afirmam que as demências são caracterizadas pelo desenvolvimento de múltiplos déficits cognitivos e por alterações da personalidade. O quadro evolui de maneira progressiva e seus sintomas interferem nas atividades pessoais, sociais e de trabalho dos idosos. A literatura sobre o tema tem apresentado relação entre o declínio cognitivo e o aumento da idade. Lopes e Bottino (2002) analisaram os estudos epidemiológicos de prevalência de demência em diversas regiões do mundo no período de 1994 a 2000 e encontraram aumento com o avanço da idade. No Brasil, Lopes (2006) destacou associação entre idade elevada e comprometimento cognitivo e funcional em estudo de prevalência de demência na cidade de Ribeirão Preto (SP), o que também foi verificado por Herrera Junior, Caramelli e Nitrini (1998) ao realizarem tal investigação na cidade de Catanduva (SP).

O envelhecimento populacional em conjunto com o risco aumentado de desenvolvimento de doenças crônico-degenerativas, como as demências, desafiam todas as esferas da sociedade, desde o indivíduo idoso e seus familiares, até os profissionais de saúde e os governantes. Aos profissionais, o desafio que se apresenta está relacionado ao desenvolvimento de métodos de avaliação precisos sobre as demandas do envelhecer e de estratégias de prevenção, promoção e intervenção na busca de um envelhecimento bem-

sucedido. Esses recursos devem refletir no oferecimento de serviços que visem a uma melhor qualidade de vida às populações que envelhecem (Chaimowicz, 2007).

Qualidade de vida tem sido um termo utilizado frequentemente, tanto entre leigos quanto no âmbito da literatura e das práticas gerontológicas, sob o jargão de que ‘é preciso acrescentar vida aos anos, e não apenas anos à vida’. Paschoal (2005) destaca que ainda não há concordância acerca do significado do termo qualidade de vida. Ele tem recebido diversas definições, dependendo do contexto profissional em que é utilizado e da orientação conceitual dos pesquisadores (Logsdon, Gibbons, McCurry & Teri, 2002). Além disso, no nível individual, a definição do termo pode sofrer variações para uma mesma pessoa em momentos diferentes de sua vida.

Presencia-se atualmente, portanto, um crescimento na produção acadêmica sobre as temáticas do envelhecimento humano, suscitando questões sobre o que vem a se constituir um envelhecimento saudável (Rowe & Kahn, 1998), bem-sucedido (Baltes & Baltes, 1993), ótimo (Aldwin & Gilmer, 2004) e o que significa, como se operacionaliza e como alcançar qualidade de vida e ‘qualidade de vida na velhice’. Uma questão ainda mais intrigante e atual diz respeito às investigações sobre qualidade de vida entre idosos que sofrem de condições crônico-degenerativas, como as demências, ou mesmo que se encontram em condições especiais de saúde física e de funcionalidade física e mental.

1.1 Definindo qualidade de vida

Na tentativa de estabelecer pontos de consenso frente à multiplicidade de definições para qualidade de vida, a Organização Mundial de Saúde (OMS) empenhou esforços de pesquisa por meio da formação de um grupo de pesquisadores de várias nacionalidades, na busca de uma definição para o termo, bem como na construção de uma medida válida e fidedigna para este construto (Batistoni, no prelo). Como resultado desse empreendimento, formou-se o WHOQOL Group (Grupo de Qualidade de Vida da OMS), que definiu qualidade de vida como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto de sua cultura e dos sistemas de valores da sociedade em que vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (The WHOQOL Group, 1998, p.1570). É um conceito amplo, influenciado pela saúde física do indivíduo, por seu estado psicológico, nível de independência, relações sociais e pela relação com características relevantes do seu ambiente.

O Grupo WHOQOL também construiu um instrumento genérico com enfoque transcultural para medir qualidade de vida (Trentini, Xavier & Fleck, 2006). Nessa

perspectiva, o construto envolve três características principais: subjetividade, multidimensionalidade e bipolaridade.

Em relação à subjetividade, Paschoal (2006) relata que não se trata de uma total subjetividade, visto que há condições externas às pessoas, presentes no meio e nas condições de vida e trabalho, que influenciam a avaliação acerca da qualidade de vida. Batistoni (no prelo) afirma que esse critério possibilita três níveis de avaliação ao indivíduo, desde suas condições específicas, objetivas e observáveis, até níveis de percepção aos quais apenas o indivíduo tem acesso. É possível avaliar subjetivamente uma condição objetiva, como sua condição socioeconômica. Também se pode questionar sobre a percepção global subjetiva de funcionamento do sujeito, como sobre quanto bem o indivíduo dorme. Além disso, a autora ressalta que, num terceiro nível, pode-se investigar a avaliação específica da própria percepção subjetiva, como solicitar a avaliação da satisfação do sujeito sobre a percepção subjetiva do seu sono.

Quanto à multidimensionalidade, é consenso entre pesquisadores que o construto inclui, no mínimo, três dimensões: física, psicológica e social (Paschoal, 2006). Essa característica reconhecida pelo grupo WHOQOL reflete nos domínios que estruturam seu instrumento de investigação e no entendimento de que qualidade de vida é produto da interação de diversas áreas independentes da vida do indivíduo. Dessa maneira, seu instrumento engloba seis domínios: físico; psicológico; nível de independência; relações sociais; meio-ambiente e; aspectos espirituais (Batistoni, no prelo).

No que diz respeito à bipolaridade, Paschoal (2006) ressalta que se considera que a qualidade de vida apresenta dimensões positivas e negativas. Como dimensões positivas do construto, citam-se a avaliação dos indivíduos sobre o desempenho de papéis sociais, sobre sua funcionalidade ou autonomia. A dimensão negativa pode ser exemplificada pela avaliação de sentimentos negativos, da dor e da dependência (Batistoni, no prelo).

Em especial, o Grupo WHOQOL identificou a necessidade de desenvolver conceitos e medidas de qualidade de vida para grupos específicos, tais como entre portadores do vírus HIV (The WHOQOL HIV Group, 2003) e indivíduos idosos (Fleck, Chachamovich & Trentini, 2003). No intuito de medir qualidade de vida na velhice, o grupo desenvolveu um módulo destinado a idosos denominado de WHOQOL-OLD (Fleck et al., 2003, 2006), acreditando que a investigação sobre as condições que permitem uma boa qualidade de vida na velhice, bem como as variações que a idade comporta, revestem-se de grande importância científica e social (Fleck et al., 2003). O Grupo WHOQOL justificou a necessidade de desenvolver um instrumento específico para avaliação da qualidade de vida no

envelhecimento pelo fato de não ser possível assumir que instrumentos adequados para avaliar o domínio ‘saúde física’, por exemplo, em populações de adultos jovens, sejam os mesmos ou apropriados para adultos idosos. Segundo Chachamovich, Trentini e Fleck (2007), há prováveis especificidades conforme a faixa etária dos indivíduos, e a magnitude do fenômeno envelhecimento, aliada à escassez de instrumentos que o avaliem, fortalece tal interesse.

Browne et al. (1994) afirmam que cada população de idosos apresenta uma valorização particular de determinados domínios, porém, o idoso possui questões que são generalizáveis e que diferem da população adulta. Com a finalidade de investigar o que os idosos consideravam importante na determinação da qualidade de vida, Bowling (1995, citado por Fleck et al., 2003) entrevistou uma população de diversas idades, da comunidade, com ou sem enfermidades, e encontrou que os idosos atribuíam menor importância às atividades laborais e maior valor à saúde do que os jovens.

Da mesma forma, Fleck et al. (2003) realizaram um estudo com grupos focais compostos por idosos e cuidadores, cujo objetivo foi o de avaliar a qualidade de vida do idoso. Para isso, o coordenador do grupo abordava, por meio de perguntas abertas, o conceito, aspectos que melhoram ou pioram e o que é mais importante para a qualidade de vida. O grupo lia e examinava a definição dos domínios englobados pelo instrumento destinado a adultos mais jovens, com o intuito de investigar a relevância desses domínios para a qualidade de vida dos idosos e a adequação da formulação das questões. Os participantes também podiam sugerir outros tópicos considerados relevantes que não tivessem sido abordados pelo instrumento. Os resultados corroboraram a hipótese de que os idosos constituem um grupo particular e, por isso, apresentam especificidades relevantes.

Diante disso, torna-se importante a reflexão acerca do que faz dos idosos um contingente particular. A investigação do construto qualidade de vida nessa população deve estar vinculada à compreensão de alguns aspectos que caracterizam o processo de envelhecimento e que podem refletir nas avaliações que os idosos fazem sobre suas vidas (Batistoni, no prelo).

1.2 Qualidade de vida na velhice

Na literatura gerontológica da década de 1980, a expressão ‘qualidade de vida na velhice’ já havia sido utilizada por Lawton. Sua definição ainda é de uso corrente nas ciências do envelhecimento, uma vez que procurou identificar as variáveis antecedentes à qualidade de

vida na velhice, num modelo multidimensional. Segundo o autor, qualidade de vida na velhice é definida como a avaliação multidimensional vinculada a critérios socionormativos e intrapessoais, a respeito das relações atuais, passadas e prospectivas entre o indivíduo maduro ou idoso e o seu ambiente (Lawton, 1983, citado por Neri, 2005).

A partir desse conceito, foi desenvolvido um dos modelos teóricos mais conhecidos sobre qualidade de vida para idosos com quatro dimensões inter-relacionadas. São elas: competência comportamental; condições objetivas do ambiente físico; qualidade de vida percebida e; bem-estar subjetivo.

Segundo Neri (2005), a competência comportamental representa a avaliação do funcionamento do indivíduo em relação à saúde, à funcionalidade física, à cognição, ao comportamento social e à utilização do tempo. Essa dimensão é referenciada a normas ou parâmetros clínicos, bioquímicos e comportamentais e permite diversos níveis de objetividade na observação. Paschoal (2006) acrescenta que a competência comportamental traduz o desempenho dos indivíduos frente às diferentes situações de sua vida e, por isso, depende do potencial individual, das experiências e condições de vida, dos valores agregados durante o curso da vida e do desenvolvimento pessoal, o que é influenciado pelo contexto histórico-cultural em que esteve inserido.

As condições ambientais abrangem aspectos externos ao indivíduo e se referem ao contexto físico, ecológico e ao construído pelo homem, o que influencia a competência adaptativa (emocional, cognitiva e comportamental). O ambiente construído deve oferecer condições adequadas de acesso, manejo, conforto, segurança e estética aos idosos, o que inclui a disponibilidade de instrumentos, equipamentos e adaptações construtivas nas cidades, nas organizações e nas residências (Neri, 2005).

Em relação à qualidade de vida percebida, Paschoal (2006) relata que ela reflete a avaliação da própria vida, influenciada pelos valores que o indivíduo foi agregando e pelas expectativas pessoais e sociais. Ela se refere à avaliação subjetiva que cada pessoa faz sobre seu funcionamento em qualquer domínio das competências comportamentais. Neri (2005, p. 164) acrescenta que “seus principais indicadores são: saúde percebida, doenças relatadas, consumo relatado de medicamentos, alterações percebidas na cognição e senso de autoeficácia no domínio físico e no cognitivo”. Além disso, o indivíduo avalia as condições de seu ambiente e a eficácia de suas ações no mesmo.

O bem-estar subjetivo, por sua vez, reflete a avaliação pessoal e privada sobre o conjunto e a dinâmica das relações entre as três dimensões anteriores. Significa satisfação com a própria vida, satisfação global e específica a determinados aspectos da vida. Nesse

sentido, é referenciado, segundo Neri (2005), a dois tipos de indicadores: cognitivos e emocionais. Os cognitivos incluem a satisfação global com a vida e a referenciada a domínios, como saúde física e cognitiva, sexualidade, relações sociais e espiritualidade. Os emocionais incluem medidas de estados afetivos positivos e negativos.

Diante disso, Paschoal (2006) considera que o bem-estar subjetivo é mediado pelos antecedentes pessoais (históricos, genéticos, socioeconômicos e culturais), pela estrutura de traços de personalidade e pelos seus mecanismos de autorregulação. O autor acrescenta que há associações entre a qualidade de vida percebida, o bem-estar subjetivo e mecanismos da personalidade, como por exemplo, o senso de controle, o senso de eficácia pessoal, o senso de significado e as estratégias de enfrentamento.

Ampliando essa discussão, Neri (2007) fez uma revisão sobre o termo qualidade de vida na velhice e apontou a importância dos aspectos subjetivos no alcance de uma compreensão mais satisfatória do que seja esse construto entre idosos. A autora relata que, isoladamente, variáveis objetivas, como nível de renda, classe social, escolaridade, etnia, nacionalidade, gênero, idade e saúde são preditores fracos da qualidade de vida de indivíduos e de coletividades. Considera que explicações mais satisfatórias são alcançadas quando as variáveis objetivas são consideradas em conjunto com os aspectos subjetivos.

Por isso, ela afirma que é possível que as variáveis subjetivas expliquem por que, mesmo, na presença de condições adversas, como pobreza, doenças e eventos estressantes, os idosos podem funcionar bem, investir na sua saúde e na solução de problemas rotineiros e existenciais, ajudar a família e a comunidade. Embora possa parecer um paradoxo, “as condições subjetivas respondem pela manutenção da resiliência psicológica dos idosos, mesmo quando a resiliência biológica está comprometida” (Neri, 2007, p. 15).

Neri (2007), então, ressalta o papel do *self*, sistema de estruturas que regulam e medeiam os comportamentos orientados aos mundos interno e externo, na construção das experiências de bem-estar subjetivo. Há mecanismos de autorregulação do *self* que se associam à resiliência psicológica, ao bem-estar subjetivo e ao senso de ajustamento psicológico. Entre eles, citam-se: autoestima, considerada como a autovalorização relacionada a vários domínios da vida; processos de comparação social, com os quais o *self* realiza comparações seletivas com outros que estão em pior situação para proteger o bem-estar e a integridade; estratégias de enfrentamento, que são ações cognitivas e instrumentais adotadas pelo indivíduo para lidar com pressões internas e externas avaliadas como superiores aos seus recursos e; estratégias de seleção, otimização e compensação (Neri, 2007).

Este último modelo, segundo Freund e Baltes (2002), considera que em todos os

estágios do desenvolvimento humano os indivíduos continuamente buscam controle através da aplicação dos componentes ‘seleção’, ‘otimização’ e ‘compensação’. A primeira se refere ao desenvolvimento e escolha de metas, a segunda, à aplicação e ao refinamento de recursos relevantes às metas, e a terceira diz respeito à substituição de recursos quando os recursos prévios não estão mais disponíveis. Assim, os autores acrescentam que os indivíduos que adotam comportamentos relacionados às estratégias de seleção, otimização e compensação possivelmente apresentam desenvolvimento mais bem-sucedido. Dessa maneira, as perdas no envelhecimento podem ser compensadas por meio dos níveis de reserva e da capacidade de resiliência, e os ganhos podem ser obtidos com a seleção, otimização e compensação das competências geradas pelo envelhecimento (Staudinger, Marsiske, & Baltes, 1995).

Essa apresentação possibilita identificar uma associação entre qualidade de vida e outras variáveis presentes no curso do desenvolvimento. Do ponto de vista do desenvolvimento humano, segundo Neri (1995), o envelhecimento é determinado pela interação dos fatores genético-biológicos do ser humano, os elementos do ambiente natural e os do mundo construído pelo homem. O idoso aumenta a utilização de recursos do contexto histórico-cultural para compensar os declínios de natureza genético-biológica. Dessa maneira, os processos de seleção, otimização e compensação dos recursos psicossociais e cognitivos adquiridos ao longo de toda a vida se manifestam, permitindo a utilização e realocação de reservas emocionais e cognitivas na compensação de processos que estão em declínio. Por isso, esses mecanismos podem minimizar o impacto negativo das perdas sobre a autoestima e o bem-estar dos idosos (Batistoni, 2007), possibilitando que os indivíduos, ainda que na presença de perdas, não apresentem sintomatologia depressiva e insatisfação com a vida, por exemplo.

A tentativa de resposta à aparente contradição existente entre velhice e bem-estar, ou mesmo a associação entre velhice e doença, poderá contribuir para a compreensão do envelhecimento e dos limites e alcances do desenvolvimento humano. Além disso, possibilitará a criação de alternativas de intervenção, visando ao bem-estar de pessoas idosas. (Fleck et al., 2003).

1.3 Caráter multidimensional da qualidade de vida

A percepção que o idoso tem de sua qualidade de vida se dá através da relação entre diversas variáveis, objetivas e subjetivas. Neri (2006a) fez uma revisão sobre a pesquisa gerontológica em qualidade de vida na idade madura e na velhice, partindo do pressuposto de

que nessas fases também é possível haver boa qualidade de vida, apesar da aparente contradição entre velhice e bem-estar.

A autora considera que nessa fase do desenvolvimento a promoção de boa qualidade de vida é empreendimento de caráter sociocultural, que ultrapassa os limites da responsabilidade pessoal. Qualidade de vida depende não apenas do indivíduo, mas de sua interação com os outros e com a sociedade. Ela demonstra que há uma multiplicidade de critérios e de indicadores, cada um influenciando de maneira diferente a vida das pessoas, com impacto desigual sobre o bem-estar subjetivo.

Neri (2007) ressalta que a idade e o gênero, embora em si mesmos não sejam causais, são variáveis antecedentes importantes, já que sintetizam várias fontes de influência. Entre elas, citam-se a exposição a marcadores biológicos do desenvolvimento e do envelhecimento, a presença de maior ou menor plasticidade comportamental, a existência de maior ou menor resiliência biológica e psicológica, a disponibilidade de oportunidades educacionais, as formas de socialização, os papéis sociais e o maior ou menor risco de viver eventos não-normativos e incontroláveis do curso de vida.

A autora argumenta sobre a importância da idade como um indicador da boa qualidade de vida na velhice. Para indivíduos entre 60 e 70 anos, por exemplo, que apresentam condições socioeconômicas razoáveis, há boas chances de continuidade da atividade e da produtividade, de bom ajustamento físico e mental, de excelência em capacidade de lidar com problemas existenciais e de boa capacidade para administrar as perdas da velhice. Por outro lado, nos anos mais avançados os idosos ficam mais expostos à fragilidade, à multimorbidade, às perdas irreversíveis no potencial cognitivo e à maior probabilidade de terem demências. Mesmo sob condições de vida mais favoráveis, a idade expõe os idosos a eventos estressantes derivados das perdas nos domínios da saúde, da funcionalidade física, do funcionamento intelectual, do exercício de papéis e das relações sociais (Neri, 2007).

Alguns estudos também têm se ocupado da investigação de diferenças relacionadas ao gênero (Barreto, Kalache, & Giatti, 2006; Rieker & Bird, 2005). De modo geral, segundo Neri (2007), as mulheres têm maior probabilidade de ficarem viúvas e em situação econômica desvantajosa. Em contrapartida, a autora ressalta que nas áreas urbanas, o número de famílias lideradas por mulheres aumenta, elas são as que mais frequentam centros de convivência, movimentos sociais e são as que mais se dedicam a trabalhos remunerados temporários e a trabalhos voluntários, o que incrementa sua rede de suporte social.

A variável ‘gênero’ também está relacionada à morbidade e à utilização de serviços

de saúde. Barreto et al. (2006), por exemplo, investigando diferenciais de gênero na condição de saúde de idosos participantes da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), conduzida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 1998, encontraram maior proporção de mulheres do que de homens acometidos por incapacidades. As idosas também apresentaram mais consultas médicas e os idosos, mais internações, o que pode se dever ao fato de as mulheres sofrerem mais de doenças crônicas, enquanto os homens, de doenças agudas. Paschoal (2006) reitera a importância da dimensão ‘saúde’ para a qualidade de vida dos idosos, visto o aumento da prevalência de doenças nessa faixa etária. Rieker e Bird (2005) afirmam que, embora as mulheres vivam mais, em anos posteriores, o fato de apresentarem maiores índices de morbidade pode ter como consequência a diminuição de sua qualidade de vida.

Discutindo diferenças em relação ao bem-estar subjetivo, Neri (2001) relata que, entre idosos acima de 85 anos, os mais insatisfeitos são as mulheres, os com pior saúde percebida, os viúvos e os institucionalizados. Ressalta que, embora mais longevas e envolvidas socialmente, as mulheres são mais sobrecarregadas do que os homens por doenças, dores crônicas, risco para quedas, incapacidade funcional, depressão e responsabilidades pelo cuidado de outros idosos. Seus problemas são agravados por serem geralmente mais pobres e de nível educacional mais baixo do que os homens. Diante disso, torna-se importante considerar a relação que outros fatores podem apresentar com a qualidade de vida.

Scauzufca (2004) relata que a depressão é a doença mental mais prevalente em idosos, causando mudanças no humor, nos comportamentos e nas atividades da vida diária, sendo que mulheres idosas apresentam maiores níveis de depressão do que homens (Rieker & Bird, 2005). Tavares (2004), ao investigar sintomas depressivos em idosos residentes na comunidade, encontrou como perfil de maior risco para depressão ser mulher, perceber-se como pertencente à classe média baixa, ter sofrido empobrecimento e mobilidade social descendente na velhice, avaliar o suporte social como insuficiente e ter sofrido alto número de eventos estressantes no último ano. Chachamovich, Fleck, Laidlaw & Power (2008) ressaltam que o diagnóstico clínico de Depressão Maior é o preditor mais influente para prejuízos na qualidade de vida. A mesma argumentação foi exposta por Scauzufca (2004), que salienta a importância de se obter informação sobre os idosos que apresentam sintomas característicos dos transtornos mentais mais comuns, como a depressão, pois eles também afetam o funcionamento e a qualidade de vida dessa população.

As variáveis ‘capacidade funcional’ e ‘suporte social’ também podem exercer influência sobre a qualidade de vida dos indivíduos. A primeira, que em seu significado mais

amplo, inclui a habilidade em desempenhar tarefas físicas, a preservação das atividades mentais e uma situação adequada de integração social (Litvoc & Brito, 2004), divide-se operacionalmente, segundo Aykawa e Neri (2005), na capacidade de desempenho de atividades básicas (ABVDs) e instrumentais da vida diária (AIVDs). As ABVDs se referem ao autocuidado, como a capacidade de o idoso se alimentar sozinho e ter continência, por exemplo, e as AIVDs se relacionam a funções mais complexas que permitem a vida independente na comunidade, como fazer compras, utilizar o telefone, lidar com as finanças e manusear remédios. Litvoc e Brito (2004) ressaltam que a capacidade funcional é determinada por múltiplos fatores, destacando-se, entre eles, as doenças, os fatores de caráter sociocultural, como a escolaridade, e as alterações do envelhecimento, como a diminuição da força muscular. Diante disso, um quadro de incapacidade funcional, que pode ocorrer em decorrência de uma doença crônica, por exemplo, pode restringir as tarefas de autocuidado desempenhadas pelo idoso, fazendo com que necessite do auxílio de um cuidador, assim como pode limitar sua participação em atividades sociais, já que indivíduos íntegros funcionalmente podem realizar com maior frequência atividades como fazer visitas ou frequentar a igreja (Rosa, Benício, Latorre, & Ramos, 2003). Moraes, Rêgo e Machado (2007) ressaltam que muitas doenças, sobretudo as crônico-degenerativas, afetam a qualidade de vida das pessoas idosas diante da perda da capacidade funcional que elas acarretam.

As redes de suporte social, por sua vez, conceituadas por Neri (2005, p. 172) como os “conjuntos hierarquizados de pessoas que mantêm entre si laços típicos das relações de dar e receber”, existem ao longo de todo o ciclo vital. Elas atendem à motivação básica do ser humano à vida gregária, no entanto, sofrem alterações, dependendo das necessidades das pessoas. A autora relata que o tamanho da rede de relações sociais decresce com a idade, porém, a qualidade percebida é mais importante do que a quantidade de relacionamentos para a satisfação com a vida. Uma característica relevante se refere à história anterior de integração social como importante determinante da quantidade e da qualidade dos relacionamentos sociais mantidos por idosos. Em relação a essa variável, Neri (2007) ressalta que a literatura internacional tem apresentado associações positivas entre satisfação na velhice e boas relações com os filhos, contato com a família e com outras pessoas (Hiller, Jorm, Herlitz, & Winblad, 2001; Leung, Moneta, & McBride-Chang, 2005), assim como com o envolvimento social, mesmo na presença de perdas em saúde e de incapacidade (Jang, Mortimer, Haley, & Graves, 2004). García, Banegas, Pérez-Regadera, Cabrera e Rodríguez-Artalejo (2005) consideram que o efeito positivo da rede social sobre a qualidade de vida pode ser explicado por sua capacidade de amortecer impactos emocionais negativos, pela percepção do indivíduo de que

conta com suporte quando necessário e pela sensação de segurança decorrente do senso de pertencimento e integração.

A institucionalização também se configura como um importante fator a ser considerado quando se trata do construto qualidade de vida. Segundo Diogo (2006), pelo fato de a qualidade de vida ser um evento multideterminado, sendo influenciado por fatores objetivos e subjetivos, as diferentes modalidades de atenção ao idoso podem impactar sua qualidade de vida no sentido negativo ou positivo. Desse modo, o indivíduo que encontra um ambiente físico e pessoal responsável e adequado ao seu desempenho funcional e competência comportamental sente-se adaptado e, assim, apresenta bem-estar subjetivo positivo.

A esse respeito, no contexto de transformações no perfil demográfico e epidemiológico, o Brasil vem também passando por mudanças sociais, como a urbanização e as alterações na estrutura familiar. Com isso, a extensão da longevidade, a ocorrência de doenças crônico-degenerativas e as demências tornam o cuidado ao idoso uma tarefa muito complexa, o que tem diminuído a capacidade da família de prestar cuidado a esses indivíduos nos moldes tradicionais, como estar na mesma residência e ser cuidado por um membro da família (Born & Boechat, 2006). Esse conjunto de alterações faz com que a instituição de longa permanência para idosos (ILPI) também seja fruto das necessidades sociais (Yamamoto & Diogo, 2002).

Kane (1987, citado por Born & Boechat, 2006) analisou estudos realizados nos Estados Unidos, visando à identificação de fatores que influenciariam a institucionalização e encontrou como resultados: idade, diagnóstico, limitação nas atividades de vida diária, o fato de morar só, estado civil, situação mental, etnia, ausência de suporte social e pobreza. No Brasil, é possível estimar a presença desses fatores, com pesos diferentes conforme a classe social e a região geográfica, observando-se o predomínio de fatores socioeconômicos em uma grande parte da população institucionalizada (Born & Boechat, 2006).

Sobre os fatores relacionados à saúde, Born e Boechat (2006) ressaltam as síndromes denominadas ‘Gigantes da Geriatria’. Entre elas, destacam-se as condições que interferem no desempenho cognitivo global de forma permanente ou temporária, progressiva ou não, a instabilidade, que está associada a quedas, a incontinência urinária e a imobilidade. Embora elas usualmente não representem risco de morte iminente, associam-se a um significativo prejuízo da capacidade funcional, com piora da qualidade de vida e alterações do humor (Moraes et al., 2007). Born e Boechat (2006) acrescentam que essas síndromes representam risco de perda de independência e recuperação longa e difícil. Além disso, se revelam como grandes indicadoras dos fatores precipitantes de institucionalização. Em países desenvolvidos,

ressaltam que a demência é uma das principais causas de ingresso em instituição. Outro fator de risco é a depressão e o impacto de sofrimento psíquico que acarreta, além da sobrecarga aos familiares.

