

Qualidade de vida de idosos com declínio cognitivo: auto e heterorrelatos¹

Danielle Viveiros Guedes²

Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária (Embrapa), Sinop-MT, Brasil

Altemir José Gonçalves Barbosa, Neide Cordeiro de Magalhães

Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora-MG, Brasil

RESUMO

Este estudo objetivou comparar as avaliações efetuadas por idosos (autorrelato) e por seus cuidadores (heterorrelato) quanto à qualidade de vida, bem como analisar a consistência interna de uma mesma medida quando auto ou heterorrelatada. A escala Qualidade de Vida – Doença de Alzheimer foi aplicada em 65 idosos com declínio cognitivo e em 40 cuidadores. Obteve-se correlação positiva fraca significativa entre auto e heterorrelatos. Não houve diferença significativa entre os totais da escala auto e heterorrelatada. Somente os itens Saúde Física e Relação com a Família apresentaram diferença significativa ao serem comparados auto e heterorrelatos. Foram obtidos níveis aceitáveis de consistência interna para ambas as versões da escala. Os resultados permitem afirmar que ocorreram mais convergências que divergências entre auto e heterorrelatos e que a escala parece ser confiável para uso com idosos e seus cuidadores no contexto brasileiro.

Palavras-chave: qualidade de vida; cognição; envelhecimento.

ABSTRACT – Quality of life of elderly with cognitive impairment: self and proxy-reports

This study aimed at compare the assessments made by the elderly (self-report) and by their caregivers (proxy-report) about the quality of life, as well as to analyze the internal consistency of a measure when self or proxy-reported. The Quality of Life in Alzheimer Disease scale was administered in 65 elderly with cognitive impairment and in 40 caregivers. We obtained significant positive correlation between self and proxy-reports. There was no difference between the total scale self and proxy-reported. Only the items Physical Health and Relationship with Family showed significant difference when compared the self and the proxy-reports. We obtained acceptable levels of internal consistency for both versions of the scale. The results allowed to affirming that there were more similarities than differences between self and proxy-report and that the scale seems to be reliable for the use with elderly and their caregivers in the Brazilian context.

Keywords: quality of life; cognition; aging.

RESUMEN – Calidad de vida de ancianos con deterioro cognitivo: auto y heterorrelatos

Este estudio objetivó comparar las evaluaciones efectuadas por ancianos (autorrelato) y por sus cuidadores (heterorrelato) en cuanto a la calidad de vida, así como analizar la consistencia interna de una misma medida cuando auto o heterorrelatada. La escala *Qualidade de Vida – Doença de Alzheimer* fue aplicada en 65 ancianos con declive cognitivo y en 40 cuidadores. Fue obtenida una correlación positiva baja significativa entre auto y heterorrelatos. No hubo diferencia significativa entre los totales de la escala auto y heterorrelatada. Solo los ítems Salud Física y Relación con la Familia presentaron diferencia significativa cuando comparados auto y heterorrelatos. Fueron obtenidos niveles aceptables de consistencia interna para ambas las versiones de la escala. Los resultados permiten afirmar que ocurrieron más convergencias que divergencias entre auto y heterorrelatos y que la escala parece ser confiable para uso con ancianos y sus cuidadores en el contexto brasileño.

Palabras clave: calidad de vida; cognición; envejecimiento.

Paralelamente ao processo de transição demográfica mundial, tem sido observada uma transição epidemiológica, em que se verifica um declínio no índice de doenças infecto-contagiosas como causas de morte e o aumento na prevalência de doenças crônico-degenerativas nos idosos (Chaimowicz, 2007; Vermelho & Monteiro, 2004). Entre esses comprometimentos, encontra-se o declínio

cognitivo, que pode se associar, como consequência de sua progressão, às síndromes demenciais (Canineu, Stella, & Samara, 2006).

O envelhecimento populacional em conjunto com o risco aumentado de desenvolvimento de doenças crônico-degenerativas, como as demências, desafiam os profissionais a desenvolverem estratégias de prevenção, promoção

¹ Apoio FAPEMIG

² Endereço para correspondência: Rodovia dos Pioneiros, MT 222 - Km 2,5, CEP: 78550-970; Cx. Postal 343, Sinop-MT, Brasil, Tel.: (66) 8106 5139. E-mail: daniellevguedes@gmail.com

e intervenção na busca de uma velhice bem-sucedida. Esses recursos devem refletir no oferecimento de serviços que visem a uma melhor qualidade de vida (QV) às populações que envelhecem (Chaimowicz, 2007).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu QV 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, que abarca a saúde física do indivíduo, seu estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais e as características relevantes do seu ambiente.

