

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS MÉDICAS: PSIQUIATRIA
TESE DE DOUTORADO

QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS

CLARISSA MARCELI TRENTINI

Porto Alegre, Março de 2004

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS MÉDICAS: PSIQUIATRIA
TESE DE DOUTORADO

QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria, como requisito parcial para obtenção do Grau de Doutor.

CLARISSA MARCELI TRENTINI

Orientador: Prof. Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck

Porto Alegre, Março de 2004

Catálogo-na-Publicação

T795 Trentini, Clarissa Marcell
Qualidade de vida em idosos / Clarissa Marcell Trentini ;
orientador: Marcelo Pio de Almeida Fleck. - 2004.
224 f.

Tese (doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Ciências
Médicas: Psiquiatria, Faculdade de Medicina, Universidade Federal
do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004.

1. Qualidade de vida 2. Idoso : Psicologia 3. Escalas de
graduação psiquiátrica 4. Indicadores de saúde I. Fleck, Marcelo
Pio de Almeida II. Título

CDD 618.97
NLM WT 145

(Bibliotecária responsável: Viviane Castanho - CRB-10/1130)

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS MÉDICAS: PSIQUIATRIA
TESE DE DOUTORADO

CLARISSA MARCELI TRENTINI

QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof. Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck
Presidente

Prof. Dr. Cláudio Laks Eizirik
UFRGS

Prof. Dr. Emilio H. Moriguchi
PUCRS

Prof.a Dr.a Irani I. de Lima Argimon
PUCRS

Prof.a Dr.a Gisele Gus Manfro
UFRGS
Suplente

Porto Alegre, Março de 2004

Quem quer viver, faz magia.

João Guimarães Rosa

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha família, avós e manos. Ao meu pai e à minha mãe. Ao meu pai pela tradução do último artigo.

Ao meu esposo Flávio Xavier pelo auxílio e companheirismo. Pela leitura atenta e co-autoria. Por todo incentivo e compreensão; amor, carinho e torcida. Grata Flávio!

Ao meu orientador, Prof. Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck, por toda a sua atenção e pelo exemplo de pesquisador. Obrigada pela acolhida e pelos ensinamentos. Grata pela compreensão e companheirismo em todos os momentos de elaboração da tese.

À Profa. Dra. Jurema Alcides Cunha (*in memorian*) por parte da profissional que sou.

Às doutoras Blanca Werlang, Irani Argimon e Margareth Oliveira pela amizade, companheirismo e disposição, alegria e tudo mais. Muitos obrigadas.

Ao Grupo de Pesquisa *Qualidade de Vida*, em nome do Prof. Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck, pelas discussões compartilhadas.

Ao meu colega psiquiatra, agora mestrando, Eduardo Chachamovich, pelas idéias e trabalho compartilhado. Grata!

Aos professores e Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria da UFRGS, bem como sua coordenação em nome do Prof. Dr. Cláudio Eizirik.

Aos colegas do Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria da UFRGS, em especial à Marilene, ao Jair, ao Salgado, à Vivian, à Cristina e à Melissa, pela amizade e parceria.

À Vânia Hirkata, pela excelência de sua supervisão estatística.

À Isabel Xavier, pela excelência na revisão do português. Ao Tio Renato, também pela leitura atenta.

À minha estimada professora de inglês, Ana Lúcia Leitão Carraro, que correu no mesmo tempo que eu para concluir as traduções.

Às meninas Patrícia, Patrícia e Ana, Mara e Rosane, pela prontidão no auxílio, carinho e alegria com que sempre me receberam.

Ao CAPES, FIPE e GPPG pelos apoios financeiros e estruturais, sem os quais teria sido inviável tal projeto. Grata pelo excelente atendimento das funcionárias Marta e Eliane.

Ao HCPA e à UFRGS.

Às amigas Fabiani Gil, Adriana da Matta, Marilene Zimmer, Cláudia Androvandi, Adriana Serafini, Rita Prieb e Malu Merino pela amizade e estímulo. A cada palavra, de cada uma de vocês, obrigada.

À Profa. Dra. Denise Bandeira, pelo incentivo, auxílio e amizade. Grata também pelo estágio docência!

Aos meus queridos e queridas auxiliares exemplares: Anice, Ariane, Chana, Christiane, Daniel, Daniela, Enrico, Fernanda, Júlia, Juliana, Leda, Letícia, Lílian, Luciano, Maria Elisa, Mariana, Michelle, Milena, Mônica e Roberta que foram peças fundamentais neste processo.

A todos os idosos que participaram desta pesquisa... Obrigada! Pela disposição e acolhida, pela simpatia e honestidade.

À banca examinadora, pelo aceite ao convite.

SUMÁRIO

RESUMO	10
ABSTRACT	13
I INTRODUÇÃO	15
I.a Envelhecimento e Qualidade de Vida na Velhice	16
I.b O Projeto WHOQOL-OLD	25
I.c Questões de Pesquisa e Hipóteses de Trabalho	27
1 ARTIGO -<i>Projeto WHOQOL-OLD: método e resultados de grupos focais no Brasil</i> <i>WHOQOL-OLD Project: method and focus group results in Brazil</i>	30
1.1 Versão em Português	31
1.2 Versão de Inglês	38
2 ARTIGO -<i>Variáveis relevantes na qualidade de vida de pessoas idosas</i> <i>Relevant variables associated with quality of life in old adults in a Brazilian sample</i>	49
2.1 Versão em Português	51
2.2 Versão em Inglês	74
3 ARTIGO -<i>A percepção de qualidade de vida do idoso avaliada pelo cuidador</i> <i>The perception of older adults' quality of life (QoL) assessed by their caregiver</i>	96
3.1 Versão em Português	98
3.2 Versão em Inglês	113
4 ARTIGO -<i>Percepção subjetiva de saúde no idoso internado</i> <i>Subjective perception of health in elderly inpatients</i>	127
4.1 Versão em Português	129
4.2 Versão em Inglês	142
5 ARTIGO -<i>A influência dos sintomas somáticos sobre o desempenho de idosos no Inventário de Depressão de Beck (BDI)</i> <i>The influence of somatic symptoms on the performance of elderly in Beck's Depression Inventory (BDI)</i>	154

5.1 Versão em Português	156
5.2 Versão em Inglês	169
II CONCLUSÕES	181
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	182
ANEXOS	186
ANEXO 1 - Etapas do projeto WHOQOL-OLD	187
ANEXO 2 - Termo de consentimento informado	190
ANEXOS 3 e 4 - Informações sociodemográficas e Escala de nível socioeconômico	191
ANEXO 5 - WHOQOL-100	197
ANEXO 6 - WHOQOL-100 adaptado para uma terceira pessoa	210
ANEXO 7 - Inventário de Depressão de Beck - BDI	223
ANEXO 8 - Aprovação do comitê de ética em pesquisa	224

QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS

RESUMO

Introdução: Esta tese de doutorado é mais uma contribuição do Grupo de Qualidade de Vida (Centro Brasileiro) do Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria, da UFRGS. Esse grupo têm trabalhado em projetos transculturais de elaboração de instrumentos de qualidade de vida (QV) sob a coordenação da Organização Mundial de Saúde. Entre os instrumentos genéricos de QV já desenvolvidos estão o WHOQOL-100 e o WHOQOL-Bref e entre os instrumentos específicos, para populações especiais, estão o WHOQOL-HIV, o WHOQOL-SRPB e, mais recentemente, o WHOQOL-OLD. O desenvolvimento de uma escala de QV para idosos é especialmente importante tendo em vista especificidades deste grupo etário, bem como o aumento da proporção de idosos na população mundial. **Objetivos:** O objetivo maior deste estudo é desenvolver uma escala de QV para idosos (WHOQOL-OLD). Entretanto, como trata-se de um processo com longa duração de tempo, foram gerados objetivos específicos a partir da revisão da literatura e coleta de dados, que deram origem a 5 artigos, cada um com sua proposta, a saber: artigo 1. Apresentar a metodologia utilizada e os resultados dos grupos focais para avaliação de QV do idoso, artigo 2. Identificar variáveis relevantes na QV de pessoas idosas, artigo 3. Investigar a relação da percepção de QV do idoso com a percepção de QV do idoso na opinião de seu cuidador, artigo 4. Investigar variáveis associadas com percepção subjetiva de saúde em idosos internados e artigo 5. Pesquisar um possível viés nas respostas de idosos no Inventário de Depressão de Beck (BDI). **Métodos:** O primeiro estudo teve um desenho qualitativo enquanto os demais foram quantitativos. As amostras variaram para cada estudo. Em todos os estudos idosos(as) acima de 60 anos foram entrevistados. Para os estudos 1 e 2, a amostra contou com profissionais da área da saúde (1) e cuidadores (1 e 2). E, para o estudo 5, adultos acima de 18 anos também foram pesquisados. A coleta dos dados foi realizada em hospitais, lares e

grupos comunitários, residências e recrutamento utilizando a técnica de "snow-ball" (bola de neve) em que cada sujeito indicava um outro sujeito. Todos os entrevistados preencheram o Termo de Consentimento Informado e, a partir daí, foram convidados a responder acerca de informações sociodemográficas, QV percebida (WHOQOL-100) e sintomatologia depressiva (BDI), com pequena variação para os cuidadores. O último estudo contou apenas com os dados sociodemográficos e com as respostas ao BDI. **Resultados:** De forma abreviada, os resultados dos 5 artigos confirmam as especificidades do idoso e portanto a necessidade de desenvolvimento de instrumentos específicos para esta população. O artigo 1 teve como resultado a sugestão de novos itens para idosos, a partir das respostas espontâneas e análise dos domínios e facetas do WHOQOL-100. O artigo 2, por sua vez, mostrou associações da percepção de QV geral com níveis de depressão, percepção subjetiva de saúde e sexo. No artigo 3, foi possível verificar uma tendência, em todos os domínios e na medida QV geral, de o cuidador responder pior percepção de QV do idoso do que o próprio idoso cuidado, apesar de algumas concordâncias (domínios físico, nível de independência, meio ambiente e espiritualidade/religião). Também observou-se que a intensidade de depressão do idoso exerceu forte influência tanto na sua própria percepção de QV quanto na percepção do cuidador sobre o idoso. O artigo 4 mostrou uma prevalência alta e não esperada de idosos internados que se percebiam como saudáveis. Foi possível observar, ainda, uma associação significativa entre percepção saudável e menor intensidade de sintomas depressivos, bem como melhor percepção de QV no domínio nível de independência. E por último, o artigo 5 discute o viés da subescala somático e de desempenho nas respostas do idoso ao BDI. **Conclusões:** Idosos constituem um grupo particular e, como tal, apresentam especificidades relevantes. A avaliação dos idosos em relação às suas percepções de QV está associada a sexo, idade, estado civil, classe social, percepção de saúde e mais fortemente associada a níveis de sintomas depressivos. Explorando o cuidador como avaliador da QV do idoso observou-se uma tendência de o cuidador perceber a QV do idoso pior do que a própria percepção do idoso, apesar de fortes correlações para todos os domínios e na medida QV geral na percepção do par idoso-cuidador. Já na avaliação de percepção de saúde em idosos foi verificada a influência da intensidade dos sintomas depressivos bem como da dimensão independência: quanto menor a intensidade de depressão e quanto maior o nível de independência,

maior associação com percepção de saúde entre idosos. Além desses, características próprias da população idosa podem interferir nos resultados do BDI fazendo com que seus achados sejam maximizados por questões somáticas e de desempenho sugerindo pontos de corte especiais para os idosos. Novos estudos são sugeridos a fim de atender a demanda específica do idoso.

QUALITY OF LIFE IN OLDER ADULTS

ABSTRACT

Background: This doctoral thesis is another contribution from the Quality of Life Group (Brazilian Center) of the Graduate Program in Medicine: Psychiatry at UFRGS. This group has been working on cross-cultural projects devising quality of life (QoL) assessment questionnaires coordinated by the World Health Organization. Among the generic QoL questionnaires already developed, are the WHOQOL-100 and the WHOQOL-Bref and among the specific questionnaires for special populations, are the WHOQOL-HIV, the WHOQOL-SRPB, and, more recently, the WHOQOL-OLD. Devising a scale for elders is particularly important due to this age group's specificities, as well as the rise in the number of elders in the world population. **Objectives:** The major objective of this study is to devise a QoL scale for elders (WHOQOL-OLD). Nevertheless, as this is a long-term process, specific objectives have been established after literature review and data collection, which generated 5 papers with different purposes, as follows: paper 1. To show the methodology used and the results of the focus groups for older adults' QoL assessment, paper 2. To identify relevant variables on the QoL of older adults, paper 3. To look into the relationship between QoL perception of elders and the perception of their QoL in the opinion of their caregivers, paper 4. To look into variables associated with subjective health perception in elderly inpatients and paper 5. To research possible bias in elders' responses to Beck's Depression Inventory (BDI). **Methods:** The first study had a qualitative design while the others were quantitative. Samples varied in each study. For papers 1 and 2 the sample counted on health professionals (1) and caregivers (1 and 2). In paper 5 adults over 18 years old were also studied. Data collection was carried out in hospitals, nursing homes and community groups, residences and snowball recruiting in which each subject recommended another one. Informed consent was obtained from all interviewees who were then asked to answer questions on socio-demographic information,

perceived QoL (WHOQOL-100) and depressive symptomatology (BDI), with little variation for caregivers. The last study counted only on socio-demographic data and BDI's answers. **Results:** The results of the 5 papers briefly confirm the specificities of the elders and therefore, the need for the development of specific assessment for this population. Paper 1. resulted in the suggestion of new items for elders generated from spontaneous responses and analyses of domains and facets of WHOQOL-100. Paper 2. showed associations between overall QoL perception and depression levels, subjective perception of health and gender. Paper 3. reported a tendency in all domains and overall QoL for the caregiver to answer worse QoL perception on the elder than that of the caregiver, despite some accordance (physical, level of independence, environment and spirituality/religion domains). The study also reported that the depression intensity in elders played strong influence on their own QoL perception as well as on the caregiver's perception on the elder. Paper 4. showed high and unexpected prevalence of elderly inpatients who considered themselves healthy. It was also possible to observe significant association between healthy perception and lower intensity of depressive symptoms, as well as better QoL perception in the level of independence domain. Finally, paper 5. discusses the bias of the somatic subscale and the performance on elders' answers to BDI. **Conclusions:** Older adults are a specific group and, therefore, show relevant specificities. Elders' assessment towards their QoL perceptions is associated with gender, marital status, social class, health perception and more strongly associated with depressive symptoms levels. When using the caregiver as the one to assess the elder's QoL, it was possible to observe a tendency for the caregiver to consider the elder's QoL worse than that of the elder himself, despite strong correlations for all domains and overall QoL in the perception of the dyad elder-caregiver. On the other hand, health perception assessment on elders reported influence of the intensity of depressive symptoms as well as the independence dimension: the lower the intensity of depression and the level of independence, the stronger the association with health perception in elders. Besides these, specific characteristics of the elder population may interfere with BDI results, turning their findings into somatic and performance issues, suggesting special cutoff point for elders. Further studies are suggested in order to meet this group's specific demand.

I INTRODUÇÃO

A avaliação de Qualidade de Vida tem recebido um crescente interesse em diferentes áreas do conhecimento. Embora ainda inexista um consenso sobre seu conceito, há uma certa unanimidade em considerar a medida qualidade de vida em saúde como um importante desfecho ou, nas palavras de Fallowfield (1990), "a medida que faltava" nas avaliações em saúde.

Existem diversos significados associados ao conceito de qualidade de vida. Na medicina, por exemplo, muitas vezes, qualidade de vida está associada à relação custo/benefício inerente à manutenção da vida ou à capacidade funcional dos doentes. No campo da economia, "qualidade de vida" é associada com medidas objetivas como renda per capita, que serve de indicador do grau de acesso das populações aos serviços de educação, saúde, habitação, entre outros. No campo da sociologia e na política, os conceitos de "qualidade de vida" são utilizados em um enfoque populacional e não individual. Na psicologia social, a referência mais forte é a experiência subjetiva de qualidade de vida, representada pelo conceito de satisfação (Neri, 2000).

A preocupação especificamente com qualidade de vida na velhice ganhou relevância nos últimos 30 anos. Isso se deu em função do crescimento do número de idosos e da expansão da longevidade, que passou a ser compartilhada por um maior número de indivíduos vivendo em diversas sociedades. Além disso, houve um aumento da sensibilidade dos pesquisadores para o estudo científico do assunto, que se reflete no aumento de publicações (Neri, 2000).

Nesta introdução, inicialmente, será revisado o problema do Envelhecimento e sua relação com a qualidade de vida na velhice. A seguir, serão descritas as etapas do Desenvolvimento do Projeto WHOQOL-OLD. Finalmente, serão apresentadas as Questões de pesquisa e hipóteses que motivaram o desenvolvimento dos 5 artigos que irão compor o núcleo desta tese.

I.a Envelhecimento e Qualidade de Vida na Velhice

O processo do envelhecimento têm preocupado a humanidade desde o início da civilização. Segundo Leme (1996) poucos problemas tem merecido tanta atenção e preocupação do homem como o envelhecimento e a incapacidade funcional relacionada a este processo.

O século XX trouxe grandes avanços para a ciência do envelhecimento. Por um lado, houve um crescimento do interesse em pesquisar e estudar o processo de envelhecimento, que já se anunciava nos séculos anteriores. Por outro lado, o aumento do número de idosos em todo o mundo exerceu pressão passiva sobre o desenvolvimento desse campo (Netto, 2002).

Em nível mundial, a expectativa de vida subiu 41% desde 1950, de 46 anos para 65, com maiores aumentos nos países em desenvolvimento. No Japão, as pessoas vivem mais do que em qualquer outro lugar do mundo: em média, 82,5 anos para as mulheres e 76 para os homens (Treas, 1995).

Especificamente no Brasil, a população com idade igual ou superior aos 60 anos já é de 15 milhões de habitantes. A sua participação no total nacional dobrou nos últimos 50 anos; passou de 4%, em 1940, para 9%, no ano de 2000. As projeções indicam 15% do total nacional para o ano de 2020 (IBGE, 2000).

As pessoas, hoje em dia, podem esperar atingir uma idade avançada, às vezes, até muito avançada. Os americanos que chegam aos 65 anos hoje podem esperar chegar aos 82 (Freitas et al., 2002).

Em média, as mulheres vivem cerca de seis anos a mais do que os homens (Rosenberg et al., 1996). A diferença racial na expectativa de vida também pode estar aumentando em decorrência das mortes por AIDS e homicídios. Segundo Rosenberg e colaboradores (1996) homens e mulheres americanos brancos têm maior expectativa de vida quando comparados a homens e mulheres americanos negros. A vida mais longa das mulheres tem sido atribuída a diversos fatores. As mulheres buscam assistência médica com mais frequência, possuem maior nível de

apoio social e menos vulnerabilidade biológica. As mulheres idosas tendem a ter problemas de saúde de longo prazo, crônicos e incapacitantes; enquanto os homens idosos tendem a desenvolver doenças de curto prazo e fatais. Como resultado, as mulheres idosas têm maior probabilidade do que os homens de serem viúvas, não se casarem depois e passarem mais anos com má saúde e menos anos de vida ativa e independente (Katz et al., 1983, Longino, 1987). Mulheres idosas também têm maior probabilidade de empobrecerem.

Gerontologistas afirmam que 110 a 120 anos é o limite do ciclo da vida humana. Parece difícil que as pessoas venham a viver para sempre, ou mesmo cheguem aos 100 anos. Ainda assim, novas pesquisas têm sugerido que a morte dos "velhos mais velhos" são adiáveis.

Viver mais sempre foi o intuito do ser humano. Assim, um desafio que cresce em importância é a obtenção de melhor qualidade de vida nesses anos conquistados a mais. Pesquisas têm sido feitas no sentido de esclarecer os fatores que contribuem para o chamado "envelhecimento bem-sucedido". Este seria uma "condição individual e grupal de bem-estar físico e social, referenciada aos ideais da sociedade, às condições e aos valores existentes no ambiente em que o indivíduo envelhece e às circunstâncias de sua história pessoal e seu grupo etário" (Neri, 2000).

Muitos problemas que costumavam ser considerados parte da idade avançada são atualmente atribuídos não ao envelhecimento propriamente dito, mas a fatores de estilo de vida ou a doenças que podem acompanhar ou não o envelhecimento. Pesquisadores definem o envelhecimento primário como um processo gradual e inevitável de deterioração corporal que começa mais cedo na vida e continua com o passar dos anos e o envelhecimento secundário como resultados de doenças (ou abusos) - fatores que, por vezes, são evitáveis e dentro do controle das pessoas (Busse, 1987; Horn & Meer, 1987). Referente a este último, acredita-se que com a manutenção da boa forma e com uma alimentação ponderada, muitos idosos poderão e efetivamente afastarão os efeitos secundários do envelhecimento.

Segundo Birren e Bengston (1988), o envelhecimento compreende processos de transformação do organismo que ocorrem após a maturação sexual. O envelhecimento é acompanhado por alterações regulares na aparência, no comportamento, na experiência e nos papéis sociais. Inicia-se em diferentes épocas

para as diversas partes e funções do organismo e ocorre em ritmo e velocidade que variam em um mesmo indivíduo ou entre diferentes indivíduos. Esses processos implicam na diminuição gradual da probabilidade de sobrevivência.

Conforme Papalia e Olds (2000), afora os aspectos individuais, existem três domínios gerais a serem considerados na velhice. Em primeiro lugar, há um aumento nas perdas físicas. A saúde tende a ser um problema crescente. Em segundo, as pressões e as perdas sociais tendem a se acumular. Em terceiro, os idosos defrontam-se com a idéia de que o tempo está se tornando cada vez mais curto para eles.

Algumas mudanças tipicamente associadas com o envelhecimento são evidentes até para o observador casual e incluem aspectos da aparência e da funcionalidade. A pele envelhecida tende a tornar-se mais pálida, mais manchada e menos elástica. Os cabelos tornam-se brancos e mais ralos e a altura diminui. Assim, parece haver um declínio a olhos vistos. Há um declínio funcional e uma diminuição da vitalidade das funções biológicas (Papalia & Olds, 2000).

Ao contrário da aparência, o declínio da saúde mental não é típico na terceira idade. Na realidade, a doença mental é menos comum entre adultos mais velhos do que entre adultos mais jovens. Num estudo realizado por Haug e colaboradores (1984) com 1.300 adultos mais velhos, cerca de 7 a cada 10 mantinham ou melhoravam sua saúde mental. Contudo, os transtornos mentais que efetivamente acontecem em adultos mais velhos tendem a ter conseqüências devastadoras.

Para Neri (1993), a experiência do envelhecimento não é homogênea, sendo que o normal no momento histórico e socioeconômico do Brasil, é o envelhecimento com algum grau de disfunção física e funcional. Para a autora, existiriam três realidades de envelhecimento:

1. Velhice “bem sucedida” (ou ótima): é a velhice com preservação da saúde objetiva, da saúde auto-referida e da funcionalidade no padrão dos adultos jovens. Significa tomar como fonte de referência algum estado ótimo ou ideal de bem-estar pessoal e social.

Rowe e Kahn (1987), propuseram dois fatores determinantes, se presentes, para permitir uma “velhice bem sucedida”: manutenção de boa vitalidade (saúde física e mental) com capacidade de recobrar-se de estresses (“resiliência”).

2. Velhice “usual” (ou velhice normal): na chamada velhice usual, conforme Neri, ocorrem doenças físicas e/ou mentais ou limitações funcionais objetiva ou

subjetivamente aferíveis, porém em intensidade moderada ou leve o suficiente para acarretar mudanças apenas parciais nas atividades da vida diária.

3. Velhice “com patologia”: nessa, a funcionalidade e o padrão de saúde física e mental do adulto jovem foi perdida ou está menos nítida, havendo a presença de doenças crônicas/degenerativas, limitando severamente a vida da pessoa.

Apenas na década de 1990 a velhice “com patologia” deixou de ser vista como sinônimo de velhice como um todo, tanto por parte da ciência como da cultura. Motivos epidemiológicos recentes – como o crescimento do número de idosos saudáveis, que é um acontecimento que surge na história da humanidade apenas no final deste século – estão forçando uma mudança de pressupostos teóricos da velhice como sinônimo de doença.

Existem cinco indicadores, classicamente utilizados pela pesquisa, que medem “velhice bem sucedida” (o “bem envelhecer” da década de 1950):

1. Satisfação/Índice de satisfação com a vida - Havinghurst (1963) caracterizou a satisfação na velhice como o aspecto interno e subjetivo da boa qualidade de vida nesse período. Neugarten, do grupo de Chicago, formulou uma escala para avaliar a satisfação (Life satisfaction index). Fazendo uso desse instrumento, e a partir dessa formulação inicial, um volume considerável de pesquisas gerontológicas foi produzida nas últimas décadas.

Através dessa linha de pesquisa, vem-se tentando determinar quais são os fatores determinantes, ou pelo menos mais fortemente relacionados, com esse estado de satisfação ou de bem estar psicológico auto referido. Tem-se buscado, assim, determinar quais são as variáveis com maior valor preditivo para alta satisfação no idoso. Dessa maneira, por evidências de pesquisas, as seguintes variáveis foram consideradas relevantes: saúde, status socioeconômico, idade, raça, emprego, status conjugal, atividade e integração social.

Contudo, as relações encontradas na literatura entre satisfação e as variáveis acima listadas devem ser vistas com um entendimento crítico, pois é bastante provável que esses fatores da satisfação não sejam os mesmos em diferentes grupos. Também não há como definir o que é causa de satisfação e o que seria decorrência dela, ou fator concomitante não relacionado.

Um estudo longitudinal de 20 anos, com 222 entrevistados, denominado The Bonn Longitudinal Study of Aging (Rudinger & Thomae, 1990) concluiu sobre satisfação na velhice que:

a) a saúde biológica é um dos fatores mais fortemente relacionados com satisfação;

b) a saúde percebida e a maneira como as pessoas lidam com problemas de saúde são ainda mais relacionadas com satisfação, que as condições objetivas de saúde, avaliadas segundo parâmetros médicos;

c) a satisfação com a família é uma importante condição associada com bem estar no idoso. Um outro índice correlacionado com o bem estar e a satisfação é a avaliação que o idoso faz de sua situação atual. Essa última, em grande medida, sofre influência da presença ou da ausência de estressores no último ano.

2. Atividade/Envolvimento - A teoria da atividade e do envolvimento com papéis profissionais, familiares ou o envolvimento em atividades sociais são sobreponíveis. A noção básica da teoria da atividade/envolvimento, é de que quanto mais ativo o idoso, maior sua satisfação e qualidade de vida.

Porém, entre idosos, é difícil distinguir a dimensão motivacional dos limites da funcionalidade orgânica. Freqüentemente, na prática, pode haver motivação para a atividade sem que existam condições funcionais para executá-las.

3. Longevidade - Talvez a característica mais imediata das *velhices* com qualidade, ou ótimas, seja justamente sua preservação temporal em oposição a morte. De fato, uma má qualidade de vida parece associar-se com um aumento da mortalidade. O exemplo dos idosos com depressão maior, que teriam 59% maior chance de morrer em um ano apontada por um estudo, ilustra esse conceito de interdependência de má qualidade de vida e perda da longevidade (Blazer, 1993).

Dessa maneira, sabe-se que a má qualidade de vida pode estar associada com menor longevidade. Não há ainda, contudo, certeza baseada em evidências de pesquisas que o contrário seja verdadeiro: que uma boa qualidade de vida se associe com maior longevidade. Alguns estudos encontraram mesmo uma relação inversa, ainda que, no momento atual, não exista nenhuma consistência de pesquisa que permita supor se qualidade de vida boa implicaria em maior longevidade.

Outra associação que se estuda é se os longevos - comparados com os idosos mais jovens - teriam mais qualidade de vida. Existem algumas evidências, mas sempre parciais nesse sentido: a prevalência de declínio cognitivo associado ao envelhecimento é menor no longo (no velho-velho) do que no velho-jovem (Hänninen et al., 1996). Algumas medidas de adaptação psicológica e de satisfação no longo são significativamente melhores na velhice avançada.

Em decorrência dessas evidências de aspectos parciais da qualidade de vida se poderia supor que, por um efeito da mortalidade aumentada dos idosos com má qualidade de vida nas décadas de 60 e início dos 70 anos, os sobreviventes com mais de 75 anos (longevos), teriam maior qualidade de vida. Assim, nessa linha de raciocínio, se encontraria maior qualidade de vida entre os velhos-velhos do que nos velhos-jovens. Isso equivaleria a dizer que a longevidade poderia cursar com maior qualidade de vida, porém mais pesquisas serão necessárias para determinar essa associação.

4 e 5. Saúde física e mental (tanto saúde objetiva quanto auto-percebida): A “vitalidade” é uma condição necessária para que uma experiência de envelhecimento possa ser considerada como bem sucedida, estando na própria definição do conceito. A distinção entre saúde objetivamente aferida e saúde subjetivamente relatada, mostrou-se de grande importância dada a não correlação entre as duas (disparidade de opiniões entre médicos e idosos), e dado o fato de que apenas a saúde subjetivamente referida mostrou-se correlacionada diretamente com a sobrevivência em 1 ano: o fato do idoso ter uma avaliação subjetivamente boa de sua saúde é o fator mais fortemente preditivo de sobrevivência em 1 ano, enquanto a opinião objetiva do médico, que não mostrou essa correlação com a sobrevivência.

O primeiro deles (satisfação com a vida) tem uma natureza subjetiva, os outros podem ser vistos como mais objetivos. Os dois últimos (saúde física e mental objetiva e subjetiva) têm uma dimensão um pouco mais biológica, enquanto a satisfação com a vida e a atividade/envolvimento seriam mais determinados pelos aspectos socioeconômicos e psicológicos.

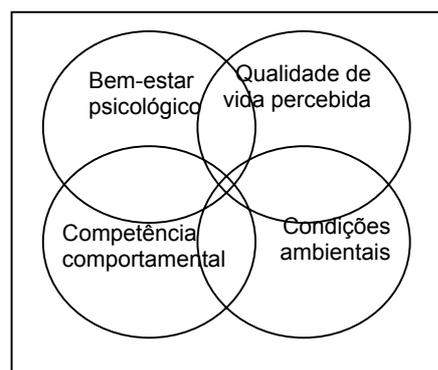
Inicialmente apenas a satisfação com a vida e a atividade/envolvimento foram propostas, tendo surgido como critérios de avaliação de “bem envelhecer” nos Estados Unidos durante a segunda guerra. A investigação sistemática sobre “o envelhecer bem” iniciou na década de 1940 por pesquisadores da escola de Chicago. Segundo a formulação dessa época, envelhecer bem significaria estar satisfeito com a vida atual e ter expectativas em relação ao futuro. De acordo com essa proposição inicial, a “satisfação” tornou-se a dimensão mais frequentemente investigada em relação ao bem-estar na velhice, até que, na década de 1960, a variável “atividade” ganhasse grande concordância para a pesquisa (Neri, 1993). Essa variável atividade, proposta pelo grupo de Kansas em 1953 no *Kansas City*

Studies of Adult Life como um dos mais importantes indicadores de bem envelhecer, foi por muitos autores considerada como índice isolado de velhice bem sucedida.

Em relação ao conceito de qualidade de vida na velhice, sabe-se da sua difícil operacionalização. Isto se dá em decorrência de vários motivos. Primeiro, o constructo possui múltiplas dimensões. Segundo, resulta da atuação de muitos eventos concorrentes, isto é, é multideterminado. Terceiro, refere-se à adaptação de indivíduos e grupos de pessoas em diferentes épocas da vida de uma ou várias sociedades. Quarto, tanto a velhice, como a qualidade de vida, são eventos dependentes do tempo (Neri, 2000).

Segundo Lawton (1991), "qualidade de vida na velhice é uma avaliação multidimensional referenciada a critérios socionormativos e intrapessoais, a respeito das relações atuais, passadas e prospectivas entre o indivíduo maduro ou idoso e o seu ambiente" (p.6). Isto é, a qualidade de vida na velhice é dependente de muitos elementos em interação constante ao longo da vida do indivíduo. Para ele, a avaliação de qualidade de vida incide sobre quatro áreas sobrepostas e inter-relacionadas: competência comportamental, condições ambientais, qualidade de vida percebida e bem-estar psicológico, das quais depende a funcionalidade do idoso (Figura 1).