A literatura nacional e a internacional indicam que as mulheres predominam nas ILPIs, o que pode se dever ao fato de a maioria das idosas ser viúva e apresentar maiores chances de perda da autonomia física ou mental decorrente da idade. Além disso, outro fator relevante para a institucionalização é a ausência de vínculos ou a sua ruptura (Camarano, Pasinato, & Lemos, 2007).

No Brasil, segundo Camarano et al. (2007), há poucas informações disponíveis acerca da quantidade e da realidade dos idosos residentes em instituições de longa permanência. No entanto, relatam que é possível uma aproximação desse contingente a partir dos dados referentes a idosos moradores em domicílios coletivos na condição individual pelo Censo Demográfico de 2000. A partir dessas informações, consideram o número de 103 mil idosos como uma aproximação do total de residentes nas ILPIs, representando 0,7% da população idosa de 2000.

Born e Boechat (2006) afirmam que as ILPIs, sendo moradias especializadas, devem prestar assistência gerontogeriátrica conforme a necessidade de seus residentes, oferecendo um ambiente doméstico, aconchegante e capaz de preservar a intimidade e a identidade de quem nela reside. Nas ILPIs os idosos devem poder recuperar a saúde e a autonomia, estabelecer novos laços afetivos e encontrar possibilidade de viver e receber cuidados até o final dos seus dias. Contudo, os autores relatam que, no Brasil, as instituições que possuem essa qualificação ainda são minoria. Geralmente, são mal estruturadas, com critérios padronizados que dificultam a individualidade, fazendo com que o padrão de vida anterior seja rompido, o que afasta o idoso do convívio social e familiar.

Essas características associadas ao impacto da mudança da própria residência para uma ILPI e aos fatores que levaram à necessidade da institucionalização podem caracterizar um desafio à manutenção e à melhora da qualidade de vida do idoso, o que pode constituir um paradoxo, visto que um dos princípios da ILPI é o de “promover e melhorar constantemente a qualidade de vida e minimizar as inevitáveis restrições acarretadas pela vida na instituição” (Born & Boechat, 2006, p. 1136).

Apesar disso, há um importante aspecto a ser considerado ao tratar da institucionalização. O histórico de vida do idoso e sua cultura, entre outros fatores, influenciam a reação do novo residente à vida na instituição. Nesse caso, é possível que muitos idosos interpretem a ida para uma ILPI como uma situação de falência. Por outro lado,

Born e Boechat (2006) ressaltam que, dependendo do acolhimento recebido, um indivíduo com precária situação social pode considerar a instituição como um local que oferece segurança e tranquilidade. Essa variabilidade é confirmada pela literatura em estudos como os de Drageset et al. (2008), Hoe, Hancock, Livingston e Orrell (2006), e Zimmerman et al. (2005). Os últimos concluíram que uma abordagem mais acolhedora por parte da equipe de profissionais, seu maior envolvimento no planejamento do cuidado, a estabilidade em relação ao profissional que cuida do idoso e a melhor comunicação entre eles se relacionam à melhor qualidade de vida dos residentes.

Um aspecto da qualidade de vida se refere, portanto, não só ao contexto social e histórico, mas também a especificidades do ambiente em que é avaliada. Por isso, Neri (2007, p. 50) afirma que “é diferente pensar e falar sobre qualidade de vida na velhice em um ambulatório de Geriatria, em uma instituição de longa permanência, em um centro de convivência ou em uma Universidade da Terceira Idade”.

Outro fator para o qual se deve atentar é o nível educacional do indivíduo. A esse respeito, Regidor et al.(1999) ressaltam que uma das mais consistentes observações na história da pesquisa em saúde pública é a relação inversa entre nível socioeconômico e problemas de saúde. Essa associação tem sido encontrada por todos os indicadores de nível socioeconômico, quer seja baseada na ocupação, educação ou renda.

Apesar dessa importância, Regidor et al. (1999) consideram que tal relação é pouco explorada e que não se sabe exatamente como ela opera. Syme (1996) relata que ao passo que se dá atenção à ocorrência da doença e à sua relação com a morte, ignora-se um aspecto importante que é a qualidade de vida. Embora haja uma evidência crescente das diferenças na frequência de problemas de saúde entre grupos socioeconômicos distintos, são escassas as apresentações de diferenças na qualidade de vida relacionada à saúde entre esses grupos.

Regidor et al. (1999) analisaram, entre adultos e idosos, diferenças em saúde por nível educacional, comparando dimensões de uma escala de qualidade de vida. Os resultados mostraram que, em geral, indivíduos com alto nível educacional avaliaram seu estado de saúde como melhor do que aqueles com menor ou nenhuma escolaridade.

No Irã, Tajvar, Arab e Montazeri (2008) investigaram a qualidade de vida relacionada à saúde em idosos com o intuito de identificar alguns dos seus fatores de contribuição. Para isso, avaliaram a associação entre diversas características consideradas importantes daqueles idosos, como idade, gênero, educação, estado civil e nível socioeconômico com a qualidade de vida. Embora a amostra apresente algumas características distintas do perfil brasileiro, como maioria de idosos do sexo masculino, os resultados

merecem atenção. A investigação das associações entre a qualidade de vida e os fatores sociodemográficos demonstrou padrões claros. As mulheres tiveram pior qualidade de vida, o que pode ser interpretado, segundo os autores, como diferenças de gênero em relação à saúde, no Irã. Nesse país, em geral, as mulheres tiveram menos acesso à informação, educação e trabalho, apresentando desvantagem econômica e na posição social. Segundo Tajvar et al. (2008), como consequência, elas têm menos acesso a recursos e posições de tomada de decisão, o que gera um pior estado de saúde e de qualidade de vida. Nesse estudo foi também observada forte associação entre o nível educacional e a qualidade de vida dos idosos.

Lashera, Patterson, Casado e Fernandez (2001) ressaltam a relação inversa encontrada entre educação e problemas de saúde, o que indica a importância da investigação dos mecanismos subjacentes a tal associação. Em seu estudo, analisaram a associação entre fatores de risco cardiovascular, dieta e indicadores de qualidade de vida, como humor, saúde autorrelatada e relações sociais, e o nível educacional em idosos da Espanha. Foi encontrado que o nível educacional mais baixo se associou a infelicidade, relações sociais mais pobres e pior autoavaliação de saúde, demonstrando que o nível educacional exerceu forte influência sobre a qualidade de vida dos indivíduos. Outro estudo que identificou associação entre o nível educacional e a qualidade de vida de idosos foi realizado por Paskulin, Vianna e Molzahn (2009), no Brasil. Os autores avaliaram idosos da comunidade e ressaltaram que, embora alguns estudos não tenham identificado essa relação, em países com grande disparidade, como o Brasil, investigações com esse objetivo se fazem necessárias.

Cabe ressaltar que não só a escolaridade do idoso deve ser considerada, mas também os hábitos relacionados à atividade educacional. A participação em ‘universidades da Terceira Idade’, por exemplo, pode se associar ao incremento da qualidade de vida, como ressalta Cachioni (2007). A autora, no relato de uma experiência de atividades em uma Faculdade da Terceira Idade menciona que, ao entrevistar os idosos que entraram no curso, como motivos e expectativas para ingresso no programa relataram, entre outros, investir no aperfeiçoamento pessoal e aumentar contato social. No decorrer de um ano e meio do desenvolvimento do programa, ressalta que alguns benefícios à manutenção da qualidade de vida puderam ser verificados mediante pesquisa, como significante aumento no nível de sociabilidade e no nível de satisfação com a vida, os quais estão relacionados à qualidade de vida dos idosos.

Outro aspecto importante ao tratar do nível educacional diz respeito aos hábitos de leitura e escrita dos indivíduos, que podem ser considerados como alguns dos seus estilos de vida (Ribeiro & Yassuda, 2007). Sabe-se que a manutenção da cognição é um determinante crítico da qualidade de vida na velhice e da longevidade (Neri, 2006b). Certos déficits de

memória, por exemplo, fazem parte do envelhecimento saudável (Yassuda, Batistoni, Fortes, & Neri, 2006), no entanto, há forte variabilidade interindividual e intraindividual em relação aos domínios da cognição que declinam, ao ritmo desse declínio e ao produto do processo de declínio (Neri, 2006b).

Ribeiro e Yassuda (2007), ao relatarem a relação entre estilo de vida e cognição, afirmam que entre os elementos mais investigados pelos estudiosos está o envolvimento em atividades mentais. Scarmeas, Levy, Tang, Manly e Stern (2001, citado por Ribeiro & Yassuda, 2007) investigaram se atividades de lazer (fazer tricô, ouvir música ou outro passatempo, caminhar, passear por prazer, visitar amigos ou parentes, receber visitas, condicionamento físico, ir a cinemas, restaurantes ou eventos esportivos, ler revistas, jornais ou livros, assistir à TV ou ouvir rádio, fazer trabalho comunitário ou voluntário, jogar cartas ou bingo, ir a clubes ou centros, ir a aulas e à igreja, a templos ou sinagogas) modificam o risco para incidência de demência. Estudaram idosos norte-americanos, que não apresentavam demência, por um período de sete anos. A cada ano avaliaram as atividades de lazer dos indivíduos e realizaram medidas neurológicas e neuropsicológicas. Foi encontrado que as atividades ler, visitar amigos e parentes, ir a cinemas ou restaurantes e caminhar ou passear por prazer foram mais fortemente associadas com a redução do risco de incidência de demência.

De acordo com Ribeiro e Yassuda (2007), estudos como este sugerem que atividades sociais e intelectuais podem proteger contra demência e que a interação social e a participação em atividades que promovem a estimulação intelectual podem ser relevantes na promoção do bom funcionamento mental no envelhecimento. As autoras ressaltam que a direção da influência entre estilo de vida e cognição pode se dar em sentido duplo, ou seja, tanto o envolvimento em atividades gera benefícios para a cognição quanto a cognição e a saúde mais preservadas podem favorecer o engajamento em atividades. Visto que a capacidade cognitiva é um dos determinantes da qualidade de vida na velhice, torna-se relevante investigar a atividade intelectual dos idosos, bem como estimulá-la, como forma de favorecer sua qualidade de vida (Ribeiro & Yassuda, 2007).

Diante do exposto, cabe ressaltar a conclusão de Neri (2007) de que os dados disponíveis sobre o bem-estar subjetivo indicam que ele é um fenômeno complexo, que varia ao longo de um contínuo e que envolve relações multivariadas, entre fatores objetivos e subjetivos. A autora considera que são essas relações multivariadas que explicam as maneiras como os idosos avaliam sua qualidade de vida. Nesse contexto de múltiplas variáveis, as possíveis associações entre declínio cognitivo e qualidade de vida dos idosos, a metodologia

pela qual ela pode ser investigada em indivíduos comprometidos cognitivamente, além das peculiaridades do construto quando se trata de condições crônicas merecem atenção.

1.4 Qualidade de vida na velhice e declínio cognitivo

A população idosa constitui um grupo com características peculiares e, por isso, requer conceituações e estratégias específicas para avaliação da sua qualidade de vida. Um importante questionamento que tem sido suscitado a esse respeito se refere à possibilidade de que o envelhecimento acompanhado de doenças crônicas seja associado à boa qualidade de vida.

Entre essas doenças, como ressaltado anteriormente, as demências podem repercutir, acarretando em incapacidade e dependência. Apesar de a maior parte da população idosa não desenvolver declínio cognitivo, ou seja, apresentar trajetória evolutiva estável e benigna (Charchat-Fichman, Caramelli, Sameshima, & Nitrini, 2005), alterações que não se caracterizam como demência são comuns entre os idosos (Canineu et al., 2006) e a ocorrência de síndromes demenciais nessa população também tem aumentado (Lopes & Bottino, 2002).

Por isso, a ocorrência do declínio cognitivo, bem como de sua evolução, merece atenção. Abreu, Forlenza e Barros (2005) destacam que o envelhecimento, com ou sem demência, produz alterações cognitivas, especialmente de memória de fixação, que podem se relacionar a perdas nas funções executivas, como na capacidade de julgamento, do raciocínio abstrato e das habilidades visuo-espaciais, as quais afetam a capacidade funcional do indivíduo. Para os autores, os déficits cognitivos podem acarretar em dependência em graus variáveis, inclusive na perda da autonomia, considerada como a capacidade do idoso cuidar de si mesmo, executar tarefas que lhe permitem a adaptação psicossocial e ser responsável por seus atos.

Gorzoni (2006) relata que no envelhecimento associado à maior dependência, como a que ocorre durante a evolução do quadro demencial, os idosos apresentam risco de institucionalização cinco vezes maior do que o de outros indivíduos. As ILPIs abrigam indivíduos em estágios mais avançados de demência, que são mais velhos, mais dependentes e, geralmente, contam com pouca ou nenhuma assistência familiar.

O conjunto de variáveis e alterações implicadas no processo de declínio cognitivo faz com que a população acometida por esse problema seja alvo de diferentes estudos e que a busca pelo envelhecimento bem-sucedido seja tema de investigação na área da Gerontologia. Como atualmente a cura das demências ainda não é possível, o foco principal do cuidado a

indivíduos com declínio cognitivo tem sido o de promover o bem-estar e manter uma boa qualidade de vida (Ettema, Dröes, Lange, Mellenbergh, & Ribbe, 2005).

Da mesma maneira que a investigação da qualidade de vida na velhice está embasada em características particulares desse grupo, medidas do construto específicas a uma doença devem focar em dimensões relevantes à determinada enfermidade. Essa estratégia tende a incrementar a responsividade do instrumento, isto é, a habilidade de identificar mudanças que dizem respeito à história natural da doença ou às intervenções adotadas no tratamento. (Naglie, 2007).

A definição do termo qualidade de vida atribuída à população geral pelo Grupo WHOQOL, mencionada anteriormente, tem implícita a idéia de que os indivíduos têm capacidade intelectual de fazer julgamentos subjetivos complexos sobre suas vidas (Logsdon et al., 2002). Porém, a avaliação subjetiva da qualidade de vida feita por pessoas que apresentam comprometimento cognitivo pode ser influenciada por essa limitação (Trigg, Jones, & Skevington, 2007).

Logsdon et al. (2002) ressaltam que a avaliação da qualidade de vida em idosos comprometidos cognitivamente apresenta desafios únicos. Acrescentam que, embora a pesquisa sobre o tema seja bem estabelecida quando se trata de outras doenças crônicas, ela ainda não está amplamente incluída em investigações de declínio cognitivo, como nas demências.

De acordo com Bottino e Aparício (2007), tal avaliação suscita alguns questionamentos de ordem metodológica, como por exemplo, sobre a importância da realização de estudos sobre o tema, acerca da abrangência do conceito de qualidade de vida e de qual a forma mais eficaz para mensurar essa variável. Questões sobre a habilidade de pessoas com declínio cognitivo fazerem julgamentos subjetivos e sobre o ponto a partir do qual elas se tornam incapazes de fazê-los podem também ser levantadas, já que as variações nos déficits de memória, atenção, julgamento e comunicação influenciam a habilidade desses indivíduos compreenderem questões ou comunicarem seus estados subjetivos. Além disso, quando já se trata de um quadro demencial, outros sintomas, incluindo depressão, agitação ou psicose podem influenciar a avaliação, e os julgamentos acerca do que é importante para a qualidade de vida podem se modificar com a progressão da doença (Logsdon et al., 2002).

Apesar desses desafios, diversos autores têm defendido a investigação da qualidade de vida como um importante recurso no tratamento de indivíduos com comprometimento cognitivo. Logsdon et al. (2002) ressaltam que essa avaliação fornece a possibilidade de que idosos e seus cuidadores expressem que tipo de impacto uma intervenção, por exemplo,

exerce na sua vida. Da mesma forma, Novelli (2007) considera que com a crescente disponibilidade de propostas terapêuticas para indivíduos com demência, os indicadores de qualidade de vida são importantes referências para determinar se a intervenção tem um impacto significativo sobre a qualidade de vida. A autora pondera que essa avaliação pode oferecer uma medida de satisfação com o tratamento recebido, equivalendo a uma medida de satisfação do consumidor. Novelli, Dal Rovere, Nitrini e Caramelli (2005) sustentam a importância da investigação da qualidade de vida devido ao impacto causado pelo declínio cognitivo e por sua progressão na vida do idoso e na de seus familiares e cuidadores. Segundo Ettema et al. (2005), um crescente número de profissionais da saúde defende que, ainda na presença de uma doença progressiva, tal como a demência, pode haver qualidade na vida. Dessa maneira, o desenvolvimento de meios para avaliá-la também possibilita direcionar o cuidado oferecido aos indivíduos com declínio cognitivo para os aspectos positivos da vida.

A avaliação da qualidade de vida realizada diretamente com o indivíduo com comprometimento cognitivo também tem sido defendida. Brod, Stewart, Sands e Walton (1999) consideram que a percepção de emoções pode ser preservada, mesmo em condições em que a consciência do déficit cognitivo está prejudicada. Moyle, Mcallister, Venturato e Adams (2007), em avaliação da qualidade de vida de idosos institucionalizados, observaram que os indivíduos foram capazes de fornecer comentários significativos. Da mesma forma, Novella et al. (2001) sustentam que idosos com doença de Alzheimer leve a moderada estão conscientes e habilitados a responder sobre sua qualidade de vida.

Tendo em vista as dificuldades em avaliá-la, Naglie (2007) considera que, não obstante o crescente consenso sobre a necessidade de investigar esse construto em idosos que apresentam déficit cognitivo, não há concordância acerca de como defini-lo e medi-lo entre esses indivíduos, o que reflete uma dificuldade proveniente da própria definição do termo qualidade de vida.

Segundo Novelli (2007), historicamente as definições do termo na demência foram baseadas em explicações genéricas do campo geral de qualidade de vida, que incluem componentes tradicionais, tais como saúde física e mental, habilidades cognitivas, relacionamento familiar e social, atividades profissionais, atividades de lazer e *hobbies*, sucesso econômico e o bem-estar subjetivo, este considerado como elemento crítico. Além disso, Logsdon e Albert (2000, citado por Novelli, 2007) relatam que a importância do senso individual de satisfação com as várias áreas da vida é reconhecida por todos os pesquisadores. Uma característica comum aos instrumentos de avaliação da qualidade de vida é a quantificação de sensações individuais sobre situações e vivências do cotidiano e como elas

são influenciadas pela saúde e pela doença (Novelli, 2007).

A observação dos conceitos atribuídos à qualidade de vida na demência permite identificar citações relacionadas ao modelo teórico de qualidade de vida para idosos proposto por Lawton, o qual foi apresentado e discutido anteriormente (Lawton, 1983, citado por Neri, 2005). Após o estabelecimento do modelo, Lawton (1997, citado por Novelli, 2007) sugeriu domínios considerados relevantes para o indivíduo com declínio cognitivo, incluindo autoestima, satisfação com o cuidado de saúde, tempo livre, uso significativo do tempo e engajamento social.

Birren e Deutchman propuseram que qualidade de vida no contexto da demência é um conceito multidimensional, que inclui questões sociais, ambientais, de saúde, estado emocional e aspectos espirituais (Logsdon, 2000, citado por Novelli et al., 2005). Segundo essa consideração, Whitehouse e Rabins (1992, citado por Novelli, 2006) apresentaram uma definição que tem sido amplamente utilizada, a qual considera que qualidade de vida é a integração das habilidades cognitivas, da realização de atividades da vida diária, da interação social e do bem-estar psicológico, ressaltando que ela é determinada pela avaliação do indivíduo sobre a relativa importância de cada um desses fatores.

A partir dessa conceituação, métodos distintos têm sido utilizados para mensurar qualidade de vida em idosos com declínio cognitivo. Logsdon et al. (2002) relatam que as abordagens (ou combinações de abordagens) incluem autorrelatos do indivíduo com demência, investigações realizadas com um familiar ou cuidador e a observação direta de comportamentos relacionados à qualidade de vida, sendo que cada uma apresenta vantagens e limitações.

O método de autorrelato envolve diretamente o indivíduo na avaliação, levando em conta suas experiências subjetivas e avaliando sob a perspectiva do sujeito os ganhos e perdas com o tratamento (Logsdon et al., 2002). Os autores consideram que esse respeito à autonomia do indivíduo é importante clínica e eticamente. Entretanto, para que o autorrelato seja útil, é necessário elaborar instrumentos de fácil compreensão para indivíduos com declínio cognitivo e que facilitem a avaliação de sua qualidade de vida. Nesse sentido, a compreensão das questões e a seleção de respostas apropriadas podem ser facilitadas pelo uso de instruções explícitas, pela aplicação individual feita por um entrevistador e pela utilização de pistas visuais para que o indivíduo se lembre das opções de respostas. Naglie et al. (2006), realizando estudo que investigou a capacidade do idoso comprometido cognitivamente fazer o autorrelato, concluiu que indivíduos com doença de Alzheimer leve a moderada foram capazes de avaliar sua qualidade de vida através de instrumentos com entrevista facilitada.

Uma alternativa às limitações referentes ao método de autorrelato, segundo Logsdon et al. (2002), pode ser a avaliação feita com um cuidador, verificação geralmente realizada com um parente próximo ou outro cuidador formal do indivíduo. Pode-se observar como vantagens desse tipo de avaliação o fato de essas pessoas não serem prejudicadas pelas limitações cognitivas que dificultam a autoavaliação do indivíduo com demência e o de suas opiniões poderem ser úteis em todo o curso da doença. Naglie et al. (2006) sugerem que é possível que o relato de um cuidador esteja mais próximo às perspectivas sociais sobre a qualidade de vida de idosos com declínio cognitivo e, por isso, podem ser preferidas para serem incorporadas a análises econômicas e decisões políticas. No entanto, como afirmam Logsdon et al. (2002), a avaliação do cuidador pode ser influenciada por suas expectativas e sistema de crenças, pelo relacionamento prévio com o indivíduo e pela sobrecarga que pode ocorrer em decorrência da função de cuidador, a qual pode influenciar seu estado de humor e níveis de ansiedade, por exemplo. Além disso, investigações com cuidadores ou familiares de indivíduos intactos cognitivamente e com declínio encontraram avaliações mais baixas da qualidade de vida do que aquelas realizadas com os próprios pacientes (Trentini, 2004; Moyle et al., 2007).

Novella et al. (2001), em estudo que objetivou investigar a concordância entre o autorrelato e o de um cuidador sobre a qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com doença de Alzheimer leve a moderada, encontraram que a concordância foi maior para medidas observáveis de função, como saúde física ou incapacidade. Por outro lado, a concordância foi especialmente fraca para medidas mais subjetivas. Thorgrimsen et al. (2003), ao avaliarem, a partir de grupos focais, a qualidade de vida de indivíduos com declínio cognitivo através de autorrelato e de informações do cuidador, observaram que indivíduos com demência apresentaram maiores expectativas para sua qualidade de vida do que seus cuidadores. Da mesma forma, Naglie et al. (2006) investigaram, em uma amostra clínica de conveniência, a concordância existente entre respostas fornecidas pelo idoso e pelo cuidador, encontrando médias significativamente superiores no relato do paciente.

De acordo com Logsdon et al. (2002), a observação direta de comportamentos relatados na literatura como relacionados à qualidade de vida, por sua vez, tem a vantagem de ser mais ‘objetiva’. Nessa metodologia, as avaliações podem ser baseadas em comportamentos pré-definidos, que serão avaliados no decorrer do tempo. Por outro lado, ela apresenta uma incerteza sobre se o que está sendo observado é o que o indivíduo considera importante para sua qualidade de vida, além do que a observação pode sofrer o viés do avaliador. Nesse caso, enquanto um observador pode estar mais atento a mudanças sutis no

comportamento ou no afeto, outro pode não estar. Por isso, Lawton, VanHaitmsa, Perkinson e Ruckdeschel (1999, citado por Logsdon et al., 2002) ressaltam a importância do treinamento dos avaliadores.

Uma opção às limitações apresentadas seria a de unir abordagens, como por exemplo, avaliar a qualidade de vida a partir do relato do paciente e do de seu cuidador. Logsdon et al. (2002) realizaram um estudo com essa proposta e concluíram que indivíduos com demência podem avaliar sua própria qualidade de vida com a progressão da doença. Além disso, a pesquisa sugeriu que a avaliação do cuidador não substitui a do paciente, mas pode ser um parâmetro de comparação. Ready e Ott (2008) também investigaram a utilização de uma escala de qualidade de vida, agregando informações do idoso com comprometimento cognitivo e de seu cuidador. Foi encontrado que a união dessas duas fontes de informação, ainda que imperfeitas, pode fornecer uma medida mais representativa e equilibrada da qualidade de vida do idoso do que se fosse realizada sob apenas uma perspectiva.

Em relação aos instrumentos utilizados para investigar a qualidade de vida de idosos comprometidos cognitivamente, Ettema et al. (2005) ressaltam que, apesar da complexidade do conceito, diversas medidas têm sido desenvolvidas especificamente para a doença de Alzheimer ou outras demências. Alguns pesquisadores utilizam instrumentos gerais para a avaliação da qualidade de vida de indivíduos nessa condição. Embora essas medidas abranjam mais domínios relacionados à qualidade de vida e facilitem comparações entre grupos de doenças diferentes, instrumentos específicos para indivíduos com declínio cognitivo apresentam a vantagem de que os itens objetivam os problemas associados àquela enfermidade, sendo, por isso, mais sensíveis às mudanças na qualidade de vida.

Esses autores realizaram um estudo de revisão com a finalidade de identificar instrumentos gerais e específicos de avaliação da qualidade de vida disponíveis para investigação de indivíduos com demência. Além disso, buscaram fornecer um panorama das propriedades psicométricas, do conteúdo e das propostas de pesquisa desses instrumentos, realizando uma busca que englobou um período de aproximadamente 13 anos (entre 1990 e abril de 2003). Os resultados retrataram a necessidade de desenvolvimento de medidas de qualidade de vida em demência, já que do ano de 1999 em diante, cinco novos instrumentos específicos foram publicados e nove instrumentos gerais foram aplicados em indivíduos demenciados. Ressaltaram que houve variação no conteúdo das escalas, apresentando clara distinção entre as medidas gerais e as específicas à demência, e que o método de coleta dos dados também diferiu, indo de questionários facilmente administráveis a observações intensivas realizadas por pesquisadores especialmente treinados. A Tabela 1 apresenta os

instrumentos para investigação da qualidade de vida específicos à demência identificados por Ettema et al. (2005).

Entre esses instrumentos, os autores identificaram características em comum. O afeto foi considerado um domínio essencial da qualidade de vida e, além desse, no mínimo um dos seguintes era incluído: autoestima, realização de atividades (inclusive as de lazer) e interação social. Como apresentado na Tabela 1, a validade da maioria das medidas foi sustentada por correlações moderadas com depressão ou avaliações do humor, outras correlacionaram com o desempenho em atividades de vida diária e funções cognitivas.

No Brasil, há, atualmente, apenas um instrumento com evidências de validade para avaliação da qualidade de vida na demência. A escala *Quality of Life – Alzheimer's Disease* (QOL-AD) foi desenvolvida por Logsdon, Gibbons, McCurry e Teri, em 1999. Ela apresenta três versões (versão do paciente, versão do cuidador sobre a qualidade de vida do paciente e versão do cuidador sobre sua própria qualidade de vida), possibilitando avaliar a qualidade de vida do paciente através do autorrelato, da informação do cuidador e a partir de uma correção composta por essas duas avaliações, além de possuir uma versão que permite investigar a qualidade de vida do cuidador, o que torna a avaliação mais completa (Novelli, 2006). Logsdon et al. (2002) ressaltaram que as discussões teórica e psicométrica acerca do instrumento revelaram confiabilidade e validade para indivíduos com escore superior a 10 no Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) (Folstein, Folstein, & McHugh, 1975). Essa característica permite que a escala seja também empregada em indivíduos com declínio cognitivo, mas não diagnosticados com demência.