Essa definição tem implícita a ideia de que os indivíduos têm capacidade intelectual de fazer julgamentos subjetivos complexos sobre suas vidas (Logsdon, Gibbons, McCurry, & Teri, 2002). Porém, a avaliação subjetiva da QV feita por pessoas que apresentam comprometimento cognitivo pode ser influenciada por essa limitação (Trigg, Jones, & Skevington, 2007).

Logsdon e cols. (2002) ressaltam que a avaliação da QV de 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.

De acordo com Bottino e Aparício (2007), essa 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 QV e de qual a forma mais eficaz para mensurar essa variável. Questões sobre a capacidade de pessoas com declínio cognitivo fazerem julgamentos subjetivos e sobre a partir de qual ponto 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 destes indivíduos compreenderem questões ou comunicarem seus estados subjetivos. Além disso, quando já se trata de um quadro demencial, sintomas como depressão, agitação ou psicose podem influenciar a avaliação, e os julgamentos acerca do que é importante para a QV podem se modificar com a progressão da doença (Logsdon e cols., 2002).

Apesar desses desafios, diversos autores têm defendido a investigação da QV como um importante recurso no tratamento de indivíduos com comprometimento cognitivo. Logsdon e cols. (2002) ressaltam que essa avaliação fornece a possibilidade de que idosos e seus cuidadores expressem, por exemplo, que tipo de impacto uma intervenção exerce na sua vida. Da mesma forma, Novelli (2007) considera que a crescente disponibilidade de propostas terapêuticas para indivíduos com demência faz com que os indicadores de QV representem importantes referências para determinar se a intervenção tem um impacto significativo sobre a QV. A autora pondera que essa avaliação pode oferecer uma medida de satisfação com o

tratamento recebido, representando uma medida de satisfação do consumidor. Novelli, Dal Rovere, Nitrini e Caramelli (2005) alertam para a necessidade de se investigar a QV de idosos com declínio cognitivo porque, além do próprio indivíduo, familiares e cuidadores são impactados. Além disso, o desenvolvimento de meios para avaliá-la também possibilita direcionar o cuidado oferecido aos pacientes para os aspectos positivos da vida.

Ao observar os conceitos atribuídos à QV na demência, destaca-se aquele defendido por Whitehouse e Rabins (1992, citado por Novelli, 2006), que apresentaram uma definição amplamente utilizada. Consideram que QV 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 e instrumentos distintos têm sido utilizados para mensurá-la em idosos com declínio cognitivo. Logsdon e cols. (2002) relatam que as abordagens incluem, entre outras, autorrelatos do indivíduo com demência e investigações realizadas com um familiar ou cuidador, 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 e cols., 2002). Os autores consideram que esse respeito à autonomia do paciente é importante clínica e eticamente. Entretanto, para que o autorrelato seja útil, é necessário elaborar instrumentos de fácil compreensão e que facilitem a avaliação da QV. A compreensão das questões e a seleção de respostas apropriadas podem ser facilitadas pelo uso de instruções explícitas, pela aplicação individual e pela utilização de pistas visuais para que o indivíduo se lembre das opções de respostas.

Uma alternativa ao método de autorrelato, segundo Logsdon e cols. (2002), pode ser a avaliação feita com um cuidador, verificação geralmente realizada com um parente próximo ou outro cuidador formal do indivíduo. Pode-se citar, 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 e cols. (2006) sugerem que é possível que o relato de um cuidador esteja mais próximo das perspectivas sociais sobre a QV de idosos com declínio cognitivo e, por isto, podem ser preferidas para serem incorporadas a análises econômicas e decisões políticas. No entanto, a avaliação do cuidador pode ser influenciada por suas expectativas e sistema de crenças, pelo relacionamento prévio com o indivíduo e pela sobrecarga em decorrência da função de cuidador, a qual pode influenciar seu estado de humor e níveis de ansiedade, por

exemplo (Logsdon e cols., 2002). Além disso, investigações com cuidadores ou familiares de indivíduos intactos cognitivamente e com declínio encontraram avaliações mais baixas da QV do que aquelas realizadas com os próprios pacientes (Moyle, Mcallister, Venturato, & Adams, 2007; Trentini, 2004).