Figura 1. Representação esquemática do modelo de qualidade de vida na velhice elaborado por Lawton (1991).



Lindgren (1994), com um instrumento estruturado centrado em questões objetivas sobre a qualidade de vida, estudou idosos acima de 75 anos, institucionalizados e residentes na comunidade, com diversos graus de saúde física. Nessa população, 33% não podiam ler jornal sem fazer uso de óculos, mais de um terço tinha problemas de audição, 47% tinha problemas de mobilidade e 66% relataram algum tipo de problema para dormir. Um percentual de 42% sentia solidão algumas vezes ou freqüentemente, e 65% estavam preocupados (na maior parte das vezes, com o medo de quedas ao solo). Contrastando com essas medidas objetivas, um percentual de 87% classificou subjetivamente a própria saúde como boa e 79% estavam contentes ou “quase” contentes com sua situação atual.

Apesar dessa população apresentar freqüentemente problemas auditivos e/ou de visão, tais limitações não afetaram a percepção subjetiva da pessoa com relação a sua saúde. Problemas de locomoção e com o sono tiveram um impacto maior. Uma das conclusões do trabalho foi a de que os três fatores mais relacionados com a auto-percepção com a saúde foram os escores em atividades ($p < 0.001$), o contentamento ($p < 0.001$) e os problemas de motilidade ($p < 0.001$). O contentamento, por sua vez, era afetado pela atividade e solidão, sendo que a solidão era afetada pelo tipo de moradia (asilo, residência, hospital, com menor sentimento de solidão na comunidade), e pela idade (solidão diretamente relacionada idade mais avançada).

Estudando satisfação com a vida entre Nigerianos com mais de 60 anos de idade residentes na comunidade (em zonas rurais e urbanas), Baiyewu (1992) fez uso de uma parcela da Nottingham Health Profile (NHP) referente a satisfação com a vida, e encontrou que alta satisfação com a vida correlacionava-se com a saúde auto definida, com solidão, sexo (mulheres com mais satisfação) e local de residência, e que não estava relacionado com contato social, estado civil, proximidade com filhos ou freqüência com que via amigos íntimos.

Browne e colaboradores (1994), fazendo uso de instrumentos semi-estruturados, estudando exclusivamente idosos saudáveis (apesar do recrutamento ter sido feito pela rede de saúde), com mais de 65 anos, residentes na comunidade, procurou determinar quais os domínios de qualidade de vida que seriam mais relevantes para esses idosos. Seu objetivo era o de medir qualidade de vida através dos próprios critérios da população estudada. As relações com a família foram lembradas como variável importante para 89%, as atividades sociais e de lazer 95%,

a saúde 91%, as condições de moradia 80% e a religião em 75% dos casos. Os idosos dessa amostra estavam bastante satisfeitos com seus próprios desempenhos nesses domínios por eles mesmos listados. O autor discute dois pontos a partir de seus achados, são eles: a) O grande desencontro entre a classificação subjetiva e objetiva de saúde e b) O fato de que as escalas de qualidade de vida estruturadas, muitas vezes, não incluem o fator religião, citado por essa população como um domínio importante, incluído no conceito deles sobre qualidade de vida. Esse autor é da opinião de que cada população de idosos terá uma valorização particular de quais domínios são importantes, e advoga, então, o uso de escalas não estruturadas.

Bowling (1995) também interessada em perguntar para a população sobre o que seria importante, na opinião dos próprios pesquisados, na determinação de qualidade de vida, entrevistou uma população de diversas idades, da comunidade, com ou sem enfermidades, sem nenhuma escala de qualidade de vida, mas fazendo perguntas sobre esse tema. Perguntou tanto sobre o que as pessoas citariam como importante em suas vidas (boas ou ruins), quanto sobre como a pessoa, naqueles itens lembrados, se classificaria (variando de o “melhor possível” a “tão ruim como pode ser”). São achados desse trabalho, que os idosos não diferem tanto das outras faixas etárias na opinião do que seja determinante na qualidade de suas vidas, salvo por não atribuírem tanto peso as atividades laborais e por atribuírem mais peso à saúde que os jovens. Outro achado é que pessoas com mais de 55 anos mais freqüentemente que os mais jovens achavam suas vidas como um todo “tão boa quanto possível”. Também as mulheres idosas (tanto da faixa de 65-75 anos, quanto da faixa de >75 anos) mais freqüentemente que os homens da mesma idade classificavam suas vidas como “tão boa quanto possível” (27%:17% e 28%:21%, respectivamente).

Falar em critérios para definir qualidade de vida na velhice faz lembrar que existem várias maneiras de ser velho e diferentes padrões de envelhecimento. À medida que a pessoa vai ficando mais velha, acentuam-se algumas perdas biológicas e alteram-se padrões metabólicos. Podem ocorrer perdas progressivas na memória, na cognição e na comunicação, que podem ser agravadas por problemas orgânicos e psicológicos. A proximidade da morte, a incerteza em relação a doenças e o risco crescente de dependência são importantes fatores na determinação das perdas e do senso de auto-eficácia.

A relação entre qualidade de vida e intensidade de sintomas depressivos e/ou níveis de desesperança no idoso também é estreita. Quem avalia a sua qualidade de vida como negativa apresenta significativamente mais sintomas depressivos. Assim como quem tem esperança pode alcançar melhores condições de saúde (Miller, 1985, Carpenito, 1995, Farran et al., 1995).

Conforme Goldstein (1995), os indivíduos não mantêm padrões de comportamento estáticos ao longo do tempo. Ao contrário, mudam seu comportamento para fazer frente às demandas da vida que se alteram ao longo da existência. Estudos de stress e coping estão focalizados nessas mudanças.

Alguns autores defendem que, apesar de diferente, a qualidade de vida na velhice também pode ser entendida como um processo adaptativo multidimensional, a despeito do grau do indivíduo para lidar com vários tipos de demanda (Baltes & Baltes, 1990, Backman et al., 1990).

Estudos sobre condições que concebem uma boa qualidade de vida na velhice, bem como variações da própria velhice revestem-se de grande importância científica e social. Através de pesquisas, podemos não apenas contribuir para o entendimento dos limites do ser humano como também podemos auxiliar na geração de alternativas de intervenção para esta crescente parcela da população (Neri, 1993).

I.b O Projeto WHOQOL-OLD

Com o objetivo de desenvolver instrumentos e pesquisar qualidade de vida em diferentes populações a Organização Mundial de Saúde (OMS) vem liderando um projeto internacional, o Projeto WHOQOL: *World Health Organization Quality of Life*. Para o grupo de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (Grupo WHOQOL), qualidade de vida é definida como "a percepção do indivíduo da 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" (Grupo de Trabalho de Qualidade de Vida da OMS, 1998).

Conforme o Grupo WHOQOL, o conceito de qualidade de vida é constituído de três aspectos fundamentais: subjetividade, multidimensionalidade e inclusão de dimensões positivas e negativas.

Neste sentido, a partir do reconhecimento da importância de medir qualidade de vida, o Grupo WHOQOL desenvolveu inicialmente um instrumento genérico de

avaliação de qualidade de vida: o WHOQOL-100 (Fleck et al., 1998^b). Esse instrumento tem a particularidade de ter sido elaborado e desenvolvido por *experts* de diferentes culturas, tendo como objetivo a característica de ser transcultural. Assim, pretende ser aplicável a diferentes populações e permitir, por conseguinte, que sejam possíveis comparações entre culturas. A partir de uma série de análises psicométricas do desempenho dos itens do WHOQOL-100, o Grupo WHOQOL desenvolveu a versão abreviada desse instrumento (WHOQOL-Bref), permitindo que o desempenho se mantivesse em ótimos níveis e facilitando, assim, a aplicação do mesmo em determinados contextos. O WHOQOL-Bref é composto por 26 itens, tendo sido vertido e adequadamente testado em Português (Fleck et al., 2000).

Partindo dos instrumentos genéricos de qualidade de vida acima citados, o Grupo WHOQOL passou a envolver-se na elaboração de instrumentos específicos de avaliação de qualidade de vida em populações especiais. Mantendo as diretrizes básicas norteadoras dos instrumentos genéricos (entre elas subjetividade, divisão do constructo em domínios, estilo de itens, etc.), módulos adicionais foram propostos para pacientes com HIV (Fleck et al., 1998, Shekhar et al., 2003, Zimpel, 2003), a expansão do domínio espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais para o módulo WHOQOL-SRPB (Rocha, 2002, Fleck et al., 2003) e, mais recentemente, para pessoas com mais de 60 anos. É importante destacar que esses módulos também contaram com diversos centros ao redor do mundo, com o objetivo de manter sua característica transcultural. O Brasil esteve presente em todas as etapas do desenvolvimento e aplicação de tais módulos.

Atualmente, o Grupo WHOQOL está especificamente interessado no estudo da qualidade de vida de pessoas com mais de 60 anos, em virtude do importante aumento da proporção de idosos na população mundial e, em particular, em países europeus. Deste modo, elaborou-se o instrumento de avaliação de qualidade de vida para pessoas com mais de 60 anos (WHOQOL-OLD), que já foi inicialmente testado na fase piloto e que, atualmente, está sendo definitivamente avaliado em seu teste de campo.

A construção de validação do instrumento WHOQOL-OLD é um projeto envolve 22 centros: Escócia (Centro coordenador), Brasil, Inglaterra, Alemanha, Espanha, Dinamarca, França, República Tcheca, Hungria, Noruega, Canadá, Austrália, Estados Unidos, Israel, Japão, Suécia, China, Lituânia, Uruguai, Turquia, Grécia e Suécia, além do escritório europeu da Organização Mundial da Saúde

(OMS). Observa-se que alguns centros não-europeus, entre eles o Brasil, foram convidados a participar do estudo, uma vez que podem fornecer dados mais amplos, obtidos em diferentes contextos culturais, acerca do envelhecer.

A presente tese está inserida no referido contexto de pesquisa. A pesquisa está atualmente na etapa final de Teste de Campo (ver Anexo 1 para visualizar todos os passos do projeto). Para esta tese foram utilizados os dados referentes a etapa dos Grupos Focais (artigo 1) e os dados do Teste de Campo do Módulo Piloto (artigos 2 e 5). Os dados referentes às demais etapas do projeto WHOQOL-OLD serão objeto de futuras publicações.

I.c Questões de Pesquisa e Hipóteses de Trabalho

Os artigos que compõe esta tese foram produzidos para responder questões de pesquisa que foram surgindo a partir da revisão da literatura e dos achados dos testes de campo do projeto maior de construção de uma escala de qualidade de vida em idosos (WHOQOL-OLD).

- Artigo 1 - Projeto WHOQOL-OLD: método e resultados de grupos focais no Brasil

Questão de pesquisa:

A velhice parece ser uma etapa bem definida do ciclo vital com características peculiares. O instrumento original WHOQOL foi desenvolvido fundamentalmente para avaliar qualidade de vida em adultos não idosos. A partir da avaliação de idosos em diferentes culturas, é possível considerar o WHOQOL-100 como um instrumento válido para avaliar qualidade de vida em idosos ou é necessário desenvolver novas facetas, modificar ou eliminar facetas já existentes?

H_0 - A avaliação de qualidade de vida em idosos pode ser aferida com os mesmos itens que é feita em adultos não idosos.

H_1 - A avaliação de qualidade de vida em idosos não pode ser aferida com os mesmos itens que é feita em adultos não idosos.

- Artigo 2 - Variáveis relevantes na qualidade de vida de pessoas idosas

Questão de pesquisa:

Qualidade de vida é um construto amplo em que múltiplas variáveis podem influenciar seus domínios de diferentes formas. Qual o peso de variáveis

sociodemográficas, percepção subjetiva de saúde e intensidade de depressão na qualidade de vida dos idosos?

H_0 - Não há influência das variáveis sociodemográficas, percepção subjetiva de saúde e intensidade de depressão na qualidade de vida dos idosos.

H_1 - Há influência das variáveis sociodemográficas, percepção subjetiva de saúde e intensidade de depressão na qualidade de vida dos idosos.

- Artigo 3 - A percepção de qualidade de vida do idoso avaliada pelo cuidador

Questão de pesquisa:

Embora qualidade de vida seja um construto eminentemente subjetivo e auto-referido, pessoas próximas dos idosos imaginam e observam como eles (idosos) percebem diferentes aspectos relativos à qualidade de vida. Será que há concordância na percepção de qualidade de vida do idoso e do seu cuidador?

H_0 - Não há concordância na percepção da qualidade de vida entre cuidadores e idosos.

H_1 - Há concordância na percepção da qualidade de vida entre cuidadores e idosos.

- Artigo 4 - Percepção subjetiva de saúde no idoso internado

Questão de pesquisa:

A realidade objetiva de doenças físicas e a sua percepção subjetiva pelo paciente nem sempre são coincidentes.

- 1) Qual a prevalência de percepção de boa saúde em idosos internados (e portanto, objetivamente doentes)?
- 2) Quais fatores estão associados com a percepção de boa saúde em idosos internados?

H_0 - Não há fatores associados a percepção de boa saúde em idosos internados.

H_1 - Há fatores associados com percepção de boa saúde em idosos internados.

- Artigo 5 - A influência dos sintomas somáticos sobre o desempenho de idosos no Inventário de Depressão de Beck (BDI)

Questão de pesquisa:

O Inventário de Depressão de Beck (BDI) é composto por itens cognitivos e somáticos. Os idosos, por terem uma prevalência maior de problemas físicos, teriam uma tendência a pontuar mais na subescala somática do que adultos não idosos?

H_0 - Adultos idosos pontuam os itens somáticos da mesma forma que adultos não idosos.

H_1 - Adultos idosos pontuam maiores escores nos itens somáticos que adultos não idosos.

1. ARTIGO - *Projeto WHOQOL-OLD: método e resultados de grupos focais no Brasil*

WHOQOL-OLD Project: method and focus group results in Brazil

Este artigo foi aceito pela *Revista de Saúde Pública* e foi publicado nas versões em Português (impresso e online) e Inglês (online).

Referência para citação:

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

Fleck, MPA, Chachamovich, E, Trentini, CM. (2003). WHOQOL-OLD Project: method and focus group results in Brazil. *Rev Saúde Pública*, 37(6).

2. ARTIGO - Variáveis relevantes na qualidade de vida (QV) de pessoas idosas
Relevant variables associated with quality of life (QoL) in old adults in a Brazilian sample

Autores. *Clarissa M. Trentini^a, Eduardo Chachamovich^b, Milena F. Costa^c, Daniela H. Müller^c, Vânia Hirakata^d, Marcelo P. A. Fleck^e*

A versão em Inglês deste artigo foi submetida à revista *Quality of Life Research*.

2.1 Versão em Português

Título. *Variáveis relevantes na Qualidade de Vida (QV) de pessoas idosas*

Autores. *Clarissa M. Trentini^a, Eduardo Chachamovich^b, Milena F. Costa^c, Daniela H. Müller^c, Vânia Hirakata^d, Marcelo P. A. Fleck^e*

Resumo

Introdução. A variação da percepção de QV em pessoas idosas pode sofrer modificações conforme diferentes variáveis sociodemográficas, entre outras. A busca de fatores que colaborem com uma melhor avaliação da QV parece importante, tendo em vista o envelhecimento populacional.

Objetivos. Identificar variáveis relevantes na QV de pessoas idosas.

Métodos. Idosos a partir de 60 anos foram entrevistados. O método amostral foi o de conveniência. Trezentos e trinta e nove idosos estratificados por sexo, idade e percepção subjetiva de saúde ou doença responderam sobre questões sociodemográficas, QV (WHOQOL-100) e sintomatologia depressiva (BDI).

Resultados. A análise de regressão linear múltipla mostrou associações da percepção de QV geral com níveis de depressão, percepção subjetiva de saúde e sexo. A análise individual para cada domínio concluiu que a intensidade de depressão está correlacionada a todos os domínios, enquanto que a percepção de saúde esteve associada com os domínios físico, psicológico, nível de independência e relacionamentos sociais. Outras variáveis tais como gênero, idade e classe social também foram examinadas.

Conclusões. A avaliação dos idosos em relação às suas percepções de QV está associada a sexo, idade, estado civil, classe social e percepção de saúde e mais fortemente associada a níveis de sintomas depressivos. Contudo, outros estudos são sugeridos.

Palavras-chave. Qualidade de vida (QV); Idosos; Variáveis relevantes.

Grupo WHOQOL-OLD – Centro Brasileiro

^a *Psicóloga, Doutoranda em Psiquiatria.*

^b *Psiquiatra, Mestrando em Psiquiatria.*

^c *Estudante do curso de psicologia.*

^d *Estatística, Mestre em Epidemiologia.*

^e *Coordenador do Centro Brasileiro - WHOQOL-OLD, Professor Adjunto do Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da UFRGS.*

Correspondência para:

Clarissa Marcelli Trentini

Rua Duque de Caxias, 888 ap. 303

CEP 90.010-280 - Porto Alegre, RS, Brasil

E-mail: clarissatrentini@aol.com

Fone: 051 3221.9156 ou 3222.3113

Introdução

O envelhecimento mundial é um fenômeno que tem sido muito discutido na última década. Entretanto, este rápido processo de envelhecimento observado também nos países em desenvolvimento, como o Brasil, ainda conta com escassos estudos para fornecer os elementos necessários à proposição de políticas adequadas a essa crescente parcela da população. Acompanhando este contexto social, a medicina, a ética médica e a sociedade criaram um "novo conceito": qualidade de vida (QV).

Segundo o Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (Grupo WHOQOL), QV é definida como "a percepção do indivíduo da 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" (Grupo de Qualidade de Vida da OMS, 1995).

Conforme o Grupo WHOQOL, o conceito de QV possui três qualidades fundamentais: subjetividade, multidimensionalidade e inclusão de dimensões positivas e negativas.

Assim, a partir do reconhecimento da importância de medir QV, o Grupo WHOQOL desenvolveu 2 instrumentos genéricos de QV: o WHOQOL-100 e o WHOQOL-Bref.

Segundo Browne e colaboradores (1994), cada população de idosos terá uma valorização particular de quais domínios são importantes conforme diferentes contextos.

De acordo com Bowling (1995), o jovem e o idoso não diferem quanto ao que seja determinante na qualidade de suas vidas; contudo, os idosos não atribuem tanto peso às atividades laborais e, por outro lado, valorizam mais do que os jovens a saúde.

Nosso estudo faz uso do WHOQOL-100 para identificar, entre variáveis sociodemográficas, percepção de saúde e intensidade de depressão, quais variáveis são relevantes na QV de pessoas idosas, a partir de uma amostra brasileira. A investigação sobre as condições que permitem uma boa QV na velhice, bem como sobre as variações que esse estado comporta parece ser de grande importância científica e social.

Métodos

Amostra

A amostra foi composta por 339 idosos(as) acima de 60 anos, estratificados conforme sexo, idade e percepção subjetiva de saúde ou doença. Foram excluídos os idosos com doenças terminais e aqueles com demência. Os idosos eram contactados em suas residências, lares de idosos, hospitais e grupos comunitários de idosos. O método amostral foi o de conveniência.

Instrumentos

Ficha de dados sociodemográficos

- A ficha de dados sociodemográficos inclui as seguintes variáveis: sexo, idade, estado civil, escolaridade, situação de moradia, ocupação, percepção de saúde, uso de medicação, uso de cigarro e bebida (quantidade e frequência). Complementarmente, uma escala para nível socioeconômico também foi conduzida.

Percepção de qualidade de vida

- WHOQOL-100 (WHOQOL Group, 1998; Fleck et al., 1999)
- O WHOQOL-100 é um instrumento desenvolvido pelo grupo de qualidade de vida da OMS que possui seis domínios (físico, psicológico, nível de independência, relacionamentos sociais, meio ambiente e espiritualidade). Cada domínio é composto pelas seguintes facetas: *Domínio I - Físico* (1. Dor e desconforto, 2.

Energia e fadiga, 3. Sono e repouso); *Domínio II - Psicológico* (4. Sentimentos positivos, 5. Pensar, aprender, memória e concentração, 6. Auto-estima, 7. Imagem corporal e aparência, 8. Sentimentos negativos); *Domínio III - Nível de independência* (9. Mobilidade, 10. Atividades da vida cotidiana, 11. Dependência de medicação ou de tratamentos, 12. Capacidade de trabalho); *Domínio IV - Relações sociais* (13. Relações pessoais, 14. Suporte (Apoio) social, 15. Atividade sexual); *Domínio V - Ambiente* (16. Segurança física e proteção, 17. Ambiente no lar, 18. Recursos financeiros, 19. Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade, 20. Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades, 21. Participação em e oportunidades de recreação/lazer, 22. Ambiente físico: poluição/ ruído/ trânsito/ clima, 23. Transporte); *Domínio VI - Aspectos espirituais/ religião/ crenças pessoais* (24. Espiritualidade/ religião/ crenças pessoais). A medida QV geral (faceta 25) é composta por 4 questões que têm o objetivo de fornecer uma medida geral de qualidade de vida. Assim, o instrumento é composto por 24 facetas específicas e uma faceta geral. Foi utilizada a versão do instrumento em Português.

Intensidade de sintomas depressivos

- Inventário de Depressão de Beck - BDI (Beck et al., 1961; Cunha, 2001)
- O BDI é uma medida de intensidade de depressão, não sendo indicado para identificar categorias nosológicas. O escore total do BDI é feito a partir do somatório das respostas assinaladas pelos examinandos nos 21 itens. O maior escore possível é 63. Foi utilizada a versão do instrumento em Português.

Procedimentos para coleta de dados

Contatos com instituições de idosos, hospitais, grupos comunitários de idosos e recrutamento utilizando a técnica de "snow-ball" (bola de neve) em que cada idoso indica um outro idoso foram realizadas. Todos os idosos preencheram o Termo de Consentimento Informado e, a partir daí, foram convidados a responder acerca de

informações sociodemográficas, qualidade de vida percebida (WHOQOL-100, Fleck et al., 1999) e sintomatologia depressiva (BDI, Cunha, 2001).

Tanto a ficha de dados sociodemográficos, quanto o WHOQOL-100 e o BDI são de caráter auto-administrável; contudo, um auxiliar de pesquisa (dentre estudantes de medicina e psicologia) esteve sempre à disposição do idoso para qualquer esclarecimento.

O projeto foi devidamente examinado e aprovado pelo Comitê de Ética do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, RS, Brasil (nº 01.374).

Procedimentos para análise dos dados

A descrição das variáveis foi realizada através das freqüências absolutas e relativas, bem como média e desvio padrão, sendo que o BDI também foi agrupado por tercís.

Para avaliar a consistência interna do WHOQOL-100, o Coeficiente Alfa de Cronbach foi calculado para cada domínio, QV geral e WHOQOL-100 total.

Para comparação dos valores dos domínios e QV geral do WHOQOL-100 segundo variáveis sociodemográficas, percepção de saúde e BDI (em tercís), foram utilizados o Teste-t de Student e Análise de Variâncias, seguido do Teste de comparações múltiplas de Tukey. As variáveis que apresentaram associação com valores de p menores que 0.20 foram incluídas na Análise de Regressão Linear Múltipla que foi realizada para cada domínio e QV geral do WHOQOL-100. O objetivo foi o de identificar as variáveis que apresentassem associação significativa independente das demais.

Na Análise de Regressão Linear Múltipla, foi utilizado o BDI como variável contínua, tendo em vista que os resultados das análises com o BDI em tercís foram semelhantes aos apresentados.

Foram consideradas estatisticamente significativas as associações com valores de p menores que 0.05.

Para análise dos dados, foi usado o programa SPSS para ambiente Windows, versão 10.0.

Resultados

A Tabela 1 mostra as características sociodemográficas da amostra em estudo. Conforme descrito anteriormente, a distribuição de sexo, idade e percepção de saúde foi estratificada e aproximadamente igual nos diversos estratos. Apesar disto, a amostra conta com 56% de mulheres, 37% de idosos na faixa entre 70-79 anos e 57% com percepção de saúde saudável. O grupo mais freqüente foi o de casados (50%), em termos de escolaridade prevaleceu o ensino fundamental (67%), a aposentadoria foi a ocupação mais freqüente (72%) e a classe social, a C+D (55%).

A Tabela 2 mostra a intensidade de depressão nos idosos conforme dados do BDI total ($m=10.3; dp=8.1$) e também conforme agrupamento por tercís. Os idosos responderam uma pontuação mínima de 0 e máxima de 42 no Inventário de Depressão de Beck.

Na avaliação da consistência interna, verificou-se que, para o WHOQOL-100 ($\alpha=0.9342$) e para o Domínio V - Meio ambiente ($\alpha=0.9055$), os coeficientes foram excelentes, já que se encontram acima de 0.90 (George & Mallery, 1995). Sendo que, nos demais, os Coeficientes Alfa de Cronbach foram considerados igualmente fortes e satisfatórios (Tabela 3).

As médias dos escores de cada domínio do WHOQOL-100 foram calculadas segundo dados sociodemográficos, percepção de saúde e BDI categórico. Conforme Tabela 4, é possível observar diferenças significativas em todos os domínios e QV geral nas variáveis classe social, saúde subjetiva e BDI. Na variável nível de educação, diferenças foram observadas em 4 dos 6 domínios e na QV geral.

Na variável classe social, observou-se que o grupo A+B apresentou médias significativamente mais altas quando comparado com o grupo C+D. Na avaliação de percepção de saúde, foi possível observar que as pessoas com percepção de saúde saudável obtiveram médias de QV significativamente mais altas (em todos os domínios e QV geral). Segundo o BDI, agrupado em tercís, o 1º tercil (≤ 6 ; G1), que corresponde ao grupo com menor intensidade de sintomas depressivos, diferiu significativamente dos demais grupos por apresentar médias mais altas em todos os domínios e na QV geral. Já na avaliação do 3º tercil (> 13 ; G3), que corresponde ao grupo com maior intensidade de sintomas depressivos, esta diferença só não ocorreu no domínio VI (espiritualidade/religião).

Médias significativamente mais baixas foram observadas para o grupo com ensino fundamental nos domínios I (físico) e III (nível de independência) em relação aos demais grupos de escolaridade. Neste grupo também foi possível verificar médias mais baixas no domínio II (psicológico), somente quando comparado ao ensino médio, e no domínio V (meio ambiente) e na QV geral apenas quando comparado ao nível superior.

Para as variáveis sexo e idade, algumas diferenças estatisticamente significativas foram observadas sendo, respectivamente, observados resultados mais altos nos domínios IV (relacionamentos sociais) e V (meio ambiente) nas mulheres, e a faixa de idade de 60 a 69 anos apresentando resultados mais altos em relação aos idosos na faixa de 80 anos ou mais nos domínios II (psicológico) e III (nível de independência).

Com referência à variável ocupação, os aposentados apresentaram médias mais baixas em relação a outros (donas de casa, trabalhadores em tempo integral ou parcial) nos domínios I (físico), III (nível de independência), IV (relações sociais) e na QV geral.

O estado civil não demonstrou diferença estatisticamente significativa para qualquer domínio ou QV geral.

Na Tabela 5, estão apresentados os resultados da Análise de Regressão Linear Múltipla.

No domínio I (físico), observou-se que somente as variáveis percepção de saúde e BDI permaneceram significativamente associadas quando controladas para as variáveis escolaridade, ocupação e classe social. Assim, aqueles que avaliaram sua saúde como saudável obtiveram mais altos escores para o domínio físico, enquanto que os com mais altos escores no BDI apresentaram piores respostas para o mesmo domínio. Através dos cálculos de β , foi possível verificar que, entre as variáveis incluídas no modelo, o BDI apresentou a maior influência no domínio I ($\beta=-0.43$), seguido da percepção de saúde ($\beta=0.17$).

Em relação ao domínio II (psicológico), permaneceram significativamente associados, além das variáveis percepção de saúde e BDI, os fatores idade e estado civil. Conforme esta associação, aqueles que têm entre 60-69 anos, os solteiros, os com percepção de saúde saudáveis e os com menores níveis de sintomas depressivos apresentaram melhor QV neste domínio em relação, respectivamente,

aos com 80 anos ou mais, casados, doentes e os com maiores níveis de sintomas depressivos. A partir dos cálculos de β , observou-se que o BDI apresentou a maior influência no domínio II ($\beta=-0.58$), seguido da idade (80 anos ou mais) e estado civil (casado) ($\beta=-0.13$).

No domínio III (nível de independência), pôde-se observar que somente as variáveis idade, percepção de saúde e BDI mantiveram-se estatisticamente associadas. Desta forma, aqueles que estão na faixa etária de 80 anos ou mais obtiveram mais baixos escores para este domínio, da mesma forma que os com mais altos escores no BDI, respectivamente aos que estão entre 60-69 anos e os com mais baixos escores no BDI. Já os que avaliaram sua saúde como saudável, obtiveram mais altos escores para o mesmo domínio. Entre as variáveis incluídas no modelo, o BDI apresentou a maior influência no domínio III ($\beta=-0.41$), seguido da percepção de saúde ($\beta=0.37$).

Na análise do domínio IV (relacionamentos sociais), apenas a variável ocupação não permaneceu significativamente associada. Assim, aqueles do sexo feminino, casados, classe social A+B, saudáveis e com escores mais baixos no BDI apresentaram escores mais altos em relação aos do sexo masculino, solteiros, classe social C+D, doentes e com níveis mais altos no BDI. Através dos cálculos de β , foi possível verificar que o BDI apresentou a maior influência no domínio IV ($\beta=-0.35$), seguido do estado civil (casados) ($\beta=0.19$).

No domínio V (meio ambiente), mantiveram-se associados os fatores sexo, classe social e BDI, demonstrando que as mulheres, as pessoas da classe A+B e aqueles com menores níveis de depressão apresentaram escores mais altos. A variável com maior influência foi o BDI ($\beta=-0.42$) e, depois dessa, a classe social (C+D) ($\beta=-0.22$).

No domínio VI, diferentemente dos demais, o BDI foi o único fator que se manteve significativamente associado ($\beta=-0.21$).

E, na QV geral, as variáveis que permaneceram estatisticamente associadas foram sexo, percepção de saúde e BDI, sendo que, através dos cálculos de β , observou-se o BDI como a variável de maior influência ($\beta=-0.45$) e, em seguida, percepção de saúde ($\beta=0.27$).

Na Tabela 6, é possível observar os resultados das análises de correlação e regressão linear múltipla entre a QV geral e os domínios do WHOQOL-100.

Conforme Tabela, os domínios que estiveram mais relacionados a uma melhor avaliação de QV geral foram os domínios nível de independência (D III), meio ambiente (D V) e psicológico (D II).

Discussão dos resultados

A intensidade de depressão foi a variável mais consistentemente associada com QV, quer pela sua abrangência (presente em todos os domínios e QV geral), quer pela sua intensidade (ilustrada pela magnitude dos coeficientes β). Uma maior intensidade de sintomas depressivos esteve associada com pior QV em idosos. A associação entre má QV em idosos e depressão tem sido encontrada em diversos estudos (Sullivan et al., 2000; Goldney et al., 2000; Burstrom et al., 2001; Allsup & Gosney, 2002; Gaynes et al., 2002; Creed et al., 2002; Herrman et al., 2002; Kuehner, C., 2002; Xavier et al., 2002). Outros estudos reforçam a hipótese de associação direta entre intensidade de depressão e QV, ao evidenciarem a melhora da QV que se segue ao tratamento efetivo da depressão (Doraiswamy et al., 2001; Shmuelly et al., 2001; Unutzer et al., 2002; Kuehner, C., 2002) e da distímia (Ravidran et al., 2000). Apenas um estudo evidenciou que, mesmo havendo alguma melhora da QV após o tratamento da depressão, essa melhora não foi completa e uniforme para todos os domínios da QV (Angermeyer et al., 2002).

Apesar da existência desses diversos estudos sugerindo a presença de associação entre depressão e QV, a maior parte deles utiliza um conceito restrito, o conceito de QV “relacionada à saúde”. No presente estudo, em que um maior número de domínios da QV foram quantificados, podemos observar que a depressão segue sendo uma variável associada com pior QV, mesmo para domínios mais amplos e não restritos à saúde (por exemplo, espiritualidade e relacionamentos sociais).