A versão brasileira foi validada por Novelli (2006), a qual verificou a confiabilidade e a validade de construto da escala adaptada ‘Qualidade de Vida – Doença de Alzheimer’ (QdV-DA) em suas três versões, bem como para a correção composta, efetuada a partir do relato do paciente e do cuidador sobre a qualidade de vida do primeiro. A confiabilidade da escala foi avaliada com o alfa de Cronbach. Para a verificação da validade de construto, as três versões do instrumento foram associadas a avaliações de funcionamento cognitivo, capacidade funcional, alterações de comportamento, sintomas depressivos e nível socioeconômico e a um instrumento genérico de avaliação da qualidade de vida.

Tabela 1 – Dados de validade e confiabilidade de instrumentos específicos à demência

Instrumento	Coleta de dados	Severidade da doença	Confiabilidade	Validade
Dementia Care Mapping (DCM)	Observadores treinados, utilizando observação sistemática	Todos os estágios (em um estudo, média no MEEM de 8,7)	Inter-avaliador (kappa > 0,80); Correlação de Spearman Teste-reteste de 0,58 a 0,33 nos índices-chave	Alguma evidência de validade concorrente
Alzheimer's Disease Related Quality of Life (ADRQL)	Entrevista conduzida por indivíduo treinado com o cuidador	Todos os estágios	Consistência interna de 0,80 para a escala total	Apoiada por correlações com a severidade da doença, depressão e distúrbio do comportamento
Quality of Life for Dementia (QOL-D)	Cuidadores	Estágios leve a moderado (na escala Nishimura Mental State)	Consistência interna das subescalas variando de 0,79 a 0,91; Inter-avaliador (correlação intraclasse variando de 0,63 a 0,93)	Correlações com o funcionamento cognitivo e escores em atividades de vida diária; Correlações moderadas entre domínios
Quality of Life in Alzheimer's Disease (QOL-AD)	Autorrelato e relato do cuidador através de entrevista	Estágios leve a moderado, com MEEM superior a 10	Consistência interna (relato de estudos que variam de 0,81 a 0,90 e de 0,83 a 0,90); Teste-reteste (correlação intraclasse de 0,76 para pacientes e de 0,92 para cuidadores); Concordância paciente-cuidador (correlação de 0,40)	Apoiada por correlações com depressão, funcionamento diário e frequência de eventos agradáveis
Dementia Quality of Life Instrument (D-QOL)	Autorrelato através de entrevista	Estágios leve a moderado, com MEEM superior a 12	Consistência interna (subescalas variando de 0,67 a 0,89); Teste-reteste (0,64 a 0,90)	Evidência de validade discriminante entre pacientes deprimidos e não deprimidos
The Cornell-Brown Scale for Quality of Life in Dementia	Entrevista conduzida por clínico com paciente e cuidador	Estágios leve a moderado (média de 22,1 no MEEM)	Consistência interna para a escala total de 0,81; Inter-avaliador (correlação intraclasse de 0,90)	Correlações com a escala Visual Analogue Dysphoria

Baseado em: Ettema et al. (2005).

A autora identificou confiabilidade elevada da escala para a versão autorrelatada ($\alpha = 0,80$), para a respondida pelo cuidador ($\alpha = 0,83$) e para a que se refere à qualidade de vida do cuidador ($\alpha = 0,86$). Na validade de construto da primeira versão, houve correlações com sintomas depressivos avaliados pelos pacientes, alterações de comportamento, avaliação da qualidade de vida efetuada pelo cuidador e com o somatório do instrumento genérico de qualidade de vida. Na segunda versão, foram encontradas correlações significativas com comprometimento cognitivo, sintomas depressivos avaliados por pacientes e cuidadores, capacidade funcional (AIVDs e ABVDs), alterações de comportamento, autorrelato da qualidade de vida, qualidade de vida do cuidador e a pontuação total da escala genérica de qualidade de vida. Na terceira versão, as correlações encontradas foram com a segunda versão, com a correção composta, com sintomas depressivos apresentados por pacientes e cuidadores, alterações de comportamento, capacidade funcional (AIVDs e ABVDs) e o somatório do instrumento genérico de qualidade de vida. Ainda, na correção composta pelo autorrelato e pela avaliação do cuidador, houve associações significantes com sintomas depressivos relatados pelo paciente, alterações de comportamento, ABVDs e as três versões da escala QdV-DA. A confiabilidade e a validade de construto da escala foram mantidas mesmo com o aumento do declínio cognitivo.

Novelli (2006) concluiu que a correção composta foi a que apresentou melhor validade de construto quando associada às outras variáveis. Para a autora, essa versão pode ser uma boa alternativa de avaliação da qualidade de vida na demência, já que contempla duas das três formas mais utilizadas para avaliar o fenômeno (autorrelato e avaliação do cuidador) e por privilegiar a subjetividade através do autorrelato. Verificou também que o instrumento é facilmente aplicado e que apresentou dados de confiabilidade e validade excelentes no Brasil. Apesar de possuir evidências de validade para a doença de Alzheimer, sua facilidade de aplicação permite que seja utilizada inclusive em indivíduos saudáveis e de baixa escolaridade (M. M. P. C. Novelli, comunicação pessoal, 18 de agosto, 2008).

Banerjee et al. (2009) realizaram recentemente uma revisão de literatura sistemática sobre pesquisas que investigaram a qualidade de vida de idosos com comprometimento cognitivo e sua associação com múltiplas variáveis. Os pesquisadores analisaram artigos publicados em inglês até outubro de 2007, que empregaram instrumentos específicos para avaliar a qualidade de vida na demência. Objetivaram atualizar determinantes e o curso da qualidade de vida nessa patologia. Em geral, não foram identificadas associações consistentes entre variáveis sociodemográficas. Os autores relataram que somente um estudo encontrou pacientes mais jovens com menor qualidade de vida. Além disso, as pesquisas não reportaram

associações entre qualidade de vida e as variáveis ‘anos de escolaridade’ e ‘gênero’. A revisão identificou dados distintos acerca da qualidade de vida de idosos com declínio cognitivo residentes na comunidade, em ILPIs e em centros de assistência. Por outro lado, foi verificada relação clara e consistente para depressão, tanto no autorrelato quanto na avaliação da qualidade de vida efetuada pelo cuidador. Os estudos indicaram que a severidade dos sintomas depressivos se associa à diminuição da qualidade de vida nos níveis leve e moderado de demência, mas os autores consideram que parte dessa variação é devida às diferentes escalas empregadas para avaliar a depressão em indivíduos demenciados. A variável ‘capacidade funcional’, por sua vez, apresentou um padrão de associação menos claro com a qualidade de vida. Segundo os autores, essa relação se mostra mais forte para o relato do cuidador e na demência severa.

Naglie et al. (2006) compararam, em uma amostra de conveniência composta por idosos nos estágios leve e moderado de demência e seus cuidadores, a qualidade de vida com outras variáveis, dentre elas estado de saúde, capacidade funcional e sintomas depressivos. Para o autorrelato, foram identificadas relações significativas com o estado geral de saúde, humor e comorbidades. Correlações fracas foram obtidas com os instrumentos que avaliaram a capacidade funcional. No que se refere à avaliação do cuidador, a qualidade de vida se associou com capacidade funcional (ABVDs e AIVDs), estado geral de saúde e comorbidades, não sendo obtidas relações com sintomas depressivos. Os autores ressaltaram que a investigação da capacidade funcional foi efetuada com os cuidadores e a de sintomas depressivos, com os idosos.

Hoe et al. (2006) investigaram a qualidade de vida de idosos com demência residentes em ILPIs através do autorrelato e da avaliação do cuidador, utilizando a escala QOL-AD (Logsdon et al., 1999). Os autores objetivaram comparar os relatos, bem como verificar fatores relacionados à qualidade de vida. Como resultados, encontraram baixa concordância entre as avaliações, sendo que os cuidadores consideraram a qualidade de vida de maneira inferior. Na autoavaliação da qualidade de vida, os autores identificaram associação negativa com humor deprimido, ansiedade e cognição. Para o relato do cuidador, houve associação negativa com capacidade funcional, cognição, sintomas neuropsiquiátricos e níveis de ansiedade e depressão. Os autores efetuaram análise de regressão e identificaram que a autoavaliação da qualidade de vida foi explicada principalmente pela depressão e pelos níveis de ansiedade. Por outro lado, a mesma análise identificou a capacidade funcional como principal preditora da qualidade de vida no relato dos cuidadores.

Da mesma forma, Moyle et al. (2007) investigaram a qualidade de vida através da

QOL-AD (Logsdon et al., 1999) em uma amostra de conveniência de idosos diagnosticados com demência, residentes em ILPIs. Os autores, assim como nos estudos anteriores, analisaram sua relação com outras variáveis, porém, não utilizaram a versão do cuidador. Características demográficas, bem como cognição e capacidade funcional, avaliada por cuidadores, foram as variáveis investigadas. Entre outros achados, verificou-se que indivíduos com menor capacidade de autocuidado apresentaram qualidade de vida diminuída. Além disso, os autores encontraram relações positivas entre qualidade de vida e as variáveis relações interpessoais e autoestima.

1.5 Proposição de um estudo sobre qualidade de vida de idosos com declínio cognitivo

A proposta do presente estudo é a de dar início à investigação sobre a qualidade de vida e os fatores relacionados a esse construto entre idosos com declínio cognitivo na cidade de Juiz de Fora – MG. Como exposto, embora haja discussões acerca do tema e de como avaliar a qualidade de vida em idosos com declínio cognitivo, essa investigação, especialmente no Brasil, encontra-se em fases iniciais.

A carência de estudos em Psicologia que privilegiem o tema pode ser verificada através de uma busca, que teve por finalidade investigar a produção científica na área sobre o tema ‘qualidade de vida no declínio cognitivo’. Foi feita uma seleção prévia das publicações a partir da base de dados *PsycINFO*, que inclui resumos de periódicos nacionais e internacionais na área, utilizando os descritores ‘qualidade de vida’ (*quality of life*) e ‘declínio cognitivo’ (*cognitive impairment*), a partir do *Thesaurus*. Ressalta-se que a seleção foi feita entre artigos de periódicos publicados entre 2004 e 2008.

A busca por resumos que contivessem o descritor ‘qualidade de vida’ encontrou 14249 publicações e a por resumos com o descritor ‘declínio cognitivo’ resultou em 9489 em todos os anos. Realizando a busca com ambos os descritores e no intervalo temporal determinado, foram recuperados 169 resumos de artigos. Entre eles, apenas três (1,8%) foram feitos no Brasil (Roriz-Cruz et al., 2007; Mattos & Coutinho, 2007; Aznar & Castañón, 2005), sendo que o segundo foi o único, considerando os 169, publicado em um periódico nacional. Ressalta-se, ainda, que o terceiro resultou de pesquisas em diversos países da América Latina, entre eles, o Brasil.

Como a utilização desses dois descritores não filtrou apenas estudos realizados com a população idosa, optou-se por refinar a busca, verificando aqueles que investigaram indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos. Dessa maneira, foram recuperadas 55

publicações. A análise dos países em que esses estudos foram realizados identificou que apenas um (1,8%) foi feito no Brasil (Roriz-Cruz et al., 2007), ratificando a escassez de investigações sobre o tema.

Diante do comprovado envelhecimento populacional, associado ao aumento de doenças crônico-degenerativas que podem comprometer a qualidade de vida dos idosos, e da ainda baixa produção científica sobre o tema ‘qualidade de vida no declínio cognitivo’ em Psicologia, torna-se importante investigar as variáveis que se relacionam com este construto, além de avaliar os instrumentos que têm sido utilizados para medi-lo. O aprofundamento dos estudos nessa área pode contribuir para a ampliação do conhecimento das disciplinas de investigação do envelhecimento no país, possibilitando à ciência psicológica, especificamente, desenvolver intervenções mais eficazes para o aprimoramento da qualidade de vida dos idosos e dos seus familiares ou cuidadores.

1.6 Objetivos

Objetivo Geral

O estudo teve como objetivo geral avaliar a qualidade de vida de idosos com declínio cognitivo.

Objetivos Específicos

Propuseram-se como objetivos específicos:

1) Descrever o nível de qualidade de vida de idosos com declínio cognitivo, nas versões autorrelatada, relatada pelo cuidador e composta pelas duas formas anteriores, e relacioná-lo com:

- a. Variáveis demográficas (gênero, idade, estado civil e escolaridade), especialmente o contexto onde eles vivem (comunidade ou ILPIs);
- b. A história educacional desses indivíduos;
- c. A presença de sintomatologia depressiva e de outras doenças;
- d. O nível de suporte social percebido; e
- e. A capacidade funcional que possuem.

2 MÉTODO

Este estudo foi realizado a partir do banco de dados de dois projetos de pesquisa mais abrangentes: ‘Prevalência de Demência em idosos da cidade de Juiz de Fora’ (Banhato et al., 2007) e ‘Perfil do idoso institucionalizado em Juiz de Fora: um trabalho interdisciplinar’ (Chicourel et al., 2007). Nesse sentido, faz-se necessário apresentar informações metodológicas relativas a tais projetos para, em seguida, ser apresentado o método adotado para a realização do presente trabalho.

1. Prevalência de Demência em idosos da cidade de Juiz de Fora

O estudo longitudinal ‘Prevalência de Demência em idosos da cidade de Juiz de Fora’, desenvolvido na Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), foi financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG) e aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da UFJF sob o protocolo número 205/2007 (ANEXO 1). Seu objetivo geral é estimar a prevalência de demência em indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos, residentes na comunidade e, especificamente: investigar características sociodemográficas, de saúde física, emocional e cognitiva, além de variáveis de suporte social e capacidade funcional; avaliar o desempenho dos idosos em testes neuropsicológicos; correlacionar os achados nesses testes com a avaliação clínica; e, em caso de diagnóstico provável de demência, fazer os encaminhamentos pertinentes.

O projeto está sendo realizado em Juiz de Fora (MG), que é uma cidade de porte médio com aproximadamente 500 mil habitantes, sendo 11,6% da população (47.379 sujeitos) representados por idosos. Cabe ressaltar que esse percentual é proporcionalmente maior que o de Minas Gerais (9,8%) e do Brasil (8,6%) (IBGE, 2002).

Para a realização da amostragem, foram adotados os critérios do IBGE a fim de preservar a representatividade da população idosa na cidade, que está dividida em 16 unidades territoriais, definidas segundo critérios de localização geográfica e de nível socioeconômico. Nesse projeto, realizado na área urbana, foram selecionadas as unidades territoriais com população idosa acima de 5% e, em seguida, foram sorteados os bairros a serem visitados em cada uma dessas unidades, preservando a proporcionalidade de idosos em cada região. Diferentes setores de cada bairro foram visitados até que se completasse o número de idosos que o representasse. O cálculo do tamanho da amostra foi baseado na prevalência estimada de demências encontrada na literatura, de aproximadamente 10%, tendo-se trabalhado com intervalo de confiança de 95%.

A identificação e o recrutamento dos idosos foram feitos, adotando o procedimento porta-a-porta do IBGE. Na primeira fase do projeto, cujo objetivo foi o de rastreio de declínio cognitivo, sendo realizada no período de junho a dezembro de 2006, os domicílios foram visitados por acadêmicos treinados do Departamento de Psicologia da UFJF. Nas residências em que havia idosos, eram feitos a apresentação do estudo e o recrutamento. Caso o indivíduo aceitasse participar, era lhe apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e a entrevista, constituída por dados de identificação, informações sociodemográficas, do estado de saúde e memória, era feita imediatamente ou agendada, tendo duração média de 50 minutos. Participaram da pesquisa 394 idosos, amostra representativa da população.

A segunda fase do projeto está sendo realizada desde março de 2008. Seus objetivos são o de estabelecer o diagnóstico dos indivíduos rastreados com declínio cognitivo, investigando também sua história educacional, suporte social, sintomas depressivos, capacidade funcional e qualidade de vida. O critério estabelecido para a participação nessa etapa foi: escore igual ou inferior ao ponto de corte em duas escalas cognitivas [Mini-Exame do Estado Mental – MEEM – (Folstein et al., 1975) e Teste do Desenho do Relógio – TDR – (Shulman, Shedletsky, & Sivler, 1986)] e, no mínimo, alguma dependência em atividades instrumentais de vida diária [Escala de Lawton (Lawton & Brody, 1969)]. No MEEM, adotou-se o ponto de corte sugerido por Almeida (1998) para indivíduos com alguma escolaridade, ou seja, igual ou inferior a 23. Para o TDR, o ponto de corte utilizado foi igual ou inferior a 2 (Shulman et al., 1986). De acordo com o critério estabelecido, 61 idosos (15,48% da amostra) foram identificados com possível comprometimento cognitivo, sendo selecionados para compor a amostra da segunda etapa do projeto, a qual está em fase de conclusão.

Nesse momento, os indivíduos foram contatados por telefone e convidados a realizar uma avaliação complementar neurológica e neuropsicológica, com uma equipe interdisciplinar composta por neurologista, psicólogas e acadêmicos do curso de Psicologia da UFJF, objetivando estabelecer o diagnóstico de demência. As avaliações foram feitas com o idoso e com um cuidador no Ambulatório de Neurologia do Hospital Universitário da UFJF ou na própria residência do sujeito. Cabe ressaltar que antes que se iniciasse a avaliação, era apresentado ao idoso e ao cuidador, o qual fornecia informações sobre a capacidade funcional e a qualidade de vida do idoso, os TCLE's para que fossem assinados.

2. Perfil do idoso institucionalizado em Juiz de Fora: um trabalho interdisciplinar

O estudo ‘Perfil do idoso institucionalizado em Juiz de Fora: um trabalho

interdisciplinar' foi desenvolvido na UFJF e aprovado pelo comitê de ética em pesquisa sob o protocolo número 297/2007 (ANEXO 2). Seus objetivos foram: investigar características sociodemográficas, de saúde física, emocional e cognitiva, além de variáveis de suporte social, capacidade funcional e qualidade de vida da população idosa institucionalizada na cidade de Juiz de Fora; caracterizar os profissionais dessas instituições e; descrever o perfil das ILPIs de caráter privado da cidade.

Após agendamento prévio, feito por telefone, foram visitadas oito ILPIs, de um universo total de 11, cadastradas no Conselho Municipal do Idoso do município, com a finalidade de apresentar o trabalho e obter, do responsável pela instituição, a autorização para realização da pesquisa. Três ILPIs não foram visitadas por não se ter conseguido entrar em contato com seus responsáveis. Entre as instituições visitadas, em uma os responsáveis não autorizaram o desenvolvimento do estudo.

Sendo assim, no período de fevereiro a novembro de 2008 foi realizada a coleta de dados nas sete instituições. Para isso, farmacêuticos, psicólogas e acadêmicos dos cursos de enfermagem, nutrição e psicologia, devidamente treinados, visitaram as instituições e abordaram indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos para apresentarem o estudo. Em seguida, era feito o convite para que participassem da pesquisa e, caso aceitassem, era lhes apresentado o TCLE. Cabe ressaltar que, em algumas instituições, foi solicitado que o TCLE fosse apresentado aos familiares dos idosos, enquanto outras se responsabilizaram por essa autorização. Os idosos incapacitados de responder ao questionário foram excluídos do estudo.

Por se tratar de uma pesquisa abrangente e de caráter interdisciplinar, foi feita diretamente com o idoso uma entrevista constituída por dados de identificação, do estado de saúde, cognição, sintomas depressivos, história educacional, suporte social e qualidade de vida, além de avaliação antropométrica. Dados sociodemográficos, informações sobre a capacidade funcional, a qualidade de vida e a alimentação dos idosos foram coletados com cuidadores das ILPIs. Entre os 145 idosos residentes nas sete instituições, 60 eram incapacitados, 10 recusaram e 75 aceitaram participar do estudo.

2.1 Amostra

O presente estudo foi realizado com indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos, que apresentavam declínio cognitivo ($n = 65$), residentes na comunidade ($n = 30$; 46,2%) e em ILPIs de caráter privado ($n = 35$; 53,8%) da cidade de Juiz de Fora (MG). O critério para caracterização de declínio cognitivo foram escores inferiores a 24, para

indivíduos com escolaridade, e inferiores a 20, para os não escolarizados (Almeida, 1998), no MEEM (Folstein et al., 1975).

O subgrupo de idosos da comunidade foi constituído a partir dos 61 indivíduos que participaram da segunda fase do projeto ‘Prevalência de Demência em idosos da cidade de Juiz de Fora’ e que mantiveram escores inferiores ao ponto de corte no MEEM nessa avaliação. O subgrupo de idosos institucionalizados foi composto a partir da amostra de 75 indivíduos participantes do projeto ‘Perfil do idoso institucionalizado em Juiz de Fora: um trabalho interdisciplinar’. O escore médio dos idosos da comunidade no MEEM foi 18,13 (DP = 3,43) e dos institucionalizados foi 17,26 (DP = 3,34), não havendo diferença significante entre eles ($t(63) = 1,04; p = 0,302$). Considerando a amostra total, a pontuação média foi 17,66 (DP = 3,38).

Além desses indivíduos, 40 cuidadores constituíram a amostra do estudo, sendo 29 (72,5%) provenientes da comunidade e 11 (27,5%) das instituições (Tabela 2). Essa diferença na composição da amostra de cuidadores de cada grupo se justifica porque na comunidade cada idoso possui um cuidador específico, havendo apenas um indivíduo que era cuidador de dois idosos. O mesmo não ocorre nas ILPIs, onde um cuidador é responsável por diversos idosos.

Tabela 2 – Descrição da amostra de cuidadores

		Cuidadores		Total	
		Comunidade	ILPIs		
Gênero	Feminino	n = 20	69,0%	n = 7	63,6%
	Masculino	n = 9	31,0%	n = 4	36,4%
Idade		$\bar{X} = 49,85^*$	$\bar{X} = 31,70^{***}$	$\bar{X} = 44,81$	
		DP = 18,33	DP = 11,29	DP = 18,46	
Escolaridade (anos)		$\bar{X} = 6,19^{**}$	$\bar{X} = 11,36$	$\bar{X} = 8,30$	
		DP = 3,43	DP = 1,57	DP = 3,80	

*N = 26; **N = 16; ***N = 10

2.2 Instrumentos

Para atingir os objetivos estabelecidos, dentre os vários instrumentos empregados nos dois projetos que cederam seus bancos de dados para que a presente pesquisa pudesse ser realizada, optou-se por utilizar aqueles que coletaram dados sobre:

Variáveis demográficas e de saúde física: Em ambos os projetos foi empregado um questionário contendo questões referentes ao gênero, à idade, ao estado civil e aos anos de

escolaridade. Essas perguntas foram selecionadas para o estudo e são apresentadas no Anexo 3. Em relação à presença de doenças, como houve diferenças nos protocolos dos projetos, optou-se por categorizar as patologias da seguinte maneira: doenças cardiovasculares, gastrointestinais, endócrino-metabólicas, osteoarticulares, genito-urinárias, neurológicas, respiratórias, tegumentares, psiquiátricas, dos órgãos dos sentidos, lesões ou doenças secundárias a traumatismos e malignidades. No Anexo 3 também estão apresentados os protocolos dos dois projetos.

História educacional: Foi investigada nos dois projetos por meio de um questionário composto por 14 questões, referentes à formação educacional do indivíduo, à sua opinião sobre aspectos relacionados a ela, além da investigação sobre a prática de atividades educacionais. Por meio de sete questões, denominadas ‘avaliação de atividades educacionais’, foi averiguada a importância atribuída ao conhecimento, à leitura e à escrita. As respostas a essas questões variavam entre um e cinco pontos (1 = Muito importante; 2 = Importante; 3 = Indiferente; 4 = Desimportante; 5 = Muito desimportante), havendo um escore total, variando entre sete e 35 pontos. (ANEXO 4)

Capacidade funcional: A investigação das atividades básicas e instrumentais de vida diária nos projetos foi feita através das escalas de Katz (Katz, Ford, Moskowitz, Jackson, & Jaffe, 1963) e de Pfeffer (Pfeffer, Kurosaki, Harrah, Chance, & Filos, 1982), respectivamente. A Escala de Katz (Katz et al., 1963) investiga a independência nas capacidades de tomar banho, vestir-se, fazer a higiene pessoal, levantar-se ou sentar-se, alimentar-se, além da continência, através das respostas ‘sim’ ou ‘não’. O escore varia entre zero e seis pontos, sendo que quanto maior, mais independente está o indivíduo. A Escala de Pfeffer (Pfeffer et al., 1982), por sua vez, avalia a capacidade de preparar comida, manusear dinheiro e remédios, comprar objetos, esquentar água e lembrar-se de apagar o fogo, manter-se em dia com as atualidades, prestar atenção e discutir assuntos, lembrar-se de compromissos, passear pela vizinhança e encontrar o caminho de volta para casa e ser deixado em casa sozinho de forma segura. As respostas são fornecidas através das opções ‘normal’ (ou ‘nunca o fez, mas poderia fazê-lo’), ‘faz com dificuldade’ (ou ‘nunca o fez e agora teria dificuldade’), ‘necessita de ajuda’ e ‘não é capaz’ (alternativas com escores entre zero e três, respectivamente), sendo que a pontuação total varia entre zero e 30. Considera-se que há comprometimento das atividades instrumentais caso o indivíduo alcance pontuações acima de cinco. Cabe ressaltar que a avaliação da capacidade funcional dos idosos foi feita com um cuidador. (ANEXO 5)

Sintomas depressivos: Nos projetos, essa verificação foi feita com o idoso através da Escala de Depressão Geriátrica (GDS) (Yesavage et al., 1983), instrumento de rastreio que

investiga 15 itens relacionados a esse transtorno de humor. O escore varia entre zero e 15, sendo que pontuações superiores a cinco indicam suspeita de depressão (Almeida & Almeida, 1999). (ANEXO 6)

Suporte social percebido: Foi investigado, em ambos os projetos, a partir de cinco itens semanticamente adaptados para o português da *Interpersonal Support Evaluation List* (ISEL) (Cohen, Mermelstein, Kamarck, & Hoberman, 1985, citado por Sommerhalder, 2006). Este instrumento foi desenvolvido para a população geral para medir quatro funções do suporte social percebido: suporte tangível (assistência material ou suporte instrumental); pertencimento (identificação com alguém da rede de suporte); autoestima (comparações positivas com os outros) e; suporte informativo (provisão de informações, conselhos) (Batistoni, 2007). Na sua versão original, em língua inglesa, o instrumento é composto por 40 itens, apresentando uma confiabilidade interna igual a 0,88. Neste estudo, foram utilizados os itens 5 e 7 (representando a função de suporte de pertencimento ou afetivo), 18 (representando o suporte tangível ou instrumental), 22 e 38 (representando o suporte informativo) da escala original. As mesmas questões foram utilizadas pelo *Cardiovascular Health Study*, nos Estados Unidos (Newsom & Schulz, 1996; Martire, Schulz, Mittelmark, & Newsom, 1999), e por Cupertino, Lourenço, Neri e Aldwin (no prelo, citado por Sommerhalder, 2006), Sommerhalder (2006) e Batistoni (2007), no Brasil. Por meio da análise de consistência interna, Tavares (2004) encontrou um índice α de Cronbach igual a 0,75, o que se traduz em suficiente correlação entre os cinco itens de suporte social percebido. As questões são respondidas através das opções ‘nunca’, ‘às vezes’, ‘maioria das vezes’ e ‘sempre’, com pontuação entre um e quatro, respectivamente. O escore total varia entre cinco e 20, sendo que, quanto maior, melhor o suporte social percebido. (ANEXO 7)

Qualidade de vida: Foi avaliada nos projetos através da Escala QdV-DA (Novelli, 2006), a qual investiga, com o idoso e com o cuidador, os domínios: saúde física, disposição, humor, moradia, memória, família, casamento, amigos, indivíduo em geral, capacidade para fazer tarefas, capacidade para fazer atividades de lazer, dinheiro e vida em geral, sendo todos relacionados ao idoso. O indivíduo é instruído a avaliar esses aspectos através das respostas ‘ruim’, ‘regular’, ‘bom’ e ‘excelente’, para as quais são atribuídas pontuações de um a quatro, respectivamente. Dessa maneira, o escore varia entre 13 e 52 e, quanto maior, melhor a percepção do indivíduo sobre a qualidade de vida. Além das versões do paciente e do cuidador, utilizou-se a correção composta por ambas as avaliações. Como o foco da avaliação é o idoso, a autora recomenda que o peso da pontuação total seja calculado por meio de uma média ponderada em que se multiplica o escore do relato do paciente por 2, soma-se ao escore

do relato do cuidador e divide-se a soma por 3. (ANEXO 8)

2.3 Procedimento

Como descrito anteriormente, o presente estudo utilizou dados secundários, uma vez que analisou bancos de dados de outros dois projetos de pesquisa. A amostra foi constituída por idosos residentes na comunidade e em ILPIs de caráter privado, ambos rastreados com declínio cognitivo. Os indivíduos da comunidade foram selecionados a partir dos 61 idosos rastreados com suspeita de declínio cognitivo na primeira fase do projeto ‘Prevalência de Demência em idosos da cidade de Juiz de Fora’. Os indivíduos escolarizados que, na segunda fase do estudo, alcançaram escores acima de 10 e abaixo de 24 no MEEM, e os não escolarizados, que obtiveram escores acima de 10 e abaixo de 20 no mesmo instrumento participaram do estudo. O critério de pontuações acima de 10 no MEEM foi baseado em estudos anteriores, que relataram confiabilidade e validade da escala QOL-AD para esses escores (Logsdon, 2002; Ettema et al., 2005), enquanto o de pontuações abaixo de 24 e de 20 para indivíduos com e sem escolaridade, respectivamente, seguiu as propostas de pontos de corte para rastreio de declínio cognitivo de Almeida (1998). Trinta e dois idosos atenderam a esse critério, porém, dois não responderam à escala de qualidade de vida nem aos instrumentos que investigaram suporte social e história educacional. Assim, 30 idosos residentes na comunidade compuseram a amostra deste estudo.