Novella e cols. (2001), ao investigarem a concordância entre o autorrelato e o de um cuidador sobre a QV 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. No entanto, a concordância foi especialmente fraca para medidas mais subjetivas. Nos estudos de Thorgrimsen e cols. (2003) e de Naglie e cols. (2006), indivíduos com demência também apresentaram maiores expectativas para sua QV do que seus cuidadores.

No Brasil, Inouye, Pedrazzani, Pavarini, e Toyoda (2009) investigaram, por meio da Escala Qualidade de Vida – Doença de Alzheimer (QdV-DA) (Novelli, 2006), a correlação entre a percepção de QV de idosos com doença de Alzheimer, atendidos em um programa de saúde municipal, e seus cuidadores familiares. Foi identificada correlação positiva moderada entre os relatos. Em outro estudo, os mesmos autores objetivaram comparar o relato do paciente e do cuidador familiar sobre a QV do idoso, utilizando a Escala QdV-DA (Inouye, Pedrazzani, Pavarini, & Toyoda, 2010). Os resultados mostraram que apenas duas dimensões ('memória' e 'você em geral') apresentaram diferenças estatisticamente significativas e que o escore final na escala não apresentou diferença significativa. Os autores concluíram que, embora os relatos do familiar e do paciente não sejam idênticos, houve elevada consistência entre as informações (Inouye e cols., 2010).

Em relação aos instrumentos utilizados para investigar a QV de idosos comprometidos cognitivamente, Ettema, Dröes, Lange, Mellenbergh e Ribbe (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 QV de indivíduos nessa condição. Embora essas medidas abranjam mais domínios relacionados ao construto e facilitem comparações entre grupos de doenças diferentes, instrumentos específicos para indivíduos com declínio cognitivo apresentam a vantagem de que os itens têm como foco os problemas associados àquela enfermidade, sendo, por isto, mais sensíveis às mudanças na QV.

No Brasil, há, atualmente, apenas um instrumento com evidências de validade para avaliação da QV na demência: Escala Qualidade de Vida – Doença de Alzheimer (QdV-DA) (Novelli, 2006). Trata-se de uma versão da escala *Quality of Life – Alzheimer's Disease* (QOL-AD), que foi desenvolvida por Logsdon, Gibbons, McCurry e Teri, em 1999. Ela também apresenta três versões (versões do paciente, do cuidador sobre a QV do paciente e do cuidador sobre sua própria QV), possibilitando avaliar a QV

do paciente por meio do autorrelato, do heterorrelato e a partir de uma correção composta por estas duas avaliações, além de possuir uma versão que investiga a QV do cuidador, o que torna a avaliação mais completa (Novelli, 2006). Logsdon e cols. (2002) ressaltaram que as discussões teóricas e psicométricas 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), medida amplamente utilizada em todo o mundo no rastreamento de capacidades cognitivas de idosos. Isso permite que a escala seja empregada em indivíduos com declínio cognitivo, mas não diagnosticados com demência.

Ao obter evidências de validade para a QdV-DA, Novelli (2006) observou confiabilidade e validade de construto para as três versões da escala, bem como para a correção composta, efetuada a partir do relato do paciente e do cuidador sobre a QV do primeiro. A confiabilidade foi avaliada com o alfa de Cronbach. Para obter evidências de 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 QV.

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 QV do cuidador ($\alpha = 0,86$). Quanto à validade de construto da primeira versão, obtiveram-se correlações com sintomas depressivos avaliados pelos pacientes, alterações de comportamento, avaliação da QV efetuada pelo cuidador e com o somatório do instrumento 'genérico' de QV. Para a segunda versão, foram encontradas correlações significativas com comprometimento cognitivo, sintomas depressivos avaliados por pacientes e cuidadores, capacidade funcional, alterações de comportamento, autorrelato da QV, QV do cuidador e a pontuação total da escala genérica de QV. Com relação à 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 e o somatório do instrumento genérico de QV. Ainda, quanto à correção composta pelo autorrelato e pela avaliação do cuidador, observaram-se associações significativas com sintomas depressivos relatados pelo paciente, alterações de comportamento, capacidade funcional 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 mais evidências de validade de construto quando associada às outras variáveis. Para a autora, essa versão pode ser uma boa alternativa de avaliação da QV 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

por meio do autorrelato. Verificou, também, que o instrumento é facilmente aplicado e que apresentou evidências de confiabilidade e validade excelentes no Brasil. Destaca-se que os resultados apresentados por Novelli (2006) também foram publicados em um artigo de 2010 (Novelli, Nitrini, & Caramelli, 2010) e que, 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).