Este impacto dos sintomas depressivos em diversas dimensões da vida de idosos também foi evidenciado em um estudo qualitativo sobre a forma como pacientes mulheres sentiam o transtorno do humor afetar aspectos espirituais, sociais, físicos e mentais de suas vidas (Hedelin e Strandmark, 2001). Um outro estudo mostrou que, comparados com os não deprimidos, idosos deprimidos mostravam significativamente piores resultados na avaliação de todos os itens do SF-36 (Leal e Rodrigues, 2003). Em uma pesquisa sobre o impacto dos sintomas

depressivos em adultos saudáveis e doentes, constatou-se que a condição de saúde exerce uma influência negativa sobre a QV de pacientes, mas que a depressão está mais fortemente associada com QV do que o próprio estado de saúde (Rocha et al., 2002). Estes achados parecem válidos também para pessoas idosas (Gurland, 1992).

A segunda variável relevante na análise de regressão linear múltipla, após a intensidade de sintomas depressivos, foi a percepção de saúde. Embora estar deprimido interfira mais com a QV do que se perceber doente, a preocupação com a saúde assume uma particular importância no idoso, já que a maioria daqueles com maiores níveis de sintomas depressivos se percebem doentes. Rennemark e Hagberg (1999) encontraram 3 fatores como responsáveis pela maneira como os sintomas de doença são percebidos: o senso de coerência, a rede social e o grau de depressão. Há também o achado de que a cultura ocidental iguala QV a boa saúde (Kovac, 2003), apesar de essa associação ser comumente encontrada em outras culturas (Sorensen, 1992; Xavier et al., 2003). Embora a depressão possa influenciar a percepção de saúde, esta variável foi mantida no modelo mesmo na presença da depressão, sugerindo que outros fatores possam estar mediando o relacionamento entre percepção de saúde e QV, além da depressão.

Particularmente a associação encontrada entre maior depressão e pior nível de independência, aponta para uma relação que outros trabalhos têm mostrado ser de influência recíproca. Ormel e colaboradores (2002) mostraram que depressão e perda da funcionalidade são mutuamente reforçadoras uma da outra ao longo do tempo, chegando à conclusão de que para melhorar a QV dos idosos, os tratamentos devem ser dirigidos tanto para a disfunção (no caso desta ser recentemente instalada), quanto para o quadro depressivo em si. Já Asakawa e colaboradores (2000), acompanhando longitudinalmente aproximadamente 700 idosos inicialmente funcionais e não deprimidos, observou que, entre os 12% que apresentaram declínio da funcionalidade, havia significativa perda de contato social, maior declínio na satisfação com a vida e significativo maior número de sintomas depressivos após 2 anos de seguimento.

Os "idosos mais idosos" (acima de 80 anos) avaliaram-se pior no domínio psicológico quando comparados aos outros dois grupos etários. Uma alternativa de explicação para este resultado poderia ser uma possível influência das variáveis depressão e sexo feminino neste subgrupo. Apesar de não ter sido encontrada

diferença significativa, o grupo de "idosos mais idosos" possui um maior número de mulheres e intensidade de sintomas depressivos mais alta. Entretanto, independentemente do fator determinante, outros estudos também mostraram pior QV geral (não apenas psicológica) em idosos mais velhos (Burstrom et al., 2001; Azpiazu et al., 2003; Damura & Sato, 2003; Leal & Rodrigues, 2003). Em um estudo realizado por Dragomirecka e Seleпова (2003), buscando diferenças na percepção de QV entre homens e mulheres idosas com o WHOQOL-100, encontrou-se que as diferenças entre os gêneros aumentam com a idade, sendo que os homens com 80 anos ou mais estavam significativamente mais satisfeitos com suas vidas e avaliavam uma melhor QV geral do que as mulheres do mesmo grupo de idade.

No presente estudo, as mulheres avaliavam-se melhor nos domínios relacionamentos sociais e meio ambiente (Tabela 4), além de melhor QV geral (Tabela 5). Essa evidência de mulheres com melhor QV geral que homens está em desacordo com a literatura (Katz et al., 1983; Longino, 1987; O'Bryant, 1991; Burstrom et al., 2001; Fukuda et al., 2002; Azpiazu et al., 2003). Encontramos apenas um estudo (Cumings, 2002) que também mostrava associação de gênero feminino com melhor QV, sendo que neste estudo o conceito de QV era restrito apenas à noção de "bem estar". Uma possível explicação para este achado talvez seja o fato de que a nossa amostra contou especialmente com mulheres com inserções em grupos sociais tais como um coral de idosos, um grupo comunitário, entre outros, em que a presença era de pessoas predominantemente do sexo feminino. Isto pode explicar os achados nos domínios relacionamentos sociais e meio ambiente. Diversos estudos apontam para a mulher como um membro mais participativo na sociedade em relação aos homens (Eizirik, 1997; Papalia e Olds, 2000). Um fator a ser especulado como contribuição é a observação de que, para uma mesma idade cronológica na velhice, o homem tem uma idade biológica objetiva de mais de 10 anos em relação à mulher. Assim, por apresentar mais doenças crônicas, mais dor, menos independência, menos mobilidade, menos capacidade de trabalhar e menor função sexual, o homem sentiria sua QV como pior do que uma mulher da sua mesma idade.

No domínio "psicológico", os sujeitos casados apresentavam pior QV subjetiva quando comparados a viúvos e solteiros. Existe a possibilidade de que esta associação repita apenas o dado de que homens tinham pior QV na maioria dos domínios, já que há proporcionalmente mais homens no grupo de casados. Isto se

dá geralmente pelo fato de homens casarem com mulheres mais jovens e dada à maior longevidade das mulheres (Schneider e Guralnik, 1990; Treas, 1995; Rosenberg et al., 1996; IBGE, 2000). Mulheres idosas têm sido freqüentemente mencionadas como um grupo de risco, devido a aspectos como solidão, redução no padrão financeiro e pior condição de saúde (Papalia e Olds, 2000; Dragomirecka e Seleпова, 2003). No presente grupo, a situação de viuvez não teve associação com nenhum domínio da QV, nem com a QV geral. Novamente o fato de existirem mais mulheres (que nesta amostra tinham melhor QV, bem como maior satisfação com seus apoios sociais) no grupo dos viúvos, pode ter diminuído um impacto eventual negativo do estado de viuvez sobre a QV.

Nós observamos associação entre pouca escolaridade formal e pior QV no domínio físico na análise de regressão linear múltipla (Tabela 5). Notamos que, quanto menor o grupo etário, maior a escolaridade, sendo o inverso verdadeiro. Pessoas de menor escolaridade podem ter desempenhado trabalhos fisicamente mais desgastantes, podem ter tido menos acesso à saúde, bem como podem ter mais dificuldades em seguir/entender ordens e prescrições médicas. Associação entre fatores de escolaridade dos pais e mortalidade infantil são conhecidos em saúde pública. Em idosos, é observado um relacionamento recíproco entre a saúde e a base educacional: não apenas a má saúde e a falta de instrução podem limitar a cognição, como também as pessoas com maior capacidade cognitiva tendem a obter melhor educação e cuidar de sua saúde (Schaie e Willis, 1996). Estudos futuros sobre a natureza dessa associação de saúde e escolaridade poderão apontar para uma linha de intervenção clinicamente significativa em gerontologia, verificando, por ex., o impacto da alfabetização de idosos sobre sua saúde física geral. Já as associações diretas observadas entre pouca escolaridade formal com pior QV, tanto no domínio psicológico quanto no domínio nível de independência (Tabela 4), não parecem ter um claro - ou evidente - determinante. É uma faceta do domínio psicológico o “aprender”, e é possível que o idoso de baixa escolaridade defina-se a si mesmo como não tendo capacidade de aprendizado. Em um outro trabalho com população de idosos sem acesso à educação formal em sua juventude, Xavier e colaboradores (2003) viram que a faceta “auto-estima” (componente do domínio psicológico) sofria influência da insatisfação do idoso com não ter conseguido estudar. É possível que as experiências de aprendizado possam relacionar as variáveis nível de escolaridade e domínio psicológico em nosso estudo.

Independentemente da natureza da associação entre baixa escolaridade formal e pior QV nos diferentes domínios (físico, psicológico e nível de independência), também foi observada diferença de QV geral entre o grupo de pouco tempo de escolaridade formal e o grupo que frequentou a universidade. As possíveis estratégias de *coping* diante da velhice das quais pessoas mais intelectualizadas podem lançar mão, o eventual papel protetor da atividade mental sobre a perda de QV (ou sobre a perda cognitiva) e mesmo a quantidade de recursos financeiros, de lazer que os sujeitos universitários tiveram/têm acesso, poderiam ter relação com essa diferença. Isso parece particularmente importante em países em desenvolvimento onde o nível de educação está fortemente relacionado a questões sociais. Através dos nossos achados nós não podemos determinar se a escolaridade, por si só, influencia a QV ou se ela é uma variável "sintética" que compreende outras variáveis intervenientes tais como poucas oportunidades, baixo nível socioeconômico, entre outros. O fato é que a escolaridade é uma variável em si que permanece significativa e diferente da classe social.

Os sujeitos aposentados avaliaram-se como tendo pior QV geral e pior QV nos domínios físico, psicológico, nível de independência e relacionamentos sociais. No Brasil, a aposentadoria tem sido caracterizada como um "período decadente" da vida (Veras, 2000). Ao contrário do que acontece em países desenvolvidos, o idoso brasileiro tem uma situação financeira pior do que quando trabalhava, pelo fato de o valor da sua aposentadoria ser inferior aos vencimentos do período produtivo. Em um estudo realizado pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (RJ, Brasil), quando os entrevistados foram indagados sobre a principal carência e/ou dificuldade de seu cotidiano, o item mais prevalente foi o econômico (30%). Além desses, foram listadas queixas relativas à moradia e à percepção da rejeição social (10%) (Veras, 1992; Veras e Dutra, 1993). Um aspecto que também pode contribuir para a diminuição do status social do velho é o rápido desenvolvimento tecnológico: o que antes colocava o idoso em posição de destaque (saber, experiência) hoje não é mais valorizado. A ideologia do saber atual é gerada pelo conhecimento técnico-científico, dominado pelos jovens. Certamente esta questão será ainda muito debatida em decorrência do aumento da expectativa de vida. Além da saúde pior, é possível que a maior atividade dos não aposentados traga melhor QV, em concordância com a evidência demonstrada por Cummings (2002) de associação positiva entre atividade e bem estar. Ainda outro determinante desta pior QV dos

aposentados poderia ser uma eventual presença de maior número de sintomas depressivos em quem não está mais trabalhando, o que estaria em concordância com o encontrado por Kim e Moen (2002). Por fim, é provável que o indivíduo que saia para trabalhar tenha mais possibilidades de encontro com outras pessoas quando comparado com o aposentado: o ambiente de trabalho é também um espaço de encontro com outras pessoas. Como descrito por Demura e Sato (2003), uma maior extensão das atividades sociais está relacionada à diminuição no número de sintomas depressivos, fato em concordância com a presente evidência de pior QV - domínio relacionamentos sociais do aposentado.

Os idosos pertencentes aos níveis sociais mais pobres (C+D) tinham pior qualidade de vida tanto na avaliação geral quanto em todos os diferentes domínios estudados. É conhecido o “efeito tampão” (efeito compensatório) que o recurso financeiro tem sobre as perdas da velhice (Neri, 1993). As possibilidades de recursos ajudam no acesso à saúde, no lazer, na sensação de auto-eficácia, dando a possibilidade ao idoso de compensar perdas inevitáveis da velhice. Contudo, como o presente instrumento de QV inclui um conceito de QV bem mais abrangente que o focado apenas na saúde física, surpreende a extensão da associação entre renda com todas as diferentes áreas avaliadas (relacionamentos sociais e meio ambiente). As respostas dos participantes não permitem concluir que a *presença* de recurso econômico traga boa QV, mas aponta no sentido de que a *falta* de recursos estava efetivamente associada com pior QV em todos os domínios.

Finalmente, a Tabela 6 mostra que os domínios que estiveram mais relacionados a uma melhor avaliação de QV geral foram os domínios nível de independência (D III), meio ambiente (D V) e psicológico (D II). Chama a atenção o fato de o domínio físico ter tido baixíssimo coeficiente β para a avaliação de QV geral, não se mantendo significativo na análise de regressão linear múltipla. Existe a hipótese de que o domínio físico avaliado pelo WHOQOL-100 não esteja aferindo corretamente a especificidade no idoso, apontando para a necessidade de instrumentos específicos para esta população. Em relação a esta questão, há também o dado de menor consistência interna em relação aos demais domínios quando na análise do alfa de Cronbach. Sobre aspectos particulares do idoso, atualmente, o Grupo WHOQOL vem trabalhando no desenvolvimento de uma medida de QV para idosos, o WHOQOL-OLD, sendo que no Brasil e demais centros a mesma encontra-se na fase de Teste de Campo (Fleck et al., 2003). É muito

possível que o futuro uso desta nova medida possa nos auxiliar na resposta de dúvidas sobre dimensões próprias do idoso.

Conclusões

O uso do WHOQOL-100 apontou para uma associação entre maior intensidade de sintomas depressivos e pior QV em todos os diferentes domínios desta escala. A percepção subjetiva de doença também exerceu forte impacto na avaliação da QV. No presente estudo, encontramos uma associação entre domínio psicológico e uma pior QV para idosos mais velhos, para sujeitos com menor escolaridade e para casados. Observamos também o impacto da escolaridade na QV para alguns domínios, sugerindo estudos futuros voltados para intervenções como alfabetização que eventualmente poderiam ser eficazes até mesmo na saúde física dos idosos. A condição de aposentadoria, a falta de recursos econômicos e o sexo foram variáveis que também se mostraram significativamente associadas com pior QV em certos domínios.

Apesar de fortes coeficientes de consistência interna na maioria dos domínios avaliados pelo WHOQOL-100, especula-se se a medida de domínio físico é capaz de aferir corretamente especificidades do idoso. A fim de atender a esta demanda, estudos com escalas específicas para população idosa são sugeridos.

Referências bibliográficas

- Allsup SJ, Gosney MA. (2002). Anxiety and depression in an older research population and their impact on clinical outcomes in a randomized controlled trial. *Postgrad Med J. Nov;78(925):674-7.*
- Angermeyer MC, Holzinger A, Matschinger H, Stengler-Wenzke K. (2002). Depression and quality of life: results of a follow-up study. *Int J Soc Psychiatry. Sep;48(3):189-99.*
- Asakawa T, Koyano W, Ando T, Shibata H. (2000). Effects of functional decline on quality of life among the Japanese elderly. *Int J Aging Hum Dev. 50(4):319-28.*
- Azpiazu Garrido M, Cruz Jentoft A, Villagrasa Ferrer JR, Abanades Herranz JC, Garcia Marin N, Alvarez De Mon Rego C. (2003). Quality of life in noninstitutionalized

persons older than 65 years in two health care districts in Madrid. *Aten Primaria. Mar* 31(5):285-92;discussion 293-4.

Baltes, PB, Baltes, MM. (1990). Psychological perspectives on successful aging: the model of selective optimization with compensation. In PB Baltes and MM Baltes (eds.). *Successful aging: perspectives from the behavioral sciences*. Cambridge: Cambridge University Press.

Beck, AT, Ward, CH, Mendelson, M, Mock, J, Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry. 4*:461-571.

Bowling, A. (1995). What things are important in people's lives? A survey of the public's judgements to inform scales of health related quality of life. *Soc Sci Med. 41*(10):1447-1462.

Browne, JP, O'Boyle, CA, McGee, HM et al. (1994). Individual quality of life in the healthy elderly. *Quality of Life Research. 3*:235-244.

Burstrom K, Johannesson M, Diderichsen F. (2001). Health-related quality of life by disease and socio-economic group in the general population in Sweden. *Health Policy. Jan;55*(1):51-69.

Creed F, Morgan R, Fiddler M, Marshall S, Guthrie E, House A. (2002). Depression and anxiety impair health-related quality of life and are associated with increased costs in general medical inpatients. *Psychosomatics. Jul-Aug;43*(4):302-9.

Cummings SM. (2002). Predictors of psychological well-being among assisted-living residents. *Health Soc Work. Nov;27*(4):293-302.

Cunha, JA. (2001). *Manual da versão em português das Escalas Beck*. São Paulo, Brasil: Casa do Psicólogo.

Damura S, Sato S. (2003). Relationship between depression, lifestyle and quality of life in the community dwelling elderly: a comparison between gender and age groups. *J Physiol Antropol Appl Human Sci. May; 22*(3):159-66.

Doraiswamy PM, Khan ZM, Donahue RM, Richard NE. (2001). Quality of life in geriatric depression: a comparison of remitters, partial responders, and nonresponders. *Am J Geriatr Psychiatry. 9*(4):423-8.

Dragomirecka, E, Selepova, P. (2003). Do Czech elderly women have lower quality of life than men? Results of a pilot study. *Quality of Life Research. 12*(7):851.

Eizirik, CL. (1997). Rede social, estado mental, contratransferência: estudo de uma amostra de velhos da região urbana de Porto Alegre. Tese de Doutorado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, UFRGS: Porto Alegre, RS, Brasil.

Fleck, MPA, Leal OF, Louzada S et al. (1999). Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100). *Rev ABP/APAL*. 21(1): 19-28.

Fleck, MP, Chachamovich, E, Trentini, CM. (2003). Projeto WHOQOL-OLD: método e resultados de grupos focais no Brasil. *Rev. Saúde Pública*, v.37, n.6.

Fukuda H, Kida K, Kimura Y, Nishizawa Y, Kanazawa Y, Saito K, Mita R, Takusari Y. (2002). Well-being and depression in residents of a provincial city 65 years old or older. *Nippon Koshu Eisei Zasshi*. Feb;49(2):97-105.

Gaynes BN, Burns BJ, Tweed DL, Erickson P. (2002). Depression and health-related quality of life. *J Nerv Ment Dis*. Dec;190(12):799-806.

Goldney RD, Fisher LJ, Wilson DH, Cheek F. (2000). Major depression and its associated morbidity and quality of life in a random, representative Australian community sample. *Aust N Z J Psychiatry*. Dec;34(6):1022-9.

Gurland, B. (1992). The impact of depression on quality of life of the elderly. *Clin Geriatr Med*. 8:377-86.

Hedelin B, Strandmark M. (2001). The meaning of depression from the life-world perspective of elderly women. *Issues Ment Health Nurs*. Jun;22(4):401-20.

Herrman H, Patrick DL, Diehr P, Martin ML, Fleck M, Simon GE, Buesching DP. (2002). Longitudinal investigation of depression outcomes in primary care in six countries: the LIDO study. Functional status, health service use and treatment of people with depressive symptoms. *Psychol Med*. Jul;32(5):889-902.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2000). <http://www.ibge.gov.br>

Katz, S, Branch, LG, Branson, MH et al. (1983). Active life expectancy. *New England Journal of Medicine*. 309:1218-1224.

Kim JE, Moen P. (2002). Retirement transitions, gender, and psychological well-being: a life-course, ecological model. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. May;57(3):212-22.

Kovac, D. (2003). Quality of life: a paradigmatic challenge to psychologists. *Studia Psychologica*. 45(2):81-101.

Kuehner C. (2002). Subjective quality of life: validity issues with depressed patients. *Acta Psychiatr Scand*. Jul;106(1):62-70.

Leal, IP, Rodrigues, CF. (2003). Depression and quality of life impairments in the elderly. *Quality of Life Research*. 12(7):820.

Longino, CE. (1987). *The oldest Americans: state profiles for data-based planning*. Coral Gables, FL: University of Miami, Department of Sociology.

Neri, AL. (1993). *Qualidade de vida e idade madura*. Campinas, São Paulo, Brasil: Papirus.

O'Bryant, SL. (1991). Forewarning of a husband's death: does it make a difference for older widows? *Omega*. 22:227-239.

Ormel J, Rijdsdijk FV, Sullivan M, van Sonderen E, Kempen GI. (2002). Temporal and reciprocal relationship between IADL/ADL disability and depressive symptoms in late life. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. Jul;57(4):338-47.

Papalia, DE, Olds, SW. (2000). *Desenvolvimento humano*. Porto Alegre, RS, Brasil: Artes Médicas Sul.

Ravindran AV, Guelfi JD, Lane RM, Cassano GB. (2000). Treatment of dysthymia with sertraline: a double-blind, placebo-controlled trial in dysthymic patients without major depression. *J Clin Psychiatry*. Nov;61(11):821-7.

Rennemark, M, Hagberg, B. (1999). What makes old people perceive symptoms of illness? The impact of psychological and social factors. *In Psycho Info*. 3(1):79-87.

Rocha, NS, Borges, ZN, Fleck, MP. (2002). Health status and quality of life the effect of depressive symptoms. *Quality of Life Research*. 11(7):662.

Rosenberg, HM, Ventura, SJ, Maurer, JD et al. (1996). Births and deaths: United States, 1995, v.45, n 3, suppl.2. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics.

Rudinger, G.; Thomae, H. (1990). The Bonn longitudinal study of aging: coping, life adjustment and life satisfaction. In P.B. Baltes and M.M. Baltes (1990). *Successful aging: perspectives from the behavioral sciences*. Cambridge: Cambridge University.

Schaie, KW, Willis, SL. (1996). Psychometric intelligence and aging. In E Blanchard-Fields & TM Hess (eds.). *Perspectives on cognitive change in adulthood and aging*. New York: McGraw-Hill.

Shmueli Y, Baumgarten M, Rovner B, Berlin J. (2001). Predictors of improvement in health-related quality of life among elderly patients with depression. *Int Psychogeriatr*. Mar;13(1):63-73.

Schneider, EL, Guralnik, JM. (1990). The aging of America: impact on health care costs. *Journal of the American Medical Association*, 263(17):2335-2340.

Sorensen, KDH. (1992). To grow old - from a sociomedical epidemiologic intervention study among old citizens of Copenhagen. *Danish Medical Bulletin*. 39(3):211-213.

- Sullivan MD, Kempen GI, Van Sonderen E, Ormel J. (2000). Models of health-related quality of life in a population of community-dwelling Dutch elderly. *Qual Life Res.* 9(7):801-10.
- Treas, J. (1995). Older Americans in the 1990s and beyond. *Population Bulletin.* 50(2). Washington, DC: Population Reference Bureau.
- Unutzer J, Katon W, Callahan CM, Williams JW Jr, Hunkeler E, Harpole L, Hoffing M, Della Penna RD, Noel PH, Lin EH, Arean PA, Hegel MT, Tang L, Belin TR, Oishi S, Langston C; IMPACT Investigators. Improving Mood-Promoting Access to Collaborative Treatment. (2002). Collaborative care management of late-life depression in the primary care setting: a randomized controlled trial. *JAMA.* Dec 11;288(22):2836-45.
- Veras, RP. (1992). *A survey of the health of elderly people in Rio de Janeiro, Brazil.* Tese de Doutorado, Division of Psychiatry, United Medical & Dental Schools, Guy's Hospital, University of London.
- Veras, R. (2000). Epidemiologia do envelhecimento na América Latina. In Forlenza & Caramelli (orgs.). *Neuropsiquiatria geriátrica.* São Paulo, Brasil: Editora Atheneu.
- Veras, RP, Dutra, S. (1993). Envelhecimento da população Brasileira: reflexões e aspectos a considerar quando da definição de desenhos de pesquisas para estudos populacionais. *Physis, Revista de Saúde Coletiva, Instituto de Medicina Social,* 3(1):107-126.
- WHOQOL Group (1998). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Social Science and Medicine.* 46:1569-85.
- Xavier, FMF, Ferraz, MPT, Marc, N, Escosteguy, N, Moriguchi, EH. (2003). Elderly people's definition of quality of life. *Rev Bras Psiquiatr, Mar 25(1):*31-39.
- Xavier FM, Ferraz MP, Argimon I, Trentini CM, Poyares D, Bertollucci PH, Bisol LW, Moriguchi EH. (2002). The DSM-IV 'minor depression' disorder in the oldest-old: prevalence rate, sleep patterns, memory function and quality of life in elderly people of Italian descent in Southern Brazil. *Int J Geriatr Psychiatry. Feb;17(2):*107-16.

Tabela 1. Características sociodemográficas da amostra em estudo (n=339).

Variáveis	n (%)
Sexo	
Masculino	149 (44)
Feminino	190 (56)
Idade, média (dp)	73.4 (8.3)
60 a 69 anos	122 (36)
70 a 79 anos	126 (37)
80 anos ou mais	91 (27)
Estado civil	
Solteiro	54 (16)
Casado	169 (50)
Viúvo	116 (34)
Escolaridade	
Ensino Fundamental	226 (67)
Ensino Médio	64 (19)
Superior	49 (14)
Ocupação	
Aposentado	244 (72)
Outra	95 (28)
Classe social	
A+B	151 (45)
C+D	188 (55)
Percepção de saúde	
Saudável	195 (57)
Doente	144 (43)

Tabela 2. Média, desvio-padrão e frequência do Inventário de Depressão de Beck (BDI) (n=339).

Variáveis	n(%)
BDI Total, média (dp)	10.3 (8.1)
BDI 1º tercil (≤ 6)	128 (38)
BDI 2º tercil (7 a 12)	101 (30)
BDI 3º tercil (> 13)	110 (32)

Tabela 3. WHOQOL-100 - α - Cronbach.

Domínios do WHOQOL-100	α - Cronbach
D I - Domínio Físico	.5598
D II - Domínio Psicológico	.7114
D III - Domínio Nível de Independência	.7825
D IV - Domínio Relacionamentos Sociais	.7728
D V - Domínio Meio Ambiente	.9055
D VI - Domínio Espiritualidade/Religião	.8430
QV geral	.8224
WHOQOL-100	.9342

Tabela 4. Descrição (média \pm DP) dos valores dos domínios e QV geral do WHOQOL-100 segundo variáveis sociodemográficas, percepção de saúde e BDI (n=339).

Variáveis	D I	D II	D III	D IV	D V	D VI	QV geral
Sexo							
M	56 \pm 20	68 \pm 14	58 \pm 23	67 \pm 15	63 \pm 14	74 \pm 18	67 \pm 19
F	58 \pm 17	68 \pm 14	62 \pm 22	71 \pm 12	67 \pm 11	77 \pm 17	71 \pm 18
p*	0.476	0.874	0.118	0.010	0.005	0.109	0.064
Idade							
60 a 69 (G1)	58 \pm 19	70 \pm 14	64 \pm 22 ^B	69 \pm 14	64 \pm 13	77 \pm 18	69 \pm 20
70 a 79 (G2)	58 \pm 18	70 \pm 13	61 \pm 22	70 \pm 13	66 \pm 11	77 \pm 14	70 \pm 16
80 > (G3)	55 \pm 18	64 \pm 15 ^A	55 \pm 23	67 \pm 13	64 \pm 15	73 \pm 20	67 \pm 19
p**	0.615	0.009	0.008	0.362	0.444	0.120	0.435
Est. Civil							
Solteiro (G1)	58 \pm 19	72 \pm 14	64 \pm 21	65 \pm 13	65 \pm 13	79 \pm 16	71 \pm 19
Casado (G2)	57 \pm 19	68 \pm 14	60 \pm 24	70 \pm 15	64 \pm 13	75 \pm 18	68 \pm 19
Viúvo (G3)	57 \pm 17	68 \pm 14	60 \pm 22	70 \pm 12	67 \pm 11	75 \pm 17	70 \pm 16
p**	0.815	0.169	0.466	0.102	0.224	0.347	0.353
Escolaridade							
Ens. Fundamental (G1)	54 \pm 17 ^C	67 \pm 14 ^D	56 \pm 22 ^C	68 \pm 13	64 \pm 13 ^B	74 \pm 17	67 \pm 18 ^B
Ens. Médio (G2)	63 \pm 20	72 \pm 12	68 \pm 20	71 \pm 13	67 \pm 11	78 \pm 15	72 \pm 16
Superior (G3)	61 \pm 19	71 \pm 16	72 \pm 21	70 \pm 17	70 \pm 15	78 \pm 21	76 \pm 20
p**	0.001	0.020	<0.001	0.227	0.004	0.139	0.002
Ocupação							
Aposentado	55 \pm 19	67 \pm 14	58 \pm 23	67 \pm 14	64 \pm 13	75 \pm 17	68 \pm 19
Outro	61 \pm 17	71 \pm 13	66 \pm 20	73 \pm 11	67 \pm 12	78 \pm 18	73 \pm 16
p*	0.013	0.051	0.003	<0.001	0.154	0.130	0.018
Classe Social							
A+B	61 \pm 18	71 \pm 14	66 \pm 22	73 \pm 14	69 \pm 12	78 \pm 17	74 \pm 17
C+D	54 \pm 18	66 \pm 14	56 \pm 22	66 \pm 13	62 \pm 13	74 \pm 17	65 \pm 18
p*	<0.001	0.001	<0.001	<0.001	<0.001	0.020	<0.001
Saúde Subjetiva							
Saudável	62 \pm 17	72 \pm 13	71 \pm 18	72 \pm 13	68 \pm 13	78 \pm 17	76 \pm 16
Doente	50 \pm 18	63 \pm 13	47 \pm 20	65 \pm 13	62 \pm 12	72 \pm 17	60 \pm 17
p*	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	0.003	<0.001
BDI							
1º tercil (\leq 6) (G1)	67 \pm 16 ^C	77 \pm 10 ^C	75 \pm 17 ^C	75 \pm 12 ^C	71 \pm 11 ^C	81 \pm 16 ^C	80 \pm 14 ^C
2º tercil (7 a 12) (G2)	59 \pm 17	69 \pm 11	61 \pm 18	68 \pm 11	65 \pm 10	74 \pm 16	69 \pm 14
3º tercil ($>$ 13) (G3)	44 \pm 14 ^A	57 \pm 13 ^A	44 \pm 21 ^A	62 \pm 14 ^A	58 \pm 13 ^A	71 \pm 19	56 \pm 18 ^A
p**	<0.001						

* teste t student

** ANOVA

^A grupo 3 diferente dos demais grupos, segundo o teste de comparações múltiplas de Tukey

^B diferente do grupo 3, segundo o teste de comparações múltiplas de Tukey

^C grupo 1 diferente dos demais grupos, segundo o teste de comparações múltiplas de Tukey

^D diferente do grupo 2, segundo o teste de comparações múltiplas de Tukey

Tabela 5. Resultados da Regressão Linear Múltipla entre os domínios e QV geral do WHOQOL-100 e as variáveis sociodemográficas, percepção de saúde e BDI (n=339).