Para os idosos institucionalizados, participantes do projeto ‘Perfil do idoso institucionalizado em Juiz de Fora: um trabalho interdisciplinar’, foi utilizado o mesmo critério de pontuações no MEEM. Dessa forma, entre os 75 indivíduos que participaram do projeto, 44 alcançaram os escores propostos no instrumento. No entanto, em uma ILPI não foram aplicados a escala QdV-DA e os questionários relacionados à investigação de suporte social e história educacional e, por isso, sete idosos foram excluídos. Dois outros idosos de instituições distintas também não responderam aos mesmos questionários. Assim, 35 indivíduos institucionalizados atenderam ao critério de desempenho cognitivo e compuseram a amostra.

2.4 Análise de dados

A fim de alcançar os objetivos específicos descritos neste estudo, foram efetuadas análises descritivas das variáveis ‘gênero’, ‘idade’, ‘estado civil’, ‘escolaridade’, ‘suporte

social', 'presença de doenças', 'sintomatologia depressiva', 'capacidade funcional' e 'qualidade de vida'. Também foram realizadas outras análises, porém, de caráter inferencial. Devido às características da amostra, aos instrumentos utilizados e ao estágio de desenvolvimento do estudo da qualidade de vida de pessoas com declínio cognitivo, foi adotado um nível de significância de 5%. Dependendo da distribuição dos dados, foram efetuadas provas paramétricas, como Correlação de Pearson, Teste t e ANOVA, ou testes não-paramétricos, como Correlação de Spearman, Teste U de Mann-Whitney, Wilcoxon e Qui-Quadrado.

A investigação das variáveis associadas à qualidade de vida foi efetuada através da regressão linear múltipla. Para a sua realização, foram adotadas as seguintes condições propostas por Dancey e Reidy (2006): a) número de participantes entre 15 e 40 por variável (como foram usadas somente duas variáveis na presente investigação, tem-se, aproximadamente, 30 idosos para cada uma delas); b) a variável de critério (qualidade de vida) foi retirada de uma população de escores normalmente distribuída; c) as variáveis explicativas apresentaram relacionamento linear com a de critério; d) os valores atípicos (*outliers*) foram eliminados; e) evitou-se a multicolinearidade entre as variáveis explicativas, uma vez que elas apresentaram correlação fraca nas análises da QdV-DA respondida pelo idoso ($r = -0,36$; $p < 0,01$), e moderada na versão respondida pelo cuidador ($r = -0,50$; $p < 0,001$) bem como na correção composta ($r = -0,43$; $p < 0,01$).

3 RESULTADOS

Inicialmente, foram feitas as análises de confiabilidade interna das escalas empregadas no estudo. Na investigação da qualidade de vida, a versão autorrelatada da escala QdV-DA apresentou alfa (*α de Cronbach*) de 0,84 e, na versão dos cuidadores, esse valor foi de 0,74. O índice de consistência interna da escala que investigou sintomatologia depressiva (GDS) foi 0,79, o do instrumento de suporte social (cinco itens da ISEL) foi 0,80, o do instrumento que investigou a importância atribuída ao conhecimento, à leitura e à escrita (avaliação de atividades educacionais) foi 0,85 e aqueles das escalas de Pfeffer e Katz, que investigaram capacidade funcional, foram 0,94 e 0,87, respectivamente. Ressalta-se que valores acima de 0,70 indicam alta consistência interna (Hatcher, 1994, citado por Sommerhalder, 2006).

3.1 Qualidade de vida de idosos com declínio cognitivo

Verificou-se que o escore médio dos idosos na escala QdV-DA foi de 34,74 (DP = 6,25), tendo variado entre 16 e 52. A avaliação da qualidade de vida feita pelos cuidadores com o mesmo instrumento apresentou média de 34,09 (DP = 4,85), variando entre 21 e 47. Na correção composta a partir de ambos os relatos, a pontuação média foi de 34,53 (DP = 4,93), com variação entre 20 e 46.

Para investigar se os escores totais na escala seguiram a distribuição normal, foi realizado o Teste Kolmogorov-Smirnov. Observou-se essa distribuição no autorrelato ($z = 1,04; p = 0,232$), na avaliação dos cuidadores ($z = 0,62; p = 0,835$) e na correção composta ($z = 0,99; p = 0,280$).

Considerando os dois grupos de origem dos idosos, isto é, comunidade e ILPIs, através do Teste *t* para amostras independentes, não foi verificada diferença significante nos escores totais da escala QdV-DA autorrelatada ($t(63) = -0,37; p = 0,714$), bem como na avaliação feita pelos cuidadores com o mesmo instrumento ($t(63) = 0,33; p = 0,741$). Diante disso, não houve diferença entre os grupos no que se refere aos escores da correção composta ($t(63) = -0,20; p = 0,840$).

Na amostra total, foi identificada correlação positiva significante, porém fraca, entre o autorrelato e a avaliação efetuada pelos cuidadores ($r = 0,32; p < 0,01$). O Teste *t* para amostras pareadas revelou que não houve diferença estatisticamente significativa entre o escore total da escala QdV-DA autorrelatada e o da respondida pelos cuidadores ($t(64) = 0,79;$

$p = 0,429$). A mesma análise foi realizada para comparar as respostas de idosos e de cuidadores em cada item da medida. Verificou-se que somente os itens ‘Saúde Física’ ($t(64) = -2,02$; $p < 0,05$) e ‘Relação com a Família’ ($t(61) = 2,51$; $p < 0,05$) apresentaram diferença significante. Os idosos fizeram avaliação inferior à dos cuidadores para saúde física e superior no que tange à relação com a família. A Tabela 3 apresenta os resultados do Teste t pareado para cada item e para o escore total na escala.

Tabela 3 – Comparação entre o autorrelato e a avaliação do cuidador em cada item e no escore total da escala QdV-DA

QDV-DA	Medidas						Teste t		
	Autoavaliação			Avaliação do Cuidador			t	gl	p
	\bar{X}	DP	N	\bar{X}	DP	N			
Saúde Física	2,42	0,83	65	2,66	0,64	65	-2,02	64	< 0,05
Disposição	2,68	0,89	65	2,72	0,76	65	-0,33	64	0,745
Humor	2,69	0,83	64	2,50	0,78	64	1,45	63	0,153
Moradia	2,98	0,75	63	2,92	0,79	63	0,57	62	0,568
Memória	2,48	0,87	65	2,25	0,71	65	1,71	64	0,092
Família	3,06	0,85	62	2,77	0,80	62	2,51	61	< 0,05
Casamento	2,98	0,88	49	2,73	0,86	49	1,63	48	0,110
Amigos	2,85	0,81	62	2,84	0,77	62	0,15	61	0,885
Você em geral	2,60	0,79	65	2,83	0,70	65	-1,84	64	0,071
Capacidade para fazer tarefas	2,51	0,79	65	2,35	0,89	65	1,14	64	0,261
Capacidade para fazer atividades de lazer	2,37	0,91	65	2,38	0,82	65	-0,11	64	0,917
Dinheiro	2,54	0,71	50	2,52	0,81	50	0,12	49	0,901
Vida em geral	2,71	0,78	65	2,68	0,73	65	0,28	64	0,784
Escore total	34,74	6,25	65	34,09	4,85	65	0,79	64	0,429

Adotou-se uma categorização da qualidade de vida baseada nos quartis do autorrelato da QdV-DA (P25 = 31,50; P50 = 35,95; P75 = 38,00). Os idosos foram classificados em três

subgrupos: baixa qualidade de vida ($n = 16$; 24,6%), que correspondeu aos escores compreendidos entre 13 e 31,50; média qualidade de vida ($n = 35$; 53,8%), representado pelos escores superiores a 31,50 até 38,00; e alta qualidade de vida ($n = 14$; 21,6%), cujos escores foram superiores a 38,00. Constataram-se diferenças significantes entre a quantidade de participantes dos três agrupamentos ($\chi^2 = 12,40$; $gl = 2$; $p < 0,01$).

Foi feita a mesma categorização baseada nos quartis para a avaliação dos cuidadores no instrumento ($P25 = 30,24$; $P50 = 34,00$; $P75 = 37,74$). Assim, os escores compreendidos entre 13 e 30,24 corresponderam ao subgrupo com baixa qualidade de vida percebida ($n = 16$; 24,6%); o subgrupo com média qualidade de vida ($n = 33$; 50,8%) foi representado por escores acima de 30,24 até 37,74 e escores superiores a 37,74 corresponderam aos idosos com alta qualidade de vida ($n = 16$; 24,6%). Também foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre a quantidade de participantes dos três grupos ($\chi^2 = 8,89$; $gl = 2$; $p < 0,01$).

Verificou-se que os percentuais de concordância (46,2%) e discordância (53,8%) entre os relatos dos idosos e dos cuidadores quanto à qualidade de vida foram semelhantes ($\chi^2 = 0,38$; $gl = 1$; $p = 0,535$). A Tabela 4 descreve esses resultados.

Tabela 4 – Concordância entre auto e heterorrelatos da qualidade de vida

Medidas da QdV-DA	Qualidade de vida autorrelatada		
	Baixa	Média	Alta
Qualidade de vida relatada pelo cuidador	Baixa	$n = 8$	$n = 7$
	Média	12,3%	10,8%
	Alta	$n = 6$	$n = 18$
	Baixa	9,2%	27,7%
	Média	$n = 2$	$n = 10$
	Alta	3,1%	15,4%

A categorização baseada em quartis para a correção composta ($P25 = 30,94$; $P50 = 35,67$; $P75 = 37,58$) seguiu os mesmos critérios. Os escores compreendidos entre 13 e 30,94 corresponderam ao subgrupo com baixa qualidade de vida ($n = 16$; 24,6%); pontuações acima de 30,94 até 37,58, ao subgrupo com média qualidade de vida ($n = 33$; 50,8%); escores superiores a 37,58, ao subgrupo com alta qualidade de vida ($n = 16$; 24,6%). Da mesma maneira que nas categorizações das versões anteriores, houve diferenças significantes entre a quantidade de participantes dos três grupos ($\chi^2 = 8,89$; $gl = 2$; $p < 0,01$).

3.2 Variáveis demográficas e qualidade de vida de idosos com declínio cognitivo

A Tabela 5 apresenta o perfil demográfico dos idosos com declínio cognitivo selecionados para o estudo. No geral, trata-se de um grupo predominantemente feminino ($n = 43$; 66,2%; $\chi^2 = 6,79$; gl = 1; $p < 0,01$) e viúvo ($n = 34$; 52,3%; $\chi^2 = 26,39$; gl = 3; $p < 0,001$). Não foi obtida diferença significante para a variável ‘gênero’ quando se considerou os dois grupos de origem dos idosos ($\chi^2 = 2,75$; gl = 1; $p = 0,097$). O mesmo aconteceu para as variáveis ‘estado civil’ ($\chi^2 = 5,25$; gl = 3; $p = 0,154$) e ‘idade’ ($t(63) = 0,82$; $p = 0,417$). Diferença estatisticamente significativa foi obtida para a variável ‘total de anos estudados’, considerando os grupos de origem ($t(63) = -4,76$; $p < 0,001$). É importante ressaltar que os indivíduos institucionalizados apresentaram maior escolaridade.

Tabela 5 – Descrição da amostra de idosos

		Grupos		Total	
		Comunidade	ILPIs		
Gênero	Feminino	n = 23	76,7%	n = 20	57,1%
	Masculino	n = 7	23,3%	n = 15	42,9%
	Viúvo	n = 17	56,7%	n = 17	48,6%
Estado civil	Solteiro	n = 3	10,0%	n = 8	22,9%
	Divorciado	n = 2	6,7%	n = 6	17,1%
	Casado/amasiado	n = 8	26,7%	n = 4	11,4%
Idade		$\bar{X} = 77,57$	$\bar{X} = 75,54$	$\bar{X} = 76,48$	
		DP = 9,42	DP = 10,38	DP = 9,92	
Escolaridade (anos)		$\bar{X} = 1,97$	$\bar{X} = 6,03$	$\bar{X} = 4,15$	
		DP = 1,79	DP = 4,37	DP = 3,97	

A análise dos escores na escala QdV-DA entre homens e mulheres não revelou diferença significante, tanto no autorrelato ($t(63) = 1,06$; $p = 0,292$), quanto na avaliação dos cuidadores ($t(63) = -0,15$; $p = 0,884$). O mesmo ocorreu com a correção composta ($t(63) = 0,85$; $p = 0,399$). Investigando os escores no instrumento de qualidade de vida em relação à situação conjugal, através da ANOVA, também não foram identificadas diferenças estatisticamente significativas para a avaliação feita pelo idoso ($F(3,64) = 0,12$; $p = 0,948$), para o relato dos cuidadores ($F(3,64) = 2,21$; $p = 0,096$) e para a correção combinada ($F(3,64) = 0,09$; $p = 0,964$). Foi realizada correlação de Pearson para analisar possíveis relações entre idade, anos de escolaridade e escores na escala QdV-DA. Para a variável idade, não houve correlação significante no autorrelato da qualidade de vida ($r = 0,07$; $p = 0,599$), na avaliação dos cuidadores ($r = 0,09$; $p = 0,471$) nem na correção composta ($r = 0,09$; $p = 0,496$). O

mesmo ocorreu para o total de anos estudados, considerando o autorrelato ($r = -0,02; p = 0,881$), a avaliação dos cuidadores ($r = 0,06; p = 0,660$) e a correção composta ($r = 0,00; p = 0,985$).

3.3 História educacional e qualidade de vida de idosos com declínio cognitivo

Em relação à história educacional dos indivíduos, verificou-se que 56 idosos (86,2%) responderam ao questionário proposto, mas nem todas as questões foram respondidas. Quanto à leitura, 48 (85,7%) relataram possuir essa capacidade. A maioria ($n = 45; 81,8\%$; $\chi^2_o = 22,27; gl = 1; p < 0,001$) teve escolarização formal, sendo a escola regular a mais frequentada ($n = 43; 78,2\%$; $\chi^2_o = 85,73; gl = 3; p < 0,001$). Nove idosos (16,4%) não frequentaram a escola, dois (3,6%) frequentaram escolas rurais e um (1,8%) frequentou outro tipo de instituição. A Tabela 6 descreve algumas variáveis que investigaram a história educacional dos idosos.

Ao relacionar essas variáveis à qualidade de vida, verificou-se que nenhuma delas foi estatisticamente significativa. O Teste t revelou que os idosos que sabiam e que não sabiam ler não diferiram significantemente quanto à QdV-DA autorrelatada ($t(54) = -0,05; p = 0,958$), à respondida pelos cuidadores ($t(54) = -0,15; p = 0,883$) e quanto à correção composta ($t(54) = -0,09; p = 0,928$). O mesmo ocorreu para o autorrelato, para a avaliação dos cuidadores e para a correção combinada em relação à presença de escolarização formal (autorrelato: $t(53) = -0,35; p = 0,726$; avaliação dos cuidadores: $t(53) = -0,11; p = 0,912$; correção combinada: $t(53) = -0,33; p = 0,740$), assim como no que se refere ao tipo de escola frequentada (autorrelato: $F(3,54) = 1,20; p = 0,319$; relato dos cuidadores: $F(3,54) = 0,85; p = 0,475$; correção composta: $F(3,54) = 1,50; p = 0,224$).

Tabela 6 – Descrição de variáveis da história educacional

Nível de escolaridade*			
Analfabeto	n = 9	16,1%	
Fundamental incompleto	n = 33	58,9%	
Fundamental completo	n = 5	8,9%	$\chi^2_o = 96,75$
Médio incompleto	n = 1	1,8%	gl = 6
Médio completo	n = 3	5,4%	$p < 0,001$
Superior incompleto	n = 1	1,8%	
Superior Completo	n = 4	7,1%	
Satisfação com o tempo de estudo***			
Muito satisfatório	n = 12	24,0%	
Satisfatório	n = 30	60,0%	$\chi^2_o = 56,60$
Nem satisfatório nem insatisfatório	n = 3	6,0%	gl = 4
Insatisfatório	n = 3	6,0%	$p < 0,001$
Muito insatisfatório	n = 2	4,0%	
Atividades educacionais fora da escola**			
Participa atualmente ou já participou	n = 15	27,3%	$\chi^2_o = 11,36$
Nunca participou	n = 40	72,7%	gl = 1 $p < 0,01$
Atividades educacionais realizadas			
Artísticas	f = 3	20,0%	
Complementares à escolarização	f = 2	13,3%	
Religiosas	f = 6	40,0%	---
Técnicas	f = 2	13,3%	
Outras	f = 2	13,3%	
Motivo de não participação em atividades			
Falta de interesse	f = 8	19,0%	
Falta de oportunidades	f = 11	26,2%	
Falta de tempo	f = 5	11,9%	---
Outros	f = 4	9,5%	
Não responderam	f = 14	33,4%	
Aceitação em participar de atividade educacional**			
Não aceitaria	n = 30	54,6%	$\chi^2_o = 11,16$
Talvez aceitaria	n = 12	21,8%	gl = 2
Com certeza aceitaria	n = 13	23,6%	$p < 0,01$
Freqüência semanal de leitura*			
Todos os dias	n = 14	25,0%	$\chi^2_o = 17,71$
Entre 2 e 5 dias	n = 4	7,1%	gl = 3
Menos de uma vez	n = 12	21,4%	$p < 0,01$
Nunca	n = 26	46,4%	

*N = 56; **N = 55; ***N = 50

Também não foram identificadas associações estatisticamente significativas entre a qualidade de vida dos idosos e as demais variáveis constantes na Tabela 6:

- Nível de escolaridade – QdV-DA autorrelatada ($r_s = 0,01$; $p = 0,939$), QdV-DA segundo o cuidador ($r_s = 0,05$; $p = 0,696$) e correção composta ($r_s = 0,02$; $p = 0,891$);
- Satisfação com o tempo de estudo – QdV-DA autorrelatada ($r_s = -0,15$; $p =$

0,309), QdV-DA segundo o cuidador ($r_s = -0,07; p = 0,625$) e correção composta ($r_s = -0,18; p = 0,205$);

- Participação em atividades educacionais fora da escola – QdV-DA autorrelatada ($t(53) = 1,61; p = 0,114$) e QdV-DA segundo o cuidador ($t(53) = 1,51; p = 0,138$) e correção composta ($t(53) = 1,84; p = 0,071$);
- Aceitação em participar de atividade educacional – QdV-DA autorrelatada ($F(2,54) = 1,65; p = 0,203$), QdV-DA segundo o cuidador ($F(2,54) = 0,29; p = 0,753$) e correção composta ($F(2,54) = 0,85; p = 0,434$);
- Frequência semanal de leitura – QdV-DA autorrelatada ($r_s = -0,02; p = 0,872$), QdV-DA segundo o cuidador ($r_s = -0,03; p = 0,817$) e correção composta ($r_s = -0,04; p = 0,746$).

Sobre a história educacional, foi, ainda, investigada a importância atribuída pelos idosos à educação e a atividades educacionais formais e informais. Os resultados se encontram na Tabela 7. Verificou-se que, nas sete questões avaliadas, houve diferença estatisticamente significativa entre os cinco pontos de resposta, havendo uma tendência de prevalecer as respostas ‘importante’ ou ‘muito importante’.

Foi criada uma variável denominada ‘avaliação de atividades educacionais’ com o escore total das sete questões mencionadas na Tabela 7, variando entre sete e 35 pontos. Quanto maior a pontuação, pior a avaliação feita pelo idoso. A análise do Teste Kolmogorov-Smirnov identificou que não houve distribuição normal dos escores nesse instrumento ($z = 1,41; p < 0,05$).

A média de pontos encontrada entre os 55 idosos que responderam às perguntas foi 13,15 ($DP = 4,61$), com variação de sete a 29. Investigando possíveis relações entre o escore nas questões e a pontuação total na escala QdV-DA, através da correlação de Spearman, não foram identificadas correlações estatisticamente significativas tanto para o autorrelato ($r_s = -0,16; p = 0,258$), quanto para a avaliação dos cuidadores ($r_s = -0,06; p = 0,689$) e a correção composta ($r_s = -0,16; p = 0,249$).

Tabela 7 – Avaliação da relevância da educação e de atividades educacionais formais e informais

	Muito importante		Importante		Indiferente		Desimportante		Muito desimportante		χ^2	gl	p
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%			
Educação*	32	58,2	17	30,9	3	5,5	3	5,5	-	-	41,80	3	< 0,001
Leitura*	31	56,4	18	32,7	3	5,5	2	3,6	1	1,8	63,09	4	< 0,001
Informação**	17	32,1	26	49,1	6	11,3	3	5,7	1	1,9	42,38	4	< 0,001
Escrever*	23	41,8	23	41,8	7	12,7	1	1,8	1	1,8	45,82	4	< 0,001
Livros*	19	34,5	30	54,5	1	1,8	4	7,3	1	1,8	61,27	4	< 0,001
Jornais impressos*	12	21,8	31	56,4	6	10,9	4	7,3	2	3,6	50,55	4	< 0,001
Revistas*	11	20,0	29	52,7	9	16,4	3	5,5	3	5,5	41,46	4	< 0,001

*N = 55; **N = 53

3.4 Sintomatologia depressiva, presença de outras doenças e qualidade de vida de idosos com declínio cognitivo

Ao considerar a sintomatologia depressiva, o escore médio dos idosos na GDS foi 5,23 (DP = 3,03), variando entre zero e 15. A análise do Teste Kolmogorov-Smirnov identificou que houve distribuição normal dos escores na escala ($z = 1,18$; $p = 0,126$).

Foi realizada correlação de Pearson para investigar se houve relação entre o escore total na GDS e os escores na escala QdV-DA. A análise revelou correlação negativa forte entre as pontuações na GDS e na escala autorrelatada de qualidade de vida ($r = -0,67$; $p < 0,001$). Com a correção composta, foi identificada associação negativa moderada ($r = -0,61$; $p < 0,001$). Para a avaliação do cuidador, não foi encontrada relação significante ($r = -0,14$; $p = 0,279$).

Os idosos foram divididos em dois grupos de acordo com o ponto de corte da GDS (cinco), formando, assim, um grupo com suspeita de depressão ($n = 25$; 38,5%) e outro sem essa característica ($n = 40$; 61,5%), não havendo diferença significante na dimensão dos dois

grupos ($\chi^2 = 3,462$; gl = 1; $p = 0,063$). Não foram reveladas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos no que se refere às médias etárias ($t(63) = -1,48$; $p = 0,145$) e ao gênero ($\chi^2 = 1,759$; gl = 1; $p = 0,185$).

Ao comparar as avaliações da qualidade de vida efetuadas pelos idosos com pontuação compatível para depressão ($\bar{X} = 30,79$; DP = 6,54) e pelos seus cuidadores ($\bar{X} = 33,28$; DP = 5,54), não foi obtida diferença significante ($t(24) = -1,74$; $p = 0,095$). Porém, no caso do agrupamento sem indicativo de depressão, constou-se diferença estatisticamente significativa ($t(39) = 3,05$; $p < 0,01$), sendo que os cuidadores ($\bar{X} = 34,60$; DP = 4,36) avaliaram a qualidade de vida desses idosos de forma mais negativa do que eles próprios ($\bar{X} = 37,21$; DP = 4,65).

A investigação dos escores na escala QdV-DA autorrelatada, através do Teste t , identificou diferença estatisticamente significativa entre os grupos de idosos com e sem suspeita de depressão ($t(63) = -4,62$; $p < 0,001$), em que os primeiros relataram menor qualidade de vida. Todavia, a avaliação efetuada pelos cuidadores não apresentou diferença significante entre os grupos ($t(63) = -1,06$; $p = 0,292$).

Ao efetuar uma correlação parcial, que controlou o efeito do escore total na GDS, verificou-se associação moderada entre as versões da QdV-DA do idoso e do cuidador para o agrupamento que pontuou de maneira significativa para depressão ($r = 0,43$; $p < 0,05$). Porém, a mesma análise não identificou relação entre essas avaliações no grupo de idosos que não apresentou essa característica ($r = 0,20$; $p = 0,231$).

Quanto à pontuação na escala QdV-DA com correção combinada, obteve-se média de 31,62 (DP = 5,23) para indivíduos que apresentaram escores superiores ao ponto de corte na GDS e, ainda, de 36,34 (DP = 3,77) para os que não pontuaram de maneira compatível para depressão. Assim, o nível de qualidade de vida dos idosos com indicativo de depressão foi inferior ao daqueles que não apresentaram esses sintomas de maneira significativa ($t(63) = -4,22$; $p < 0,001$).