Como os estudos sobre a avaliação da QV em indivíduos com declínio cognitivo se encontram em fases iniciais, especialmente no Brasil, o presente estudo teve como objetivo fazer esta investigação em idosos da cidade de Juiz de Fora-MG. Especificamente, verificou-se a associação entre as avaliações efetuadas pelos idosos (autoavaliação) e por seus cuidadores (heterorrelato) em relação à QV em geral e aos seus domínios (família, saúde física etc.). Foi analisada, também, a consistência interna de uma mesma medida quando auto ou heterorrelatada.

Método

O presente estudo utilizou dados secundários, uma vez que analisou bancos de dados de dois projetos de pesquisa – ‘Prevalência de Demência em idosos da cidade de Juiz de Fora’ (Banhato e cols., 2007) e ‘Perfil do idoso institucionalizado em Juiz de Fora: um trabalho interdisciplinar’ (Chicourel e cols., 2007). Ressalta-se que ambas as pesquisas foram aprovadas por comitês de ética, sendo que os protocolos de aprovação são, respectivamente, 205/2007 e 297/2007. Assim, procedimentos éticos necessários para

a pesquisa com seres humanos (Consentimento Livre e Esclarecido etc.) foram respeitados.

Amostra

Este 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 Instituições de Longa Permanência (ILPIs) ($n = 35$; 53,8%) da cidade de Juiz de Fora (MG). O critério para caracterização de declínio cognitivo foi obter escores inferiores a 24 para indivíduos escolarizados e inferiores a 20 para os sem escolaridade (Almeida, 1998), no MEEM (Folstein e cols., 1975), cuja pontuação varia de zero a 30.

A Tabela 1 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 composto por viúvos ($n = 34$; 52,3%; $\chi^2 = 26,39$; $gl = 3$; $p < 0,001$). Não houve diferença significativa entre as médias de desempenho dos idosos da comunidade ($\bar{X} = 18,13$; $DP = 3,43$) e das instituições ($\bar{X} = 17,26$; $DP = 3,34$) no MEEM ($t(63) = 1,04$; $p = 0,302$). Na amostra total, a pontuação média foi 17,66 ($DP = 3,38$).

Além desses indivíduos, 40 cuidadores constituíram a amostra, sendo 29 (72,5%) provenientes da comunidade (cuidadores informais – familiares, amigos etc.) e 11 (27,5%) das ILPIs (cuidadores formais – profissionais) (Tabela 1). Essa diferença na composição da amostra de cuidadores de cada grupo se justifica porque na comunidade cada idoso possuía um cuidador, havendo apenas um indivíduo que era cuidador de dois idosos. O mesmo não ocorreu nas ILPIs, pois um cuidador poderia ser responsável por diversos idosos.

Tabela 1
Descrição da amostra de idosos e cuidadores

Idosos			
Gênero ^a	Feminino	$n = 43$	66,2%
	Masculino	$n = 22$	33,8%
Estado Civil ^a	Viúvo	$n = 34$	52,3%
	Solteiro	$n = 11$	16,9%
	Divorciado	$n = 8$	12,3%
	Casado/amasiado	$n = 12$	18,5%
Idade ^a		$\bar{X} = 76,48$; $DP = 9,92$	
Escolaridade ^a		$\bar{X} = 4,15$; $DP = 3,97$	
Cuidadores			
Gênero ^b	Feminino	$n = 27$	67,5%
	Masculino	$n = 13$	32,5%
Idade ^c		$\bar{X} = 44,81$; $DP = 18,46$	
Escolaridade ^d		$\bar{X} = 8,30$; $DP = 3,80$	

^a $N = 65$; ^b $N = 40$; ^c $N = 36$; ^d $N = 27$.

Instrumentos

Além do declínio cognitivo avaliado com o MEEM,

extraíram-se informações dos bancos de dados sobre:

a) Variáveis demográficas – Foi empregado um

questionário contendo questões referentes ao gênero, à idade, ao estado civil e aos anos de escolaridade.

b) Qualidade de vida – Foi avaliada por meio da Escala QdV-DA (Novelli, 2006), usando as versões para autorrelato e para o cuidador avaliar a QV do idoso. Reitera-se que ambas investigam 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 por meio das respostas ‘ruim’, ‘regular’, ‘bom’ e ‘excelente’, atribuindo pontuações de um a quatro, respectivamente. O escore varia entre 13 e 52 e, quanto maior, melhor a percepção sobre a QV.