Variáveis	D I			D II			D III			D IV			D V			D VI			QV geral					
	b(IC _{95%})	β	p																					
Sexo																								
<i>Masculino</i>	—	—	—	—	—	—	-3.2(-6.7;0.3)	-0.07	.073	-4.4(-7.2;-1.7)	-0.16	.002	-4.3(-6.7;-2)	-0.17	<.001	-3.1(-6.8;0.5)	-0.09	.095	-3.6(-6.7;-0.5)	-0.10	.022			
Idade*																								
<i>70 a 79 anos</i>	—	—	—	-0.7(-3.5;2.1)	-0.02	.630	-3.6(-7.8;0.5)	-0.08	.088	—	—	—	—	—	—	-0.7(-5;3.7)	-0.02	.768	—	—	—			
<i>80 anos ou mais</i>	—	—	—	-4.2(-7.3;-1.1)	-0.13	.008	-7.7(-12.2;-3.1)	-0.15	.001	—	—	—	—	—	—	-4(-8.7;0.7)	-0.10	.095	—	—	—			
Estado civil**																								
<i>Casado</i>	—	—	—	-3.6(-7;-0.1)	-0.13	.041	—	—	—	5.2(1.4;8.9)	.19	.008	—	—	—	—	—	—	—	—	—			
<i>Viúvo</i>	—	—	—	-2.2(-5.9;1.4)	-0.08	.236	—	—	—	3.7(-0.1;7.6)	.13	.058	—	—	—	—	—	—	—	—	—			
Escolaridade***																								
<i>Ens. médio</i>	2.2(-2.3;6.7)	.05	.340	-1.2(-4.4;1.9)	-0.03	.444	2.5(-2.2;7.3)	.04	.294	—	—	—	-1.4(-4.6;1.7)	-0.04	.374	0.2(-4.8;5.1)	.00	.943	-2(-6.1;2.2)	-0.04	.351			
<i>Ens. sup.</i>	0.4(-5;5.7)	.01	.897	-2.5(-6.3;1.2)	-0.06	.185	3.7(-2;9.4)	.06	.201	—	—	—	0.3(-3.7;3.8)	.00	.988	-1(-6.9;5)	-0.02	.752	-0.3(-5.2;4.6)	-0.01	.911			
Ocupação																								
<i>Aposentado</i>	-2(-5.8;1.7)	-0.05	.285	0.2(-2.4;2.8)	.01	.873	-2.8(-6.8;1.2)	-0.06	.174	-2.4(-5.3;0.5)	-0.08	.106	1(-1.6;3.7)	.04	.455	-0.8(-4.9;3.4)	-0.02	.717	-1.1(-4.5;2.4)	-0.03	.550			
Classe social																								
<i>C+D</i>	-2.1(-5.8;1.6)	-0.06	.267	-2.5(-5.1;0.1)	-0.09	.058	-1.2(-5.1;2.7)	-0.03	.539	-4.2(-6.8;-1.5)	-0.15	.002	-5.6(-8.2;-3)	-0.22	<.001	-2.4(-6.5;1.6)	-0.07	.234	-3.3(-6.7;0.1)	-0.09	.057			
Percepção de saúde																								
<i>Saudável</i>	6.2(2.5;9.9)	.17	.001	2.9(0.3;5.5)	.10	.026	16.9(13;20.8)	.37	<.001	3.3(0.6;6.1)	.12	.018	1.2(-1.4;3.8)	.05	.374	2.7(-1.3;6.7)	.08	.186	9.8(6.4;13.2)	.27	<.001			
BDI	-1(-1.2;-0.8)	-0.43	<.001	-1(-1.2;-0.9)	-0.58	<.001	-1.1(-1.4;-0.9)	-0.41	<.001	-0.6(-0.8;-0.4)	-0.35	<.001	-0.7(-0.8;-0.5)	-0.42	<.001	-0.5(-0.7;-0.2)	-0.21	<.001	-1(-1.2;-0.8)	-0.45	<.001			

* as 2 faixas de idade foram comparadas ao grupo de 60 a 69 anos

** as 2 categorias de estado civil foram comparadas ao grupo de solteiros

*** os 2 níveis de escolaridade foram comparados ao ensino fundamental

Tabela 6. Resultados das análises de correlação (r) e regressão linear múltipla (β) entre a QV geral e os domínios do WHOQOL-100 ($n=339$).

Variáveis	r^*	β^{**}
D I - Domínio Físico	0.60	0.03
D II - Domínio Psicológico	0.70	0.22
D III - Domínio Nível de Independência	0.68	0.34
D IV - Domínio Relacionamentos Sociais	0.57	0.11
D V - Domínio Meio Ambiente	0.65	0.26
D VI - Domínio Espiritualidade/Religião	0.36	0.07

* Coeficiente de correlação de Pearson; $p < 0.001$

** Análise de Regressão Linear Múltipla; $p < 0.001$, com exceção dos domínios I ($p = 0.58$), IV ($p = 0.01$) e VI ($p = 0.07$)

2.2 Versão em Inglês

Title. *Relevant variables associated with Quality of Life (QoL) in old adults in a Brazilian sample*

Authors. *Clarissa M. Trentini^a, Eduardo Chachamovich^b, Milena F. Costa^c, Daniela H. Müller^c, Vânia Hirakata^d, Marcelo P. A. Fleck^e*

Abstract

Background. The variation on the perception of QoL in old adults might be changed according to different sociodemographic and other variables. The search for factors that contribute with a better assessment of QoL seems important, due to the aging of the population.

Objectives. To identify relevant variables associated with quality of life (QoL) in old adults.

Methods. Old adults from the age of 60 years old on were interviewed. Subjects were recruited through convenience sampling. Three hundred thirty nine old adults stratified by gender, age, and subjective perception of health and illness answered questions on sociodemographic issues, QoL (WHOQOL-100) and depressive symptomatology (BDI).

Results. The multiple linear regression analysis showed association of overall perception of QoL with depression levels, subjective perception of health status and gender. The individual analysis of each domain concluded that depression levels are correlated to all QoL domains, while health status was associated with physical, psychological, independence level and social relationship domains. Different variables such as gender, age and social class were also examined.

Conclusions. The assessment of old adults concerning their QoL perceptions is associated with gender, age, marital status, social class, perception of health and more strongly associated with depressive symptoms levels. Nevertheless, further studies are suggested.

Key words. Quality of Life (QoL); Elderly; Relevant Variables.

WHOQOL-OLD Group - Brazilian Center

^a *Psychologist, Psychiatry Doctor's Degree student.*

^b *Psychiatrist, Master's Degree student.*

^c *Psychology undergraduate student.*

^d *Statistician, Master in Epidemiology.*

^e *WHOQOL-OLD Brazilian Center Coordinator, Assistant Professor of the Department of Psychiatry and Legal Medicine UFRGS.*

Correspondence to:

Clarissa Marcelli Trentini

Rua Duque de Caxias 888 ap 303

CEP 90010-280 Porto Alegre, RS, Brazil

E-mail: clarissatrentini@aol.com

Phone: 00 55 xx 51 3221.9156 or 3222.3113

Background

World aging is a phenomenon that has been widely discussed in the last decade. Nevertheless, this quick aging process also observed in developing countries such as Brazil, still counts on scarce studies in order to supply the necessary elements to the proposition of appropriate policies to this growing part of the population. In this social context, medicine, medical ethics and the society have come up with a “new concept”: Quality of Life (QoL).

According to the Group of Quality of Life of the World Health Organization (WHOQOL Group), QoL is defined as “the individual’s perception of his position in life in the context of his culture and the value systems of the society in which he lives compared to his objectives, expectations, standards and concerns” (WHO Quality of Life Group, 1995).

According to the WHOQOL Group, the concept of QoL has three fundamental qualities: subjectivity, multidimensionality, and the inclusion of positive and negative dimensions.

Therefore, after recognizing the importance of measuring QoL, the WHOQOL Group developed 2 generic instruments of QoL: the WHOQOL-100 and the WHOQOL-Bref.

Browne and collaborators (1994) found that each population of old adults assesses the importance of domains in a particular way according to different contexts.

In Bowling's study (1995), the young and the elderly do not differ on what is determining to the quality of their lives, however, the elderly do not attribute so much importance to labor activities and, on the other hand, value health more than the young.

Our study makes use of the WHOQOL-100 to identify, among sociodemographic variables, perception of health and intensity of depression, which variables are relevant on old adults' QoL, through a Brazilian sample. The investigation on the conditions that allow good QoL in old age, as well as the variations which this status comprehends, seems to have great scientific, as well as social importance.

Methods

Sample

The sample was composed of 339 old adults over 60 years old, stratified by gender, age and subjective perception of health or disease. Elders with any terminal diseases or any level of dementia were excluded. Settings for data collection were old adults' homes, hospitals, resting houses and old adults community groups. Sampling method was convenience.

Instruments

Sociodemographic data form

- The sociodemographic data form includes the following variables: gender, age, marital status, educational background, housing status, occupation, perception of health, use of medication, and use of cigarettes and alcohol (amount and frequency). A scale for social-economic level was also applied.

Perception of Quality of Life

WHOQOL-100 (WHOQOL Group, 1998; Fleck et al, 1999)

- The WHOQOL-100 is an instrument developed by the Quality of Life Group of WHO which has six domains (physical, psychological, level of

independence, social relationships, environment and spirituality). Each domain is composed of the following facets: *Domain I - Physical Health* (1.Pain and discomfort, 2.Energy and fatigue, 3.Sleep and rest); *Domain II - Psychological* (4.Positive feelings, 5.Thinking, learning, memory and concentration, 6.Self-esteem, 7.Bodily image and appearance, 8.Negative feelings); *Domain III - Level of Independence* (9.Mobility, 10.Activities of daily living, 11.Dependence on medicinal substances and medical aids, 12.Work capacity); *Domain IV - Social Relations* (13.Personal relationships, 14.Social support, 15.Sexual activity); *Domain V - Environment* (16.Physical security and protection, 17.Home environment, 18.Financial resources, 19.Health and social care: accessibility and quality, 20.Opportunities for acquiring new information and skills, 21.Participation in and opportunities for recreation/leisure, 22.Physical environment: pollution/noise/traffic/climate, 23.Transport); *Domain VI - Spirituality/Religion/Personal beliefs* (24. Religion/Spirituality/Personal beliefs). The overall QoL measure (facet 25) is composed of 4 questions which aim at providing a general measure of Quality of Life. Therefore, the instrument is composed of 24 specific facets and a general one. The Brazilian version of the instrument was used.

Intensity of depressive symptoms

Beck Depression Inventory - BDI (Beck et al., 1961; Cunha, 2001)

- BDI is a measure of depression intensity, not indicated to identify nosological categories. BDI's total score is made out of the sum of the answers marked by the respondents in the 21 items. The highest possible score is 63. The Brazilian version of the instrument was used.

Procedure for data collection

Contact with nursing homes, hospitals, old adults community groups and recruitment using the snowball technique (in which each elder indicates another one) was utilized. All elders filled out an agreement and were later asked to answer questions on sociodemographic information, perceived quality of life (WHOQOL-100, Fleck et al, 1999) and depressive symptomatology (BDI, Cunha, 2001).

Although the sociodemographic data form, the WHOQOL-100 and BDI are self-administered, a research assistant (Medicine and Psychology undergraduates) was always at the disposal of the respondents for any questions they could have. The project was examined and approved by the Ethics Committee of Hospital de Clínicas de Porto Alegre, RS, Brazil (n° 01.374).

Procedure for data analysis

The description of variables was made through absolute and relative frequencies, as well as mean and standard deviation, being BDI grouped by terciles.

To assess WHOQOL-100's internal consistency, Cronbach Alpha Coefficient was calculated for each domain, overall QoL and total WHOQOL-100.

To compare the domain values and overall QoL of WHOQOL-100 according to social-demographic variables, perception of health and BDI (in terciles), the Student T-test and Analysis of Variance were used, followed by the Tukey's Test for Multiple Comparisons. The variables that reported association with p values lower than 0.20 were included in the Multiple Linear Regression Analysis that was performed for each domain and overall QoL of WHOQOL-100. Its aim was to identify the variables that reported significant association independently from the others.

In Multiple Linear Regression Analysis, BDI was used as a continuous variable, once the results of BDI analysis in terciles were similar to the reported ones.

Associations with p values lower than 0.05 were considered statistically significant.

All statistical analyses were performed with SPSS version 10.0 for Windows.

Results

Table 1 shows the sociodemographic characteristics of the studied samples. As described before, the distribution of gender, age and perception of health was stratified and approximately the same in the several groups. In spite of this, the sample contains 56% of women, 37% of elderly between 70-79 years old, and 57% with healthy perception of health. The most frequent group was the married (50%). Elementary school prevailed (67%), retirement was the most frequent occupation (72%) as well as social classes C+D (55%).

Table 2 shows the depression intensity in the elderly according to total BDI data (10.3 ± 8.1) and also according to grouping by tercile. The respondents answered a minimum punctuation of 0 and maximum of 42 in the Beck Depression Inventory. The internal consistency assessment showed that, for the WHOQOL-100 ($\alpha=0.9342$) and Domain V - Environment ($\alpha=0.9055$), the coefficients were excellent, once they are above 0.90 (George and Mallery, 1995), whereas the others have also reported strong and satisfactory Cronbach Alpha Coefficients (Table 3).

The mean scores of each WHOQOL-100 domain were calculated for different sociodemographic data, perception of health and BDI categories. According to table 4, there are significant differences in all domains and overall QoL in social class, subjective health, and BDI variables. In the level of education variable, differences were observed in four out of six domains and in overall QoL.

In the social class variable, group A+B reported significantly higher means when compared to group C+D. In the health perception assessment, it was reported that people who considered themselves healthy obtained significantly higher means (all domains and overall scores). According to BDI terciles, the first tercile (≤ 6 ; G1), which corresponds to the group with the lowest intensity of depressive symptoms, has higher means in all domains as well as overall QoL. In the third tercile (> 13 ; G3) assessment, which corresponds to the group with the highest intensity of depressive symptoms, this difference occurred in all domains except in Domain VI (spirituality/religion).

Significantly lower means were reported for the elementary school group in Domains I (physical) and III (level of independence) compared to the other education levels. This group also reported lower means in Domain II (psychological) when compared to high school level; in Domain V (environment) and overall QoL when compared to university level.

In terms of gender and age, a few statistically significant differences were reported, in which results were higher in Domains IV (social relationships) and V (environment) on women. The age range from 60-69 reports higher results compared to over 80 year olds in Domains II (psychological) and III (level of independence).

Concerning occupation, the "retired group" showed lower means compared to others (housewives, full-time or part-time workers) in Domains I (physical), III (level of independence), IV (social relationships), and overall QoL.

Marital status has not presented any statistically significant difference in any domains or overall QoL.

Table 5 shows the results of the Multiple Linear Regression Analysis.

In Domain I (physical), only perception of health and BDI remained significantly associated when controlled for level of education, occupation and social class variables. Therefore, those who considered themselves healthy obtained higher scores in the physical domain, whereas the ones with the highest BDI scores showed worse answers for the same domain. Through β calculations it was possible to verify that, among the variables included in the model, BDI showed the highest influence in Domain I ($\beta=-0.43$), followed by perception of health ($\beta=0.17$).

Concerning Domain II (psychological), age and marital status remained significantly associated, as well as perception of health and BDI. According to this association, those between 60-69 years old, the single ones, the ones who considered themselves healthy and the ones with the lowest levels of depressive symptoms showed better QoL in this domain compared to, respectively, those who are over 80 years old, the married ones, the unhealthy ones and the ones with higher levels of depressive symptoms. Through β calculations it was possible to verify that BDI showed higher influence on Domain II ($\beta=-0.58$), followed by age (80 years old or above) and marital status (married) ($\beta=-0.13$).

In Domain III (level of independence) it is reported that only the variables age, perception of health, and BDI remained statistically associated. Thus, those in the age range over 80 and the ones with the highest scores on BDI obtained lower scores for this domain, than the ones between 60-69 years old and the ones with the lowest BDI scores. On the other hand, the ones who considered themselves healthy obtained higher scores on the same domain. Among the variables included in the model, BDI showed the highest influence on Domain III ($\beta=-0.41$), followed by perception of health ($\beta=0.37$).

The analysis of Domain IV (social relationships) shows that only the variable occupation has not remained significantly associated. Therefore, those women, married, from social class A+B, healthy and with lower BDI scores showed higher scores compared to the men, single, social class C+D, unhealthy and with higher BDI scores. Through β calculations it was possible to verify that BDI reported more influence on Domain IV ($\beta=-0.35$), followed by marital status (married) ($\beta=0.19$).

In Domain V (environment), the factors gender, social class and BDI have remained associated, showing that women, people from classes A+B and those with lower depression levels reported higher scores. The variable with the strongest influence was BDI ($\beta=-0.42$) followed by social class (C+D) ($\beta=-0.22$).

In Domain VI, differently from the others, BDI was the only factor that remained significantly associated ($\beta=-0.21$).

In terms of overall QoL, the variables that remained statistically associated were gender, perception of health and BDI. It was possible to verify through β calculations that BDI was the variable with the highest influence ($\beta=-0.45$), followed by perception of health ($\beta=0.27$).

Table 6 shows the results of the correlation and multiple linear regression analyses between overall QoL and the WHOQOL-100 domains. According to the table, the domains which were more related to better overall QoL assessment were the level of independence (D III), environment (D V) and psychological (D II) domains.

Results Discussion

The intensity of depression was the variable most consistently associated with QoL for its scope (present in all domains and overall), as well as its intensity (depicted by the magnitude of β coefficients). Higher intensity of depressive symptoms was associated with worse QoL in old adults. The association between bad QoL in elders and depression has been found in several studies (Allsup & Gosney, 2002; Gaynes et al., 2002; Creed et al., 2002; Herrman et al., 2002; Kuehner, C., 2002; Xavier et al., 2002; Sullivan et al., 2000; Burstrom et al., 2001; Goldney et al., 2000). Other studies reinforce the hypothesis of direct association between intensity of depression and QoL, showing clear improvement in QoL after an effective treatment of depression (Unutzer et al., 2002; Kuehner, C., 2002; Doraiswamy et al., 2001; Shmuelly et al., 2001) and dysthymia (Ravidran et al., 2000). Only one study showed that, despite some improvement in QoL after the depression treatment, it has not been complete and uniform for all domains of QoL (Angermeyer et al., 2002).

Although several studies suggest an association between depression and QoL, most of them make use of a limited concept, the concept QoL "related to health". In the present study, in which a higher number of QoL domains were quantified, we can observe that depression is still associated with worse QoL, even for broader domains that are not restricted to health (e.g. spirituality and social relationships).

This impact of depressive symptoms on several dimensions of the life of old adults was also reported in a qualitative study on the way female patients felt that humor disorder affected spiritual, social, physical and mental aspects in their lives. Another study showed that, compared to the not depressed, depressed old adults showed significantly worse results in the assessment of all items of SF-36 (Leal & Rodrigues, 2003). In a study about the impact of depressive symptoms in healthy and unhealthy adults, it was observed that the health condition has a negative influence on patients' QoL, but that depression is more strongly associated with QoL than the health status itself (Rocha et al., 2002). Such findings seem true also for old adults (Gurland, 1992).

The second relevant variable in the multiple linear regression analysis was perception of health. Even though being depressed interferes more with QoL than considering themselves unhealthy, the concern about health becomes particularly important to the elderly, once most of the ones with higher levels of depressive symptoms consider themselves unhealthy. Rennemark and Hagberg (1999) have found 3 factors responsible for the way sickness symptoms are perceived: coherence sense, social network and the level of depression. There are also findings about the fact that the western culture equals QoL and good health (Kovac, 2003), although this association is commonly found in other cultures (Xavier et al., 2003; Sorensen, 1992). Although depression could influence perception of health, this variable was kept in the model even in the presence of depression suggesting that other factors could be mediating the relationship between perception of health and QoL besides depression.

Particularly, the association found between higher depression and worse level of independence leads to a relationship that other studies have reported to have reciprocal influence. Ormel and collaborators (2002) showed that depression and disability reinforce each other as time goes by, coming to the conclusion that, in order to improve QoL in old adults, treatments must be focused on the disability (in case it

has recently been established), as well as the depression itself. Asakawa and collaborators (2000), after examining longitudinally approximately 700 elders, initially not disabled and not depressed, observed that, among the 12% showing functional decline, there was significant loss of social contact, higher decline in life satisfaction, and significant higher number of depressive symptoms after two years.

“Older adults” (over 80 years old) had a worse assessment on the psychological domain compared to the other age groups. An alternative explanation for this result could be a possible influence of the variables depression and female in this subgroup. Although no significant difference was found, the group of “older adults” has a higher number of women and higher intensity of depressive symptoms. However, apart from the determining factor, other studies also showed worse overall QoL (not only psychological) in older adults (Azpiazu et al., 2003; Damura & Sato, 2003; Leal & Rodrigues, 2003; Burstrom et al., 2001). In a study by Dragomirecka and Selepova (2003), seeking differences in QoL perception between elderly men and women through the WHOQOL-100, it was found that the differences between genders increase with age, once 80 year-old men or older were significantly more satisfied with their lives and assessed better overall QoL than the women in the same age group.

In the present study, women had a better assessment on the social relationships and environment domains (Table 4), as well as better overall QoL (Table 5). This last finding opposes the literature (Azpiazu et al., 2003; Fukuda et al., 2002; Burstrom et al., 2001; O'Bryant, 1991; Longino, 1987; Katz et al., 1983). We found only one study (Cummings, 2002) which also showed the association of the female gender with better QoL, in which its concept was restricted to the idea of “well-being”. A possible explanation for this finding might be the fact that our sample was especially in social groups such as a choir of elders, a community group, and others in which women were predominant. This might explain the findings in the social relationships and environment domains. Several studies point out that women are more participative members of society compared to men (Eizirik, 1997; Papalia & Olds, 2000). Another relevant factor is that, for the same chronological age in old age, men have an objective biological age of more than ten years compared to women. Thus, for showing more chronic diseases, more pain, less independency, less mobility, less ability to work and less sexual function, men would consider their QoL worse than that of women of the same age.

In the psychological domain, the married subjects showed worse subjective QoL when compared to the widowed and the single. This association might simply repeat the information that men have worse QoL in most domains, once there are proportionally more men in the married group. This normally happens because men marry younger women and women live longer (Rosenberg et al., 1996; Treas, 1995; Schneider & Guralnik, 1990; IBGE, 2000). Elderly women have been often mentioned as a risk group, due to aspects such as loneliness, decrease in financial resources, and worse health condition (Dragomirecka and Selepova, 2003; Papalia and Olds, 2000). In the current group, widowhood had no association with any QoL domains or overall QoL. Again, the fact that there are more women (who in this sample had better QoL, as well as higher satisfaction with their social support) in the widowed group might have lowered the eventual negative impact on widowhood over QoL.

We observed association between lower level of formal education and worse QoL in the physical domain in the multiple linear regression analysis (Table 5). It was reported that the lower the age group is, the higher the level of formal education, while the other way around is also true. People of lower level of formal education may have performed more tiresome jobs, had less access to health care, as well as they might have more difficulty with understanding/following medical orders and prescriptions. Association between parents' level of education and children's birth rate are known in public health. A reciprocal relationship between health and educational basis is found in elders: not only bad health and lack of schooling can limit cognition, as well as people with higher cognitive capacity tend to obtain a better level of education and take care of their health (Schaie & Willis, 1996). Future studies on this association between health and level of education might determine a clinically significant intervention in gerontology, verifying, for example the impact of elderly literacy on their overall physical health. The direct associations observed between lower level of formal education and worse QoL in the psychological as well as the level of independence domain (Table 4) do not seem to have a clear determining factor. There is a facet in the psychological domain, called "learning", and it is possible that the elder of low level of education defines himself as having no learning ability. In another study on a population of elders with no access to formal education in their youth, Xavier and collaborators (2003) found that the facet "self-esteem" (part of the psychological domain) was influenced by the elders' dissatisfaction with their

lack of schooling. We speculate that learning experiences may link level of education to the psychological domain in our study.

Apart from the nature of the association between low level of formal education and worse QoL in several domains (physical, psychological and level of independence), the difference in overall QoL between the group with short time of education and the group who attended college has also been observed. This difference may be related to possible strategies of coping with old age which educated people can use, the protective role of mental activity over loss of QoL (or cognitive loss) and even financial and leisure resources that university students have/had easier access to. This is particularly important in developing countries where the level of education is closely related to social issues. With our findings we are not able to determine whether education in itself influences QoL or it is a "synthetic" variable that comprehends other intervening variables such as lower levels of opportunity, lower socioeconomical level, among others. Evidence that education is a variable in itself is that it remained significant and distinct from social class.

Retired subjects assessed themselves as having worse overall QoL and worse QoL in the physical, psychological, level of independence and social relationships domains. In Brazil, the retirement period has been considered a "decadent period of life" (Veras, 2000). Opposite from what happens in developed countries, the financial situation of Brazilian elders is worse when they are retired than during the working period, due to the fact that there is a dramatic income reduction. In a study carried out at the University of Rio de Janeiro (RJ, Brazil), when respondents were asked about their main need and/or difficulty, the prevailing item was economical (30%). Besides this, complaints concerning housing and perception of social rejection were reported (10%) (Veras & Dutra, 1993; Veras, 1992). Another aspect that may contribute to the reduction of the elder's social status is the fast technological progress: aspects that used to place them in outstanding positions (wisdom, experience) are not so valued nowadays. Knowledge ideology today is generated by technical-scientific knowledge controlled by the young. This issue should, certainly, be more discussed due to the increase of life expectancy. Besides worse health, it is possible that activity brings better QoL to non-retired elders, in accordance with the evidence showed by Cummings (2002) of positive association between activity and well-being. Another determining factor of worse QoL in the retired could be the

presence of a higher number of depressive symptoms in those who are no longer working, which is in accordance with Kim and Moen's (2002) findings. Finally, the individual who works might have more possibilities for meeting people compared to the retired: the working environment is also a gathering place. As described by Demura and Sato (2003), a bigger extent of social activities is related to the reduction in the number of depressive symptoms, which agrees with the current evidence of worse QoL-social relationships domain in the retired.

The elderly people in lower social levels (C+D) showed worse overall quality of life as well as in all domains studied. Financial resources have a compensating effect over the losses in old age (Neri, 1993). Financial resources help elderly people have access to health and leisure and give them a self-efficacy sensation, which enables them to compensate the inevitable losses of old age. Nevertheless, since the current QoL instrument includes a QoL concept that comprehends much more than physical health, the role played by the income in all evaluated areas is surprising (social relationships and environment). The respondents' answers do not allow us to conclude that the *presence* of economic resources brings good QoL, but they indicate that their *lack* was effectively associated with worse QoL in all domains.

Finally, Table 6 shows that the domains that were more related to better overall QoL evaluation were level of independence (D III), environment (D V) and psychological (D II). It is surprising that the physical domain has such low β coefficient for the overall QoL evaluation, not remaining significant in the multiple linear regression analysis. There is a hypothesis that the physical domain evaluated by the WHOQOL-100 is not properly measuring specificity in the elder, showing the need for specific instruments for this population. Concerning this issue, there is also the item of lower internal consistency compared to the other domains in the Cronbach alpha analysis. Concerning particular aspects of the elderly, nowadays the WHOQOL Group has been working on the development of a QoL measure for elderly people, the WHOQOL-OLD, which is in the Field Trial phase in Brazil as well as in the other centers (Fleck et al., 2003). It is very likely that the future use of this measure will help us find answers to questions referring to the elder's own dimensions.

Conclusions

The use of WHOQOL-100 showed an association between higher intensity of depressive symptoms and worse QoL in all different domains in this scale. The subjective perception of illness also had a strong impact on the QoL assessment. In this study, we found an association between the psychological domain and worse QoL for older adults, subjects of lower level of education and married individuals. We also observed the impact of the level of education on QoL for certain domains, suggesting further studies towards interventions such as literacy, which could be effective even on the elder's physical health. Retirement condition, lack of financial resources and gender were variables that were significantly associated with worse QoL in certain domains.

Despite the strong coefficients of internal consistency in most domains assessed by the WHOQOL-100, there are speculations whether the physical domain measure is able to correctly assess the elder's specificities. In order to meet this demand, studies with specific scales for the elderly population are suggested.

References

- Allsup SJ, Gosney MA. (2002). Anxiety and depression in an older research population and their impact on clinical outcomes in a randomized controlled trial. *Postgrad Med J. Nov*;78(925):674-7.
- Angermeyer MC, Holzinger A, Matschinger H, Stengler-Wenzke K. (2002). Depression and quality of life: results of a follow-up study. *Int J Soc Psychiatry. Sep*;48(3):189-99.
- Asakawa T, Koyano W, Ando T, Shibata H. (2000). Effects of functional decline on quality of life among the Japanese elderly. *Int J Aging Hum Dev. 50(4)*:319-28.
- Azpiazu Garrido M, Cruz Jentoft A, Villagrasa Ferrer JR, Abanades Herranz JC, Garcia Marin N, Alvarez De Mon Rego C. (2003). Quality of life in noninstitutionalized persons older than 65 years in two health care districts in Madrid. *Aten Primaria. Mar 31(5)*:285-92;discussion 293-4.
- Baltes, PB, Baltes, MM. (1990). Psychological perspectives on successful aging: the model of selective optimization with compensation. In PB Baltes and MM Baltes (eds.). *Successful aging: perspectives from the behavioral sciences*. Cambridge: Cambridge University Press.

Beck, AT, Ward, CH, Mendelson, M, Mock, J, Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*. 4:461-571.

Bowling, A. (1995). What things are important in people's lives? A survey of the public's judgements to inform scales of health related quality of life. *Soc Sci Med*. 41(10):1447-1462.

Browne, JP, O'Boyle, CA, McGee, HM et al. (1994). Individual quality of life in the healthy elderly. *Quality of Life Research*. 3:235-244.

Burström K, Johannesson M, Diderichsen F. (2001). Health-related quality of life by disease and socioeconomic group in the general population in Sweden. *Health Policy*. Jan;55(1):51-69.

Creed F, Morgan R, Fiddler M, Marshall S, Guthrie E, House A. (2002). Depression and anxiety impair health-related quality of life and are associated with increased costs in general medical inpatients. *Psychosomatics*. Jul-Aug;43(4):302-9.

Cummings SM. (2002). Predictors of psychological well-being among assisted-living residents. *Health Soc Work*. Nov;27(4):293-302.

Cunha, JA. (2001). *Manual da versão em português das Escalas Beck*. São Paulo, Brasil: Casa do Psicólogo.

Damura S, Sato S. (2003). Relationship between depression, lifestyle and quality of life in the community dwelling elderly: a comparison between gender and age groups. *J Physiol Antropol Appl Human Sci*. May; 22(3):159-66.

Doraiswamy PM, Khan ZM, Donahue RM, Richard NE. (2001). Quality of life in geriatric depression: a comparison of remitters, partial responders, and nonresponders. *Am J Geriatr Psychiatry*. 9(4):423-8.

Dragomirecka, E, Selepova, P. (2003). Do Czech elderly women have lower quality of life than men? Results of a pilot study. *Quality of Life Research*. 12(7):851.

Eizirik, CL. (1997). Rede social, estado mental, contratransferência: estudo de uma amostra de velhos da região urbana de Porto Alegre. Tese de Doutorado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, UFRGS: Porto Alegre, RS, Brasil.

Fleck, MPA, Leal OF, Louzada S et al. (1999). Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100). *Rev ABP/APAL*. 21(1): 19-28.

Fleck, MP, Chachamovich, E, Trentini, CM. (2003). Projeto WHOQOL-OLD: método e resultados de grupos focais no Brasil. *Rev. Saúde Pública*, v.37, n.6.

Fukuda H, Kida K, Kimura Y, Nishizawa Y, Kanazawa Y, Saito K, Mita R, Takusari Y. (2002). Well-being and depression in residents of a provincial city 65 years old or older. *Nippon Koshu Eisei Zasshi. Feb;49(2):97-105.*

Gaynes BN, Burns BJ, Tweed DL, Erickson P. (2002). Depression and health-related quality of life. *J Nerv Ment Dis. Dec;190(12):799-806.*

Goldney RD, Fisher LJ, Wilson DH, Cheek F. (2000). Major depression and its associated morbidity and quality of life in a random, representative Australian community sample. *Aust N Z J Psychiatry. Dec;34(6):1022-9.*

Gurland, B. (1992). The impact of depression on quality of life of the elderly. *Clin Geriatr Med. 8:377-86.*

Hedelin B, Strandmark M. (2001). The meaning of depression from the life-world perspective of elderly women. *Issues Ment Health Nurs. Jun;22(4):401-20.*

Herrman H, Patrick DL, Diehr P, Martin ML, Fleck M, Simon GE, Buesching DP. (2002). Longitudinal investigation of depression outcomes in primary care in six countries: the LIDO study. Functional status, health service use and treatment of people with depressive symptoms. *Psychol Med. Jul;32(5):889-902.*

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2000). <http://www.ibge.gov.br>

Katz, S, Branch, LG, Branson, MH et al. (1983). Active life expectancy. *New England Journal of Medicine. 309:1218-1224.*

Kim JE, Moen P. (2002). Retirement transitions, gender, and psychological well-being: a life-course, ecological model. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci. May;57(3):212-22.*

Kovac, D. (2003). Quality of life: a paradigmatic challenge to psychologists. *Studia Psychologica. 45(2):81-101.*

Kuehner C. (2002). Subjective quality of life: validity issues with depressed patients. *Acta Psychiatr Scand. Jul;106(1):62-70.*

Leal, IP, Rodrigues, CF. (2003). Depression and quality of life impairments in the elderly. *Quality of Life Research. 12(7):820.*

Longino, CE. (1987). *The oldest Americans: state profiles for data-based planning.* Coral Gables, FL: University of Miami, Department of Sociology.