A consideração da presença de outras doenças (cardiovasculares, pulmonares, neurológicas etc.), além da própria depressão, verificou que somente quatro idosos (7,3%) não possuíam nenhuma das enfermidades investigadas. Não foi identificada diferença significante na qualidade de vida autoavaliada ($t(53) = 0,60$; $p = 0,552$), na relatada pelo cuidador ($t(53) = -0,61$; $p = 0,543$) e na correção composta ($t(53) = 0,31$; $p = 0,754$), ao ser considerada a presença ou não de doenças. Contudo, esses resultados devem ser considerados com cautela, pois 10 participantes não foram avaliados nesse aspecto. Além disso, como as informações

são oriundas de dois bancos de dados, há diferenças entre os instrumentos usados em um e em outro, o que limitou a interpretação dessa variável.

3.5 Suporte social e qualidade de vida de idosos com declínio cognitivo

A média de pontos alcançados pelos idosos nas cinco questões de suporte social foi 14,84 ($DP = 4,47$), tendo variado entre cinco e 20. Através do Teste Kolmogorov-Smirnov, identificou-se que os escores totais na escala seguiram a distribuição normal ($z = 0,99$; $p = 0,284$).

A Tabela 8 apresenta as cinco questões (ISEL) empregadas para avaliar o suporte social percebido pelos idosos. Observou-se que, em todas, houve diferença estatisticamente significativa entre os cinco pontos de resposta, existindo tendência de prevalecer a resposta ‘sempre’.

Tabela 8 – Análise do suporte social

Itens da ISEL	Nunca		Às vezes		Maioria das vezes		Sempre		χ^2	gl	p
	n	%	n	%	n	%	n	%			
Várias pessoas com quem conversar ao se sentir sozinho	11	19,6	10	17,9	3	5,4	32	57,1	33,57	3	< 0,001
Encontra e conversa com amigos e familiares	8	14,3	21	37,5	3	5,4	24	42,8	21,86	3	< 0,001
Facilidade em encontrar pessoas que possam ajudá-lo nos afazeres	4	7,1	10	17,9	7	12,5	35	62,5	43,29	3	< 0,001
Ter com quem contar quando precisa de sugestão de como lidar com um problema	11	19,6	10	17,9	5	8,9	30	53,6	25,86	3	< 0,001
Ter pelo menos uma pessoa em cuja opinião confia plenamente	16	28,5	9	16,1	1	1,8	30	53,6	32,43	3	< 0,001

N = 56 (86,2%)

Com base na categorização de Sommerhalder (2006), os idosos que responderam o instrumento foram classificados em três subgrupos a partir dos quartis. O primeiro quartil foi denominado baixo suporte social ($n = 15$; 26,8%), que correspondeu aos escores compreendidos entre cinco e 11, o segundo e o terceiro constituíram o subgrupo de médio suporte social ($n = 27$; 48,2%), representado pelos escores superiores a 11 até 18,75 e o quarto

foi designado como alto suporte social ($n = 14$; 25,0%), cujos escores foram superiores a 18,75. Constatou-se que não houve diferenças significantes entre a quantidade de participantes dos três agrupamentos ($\chi^2 = 5,61$; $gl = 2$; $p = 0,061$).

A investigação dos escores no instrumento de qualidade de vida dos três subgrupos identificou, no subgrupo com baixo suporte social, média de 30,06 (DP = 7,24) na escala QdV-DA autorrelatada, de 31,97 (DP = 5,56) na avaliação dos cuidadores e de 30,70 (DP = 5,34) na correção composta. No subgrupo com suporte social médio, a média de escore no autorrelato foi 36,20 (DP = 5,70), na avaliação dos cuidadores foi 34,86 (DP = 4,41) e na correção combinada foi 35,75 (DP = 4,54). Entre os idosos do subgrupo com alto suporte social, o escore médio na autoavaliação foi 36,35 (DP = 5,77), no relato dos cuidadores foi 33,84 (DP = 4,08) e na correção composta foi 35,51 (DP = 4,60). Através da ANOVA, foi possível identificar diferença estatisticamente significativa nos subgrupos para o autorrelato ($F(2,55) = 5,54$; $p < 0,01$), assim como para a correção composta ($F(2,55) = 5,96$; $p < 0,01$), o que não ocorreu para a avaliação efetuada pelos cuidadores ($F(2,55) = 1,84$; $p = 0,168$).

Especificamente, o teste *post hoc* de Tukey da escala autorrelatada revelou que o subgrupo com baixo suporte social diferiu do que teve médio ($p < 0,01$) e alto ($p < 0,05$). Entre os subgrupos com médio e alto suporte social, não foi encontrada diferença estatisticamente significativa ($p = 0,997$). A mesma análise, efetuada para a correção composta, também identificou diferenças entre o agrupamento com baixo suporte social e aqueles com médio ($p < 0,01$) e com alto ($p < 0,05$). Entre os agrupamentos com médio e com alto suporte não houve diferença significante ($p = 0,987$).

Dessa forma, como esperado, na amostra total, identificou-se correlação positiva moderada entre o escore nas cinco questões de suporte social e o autorrelato da qualidade de vida ($r = 0,48$; $p < 0,001$). O mesmo ocorreu com a correção combinada ($r = 0,44$; $p < 0,01$). Todavia, não houve associação entre o suporte social e a avaliação efetuada pelos cuidadores ($r = 0,08$; $p = 0,555$).

3.6 Capacidade funcional e qualidade de vida de idosos com declínio cognitivo

Como descrito anteriormente, a capacidade funcional foi avaliada através das escalas Katz (Katz et al., 1963) e Pfeffer (Pfeffer et al., 1982), as quais visam a investigar atividades básicas e instrumentais de vida diária, respectivamente. Por esse motivo, os resultados em cada modalidade serão apresentados separadamente.

Na escala de Katz, o escore médio foi 4,62 (DP = 1,89), variando entre um e seis. Ressalta-se que escores maiores denotam que mais independente está o indivíduo. O Teste Kolmogorov-Smirnov revelou que os escores na escala de Katz não seguiram a distribuição normal ($z = 2,84; p < 0,001$).

Para associar o desempenho em atividades básicas de vida diária com a qualidade de vida, foi feita correlação de Spearman entre as variáveis. Não foi identificada correlação com o autorrelato da qualidade de vida ($r_s = 0,08; p = 0,508$) nem com a correção combinada ($r_s = 0,20; p = 0,113$). Contudo, verificou-se correlação positiva fraca com a avaliação dos cuidadores ($r_s = 0,36; p < 0,01$). É importante ressaltar que a escala de Katz também foi respondida por eles.

No desempenho em atividades instrumentais de vida diária, a escala de Pfeffer apresentou pontuação média de 15,58 (DP = 10,71), com variação entre zero e 30, sendo que escores mais elevados revelam pior desempenho em atividades instrumentais. O teste Kolmogorov-Smirnov identificou que os escores no instrumento apresentaram distribuição normal ($z = 1,23; p = 0,098$).

A qualidade de vida medida pelo autorrelato na QdV-DA não se correlacionou com o escore da escala de Pfeffer ($r = -0,04; p = 0,757$), assim como a correção composta ($r = -0,14; p = 0,268$). Por outro lado, foi encontrada correlação negativa fraca com a avaliação da qualidade de vida realizada pelos cuidadores ($r = -0,32; p < 0,01$). Destaca-se que a escala de Pfeffer também foi respondida por eles.

A partir do ponto de corte do instrumento, os idosos foram divididos em dois grupos: aqueles com comprometimento funcional (escores acima de cinco) e aqueles com desempenho normal em atividades instrumentais (escores entre zero e cinco). Houve diferença significante na dimensão dos participantes nos agrupamentos ($\chi^2 = 11,21; gl = 1; p < 0,01$). No primeiro grupo ($n = 46; 70,8\%$), a média etária em anos foi de 78,67 (DP = 10,55) e, no segundo ($n = 19; 29,2\%$), a idade média foi de 71,16 anos (DP = 5,43). O Teste t detectou diferença estatisticamente significativa nas médias etárias dos grupos ($t(63) = 2,94; p < 0,01$). Não foi identificada associação entre gênero e capacidade funcional medida pela escala de Pfeffer ao se considerar o ponto de corte ($\chi^2 = 1,96; gl = 1; p = 0,161$).

No grupo comprometido funcionalmente, o escore médio na autoavaliação da qualidade de vida foi de 34,53 (DP = 6,60) e, no relato dos cuidadores, foi de 33,39 (DP = 4,62). O Teste t para amostras pareadas não revelou diferença significante entre eles ($t(45) = 1,15; p = 0,256$). No grupo sem comprometimento funcional, a média no autorrelato da QdV-

DA foi de 35,26 (DP = 5,45) e, na avaliação do cuidador, foi de 35,80 (DP = 5,09). Também não houve diferença estatisticamente significativa entre eles ($t(18) = -0,38; p = 0,711$).

Investigando os escores dos grupos nas versões da escala QdV-DA, através do Teste t , não foi possível identificar diferença significante para o autorrelato ($t(63) = -0,43; p = 0,671$) e para a avaliação dos cuidadores ($t(63) = -1,86; p = 0,068$). Em relação à correção composta, que apresentou média de 34,15 (DP = 5,11) no agrupamento com comprometimento funcional e de 35,44 (DP = 4,45) naquele sem essa característica, também não houve diferença significante entre as médias ($t(63) = -0,96; p = 0,340$).

Os escores nas atividades instrumentais e nas atividades básicas de vida diária, como esperado, correlacionaram-se negativamente ($r_s = -0,46; p < 0,001$). Ainda que a força da correlação seja moderada, evidenciou-se associação entre os dois tipos de capacidade funcional.

3.7 Variáveis associadas à qualidade de vida de idosos com declínio cognitivo

Para investigar o efeito que as variáveis consideradas neste estudo exerceram sobre a qualidade de vida dos idosos nas duas versões da escala e na correção combinada, efetuou-se análise de regressão múltipla. O autorrelato havia apresentado associação com sintomas depressivos e suporte social, conforme verificado por análises de correlação apresentadas anteriormente. Nesse sentido, a análise de regressão considerou essas duas variáveis. O modelo obtido identificou que a sintomatologia depressiva contribuiu de maneira significativa para a autoavaliação da qualidade de vida ($\beta = -1,06; p < 0,001$), não sendo significativo o efeito do suporte social ($\beta = 0,18; p = 0,254$). Dessa maneira, a cada ponto acrescido ao escore na QdV-DA, 1,06 era reduzido na GDS. Esse modelo explicou 34% da variância ($F = 14,14; p < 0,001$).

A avaliação da qualidade de vida realizada pelo cuidador se associou, através de análises correlacionais, à capacidade funcional, tanto às ABVDs quanto às AIVDs. A análise de regressão múltipla revelou que o escore na escala de Katz contribuiu significativamente para a avaliação efetuada pelo cuidador ($\beta = 0,73; p < 0,05$) e, também, que o desempenho em AIVDs não apresentou efeito significante ($\beta = -0,08; p = 0,179$). Por meio desse modelo, o qual explicou 14% da variância ($F = 6,21; p < 0,01$), a cada ponto acrescido ao escore na QdV-DA dessa versão, era acrescido 0,73 à escala de Katz.

Para a análise de regressão múltipla que considerou a correção composta, foram utilizadas como variáveis explicativas a sintomatologia depressiva e o suporte social,

segundo o mesmo critério empregado para as versões anteriores. O escore na GDS foi a variável que contribuiu de maneira significativa para essa avaliação ($\beta = -0,96$; $p < 0,001$), sendo que o efeito do suporte social não foi significativo ($\beta = 0,15$; $p = 0,279$). Assim, nesse modelo que explicou 36% da variância ($F = 16,07$; $p < 0,001$), a cada ponto acrescido à qualidade de vida de acordo com a correção composta, 0,96 era subtraído do escore na GDS.

4 DISCUSSÃO

As pesquisas sobre a qualidade de vida de indivíduos com declínio cognitivo, em especial, a demência, ainda se encontram em fase inicial, mesmo no contexto internacional. Elas têm focado mais em questões conceituais de mensuração do construto e nas propriedades psicométricas dos instrumentos desenvolvidos. Entretanto, essas escalas já estão sendo utilizadas em estudos transversais e longitudinais. Banerjee et al. (2009) ressaltam que essas pesquisas são fundamentais, pois permitem considerar a relação entre qualidade de vida em demência e variáveis de importância clínica, como cognição, capacidade funcional, distúrbios comportamentais, depressão e sobrecarga ao cuidador. O presente trabalho se enquadra no escopo do segundo grupo de pesquisas sobre qualidade de vida e declínio cognitivo, uma vez que buscou associar essas duas variáveis a outras de elevada relevância para a saúde na velhice.

Os resultados obtidos evidenciaram que, dentre as múltiplas variáveis investigadas, aquela que efetivamente mostrou uma associação significativa com a qualidade de vida dos idosos com declínio cognitivo foi ‘sintomas depressivos’, relação verificada com a autoavaliação da qualidade de vida e com a correção composta da escala QdV-DA, que privilegia esse relato. O achado é consonante com outras pesquisas que investigaram indivíduos com demência (Hoe et al., 2006; Logsdon et al., 2002; Novelli, 2007; Smith et al., 2005). Apesar de o presente estudo não ter sido realizado com idosos que apresentassem esse diagnóstico, mas com aqueles com declínio cognitivo, segundo os pontos de corte propostos por Almeida (1998) para o MEEM, a comparação entre os resultados pode contribuir para a ampliação do conhecimento acerca da relação entre essas variáveis.

Novelli (2007), por exemplo, ao afirmar que os estudos sobre qualidade de vida em demência têm se desenvolvido especialmente na área de avaliação, evidencia a publicação de estudos associando o construto a sintomas comuns nos quadros demenciais, como a presença de depressão. Em seu estudo de validação da QdV-DA para o português, em 2006, a autora identificou associação da qualidade de vida com sintomas depressivos no autorrelato, na avaliação do cuidador e na correção composta da escala, conforme relatado anteriormente neste trabalho. A revisão de literatura sistemática efetuada por Banerjee et al. (2009) reitera esses achados ao descrever um padrão que associa depressão à qualidade de vida nos relatos do paciente e do cuidador, embora não tenham detectado essa relação de maneira consistente nos quadros demenciais severos.

Logsdon et al. (2004) examinaram, em indivíduos participantes de ensaio clínico

controlado com uma intervenção comportamental, a relação entre mudanças nos níveis de depressão, ansiedade, sobrecarga e senso de competência do cuidador com as três versões da QOL-AD. Entre outros resultados, relataram associação entre depressão e qualidade de vida, tanto no pré quanto no pós-teste. No estudo em que as mesmas autoras descreveram essa escala, 177 idosos com demência, acompanhados em ambulatório, e seus cuidadores, foram avaliados. Foi investigada a relação entre variáveis como depressão e capacidade funcional com a qualidade de vida autorrelatada e a avaliada por informantes. A GDS, utilizada para avaliar os sintomas depressivos, da mesma forma que a QOL-AD, foi respondida pelos idosos e pelos cuidadores. As autoras concluíram que a depressão, independente do status cognitivo, apresentou forte impacto na qualidade de vida, ou seja, em idosos com níveis diferentes de declínio cognitivo, as associações negativas entre as variáveis se mantiveram (Logsdon et al., 2002).

A mesma relação foi identificada por Smith et al. (2005), os quais, ao desenvolverem e validarem uma medida de qualidade de vida para pessoas com demência (DEMQOL), a partir das respostas de 101 indivíduos e seus cuidadores ($n = 99$), verificaram associação negativa entre essa medida e sintomas depressivos medidos pela GDS. Destaca-se que esse último instrumento foi respondido somente pelo cuidador. Nesse estudo, a correlação negativa foi forte quando se associou GDS e DEMQOL respondidos pelo cuidador e fraca ao correlacionar a medida de qualidade de vida autorrelatada e os sintomas depressivos identificados pelos cuidadores.

Essa relação não tem sido encontrada somente em indivíduos demenciados, mas também naqueles com declínio cognitivo leve, comprometimento que não caracteriza a demência. Um estudo realizado na Tailândia, por exemplo, objetivou investigar a relação entre fatores demográficos, depressão e qualidade de vida de indivíduos residentes na comunidade que apresentavam essa perda de capacidade cognitiva. Foi identificada, através do WHOQOL-BREF, versão abreviada da escala de qualidade de vida do grupo da OMS, e da GDS, correlação negativa estatisticamente significativa entre qualidade de vida e sintomatologia depressiva (Muangpaisan, Assantachai, Intalapaporn, & Pisansalakij, 2008).

Uma busca recente (02 de outubro, 2009) por estudos publicados entre 2004 e 2008 nas bases de dados PsycINFO (American Psychological Association, 2009) e PubMed (U.S. National Library of Medicine and the National Institutes of Health, 2009) encontrou, na primeira, 55 publicações indexadas com os termos ‘qualidade de vida’ e ‘depressão’, sendo que 20 eram referentes a pessoas com 65 ou mais anos. Na segunda, utilizando os mesmos descritores, 2497 publicações foram recuperadas e, dentre elas, 1177 eram relacionadas a essa

faixa etária. Através desse procedimento foi possível verificar que a associação entre depressão e qualidade de vida tem sido amplamente investigada e que, geralmente, é obtida correlação negativa entre os dois construtos, mesmo entre idosos cognitivamente saudáveis (p.ex. Angermeyer, Holzinger, Matschinger, & Stengler-Wenzke, 2002; Chachamovich et al., 2008; Chan, Chien, Thompson, Chiu, & Lam, 2006).

Beck, Rush, Shaw e Emery (1997) destacam que a interpretação negativa que o indivíduo apresenta acerca de si mesmo, de suas experiências atuais e de seu futuro é um dos sintomas mais característicos da depressão. De acordo com o modelo cognitivo, a ativação desses padrões cognitivos negativos tem como consequência afeto negativo, redução da motivação, apatia e baixa energia.

Especificamente em idosos, a depressão apresenta algumas peculiaridades. Além de seu desenvolvimento apresentar um caráter multifatorial, nessa faixa etária, há uma diminuição da resposta emocional, denominada erosão afetiva, que acarreta predomínio de sintomas como diminuição do sono, perda de prazer nas atividades habituais, ruminações sobre o passado, perda de energia e preocupação com doenças físicas, sendo que o humor deprimido não se apresenta como um sintoma tão relevante (Bottino & Aparício, 2007; Gazalle, Lima, Tavares, & Hallal, 2004). Knauper e Wittchen (1994, citado por Batistoni, 2007) acrescentam que idosos tendem a identificar a depressão mais com sintomas somáticos – entre os quais se destacam cansaço, esforço e dificuldade de concentração, por exemplo – do que com sintomas afetivos. É possível perceber, assim, a influência da sintomatologia depressiva sobre muitos aspectos da vida e do funcionamento dos idosos (Chan et al., 2006).

Partindo dessas considerações acerca da sintomatologia depressiva, doravante serão destacados os resultados do presente trabalho, que identificaram diferenças quanto às avaliações da qualidade de vida sob duas perspectivas: (1) amostra geral e (2) estratificação da amostra de acordo com a presença de sintomas depressivos. Na primeira condição, ou seja, considerando a amostra geral, não houve diferença significativa entre a autoavaliação da qualidade de vida e o relato do cuidador, algo que é dissonante de outros estudos (Novella et al., 2001).

Além da semelhança entre as médias dos relatos da qualidade de vida geral, ao compor os três subgrupos a partir da categorização dos escores na QdV-DA (baixa, média e alta qualidade de vida), identificaram-se discordância (53,8%) e concordância (46,2%) análogas entre os relatos. Assim, no estudo realizado, idosos e cuidadores avaliaram a qualidade de vida no mesmo sentido (correlação positiva fraca), com a mesma intensidade (inexistência de diferença entre as médias) e com os agrupamentos dos relatos em níveis

tendendo a convergir e divergir em igual proporção.

Embora um estudo meta-analítico tenha investigado resultados de pesquisas que analisaram a concordância entre auto e heteroavaliações da qualidade de vida e identificado, na maioria dos trabalhos, correlações moderadas a fortes entre elas, seus autores não investigaram somente trabalhos realizados com idosos nem com amostras de indivíduos com declínio cognitivo. A maioria deles foi efetuada com pacientes com câncer ou outras patologias, como doença renal, HIV e epilepsia, por exemplo. Apenas três desses estudos foram realizados com idosos, sendo que em um não houve associação significativa e nos outros dois ela foi fraca, assim como ocorreu no presente trabalho (Sneeuw, Sprangers, & Aaronson, 2002).

Destaca-se, ainda, a variabilidade nas médias obtidas pelos estudos que empregaram versões da QdV-DA (Tabela 9). Quanto ao autorrelato, é possível classificar o resultado obtido pela presente dissertação como intermediário, pois há escores mais (Novelli, 2006) e menos (Inouye, Pedrazzani, Pavarini, & Toyoda, 2009) elevados. No relato do cuidador, assim como na correção composta, as médias verificadas neste estudo se encontram entre as mais elevadas, sendo, na primeira versão, superada pela encontrada por Logsdon et al. (2002), e, na segunda, pela de Novelli (2006), em relação à amostra de pacientes com grau leve de demência. Ressalta-se que essas comparações devem ser consideradas de forma parcimoniosa, visto que o tamanho e as características das amostras que constituíram os estudos, como nacionalidade e origem (comunidade, ambulatórios, ILPIs, etc), por exemplo, são diferentes.

Tabela 9 – Médias obtidas em estudos que empregaram versões da QdV-DA

Estudos sobre Qualidade de Vida	Autorrelato			Relato do Cuidador			Correção Composta		
	n	\bar{X}	DP	n	\bar{X}	DP	n	\bar{X}	DP
Logsdon et al. (2002)	--	--	--	155	33,1	5,9	--	--	--
Thorgrimsen et al. (2003) ^a	60	33,5	6,3	--	--	--	--	--	--
Thorgrimsen et al. (2003)	201	33,3	5,8	--	--	--	--	--	--
Hoe et al. (2005)	--	--	--	--	--	--	41	32,8	6,2
Hoe et al. (2006)	123	33,1	6,9	224	29,9	6,3	--	--	--
Novelli (2006) ^b	30	36,8	5,2	30	33,3	5,0	30	35,6	4,4
Novelli (2006) ^c	30	36,1	5,3	30	28,3	6,0	30	33,5	4,6
Hurt et al. (2008)	46	35,1	6,4	116	30,8	7,2	--	--	--
Inouye et al. (2009)	53	29,3	6,3	--	--	--	--	--	--
Machado et al. (2009)	--	--	--	--	--	--	12	30,3	6,5
Presente estudo	65	34,7	6,2	65	34,1	4,8	65	34,5	4,9

^a Idosos participantes de grupos focais; ^b Idosos com Doença de Alzheimer provável, grau leve; ^c Idosos com Doença de Alzheimer provável, grau moderado

Ao considerar a análise dos itens da QdV-DA, na amostra geral, a ‘saúde física’ e a

‘relação com a família’ apresentaram diferença entre auto e heterorrelatos. Essa comparação identificou que os idosos perceberam sua saúde de maneira inferior e o relacionamento familiar de maneira superior ao cuidador.

Novella et al. (2001), ao investigarem idosos com demência e seus cuidadores, identificaram baixa concordância no relato da saúde percebida, sendo que os primeiros a avaliaram de maneira superior. Embora não tenham sido encontrados resultados semelhantes ao do presente estudo, na literatura revisada, propõe-se a hipótese de que, uma vez que muitos indivíduos são portadores de doenças associadas ao envelhecimento, a avaliação inferior efetuada pelos idosos no item ‘saúde física’ seja decorrente da alta probabilidade de ocorrência de sintomas somáticos nos quadros de depressão (Carvalho & Fernandez, 2002).

Quanto aos relacionamentos sociais, observam-se resultados divergentes. Trentini (2004) também identificou relato superior de idosos nesse domínio, que inclui a relação com a família, ao comparar o escore médio de idosos sem demência e seus cuidadores nos domínios do WHOQOL-100. Todavia, Novella et al. (2001) não verificaram diferença nessas avaliações em questões que se referiam aos relacionamentos.

Ainda que na presente dissertação não se tenha detectado, na amostra geral, diferença entre a autoavaliação da qualidade de vida e aquela efetuada pelo cuidador, como mencionado anteriormente, a literatura apresenta pesquisas que comparam essas avaliações, ressaltando que os cuidadores, independente do status cognitivo do idoso, costumam relatar a qualidade de vida desses indivíduos de maneira inferior ao autorrelato (Hurt et al., 2008; Logsdon et al., 2002; Naglie, 2007; Novella et al., 2001; Trentini, 2004).

É possível que essas discrepâncias sejam decorrentes das condições do cuidador, como cansaço ou depressão, ou, ainda, de sua relação atual e prévia com o idoso (Trentini, 2004). Novella et al. (2001) destacam, também, a tendência de os indivíduos atribuírem um maior peso às informações negativas do que às positivas ao avaliarem os outros. Considerando os fatores relacionados aos idosos, o declínio cognitivo pode constituir uma limitação para a avaliação (Trigg et al., 2007). Outro fator a ser destacado é a utilização de mecanismos de autorregulação do *self*, que permitem aos idosos, por exemplo, minimizar e condescender sua condição por meio da autoestima e do autoconceito, de processos de comparação com outros que estão em situação pior, de estratégias de enfrentamento ou de seleção, otimização e compensação (Moyle et al., 2007; Neri, 2007; Ready, Ott, & Grace, 2004). O caráter subjetivo e multidimensional do construto qualidade de vida e a relativa importância que o indivíduo atribui aos fatores a ele relacionados são acrescidos a essas possibilidades (Byrne-Davis, Bennett, & Wilcock, 2006). Dessa maneira, os cuidadores

seriam mais criteriosos na avaliação, enfatizando as mudanças ocorridas e as limitações dos idosos, sendo, então, mais negativistas (Smith et al., 2005).

Ao considerar a segunda condição destacada anteriormente, isto é, a investigação dos indivíduos agrupados de acordo com a sintomatologia depressiva, neste trabalho, identificou-se, no entanto, diferença entre as percepções autorrelatadas daqueles sem suspeita de depressão e seus cuidadores, fato ocorrido de modo semelhante aos achados mencionados em outros estudos. Assim, nesse agrupamento, a autoavaliação da qualidade de vida foi mais positiva do que a efetuada pelos cuidadores. Por outro lado, no grupo que pontuou de maneira compatível para depressão, essa percepção foi análoga entre idosos e cuidadores, ressaltando que o autorrelato, bem como a correção combinada da QdV-DA, que privilegia a autoavaliação, foram significativamente inferiores ao dos indivíduos não deprimidos e que, também, a avaliação do cuidador não apresentou diferença entre esses grupos. É possível que a sintomatologia depressiva – e suas repercuções no funcionamento do indivíduo – tenha se associado à percepção dos idosos de sua qualidade de vida como sendo inferior.