Procedimento

Os indivíduos da comunidade foram selecionados a partir de 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 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 (versão original da QdV-DA) para esses escores (Ettema e cols., 2005; Logsdon, 2002), enquanto o de pontuações abaixo de 24 e de 20 para indivíduos com e sem escolaridade, respectivamente, seguiu as propostas de Almeida (1998) para rastreio de declínio cognitivo. Assim, 30 idosos residentes na comunidade compuseram a amostra deste estudo.

Para os idosos residentes em ILPIs de caráter privado, 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, a partir da amostra de 75 indivíduos do projeto, 35 participaram do presente trabalho.

Descrições detalhadas dos procedimentos de coleta de dados podem ser encontradas nos dois projetos de pesquisa (Banhato e cols., 2007; Chicourel e cols., 2007). Não obstante, é necessário destacar que todas as entrevistas foram efetuadas por psicólogos ou acadêmicos do curso de Psicologia devidamente preparados e que elas foram efetuadas e registradas de acordo com os preceitos do método científico.

Análise de dados

Foram efetuadas análises descritivas, provas paramétricas, como Correlação de Pearson e Teste t, e cálculo do Alfa de Cronbach. Devido às características da amostra, aos instrumentos utilizados e ao estágio de desenvolvimento do estudo da QV de pessoas com declínio cognitivo, foi adotado um nível de significância de 5%. Destaca-se que, apesar das diferentes origens – comunidade e ILPIs –, essa variável não foi considerada para compor subgrupos na

análise de dados, já que tanto ao considerar o autorrelato ($t(63) = -0,37; p = 0,714$) quanto o heterorrelato ($t(63) = 0,33; p = 0,741$) não foram obtidas diferenças significativas entre esses dois subgrupos de participantes.

Resultados

Auto e heterorrelatos da QV 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 QV feita pelos cuidadores com o mesmo instrumento apresentou média de 34,09 (DP = 4,85), variando entre 21 e 47.

Na amostra total, foi identificada correlação positiva significativa, porém fraca, entre o auto e o heterorrelato ($r = 0,32; p < 0,01$). O Teste t para amostras pareadas revelou que não houve diferença 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 significativa. Os idosos fizeram avaliação inferior a dos cuidadores para saúde física e superior no que tange à relação com a família. A Tabela 2 apresenta os resultados do Teste t pareado para cada item e para o escore total na escala.

Uma vez que não há pontos de corte estabelecidos para as versões da escala, adotou-se uma categorização da QV 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 QV ($n = 16; 24,6\%$), que correspondeu aos escores compreendidos entre 13 e 31,50; média QV ($n = 35; 53,8\%$), representado pelos escores superiores a 31,50 até 38,00; e alta QV ($n = 14; 21,6\%$), cujos escores foram superiores a 38,00. Constataram-se diferenças estatisticamente significativas entre a quantidade de participantes dos três agrupamentos ($\chi^2_0 = 12,40; gl = 2; p < 0,01$).

Foi feita a mesma categorização baseada nos quartis para a avaliação dos cuidadores no instrumento (P25 = 30,24; P50 = 34,00; P75 = 37,74). Os escores compreendidos entre 13 e 30,24 corresponderam ao subgrupo com baixa QV percebida ($n = 16; 24,6\%$); o subgrupo com média QV ($n = 33; 50,8\%$) foi representado por escores acima de 30,24 até 37,74 e escores superiores a 37,74 corresponderam aos idosos com alta QV ($n = 16; 24,6\%$). Também foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre a quantidade de participantes dos três grupos ($\chi^2_0 = 8,89; gl = 2; p < 0,01$).

Verificou-se que os percentuais de concordância (46,2%) e discordância (53,8%) entre os relatos dos idosos e dos cuidadores quanto à QV foram equivalentes ($\chi^2_0 = 0,38; gl = 1; p = 0,535$). A Tabela 3 descreve esses resultados.