Neri, AL. (1993). *Qualidade de vida e idade madura.* Campinas, São Paulo, Brasil: Papyrus.

O'Bryant, SL. (1991). Forewarning of a husband's death: does it make a difference for older widows? *Omega. 22:227-239.*

Ormel J, Rijdsdijk FV, Sullivan M, van Sonderen E, Kempen GI. (2002). Temporal and reciprocal relationship between IADL/ADL disability and depressive symptoms in late life. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci. Jul;57(4):338-47.*

Papalia, DE, Olds, SW. (2000). *Desenvolvimento humano*. Porto Alegre, RS, Brasil: Artes Médicas Sul.

Ravindran AV, Guelfi JD, Lane RM, Cassano GB. (2000). Treatment of dysthymia with sertraline: a double-blind, placebo-controlled trial in dysthymic patients without major depression. *J Clin Psychiatry. Nov;61(11):821-7.*

Rennemark, M, Hagberg, B. (1999). What makes old people perceive symptoms of illness? The impact of psychological and social factors. *In Psycho Info. 3(1):79-87.*

Rocha, NS, Borges, ZN, Fleck, MP. (2002). Health status and quality of life the effect of depressive symptoms. *Quality of Life Research. 11(7):662.*

Rosenberg, HM, Ventura, SJ, Maurer, JD et al. (1996). Births and deaths: United States, 1995, v.45, n 3, suppl.2. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics.

Rudinger, G.; Thomae, H. (1990). The Bonn longitudinal study of aging: coping, life adjustment and life satisfaction. In P.B. Baltes and M.M. Baltes (1990). *Successful aging: perspectives from the behavioral sciences*. Cambridge: Cambridge University.

Schaie, KW, Willis, SL. (1996). Psychometric intelligence and aging. In E Blanchard-Fields & TM Hess (eds.). *Perspectives on cognitive change in adulthood and aging*. New York: McGraw-Hill.

Shmueli Y, Baumgarten M, Rovner B, Berlin J. (2001). Predictors of improvement in health-related quality of life among elderly patients with depression. *Int Psychogeriatr. Mar;13(1):63-73.*

Schneider, EL, Guralnik, JM. (1990). The aging of America: impact on health care costs. *Journal of the American Medical Association, 263(17):2335-2340.*

Sorensen, KDH. (1992). To grow old - from a sociomedical epidemiologic intervention study among old citizens of Copenhagen. *Danish Medical Bulletin. 39(3):211-213.*

Sullivan MD, Kempen GI, Van Sonderen E, Ormel J. (2000). Models of health-related quality of life in a population of community-dwelling Dutch elderly. *Qual Life Res. 9(7):801-10.*

Treas, J. (1995). Older Americans in the 1990s and beyond. *Population Bulletin. 50(2)*. Washington, DC: Population Reference Bureau.

Unutzer J, Katon W, Callahan CM, Williams JW Jr, Hunkeler E, Harpole L, Hoffing M, Della Penna RD, Noel PH, Lin EH, Areal PA, Hegel MT, Tang L, Belin TR, Oishi S,

Langston C; IMPACT Investigators. Improving Mood-Promoting Access to Collaborative Treatment. (2002). Collaborative care management of late-life depression in the primary care setting: a randomized controlled trial. *JAMA*. Dec 11;288(22):2836-45.

Veras, RP. (1992). *A survey of the health of elderly people in Rio de Janeiro, Brazil*. Tese de Doutorado, Division of Psychiatry, United Medical & Dental Schools, Guy's Hospital, University of London.

Veras, R. (2000). Epidemiologia do envelhecimento na América Latina. In Forlenza & Caramelli (orgs.). *Neuropsiquiatria geriátrica*. São Paulo, Brasil: Editora Atheneu.

Veras, RP, Dutra, S. (1993). Envelhecimento da população Brasileira: reflexões e aspectos a considerar quando da definição de desenhos de pesquisas para estudos populacionais. *Physis, Revista de Saúde Coletiva*, Instituto de Medicina Social, 3(1):107-126.

WHOQOL Group (1998). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Social Science and Medicine*. 46:1569-85.

Xavier, FMF, Ferraz, MPT, Marc, N, Escosteguy, N, Moriguchi, EH. (2003). Elderly people's definition of quality of life. *Rev Bras Psiquiatr*, Mar 25(1):31-39.

Xavier FM, Ferraz MP, Argimon I, Trentini CM, Poyares D, Bertollucci PH, Bisol LW, Moriguchi EH. (2002). The DSM-IV 'minor depression' disorder in the oldest-old: prevalence rate, sleep patterns, memory function and quality of life in elderly people of Italian descent in Southern Brazil. *Int J Geriatr Psychiatry*. Feb;17(2):107-16.

Table 1. Sociodemographic characteristics of the sample studied (n=339).

Variables	n (%)
Gender	
Male	149 (44)
Female	190 (56)
Age, mean (sd)	73.4 (8.3)
60 to 69 years old	122 (36)
70 to 79 years old	126 (37)
80 years old and above	91 (27)
Marital status	
Single	54 (16)
Married	169 (50)
Widowed	116 (34)
Level of education	
Elementary School	226 (67)
High School	64 (19)
College	49 (14)
Occupation	
Retired	244 (72)
Other	95 (28)
Social class	
A+B	151 (45)
C+D	188 (55)
Perception of health	
Healthy	195 (57)
Unhealthy	144 (43)

Table 2. Mean, standard deviation, and frequency of Beck Depression Inventory (BDI) (n=339).

Variables	n(%)
Total BDI, mean (sd)	10.3 (8.1)
BDI 1 st tercile (≤ 6)	128 (38)
BDI 2 nd tercile (7 a 12)	101 (30)
BDI 3 rd tercile (> 13)	110 (32)

Table 3. WHOQOL-100 - α - Cronbach.

Domains of WHOQOL-100	α - Cronbach
D I - Physical Domain	.5598
D II - Psychological Domain	.7114
D III - Level of Independence Domain	.7825
D IV - Social Relationships Domain	.7728
D V - Environment Domain	.9055
D VI - Spirituality/Religiousness Domain	.8430
Overall QoL	.8224
WHOQOL-100	.9342

Table 4. Description (mean \pm DP) of domains and WHOQOL-100 overall QoL values according to sociodemographic, perception of health and BDI variables (n=339).

Variables	D I	D II	D III	D IV	D V	D VI	Overall QoL
Gender							
M	56 \pm 20	68 \pm 14	58 \pm 23	67 \pm 15	63 \pm 14	74 \pm 18	67 \pm 19
F	58 \pm 17	68 \pm 14	62 \pm 22	71 \pm 12	67 \pm 11	77 \pm 17	71 \pm 18
p*	0.476	0.874	0.118	0.010	0.005	0.109	0.064
Age							
60 to 69 (G1)	58 \pm 19	70 \pm 14	64 \pm 22 ^B	69 \pm 14	64 \pm 13	77 \pm 18	69 \pm 20
70 to 79 (G2)	58 \pm 18	70 \pm 13	61 \pm 22	70 \pm 13	66 \pm 11	77 \pm 14	70 \pm 16
80 > (G3)	55 \pm 18	64 \pm 15 ^A	55 \pm 23	67 \pm 13	64 \pm 15	73 \pm 20	67 \pm 19
p**	0.615	0.009	0.008	0.362	0.444	0.120	0.435
Marital status							
Single (G1)	58 \pm 19	72 \pm 14	64 \pm 21	65 \pm 13	65 \pm 13	79 \pm 16	71 \pm 19
Married (G2)	57 \pm 19	68 \pm 14	60 \pm 24	70 \pm 15	64 \pm 13	75 \pm 18	68 \pm 19
Widowed (G3)	57 \pm 17	68 \pm 14	60 \pm 22	70 \pm 12	67 \pm 11	75 \pm 17	70 \pm 16
p**	0.815	0.169	0.466	0.102	0.224	0.347	0.353
Level of education							
Elementary School (G1)	54 \pm 17 ^C	67 \pm 14 ^D	56 \pm 22 ^C	68 \pm 13	64 \pm 13 ^B	74 \pm 17	67 \pm 18 ^B
High School (G2)	63 \pm 20	72 \pm 12	68 \pm 20	71 \pm 13	67 \pm 11	78 \pm 15	72 \pm 16
College (G3)	61 \pm 19	71 \pm 16	72 \pm 21	70 \pm 17	70 \pm 15	78 \pm 21	76 \pm 20
p**	0.001	0.020	<0.001	0.227	0.004	0.139	0.002
Occupation							
Retired	55 \pm 19	67 \pm 14	58 \pm 23	67 \pm 14	64 \pm 13	75 \pm 17	68 \pm 19
Other	61 \pm 17	71 \pm 13	66 \pm 20	73 \pm 11	67 \pm 12	78 \pm 18	73 \pm 16
p*	0.013	0.051	0.003	<0.001	0.154	0.130	0.018
Social class							
A+B	61 \pm 18	71 \pm 14	66 \pm 22	73 \pm 14	69 \pm 12	78 \pm 17	74 \pm 17
C+D	54 \pm 18	66 \pm 14	56 \pm 22	66 \pm 13	62 \pm 13	74 \pm 17	65 \pm 18
p*	<0.001	0.001	<0.001	<0.001	<0.001	0.020	<0.001
Subjective health							
Healthy	62 \pm 17	72 \pm 13	71 \pm 18	72 \pm 13	68 \pm 13	78 \pm 17	76 \pm 16
Unhealthy	50 \pm 18	63 \pm 13	47 \pm 20	65 \pm 13	62 \pm 12	72 \pm 17	60 \pm 17
p*	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	0.003	<0.001
BDI							
1 st tercile (\leq 6) (G1)	67 \pm 16 ^C	77 \pm 10 ^C	75 \pm 17 ^C	75 \pm 12 ^C	71 \pm 11 ^C	81 \pm 16 ^C	80 \pm 14 ^C
2 nd tercile (7 a 12) (G2)	59 \pm 17	69 \pm 11	61 \pm 18	68 \pm 11	65 \pm 10	74 \pm 16	69 \pm 14
3 rd tercile ($>$ 13) (G3)	44 \pm 14 ^A	57 \pm 13 ^A	44 \pm 21 ^A	62 \pm 14 ^A	58 \pm 13 ^A	71 \pm 19	56 \pm 18 ^A
p**	<0.001						

* t student test

** ANOVA

^A group 3 different from other groups, according to the Tukey's Test for Multiple Comparisons

^B different from group 3 according to the Tukey's Test for Multiple Comparisons

^C group 1 different from other groups, according to the Tukey's Test for Multiple Comparisons

^D different from group 2 according to the Tukey's Test for Multiple Comparisons

Table 5. Results of Multiple Linear Regression between domains and WHOQOL-100 overall QoL and the sociodemographic variables perception of health and BDI (n=339).

Variables	D I			D II			D III			D IV			D V			D VI			Overall QoL			
	b(95%CI)	β	p	b(95%CI)	β	p	b(95%CI)	β	p	b(95%CI)	β	p	b(95%CI)	β	p	b(95%CI)	β	p	b(95%CI)	β	p	
Gender																						
<i>Male</i>	—	—	—	—	—	—	-3.2(-6.7;0.3)	-0.07	.073	-4.4(-7.2;-1.7)	-0.16	.002	-4.3(-6.7;-2)	-0.17	<.001	-3.1(-6.8;0.5)	-0.09	.095	-3.6(-6.7;-0.5)	-0.10	.022	
Age*																						
<i>70 to 79 years old</i>	—	—	—	-0.7(-3.5;2.1)	-0.02	.630	-3.6(-7.8;0.5)	-0.08	.088	—	—	—	—	—	—	-0.7(-5;3.7)	-0.02	.768	—	—	—	
<i>80 years old and above</i>	—	—	—	-4.2(-7.3;-1.1)	-0.13	.008	-7.7(-12.2;-3.1)	-0.15	.001	—	—	—	—	—	—	-4(-8.7;0.7)	-0.10	.095	—	—	—	
Marital status**																						
<i>Married</i>	—	—	—	-3.6(-7;-0.1)	-0.13	.041	—	—	—	5.2(1.4;8.9)	.19	.008	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
<i>Widowed</i>	—	—	—	-2.2(-5.9;1.4)	-0.08	.236	—	—	—	3.7(-0.1;7.6)	.13	.058	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Level of education***																						
<i>High School</i>	2.2(-2.3;6.7)	.05	.340	-1.2(-4.4;1.9)	-0.03	.444	2.5(-2.2;7.3)	.04	.294	—	—	—	-1.4(-4.6;1.7)	-0.04	.374	0.2(-4.8;5.1)	.00	.943	-2(-6.1;2.2)	-0.04	.351	
<i>College</i>	0.4(-5;5.7)	.01	.897	-2.5(-6.3;1.2)	-0.06	.185	3.7(-2;9.4)	.06	.201	—	—	—	0.3(-3.7;3.8)	.00	.988	-1(-6.9;5)	-0.02	.752	-0.3(-5.2;4.6)	-0.01	.911	
Occupation																						
<i>Retired</i>	-2(-5.8;1.7)	-0.05	.285	0.2(-2.4;2.8)	.01	.873	-2.8(-6.8;1.2)	-0.06	.174	-2.4(-5.3;0.5)	-0.08	.106	1(-1.6;3.7)	.04	.455	-0.8(-4.9;3.4)	-0.02	.717	-1.1(-4.5;2.4)	-0.03	.550	
Social class																						
<i>C+D</i>	-2.1(-5.8;1.6)	-0.06	.267	-2.5(-5.1;0.1)	-0.09	.058	-1.2(-5.1;2.7)	-0.03	.539	-4.2(-6.8;-1.5)	-0.15	.002	-5.6(-8.2;-3)	-0.22	<.001	-2.4(-6.5;1.6)	-0.07	.234	-3.3(-6.7;0.1)	-0.09	.057	
Perception of health																						
<i>Healthy</i>	6.2(2.5;9.9)	.17	.001	2.9(0.3;5.5)	.10	.026	16.9(13;20.8)	.37	<.001	3.3(0.6;6.1)	.12	.018	1.2(-1.4;3.8)	.05	.374	2.7(-1.3;6.7)	.08	.186	9.8(6.4;13.2)	.27	<.001	
BDI	-1(-1.2;-0.8)	-.43	<.001	-1(-1.2;-0.9)	-.58	<.001	-1.1(-1.4;-0.9)	-.41	<.001	-0.6(-0.8;-0.4)	-.35	<.001	-0.7(-0.8;-0.5)	-.42	<.001	-0.5(-0.7;-0.2)	-.21	<.001	-1(-1.2;-0.8)	-.45	<.001	

* both age ranges were compared to the 60-69 year-old group

** both marital status categories were compared to the single group

*** both levels of education were compared to elementary school

Table 6. Results of the correlation (*r*) and multiple linear regression (β) between overall QoL and the WHOQOL-100 domains (*n* = 339).

Variables	<i>r</i> *	β **
D I - Physical Domain	0.60	0.03
D II - Psychological Domain	0.70	0.22
D III - Level of Independence Domain	0.68	0.34
D IV - Social Relationships Domain	0.57	0.11
D V - Environment Domain	0.65	0.26
D VI - Spirituality/Religiousness Domain	0.36	0.07

* Pearson Coefficient Correlation; $p < 0.001$

** Multiple Linear Regression Analysis; $p < 0.001$, except for domains I ($p = 0.58$), IV ($p = 0.01$) and VI ($p = 0.07$)

3. ARTIGO - *A percepção de qualidade de vida (QV) do idoso avaliada pelo cuidador*
The perception of older adults' quality of life (QoL) assessed by their caregiver

Autores. *Clarissa Marcell Trentini^a, Eduardo Chachamovich^b, Michelle Figueiredo^c,
Vânia Naomi Hirakata^d, Marcelo Pio de Almeida Fleck^e*

A versão em Inglês deste artigo foi submetida à revista *Psychology and Aging*.

3.1 Versão em Português

Título: *A Percepção de Qualidade de Vida (QV) do Idoso Avaliada pelo Cuidador.*

Autores: *Clarissa Marcell Trentini^a, Eduardo Chachamovich^b, Michelle Figueiredo^c, Vânia Naomi Hirakata^d, Marcelo Pio de Almeida Fleck^e.*

Resumo

Título. *A Percepção de Qualidade de Vida (QV) do Idoso Avaliada pelo Cuidador.*

Autores. *Clarissa Marcell Trentini^a, Eduardo Chachamovich^b, Michelle Figueiredo^c, Vânia Naomi Hirakata^d, Marcelo Pio de Almeida Fleck^e.*

Introdução. Qualidade de vida (QV) tem sido considerada como uma percepção subjetiva do indivíduo a respeito de vários aspectos (dimensões) de sua vida. A literatura tem questionado a possibilidade da QV ser avaliada por uma terceira pessoa (p. ex., médico, parente ou cuidador).

Objetivos. Investigar a relação da percepção de QV do idoso com a percepção de QV do idoso na opinião de seu cuidador.

Métodos. O método amostral de conveniência foi utilizado. Vinte e sete pares de idosos e cuidadores foram avaliados. Os idosos foram convidados a responder sobre condições sociodemográficas, QV (através do WHOQOL-100), além do BDI. Já os cuidadores responderam os mesmos itens com relação a sua própria pessoa e também o WHOQOL-100 adaptado em relação à percepção que têm sobre o idoso. Uma comparação de percepção dos dois grupos foi feita no intuito de avaliar se o cuidador é um bom respondedor sobre a QV do idoso sob seus cuidados.

Resultados. Os dados mostraram uma tendência, em todos os domínios e na medida QV geral, de o cuidador responder pior percepção de QV do idoso do que o próprio idoso cuidado. Apesar disso, observou-se concordância nos resultados de QV percebidos pelo idoso e na opinião do cuidador sobre a QV do idoso nos domínios físico, nível de independência, meio ambiente e espiritualidade/religião. Entretanto, o mesmo não aconteceu para os domínios psicológico e relacionamentos sociais, além da medida de QV geral. A intensidade de depressão do idoso exerceu forte influência tanto na sua própria percepção de QV quanto na percepção do cuidador sobre o idoso.

Conclusões. Existe uma tendência de o cuidador perceber a QV do idoso pior do que a própria percepção do idoso. Contudo, apesar disso, há uma forte correlação para todos os domínios e na medida QV geral na percepção do par idoso-cuidador. Outros estudos são sugeridos.

Palavras-chave: Percepção de qualidade de vida (QV); Idosos; Cuidadores.

Grupo WHOQOL-OLD – Centro Brasileiro

^a *Psicóloga, Doutoranda em Psiquiatria.*

^b *Psiquiatra, Mestrando em Psiquiatria.*

^c *Estudante do Curso de Medicina.*

^d *Estatística, Mestre em Epidemiologia.*

^e *Coordenador do Centro Brasileiro - WHOQOL-OLD, Professor Adjunto do Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da UFRGS.*

Correspondência para:

Clarissa Marcell Trentini

Rua Duque de Caxias, 888 ap. 303

CEP 90.010-280 - Porto Alegre, RS, Brasil

E-mail: clarissatrentini@aol.com

Fone/Phone: (51) 3221.9156 ou 3222.3113

Introdução

Em concordância com as perspectivas epidemiológicas atuais, o apoio formal da família ao idoso é um tema de crescente interesse, já que mais e mais idosos permanecerão na comunidade durante boa parte de sua velhice. Pesquisas sobre a qualidade do relacionamento da díade fornecedor e receptor de cuidados são um campo tradicional de pesquisa em gerontologia.

Um dos índices destacados pela pesquisa de entendimento da díade é a congruência de opiniões de cada um dos sujeitos - do idoso e do cuidador - sobre as mesmas perguntas. A congruência de opinião da díade tem sido correlacionada a

um relacionamento mais próximo e afetivo (Chappell & Kuehne, 1998; Long et al., 1998).

Zweibel e Lydens (1990) acreditam que o andamento harmonioso da díade pode ser previsto, em menor grau, pelas percepções individuais dos idosos ou dos cuidadores sobre a relação. A congruência de opinião de ambos é mais determinante de tal padrão de relacionamento do que a natureza das opiniões individuais.

Estudos que exploraram a congruência de opiniões do idoso e do cuidador sobre o estado geral dos idosos são discordantes (Long et al., 1998; Chappell & Kuehne, 1998; Carter & Carter, 1994, Pearlin et al., 1990; Teri & Wagner, 1991; Zweibel & Lydens, 1990; MacKenzie et al., 1989; Wetle et al., 1988). Especula-se que algum grau de discordância possa estar relacionado às condições do cuidador. Segundo Pruchno e colegas (1997), os cuidadores cansados ou deprimidos podem perceber erroneamente o idoso cuidado como um indivíduo mais debilitado do que de fato é.

O presente estudo examinou a extensão da concordância de opinião da díade idoso-cuidador sobre a QV do idoso, bem como quais fatores são preditivos de tal concordância. Investigou também a influência da sintomatologia depressiva (de idosos e cuidadores) nas percepções da QV dos idosos e na concordância destas.

Métodos

Amostra

A amostra foi composta por 27 pares de idoso-cuidador. Para os idosos, a idade mínima foi estabelecida em 60 anos. Para os cuidadores, um limite de idade não foi estabelecido. Foram excluídos os idosos com doenças terminais e com processos demenciais.

A identificação do cuidador provinha, após a entrevista do idoso, da seguinte questão: “O(A) Sr.(a) poderia nos dizer quem é a pessoa com quem o(a) Sr.(a) mais pode contar (cuidador)?”

Os sujeitos foram recrutados em dois hospitais universitários, lares de idosos e residência própria do idoso ou cuidador. O processo de amostragem foi o de conveniência.

Instrumentos

Os instrumentos utilizados foram agrupados em protocolos diferenciados para os idosos e para os cuidadores. Seguem-se as descrições dos instrumentos aplicados em cada subamostra.

Idoso

1. Ficha de dados sociodemográficos

A ficha de dados sociodemográficos incluiu as seguintes variáveis: sexo, idade, estado civil, escolaridade, situação de moradia, ocupação, percepção de saúde, uso de medicação, uso de cigarro e bebida (quantidade e frequência). Complementarmente, uma escala para nível socioeconômico também foi aplicada.

2. Percepção da sua qualidade de vida (QV)

WHOQOL-100 (WHOQOL Group, 1998)

O WHOQOL-100 é um instrumento desenvolvido pelo grupo de QV da OMS. Possui seis domínios (físico, psicológico, nível de independência, relacionamentos sociais, meio ambiente e espiritualidade), sendo cada um constituído por facetas (compostas por quatro itens cada). Assim, o instrumento é composto por 24 facetas específicas e uma faceta geral, que inclui questões de avaliação global de QV. Essas últimas geram um escore global (chamado QV geral), que também será incluído na análise dos resultados. Foi utilizada a versão do instrumento em Português (Fleck et al., 1999).

3. Intensidade de sintomas depressivos

Inventário de Depressão de Beck - BDI (Beck et al., 1961)

O BDI é uma medida de intensidade de depressão, não sendo indicado para identificar categorias nosológicas. O escore total do BDI é constituído a partir do somatório das respostas assinaladas pelos examinandos nos 21 itens, sendo 63 o maior escore possível. Foi utilizada a versão do instrumento em Português (Cunha, 2001).

Cuidador

1. Ficha de dados sociodemográficos

A ficha de dados sociodemográficos incluiu as seguintes variáveis: sexo, idade, estado civil, escolaridade, ocupação e, ainda, outras duas questões: *O quanto você considera que conhece a pessoa de quem você cuida?* e *Como é a qualidade de seu relacionamento com a pessoa de quem você cuida?* As respostas a essas perguntas eram respondidas através de uma escala de resposta do tipo likert (nada-completamente e muito ruim-muito boa).

2. Percepção da sua qualidade de vida (QV)

WHOQOL-100 (WHOQOL Group, 1998; Fleck et al, 1999)

3. Percepção da qualidade de vida do idoso

WHOQOL-100 adaptado (avaliado através dos diferentes domínios e QV geral)

O WHOQOL-100 adaptado foi desenvolvido para este estudo a partir das questões do WHOQOL-100. A diferença consistiu no fato de que as questões estavam voltadas a uma 3ª pessoa, por ex.:

WHOQOL-100: *O quanto você aproveita a vida?*

WHOQOL-100 adaptado: *O quanto ele(a) aproveita a vida?*

WHOQOL-100: *Quão otimista você se sente em relação ao futuro?*

WHOQOL-100 adaptado: *Quão otimista ele(a) se sente em relação ao futuro?*

Assim, o cuidador era convidado a responder sobre a sua percepção da QV do idoso sob seus cuidados.

4. Intensidade de sintomas depressivos

Inventário de Depressão de Beck - BDI (Beck et al., 1961; Cunha, 2001)

Procedimentos para coleta de dados

Contatos iniciais com hospitais, instituições de idosos e recrutamento de idosos na comunidade foram realizados.

A partir do Termo de Consentimento Informado o idoso era convidado a participar do estudo e a consentir sobre a realização de uma entrevista com o seu cuidador, sendo informado de que o cuidador responderia a um questionário semelhante que avaliaria a sua própria QV e sua visão a respeito da QV do(a) idoso(a). Todos os idosos convidados, bem como cuidadores, consentiram em participar do estudo.

Após a aplicação dos instrumentos no idoso, o respectivo cuidador era

contatado via telefone e, posteriormente, pessoalmente, para o preenchimento dos instrumentos.

Todos os questionários são auto-administráveis; contudo, um auxiliar de pesquisa (estudante de psicologia ou medicina) esteve à disposição dos sujeitos para qualquer esclarecimento durante a aplicação dos mesmos.

Tal projeto de trabalho foi devidamente examinado e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, RS, Brasil (nº 01.374).

Procedimentos para análise dos dados

A descrição das variáveis foi realizada através das freqüências absolutas e relativas, bem como médias e desvios-padrão. As variáveis sociodemográficas de cuidadores e idosos foram comparadas pelo teste de qui-quadrado de Pearson com e sem correção de Yates (para as variáveis categóricas) e pelo teste t de Student (para as variáveis contínuas).

Os escores dos domínios do WHOQOL-100 e a QV geral dos idosos e dos cuidadores foram comparados pelo teste t de Student para amostras pareadas, e a associação foi medida pelo coeficiente de correlação de Pearson, análises de regressão linear múltipla (uma com controle da depressão do cuidador e outra com controle da depressão do idoso). O tamanho de efeito padronizado também foi calculado.

Foram consideradas significativas as associações com valores de p menores que 0.05.

Para análise dos dados, foi usado o programa SPSS para ambiente Windows, versão 10.0.

Resultados

A Tabela 1 mostra as características sociodemográficas da amostra em estudo. Conforme se pode observar, existem diferenças significativas entre o grupo de cuidadores e o grupo de idosos, constituindo dois grupos com "identidades" distintas. O grupo de cuidadores possui idade média de 51.5 (± 16.3) e é predominantemente composto por pessoas casadas, que possuem trabalho atual, com escores médios no BDI de 3.8 (± 3.5). Já o grupo dos idosos tem idade média

de 75.3 (± 8.9), está distribuído de forma homogênea entre casados e viúvos, em sua maior parte aposentados, e apresentaram escores médios no BDI de 11.5 (± 7.8). As variáveis sexo, escolaridade e trabalho voluntário não apontaram diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos.

Como resposta mais freqüente à pergunta *O quanto você considera que conhece a pessoa de quem você cuida?*, os cuidadores responderam muito e completamente em 88.9% das vezes (respectivamente 55.6% e 33.3%). Referente à questão *Como é a qualidade de seu relacionamento com a pessoa de quem você cuida?*, 96.3% responderam muito boa ou boa (respectivamente 59.3% e 37%). Esses dados apontam para uma provável intimidade entre os cuidadores e os idosos, o que é de fundamental importância para a validade das estimativas obtidas.

Na Tabela 2 é possível observar os escores dos domínios e QV geral do WHOQOL-100 para cuidador e idoso e do WHOQOL-adaptado para avaliação do idoso pelo cuidador. Notou-se concordância nos resultados de QV percebidos pelo idoso e a opinião do cuidador sobre a QV do idoso nos domínios físico, nível de independência, meio ambiente e espiritualidade/religião. Entretanto, diferenças significativas na comparação dos grupos foram encontradas nos domínios psicológico (facetas sentimentos positivos e auto-estima), relacionamentos sociais (facetas relações pessoais e atividade sexual) e QV geral, nas quais o cuidador respondeu médias significativamente mais baixas em comparação às da percepção do próprio idoso. A faceta participação em e oportunidades de recreação e lazer (domínio meio ambiente) também mostrou diferença estatisticamente significativa na comparação dos grupos. Os dados mostram uma tendência, em todos os domínios e na medida QV geral, de o cuidador perceber a QV do idoso de um modo pior do que o mesmo percebe.

A correlação da QV do idoso *versus* a QV do idoso na opinião do cuidador também foi avaliada. Através do Coeficiente de Correlação de Pearson, foram obtidas correlações fortes entre os dois grupos para todos os domínios e QV geral ($p < 0.001$) (Tabela 3). Na mesma Tabela 3 são apresentados os coeficientes de correlação controlando para depressão do cuidador e do idoso (BDI). Para a intensidade de sintomas depressivos do cuidador (BDI), os coeficientes de correlação permanecem altos e praticamente inalterados em relação à análise sem controle. No entanto, quando a intensidade de sintomas depressivos do idoso é

controlada, há uma marcada diminuição da intensidade da correlação, desaparecendo a significância estatística em todos os domínios, exceto meio ambiente. Tais achados indicam que a intensidade de depressão do cuidador não teve interferência na percepção que ele tem da QV do idoso cuidado (cabe lembrar que a média de intensidade dos sintomas depressivos observada no grupo de cuidadores foi baixa). Por outro lado, retirando-se a influência da depressão do idoso, a intensidade da correlação diminui, pois o idoso passa a perceber sua QV de forma ainda melhor em relação à estimativa do cuidador.

Discussão dos resultados

Existe uma tendência do cuidador em perceber a QV do idoso como inferior à própria percepção do idoso. Entretanto, há uma forte correlação para todos os domínios e QV geral na percepção do par idoso-cuidador, sem qualquer controle para intensidade de depressão e com controle da intensidade de depressão para o cuidador.

A relação entre a avaliação do idoso e a de seu cuidador bem como o seu significado são temas controversos na literatura. Em uma pesquisa realizada por Santos-Eggimann e colaboradores (1999) com pares de idosos (cronicamente dependentes) e cuidadores (profissionais ou informais), mostrou-se que, na maioria dos casos, idosos e cuidadores concordavam sobre as atividades da vida diária avaliadas. Os autores concluíram que as respostas do cuidador acerca do idoso podem ser consideradas. Da mesma maneira, alguns autores defendem a idéia de que as percepções individuais, sejam do cuidador ou do idoso, não são tão importantes, mas sim a concordância destas percepções, entendendo o ato de cuidar como uma unidade (Zweibel & Lydens, 1990). As pesquisas com cuidadores tendem a dar menor ênfase ao idoso e a suas perspectivas e resultados (Pruchno, Burant, & Peters, 1997; Zarit, 1994). Na verdade, o idoso cuidado é geralmente incluído como uma medida “objetiva” de estresse relacionado ao cuidador, particularmente em pesquisas de demência, em vez de ser um fator para contribuição de nosso entendimento da situação de cuidar ou do relacionamento da díade (Cotrell & Schulz, 1993). Alguns autores tendem a considerar o idoso e o cuidador como indivíduos separados, desconsiderando as complexas interações no

ato de cuidar e ser cuidado (Lyons, Zarit, Sayer & Whitlatch, 2002). Ao mesmo tempo, têm existido controvérsias na literatura a respeito do relacionamento entre o esforço do cuidador e a sua habilidade de avaliar as necessidades físicas e o status de cuidados com a saúde do idoso cuidado (Long et al., 1998).

A tendência de piores avaliações por parte do cuidador, se confirmada por novos estudos, pode sugerir duas alternativas não necessariamente excludentes: a) os idosos minimizam e procuram contemporizar seu próprio estado, tornando a narrativa de seus sofrimentos mais leves do que de fato seria e do que eles estariam capazes de admitir, e b) os cuidadores enxergam com maior piedade a situação dos idosos, lamentando mais do que o necessário o estado que observam de fora.