Assim, a associação – menores níveis de qualidade de vida e presença de sintomas de depressão – constitui uma hipótese para explicar a equiparação entre a autoavaliação e o relato dos cuidadores no grupo de idosos que obtiveram escores superiores ao ponto de corte na GDS. O mesmo também foi identificado no trabalho de Trentini (2004), realizado com idosos não portadores de demência e seus cuidadores. A autora destaca que a maior intensidade de depressão nos idosos favoreceu a aproximação da sua opinião sobre a qualidade de vida com aquela fornecida pelos cuidadores. Shmuely, Baumgarten, Rovner e Berlin (2001) também sugerem essa hipótese e destacam a dupla relação entre essas variáveis, em que a depressão poderia limitar a qualidade de vida, ou mesmo que a qualidade de vida prejudicada poderia fazer com que os indivíduos se tornassem deprimidos. De acordo com Chan et al. (2006), é possível que essa associação se deva ao fato de os sintomas depressivos afetarem muitos aspectos do funcionamento diário dos idosos, podendo repercutir em sua percepção da qualidade de vida.

Diferentemente da pesquisa de Logsdon et al. (2002), os resultados do presente estudo acerca da associação entre qualidade de vida e sintomas depressivos não encontraram relações significativas entre as variáveis quando a primeira foi relatada pelo cuidador. Essas autoras também investigaram os sintomas depressivos nos idosos através de auto e heterorrelatos, o que não ocorreu no presente trabalho, em que a avaliação foi efetuada somente pelo idoso. Assim, é possível que, neste estudo, a presença de respondentes distintos tenha influenciado a relação entre as variáveis, o que também foi argumentado por Naglie et

al. (2006). Os autores, em pesquisa que objetivou expandir o conhecimento sobre as propriedades de instrumentos de qualidade de vida na demência, que utilizavam avaliações efetuadas pelo idoso e pelo cuidador, também não identificaram associação entre qualidade de vida relatada por um informante e sintomatologia depressiva autoavaliada. Da mesma forma que no presente trabalho, foi verificada relação quando os autores investigaram sintomas depressivos e qualidade de vida autorrelatados. Reitera-se, com base no estudo já mencionado de Smith et al. (2005), que, embora tenham detectado associação negativa entre depressão e qualidade de vida, tanto no auto quanto no heterorrelato, ela foi forte quando os dois construtos foram avaliados pelo mesmo informante e fraca quando avaliados por respondentes distintos.

Em consonância com esses achados, Hoe et al. (2006), que utilizaram as escalas QOL-AD e *Cornell Scale for Depression in Dementia* (Alexopoulos, Abrams, Young, & Shamoian, 1988) para investigar qualidade de vida e sintomas depressivos, respectivamente, identificaram que a autoavaliação dos idosos acerca da qualidade de vida, através de análise de regressão, foi fortemente associada com sintomas de depressão, o que não ocorreu com o relato dos cuidadores. Novelli (2006), por outro lado, identificou, exceto em pacientes com demência moderada, relação entre as variáveis, mesmo com a GDS sendo respondida pelo idoso e a QdV-DA pelo cuidador.

As discrepâncias entre os resultados de, por um lado, Logsdon et al. (2002) e Novelli (2006) e, por outro, Hoe et al. (2006) e a presente dissertação, podem ser decorrentes de fatores metodológicos, como diferenças nas populações de estudo e nos instrumentos utilizados. Além de essas pesquisas terem sido realizadas em países diferentes, exceto a de Novelli (2006), que também é brasileira, há amostras ambulatoriais (Logsdon et al., 2002; Novelli, 2006), de idosos institucionalizados (Hoe et al., 2006), e mista, composta por indivíduos residentes na comunidade e em ILPIs (presente trabalho). Destaca-se, ainda, que, diferente dos outros estudos, nesta dissertação os idosos não foram diagnosticados com demência. Sobre as medidas, embora todos esses trabalhos tenham empregado as versões da mesma escala de qualidade de vida (QOL-AD ou QdV-DA), nos de Logsdon et al. (2002) e de Novelli (2006), assim como neste trabalho, utilizou-se a GDS para aferir a sintomatologia depressiva, instrumento não específico para indivíduos com demência, enquanto no estudo de Hoe et al. (2006) foi empregada a *Cornell Scale for Depression in Dementia*.

Enquanto a sintomatologia depressiva foi a principal variável associada ao autorrelato da qualidade de vida no presente estudo, os instrumentos que investigaram a ‘capacidade funcional’, especialmente as ABVDs, relacionaram-se com a avaliação efetuada

pelo cuidador. Embora o desempenho em AIVDs também tenha se associado a essa versão da escala QdV-DA, na análise de regressão múltipla, não apresentou efeito significante. Banerjee et al. (2009) destacam que o padrão de associação entre limitação em atividades e qualidade de vida em demência é menos claro do que quando se trata de depressão, havendo maior variabilidade entre os resultados dos estudos.

Uma pesquisa que analisou os dados psicométricos da versão da QOL-AD em pacientes com doença de Alzheimer não identificou associação entre capacidade funcional e qualidade de vida (Fuh & Wang, 2006), assim como Banerjee et al. (2006), os quais investigaram as variáveis através do relato de cuidadores. Por outro lado, um estudo identificou associação moderada entre a correção composta da QdV-DA e capacidade funcional (Hoe, Katona, Roch, & Livingston, 2005) e outro detectou esta variável como o principal fator de influência sobre a qualidade de vida de idosos com demência (Andersen, Wittrup-Jensen, Lolk, Andersen, & Kragh-Sorensen, 2004). Outros trabalhos também encontraram resultados semelhantes ao da presente dissertação, descrevendo associação entre qualidade de vida avaliada pelo cuidador e níveis de dependência (Hoe et al., 2006). Novelli (2006), por exemplo, identificou relação entre esse relato da qualidade de vida e capacidade funcional (tanto ABVDs quanto AIVDs). No estudo de Moyle et al.(2007), em que a avaliação da capacidade funcional foi efetuada por cuidadores – e somente no que se refere ao desempenho em ABVDs – foi verificado que idosos demenciados com menor capacidade de executar tarefas de autocuidado relataram qualidade de vida inferior àqueles mais preservados.

Embora Banerjee et al. (2009) tenham detectado mais discrepâncias nos estudos que investigaram a relação entre capacidade funcional e qualidade de vida, eles destacam que ela parece ser mais forte para avaliações efetuadas pelo cuidador e em quadros severos de demência. Assim, é importante ressaltar que, no processo de declínio cognitivo, o déficit no desempenho de AIVDs é anterior ao de ABVDs, sendo possível que, em seu início, os idosos não estejam conscientes de um prejuízo ou mesmo o neguem, diferente dos seus cuidadores, e, por isso, não o relacionem à menor qualidade de vida. No entanto, com o avanço do declínio cognitivo e a maior dependência em ABVDs, eles passam a requerer maior assistência e, nesse momento, sua consciência acerca dos déficits pode aumentar, exercendo maior impacto na percepção da qualidade de vida, conforme destacado por Logsdon et al. (2002). Essas autoras, ao utilizarem uma escala respondida pelo cuidador para avaliar as ABVDs e as AIVDs dos idosos, identificaram que as primeiras foram significativamente associadas ao autorrelato da qualidade de vida, assim como à avaliação do cuidador, enquanto

as últimas se relacionaram somente com o relato do cuidador.

É possível que, no presente trabalho, o comprometimento em AIVDs não tenha sido suficiente para que os idosos o associassem à menor qualidade de vida, o que também pode ter ocorrido com os cuidadores, visto que, na análise de regressão múltipla, o efeito dessa variável não foi mais significativo, como havia se mostrado na correlação de Pearson. Por outro lado, a percepção de comprometimento em ABVDs pode ter sido mais evidente para os cuidadores por caracterizar uma maior dependência e, assim, influenciado sua avaliação da qualidade de vida dos idosos. A composição da amostra com idosos residentes na comunidade, mais preservados e institucionalizados, com possibilidade de maior comprometimento funcional, pode, também, ter influenciado os achados.

Além disso, reitera-se que uma hipótese para a inexistência de associação, neste estudo, entre qualidade de vida autorrelatada e capacidade funcional, é decorrente de as escalas que avaliaram essa função terem sido respondidas pelos cuidadores. Naglie et al. (2006) servem como base para essa afirmação ao relatarem seus achados referentes à autoavaliação da qualidade de vida, que apresentou correlações relativamente fracas com ABVDs e AIVDs, diferentemente do relato do cuidador, cujas associações foram mais fortes. Segundo os autores, o fato de, em seu trabalho, a avaliação da capacidade funcional dos idosos ter sido efetuada pelos cuidadores pode justificar esse achado, ratificando que a existência de respondentes distintos na avaliação dessas variáveis resultaria em vieses.

O achado referente à ausência de associação entre a correção composta da QdV-DA e a capacidade funcional é, provavelmente, decorrente do maior peso conferido ao autorrelato na média ponderada. Apesar dessa característica, Novelli (2006), utilizando o mesmo instrumento, identificou relação entre essa correção e as ABVDs. Todavia, sua amostra foi composta por indivíduos diagnosticados com grau leve e moderado de demência, que talvez apresentassem maior comprometimento funcional do que os idosos do presente estudo, os quais não foram diagnosticados com essa patologia, mas, reitera-se, foram selecionados a partir de pontuações inferiores aos pontos de corte no MEEM.

Ainda em relação à capacidade funcional, a amostra total foi estratificada de acordo com o ponto de corte na escala de Pfeffer. Entre os idosos comprometidos em AIVDs, bem como entre os não comprometidos, não foram obtidas diferenças entre a qualidade de vida autorrelatada e a avaliada pelo cuidador. Além disso, não houve diferença na qualidade de vida dos idosos dos dois grupos em nenhuma das versões da escala QdV-DA, incluindo a correção composta. É possível que, assim como comentado, por não se tratar de declínio na execução de tarefas de autocuidado e, por isso, não implicar em maior dependência, os idosos

e seus cuidadores ainda não tenham associado esse prejuízo à menor qualidade de vida.

Outra variável que se associou à qualidade de vida dos idosos com declínio cognitivo, porém somente através de análises correlacionais, foi o suporte social, resultado obtido para a autoavaliação da qualidade de vida e para a correção composta da QdV-DA. A literatura apresenta diversos estudos que destacam a importância dos relacionamentos interpessoais para a qualidade de vida de idosos, seja entre indivíduos com déficit cognitivo ou saudáveis (Byrne-Davis et al., 2006; Moyle et al., 2007; Vecchia, Ruiz, Bocchi, & Corrente, 2005). Um estudo irlandês com 1299 idosos residentes na comunidade, os quais apresentavam escore inferior a 24 no MEEM, destacou que a solidão é comum no envelhecimento e que a inexistência de uma rede de suporte social integrada foi associada ao declínio na satisfação com a vida autorrelatada (Golden et al., 2009). Sommerhalder (2006) conclui que o suporte social pode funcionar como um amortecedor do impacto dos eventos de vida estressantes, podendo, assim, interferir no bem-estar do indivíduo.

Contudo, como mencionado anteriormente, uma análise mais robusta (regressão múltipla) não revelou efeito significativo do suporte social sobre a qualidade de vida autorrelatada nem sobre a correção composta da escala QdV-DA. Embora a literatura enfatize sua importância para a manutenção de boa qualidade de vida, o trabalho de Paskulin et al. (2009), que investigou 288 idosos brasileiros residentes na comunidade, não especificamente com declínio cognitivo, através da mesma análise estatística, também não identificou associação significativa entre qualidade de vida e suporte social percebido. Uma hipótese aventada para explicar esse achado diz respeito à associação de outras variáveis a essa relação, de modo que o suporte social exerça um efeito indireto sobre a qualidade de vida.

Ao estratificar a amostra de acordo com os quartis de suporte social, foi verificado que os indivíduos com baixo suporte apresentaram qualidade de vida inferior à daqueles com médio e alto, de acordo com o autorrelato e com a correção composta da escala. No entanto, não houve diferenças na qualidade de vida dos idosos com médio e alto suporte social. Assim, é possível que o quartil médio atue como uma espécie de ponto de corte – algo que não existe na ISEL – para o suporte social e, a partir desse nível, os escores não teriam relação direta com a qualidade de vida.

A qualidade de vida relatada pelo cuidador, por sua vez, não apresentou associação com os níveis de suporte social. A comparação com os estudos anteriores (Byrne-Davis et al., 2006; Golden et al., 2009; Moyle et al., 2007; Vecchia et al., 2005) é limitada, visto não terem investigado a relação entre essas variáveis com a qualidade de vida avaliada por um cuidador. No entanto, é possível que a ausência de associação identificada no presente estudo se refira à

utilização de respondentes distintos para essas avaliações subjetivas.

As demais variáveis investigadas neste trabalho não se associaram à qualidade de vida dos idosos. Ao considerar o contexto onde viviam, comunidade ou ILPIs, seria fundamental refletir sobre o tipo de acolhimento recebido nas instituições. Embora a qualidade de vida dos indivíduos institucionalizados possa ser influenciada pelas alterações implicadas na sua mudança para a ILPI – como, por exemplo, a redução do suporte social ou o menor contato com os integrantes dessa rede e a existência de doenças crônicas que tenham motivado a institucionalização e limitado a capacidade funcional do idoso –, as condições oferecidas pela instituição podem contribuir para a manutenção ou o aprimoramento da qualidade de vida do residente. Assim, a existência de um local seguro, que ofereça recepção e tratamento mais acolhedores pelos profissionais, a estabilidade em relação ao cuidador e a melhor comunicação entre profissionais e residentes, entre outras características, podem favorecer a qualidade de vida do idoso institucionalizado (Zimmerman et al., 2005; Born & Boechat, 2006). Nesse contexto, é preciso destacar que as ILPIs, de onde parte da amostra do presente estudo foi recrutada, têm caráter privado e, assim, apresentam maior possibilidade de oferecer conforto e acolhimento adequados aos idosos.

A esse respeito, Banerjee et al. (2009) destacaram que não há dados consistentes sobre diferenças na qualidade de vida dos indivíduos em relação ao ambiente de cuidado. Drageset et al. (2008), por exemplo, utilizando a escala SF-36, que apresenta oito dimensões (funcionamento físico, saúde geral, saúde mental, dor corporal, limitação de função relacionada a problemas físicos, limitação de função relacionada a problemas emocionais, funcionamento social e vitalidade), investigaram idosos institucionalizados e residentes na comunidade e verificaram qualidade de vida inferior nos primeiros, exceto para as dimensões ‘dor corporal’ e ‘limitação de funções’ (físicas e emocionais). Por outro lado, em estudo epidemiológico, Andersen et al. (2004), assim como no presente trabalho, não identificaram diferenças entre a qualidade de vida de idosos institucionalizados e residentes na comunidade.

As discrepâncias entre os achados podem ser devidas, além do caráter subjetivo relacionado à percepção da qualidade de vida, às diferenças culturais, aos distintos tipos de ILPIs considerados e às características das amostras. Entre os estudos apresentados (Andersen et al., 2004; Banerjee et al., 2009; Drageset et al., 2008), incluindo o presente, há variabilidade quanto aos países em que foram realizados, às características das instituições e aos níveis cognitivos em que os idosos se encontravam.

Ao considerar as variáveis demográficas, a revisão sistemática efetuada por Banerjee et al. (2009), analisando associações entre qualidade de vida e gênero, dá suporte ao achado

do presente trabalho, visto que em nenhum dos estudos investigados foi identificado efeito dessa variável sobre a qualidade de vida. De maneira similar, Karlawish, Casarett, Klocinski e Clark (2001), que investigaram a relação entre diversos fatores e o relato da qualidade de vida efetuado pelo cuidador, também não verificaram sua associação com gênero. O mesmo ocorreu em outras investigações (Fuh & Wang, 2006; Muangpaisan et al., 2008). Smith et al. (2005) não detectaram associação entre as variáveis, utilizando a escala DEMQOL, mas, ao empregarem a QOL-AD, identificaram relação entre elas somente em indivíduos com demência severa, sendo a qualidade de vida relatada pelo cuidador.

De modo semelhante ao presente trabalho, que não verificou relação entre a idade do indivíduo e sua qualidade de vida, Fuh e Wang (2006) também não encontraram associações entre essas variáveis, seja para o auto ou para o heterorrelato. O mesmo ocorreu no estudo de Hoe et al. (2005), que avaliou a qualidade de vida de indivíduos demenciados (com MEEM inferior a 12) residentes na comunidade através da correção composta da QOL-AD. Em pesquisa que, entre outros objetivos, investigou a qualidade de vida de grupos de idosos com demência, declínio cognitivo leve e controles, além de fatores associados a ela, Ready et al. (2004) não verificaram efeito da idade na amostra total. Banerjee et al. (2009) sustentam esse achado, pois, dentre os estudos que investigaram na revisão sistemática, praticamente todos não identificaram associação entre idade e qualidade de vida. A exceção, nesse caso, foi uma pesquisa que verificou correlação positiva entre as variáveis (Banerjee et al., 2006). Outro estudo que identificou a mesma relação entre elas foi o de Smith et al. (2005), considerando a autoavaliação através da QOL-AD e da DEMQOL, e, ainda nesta, o relato do cuidador. Entre idosos saudáveis, Paskulin et al. (2009) verificaram que aqueles com idade superior a 80 anos reportaram melhor qualidade de vida. Muangpaisan et al. (2008), por sua vez, verificaram diferenças entre indivíduos de 60 a 69 anos e de 70 anos ou mais com declínio cognitivo leve no domínio Físico do WHOQOL-BREF, sendo que os mais idosos relataram pior performance física. No entanto, destacam que não houve um padrão de desempenho decrescente ao considerar todas as faixas etárias, impossibilitando concluir um efeito direto da idade sobre esse domínio da qualidade de vida.

A discussão desses achados deve retomar a argumentação de Neri (2007) que ressalta que a idade e o gênero, apesar de isoladamente não serem causais, são variáveis antecedentes importantes, uma vez que sintetizam diversas influências. Assim, embora o gênero não tenha se associado diretamente à qualidade de vida dos idosos desta amostra, pode, indiretamente, estar relacionado à maior morbidade, incapacidade funcional e depressão, por exemplo. Embora mais longevas, as mulheres são mais sobrecarregadas do que os homens por esses

males (Neri, 2001). Da mesma forma, a idade envolve outras características, como a maior exposição a eventos derivados de perdas na saúde, na funcionalidade física, no funcionamento intelectual, no exercício de papéis e nas relações sociais, mesmo que o indivíduo tenha condições de vida mais favoráveis (Neri, 2007). Então, a relação entre idade e qualidade de vida pode, também, estar associada a outras variáveis.

No que se refere à situação conjugal, o estudo de Zimmerman et al. (2005), que investigou a qualidade de vida de idosos residentes em diferentes tipos de instituições, não identificou associação entre essas variáveis, assim como no presente estudo. O mesmo resultado foi relatado por Muangpaisan et al. (2008), ao investigarem idosos com declínio cognitivo leve. Embora a literatura revisada sobre o tema não seja extensa, pode-se considerar a hipótese de que, da mesma forma que o gênero e a idade, o estado civil do idoso seja uma variável com influência indireta sobre a qualidade de vida.

A história educacional dos idosos com declínio cognitivo, investigada através das variáveis anos e nível de escolaridade, satisfação com o tempo de estudo, participação em atividades educacionais fora da escola, aceitação em participar de atividade educacional, frequência semanal de leitura e avaliação de atividades educacionais, assim como mencionado, também não se associou à qualidade de vida dos idosos. Há que se destacar que não foram identificados estudos sobre qualidade de vida e educação que tiveram amostras com características análogas às dos participantes da presente dissertação e que avaliaram as mesmas variáveis educacionais aqui consideradas. Há exceções para o nível educacional estratificado (Muangpaisan et al., 2008; Paskulin et al., 2009) e os anos de escolaridade (Fuh & Wang, 2006; Hoe et al., 2005; Logsdon et al., 2002; Novelli, 2006; Ready et al., 2004).

Outros trabalhos também não identificaram associação entre anos e nível de escolaridade com qualidade de vida, seja através do autorrelato e da avaliação do cuidador (Fuh & Wang, 2006; Logsdon et al., 2002), ou da correção combinada da QOL-AD (Hoe et al., 2005). Ready et al. (2004), utilizando outro instrumento para avaliar qualidade de vida (*Dementia Quality of Life Scale*), também não verificaram associação entre as variáveis, tanto no auto quanto no heterorrelato. Segundo Banerjee et al. (2009), esses achados sugerem que, enquanto maiores níveis de escolaridade podem ser considerados como protetores para o desenvolvimento da demência, uma vez que o indivíduo apresenta esse quadro, a escolarização não afeta sua qualidade de vida.

Em contrapartida, Hoe et al. (2006) apresentaram estudos em que se identificou associação positiva entre nível educacional e qualidade de vida. Em idosos com declínio cognitivo leve, verificou-se que aqueles com um a quatro anos de escolaridade apresentaram

qualidade de vida inferior à dos com mais de nove anos (Muangpaisan et al., 2008). No Brasil, Novelli (2006) identificou associação positiva entre as variáveis em idosos com demência, com a qualidade de vida sendo autorrelatada, assim como observaram Paskulin et al. (2009), investigando idosos residentes na comunidade.

Deve-se considerar que, embora a média de escolaridade dos idosos do presente estudo (4,1 anos) tenha sido superior à nacional (3,4 anos), ela foi menor do que a encontrada nas capitais dos estados da região sudeste, conforme verificado pelo Censo de 2000 em idosos responsáveis pelo domicílio (IBGE, 2002). Apesar disso, a maioria da amostra declarou estar satisfeita com seu tempo de estudo e não aceitar participar de atividades educacionais, se fosse convidada.

Assim, é possível perceber, nesta amostra, um perfil de idosos coerente com o esperado, isto é, com baixa escolaridade, baixo interesse atual por situações educacionais e, consequentemente, com frequência mínima em atividades desse caráter. Nota-se, porém, uma alta valorização da educação formal e informal, como verificado através do instrumento de avaliação das atividades educacionais. A coerência desse perfil é decorrente, dentre outros aspectos, do fato de esses indivíduos traduzirem em suas respostas o contexto em que vivem, que pode ser caracterizado, por exemplo, por estereótipos e crenças que associam a velhice somente a perdas (Silva, 1999), bem como de serem representantes de um momento histórico (décadas de 1930 e 1940) no qual as características da sociedade e as políticas de educação prevalecentes restringiam muito o acesso à escola (IBGE, 2002).

Diante desse perfil, é possível considerar que a história educacional exerce um papel indireto na qualidade de vida dos idosos com declínio cognitivo. Assim como se argumentou ao tratar das variáveis demográficas, a prática de atividades educacionais formais e informais, sua frequência e importância podem ter caráter moderador para o bem-estar do indivíduo. Acrescenta-se, ainda, que, ao tratar dos anos e do nível de escolaridade e também das outras variáveis educacionais, encontrou-se uma linha de base muito baixa e/ou pouca variabilidade nas respostas, limitando a análise da relação entre educação, qualidade de vida e declínio cognitivo.

A ausência de associação entre as versões da QdV-DA e a presença de doenças, por sua vez, corrobora achados de Muangpaisan et al. (2008), que não verificaram diferenças na qualidade de vida dos idosos com declínio cognitivo leve ao considerar a existência de doenças crônicas. Porém, os resultados obtidos na presente investigação devem ser considerados de forma cautelosa, já que ocorreram discrepâncias em relação ao número de idosos em cada grupo (com e sem doenças) e há limitações significativas na forma como os

dados sobre doenças foram coletados.

Diante disso, as relações entre as variáveis investigadas neste trabalho com a qualidade de vida devem ser pensadas, considerando também a implicação dos fatores subjetivos sobre a avaliação. Uma discussão de temas relacionados à qualidade de vida, em grupos focais constituídos por indivíduos com demência, identificou um modelo que propõe que o autorrelato da qualidade de vida é o resultado de um processo de avaliação de questões que são importantes para a pessoa (Byrne-Davis et al., 2006). Segundo os autores, os indivíduos ponderam sobre esses fatores pessoais, analisando se suas condições, atualmente, encontram-se da maneira esperada. Caso não estejam, avaliam sua capacidade para enfrentar as divergências entre o estado desejado e o real. Entre os mecanismos utilizados para lidar com esse desequilíbrio, segundo Byrne-Davis et al. (2006), estão a adaptação, em que o indivíduo altera seus padrões de avaliação internos no intuito de manter os níveis de qualidade de vida, e as comparações sociais, através das quais se compara com os outros. Conforme ressaltado anteriormente, de acordo com Neri (2007), para proteger o bem-estar e a própria integridade, o *self* realiza comparações com outros que estão em situação pior com o objetivo de manter a autoestima. A autora destaca que essas comparações sociais “são especialmente adaptativas em situações de estresse, incerteza, privação, incapacidade, doença ou de estereótipos em relação à velhice, que configuram ameaça ao *self*” (p. 40). Os processos de seleção, otimização e compensação utilizados pelos indivíduos, ao permitirem a utilização e realocação de reservas emocionais e cognitivas para compensar processos que estão em declínio, também podem minimizar o impacto negativo das perdas sobre a autoestima e o bem-estar dos idosos (Batistoni, 2007).

Assim, mesmo diante de condições satisfatórias, como alto nível de escolaridade, participação em atividades educacionais e alto suporte social, ou de circunstâncias desfavoráveis, como presença de doenças crônicas e comprometimento funcional, por exemplo, a qualidade de vida percebida pode ser equivalente. Como destacado por Neri (2007), os mecanismos de autorregulação do *self* atuariam na adaptação do indivíduo às demandas ambientais e internas, exercendo importante papel em sua avaliação da qualidade de vida.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo investigou a qualidade de vida de idosos com declínio cognitivo e objetivou identificar possíveis relações entre esse construto e variáveis demográficas, história educacional, sintomatologia depressiva, presença de doenças, suporte social percebido e capacidade funcional. Para isso, utilizou dados provenientes de dois projetos mais abrangentes, que investigaram idosos residentes na comunidade e em ILPIs de caráter privado da cidade de Juiz de Fora – MG.

Os resultados obtidos demonstraram que a sintomatologia depressiva foi a variável que se associou mais fortemente com o autorrelato e com a composição das avaliações efetuadas pelos cuidadores e pelos idosos da qualidade de vida. Ressalta-se que o suporte social também se correlacionou com essas versões da QdV-DA, mas de uma forma menos contundente.

A avaliação da qualidade de vida dos idosos efetuada pelos cuidadores, por sua vez, associou-se à capacidade funcional, especialmente com o desempenho em atividades básicas de vida diária. Ainda que se tenha encontrado essa associação para a versão da escala respondida pelos cuidadores, destaca-se que a literatura prioriza a autoavaliação na determinação da qualidade de vida (Novelli, 2006).

Na amostra total, houve semelhança na percepção de idosos e cuidadores acerca da qualidade de vida. No entanto, a estratificação dos participantes segundo a presença de sintomas depressivos revelou, somente no grupo que não pontuou de maneira compatível para depressão, diferenças nas avaliações, com os cuidadores relatando a qualidade de vida de maneira inferior aos idosos. Assim, no grupo que obteve escores superiores ao ponto de corte na GDS, foi possível identificar o efeito dos sintomas depressivos sobre a autoavaliação, reduzindo-a e, consequentemente, equiparando-a ao relato dos cuidadores.

Ao examinar as relações entre as variáveis investigadas neste trabalho, deve-se levar em conta que a percepção que o idoso tem de sua qualidade de vida se dá através da relação entre variáveis objetivas e subjetivas, uma vez que, isoladamente, variáveis objetivas são preditores fracos do construto (Neri, 2007). Considerar essa interação é uma estratégia fundamental para compreender a manutenção da qualidade de vida, mesmo em face de condições objetivas adversas.