Tabela 2
Teste t comparando auto e heterorrelatos dos itens e total da escala QdV-DA

QdV-DA	Medidas						Teste t		
	Autorrelato			Heterorrelato			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

Tabela 3
Concordância entre auto e heterorrelatos da qualidade de vida

Medidas da QdV-DA		Qualidade de vida autorrelatada		
		Baixa	Média	Alta
Qualidade de vida heterorrelatada	Baixa	n = 8 12,3%	n = 7 10,8%	n = 1 1,5%
	Média	n = 6 9,2%	n = 18 27,7%	n = 9 13,8%
	Alta	n = 2 3,1%	n = 10 15,4%	n = 4 6,2%

Análise da consistência interna da escala QdV-DA

Na investigação da QV, a versão autorrelatada da escala QdV-DA apresentou alfa (α de Cronbach) de 0,84 e, na versão heterorrelatada, esse valor foi de 0,74. Ambos os coeficientes são aceitáveis, sendo que o primeiro denota elevada consistência interna e o

segundo, apesar de ser admissível, revela baixa consistência interna.

A Tabela 4 apresenta os valores de alfa de Cronbach, caso itens do instrumento fossem excluídos. Constatou-se que a exclusão de itens não elevaria necessariamente a consistência interna da QdV-DA.

Tabela 4
Alfa de Cronbach – caso de exclusão dos itens para o auto e heterorrelatos

Itens da QdV-DA excluídos	Autorrelato	Heterorrelato
Saúde Física	0,83	0,73
Disposição	0,82	0,74
Humor	0,82	0,73
Moradia	0,84	0,72
Memória	0,83	0,73
Família	0,84	0,74
Casamento	0,84	0,73
Amigos	0,83	0,71
Você em geral	0,81	0,70
Capacidade para fazer tarefas	0,83	0,71
Capacidade para fazer atividades de lazer	0,82	0,70
Dinheiro	0,84	0,74
Vida em geral	0,82	0,69

Discussão

As pesquisas sobre a QV 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.

Os resultados demonstraram que não houve diferença significativa entre a autoavaliação da QV e o heterorrelato, divergindo do que foi obtido por Novella e cols. (2001), mas convergindo, no caso dos escores totais da escala, com Inouye e cols. (2010). Ressalta-se que ambos os estudos utilizaram a QdV-DA, denotando a necessidade de estudos adicionais sobre o tema.

Além da semelhança entre as médias dos relatos da QV geral, ao compor os três subgrupos a partir da categorização dos escores na QdV-DA (baixa, média e alta QV), identificaram-se discordância e concordância análogas entre os relatos. Assim, neste estudo, idosos e cuidadores avaliaram a QV 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 QV 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. 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 5). Quanto ao autorrelato, é possível classificar o resultado obtido pela presente investigação como intermediário, pois, na literatura científica, há escores mais (Novelli, 2006) e menos (Inouye e cols., 2009, 2010) elevados. No relato do cuidador, as médias verificadas neste estudo se encontram entre as mais elevadas. 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 5
Médias obtidas em estudos que empregaram versões da QdV-DA

Estudos sobre Qualidade de Vida	Autorrelato			Heterorrelato		
	N	\bar{X}	DP	N	\bar{X}	DP
Logsdon e cols. (2002)	--	--	--	155	33,1	5,9
Thorgrimsen e cols. (2003) ^a	60	33,5	6,3	--	--	--
Thorgrimsen e cols. (2003)	201	33,3	5,8	--	--	--
Hoe e cols. (2006)	123	33,1	6,9	224	29,9	6,3
Novelli (2006) ^b	30	36,8	5,2	30	33,3	5,0
Novelli (2006) ^c	30	36,1	5,3	30	28,3	6,0
Hurt e cols. (2008)	46	35,1	6,4	116	30,8	7,2
Inouye e cols. (2009)	53	29,3	6,3	--	--	--
Inouye e cols. (2010)	53	29,3	6,3	53	28,3	5,6
Presente estudo	65	34,7	6,2	65	34,1	4,8

^aIdosos 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. A presente comparação identificou que os idosos perceberam sua saúde de maneira inferior e o relacionamento familiar de maneira superior ao cuidador.

Novella e cols. (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 muitos 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 próprios dos 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 e cols. (2001) não verificaram diferença nessas avaliações em questões que se referiam aos relacionamentos.