No presente estudo, a intensidade de depressão do idoso exerceu forte influência tanto na sua própria percepção de QV quanto na percepção que o cuidador tem sobre a QV deste idoso. Os maiores níveis de depressão do idoso favoreceram a aproximação das opiniões sobre QV do idoso *versus* QV do idoso avaliada pelo cuidador, isto é, a pior avaliação de QV associada à depressão por parte do idoso aproximaria os escores de QV do cuidador, também avaliada mais negativamente. Quando se “retira” o efeito da depressão do idoso, as avaliações se afastam ainda mais. Isso nos levaria a pensar na hipótese b, referida acima, de que o cuidador, independentemente dos níveis de depressão do idoso, o avalia como uma pessoa mais fragilizada ou incapacitada fisicamente, psicologicamente, em relação ao seu nível de independência, relacionamentos sociais, meio ambiente, espiritualidade/religião e numa avaliação geral de QV. Outros estudos como os de Bookwala e Schulz (1998), Kristjanson e colaboradores (1998) e Zweibel e Lydens (1990) encontraram, da mesma maneira, uma tendência do cuidador em exagerar o prejuízo ou disfunção do recebedor de cuidados.

A avaliação do domínio psicológico nos idosos sofreu influência marcante da intensidade da depressão em seus escores. Dessa forma, o controle de tais sintomas implicou que a concordância existente entre a percepção do domínio psicológico dos idosos e dos cuidadores (a respeito daqueles) passasse a não ser mais significativa. A depressão afeta a QV. Segundo Chiu (2000), a depressão, por si só, não somente produz incapacidade e declínio na QV como também interage com outros sistemas corporais, agravando e reduzindo ainda mais a QV, por ocasionar outras doenças somáticas. Assim, a depressão acrescenta mais um risco,

mesmo quando os efeitos de algum problema físico estão sob controle. Em relação ao par cuidador-idoso, outros estudiosos mostraram a influência da intensidade de sintomas depressivos e do estresse do cuidador sobre a percepção que tem do idoso sob os seus cuidados (Pruchno et al., 1997; Cotrell & Schulz, 1993; Pearlin et al., 1990).

O presente estudo conduz a uma reflexão sobre o próprio conceito de QV. Será que o que o cuidador está avaliando é estritamente QV? O conceito da Organização Mundial da Saúde considera a percepção do próprio indivíduo como um ponto central desta definição. Não pretendemos questionar o conceito, mas discutir as possíveis congruências (ou não) de avaliações subjetivas. Trata-se, dentro de nossa ótica, de um estudo exploratório que visa, talvez, ampliar o conceito de QV.

É importante destacar que tal estudo foi conduzido com uma amostra relativamente restrita, o que acaba por reduzir a validade interna e externa dos seus achados. O fato da média de sintomas depressivos para os cuidadores ser considerada baixa também pode justificar a pouca interferência dos níveis de depressão do cuidador. Referente ao cálculo do poder estatístico deste estudo, verificou-se que, entre as variáveis que não apresentaram significância estatística, este variou de 19 a 28%, sugerindo que se o tamanho amostral fosse maior, o estudo teria poder suficiente para detectar tais diferenças.

Entender os meios pelos quais cuidadores e idosos convergem ou divergem em suas perspectivas sobre situações e necessidades do outro tem implicações na maneira como planejamos intervenções para melhorar os resultados de ambos os membros do processo. Propicia também o estabelecimento de validade e confiabilidade das avaliações feitas por pessoas próximas em pesquisas clínicas (Coriell & Cohen, 1995).

Outros estudos são sugeridos a fim de explorar não somente a concordância ou discordância da díade idoso-cuidador na avaliação de QV como também variáveis de impacto e interferência nesta avaliação. Segundo Lyons e colaboradores (2002), a qualidade do relacionamento é sabidamente uma variável de impacto tanto na avaliação que o cuidador tem sobre o idoso como o que este tem sobre o cuidador. Ademais, há escassez na literatura sobre a avaliação de QV feita por uma terceira pessoa.

Conclusões

Foi observada uma tendência do cuidador em perceber a QV do idoso pior do que a percebida pelo idoso, tendo sido significativas as diferenças nos domínios psicológico, relacionamentos sociais e QV geral. Contudo, apesar disso, há uma forte correlação para todos os domínios e para a medida QV geral na percepção do par idoso-cuidador. A intensidade dos sintomas depressivos também se mostrou influente para a percepção do idoso e do par em questão.

Outros estudos sobre QV e avaliações por uma terceira pessoa são sugeridos.

Referências bibliográficas

- Beck, AT, Ward, CH, Mendelson, M, Mock, J, Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4:461-571.
- Bookwala, J, & Schulz, R. (1998). The role of neuroticism and mastery in spouse caregiver's assessment of and response to a contextual stressor. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 53B:155-164.
- Carter, RE, & Carter, CA. (1994). Marital adjustment and effects of illness in married pairs with one or both spouses chronically ill. *The American Journal of Family Therapy*, 22:315-326.
- Chappell, NL, & Kuehne, VK. (1998). Congruence among husband and wife caregivers. *Journal of Aging Studies*, 12:239-254.
- Chiu, E. (2000). Demência, depressão e qualidade de vida. In OV Forlenza e P Caramelli (Eds.), *Neuropsiquiatria geriátrica*. São Paulo, SP, Brasil: Editora Atheneu.
- Coriell, M, & Cohen, S. (1995). Concordance in the face of a stressful event: when do members of a dyad agree that one person supported the other? *Journal of Personality and Social Psychology*, 69:289-299.
- Cotrell, V., & Schulz, R. (1993). The perspective of the patient with Alzheimer's disease: a neglected dimension of dementia research. *The Gerontologist*, 33:205-211.

Cunha, JA. (2001). *Manual da versão em português das Escalas Beck*. São Paulo, Brasil: Casa do Psicólogo.

Fleck, MPA, Leal OF, Louzada S et al. (1999). Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100). *Rev ABP/APAL*, 21(1): 19-28.

Kristjanson, LJ, Nikoletti, S, Porock, D, Smith, M, Lobchuk, M, & Pedler, P. (1998). Congruence between patients' and family caregivers' perceptions of symptom distress in patients with terminal cancer. *Journal of Palliative Care*, 14:24-32.

Long, K, Sudha, S, & Mutran, EJ. (1998). Elder-proxy agreement concerning the functional status and medical history of the older person: the impact of caregiver burden and depressive symptomatology. *Journal of American Geriatrics Society*, 46:1103-1111.

Lyons, KS, Zarit, SH, Sayer, AG, & Whitlatch, CJ. (2002). Caregiving as a dyadic process: perspectives from caregiver and receiver. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 57B(3):195-204.

MacKenzie, TB, Robiner, WN, & Knopmen, DS. (1989). Differences between patient and family assessments of depression in Alzheimer's disease. *American Journal of Psychiatry*, 146:1174-1178.

Pearlin, LI, Mullan, JT, Semple, SJ & Skaff, MM. (1990). Caregiving and the stress process: an overview of concepts and their measures. *The Gerontologist*, 30:583-594.

Pruchno, RA, Burant, CJ, & Peters, ND. (1997). Understanding the well-being of care receivers. *The Gerontologist*, 37:102-109.

Teri, L, Wagner, AW. (1991). Assessment of depression in patients with Alzheimer's disease: concordance among informants. *Psychology and Aging*, 6:280-285.

Santos-Eggimann, B, Zobel, F, & Clerc Béro, A. (1999). Functional status of elderly home care users: do subjects, informal and professional caregivers agree? *J Clin Epidemiol*, 52(3):181-186.

Wetle, T, Levkoff, S, Cwikel, J, & Rosen, A. (1988). Nursing home resident participation in medical decisions: perceptions and preferences. *The Gerontologist*, 28:32-38.

WHOQOL Group (1998). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Social Science and Medicine*, 46:1569-85.

Zarit, SH. (1994). Research perspectives on family caregiving. In MH Cantor (Ed.), *Family caregiving: agenda for the future*. San Francisco: American Society on Aging.

Zweibel, N, & Lydens, LA. (1990). Incongruent perceptions of older adult/caregiver dyads. *Family Relations*, 39: 63-67.

Tabela 1. Dados sociodemográficos de cuidadores e idosos.

Variáveis	Cuidador (n= 27)		Idoso (n= 27)		p
	n	%	N	%	
Sexo					0.136*
<i>Masculino</i>	5	18.5	11	40.7	
<i>Feminino</i>	22	81.5	16	59.3	
Idade (média;dp)	51.5 (16.3)		75.3 (8.9)		0.014[†]
Estado civil					0.002[#]
<i>Solteiro</i>	5	18.5	2	7.4	
<i>Casado/com companheiro</i>	21	77.8	13	48.1	
<i>Viúvo</i>	1	3.7	12	44.4	
Escolaridade					0.087 [#]
<i>Ensino fundamental</i>	11	40.7	19	70.4	
<i>Ensino médio</i>	5	18.5	3	11.1	
<i>Ensino superior</i>	11	40.7	5	18.5	
Ocupação					0.001[#]
<i>Estudante</i>	2	7.4	0	0.0	
<i>Com trabalho atual</i>	14	51.8	3	11.1	
<i>Aposentado</i>	5	18.5	18	66.7	
<i>Do lar</i>	6	22.2	6	22.2	
Trabalho voluntário					1.000*
<i>Sim</i>	3	11.1	4	14.8	
<i>Não</i>	24	88.9	23	85.2	
Percepção de saúde					
<i>Saudável</i>	–	–	16	59.3	
<i>Doentes</i>	–	–	11	40.7	
BDI total	3.8 (3.5)		11.5 (7.8)		0.037[†]

* Teste de χ^2 com correção de Yates# Teste de χ^2 de Pearson

† Teste t de Student

Tabela 2. Descrição (média \pm dp) do WHOQOL-100 (domínios e QV geral) do cuidador e idoso e do WHOQOL-adaptado para avaliação do idoso pelo cuidador.

Variáveis	Cuidador (n= 27)	Idoso (n= 27)	Idoso avaliado pelo Cuidador (n= 27)	TEP**
Domínio I - Domínio Físico	64.5 \pm 12.2	56.6 \pm 16.1	53.6 \pm 17.2	0.255
Domínio II - Domínio Psicológico	66.2 \pm 14.9	65.9 \pm 12.6	60.1 \pm 13.9*	0.519
Domínio III - Domínio Nível de Independência	76.7 \pm 18.4	55.7 \pm 24.3	51.2 \pm 24.4	0.268
Domínio IV - Domínio Relacionamentos Sociais	71.8 \pm 13.9	68.8 \pm 14.8	63.9 \pm 15.1*	0.426
Domínio V - Domínio Meio Ambiente	64.2 \pm 10.8	63.7 \pm 11.3	61.9 \pm 11.8	0.287
Domínio VI - Domínio Espiritualidade/Religião	77.6 \pm 16.5	74.1 \pm 16.0	70.8 \pm 18.4	0.231
QV geral	71.1 \pm 16.8	67.4 \pm 15.0	61.1 \pm 21.2*	0.425

* Significativamente diferente dos valores de QV respondidos pelo idoso (Teste t de Student; $p < 0.05$).

** Tamanho de efeito padronizado entre as médias dos idosos e as médias de idosos avaliados pelo cuidador.

Tabela 3. Correlação da QV do idoso (WHOQOL-100) vs QV do idoso avaliada pelo cuidador (WHOQOL-100 adaptado), conforme diferentes domínios e QV geral sem controle, com controle para depressão do cuidador e com controle para depressão do idoso (n= 27).

QV do idoso vs QV do idoso avaliada pelo cuidador	Sem controle*	Com controle depressão cuidador**	Com controle depressão idoso***
Domínio I - Domínio Físico	0.752	0.752	0.587
Domínio II - Domínio Psicológico	0.648	0.652	0.312
Domínio III - Domínio Nível de Independência	0.763	0.762	0.544
Domínio IV - Domínio Relacionamentos Sociais	0.704	0.719	0.566
Domínio V - Domínio Meio Ambiente	0.853	0.851	0.764
Domínio VI - Domínio Espiritualidade/Religião	0.662	0.662	0.513
QV geral	0.715	0.749	0.535

* r - Coeficiente de correlação de Pearson; $p < 0.001$

** β - Análise de Regressão Linear Múltipla controlando para depressão do cuidador; $p < 0.001$

*** β - Análise de Regressão Linear Múltipla controlando para depressão do idoso; $p < 0.001$, com exceção do domínio II ($p = 0.062$) e do domínio VI ($p = 0.008$)

3.2 Versão em Inglês

Title: *The perception of older adults' quality of life (QoL) assessed by their caregiver.*

Authors: *Clarissa Marcelli Trentini^a, Eduardo Chachamovich^b, Michelle Figueiredo^c, Vânia Naomi Hirakata^d, Marcelo Pio de Almeida Fleck^e.*

Abstract

Background. Quality of life (QoL) has been considered as a subjective perception of the individual about several aspects (dimensions) of his life. Literature has been questioning the possibility for QoL to be assessed by a third person (e.g. a doctor, relative or caregiver).

Objectives. To look into the relationship between the older adult's QoL perception and the perception of his QoL in his caregiver's opinion.

Methods. Convenience sampling method was used. Twenty-seven pairs of old adults and caregivers were assessed. Elders were asked to answer questions on socio-demographic conditions, QoL (through WHOQOL-100), as well as BDI. Caregivers were asked to answer the same items concerning themselves as well as the WHOQOL-100 adapted to their perceptions on the elders. A comparison between the perceptions in both groups was carried out in order to assess whether the caregiver is a good respondent on the QoL of the elder they take care of.

Results. Data showed a tendency, in all domains and overall QoL, for the caregiver to answer worse QoL perception on the elder than that of the his caree. Despite this, we have observed accordance between the results of QoL perceived by the elder and the caregiver's opinion in the physical, level of independence, environment and spirituality/religion domains. Nevertheless, this did not happen in the psychological and social relationships domains, as well as overall QoL. The intensity of depression in the elder played strong influence on their own quality of life perception as well as on the perception of the caregivers about the elders.

Conclusions. There is a tendency for the caregiver to consider the elder's QoL worse than the perception of the elder himself. However, in spite of this, there is a strong correlation in all domains and overall QoL in the perception of the pair elder-caregiver. Further studies are suggested.

Key words. QoL perception; Older Adults; Caregivers.

WHOQOL-OLD Group - Brazilian Center

^a *Psychologist, Psychiatry Doctor's Degree student.*

^b *Psychiatrist, Master's Degree student.*

^c *Medicine undergraduate student.*

^d *Statistician, Master in Epidemiology.*

^e *WHOQOL-OLD Brazilian Center Coordinator, Assistant Professor of the Department of Psychiatry and Legal Medicine UFRGS.*

Correspondence to:

Clarissa Marcelli Trentini

Rua Duque de Caxias, 888 ap. 303 - CEP 90.010-280 Porto Alegre, RS, Brasil

E-mail: clarissatrentini@aol.com

Phone: (51) 3221.9156

Background

In accordance with the current epidemiological perspectives, the family's formal support to the older adult is a subject of increasing interest, once more and more elders will remain in the community during most of their old age. Researches about the quality of the relationship between the dyad care provider and care recipient are a traditional research field in gerontology.

One of the figures highlighted in the research for the understanding of this dyad is the congruence of opinions of each of the subjects – the elder's and the caregiver's – about the same questions. This opinion congruence of the dyad has been correlated with a closer and more affectionate relationship (Chappell & Kuehne, 1998; Long et al., 1998).

Zweibel and Lydens (1990) believe the harmonious relationship of the dyad can be foreseen, at a lower scale, by the individual perceptions of the elders or the caregivers on this relationship. The opinion congruence of both is more determining in this relationship pattern than individual answers.

Studies exploring the congruence between the elder's and the caregiver's opinions about elders' overall status are contrasting (Long et al., 1998; Chappell & Kuehne, 1998; Carter & Carter, 1994, Pearlin et al., 1990; Teri & Wagner, 1991; Zweibel & Lydens, 1990; MacKenzie et al., 1989; Wetle et al., 1988). Speculations are that some degree of contrast may be related to the caregiver's conditions. According to Pruchno and colleagues (1997), tired or depressed caregivers can erroneously consider the caree as more disabled than he really is.

The present study has examined the extent of the opinion agreement of the dyad elder/caregiver on the elder's QoL, as well as what factors are predictive of such accordance. It has also investigated the influence of depressive symptomatology (of elders and caregivers) in the elders' quality of life perceptions and their accordance.

Methods

Sample

The sample was composed of 27 pairs of elder-caregivers. For the elders, the minimum age established was 60 years old. For the caregivers, age limit was not established. Elders with terminal diseases as well as dementia were excluded.

The identification of the caregivers, after interview with the elder, came from the following question: "Could you please tell us who the person you can count on most is (caregiver)?"

The subjects were recruited in two university hospitals, nursing homes, and the elders' or caregivers' own homes. Convenience sampling was used.

Assessment

The assessment used was grouped in different packs for elders and caregivers. Descriptions of the packs applied in each subsample follow below.

Elder

1. Socio-demographic data form

The socio-demographic data form included the following variables: gender, age, marital status, level of education, housing status, occupation, perception of

health, use of medication, use of cigarettes and alcohol (amount and frequency). A scale for socioeconomic level was also applied.

2. Perception of their QoL

WHOQOL-100 (WHOQOL Group, 1998)

The WHOQOL-100 is a questionnaire developed by the Quality of Life group of WHO which has six domains (physical, psychological, level of independence, social relationships, environment and spirituality). Each domain is composed of facets (composed of four items each). Therefore, the questionnaire is composed of 24 specific facets and a general one, which includes questions on global assessment of quality of life. The latter generate a global score of QoL (called overall QoL), which will also be included in the results analysis. The Portuguese version of the questionnaire was used (Fleck et al., 1999).

3. Intensity of depressive symptoms

Beck Depression Inventory - BDI (Beck et al., 1961)

BDI is a measure of depression intensity not indicated to identify nosological categories. BDI's total score is composed of the sum of the answers marked by the respondents in 21 items, in which 63 is the highest possible score. The Portuguese version of the instrument was used (Cunha, 2001).

Caregiver

1. Socio-demographic form

The socio-demographic form included the following variables: gender, age, marital status, level of education, occupation and also two other questions: *How well do you think you know the person you take care of?* and *How good is your relationship with the person you take care of?* The answers to these questions were answered through Likert scaling (not at all-completely and very bad-very good).

2. Perception of their own QoL

WHOQOL-100 (WHOQOL Group, 1998; Fleck et al., 1999)

3. Perception of the elder's QoL

Adapted WHOQOL-100 (assessed through the different domains and overall QoL).

Adapted WHOQOL-100 was developed for this study out of questions from WHOQOL-100. The difference was that questions were asked in third person, e.g.:

WHOQOL-100: How much do enjoy life?

Adapted WHOQOL-100: How much does he/she enjoy life?

WHOQOL-100: How optimistic do you feel about the future?

Adapted WHOQOL-100: How optimistic does he/she feel about the future?

Therefore, the caregiver was asked to answer about his perception on quality of life towards the caree.

4. Intensity of depressive symptoms

Beck Depression Inventory - BDI (Beck et al., 1961; Cunha, 2001)

Procedures for data collection

Initial contacts with hospitals and nursing homes and recruitment of elders in the community were carried out.

Informed consent was obtained from all elders in order to have them participate in the study as well as allow us to carry out an interview with their caregivers. They were also informed that caregivers would answer similar questionnaires to assess their own perception of QoL and their point of view towards the elders' quality of life. All elders invited, as well as their caregivers, consented to participate in the study.

After applying the questionnaires on the elder, his/her caregiver was contacted via phone and later personally to fill up the questionnaires.

All questionnaires are self-administered; however, a research assistant (a psychology or medical undergraduate) was at the subjects' disposal for any queries during the applying of the questionnaires.

Such project was duly examined and approved by the Ethics and Research Committee of Hospital de Clínicas de Porto Alegre, RS, Brazil (number 01.374).

Procedures for data analysis

The description of variables was carried out through relative and absolute frequencies, as well as means and standard deviations. Elders and caregivers' socio-

demographic variables were compared by the Pearson's χ^2 test with and without Yates correction (for the category variables) and the Student's T test (for the continuous variables).

WHOQOL-100 domain scores as well as elders and caregivers' overall QoL were compared by the Student's T test for paired samples, and the association was measured by the Pearson's correlation coefficient, multiple analysis regression analyses (one for control of depression on the caregivers and another one for control of depression on the elder). Effect size was also calculated.

Associations with p value lower than 0,05 were considered significant.

All statistical analyses were performed with SSPS version 10.0 for Windows.

Results

Table 1 shows the socio-demographic characteristics of the studied sample. Elders and caregivers make up groups of different 'identities', once there are significant differences between both groups. The group of caregivers is composed of average age 51.5 (± 16.3), predominantly married, currently working, with average BDI scores of 3.8 (± 3.5). The group of elders is 75.3 (± 8.9) years old on average, homogeneously composed of married and widowed, mostly retired and showed average BDI scores of 11.5 (± 7.8). The variables gender, level of education, and voluntary work have not shown statistically significant differences between both groups.

Caregivers' most frequent answer to the question *How well do you think you know the person you take care of?* was "very much" and "completely" in 88,9% of times (55.6% and 33.3%, respectively). Concerning the question *How good is the relationship of the person you take care of?*, 96.3% answered "very good" or "good" (59.3% and 37%, respectively). These data show likelihood of intimacy between caregivers and elders, which is extremely important for the validity of the estimates obtained.

Table 2 shows the domains and overall QoL scores of WHOQOL-100 for caregiver and elder as well as the adapted WHOQOL-100 for the caregiver's assessment of the elder. Accordance in the QoL results perceived by the elder and the caregiver's opinion on the elder's QoL in the physical, level of independence,

environment and spirituality/religion domains was reported. Yet, significant differences were found when comparing both groups in the psychological (positive feelings and self-esteem facets), social relationships (personal relationships and sexual activity facets), and overall QoL, in which the caregiver answered significantly lower means compared to the elder's perception. The facet participation and opportunities for entertainment and leisure (environment domain) has also reported significant differences between groups. Data show a tendency, in all domains as well as overall QoL, for the caregiver to consider the elder's QoL worse than the elder himself would.

The correlation between the elder's QoL *versus* the elder's QoL in the caregiver's opinion was also assessed. Through the Pearson's Correlation Coefficient, strong correlations were obtained between both groups for all domains and overall QoL ($p < 0.001$) (Table 3). The same Table shows correlation coefficients controlled by the elder's and the caregiver's depression (BDI). For the caregiver's intensity of depressive symptoms (BDI), the correlation coefficients remained high and practically unchanged compared to the analysis without controlling. Nevertheless, when the intensity of depressive symptoms of the elder is controlled, there is an accentuated reduction in the correlation intensity, therefore showing no statistical significance in all domains, except for environment. Such findings indicate that the caregiver's intensity of depression had no interference with the perception they have of the QoL of the carees (it is important to remark that the mean of intensity of depressive symptoms observed in the caregivers group was low). On the other hand, when removing the influence of depression on the elder, the correlation intensity reduces, once the elder starts perceiving his quality of life even better than the caregiver's estimate.

Results Discussion

There is a tendency for the caregiver to consider the elder's QoL lower than the perception of the elder himself. Yet, there is a strong correlation for all domains and overall QoL in the perception of the pair elder-caregiver, without any controlling for intensity of depression and with controlling for the caregiver's intensity of depression.

The relationship between the elder's evaluation and his caregiver, as well as its meaning are controversial subjects in literature. A research carried out by Santos-Eggiman and collaborators (1999) with pairs of elders (chronically dependent) and caregivers (professional or informal ones), showed that, in most cases, elders and caregivers agreed about the assessed activities of daily life. The authors concluded that caregiver's answers towards the elder can be considered. Similarly, some authors defend the idea that caregiver' and elders' individual perceptions are not as important as the accordance of these perceptions, understanding the act of taking care as a unity (Zweibel & Lydens, 1990). Researches with caregiver tend to put less emphasis on the elder and his perspectives and results (Pruchno, Burant, & Peters, 1997; Zarit, 1994). Actually, the elder is usually included as an "objective" measure of stress related to the caregiver (particularly in dementia researches), rather than contributing for our understanding of the situation of taking care or the dyad's relationship (Cotrell & Schulz, 1993). Therefore, some authors tend to consider elder and caregiver as separate individuals, disregarding the complex interactions present in taking care and being taken care of. Meanwhile, there have been controversies in literature about the relationship between the caregiver's effort and his ability to assess the physical needs and the health care status of the caree (Long et al., 1998).

The tendency to worse assessments by the caregiver, if confirmed by further studies, might suggest two alternatives which do not necessarily exclude each other: a) elders minimize and try to describe their own status as less severe, making a lighter narrative of their suffering which would actually be bigger than they would be able to admit, and b) caregivers can see the elders' situation more mercifully, lamenting their status more than it is necessary to as outside spectators.

In the present study, the elder's intensity of depression played strong influence on his own QoL perception as well as the caregiver's perception on the elder's quality of life. The highest depression levels on the elder approximated the opinions on the elder's QoL *versus* the elder's QoL assessed by the caregiver, i.e., the worst quality of life assessed associated with the elder's depression would approximate the caregiver's quality of life scores, also assessed more negatively. When "removing" the effect of depression on the elder, assessments differ even more. This would lead to hypothesis b, above mentioned, that the caregiver, no matter what the elder's levels of depression are, assesses him as more weakened or physically and

psychologically disabled compared to his level of independence, social relationships, environment, spirituality/religion and overall QoL. Other studies, such as Bookwala and Schulz (1998), Kristjanson and collaborators (1998) and Zweibel and Lydens (1990), have also found a tendency for the caregiver to exaggerate the caree's damage or dysfunction.

The psychological domain assessment on elders suffered remarkable influence from the intensity of depression in its scores. Thus, the control of such symptoms implied that the accordance between perception on the psychological domain of elders and caregivers (on elders) turned to be not significant any longer. Depression affects quality of life. According to Chiu (2000), depression itself, not only produces inability and decline in QoL, but also interacts with other body systems aggravating and reducing quality of life even more by triggering other somatic diseases. Therefore, depression adds another risk, even when the effects of some physical problem are under control. Regarding the pair caregiver-elder, other researchers showed the influence of the caregiver's intensity of depressive symptoms and stress on the perception they have on the elder under his care (Pruchno et al., 1997; Cotrell & Schulz, 1993; Pearlin et al., 1990).

The present study leads to a reflection about the concept of QoL itself. Is what the caregiver assesses strictly about QoL? The World Health Organization considers the perception of the individual himself as a central point in this definition. We do not intend to question the concept, but discuss the possible congruencies or disagreements of subjective assessments. In this perspective, this is an exploratory study that aims at widening the concept of QoL.

It is important to stress that such study was conducted on a relatively restricted sample, which reduces the internal and external validity of its findings. The fact that the mean of depressive symptoms for caregivers is considered low can also explain the little influence played by the caregiver's levels of depression. Regarding the calculation of statistical power of this study, we have verified that, among the variables which did not show statistical significance, it has varied from 19 to 28%, suggesting that, if the sample size were larger, the study would have enough power to detect such differences.

Understanding the means through which caregivers and elders convert or divert their perspectives on each other's situations and needs have implications on

the way we plan interventions to improve results of both parts in the process. It also allows us to determine the validity and reliability of the assessments made by close people in clinical researches.

Further studies are suggested in order to explore not only the accordance or disagreement of the dyad elder-caregiver in the QoL assessment, but also impact variables and interference in this assessment. According to Lyons and collaborators (2002), the quality of relationships is known as an impact variable in the caregiver's assessment on the elder under his care, as well as the elder's on the caregiver. Besides, there is scarce literature about the assessment of QoL made by a third party.

Conclusions

A tendency for the caregiver to consider the elder's QoL worse than the way the elder considers himself was reported, with significant differences in the psychological and social relationships domains and overall QoL. However, despite this, there is a strong correlation for all domains and the overall QoL measure in the perception of the pair elder-caregiver. The intensity of depressive symptoms has also showed influence on the perception of the elder and the pair.

Further studies on QoL and third party assessments are suggested.

Bibliographic References

- Beck, AT, Ward, CH, Mendelson, M, Mock, J, Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4:461-571.
- Bookwala, J, & Schulz, R. (1998). The role of neuroticism and mastery in spouse caregiver's assessment of and response to a contextual stressor. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 53B:155-164.
- Carter, RE, & Carter, CA. (1994). Marital adjustment and effects of illness in married pairs with one or both spouses chronically ill. *The American Journal of Family Therapy*, 22:315-326.
- Chappell, NL, & Kuehne, VK. (1998). Congruence among husband and wife caregivers. *Journal of Aging Studies*, 12:239-254.

- Chiu, E. (2000). Demência, depressão e qualidade de vida. In OV Forlenza e P Caramelli (Eds.), *Neuropsiquiatria geriátrica*. São Paulo, SP, Brasil: Editora Atheneu.
- Coriell, M., & Cohen, S. (1995). Concordance in the face of a stressful event: when do members of a dyad agree that one person supported the other? *Journal of Personality and Social Psychology*, 69:289-299.
- Cotrell, V., & Schulz, R. (1993). The perspective of the patient with Alzheimer's disease: a neglected dimension of dementia research. *The Gerontologist*, 33:205-211.
- Cunha, JA. (2001). *Manual da versão em português das Escalas Beck*. São Paulo, Brasil: Casa do Psicólogo.
- Fleck, MPA, Leal OF, Louzada S et al. (1999). Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100). *Rev ABP/APAL*, 21(1): 19-28.
- Kristjanson, LJ, Nikoletti, S, Porock, D, Smith, M, Lobchuk, M, & Pedler, P. (1998). Congruence between patients' and family caregivers' perceptions of symptom distress in patients with terminal cancer. *Journal of Palliative Care*, 14:24-32.
- Long, K, Sudha, S, & Mutran, EJ. (1998). Elder-proxy agreement concerning the functional status and medical history of the older person: the impact of caregiver burden and depressive symptomatology. *Journal of American Geriatrics Society*, 46:1103-1111.
- Lyons, KS, Zarit, SH, Sayer, AG, & Whitlatch, CJ. (2002). Caregiving as a dyadic process: perspectives from caregiver and receiver. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 57B(3):195-204.
- MacKenzie, TB, Robiner, WN, & Knopmen, DS. (1989). Differences between patient and family assessments of depression in Alzheimer's disease. *American Journal of Psychiatry*, 146:1174-1178.
- Pearlin, LI, Mullan, JT, Semple, SJ & Skaff, MM. (1990). Caregiving and the stress process: an overview of concepts and their measures. *The Gerontologist*, 30:583-594.
- Pruchno, RA, Burant, CJ, & Peters, ND. (1997). Understanding the well-being of care receivers. *The Gerontologist*, 37:102-109.
- Teri, L, Wagner, AW. (1991). Assessment of depression in patients with Alzheimer's disease: concordance among informants. *Psychology and Aging*, 6:280-285.

- Santos-Eggimann, B, Zobel, F, & Clerc Béro, A. (1999). Functional status of elderly home care users: do subjects, informal and professional caregivers agree? *J Clin Epidemiol*, 52(3):181-186.
- Wetle, T, Levkoff, S, Cwikel, J, & Rosen, A. (1988). Nursing home resident participation in medical decisions: perceptions and preferences. *The Gerontologist*, 28:32-38.
- WHOQOL Group (1998). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Social Science and Medicine*, 46:1569-85.
- Zarit, SH. (1994). Research perspectives on family caregiving. In MH Cantor (Ed.), *Family caregiving: agenda for the future*. San Francisco: American Society on Aging.
- Zweibel, N, & Lydens, LA. (1990). Incongruent perceptions of older adult/caregiver dyads. *Family Relations*, 39: 63-67.

Table 1. Socio-demographic data of caregivers and elders.