Outro aspecto importante a ser destacado neste trabalho é a investigação de idosos com declínio cognitivo, tema que ainda não tem sido muito explorado, especialmente no Brasil. A esse respeito, a presente dissertação também contribuiu para ampliar a avaliação das

propriedades psicométricas da versão em português da escala QdV-DA, ainda não muito utilizada no país, especialmente no que se refere à consistência interna e à sua associação com outras variáveis.

Contudo, algumas limitações metodológicas devem ser mencionadas. A adoção de uma amostra de conveniência, não representativa da população, restringe a generalização dos resultados. Como parte da amostra foi rastreada na comunidade e, assim, poderia não apresentar um declínio significativo que demandasse a presença de um cuidador – característica que a difere da amostra das ILPIs e possivelmente de amostras ambulatoriais –, os indivíduos caracterizados como cuidadores, por exemplo, vizinho ou amigo, nem sempre apresentavam contato muito frequente com os idosos.

Além disso, o critério utilizado para inclusão no estudo, ou seja, escores abaixo do ponto de corte no MEEM, pode caracterizar outra limitação, visto que, isoladamente, esse instrumento não possibilita diagnosticar, mas rastrear declínio cognitivo (Machado & Felipe, 2007). Assim, o fato de não se ter efetuado o diagnóstico dos participantes pode ter tornado a amostra heterogênea, sendo possível que os idosos apresentassem níveis diversificados de prejuízo cognitivo, como declínio cognitivo leve ou demência, por exemplo, ou, ainda, depressão, que pode se associar a falhas na cognição (Stoppe & Scalco, 2006).

A composição da amostra a partir de dois bancos de dados implicou diferenças no instrumento que avaliou a presença de doenças, o que dificultou a realização das análises dessa variável. Optou-se por categorizar as doenças, incluindo as que compunham os questionários e as citadas pelos idosos. No entanto, reconhece-se que a fidedignidade desses dados para descrever o autorrelato de doenças foi reduzida.

Ainda entre os instrumentos empregados, o que investigou a história educacional foi elaborado especificamente para o presente trabalho. Dessa maneira, além de impossibilitar comparações com outros estudos, não apresenta evidências de validade, ainda que se tenha verificado alto índice de consistência interna na autoavaliação das atividades educacionais.

A GDS, que avaliou a sintomatologia depressiva, embora amplamente utilizada, mesmo em idosos com demência, não é específica para indivíduos com esse diagnóstico, podendo não ser a mais adequada também para os idosos com declínio cognitivo. Além disso, destacam-se limitações da escala, uma vez que parte dos seus itens é concernente a alterações adaptativas do envelhecimento e não propriamente à depressão (Batistoni, Neri, & Cupertino, 2007).

A versão em língua portuguesa de cinco itens da ISEL, empregados para avaliar o suporte social, apesar de ter apresentado alta consistência interna, assim como em outros

estudos em que foi utilizada (Batistoni, 2007; Sommerhalder, 2006), é derivada de um instrumento mais abrangente, ainda não validado para a população brasileira. No entanto, diante da carência de escalas que investiguem essa variável no Brasil, a partir de seu uso foi possível gerar novos resultados sobre suporte social em idosos.

Na avaliação da capacidade funcional, a utilização da escala de Katz se deu a partir de sua tradução livre, que, apesar de amplamente empregada, não passou por etapas de adaptação transcultural, a qual foi publicada após o início da coleta de dados dos projetos de onde foi selecionada a amostra da presente dissertação (Lino, Pereira, Camacho, Ribeiro Filho, & Buksman, 2008). Também não há estudos sobre adaptação transcultural da escala de Pfeffer. No entanto, esse é um instrumento muito utilizado em pesquisas e serviços de geriatria e gerontologia e recomendado para auxiliar no diagnóstico clínico da Doença de Alzheimer, por exemplo (Nitrini et al., 2005).

A escala QdV-DA, por sua vez, apresenta algumas vantagens, entre elas: é específica à população com declínio cognitivo e demência, única com essa característica no Brasil; possui itens de fácil compreensão, permitindo sua aplicação em um período curto de tempo; e, mesmo considerando o relato do cuidador, sua correção composta atribui maior peso ao autorrelato. Entretanto, sua validação para o português não apresentou uma análise fatorial, que permitiria identificar os domínios que a compõem. Assim, não é possível realizar comparações entre a depressão e os domínios da qualidade de vida, por exemplo, nem entre os múltiplos fatores que determinam o bem-estar. Novelli (2006) destaca, ainda, a ausência de evidências de validade de critério da escala, a qual não pôde ser efetuada devido à falta de outro instrumento específico para avaliação da qualidade de vida em demência, em português.

Apesar das limitações deste estudo, a investigação da qualidade de vida de idosos com declínio cognitivo e de variáveis associadas a esse construto é de fundamental importância para a Psicologia. Ao considerar a interação de fatores objetivos e subjetivos associados ao bem-estar dos idosos, ela possibilita compreender os processos de desenvolvimento e envelhecimento sob uma perspectiva ecológica, valorizando o impacto de fatores intrínsecos, bem como dos contextos histórico, cultural e social em que os indivíduos estão inseridos. Para a prática psicológica, estudos como este favorecem a identificação das variáveis que influenciam positivamente a qualidade de vida, podendo contribuir para o desenvolvimento de intervenções mais eficazes e que priorizem a estimulação de mecanismos subjetivos que potencializam o bem-estar dos idosos com declínio cognitivo.

Investigações desse caráter também apresentam implicações em outras áreas da Gerontologia. Avaliações da qualidade de vida podem ter a finalidade de orientar o tratamento

e as estratégias utilizadas em processos de reabilitação, por exemplo. Ao verificar o impacto que uma intervenção exerceu sobre a qualidade de vida do idoso, pode-se ter uma medida de satisfação do paciente e um indicativo das estratégias mais satisfatórias a serem adotadas no tratamento. Também é possível que se oriente o cuidador a fim de que conheça maneiras de lidar com o idoso, favorecendo sua qualidade de vida, um recurso que pode, como consequência, reduzir sua sobrecarga ao cuidar e favorecer seu relacionamento com o paciente. Ademais, considerando que a promoção de boa qualidade de vida é empreendimento de caráter sociocultural, que ultrapassa os limites da responsabilidade pessoal (Neri 2006a), essas pesquisas podem orientar decisões em políticas públicas de saúde que visem à manutenção e ao aprimoramento da qualidade de vida do idoso em processo de declínio cognitivo.

Sugere-se que futuros trabalhos investiguem mais profundamente as relações entre as variáveis aqui estudadas, considerando amostras mais amplas e diversificadas, utilizando metodologia longitudinal e analisando outras variáveis potencialmente relevantes para o problema aqui investigado, como, por exemplo, estresse, solidão e personalidade. Como objetivos, seria interessante comparar a qualidade de vida de idosos com o diagnóstico de demência e em estágios distintos de declínio cognitivo, assim como em idosos cognitivamente saudáveis. Empregar as escalas deste trabalho, em especial a QdV-DA, que já tem sido utilizada em vários países, mas foi validada recentemente no Brasil (2006), é uma necessidade para que se obtenham evidências de validade novas e mais robustas.

Ao considerar que a transição demográfica tem sido acompanhada pelo aumento da prevalência de doenças crônico-degenerativas nos idosos, entre elas, a demência, o estudo da qualidade de vida se configura como uma área promissora. Explorar esse tema possibilitará desenvolver, não somente métodos de avaliação, mas estratégias de prevenção e tratamento que ofereçam qualidade de vida tanto aos indivíduos que se encontram em processo de declínio cognitivo quanto aos seus familiares e cuidadores.

REFERÊNCIAS

- Abreu, I. D., Forlenza, O. V., & Barros, H. L. (2005). Demência de Alzheimer: correlação entre memória e autonomia. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 32(3), 131-136.
- Aldwin, C. M., & Gilmer, D. F. (2004). *Health, illness, and optimal aging: biological and psychosocial perspectives*. Thousand Oaks: Sage.
- Alexopoulos, G. S., Abrams, R. C., Young, R. C., & Shamoian, C. A. (1988). Cornell Scale for Depression in Dementia [Resumo]. *Biological Psychiatry*, 23(3), 271-284.
- Almeida, O. P. (1998). Mini exame do estado mental e o diagnóstico de demência no Brasil. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 56(3-B), 605-612.
- Almeida, O. P., & Almeida, S. A. (1999). Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 57(2-B), 421-426.
- American Psychological Association (2009). Recuperado em 02 de outubro, 2009, da PsycINFO: <http://psycnet.apa.org>
- Andersen, C. K., Wittrup-Jensen, K. U., Lolk, A., Andersen, K., & Kragh-Sorensen, P. (2004). Ability to perform activities of daily living is the main factor affecting quality of life in patients with dementia. *Health and Quality of Life Outcomes*, 2, 52.
- Angermeyer, M. C., Holzinger, A., Matschinger, H., & Stengler-Wenzke, K. (2002). Depression and quality of life: results of a follow-up study. *International Journal of Social Psychiatry*, 48(3), 189-199.
- Aykawa, A. C., & Neri, A. L. (2005). Capacidade funcional. In A. L. Neri, *Palavras-chave em Gerontologia* (pp. 29-33). Campinas: Editora Alínea.
- Aznar, A. S., & Castañón, D. G. (2005). Quality of life from the point of view of Latin American families: A participative research study [Resumo]. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49(10), 784-788. Recuperado em 20 de junho, 2009, da PsycINFO: <http://psycnet.apa.org>
- Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1993). *Successful aging: perspectives from the behavioral*

sciences. European Science Foundation: Cambridge University Press.

Banerjee, S., Samsi, K., Petrie, C. D., Alvir, J., Treglia, M., Schwam, E. M. et al. (2009). What do we know about quality of life in dementia? A review of the emerging evidence on the predictive and explanatory value of disease specific measures of health related quality of life in people with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 24, 15-24.

Banerjee, S., Smith, S. C., Lamping, D. L., Harwood, R. H., Foley, B., Smith, P. et al. (2006). Quality of life in dementia: more than just cognition. An analysis of associations with quality of life in dementia. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 77, 146-148.

Banhato, E. F. C., Mota, M. M. P. E., Guedes, D. V., Scoralick, N. N., Almeida, A. L. M., Barbosa, E. et al. (2007). *Prevalência de Demência em idosos da cidade de Juiz de Fora*. Projeto de Pesquisa, Universidade Federal de Juiz de Fora, Minas Gerais.

Barreto, S. M., Kalache, A., & Giatti, L. (2006). Does health status explain gender dissimilarity in healthcare use among older adults? *Cadernos de Saúde Pública*, 22(2), 347-355.

Batistoni, S. S. T. (2007). *Sintomas depressivos na velhice: estudo prospectivo de suas relações com variáveis sócio-demográficas e psicosociais*. Tese de Doutorado, Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas.

Batistoni, S. S. T., Neri, A. L., & Cupertino, A. P. F. B. (2007). Validade da escala de depressão do *Center for Epidemiological Studies* entre idosos brasileiros. *Revista de Saúde Pública*, 41(4), 598-605.

Batistoni, S. S. T. (no prelo). Qualidade de vida na velhice. In E. G. Sé (Org.). *Fonoaudiologia e Gerontologia*. São Paulo: Atheneu.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1997). *Terapia cognitiva da depressão*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Born, T., & Boechat, N. S. (2006). A qualidade dos cuidados ao idoso institucionalizado. In E. V. Freitas, L. Py, F. A. X. Cançado, J. Doll, & M. L. Gorzoni, *Tratado de Geriatria e Gerontologia* (pp. 1131-1141). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Bottino, C. M. C., & Aparício, M. A. M. (2007). Saúde mental e qualidade de vida na velhice: aspectos psiquiátricos. In A. L. Neri (Org.), *Qualidade de vida na velhice: enfoque*

multidisciplinar (pp.173-187). Campinas: Editora Alínea.

Brod, M., Stewart, A. L., Sands, L., & Walton, P. (1999). Conceptualization and measurement of quality of life in dementia: the Dementia Quality of Life Instrument (DQoL). *The Gerontologist*, 39(1), 25-36.

Browne, J. P., O'Boyle, C. A., McGee, H. M., Joyce, C. R., McDonald, N. J., O'Malley, K. et al. (1994). Individual quality of life in the healthy elderly. *Quality of Life Research*, 3, 235-244.

Byrne-Davis, L. M. T., Bennett, P. D., & Wilcock, G. K. (2006). How are quality of life ratings made? Toward a model of quality of life in people with dementia. *Quality of Life Research*, 15, 855-865.

Cachioni, M. (2007). Programas de educação permanente e reintegração social: as experiências das Universidades da Terceira Idade. In O. V. Forlenza, *Psiquiatria Geriátrica: do diagnóstico precoce à reabilitação* (pp. 391-398). São Paulo: Atheneu.

Camarano, A. A., Pasinato, M. T., & Lemos, V. R. (2007). Cuidados de longa duração para a população idosa. In A. L. Neri (Org.), *Qualidade de vida na velhice: enfoque multidisciplinar* (pp.127-149). Campinas: Editora Alínea.

Canineu, P. R., Stella, F., & Samara, A. B. (2006). Transtorno Cognitivo Leve. In E. V. Freitas, L. Py, F. A. X. Cançado, J. Doll, & M. L. Gorzoni, *Tratado de Geriatria e Gerontologia* (pp. 252-259). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Carvalho, V. F. C., & Fernandez, M. E. D. (2002). Depressão no Idoso. In: M. Papaléo Netto (Org.), *Gerontologia* (pp. 160-173). São Paulo: Atheneu.

Chachamovich, E., Fleck, M., Laidlaw, K., & Power, M. (2008). Impact of major depression and subsyndromal symptoms on quality of life and attitudes toward aging in an international sample of older adults. *The Gerontologist*, 48(5), 593-602.

Chachamovich, E., Trentini, C., & Fleck, M. P. A. (2007). Qualidade de vida em idosos: conceituação e investigação. In A. L. Neri (Org.), *Qualidade de vida na velhice: enfoque multidisciplinar* (pp.61-81). Campinas: Editora Alínea.

Chaimowicz, F. (2007). O envelhecimento populacional no Brasil. In O. V. Forlenza, *Psiquiatria Geriátrica: do diagnóstico precoce à reabilitação* (pp. 3-10). São Paulo: Atheneu.

- Chan, S. W., Chien, W., Thompson, D. R., Chiu, H. F. K., & Lam, L. (2006). Quality of life measures for depressed and non-depressed Chinese older people. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21(11), 1086-1092.
- Charchat-Fichman, H., Caramelli, P., Sameshima, K., & Nitrini, R. (2005). Declínio da capacidade cognitiva durante o envelhecimento. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27(12), 79-82.
- Chicourel, E. L., Barbosa, A. J. G., Guedes, D. V., Sá, L. F. R., Scoralick, N. N., Caçador, B. S. et al. (2007). *Perfil do idoso institucionalizado em Juiz de Fora: um trabalho interdisciplinar*. Projeto de Pesquisa, Universidade Federal de Juiz de Fora, Minas Gerais.
- Dancey, C. P., & Reidy, J. (2006). Análise de regressão. In C. P. Dancey, & J. Reidy, *Estatística sem matemática para psicologia 3^a Ed.* (pp. 381-419). Porto Alegre: Artmed.
- Diogo, M. J. D. (2006). Modalidades de assistência ao idoso e à família: impacto sobre a qualidade de vida. In E. V. Freitas, L. Py, F. A. X. Cançado, J. Doll, & M. L. Gorzoni, *Tratado de Geriatria e Gerontologia* (pp. 1383-11387). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Drageset, J., Natvig, G. K., Eide, G. E., Clipp, E. C., Bondevik, M., Nortvedt, M. W. et al. (2008). Differences in health-related quality of life between older nursing home residents without cognitive impairment and the general population of Norway. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 1227-1236.
- Ettema, T. P., Dröes, R. M., Lange, J., Mellenbergh, G. J., & Ribbe, M. W. (2005). A review of quality of life instruments used in dementia. *Quality of Life Research*, 14, 675-686.
- Fleck, M. P. A., Chachamovich, E., & Trentini, C. M. (2003). Projeto WHOQOL-OLD: método e resultados de grupos focais no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 37(6), 793-799.
- Fleck, M. P. A., Chachamovich, E., & Trentini, C. M. (2006). Development and validation of the Portuguese version of the WHOQOL-OLD module. *Revista de Saúde Pública*, 40(5), 785-791.
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). Mini-mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinicians. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189-198.
- Freund, A. M., & Baltes, P. B. (2002). The adaptiveness of selection, optimization, and

compensation as strategies of life management: evidence from a preference study on proverbs. *Journal of Gerontology: PSYCHOLOGICAL SCIENCES*, 57B(5), P426-P434.

Fuh, J. L., & Wang, S. J. (2006). Assessing quality of life in Taiwanese patients with Alzheimer's disease. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21, 103-107.

García, E. L., Banegas, J. R., Pérez-Regadera, A. G., Cabrera, R. H., & Rodríguez-Artalejo, F. (2005). Social network and health-related quality of life in older adults: A population-based study in Spain. *Quality of Life Research*, 14, 511-520.

Gazalle, F. K., Lima, M. S., Tavares, B. F., & Hallal, P. C. (2004). Sintomas depressivos e fatores associados em população idosa no Sul do Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 38(3), 365-371.

Golden, J., Conroy, R. M., Bruce, I., Denihan, A., Greene, E., Kirby, M. et al. (2009). Loneliness, social support networks, mood and wellbeing in community-dwelling elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 24, 694-700.

Gorzoni, M. L. (2006). O idoso com demência institucionalizado. In C. M. C. Bottino, J. Laks, & S. L. Blay, *Demência e transtornos cognitivos em idosos* (pp. 403-407). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Herrera Junior, E., Caramelli, P., & Nitrini, R. (1998). Estudo epidemiológico populacional de demência na cidade de Catanduva – estado de São Paulo – Brasil. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 25(2), 70-73.

Hiller, P. K. H., Jorm, A. F., Herlitz, A., & Winblad, B. (2001). Life satisfaction among the very old: a survey on a cognitively intact sample aged 90 years or above. *The International Journal of Aging and Human Development*, 52(1), 71-90.

Hoe, J., Hancock, G., Livingston, G., & Orrell, M. (2006). Quality of life of people with dementia in residential care homes. *British Journal of Psychiatry*, 188, 460-464.

Hoe, J., Katona, C., Roch, B., & Livingston, G. (2005). Use of the QOL-AD for measuring quality of life in people with severe dementia – the LASER-AD study. *Age and Ageing*, 34, 130-135.

Hurt, C., Bhattacharyya, S., Burns, A., Camus, V., Liperoti, R., Marriott, A. et al. (2008). Patient and caregiver perspectives of quality of life in dementia. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 26, 138-146.

Inouye, K., Pedrazzani, E. S., Pavarini, S. C. I., Toyoda, C. I. (2009, março/abril). Percepção de qualidade de vida do idoso com demência e seu cuidador familiar: avaliação e correlação. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 17(2). Recuperado em 31 de outubro, 2009, da SciELO (Scientific Electronic Library On line): www.scielo.br

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2002). Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil, 2000. *Estudo & Pesquisa*, 9, 20-24.

Jang, I., Mortimer, J. A., Haley, W. E., & Graves, A. R. B. (2004). The role of social engagement in life satisfaction: its significance among older individuals with disease and disability. *Journal of Applied Gerontology*, 23, 266-278.

Karlawish, J. H. T., Casarett, D., Klocinski, J., & Clark, C. M. (2001). The relationship between caregivers' global ratings of Alzheimer's Disease patients' quality of life, disease severity, and the caregiving experience. *JAGS*, 49, 1066-1070.

Katz, S., Ford, A. B., Moskowitz, R. W., Jackson, B. A., & Jaffe, M.W. (1963). Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *Journal of the American Medical Association*, 185(12), 914-919.

Lashera, C., Patterson, A. M., Casado, C., & Fernandez, S. (2001). Effects of education on the quality of life, diet, and cardiovascular risk factors in an elderly Spanish community population [Resumo]. *Experimental Aging Research*, 27(3), 257-270.

Lawton, M. P., & Brody, E. M. (1969). Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*, 9, 179-186.

Leung, B. W. C., Moneta, G. B., & McBride-Chang, C. (2005). Think positively and feel positively: optimism and life satisfaction in late life [Resumo]. *The International Journal of Aging and Human Development*, 61(4), 335-365.

Lino, V. T. S., Pereira, S. R. M., Camacho, L. A. B., Ribeiro Filho, S. T., & Buksman, S. (2008). Adaptação transcultural da Escala de Independência em Atividades da Vida Diária (Escala de Katz). *Cadernos de Saúde Pública*, 24(1), 103-112.

Litvoc, J., & Brito, F. C. (2004). Capacidade Funcional. In J. Litvoc, & F. C. de Brito. (Orgs.), *Envelhecimento - Prevenção e Promoção* (pp. 17-35). São Paulo: Atheneu.

Logsdon, R. G., Gibbons, L. E., McCurry, S. M., & Teri, L. (1999). Quality of life in Alzheimer's disease: patient and caregiver reports. *Journal of Mental Health Aging*, 5, 21-

32.

- Logsdon, R. G., Gibbons, L. E., McCurry, S. M., & Teri, L. (2002). Assessing Quality of Life in older adults with cognitive impairment. *Psychosomatic Medicine*, 64, 510-519.
- Logsdon, R. G., Gibbons, L. E., McCurry, S. M., & Teri, L. (2004). Assessing changes in quality of life in Alzheimer's Disease. *Neurobiology of Aging*, 25(Suppl 2), S72.
- Lopes, M. A., & Bottino, C. M. C. (2002). Prevalência de demência em diversas regiões do mundo: Análise dos estudos epidemiológicos de 1994 a 2000. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 60(1), 61-69.
- Lopes, M. A. (2006). *Estudo epidemiológico de prevalência de demência em Ribeirão Preto*. Tese de Doutorado, Faculdade de Medicina, Universidade Estadual de São Paulo, São Paulo.
- Machado, F., Nunes, P. V., Viola, L. F., Santos, F. S., Forlenza, O. V., & Yassuda, M. S. (2009). Quality of life and Alzheimer's disease: Influence of participation at a rehabilitation center. *Dementia & Neuropsychologia*, 3(3), 241-247.
- Machado, J. C. B., & Felipe, L. G. (2007). Avaliação Geriátrica Global. In O. V. Forlenza, *Psiquiatria Geriátrica: do diagnóstico precoce à reabilitação* (pp. 257-270). São Paulo: Atheneu.
- Martire, L. M.; Schulz, R.; Mittelmark, M. B.; Newsom, J. T. (1999). Stability and change in older adults' social contact and social support: the cardiovascular health study [Resumo]. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 54(5), S302-S311.
- Mattos, P., & Coutinho, G. (2007). Qualidade de vida e TDAH [Resumo]. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 56(Supl1), 50-52. Recuperado em 20 de junho, 2009, da PsycINFO: <http://psycnet.apa.org>
- Moraes, G. V. O., Rêgo, D. G., & Machado, J. C. B. (2007). "Gigantes da Geriatria": as grandes síndromes da idade avançada. In O. V. Forlenza, *Psiquiatria Geriátrica: do diagnóstico precoce à reabilitação* (pp. 22-31). São Paulo: Atheneu.
- Moyle, W., Mcallister, M., Venturato, L., & Adams, T. (2007). Quality of life and dementia: the voice of the person with dementia. *Dementia*, 6(2), 175-191.

Muangpaisan, W., Assantachai, P., Intalapaporn, S., & Pisalsakij, D. (2008). Quality of life of the community-based patients with mild cognitive impairment. *Geriatrics and Gerontology International*, 8, 80-85.

Naglie, G., Tomlinson, G., Tansey, C., Irvine, J., Ritvo, P., Black, S. E., et al. (2006). Utility-based quality of life measures in Alzheimer's disease. *Quality of Life Research*, 15, 631-643.

Naglie, G. (2007). Quality of Life in Dementia. *The Canadian Journal of Neurological Sciences*, 34(Suppl 1), 57-61.

Neri, A. L. (1995). Psicologia do envelhecimento: uma área emergente. In A. L. Neri (Org.), *Psicologia do envelhecimento* (pp. 13-40). Campinas: Papirus.

Neri, A. L. (2001). Envelhecimento e qualidade de vida na mulher. In A. L. Neri (Org.), *Desenvolvimento e envelhecimento* (pp. 161-200). Campinas: Papirus.

Neri, A. L. (2005). Qualidade de vida na velhice. In A. L. Neri, *Palavras-chave em Gerontologia* (pp. 162-165). Campinas: Editora Alínea.

Neri, A. L. (2006a). Qualidade de vida no adulto maduro: interpretações teóricas e evidências de pesquisa. In A. L. Neri (Org.), *Qualidade de vida e idade madura* (6^a ed) (pp. 9-55). Campinas: Papirus.

Neri, A. L. (2006b). Envelhecimento cognitivo. In E. V. Freitas, L. Py, F. A. X. Cançado, J. Doll, & M. L. Gorzoni, *Tratado de Geriatria e Gerontologia* (pp. 1236-1244). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Neri, A. L. (2007). Qualidade de vida na velhice e subjetividade. In A. L. Neri (Org.), *Qualidade de vida na velhice: enfoque multidisciplinar* (pp. 13-59). Campinas: Editora Alínea.

Newsom, J. T., & Schulz, R. (1996). Social support as a mediator in the relation between functional status and quality of life in older adults [Resumo]. *Psychology and Aging*, 11(1), 34-44.

Nitrini, R., Caramelli, P., Bottino, C. M. C., Damasceno, B. P., Brucki, S. M. D., & Anghinah, R. (2005). Diagnóstico de Doença de Alzheimer no Brasil - Avaliação cognitiva e funcional: Recomendações do Departamento Científico de Neurologia Cognitiva e do Envelhecimento da Academia Brasileira de Neurologia. *Arquivos de Neuropsiquiatria*,

63(3-A), 720-727.

Novella, J. L., Jochum, C., Jolly, D., Morrone, I., Ankri, J., Bureau, F. et al. (2001). Agreement between patients' and proxies' reports of quality of life in Alzheimer's disease. *Quality of Life Research*, 10, 443-452.

Novelli, M. M. P. C., Dal Rovere, H. H., Nitrini, R., & Caramelli, P. (2005). Cross-cultural adaptation of the quality of life assessment scale on Alzheimer Disease. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 63(2-A), 201-206.

Novelli, M. M. P. C. (2006). *Validação da escala de Qualidade de Vida (QdV-DA) para pacientes com doença de Alzheimer e seus respectivos cuidadores/familiares*. Tese de Doutorado, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Novelli, M. M. P. C. (2007). Qualidade de Vida em Pacientes com Demência. In O. V. Forlenza, *Psiquiatria Geriátrica: do diagnóstico precoce à reabilitação* (pp. 399-403). São Paulo: Atheneu.

Paschoal, S. M. P. (2005). Qualidade de Vida. In W. J. Filho (Ed.), *Avaliação Global do Idoso: manual da liga do Gamia* (pp. 59-77). São Paulo: Editora Atheneu.

Paschoal, S. M. P. (2006). Qualidade de vida na velhice. In E. V. Freitas, L. Py, F. A. X. Cançado, J. Doll & M. L. Gorzoni, *Tratado de Geriatria e Gerontologia* (pp. 147-153). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Paskulin, L., Vianna, L., & Molzahn, A. E. (2009). Factors associated with quality of life of Brazilian older adults. *International Nursing Review*, 56, 109-115.