Ainda que não se tenha detectado diferença entre a autoavaliação da QV e aquela efetuada pelo cuidador, como mencionado anteriormente, a literatura apresenta pesquisas que comparam estas avaliações, ressaltando que os cuidadores, independentemente do status cognitivo do idoso, costumam relatar a QV destes indivíduos de maneira inferior ao autorrelato (Hurt e cols., 2008; Logsdon e cols., 2002; Naglie, 2007; Novella e cols., 2001; Trentini, 2004).

Uma possível explicação para a semelhança nos relatos, no presente trabalho, pode ser a associação da sintomatologia depressiva – e de suas repercussões no funcionamento do indivíduo – à percepção dos idosos de sua QV como sendo inferior. Trentini (2004), ao investigar idosos não portadores de demência e seus cuidadores, destacou que a maior intensidade de depressão nos idosos favoreceu a aproximação da sua opinião sobre a QV com aquela fornecida pelos cuidadores. Shmueli, Baumgarten, Rovner e Berlin (2001) também sugeriram essa hipótese e destacaram a dupla relação entre essas variáveis, em que a depressão poderia limitar a QV, ou mesmo que a QV prejudicada poderia fazer com que os indivíduos se tornassem deprimidos. Sugere-se que futuros estudos investiguem a associação entre as variáveis.

A QdV-DA apresentou confiabilidade satisfatória no presente estudo. Os alfas de Cronbach obtidos são equiparáveis aos alcançados por Novelli (2006), sendo ligeiramente superiores no autorrelato e levemente inferiores no heterorrelato.

Não obstante o tema de o presente artigo ser altamente relevante científica e socialmente, algumas limitações da investigação, especialmente as metodológicas, devem ser mencionadas. A adoção de uma amostra de conveniência, não representativa da população, restringe a generalização dos resultados. 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, este instrumento não possibilita diagnosticar, mas rastrear declínio cognitivo (Machado & Felipe, 2007).

Porém, destaca-se que a escala QdV-DA apresenta algumas vantagens, como ser específica à população com declínio cognitivo e demência, única com esta característica no Brasil. Ela possui, também, itens de fácil compreensão, permitindo sua aplicação em um período curto de tempo.

Além disso, em que pesem as limitações deste estudo, a investigação da QV de idosos com declínio cognitivo é de fundamental importância para a Psicologia. Investigações desse caráter também apresentam implicações em outras áreas da Gerontologia. Em quaisquer áreas, as avaliações da QV podem ter a finalidade de orientar o tratamento e as estratégias utilizadas em processos de reabilitação, por exemplo. Também é possível que se oriente o cuidador a fim de que conheça maneiras de lidar com o idoso, favorecendo sua QV, um recurso que pode, como consequência, reduzir sua sobrecarga ao cuidar e favorecer seu relacionamento com o paciente. Ademais, considerando que a promoção de elevada QV é um empreendimento de caráter sociocultural, que ultrapassa os limites da responsabilidade pessoal (Neri 2006), essas pesquisas podem orientar decisões em políticas públicas de saúde que visem à manutenção e ao aprimoramento da QV do idoso em processo de declínio cognitivo.

Apesar de este estudo guardar muitas semelhanças com o de Inouye e cols. (2010), ele apresenta contribuições distintas, especialmente por analisar a consistência interna das duas versões da QdV-DA e por usar os quartis para classificar os níveis de QV dos participantes. Além disso, observaram-se resultados discrepantes entre eles, no que se refere às dimensões da QV. Desse modo, sugere-se que sejam realizadas mais pesquisas sobre esse problema e que elas investiguem amostras mais amplas e diversificadas, utilizando metodologia longitudinal. Continuar empregando a escala QdV-DA, que já tem sido utilizada em vários países, mas que só foi validada recentemente no Brasil (2006), é, também, uma necessidade.

Referências

- Almeida, O. P. (1998). Mini exame do estado mental e o diagnóstico de demência no Brasil. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 56(3-B), 605-612.
- Banhato, E. F. C., Mota, M. M. P. E., Guedes, D. V., Scoralick, N. N., Almeida, A. L. M., Barbosa, E. e cols. (2007). *Prevalência de Demência em idosos da cidade de Juiz de Fora*. Projeto de Pesquisa, Universidade Federal de Juiz de Fora, Minas Gerais.
- Bottino, C. M. C., & Aparício, M. A. M. (2007). Saúde mental e qualidade de vida na velhice: aspectos psiquiátricos. Em A. L. Neri (Org.), *Qualidade de vida na velhice: enfoque multidisciplinar* (pp.173-187). Campinas: Alínea.
- Canineu, P. R., Stella, F., & Samara, A. B. (2006). Transtorno Cognitivo Leve. Em 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. Em M. Papaléo Netto (Org.), *Gerontologia* (pp. 160-173). São Paulo: Atheneu.
- Chaimowicz, F. (2007). O envelhecimento populacional no Brasil. Em O. V. Forlenza, *Psiquiatria Geriátrica: do diagnóstico precoce à reabilitação* (pp. 3-10). São Paulo: Atheneu.