Variables	Caregiver (n= 27)		Elder (n= 27)		p
	n	%	N	%	
Gender					0.136*
<i>Male</i>	5	18.5	11	40.7	
<i>Female</i>	22	81.5	16	59.3	
Age (mean;sd)	51.5 (16.3)		75.3 (8.9)		0.014 [†]
Marital Status					0.002 [#]
<i>Single</i>	5	18.5	2	7.4	
<i>Married/with a companion</i>	21	77.8	13	48.1	
<i>Widowed</i>	1	3.7	12	44.4	
Level of education					0.087 [#]
<i>Elementary school</i>	11	40.7	19	70.4	
<i>High School</i>	5	18.5	3	11.1	
<i>College degree</i>	11	40.7	5	18.5	
Occupation					0.001 [#]
<i>Student</i>	2	7.4	0	0.0	
<i>Currently working</i>	14	51.8	3	11.1	
<i>Retired</i>	5	18.5	18	66.7	
<i>Homemaker</i>	6	22.2	6	22.2	
Voluntary work					1.000*
<i>Yes</i>	3	11.1	4	14.8	
<i>No</i>	24	88.9	23	85.2	
Perception of Health					
<i>Healthy</i>	–	–	16	59.3	
<i>Unhealthy</i>	–	–	11	40.7	
Total BDI	3.8 (3.5)		11.5 (7.8)		0.037 [†]

* χ^2 test with Yate's correction[#] Pearson's χ^2 test[†] Student's t test

Table 2. Description (mean \pm sd) of WHOQOL-100 (domains and overall QoL) of caregiver and elder and adapted WHOQOL for the elder's assessment by the caregiver.

Variables	Caregiver (n= 27)	Elder (n= 27)	Elder assessed by the caregiver (n= 27)	ES**
Domain I – Physical Domain	64.5 \pm 12.2	56.6 \pm 16.1	53.6 \pm 17.2	0.255
Domain II – Psychological Domain	66.2 \pm 14.9	65.9 \pm 12.6	60.1 \pm 13.9*	0.519
Domain III – Level of Independence Domain	76.7 \pm 18.4	55.7 \pm 24.3	51.2 \pm 24.4	0.268
Domain IV – Social Relationships Domain	71.8 \pm 13.9	68.8 \pm 14.8	63.9 \pm 15.1*	0.426
Domain V – Environment Domain	64.2 \pm 10.8	63.7 \pm 11.3	61.9 \pm 11.8	0.287
Domain VI – Spirituality/Religion Domain	77.6 \pm 16.5	74.1 \pm 16.0	70.8 \pm 18.4	0.231
Overall QoL	71.1 \pm 16.8	67.4 \pm 15.0	61.1 \pm 21.2*	0.425

* Significantly different from the QoL values answered by the elder (Student t test; $p < 0.05$).

** Effect size between the means of elders and the means of elders assessed by the caregiver.

Table 3. Correlation between elders' QoL (WHOQOL-100) and elders' QoL assessed by the caregiver (adapted WHOQOL-100), according to different domains and overall QoL without controlling, with controlling for caregivers' depression and with controlling for elders' depression (n= 27).

Elder's QoL vs Elder's QoL assessed by the caregiver	Without controlling*	With depression controlling caregiver**	With depression controlling elder***
Domain I – Physical Domain	0.752	0.752	0.587
Domain II – Psychological Domain	0.648	0.652	0.312
Domain III – Level of Independence Domain	0.763	0.762	0.544
Domain IV – Social Relationships Domain	0.704	0.719	0.566
Domain V – Environment Domain	0.853	0.851	0.764
Domain VI – Spirituality/Religion Domain	0.662	0.662	0.513
Overall QoL	0.715	0.749	0.535

* r - Pearson's correlation coefficient; $p < 0.001$

** β - Multiple Regression Analysis controlling for caregiver's depression; $p < 0.001$

*** β - Multiple Regression Analysis controlling for elder's depression; $p < 0.001$, except for domain 2 ($p = 0.062$) and domain 6 ($p = 0.008$)

4. ARTIGO - *Percepção subjetiva de saúde no idoso internado*
Subjective perception of health in elderly inpatients

Autores. *Clarissa Marcelli Trentini^a, Eduardo Chachamovich^b, Michelle Figueiredo^c, Leda Pibernat Pereira da Silva^d, Vânia Naomi Hirakata^e, Marcelo Pio de Almeida Fleck^f*

A versão em Inglês deste artigo foi submetida à revista *Acta Psychiatrica Scandinavica*.

4.1 Versão em Português

Título: *Percepção subjetiva de saúde no idoso internado.*

Autores: *Clarissa Marcelli Trentini^a, Eduardo Chachamovich^b, Michelle Figueiredo^c, Leda Pibernat Pereira da Silva^d, Vânia Naomi Hirakata^e, Marcelo Pio de Almeida Fleck^f*

Resumo

Introdução. A percepção positiva de saúde e a independência têm sido apontadas como fatores que contribuem significativamente para a avaliação individual de qualidade de vida (QV) em idosos. Além desses, outros aspectos estão sendo investigados, entre eles discrepâncias entre achados médicos e queixas físicas subjetivas. Este estudo se insere dentro de um projeto transcultural de avaliação de QV em idosos da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-OLD).

Objetivos. Investigar variáveis associadas com percepção subjetiva de saúde em idosos internados.

Métodos. Noventa idosos internados acima de 60 anos foram entrevistados. Foram excluídos os idosos com doenças terminais e aqueles com demência. A avaliação da percepção de saúde (saudável/doente) alocou os idosos em um ou outro grupo. Todos os idosos responderam sobre questões sociodemográficas, QV (WHOQOL-100) e sintomatologia depressiva (BDI).

Resultados. Foi observada uma prevalência alta e não esperada de idosos internados que se percebiam como saudáveis. Comparando-se o grupo que se percebe doente com o grupo que se percebe saudável foi possível verificar uma tendência a piores avaliações de QV em 5 dos 6 domínios investigados para o grupo que se percebe como doente. Foram encontradas diferenças significativas para os domínios físico e nível de independência, além da medida de QV geral. A partir da análise de regressão logística múltipla, foi possível observar uma associação significativa entre percepção saudável e menor intensidade de sintomas depressivos, bem como melhor percepção de QV no domínio nível de independência, quando controladas para as variáveis incluídas no modelo.

Conclusões. Este estudo aponta para a existência de uma associação a ser melhor investigada entre sintomas depressivos e avaliação de saúde. Também sugere a

dimensão independência como importante na percepção do próprio estado de saúde por parte dos idosos.

Palavras-chave: percepção subjetiva de saúde; idoso internado; qualidade de vida; depressão.

Grupo WHOQOL-OLD – Centro Brasileiro

^a *Psicóloga, Doutoranda em Psiquiatria.*

^b *Psiquiatra, Mestrando em Psiquiatria.*

^c *Estudante do curso de medicina.*

^d *Estudante do curso de psicologia.*

^e *Estatística, Mestre em Epidemiologia.*

^f *Coordenador do Centro Brasileiro - WHOQOL-OLD, Professor Adjunto do Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da UFRGS.*

Correspondência para:

Clarissa Marcell Trentini

Rua Duque de Caxias, 888 ap. 303

CEP 90.010-280 - Porto Alegre, RS, Brasil

E-mail: clarissatrentini@aol.com

Fone: 51 3221.9156 ou 3222.3113

Introdução

A saúde subjetiva é considerada um indicador do estado de saúde geral do sujeito, gerando uma estimativa de saúde válida e confiável (La Rue et al., 1979). Além disso, a percepção de saúde tornou-se uma variável importante como método de avaliação de saúde (Ware et al., 1978). Existe uma forte evidência de que a saúde subjetiva seja uma variável de impacto sobre os desfechos em saúde geral, especialmente na sobrevivência (Idler & Benyanini, 1997).

Conforme Rennemark e Hagberg (1999), sentir-se doente é, por definição, uma experiência subjetiva. Esses autores referem que, independentemente da base biológica, as pessoas diferem na sua inclinação para perceber e relatar o sentimento

de doença. Para tanto, três fatores seriam os responsáveis pela maneira como os sintomas de doenças seriam percebidos e relatados: o senso de coerência, a rede social e o grau de depressão.

A avaliação de qualidade de vida (QV) está fortemente associada a uma avaliação subjetiva do sujeito. Assim, a interpretação que o sujeito faz a respeito dos acontecimentos de sua vida podem variar conforme sua percepção. Em relação a saúde física, idosos podem aceitar suas limitações, não aceitar, ou mesmo ter diferentes expectativas em relação às suas capacidades. Dessa maneira, dois sujeitos com uma mesma doença, por exemplo, podem apresentar diferentes avaliações, devido aos aspectos subjetivos envolvidos (Xavier et al., 2003). A avaliação da QV pode estar diretamente relacionada ao estado de saúde objetivo ou percebido.

O presente estudo insere-se dentro de um projeto transcultural de avaliação de QV em idosos (WHOQOL-OLD). Foi observado que uma porcentagem alta de pacientes idosos internados percebia-se "saudável" (embora internados). O objetivo deste estudo foi identificar quais variáveis interferem na percepção de estar saudável/doente em idosos internados.

Métodos

Amostra

A amostra foi composta por 90 idosos(as) acima de 60 anos internados em um hospital geral universitário que se caracteriza por receber pacientes que necessitam de atendimento especializado, após assistência primária. Foram excluídos os idosos com doenças terminais e aqueles com demência. A avaliação da percepção de saúde foi realizada a partir da pergunta "De um modo geral, o(a) Sr.(a) se considera uma pessoa saudável ou doente?", e então os idosos eram alocados em um ou outro grupo, conforme sua percepção.

Instrumentos

Os instrumentos utilizados foram os seguintes:

Ficha de dados sociodemográficos

- A ficha de dados sociodemográficos incluiu as seguintes variáveis: sexo, idade, estado civil, escolaridade, situação de moradia, ocupação, percepção de saúde, uso de medicação, uso de cigarro e bebida (quantidade e frequência). Complementarmente, uma escala para nível socioeconômico também foi conduzida.

Percepção de qualidade de vida (QV)

- WHOQOL-100 (WHOQOL Group, 1998; Fleck et al., 1999)
 - O WHOQOL-100 é um instrumento desenvolvido pelo grupo de qualidade de vida da OMS que possui seis domínios (físico, psicológico, nível de independência, relacionamentos sociais, meio ambiente e espiritualidade). Cada domínio é composto pelas seguintes facetas: *Domínio I - Físico* (1. Dor e desconforto, 2. Energia e fadiga, 3. Sono e repouso), *Domínio II - Psicológico* (4. Sentimentos positivos, 5. Pensar, aprender, memória e concentração, 6. Auto-estima, 7. Imagem corporal e aparência, 8. Sentimentos negativos), *Domínio III - Nível de independência* (9. Mobilidade, 10. Atividades da vida cotidiana, 11. Dependência de medicação ou de tratamentos, 12. Capacidade de trabalho), *Domínio IV - Relações sociais* (13. Relações pessoais, 14. Suporte (Apoio) social, 15. Atividade sexual), *Domínio V - Ambiente* (16. Segurança física e proteção, 17. Ambiente no lar, 18. Recursos financeiros, 19. Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade, 20. Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades, 21. Participação em e oportunidades de recreação/lazer, 22. Ambiente físico: poluição/ ruído/ trânsito/ clima, 23. Transporte), *Domínio VI - Aspectos espirituais/ religião/ crenças pessoais* (24. Espiritualidade/ religião/ crenças pessoais). A medida QV geral (faceta 25) é composta por 4 questões e tem como objetivo fornecer uma medida geral de QV. Assim, o instrumento é composto por 24 facetas específicas e uma faceta geral. Foi utilizada a versão do instrumento em Português.

Intensidade de sintomas depressivos

- Inventário de Depressão de Beck - BDI (Beck et al., 1961; Cunha, 2001)
- O BDI é uma medida de intensidade de depressão, não sendo indicado para identificar categorias nosológicas. O escore total do BDI é feito a partir do somatório das respostas assinaladas pelos examinandos nos 21 itens. O maior escore possível é 63. Foi utilizada a versão do instrumento em Português.

Procedimentos para coleta de dados

Inicialmente, todos os idosos preencheram o Termo de Consentimento Informado e, a partir daí, foram convidados a responder sobre informações sociodemográficas, QV e sintomatologia depressiva.

Os dados sociodemográficos, o WHOQOL-100 e o BDI foram obtidos por meio de auto-administração, contudo um auxiliar de pesquisa (estudantes de medicina e psicologia) esteve sempre à disposição do idoso para qualquer esclarecimento.

O projeto foi devidamente examinado e aprovado pelo Comitê de Ética do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, RS, Brasil (nº 01.374).

Procedimentos para análise dos dados

A descrição das variáveis foi realizada por meio das frequências absolutas e relativas, bem como média e desvio padrão.

Para comparação das variáveis sociodemográficas categóricas segundo a percepção de saúde (saudáveis/doentes) foi realizado o teste de χ^2 de Pearson, com e sem correção de Yates. Em relação às variáveis sociodemográficas quantitativas, BDI, domínios e QV geral do WHOQOL-100, foi utilizado o Teste t de Student. As variáveis que apresentaram associação com valores de p menores que 0.20 foram incluídas na análise de regressão logística múltipla. O objetivo foi o de identificar as variáveis que apresentassem associação significativa independente das demais.

Foram consideradas significativas as associações com valores de p menores que 0.05.

Para análise dos dados, foi usado o programa SPSS para ambiente Windows, versão 10.0.

Resultados

A Tabela 1 mostra as características sociodemográficas e o BDI da amostra em estudo. A distribuição de sexo, idade, estado civil e ocupação foi aproximadamente igual tanto no grupo de idosos com percepção de saúde saudável quanto no de doentes. Entretanto, os grupos diferiram significativamente quanto a escolaridade, onde o grupo de idosos que se considerava saudável apresentou mais altos níveis de escolaridade, comparativamente ao outro grupo. Também a classe social e a intensidade de depressão diferiram estatisticamente nos dois grupos. Os idosos com percepção doente eram predominantemente de classe social C+D (76%) e tinham escores médios mais altos no BDI (16.2 ± 8.2). A distribuição das doenças referidas nos dois grupos não diferiu significativamente, sendo a mais freqüente a cardiovascular para os dois grupos (em 24% dos saudáveis e em 45% dos doentes), seguida da osteoarticular para os com percepção de saúde saudável (12%) e endócrina para os com percepção de saúde doente (18%).

Uma comparação das médias dos valores dos domínios do WHOQOL-100 conforme percepção de saúde também foi realizada. Na Tabela 2, é possível observar uma tendência a piores avaliações para 5 dos 6 domínios e QV geral no grupo com percepção de saúde doente. Apenas o domínio espiritualidade/religião não manteve esta tendência. Significativamente, destacaram-se as diferenças nos domínios físico ($p=0.017$), nível de independência ($p<0.001$) e QV geral ($p=0.004$), onde o grupo de idosos internados com percepção de saúde saudável apresentou escores mais altos.

Na análise de regressão logística múltipla, conforme mostra a Tabela 3, é possível observar uma associação significativa entre percepção de saúde saudável e menor intensidade de sintomas depressivos por meio do BDI ($p=0.007$), bem como melhor percepção de QV no domínio nível de independência ($p=0.020$), quando controladas para as variáveis escolaridade, classe social, domínio físico e domínio psicológico.

Discussão dos resultados

A presente amostra de idosos internados é composta por sujeitos doentes na avaliação objetiva do médico. Contudo, na percepção dos sujeitos, observou-se uma divisão entre um grupo de doentes que se considerava saudável e um grupo de doentes que se considerava de fato doente. Os resultados da análise de regressão logística múltipla demonstraram que o nível de independência e a intensidade de sintomas depressivos eram variáveis que se associavam com a autopercepção de saúde.

Segundo os resultados do presente estudo, consideraram-se doentes os idosos que tinham um nível de independência comprometido. Esse resultado concorda com a percepção da pesquisa gerontológica sobre a importância da autonomia e da funcionalidade para os idosos (Jakobsson et al., 2003; Henderson, 2003; McKenna, 2002). Segundo Pavarini e Neri (2000), o equilíbrio da relação dependência-autonomia muda ao longo do desenvolvimento de cada indivíduo, e a influência do componente biológico, por exemplo, que na infância tem um peso importante, tem, também na velhice, marcada influência por ocasião de doenças. As autoras defendem que o principal desafio que a longevidade propõe aos idosos é a preservação da QV, na presença das ameaças de restrição da autonomia e da independência, ocasionadas pela deterioração da saúde e também pelo empobrecimento da vida social. Uma hipótese a partir de nosso estudo seria a de que a perda de autonomia no idoso o leva a uma baixa auto-estima e, conseqüentemente, a uma percepção de saúde doente. Ou ainda que a perda da autonomia seja mais influenciada pelo fato de o idoso estar no hospital do que a própria velhice.

Este estudo mostrou que para o idoso internado a autonomia é que define se ele é ou não doente. Assim, poderíamos pensar - em geriatria - não somente na cura, já que muitas vezes é impossível; mas também na funcionalidade e/ou autonomia para fazer as atividades da vida diária. Lemos e Medeiros (2002) defendem, da mesma maneira, que a autonomia e a independência, entre idosos, são ótimos indicadores de saúde. A autonomia é meta primordial do desenvolvimento: depender dos outros na vida adulta é algo rejeitado e temido. Entre adultos e idosos, o sentimento de estar dependente de outras pessoas, de aparelhos ou remédios é um desafio.

Conforme citado anteriormente, além da funcionalidade, outra variável que pela regressão logística múltipla mostrou-se associada com o fato de o sujeito se ver como doente ou como saudável foi o nível de sintomas depressivos. Sujeitos que se viam como doentes significativamente reportavam mais sintomas depressivos que sujeitos que se viam como saudáveis. Diversos estudos têm citado uma associação entre níveis de depressão e fases tardias da vida (Snowdon, 2002; Prince et al., 1999; Roberts et al., 1997; Beekman et al., 1995), intensidade de depressão e presença de doenças (Gordilho, 2002; Luborsky, 1994; Evans, 1994), entre outros.

Uma das hipóteses propostas a respeito da referida associação é a de que por serem sujeitos mais deprimidos, os mesmos se "enxergam" como doentes, avaliando de forma negativa seu estado de saúde física. Nesta situação, o avaliador (o próprio idoso), que por estar com mais altos níveis de depressão, faz uma avaliação pessimista de sua saúde física (Figura 1 - modelo a).

Uma segunda hipótese é a de que a depressão possa exercer efeitos diretos sobre a saúde física objetiva. Deste modo, a depressão não só determinaria uma visão pessimista da condição objetiva de saúde, mas também a tornaria inferior em relação à condição física dos idosos não deprimidos. Por exemplo, poderíamos imaginar que o idoso deprimido tenha de fato o nível de independência diminuído por efeito direto da depressão (diminuição de energia, fadiga, perda do apetite, entre outros) e que, sobreposta a esta diminuição, ainda tenha uma percepção negativa da sua saúde (Figura 1 - modelo b).

É importante ressaltar que o desenho transversal deste estudo permite a identificação de associações, mas não possibilita a determinação de relação causal.

A maior limitação do presente estudo foi a de não avaliar a intensidade da doença física, já que sabemos, como demonstrado por Koenig (1997), que a presença de um somatório maior de sofrimentos físicos está correlacionada a maior risco de depressão entre idosos clinicamente enfermos. Existe a possibilidade, em nosso estudo, de que os indivíduos que se consideraram doentes poderiam, na verdade, apresentar maior sofrimento físico em relação aos que se consideraram sadios. No entanto, indiretamente, nossos dados sugerem que os pacientes provavelmente estivessem igualmente doentes: (a) todos eram suficientemente graves para estarem internados em um país em que a limitação de leitos implica

uma tendência a que apenas os pacientes mais gravemente doentes possam ser internados; (b) a distribuição dos tipos de diagnóstico não diferiu entre os grupos.

A tendência aos melhores resultados de QV para os idosos com percepção de saúde saudável tem sido referida na literatura gerontológica. Conforme uma revisão feita por Diener e Suh em 1998 (Paschoal, 2002), as variáveis subjetivas mostram maior associação com QV na velhice do que as objetivas, tais como renda, arranjo de moradia e saúde física.

Independentemente da natureza da associação entre sintomas depressivos e percepção de que esteja doente, o estudo aponta a existência de uma correlação a ser melhor investigada entre sintomas depressivos e avaliação da saúde. Também aponta para a importância da dimensão "independência" na percepção do seu estado de saúde por parte dos idosos.

Conclusões

Idosos internados não necessariamente se percebiam como doentes, apesar da indicação médica de baixa hospitalar. Aproximadamente metade dos entrevistados viam-se como saudáveis. As variáveis sintomatologia depressiva e nível de independência mostraram-se importantes para a percepção saudável ou doente. Quanto maior a intensidade de depressão, maior a associação com percepção "doente", já quanto maior o nível de independência, maior a correlação com percepção "saudável" entre idosos internados.

Outros estudos são sugeridos a fim de confirmar ou levantar outras hipóteses acerca de quais variáveis podem estar relacionadas à percepção de saúde em idosos. Estes e futuros achados poderão auxiliar não só no debate atual de QV, como também em propostas de intervenção em idosos.

Referências bibliográficas

Beck, AT; Ward, CH; Mendelson, M; Mock, J; Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4: 461-571.

Beekman, ATF; Deeg, DJH; van Tilburg, T; Smit, JH; Hooijer, C.; van Tilburg, W. (1995). Major and minor depression in later life: a study of prevalence and risk factors. *J Affect Disord*, 36: 65-75.

Cunha, JA. (2001). *Manual da versão em português das Escalas Beck*. São Paulo, Brasil: Casa do Psicólogo.

Evans, M. (1994). Physical illness and depression. In JRM Copeland, MT Abou-Saleh & DG Blazer (Eds.). *Principles and practice of geriatric psychiatry*. 252-532.

Fleck, MPA. et al. (1999). Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100). *Rev ABP/APAL*, 21(1): 19-28.

Gordilho, A. (2002). Depressão, ansiedade, outros distúrbios afetivos e suicídio. In EV de Freitas; L Py; AL Neri et al. (Eds.). *Tratado de geriatria e gerontologia*. 204-215.

Henderson, JP. (2003). The effects of self-efficacy for coping, constructed meaning, and spirituality on the quality of life in men with prostate cancer. *PsycInfo Database Record 2003 APA Mar*; 63(8-B):3917.

Idler, EL; Benyamini, Y. (1997). Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *Journal of Health and Social Behavior*, 38: 21-37.

Jakobsson, U; Klevsgard, R; Westergren, A; Hallberg, IR. (2003). Old people in pain: a comparative study. *Journal of Pain and Symptom Management*, 26(1): 625-636.

Koenig, HG. (1997). Differences in psychosocial and health correlates of major and minor depression in medically ill older adults. *Journal American Geriatrics Society*, 45: 1487-1495.

La Rue, A; Bank, L; Jarvik, L; Hetland, M. (1979). Health in old age: how do physicians' ratings and self-ratings compare? *Journal of Gerontology*, 34: 687-691.

Lemos, N; Medeiros, SL. (2002). Suporte social ao idoso dependente. In EV de Freitas; L Py; AL Neri et al. (Eds.). *Tratado de geriatria e gerontologia*. 892-897.

Luborsky, MR. (1994). The cultural adversity of physical disability: erosion of full personhood. *Journal of Ageing Studies*, 8: 239-253.

McKenna, MC. (2002). Development and validation of the Quality of Life Scale for the Elderly (QLSE). In *Psycho Info 2002 Jun*; 62(11-B): 5383.

Paschoal, SMP. (2002). Qualidade de vida na velhice. In EV de Freitas; L Py; AL Neri et al. (Eds.). *Tratado de geriatria e gerontologia*. 79-84.

Pavarini, SCI; Neri, AL. (2000). Compreendendo dependência, independência e autonomia no contexto domiciliar: conceitos, atitudes e comportamentos. In YAO Duarte & MJD Diogo (Eds.). *Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico*. 49-70.

Prince, MJ; Beekman, ATF; Deeg, DJH, Fuhrer, R; Kivela, SL; Lawlor, BA; et al. (1999). Depression symptoms in late life assessed using the EURO-D scale. *Br J Psychiatry*, 174: 339-45.

Rennemark, M; Hagberg, B. (1999). What makes old people perceive symptoms of illness? The impact of psychological and social factors. *In Psyc Info*, 3(1): 79-87.

Roberts, RE; Kaplan, GA; Shema, SJ, Strawbridge, WJ. (1997). Does growing old increase the risk for depression? *Am J Psychiatry*, 154: 1384-90.

Snowdon, J. (2002). Qual é a prevalência de depressão na terceira idade? *Rev Bras Psiquiatr*, 24(Supl I):42-7.

Ware, JE; Davies-Avery, A; Donald, CA. (1978). *Conceptualization and measurement of health for adults in the health insurance study: Vol.V, general health perceptions*. Santa Monica, CA: Rand Corporation.

WHOQOL Group (1998). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Social Science and Medicine*, 46: 1569-85.

Xavier, FMF; Ferraz, MPT; Marc, N; Escosteguy, N; Moriguchi, EH. (2003). Elderly people's definition of quality of life. *Rev Bras Psiquiatr*, Mar 25(1): 31-39.

Tabela 1. Características sociodemográficas e BDI da amostra em estudo.

Variáveis	Percepção de saúde		p
	Saudável (n= 41)	Doente (n= 49)	
Sexo[∇]			0.730
Masculino	29 (71%)	33 (67%)	
Feminino	12 (29%)	16 (33%)	
Idade, média (dp)**	72 (7)	72 (8)	0.855
Estado civil*			0.946
Solteiro	9 (22%)	10 (20%)	
Casado	22 (54%)	28 (57%)	
Viúvo	10 (24%)	11 (23%)	
Escolaridade[∇]			0.009
≤ 8 anos de escolaridade	29 (71%)	45 (92%)	
> 8 anos de escolaridade	12 (29%)	4 (8%)	
Ocupação*			0.777
Aposentado	32 (78%)	37 (76%)	
Outra	9 (22%)	12 (24%)	
Classe social[∇]			0.017
A+B	20 (49%)	12 (24%)	
C+D	21 (51%)	37 (76%)	
BDI, média (dp)**	8.5 (7.2)	16.2 (8.2)	<0.001

[∇] Teste de χ^2 de Pearson com correção de Yates

* Teste de χ^2 de Pearson

** Teste t de Student

Tabela 2. Valores dos domínios e QV geral do WHOQOL-100 (média \pm DP) conforme percepção de saúde.

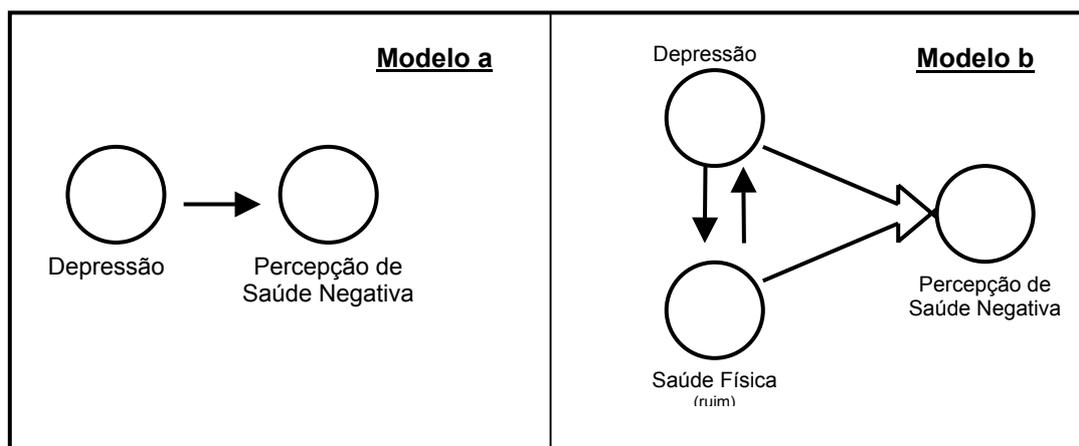
Variáveis	Percepção de saúde		p*
	Saudável (n= 41)	Doente (n= 49)	
D I - Domínio Físico	51.4 \pm 15.3	43.3 \pm 16.0	0.017
D II - Domínio Psicológico	67.9 \pm 14.0	63.3 \pm 12.9	0.112
D III - Domínio Nível de Independência	58.7 \pm 19.9	40.8 \pm 18.0	<0.001
D IV - Domínio Relacionamentos Sociais	67.3 \pm 16.9	64.4 \pm 13.7	0.369
D V - Domínio Meio Ambiente	61.4 \pm 13.8	58.3 \pm 13.0	0.278
D VI - Domínio Espiritualidade/Religião	75.0 \pm 17.0	77.2 \pm 18.6	0.568
QV geral	66.9 \pm 18.7	56.0 \pm 16.6	0.004

* Teste t de Student

Tabela 3. Resultados da Regressão Logística Múltipla entre as variáveis sociodemográficas, BDI e os domínios do WHOQOL-100 em relação à percepção de saúde (n=90).

Variáveis	RO (IC 95%)	p
Escolaridade		0.551
≤ 8 anos de escolaridade	1.00	
> 8 anos de escolaridade	1.56 (0.36;6.77)	
Classe social		0.158
A+B	2.18 (0.74;6.46)	
C+D	1.00	
BDI	0.90 (0.83;0.97)	0.007
D I - Domínio Físico	0.99 (0.94;1.04)	0.658
D II - Domínio Psicológico	0.97 (0.92;1.02)	0.200
D III - Domínio Nível de Independência	1.05 (1.01;1.09)	0.020

Figura 1. Demonstração dos Modelos a e b.



4.2 Versão em Inglês

Title. *Subjective perception of health in elderly inpatients*

Authors. *Clarissa Marcelli Trentini^a, Eduardo Chachamovich^b, Michelle Figueiredo^c, Leda Pibernat Pereira da Silva^d, Vânia Naomi Hirakata^e, Marcelo Pio de Almeida Fleck^f*

Abstract

Objectives. To investigate variables associated with subjective perception of health in elderly inpatients.

Methods. Ninety elderly inpatients over 60 years old were interviewed. The perception of health assessment (healthy/unhealthy) allocated elders in either one group or another. All elders answered socio-demographic questions, WHOQOL-100 and BDI.

Results. Comparing the group that considered themselves unhealthy to the other one, the former showed a tendency to worse QoL assessments in 5 out of 6 domains investigated. Significant differences were found for the physical and level of independence domains, as well as overall QoL. There was a significant association between healthy perception and lower intensity of depressive symptoms, as well as better QoL perception in the level of independence domain.

Conclusions. This study shows the existence of an association between depressive symptoms and health assessment. It also suggests that the independence dimension is important in the elders' perception of their health status.

Key Words. Subjective perception of health; elderly inpatient; quality of life; depression.

WHOQOL-OLD Group - Brazilian Center

^a *Psychologist, Psychiatry Doctor's Degree student.*

^b *Psychiatrist, Master's Degree student.*

^c *Medicine undergraduate student.*

^d *Psychology undergraduate student.*

^e *Statistician, Master in Epidemiology.*

^f WHOQOL-OLD Brazilian Center Coordinator, Assistant Professor of the Department of Psychiatry and Legal Medicine UFRGS.

Correspondence to:

Clarissa Marcelli Trentini

Rua Duque de Caxias, 888 ap 303

CEP 90.010-280 Porto Alegre, RS, Brasil

E-mail: clarissatrentini@aol.com

Phone: 00 55 xx 51 3221.9156 ou 3222.3113

Background

Subjective health is considered an indicator of the subject's overall health status, creating a reliable and valid estimate about health (1). Moreover, health perception and assessment became an important variable as a health assessment method (2). There is strong evidence that subjective health is an important impact variable in the general health outcomes, especially in surviving (3).

According to Rennemark and Hagberg (4), feeling unhealthy is basically a subjective experience. These authors point out that, apart from the biological basis, people differ in their tendency to notice and report the feeling of disease. For that, three factors would be responsible for the way the disease symptoms are perceived and reported: sense of coherence, social network and level of depression.

Quality of life (QoL) assessment is strongly associated with the subject's subjective assessment. Therefore, the way one interprets what happens in his life can vary according to his perception. Concerning their physical health, elders may accept their constraints or not, or even have different expectations towards their capabilities. Thus, two subjects with the same disease, for example, may show different assessments due to the subjective aspects involved (5). QoL assessment can be directly related to the objective or perceived health status.