Pfeffer, R. I., Kurosaki, T. T., Harrah, C. H., Chance, J. M., & Filos, S. (1982). Measurement of functional activities in older adults in the community. *Journal of Gerontology*, 37(3), 323-329.

Ramos, L. R., Veras, R. P., & Kalache, A. (1987). Envelhecimento populacional: uma realidade brasileira. *Revista de Saúde Pública*, 21(3), 211-224.

Ready, R. E., & Ott, B. R. (2008). Integrating patient and informant reports on the Cornell-Brown Quality-of-Life Scale. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 22(6), 528-534.

- Ready, R. E., Ott, B. R., & Grace, J. (2004). Patient versus informant perspectives of quality of life in Mild Cognitive Impairment and Alzheimer's Disease. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 19, 256-265.
- Regidor, E., Barrio, G., Fuente, L., Domingo, A., Rodriguez, C., & Alonso, J. (1999). Association between educational level and health related quality of life in Spanish adults. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 53, 75-82.
- Ribeiro, P. C. C., & Yassuda, M. S. (2007). Cognição, estilo de vida e qualidade de vida na velhice. In A. L. Neri (Org.), *Qualidade de vida na velhice: enfoque multidisciplinar* (pp. 189-204). Campinas: Editora Alínea.
- Rieker, P. P., & Bird, C. E. (2005). Rethinking gender differences in health: why we need to integrate social and biological perspectives. *Journals of Gerontology: SERIES B*, 60B (Special Issue II), 40-47.
- Roriz-Cruz, M., Rosset, I., Wada, T., Sakagami, T., Ishine, M., Roriz-Filho, J. S. et al. (2007). Stroke-independent association between metabolic syndrome and functional dependence, depression, and low quality of life in elderly community-dwelling Brazilian people [Resumo]. *Journal of the American Geriatrics Society*, 55(3), 374-382. Recuperado em 20 de junho, 2009, da PsycINFO: <http://psycnet.apa.org>
- Rosa, T. E. C., Benício, M. H. D., Latorre, M. R. D. O., & Ramos, L. R. (2003). Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Revista de Saúde Pública*, 37(1), 40-48.
- Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1998). *Successful aging*. New York: Pantheon Books.
- Scazufca, M. (2004). Saúde Mental. In J. Litvoc, & F. C. de Brito (Orgs.), *Envelhecimento - Prevenção e Promoção* (pp. 177-188). São Paulo: Atheneu.
- Shmuely, Y., Baumgarten, M., Rovner, B., & Berlin, J. (2001). Predictors of improvement in health-related quality of life among elderly patients with depression. *International Psychogeriatrics*, 13(1), 63-73.
- Shulman, K. I., Shedletsky, R., & Sivler, I. L. (1986). The challenge of time: Clock-drawing and cognitive function in the elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 1(2), 135-140.
- Silva, F. P. (1999). *Crenças em relação à velhice, bem-estar subjetivo e motivos para*

frequentar Universidade da Terceira Idade. Dissertação de mestrado, Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas.

Smith, S. C., Lamping, D. L., Banerjee, S., Harwood, R., Foley, B., Smith, P. et al. (2005). Measurement of health-related quality of life for people with dementia: development of a new instrument (DEMQOL) and an evaluation of current methodology. *Health Technology Assessment*, 9(10).

Sneeuw, K. C. A., Sprangers, M. A. G., & Aaronson, N. K. (2002). The role of health care providers and significant others in evaluating the quality of life of patients with chronic disease. *Journal of Clinical Epidemiology*, 55, 1130-1143.

Sommerhalder, C. (2006). *Religiosidade, suporte social, experiência de eventos estressantes e sintomas depressivos entre idosos residentes na comunidade: dados do PENSA.* Tese de Doutorado, Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas.

Staudinger, U. M, Marsiske, M., & Baltes, P. B. (1995). Resiliência e níveis de capacidade de reserva na velhice: perspectivas da teoria de curso de vida. In A. L. Neri (Ed.), *Psicologia do envelhecimento* (pp. 195-228). Campinas: Papirus.

Stoppe, A., & Scalco, M. Z. (2006). Depressão e doença de Alzheimer. In C. M. C. Bottino, J. Laks, & S. L. Blay, *Demência e transtornos cognitivos em idosos* (pp. 273-281). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Syme, S. L. (1996). Rethinking disease: where do we go from here? [Resumo]. *Annual of Epidemiology*, 6, 463-468.

Tajvar, M., Arab, M., & Montazeri, A. (2008). Determinants of health-related quality of life in elderly in Tehran, Iran. *BMC Public Health*, 8, 323-330.

Tavares, S. S. (2004). *Sintomas depressivos entre idosos: relações com classe, mobilidade e suporte social percebidos e experiência de eventos estressantes.* Dissertação de mestrado, Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas.

The WHOQOL Group (1998). The world health organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Social Science Medicine*, 46(12), 1569-1585.

The WHOQOL HIV Group (2003). Initial steps to developing the World Health Organization's Quality of Life Instrument (WHOQOL) module for international

- assessment in HIV/AIDS. *AIDS CARE*, 15(3), 347-357.
- Thorgrimsen, L., Selwood, A., Spector, A., Royan, L., De Madariaga, L. M., Woods, R. T. et al. (2003). Whose quality of life is it anyway?: the validity and reliability of the Quality of Life – Alzheimer's Disease (QoL-AD) Scale. *Alzheimer Disease & Associated Disorders*, 17(4), 201-208.
- Trentini, C. M. (2004). *Qualidade de vida em idosos*. Tese de doutorado, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Trentini, C. M., Xavier, F. M. F., & Fleck, M. P. A. (2006). Qualidade de vida em idosos. In M. A. M. P. Parente et al, *Cognição e Envelhecimento* (pp. 19-29). Porto Alegre: Artmed.
- Trigg, R., Jones, R. W., & Skevington, S. M. (2007). Can people with mild to moderate dementia provide reliable answers about their quality of life? *Age and Ageing*, 36, 663-669.
- U.S. National Library of Medicine and the National Institutes of Health (2009). Recuperado em 02 de outubro, 2009, da PubMed: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
- Vecchia, R. D., Ruiz, T., Bocchi, S. C. M., & Corrente, J. E. (2005). Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 8(3), 246-252.
- Vermelho, L. L., & Monteiro, M. F. G. (2004). Transição demográfica e epidemiológica. In: R. A. Medronho et al., *Epidemiologia* (pp.91-103). São Paulo: Editora Atheneu.
- Yamamoto, A., & Diogo, M. J. D. (2002). Os idosos e as instituições asilares do município de Campinas. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 10(5), 660-666.
- Yassuda, M. S., Batistoni, S. S. T., Fortes, A. G., & Neri, A. L. (2006). Treino de memória no idoso saudável: benefícios e mecanismos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 19(3), 470-481.
- Yesavage, J., Brink, T. L., Rose, T., Lum, O., Huang, O., Adey, V. et al. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17, 37-49.
- Zimmerman, S., Sloane, P. D., Williams, C. S., Reed, P. S., Preisser, J. S., Eckert, J. K. et al. (2005). Dementia Care and Quality of Life in Assisted Living and Nursing Homes. *The Gerontologist*, 45(Supl 1), 133-146.

ANEXOS

Anexo 1: Protocolo Comitê de Ética – Projeto ‘Prevalência de Demência em idosos da cidade de Juiz de Fora’


UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Juiz de Fora - MG - Brasil

Parecer nº 205/2007

Protocolo CEP-UFJF: 1124 1/0 2007 FR:141283 CAAE 0127 0 180 000 07

Projeto de Pesquisa: Prevalência de Demência em uma Amostra de Idosos da Cidade de Juiz de Fora

Pesquisadora responsável: Eliane Ferreira Carvalho Barbato

Pesquisadores participantes: Marisa Maria Ema Pereira da Motta Ana Laura Maciel de Almeida Eliane Barbosa

Bernardo Monteiro de Araújo Karen dos Santos Ferreira Gustavo de Andrade Ramos Danielle Viveiros Guedes
Natalia Nunes Scoratck Luciana Jobim Moltos Landera Karen Cristina Alves Lamas André Bedendo de Souza
Rafael Alves Baracho Juliana Celia da Oliveira e Jose Daniel Ribeiro de Macedo Junior

Instituição: Hospital Universitário/Universidade Federal de Juiz de Fora

Sumário/comentários

O CT P analisou o Protocolo 1124 1/0 2007 Grupo III e considerou que

Justificativa Objeto bem delimitado tema relevante para a área de gerontologia Os processos demenciais estão relacionados com o declínio na qualidade de vida sendo considerados importante problema social A identificação precoce da doença é crucial para melhores resultados no tratamento além de ter implicações importantes nas políticas públicas de saúde a medida em que pode contribuir para a desoneração do sistema previdenciário

Objetivo geral estimar a prevalência de demência em idosos da cidade de Juiz de Fora Objetivos específicos avaliar o desempenho de idosos em testes especializados e clínicos, para diagnóstico de demência fazendo a correlação dos achados e em caso de diagnóstico provável da patologia, fazer os encaminhamentos pertinentes

Metodologia estudo clínico prospectivo transversal

Revisão e referências bibliográficas pertinente ao estudo

Características da população a estudar 70 sujeitos com idade igual ou superior a 60 anos que foram rastreados com possível diagnóstico de demência Esta amostra deriva-se de um estudo que avaliou o desempenho cognitivo de idosos residentes na comunidade de Juiz de Fora (protocolo comitê de ética 464 149 2004)

Critérios de participação sujeitos com idade igual ou superior a 60 anos que no rastreio cognitivo obtiveram escores abaixo do ponto de corte previsto para declínio no teste Mini-exame do Estado Mental serão encaminhados para avaliação complementar por equipe interdisciplinar composta de neurologistas e neuropsicólogos do Ambulatório de Neurologia do Comportamento do Hospital Universitário da UFJF, e de estudantes do curso de Psicologia da UFJF Será feito inicialmente uma avaliação neuropsicológica na residência por estudantes treinados e uma avaliação clínica neurológica no Hospital Universitário

Orçamento de responsabilidade dos pesquisadores

Instrumento de coleta de dados Elaborou-se um protocolo contendo os instrumentos para a avaliação neuropsicológica capacidade funcional e sintomas depressivos que será realizada na residência do idoso e o exame neuroológico que será realizado no HU/UFJF

Cronograma pertinente ao estudo A coleta de dados iniciará em setembro e terminará em novembro de 2007

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido TCE esta em linguagem adequada, clara para compreensão do sujeito descrição suficiente dos procedimentos explicitação de riscos mínimos forma do sujeito fazer contatos com o pesquisador informando que está de acordo com a Res 196/96 CNS

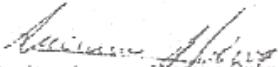
Qualificação da pesquisadora especialista com experiência compatível com o projeto de pesquisa

Salientamos que a pesquisadora deverá encaminhar a este comitê o relatório final da pesquisa

Dante do exposto o Comitê de Ética em Pesquisa – CT P/UFJF de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 196/96 manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa proposto

Situação: Projeto Aprovado

Juiz de Fora 20 de setembro de 2007


Prof. Dra. Luciana Andrade Saliba
Coordenadora CEP/UFJF

RECIBI

DATA

2007

ASS.

Anexo 2: Protocolo Comitê de Ética – Projeto ‘Perfil do idoso institucionalizado em Juiz de Fora: um trabalho interdisciplinar’



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
PRO-REITORIA DE PESQUISA
COMITÉ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP/UFJF
36036900- JUIZ DE FORA - MG - BRASIL

Parecer nº 297/2007

Protocolo CEP-UFJF: 1195.241.2007

FR: 155424

CAAE: 0182.0.180.000-07

Projeto de Pesquisa: “Perfil do idoso institucionalizado em Juiz de Fora: um trabalho interdisciplinar”

Pesquisador Responsável: Elizabeth Lemos Chicourel

Pesquisadores Participantes: ALtemir Gonçalves Barbosa, Danielle Guedes, Leandro F.R. de Sá, Natália N. Scoralick, Beatriz S. Caçador, Gisele da C. Ferreira, Naymara L. Silveira, Jerusa Botelho.

Instituição: Faculdade de Farmácia e Bioquímica/UFJF.

Sumário/comentários

O CEP analisou o Protocolo 1195.241.2007, Grupo III e considerou que:

- Este é um estudo justificado pela necessidade de se traçar o perfil dos idosos institucionalizados residentes em instituições geriátricas do município de Juiz de Fora e do nível profissional daqueles que atuam no serviço, considerando-se as necessidades deste público alvo.
- Os objetivos gerais incluem descrição do perfil sócio-demográfico da população idosa institucionalizada na cidade de Juiz de Fora/MG, avaliando aspectos biopsicossociais do envelhecimento, e caracterização dos profissionais dessas instituições.
- A metodologia a ser empregada, considerado-se um estudo transversal, de base institucional, com coleta de dados primários e em prontuários, compreende aplicação de questionário, exames físicos, e aplicação de testes de avaliação psicológica.
- O embasamento teórico apresentado sustenta o objetivo do estudo.
- Características da população a estudar: Serão estudados 183 idosos, de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 60 anos residentes em 8 instituições geriátricas particulares da cidade de Juiz de Fora/MG, que encontraram-se cadastradas no Conselho Municipal do Idoso da prefeitura do município, das quais foram obtidas previamente as declarações de consentimento para a realização das pesquisas. Não participarão do estudo, indivíduos residentes nas instituições com idade inferior a 60 anos, bem como os idosos que não aceitarem participar da pesquisa, ou que seus familiares ou responsáveis não autorizarem sua participação, nos casos em que o idoso apresente algum motivo que o impossibilite de assinar o termo de consentimento. Além destes, 50 indivíduos, de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 18 anos, que trabalham diretamente no cuidado dos idosos, nas 8 instituições geriátricas citadas anteriormente. Neste caso, não estão previstos critérios de exclusão, exceto para aqueles que não consentirem livre e esclarecidamente.
- Há uma descrição de orçamento financeiro e a indicação de que os pesquisadores se responsabilizarão pelo custeio.
- O cronograma foi devidamente apresentado em meses/ano, considerando-se a provação do protocolo neste comitê, com início da coleta de dados prevista para outubro de 2007 e término para abril de 2008.
- O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE está apresentado em linguagem clara e adequada para compreensão do sujeito de acordo com a resolução Res. 196/96 CNS.
- A qualificação do pesquisador responsável é pertinente para o desenvolvimento do projeto de pesquisa.
- O pesquisador responsável deve encaminhar a este comitê um relatório final da pesquisa.

Dante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 196/96, manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa proposto.

Situação: Projeto Aprovado
Juiz de Fora, 20 de setembro de 2007

R. Lemos
p/ Profa. Dra. Luciana Andrea Salvio
Coordenadora – CEP/UFJF

RECEBI

DATA: _____ / _____ / 2007

ASS: _____

Anexo 3: Questionário demográfico e de saúde física

Nome: _____
Data de nascimento: ____ / ____ / ____ Idade: _____
Sexo: (1) Masc. (2) Fem

1. Quantos anos o Sr (a) estudou? _____

2. Atualmente, qual a sua situação conjugal?
 (1) Casado/ morando junto
 (2) Viúvo(a)
 (3) Divorciado/ separado
 (4) Solteiro

3. O Sr (a) possui algum desses problemas de saúde?

Protocolo do projeto ‘Perfil do idoso institucionalizado em Juiz de Fora: um trabalho interdisciplinar’

Patologia	Presença: (1)Sim (2)Não
1. Pressão alta	
2. Depressão	
3. Doenças do coração	
4. Câncer	
5. Tuberculose	
6. Derrame ou isquemia (AVE)	
7. Deficiência visual	
8. Deficiência auditiva	
9. Dificuldades de locomoção	
10. Reumatismo	
11. Artrose/ artrite	
12. Problemas de memória (demências)	
13. Bronquite/asma/DPOC	
14. Diabetes	
15. Doença de Parkinson	
16. Problema/deformidade nos pés	
17. Alergia	
18. Colesterol, HDL, LDL, TG	
19. Uso de óculos	
20. Uso de aparelho auditivo	
21. Uso de bengala, andador, cadeira de rodas	
22. Outros	

Se outros, especifique: _____

Protocolo do projeto ‘Prevalência de Demência em idosos da cidade de Juiz de Fora’

Patologia	Presença	Há quanto tempo?
1. HAS		
2. Depressão		
3. Cardiopatia		
4. Câncer		
5. Tuberculose		
6. AVC / AI		
7. TCE		
8. Patologia renal		
9. Reumatismo ou artrose		
10. Problemas de memória (demências)		
11. Bronquite/asma/DPOC		
12. Diabetes		
13. Doença de Parkinson		
14. Problema/deformidade nos pés		
15. Meningites		
16. Cisticercose		
17. Cirurgia; Qual?		
18. Crises febris		
19. Uso de óculos		
20. Uso de aparelho auditivo		
21. Uso de bengalas, andador, cadeira de rodas		
22. Outros		

Anexo 4: Avaliação da história educacional

- 1) Quantos anos o(a) sr(a) estudou? _____
- 2) O(a) sr(a) sabe ler e escrever?
 (1) Sim (2) Não
- 3) O(a) sr(a) teve escolarização formal (freqüentou a escola)?
 (1) Sim (2) Não
- 3.1) Que tipo de escola freqüentou?
 (1) Regular (4) Outra: _____
 (2) Internato (5) Nenhuma
 (3) Rural
- 3.2) Qual a sua escolaridade?
 (1) Analfabeto
 (2) Fundamental incompleto
 (3) Fundamental completo
 (4) Ensino médio incompleto
 (5) Ensino médio completo
 (6) Superior incompleto
 (7) Superior completo
 (8) Pós-graduado
- 4) O(a) sr(a) participa ou participou de alguma atividade educacional fora da escola (por exemplo, Universidade da Terceira Idade, clubes de leitura ou poesia, atividades de ensino religiosos etc.)?
 (1) Participa atualmente. Qual? Por quê?
 (2) Participou. Qual? Por que parou (se adequado)?
 (3) Nunca participou. Por quê?
-
- 5) O(a) sr(a) acredita que o tempo que estudou foi satisfatório?
 (1) Muito satisfatório.
 (2) Satisfatório.
 (3) Nem satisfatório nem insatisfatório.
 (4) Insatisfatório.
 (5) Muito insatisfatório.
- 6) Se o(a) senhor(a) fosse convidado hoje para participar de alguma atividade educacional:
 (1) Com certeza não aceitaria.
 (2) Talvez aceitaria.
 (3) Com certeza aceitaria.
- 7) O senhor(a) lê:
 (1) Todos os dias da semana.
 (2) ____ dia(s) por semana.
 (3) Menos de uma vez semana.
 (4) Nunca.
- 8) Para a sua vida pessoal, a educação é:
 (1) Muito importante.
 (2) Importante.
 (3) Indiferente.
 (4) Desimportante.
 (5) Muito desimportante.
- 9) Para a sua vida pessoal, a leitura é:
 (1) Muito importante.
 (2) Importante.
 (3) Indiferente.
 (4) Desimportante.
 (5) Muito desimportante.
- 10) Para a sua vida pessoal, manter-se informado sobre o que acontece é:
 (1) Muito importante.
 (2) Importante.
 (3) Indiferente.
 (4) Desimportante.
 (5) Muito desimportante.
- 11) Para a sua vida pessoal, escrever é:
 (1) Muito importante.
 (2) Importante.
 (3) Indiferente.
 (4) Desimportante.
 (5) Muito desimportante.

12) Para a sua vida pessoal, os livros são:

- (1) Muito importantes.
- (2) Importantes.
- (3) Indiferentes.
- (4) Desimportantes.
- (5) Muito desimportantes.

13) Para a sua vida pessoal, os jornais impressos são:

- (1) Muito importantes.
- (2) Importantes.
- (3) Indiferentes.
- (4) Desimportantes.
- (5) Muito desimportantes.

14) Para a sua vida pessoal, as revistas são:

- (1) Muito importantes.
- (2) Importantes.
- (3) Indiferentes.
- (4) Desimportantes.
- (5) Muito desimportantes.

Anexo 5: Avaliação da capacidade funcional

Escala de Katz para avaliação das ABVDs (Katz et al., 1963)

		SIM	NÃO
Banho	Não recebe ajuda ou recebe somente para uma parte do corpo		
Vestir-se	Pega as roupas e se veste sem qualquer ajuda, exceto para amarrar os sapatos		
Hig. Pessoal	Vai ao banheiro, usa o banheiro, veste-se e retorna sem qualquer ajuda (pode usar andador ou bengala)		
Transferência	Consegue deitar na cama, sentar na cadeira e levantar sem ajuda (pode usar andador ou bengala)		
Continência	Controla completamente urina e fezes		
Alimentação	Come sem ajuda (exceto ajuda para cortar carne ou passar manteiga no pão)		

Escala de Pfeffer para avaliação das AIVDs (Pfeffer et al., 1982)

Atividades instrumentais de vida diária						
0= Normal	0= Nunca o fez, mas poderia fazê-lo	1	2	3	0	1
1= Faz com dificuldade	1= Nunca o fez e agora teria dificuldade					
2= Necessita de ajuda						
3= Não é capaz						
Ele(a) é capaz de preparar uma comida?						
Ele(a) manuseia seu próprio dinheiro?						
Ele(a) é capaz de manusear seus próprios remédios?						
Ele(a) é capaz de comparar roupas, comida, coisas para casa sozinho?						
Ele(a) é capaz de esquentar água para o café e apagar o fogo?						
Ele(a) é capaz de manter-se em dia com as atualidades, com os acontecimentos da comunidade ou da vizinhança?						
Ele(a) é capaz de prestar atenção, entender e discutir um programa de rádio ou de televisão um jornal ou uma revista?						
Ele(a) é capaz de lembrar-se de compromissos, acontecimentos, familiares, feriados?						
Ele(a) é capaz de passear pela vizinhança e encontrar o caminho de volta para casa?						
0= Normal	0= Nunca ficou, mas poderia ficar agora					
1= Sim, com precauções	1= nunca ficou e agora teria dificuldade					
2= Sim, por curtos períodos						
3= Não poderia						
Ele(a) pode ser deixado em casa sozinho (a) de forma segura?	0	1	2	3	0	1
Total de pontos:						
Escore: até 5 pontos é considerado normal. Acima de 5 pontos considera-se comprometimento das atividades de vida diária						

Anexo 6: Avaliação de sintomas depressivos

Escala de Depressão Geriátrica – GDS (Yesavage et al., 1983)

Vou ler para você uma lista de maneiras de como as pessoas se sentem e se comportam e gostaria que você me dissesse como você tem se sentido.	SIM	NÃO
1. Em geral, sente-se satisfeito(a) com a vida?	0	1
2. Interrompeu muitas vezes suas atividades ou coisas de interesse pessoal?	1	0
3. Acha sua vida vazia?	1	0
4. Aborrece-se com freqüência?	1	0
5. Sente-se de bem com a vida na maior parte do tempo?	0	1
6. Teme que algo ruim lhe aconteça?	1	0
7. Sente-se alegre a maior parte do tempo?	0	1
8. Sente-se desamparado(a) com freqüência?	1	0
9. Prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?	1	0
10. Acha que tem mais problemas de memória que outras pessoas?	1	0
11. Acha que é maravilhoso estar vivo(a) agora?	0	1
12. Vale a pena viver como vive agora?	0	1
13. Sente-se cheio(a) de energia?	0	1
14. Acha que sua situação tem solução?	0	1
15. Acha que tem muita gente em situação melhor que sua?	1	0
Total > 5 = suspeito de depressão		

Anexo 7: Avaliação do suporte social percebido

Cinco itens da *Interpersonal Support Evaluation List – ISEL* (Cohen et al., 1985, citado por Sommerhalder, 2006)

Gostaríamos de saber a facilidade que você encontra para se relacionar com as pessoas mais próximas	Nunca	Às vezes (1-2dias / semana)	Maioria das vezes (3-4 dias / semana)	Sempre (5-7 dias/ semana)
1. Você diria que tem várias pessoas com quem conversar ao se sentir sozinho.	1	2	3	4
2. Você diria que encontra e conversa com amigos e familiares.	1	2	3	4
3. Você teria facilidade em encontrar pessoas que possam te ajudar nos seus afazeres se estiver doente.	1	2	3	4
4. Você tem com quem contar quando você precisa de uma sugestão de como lidar com um problema.	1	2	3	4
5. Você tem pelo menos uma pessoa cuja opinião você confia plenamente.	1	2	3	4

Total: _____

Anexo 8: Avaliação da qualidade de vida

Escala Qualidade de Vida na Doença de Alzheimer (Novelli, 2006) – versão do paciente

QdV-DA				
(Versão do Paciente)				
O entrevistador aplica de acordo com as instruções padronizadas. Faça um círculo ao redor da resposta.				
1. Saúde Física	Ruim	Regular	Bom	Excelente
2. Disposição	Ruim	Regular	Bom	Excelente
3. Humor	Ruim	Regular	Bom	Excelente
4. Moradia	Ruim	Regular	Bom	Excelente
5. Memória	Ruim	Regular	Bom	Excelente
6. Família	Ruim	Regular	Bom	Excelente
7. Casamento	Ruim	Regular	Bom	Excelente
8. Amigos	Ruim	Regular	Bom	Excelente
9. Você em geral	Ruim	Regular	Bom	Excelente
10. Capacidade para fazer tarefas	Ruim	Regular	Bom	Excelente
11. Capacidade para fazer atividades de lazer	Ruim	Regular	Bom	Excelente
12. Dinheiro	Ruim	Regular	Bom	Excelente
13. Vida em geral	Ruim	Regular	Bom	Excelente

COMENTÁRIOS:

Total: _____

Escala Qualidade de Vida na Doença de Alzheimer (Novelli, 2006) – versão do cuidador

Qualidade de vida: DA				
(Versão do familiar)				
<p>As questões a seguir são sobre a qualidade de vida de seu parente Quando você pensa sobre a vida de seu parente, existem diferentes aspectos, alguns dos quais são listados abaixo.</p> <p>Por favor, pense sobre cada item e avalie a qualidade de vida atual de seu parente em cada área usando uma das quatro palavras: Ruim, Regular, Bom, ou Excelente.</p> <p>Por favor, avalie estes itens baseado na vida de seu parente no presente momento (ex. Durante as ultimas semanas).</p> <p>Se você tiver dúvidas sobre qualquer item, por favor, peça ajuda à pessoa que lhe deu este formulário.</p>				
<p>Faça um circulo ao redor da resposta</p>				
1. Saúde Física	Ruim	Regular	Bom	Excelente
2. Disposição	Ruim	Regular	Bom	Excelente
3. Humor	Ruim	Regular	Bom	Excelente
4. Moradia	Ruim	Regular	Bom	Excelente
5. Memória	Ruim	Regular	Bom	Excelente
6. Família	Ruim	Regular	Bom	Excelente
7. Casamento	Ruim	Regular	Bom	Excelente
8. Amigos	Ruim	Regular	Bom	Excelente
9. Ele(a) em geral	Ruim	Regular	Bom	Excelente
10. Capacidade para realizar tarefas	Ruim	Regular	Bom	Excelente
11. Capacidade para fazer atividades de lazer	Ruim	Regular	Bom	Excelente
12. Dinheiro	Ruim	Regular	Bom	Excelente
13. A vida dele(a) em geral	Ruim	Regular	Bom	Excelente

PONTOS: _____