- Chicourel, E. L., Barbosa, A. J. G., Guedes, D. V., Sá, L. F. R., Scoralick, N. N., Caçador, B. S., Ferreira, G. C., Silveira, N. L., & Botelho, J. (2007). *Perfil do idoso institucionalizado em Juiz de Fora: um trabalho interdisciplinar*. Projeto de Pesquisa, Universidade Federal de Juiz de Fora, Minas Gerais.
- 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.
- 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.
- 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.
- Hurt, C., Bhattacharyya, S., Burns, A., Camus, V., Liperoti, R., Marriott, A., Nobili, F., Robert, P., Tsolaki, M., Vellas, B., Verhey, F., & Byrne, E. J. (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. Y. (2009). Percepção de qualidade de vida do idoso com demência e seu cuidador familiar: avaliação e correlação. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 17(2). Retirado em 31/10/2009, do SciELO (Scientific Electronic Library On line) no World Wide Web: <http://www.scielo.br/prc>
- Inouye, K., Pedrazzani, E. S., Pavarini, S. C. I., & Toyoda, C. Y. (2010). Qualidade de vida do idoso com doença de Alzheimer: estudo comparativo do relato do paciente e do cuidador. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18(1), 26-32.
- 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.
- Machado, J. C. B., & Felipe, L. G. (2007). Avaliação Geriátrica Global. Em O. V. Forlenza (Org.), *Psiquiatria Geriátrica: do diagnóstico precoce à reabilitação* (pp. 257-270). 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.
- Naglie, G. (2007). Quality of Life in Dementia. *The Canadian Journal of Neurological Sciences*, 34(Suppl 1), 57-61.
- Naglie, G., Tomlinson, G., Tansey, C., Irvine, J., Ritvo, P., Black, S. E., Freedman, M., Silberfeld, M., & Krahn, M. (2006). Utility-based quality of life measures in Alzheimer's disease. *Quality of Life Research*, 15, 631-643.
- Neri, A. L. (2006). Qualidade de vida no adulto maduro: interpretações teóricas e evidências de pesquisa. Em A. L. Neri (Org.), *Qualidade de vida e idade madura* (6a ed.) (pp. 9-55). Campinas: Papirus.
- Novella, J. L., Jochum, C., Jolly, D., Morrone, I., Ankri, J., Bureau, F., & Blanchard, F. (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. (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. Em O. V. Forlenza (Org.), *Psiquiatria Geriátrica: do diagnóstico precoce à reabilitação* (pp. 399-403). São Paulo: Atheneu.
- 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., Nitrini, R., & Caramelli, P. (2010). Validation of the Brazilian version of the quality of life scale for patients with Alzheimer's disease and their caregivers (QOL-AD). *Aging & Mental Health*, 14(5), 624-631.
- Shmueli, 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.
- 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.
- 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.
- Thorgrimsen, L., Selwood, A., Spector, A., Royan, L., De Madariaga, L. M., Woods, R. T., & Orrell, M. (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, Porto Alegre, RS.
- 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.
- Vermelho, L. L., & Monteiro, M. F. G. (2004). Transição demográfica e epidemiológica. Em R. A. Medronho e cols. (Orgs.), *Epidemiologia* (pp.91-103). São Paulo: Atheneu.

Recebido em junho de 2011
Reformulado em abril de 2012
Aceito em setembro de 2012

Sobre os autores

Danielle Viveiros Guedes é Psicóloga na Embrapa Agrossilvipastoril, Mestre em Psicologia pela Universidade Federal de Juiz de Fora. **Altemir José Gonçalves Barbosa** é Psicólogo, Mestre em Psicologia Escolar e Doutor em Psicologia. Professor do Departamento de Psicologia e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Juiz de Fora.

Neide Cordeiro de Magalhães é Psicóloga, Mestre em Psicologia Clínica e Doutora em Humanidades. Professora do Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Juiz de Fora.