This study is included in a transcultural project of QoL assessment in older adults (WHOQOL-OLD). A high percentage of elderly inpatients were reported to consider themselves "healthy" (despite being inpatients). The study aimed at

identifying which variables interfered in the healthy/unhealthy perception in elderly inpatients.

Methods

Sample

The sample was composed of 90 elderly inpatients over 60 years old at a general university hospital. This hospital is known for accepting patients who need specialized assistance after primary care. Elders with terminal diseases and dementia were excluded. The assessment on perception of health was carried out through the question: "In general, do you consider yourself a healthy or unhealthy person?" After that, elders were allocated in 2 groups, according to their perception.

Assessment

The assessment used was the following:

- Socio-demographic data form

The socio-demographic data form included the following variables: gender, age, marital status, level of education, housing status, occupation, perception of health, use of medication, use of cigarettes and alcohol (amount and frequency). A scale for socioeconomic level was also applied.

- Perception of QoL

WHOQOL-100 (6, 7)

The WHOQOL-100 is a questionnaire developed by the Quality of Life group of WHO which has six domains (physical, psychological, level of independence, social relationships, environment and spirituality). Each domain is composed of the following facets: *Domain I-Physical* (1. Pain and discomfort, 2. Energy and fatigue, 3. Sleep and rest), *Domain II-Psychological* (4. Positive feelings, 5. Thinking, learning, memory and concentration, 6. Self-esteem, 7. Body image and appearance, 8. Negative feelings), *Domain III – Level of independence* (9. Mobility, 10. Daily life activities, 11. Dependence on medication or treatments, 12. Working capacity), *Domain IV – Social Relationships* (13. Personal relationships, 14. Social support, 15. sexual

activity), *Domain V – Environment* (Physical security and protection, 17. Home environment, 18. Financial resources, 19. Social and health care: availability and quality, 20. Opportunity to acquire new information and skills, 21. Participation and opportunities for entertainment/leisure, 22. Physical environment: pollution/noise/traffic/climate, 23. Transportation, *Domain VI – Spiritual/religion/personal beliefs aspects* (Spirituality/ religion /personal beliefs). Overall QoL (facet 25) is composed of 4 questions and aims at providing an overall QoL measurement, therefore, it is composed of 24 specific facets and a general one. The Portuguese version of the questionnaire was used.

- Intensity of depressive symptoms

Beck's Depression Inventory – BDI (8, 9)

BDI is a measure of depression intensity not indicated to identify nosological categories. BDI's total score is composed of the sum of the answers marked by the respondents in 21 items, in which 63 is the highest possible score. The Portuguese version of the instrument was used.

Procedures for data collection

Informed consent was obtained from all elders in order to have them answer questions on socio-demographic information, QoL and depressive symptomatology.

Socio-demographic data, WHOQOL-100 and BDI questionnaires were self-administered, nevertheless a research assistant (medicine or psychology undergraduates) was always at the elders' disposal for any queries.

The project was duly examined and approved by the Ethics Committee of Hospital de Clínicas of Porto Alegre, RS, Brazil (number 01.374).

Procedures for data analysis

The variables description was carried out through absolute and relative frequencies, as well as mean and standard deviation.

Pearson's χ^2 test with and without Yates correction was used to compare category socio-demographic variables according to perception of health (healthy/unhealthy). Student's t test was used towards quantitative socio-

demographic variables, BDI, WHOQOL-100 domains and overall QoL. The variables showing p values lower than 0.20 were included in the multiple logistic regression analysis. The goal was to identify the variables showing significant association apart from the other ones.

Associations with p values lower than 0.05 were considered significant.

All statistical analyses were performed with SPSS version 10.0 for Windows.

Results

Table 1 shows the socio-demographic characteristics and BDI of the studied sample. The distribution by gender, age marital status and occupation was approximately the same in the group of elders who considered themselves healthy as well as in the group who considered themselves unhealthy. However, the groups differed significantly on education, in which the former group showed higher levels of education compared to the latter. Social class and intensity of depression differed statistically in both groups. Elders with unhealthy perception were predominantly from classes C+D (76%) and had higher BDI average scores (16.2 ± 8.2). The distribution of diseases referred to in both groups did not differ significantly. The most frequent disease in both groups was cardiovascular (24% of the healthy ones and 45% of the unhealthy ones), followed by osteoarticular diseases for the ones with healthy perception (12%) and endocrine diseases for those with unhealthy perception (18%).

A comparison of the averages in the WHOQOL-100 domains according to perception of health was also carried out. Table 2 shows a tendency to worse assessments for 5 out of 6 domains and overall QoL in the group with unhealthy perception. The only domain not to keep this tendency was spirituality/religion. Differences in the physical ($p=0.017$) and level of independence ($p<0.001$) domains and overall QoL ($p=0.004$) were highlighted in which the group of elderly inpatients with healthy perception showed higher scores.

According to Table 3, the multiple logistic regression analysis shows significant association between healthy perception of health and lower intensity of depressive symptoms through BDI ($p=0.007$), as well as better QoL perception in the level of independence domain ($p=0.020$) when the variables level of education and social class, and physical and psychological domains were controlled.

Results Discussion

This sample of elderly inpatients is comprised of unhealthy subjects according to the doctor's objective assessment. However, according to the subjects' perception, the group was split into a group that considered themselves healthy and another one who considered themselves actually unhealthy. The multiple logistic regression analysis showed that the level of independence and intensity of depressive symptoms were variables associated with their self-perception of health.

According to this study's results, the elders with impaired level of independence were considered unhealthy. This result matches the perception of the gerontological research on the importance of autonomy and functionality for the elderly (10-12). According to Pavarini and Neri (13), the balance between dependence and autonomy changes as the individual develops and the influence of biological aspects, for instance, which plays an important role during the childhood, also has great influence in the old age due to diseases that may appear. The authors point out that the main challenge longevity poses to elders is the maintenance of QoL, facing the threat of autonomy and independence restrictions due to health deterioration as well decrease in social life. Our study allows us to assume that the elder's loss of autonomy leads to low self-esteem, which consequently provokes unhealthy perceptions of health. Another assumption is that the loss of autonomy is more influenced by the fact that he is in hospital than by old age itself.

This study showed that, for the elderly inpatient, autonomy is what defines whether he is healthy or not. Thus, in geriatrics we may think not only about the cure, which is many times impossible, but also about functionality and/or autonomy to perform daily life activities. Similarly, Lemos and Medeiros (14) point out that autonomy and independence are great health indicators among elders. Autonomy is the main goal of development: dependence on someone else in adult age is something feared and rejected. Among adults and older adults, the feeling of being dependent on someone else, devices or medication is a challenge.

As mentioned before, besides functionality, multiple logistic regression showed that the level of depressive symptoms was associated with the subject's perception of health. Subjects that considered themselves unhealthy reported significantly more

depressive symptoms than subjects that considered themselves healthy. Several studies have been mentioning an association between levels of depression in late periods of life (15-18), intensity of depression and the presence of diseases (19-21), among others.

One of the proposed hypotheses about the association above mentioned is that, once they are more depressed subjects, they “see” themselves as unhealthy, assessing their physical health in a negative way. In this situation, the evaluator (the elder himself) makes a pessimistic assessment on his physical health once he has higher depression levels (Figure 1 - model a).

Another hypothesis is that depression may directly influence objective health. Therefore, depression would not only determine a pessimistic view of the objective health status, but also make it worse than the one of elders who are not depressed. For instance, we could imagine that the depressed elder actually has impaired level of independence due to the direct effect of depression (lack of energy, fatigue, loss of appetite, among others). In addition to this, he also has a negative perception of his health (Figure 1 - model b).

It is important to highlight that the cross-section design in this study allows for the identification of associations but does not determine a cause/effect relationship.

The major constraint of this study was the fact that it did not assess the intensity of the physical disease, once we already know, as shown by Koenig (22), that the presence of a larger amount of physical suffering is correlated to a higher risk of depression among clinically ill elders. There is the possibility in our study that the individuals who considered themselves unhealthy could actually report more physical suffering compared to those who considered themselves healthy. Nevertheless, our data indirectly suggest that patients were probably clinically ill the same way: (a) all were severely ill enough to be hospitalized in a country where only seriously ill patients can have access to beds in a hospital; (b) the distribution of the of diagnoses did not differ between the groups.

The tendency to better QoL results for elders with healthy perception has been reported in gerontological literature. According to a review carried out by Diener and Suh in 1998 (23), the subjective variables report stronger association with QoL in old age than the objective ones, such as income, housing and physical health.

Apart from the quality of the association between depressive symptoms and the perception of being unhealthy, the study shows the existence of a correlation to be further investigated between depressive symptoms and health assessment. It also shows the importance of the dimension “independence” in the elder’s perception of their health status.

Conclusions

Elderly inpatients did not necessarily consider themselves unhealthy, despite being hospitalized. Approximately half of the respondents considered themselves healthy. The variables depressive symptomatology and level of independence were considered important for the healthy or unhealthy perception. The higher the intensity of depression, the stronger the association with “unhealthy” perception, whereas the higher the independence, the stronger correlation with “healthy” perception among elderly inpatients.

Further studies are suggested in order to confirm or raise new hypotheses about what variables may be associated with health perception of health in older adults. These and other findings might not only help the current discussion on QoL, but also bring new intervention proposals in elders.

Bibliographic References

1. La Rue, A; Bank, L; Jarvik, L; Hetland, M. (1979). Health in old age: how do physicians' ratings and self-ratings compare? *Journal of Gerontology*, 34: 687-691.
2. Ware, JE; Davies-Avery, A; Donald, CA. (1978). *Conceptualization and measurement of health for adults in the health insurance study: Vol.V, general health perceptions*. Santa Monica, CA: Rand Corporation.
3. Idler, EL; Benyamini, Y. (1997). Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *Journal of Health and Social Behavior*, 38: 21-37.
4. Rennemark, M; Hagberg, B. (1999). What makes old people perceive symptoms of illness? The impact of psychological and social factors. *In Psycho Info*, 3(1): 79-87.
5. Xavier, FMF; Ferraz, MPT; Marc, N; Escosteguy, N; Moriguchi, EH. (2003). Elderly people's definition of quality of life. *Rev Bras Psiquiatr*, Mar 25(1): 31-39.

6. WHOQOL Group (1998). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Social Science and Medicine*, 46: 1569-85.
7. Fleck, MPA. et al. (1999). Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100). *Rev ABP/APAL*, 21(1): 19-28.
8. Beck, AT; Ward, CH; Mendelson, M; Mock, J; Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4: 461-571.
9. Cunha, JA. (2001). *Manual da versão em português das Escalas Beck*. São Paulo, Brasil: Casa do Psicólogo.
10. Jakobsson, U; Klevsgard, R; Westergren. A; Hallberg, IR. (2003). Old people in pain: a comparative study. *Journal of Pain and Symptom Management*, 26(1): 625-636.
11. Henderson, JP. (2003). The effects of self-efficacy for coping, constructed meaning, and spirituality on the quality of life in men with prostate cancer. *PsychoInfo Database Record 2003 APA Mar*; 63(8-B):3917.
12. McKenna, MC. (2002). Development and validation of the Quality of Life Scale for the Elderly (QLSE). In *Psycho Info 2002 Jun*; 62(11-B): 5383.
13. Pavarini, SCI; Neri, AL. (2000). Compreendendo dependência, independência e autonomia no contexto domiciliar: conceitos, atitudes e comportamentos. In YAO Duarte & MJD Diogo (Eds.). *Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico*. 49-70.
14. Lemos, N; Medeiros, SL. (2002). Suporte social ao idoso dependente. In EV de Freitas; L Py; AL Neri et al. (Eds.). *Tratado de geriatria e gerontologia*. 892-897.
15. Snowdon, J. (2002). Qual é a prevalência de depressão na terceira idade? *Rev Bras Psiquiatr*, 24(Supl I):42-7.
16. Prince, MJ; Beekman, ATF; Deeg, DJH, Fuhrer, R; Kivela, SL; Lawlor, BA; et al. (1999). Depression symptoms in late life assessed using the EURO-D scale. *Br J Psychiatry*, 174: 339-45.
17. Roberts, RE; Kaplan, GA; Shema, SJ, Strawbridge, WJ. (1997). Does growing old increase the risk for depression? *Am J Psychiatry*, 154: 1384-90.

18. Beekman, ATF; Deeg, DJH; van Tilburg, T; Smit, JH; Hooijer, C.; van Tilburg, W. (1995). Major and minor depression in later life: a study of prevalence and risk factors. *J Affect Disord*, 36: 65-75.
19. Gordilho, A. (2002). Depressão, ansiedade, outros distúrbios afetivos e suicídio. In EV de Freitas; L Py; AL Neri et al. (Eds.). *Tratado de geriatria e gerontologia*. 204-215.
20. Luborsky, MR. (1994). The cultural adversity of physical disability: erosion of full personhood. *Journal of Ageing Studies*, 8: 239-253.
21. Evans, M. (1994). Physical illness and depression. In JRM Copeland, MT Abou-Saleh & DG Blazer (Eds.). *Principles and practice of geriatric psychiatry*. 252-532.
22. Koenig, HG. (1997). Differences in psychosocial and health correlates of major and minor depression in medically ill older adults. *Journal American Geriatrics Society*, 45: 1487-1495.
23. Paschoal, SMP. (2002). Qualidade de vida na velhice. In EV de Freitas; L Py; AL Neri et al. (Eds.). *Tratado de geriatria e gerontologia*. 79-84.

Table 1. Socio-demographic characteristics and BDI of the studied sample.

Variables	Perception of health		p
	Healthy (n= 41)	Unhealthy (n= 49)	
Gender[∇]			0.730
Male	29 (71%)	33 (67%)	
Female	12 (29%)	16 (33%)	
Age, mean (sd)**	72 (7)	72 (8)	0.855
Marital Status*			0.946
Single	9 (22%)	10 (20%)	
Married	22 (54%)	28 (57%)	
Widowed	10 (24%)	11 (23%)	
Level of education[∇]			0.009
≤ 8 years of education	29 (71%)	45 (92%)	
> 8 years of education	12 (29%)	4 (8%)	
Occupation*			0.777
Retired	32 (78%)	37 (76%)	
Other	9 (22%)	12 (24%)	
Social Class[∇]			0.017
A+B	20 (49%)	12 (24%)	
C+D	21 (51%)	37 (76%)	
BDI, mean (sd)**	8.5 (7.2)	16.2 (8.2)	<0.001

[∇] Pearson's χ^2 test with Yates correction

* Pearson's χ^2 test

** Student's t test

Table 2. Values of domains and overall QoL of WHOQOL-100 (mean \pm sd) according to perception of health.

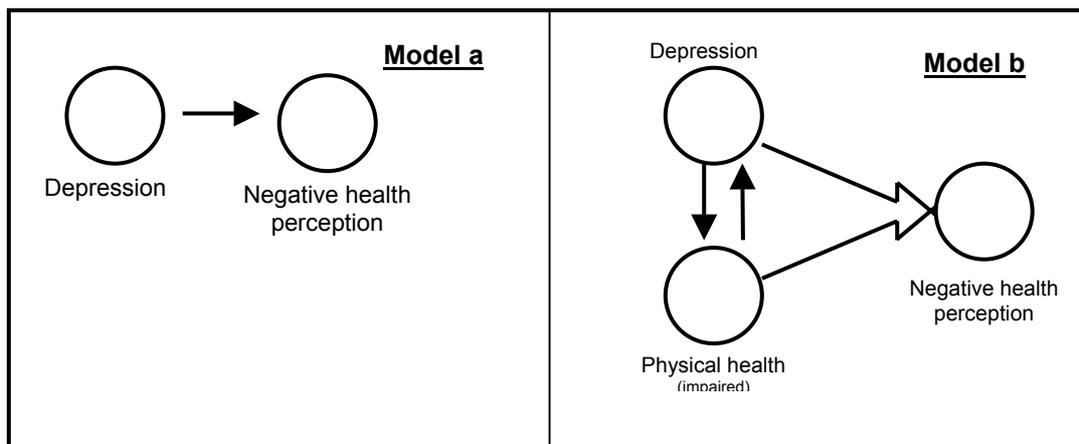
Variables	Perception of health		p*
	Healthy (n= 41)	Unhealthy (n= 49)	
D I – Physical Domain	51.4 \pm 15.3	43.3 \pm 16.0	0.017
D II – Psychological Domain	67.9 \pm 14.0	63.3 \pm 12.9	0.112
D III – Level of Independence Domain	58.7 \pm 19.9	40.8 \pm 18.0	<0.001
D IV – Social Relationships Domain	67.3 \pm 16.9	64.4 \pm 13.7	0.369
D V – Environment Domain	61.4 \pm 13.8	58.3 \pm 13.0	0.278
D VI – Spirituality/Religion Domain	75.0 \pm 17.0	77.2 \pm 18.6	0.568
Overall QoL	66.9 \pm 18.7	56.0 \pm 16.6	0.004

* Student's t test

Tabela 3. Results of Multiple Logistic Regression among the socio-demographic variables, BDI and the domains of WHOQOL-100 relates to perception of health(n=90).

Variables	OR (95% CI)	p
Escolaridade		0.551
≤ 8 years of education	1.00	
> 8 years of education	1.56 (0.36;6.77)	
Social Class		0.158
A+B	2.18 (0.74;6.46)	
C+D	1.00	
BDI	0.90 (0.83;0.97)	0.007
D I – Physical Domain	0.99 (0.94;1.04)	0.658
D II – Psychological Domain	0.97 (0.92;1.02)	0.200
D III – Level of Independence Domain	1.05 (1.01;1.09)	0.020

Figure 1. Demonstration of models a and b.



5. ARTIGO - *A influência dos sintomas somáticos sobre o desempenho de idosos no Inventário de Depressão de Beck (BDI)*

The influence of somatic symptoms on the performance of elderly in Beck's Depression Inventory (BDI)

Autores. Clarissa Marcell Trentini^a, Flávio Merino de Freitas Xavier^b, Eduardo Chachamovich^c, Neusa Sica da Rocha^d, Vânia Hirakata^e, Marcelo Pio de Almeida Fleck^f.

Este artigo foi submetido à Revista Brasileira de Psiquiatria.

Submissão

Ao contrário dos anteriores, a submissão do seguinte artigo foi realizada por Sedex. Assim, estamos aguardando confirmação de recebimento.

5.1 Versão em Português

Título: A influência dos sintomas somáticos sobre o desempenho de idosos no Inventário de Depressão de Beck (BDI)*.

Autores: Clarissa Marcell Trentini^a, Flávio Merino de Freitas Xavier^b, Eduardo Chachamovich^c, Neusa Sica da Rocha^d, Vânia Hirakata^e, Marcelo Pio de Almeida Fleck^f.

Título abreviado: Particularidades do BDI do idoso.

Resumo

Introdução: O Inventário de Depressão de Beck (BDI) tem sido amplamente utilizado para documentar a prevalência de sintomatologia depressiva em amostras clínicas e não-clínicas. Em idosos, tem se discutido o peso da subescala Somática e de Desempenho no escore total em decorrência do processo do envelhecimento em si, bem como da frequência de doenças clínicas nesta faixa etária.

Objetivos: Verificar se há diferença nas respostas de adultos e idosos para a subescala Somática e de Desempenho do BDI.

Métodos: Quinhentos e cinquenta e seis sujeitos foram entrevistados. Duzentos e dezessete eram adultos (≥ 18 anos) e 339 eram idosos (≥ 60 anos). Foram excluídos adultos e idosos com doenças terminais ou demência. O método amostral foi o de conveniência.

Resultados: Idosos responderam significativamente com maiores escores na subescala Somática e de Desempenho comparativamente aos adultos ($p < 0.001$). Sexo feminino e nível de escolaridade também estiveram associados a maiores escores na subescala somática. Diferenças entre os dois grupos etários não foram encontradas na subescala Cognitivo-Afetiva ($p = 0.332$).

Conclusões: Respostas positivas na subescala Somática e de Desempenho do BDI devem ser avaliadas com cautela entre sujeitos idosos. O fator idade, seja pelo envelhecimento ou pelo acúmulo de doenças, pode trazer consigo sinais que podem não ser necessariamente sintomas de depressão maior. Outros estudos são sugeridos.

Descritores: Inventário de Depressão de Beck (BDI); idosos; depressão; sintomas somáticos.

^a *Doutoranda em Psiquiatria. Bolsista CAPES.*

^b *Doutor em Medicina.*

^c *Mestrando em Psiquiatria.*

^d *Mestre em Psiquiatria.*

^e *Estatística, Mestre em Epidemiologia.*

^f *Doutor. Professor Adjunto do Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da UFRGS.*

* Este projeto contou com o financiamento do FIPE - Hospital de Clínicas de Porto Alegre (Projeto nº 01.374), e com bolsa nível de doutorado da CAPES para aluna do Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria da UFRGS.

Introdução

Entre os instrumentos mais utilizados para mensurar a intensidade de depressão está o Inventário de Depressão de Beck (BDI). Originalmente criado por Beck e colaboradores¹ da Universidade de Filadélfia, em 1961 (versão em Inglês), o BDI já conta com uma versão em Português desenvolvida por Cunha e sua equipe.² Originalmente, o BDI foi desenvolvido para uso com pacientes psiquiátricos. Entretanto, posteriormente, teve sua aplicação ampliada para outros contextos de pesquisas e na população geral.

O Inventário de Depressão de Beck (BDI) não é um instrumento diagnóstico e sim uma escala de mensuração da intensidade de depressão. Em sua composição, o BDI apresenta um subconjunto de itens cognitivo-afetivos (subescala Cognitivo-Afetiva) e um outro que engloba queixas somáticas e de desempenho (subescala Somática e de Desempenho). O estudo das subescalas do BDI pode ter um interesse particular em algumas subpopulações de pacientes. Por exemplo, em um estudo para verificar se ambas as subescalas do BDI diferenciavam pacientes psiquiátricos de pacientes não psiquiátricos (com doenças da clínica médica) e de sujeitos da comunidade, Cunha e colaboradoras³ encontraram que ambas as

subescalas (Cognitivo-Afetiva e Somática e de Desempenho), diferenciavam bem as três subamostras.

A depressão é considerada um dos problemas mentais mais comuns entre idosos. Ela pode ser verificada em um em cada seis pacientes da clínica médica e possui alta prevalência entre idosos hospitalizados e institucionalizados.^{4,5} Embora prevalente, a depressão entre idosos é pouco diagnosticada e, portanto, tratada.⁶ De um modo geral, idosos buscam auxílio para os seus sofrimentos psicológicos com médicos gerais ao invés de profissionais de saúde mental, diferentemente dos adultos.^{7,8} Estudos sugerem diferenças no padrão de sintomatologia depressiva entre adultos e idosos. Diferenças, inclusive, no próprio discurso de queixa.^{9,10} Tais diferenças devem ser atentadas em escalas de medida que avaliam sintomatologia depressiva em diferentes amostras e em diferentes grupos de idade.¹¹⁻¹⁴

Conforme os manuais do BDI, ele é um instrumento para ser usado em sujeitos com até 80 anos de idade, já que estudos com propriedades psicométricas têm sugerido que a fidedignidade e a validade do BDI em idosos é relativamente boa.¹⁵⁻¹⁷ Porém a idade pode ser considerada um fator de impacto sobre o instrumento: pesquisas apontam para um viés no item imagem corporal entre idosas viúvas.¹² Cappaliez¹⁸ demonstra que certos grupos de idosos podem minimizar sintomas depressivos por oferecerem respostas que busquem maior aceitação social.

Não há aparentemente um único motivo para idosos referirem mais sintomas somáticos. É possível que o próprio envelhecimento, muitas vezes seja acompanhado por uma maior quantidade de queixas físicas, ou ainda que os idosos estejam mais sujeitos a doenças médicas em geral, e, portanto, refiram mais itens somáticos.^{11,19-23} Ainda que esses diversos estudos apontem para a percepção de maior sofrimento somático, não foi encontrado estudo sobre o desempenho das subescalas do BDI em uma amostra de idosos brasileiros.

O objetivo do presente estudo é o de examinar se há diferença nas respostas de adultos e idosos para a subescala Somática e de Desempenho do BDI, em uma amostra brasileira.

Métodos

Amostra

A amostra foi composta por 556 sujeitos. Duzentos e dezessete eram adultos com idade mínima de 18 anos e 339 eram idosos com 60 anos ou mais. Foram excluídos sujeitos com doenças terminais e idosos com demência. O local de identificação dos sujeitos foi em clínicas, hospitais, grupos comunitários, e em suas residências. O método amostral foi o de conveniência.

Instrumentos

Os instrumentos utilizados foram uma ficha de dados sociodemográficos e o Inventário de Depressão de Beck - BDI.¹ O BDI é uma medida de intensidade de depressão. O escore total do BDI é calculado a partir do somatório das respostas assinaladas pelos examinandos nos 21 itens. O maior escore possível é 63 pontos. Os autores do BDI referem dois subconjuntos de itens do Inventário: (1) os primeiros 13 itens, que constituem a subescala Cognitivo-Afetiva, e (2) os oito últimos, que compõem a subescala Somático e de Desempenho. Cunha e equipe² destacam a importância do uso das subescalas para diferenciar pacientes clínicos, psiquiátricos ou comunitários. Foi utilizada a versão do instrumento em Português.

Procedimentos para coleta de dados

Adultos e idosos em clínicas, hospitais, grupos comunitários e em suas residências foram entrevistados. Todos preencheram o Termo de Consentimento Informado e, a partir daí, foram convidados a responder acerca de informações sociodemográficas e sintomatologia depressiva (BDI). O projeto teve aprovação do Comitê de Ética do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, RS, Brasil (nº 01.374).

Procedimentos para análise dos dados

A descrição das variáveis foi realizada através das frequências absolutas e relativas, bem como média, mediana e desvio padrão.

A comparação das médias das subescalas Cognitivo-Afetiva e Somático e de Desempenho foi realizada pelo teste t de Student para amostras dependentes.

Para comparação dos valores do BDI Total, BDI Cognitivo-Afetivo e BDI Somático e de Desempenho segundo variáveis sociodemográficas, foram utilizados

o Teste-t de Student e Análise de Variâncias, seguido do Teste de comparações múltiplas de Tukey. As variáveis que apresentaram associação com valores de p menores que 0.20 foram incluídas na Análise de Regressão Linear Múltipla que foi realizada para o BDI Total e para as respectivas subescalas. O objetivo foi o de identificar as variáveis que apresentassem associação significativa independente das demais.

Foram consideradas estatisticamente significativas as associações com valores de p menores que 0.05.

Para análise dos dados, foi usado o programa SPSS para ambiente Windows, versão 10.0.

Resultados

A Tabela 1 mostra as características sociodemográficas da amostra estudada. Em concordância com os dados da população geral, em nossa amostra há mais idosos viúvos. Os idosos também tinham um menor nível de escolaridade em relação aos adultos.

Na Tabela 2 são apresentadas as médias e desvios-padrão dos valores da subescala Cognitivo-Afetiva e da subescala Somática e de Desempenho, bem como do BDI Total, segundo as variáveis sexo, grupo etário, estado civil e escolaridade.

A subescala Cognitivo-Afetiva teve escores significativamente mais alto apenas para a variável escolaridade ($p=0.029$), onde aqueles com ensino fundamental diferiram apenas do grupo com ensino superior. Na subescala Somática e de Desempenho, diferentemente, foram observadas diferenças estatisticamente significativas para todas as variáveis estudadas: mulheres e idosos tinham escores mais altos, respectivamente, que homens e adultos ($p=0.017$ e $p<0.001$, respectivamente). Sujeitos viúvos tinham mais sintomas somáticos que sujeitos dos demais grupos de estado civil ($p<0.001$). Sujeitos com ensino fundamental tinham mais sintomas somáticos que sujeitos dos demais grupos de escolaridade ($p<0.001$).

Já para o escore do BDI Total, foi observada diferença significativa para todos os fatores exceção feita ao estado civil, onde não houve diferença significativa entre os diferentes grupos analisados. A intensidade de depressão era mais alta entre as

mulheres ($p=0.030$), entre os idosos ($p<0.001$) e para aqueles com ensino fundamental ($p<0.001$).

Com o objetivo de identificar se idosos - quando comparados com adultos - tinham diferentes escores nas subescalas do BDI, foram calculadas as médias ponderadas das duas subescalas (subescala Cognitivo-Afetiva=13 itens; subescala Somática e de Desempenho=8 itens). Para o grupo etário adulto, a subescala Cognitivo-Afetiva representou uma média por questão de 0.35 (± 0.38) e a subescala Somática e de Desempenho de 0.42 (± 0.44), tendo sido esta diferença estatisticamente significativa ($p=0.016$). Já entre os idosos, a subescala Cognitivo-Afetiva apresentou uma média ponderada de 0.35 (± 0.39) e a subescala Somática e de Desempenho de 0.72 (± 0.53), sendo essa diferença significativa ($p<0.001$). Assim, tanto adultos quanto idosos tinham escores significativamente mais altos na subescala Somática e de Desempenho, contudo, entre idosos, a diferença entre os escores nas duas subescalas era proporcionalmente ainda maior na subescala Somática e de Desempenho, somando quase o dobro da média dos adultos.

Na Tabela 3, estão apresentados os resultados da Análise de Regressão Linear Múltipla. Para o escore na subescala Cognitivo-Afetiva, observou-se que a presença de escolaridade em nível superior foi o único fator que se manteve significativamente associado quando controlado para as variáveis incluídas no modelo ($\beta=-0.133$). Do resultado, conclui-se que o fator escolaridade alta está associado com um menor nível de sintomas do tipo cognitivo-afetivo.

Para a subescala Somática e de Desempenho, diferentemente, mantiveram-se associados os fatores sexo, grupo etário e escolaridade, demonstrando que as mulheres, os idosos e aqueles com menor nível de escolaridade apresentaram escores mais altos nessa subescala. Através dos cálculos de β , foi possível verificar que, entre as variáveis incluídas no modelo, também o fator presença de escolaridade em nível superior apresentou a maior influência na subescala Somática e de Desempenho ($\beta=-0.257$).

Para o BDI Total, observou-se que as variáveis sexo e escolaridade permaneceram significativamente associadas com o escore total quando controladas para as variáveis grupo etário e estado civil. O grupo etário atingiu significância limítrofe. Aqueles do sexo feminino e com menor escolaridade obtiveram mais altos

escores no BDI Total. A variável com maior influência, novamente, foi o ensino superior ($\beta=-0.218$).

Discussão dos resultados

O principal achado deste estudo é o de que a maior intensidade do escore total do BDI nos indivíduos idosos dá-se em função de uma maior intensidade na pontuação da subescala Somática e de Desempenho.

A explicação para esse achado poderia estar no fato de que o idoso apresenta diferenças em sua aparência, tem um declínio natural de sua vitalidade e é acometido mais freqüentemente por doenças físicas. Como consequência, idosos têm maior fatigabilidade e um maior número de preocupações somáticas. Em concordância com o presente resultado, estudos com amostras de idosos não brasileiras têm encontrado maiores escores nos itens somáticos entre idosos.^{11,19,23} O maior número de comorbidades médicas, bem como o maior número de medicações utilizados por pessoas do grupo etário idoso, mesmo que em amostras comunitárias, pode sugerir interferência nas respostas de idosos. Segundo Talbott¹², ainda pode existir uma diferença maior nas respostas de mulheres idosas viúvas, especialmente no item "mudança na auto-imagem". Estudos utilizando o BDI em pacientes com dor crônica também sugerem um viés na avaliação da depressão como resultado da dor.

Uma segunda possibilidade de explicação para esse achado estaria nas características sociodemográficas da amostra estudada. A nossa amostra foi composta por um número maior de mulheres e de sujeitos com pouca escolaridade no grupo etário idoso. Inicialmente, essa distribuição poderia explicar o maior escore na subescala Somática e de Desempenho entre idosos. Todos os escores (escore total e escores em ambas as subescalas) poderiam ser mais elevados para o grupo etário idoso em decorrência do número maior de mulheres e sujeitos com pouca escolaridade e não pelo fato de serem idosos (viés de confusão). Num segundo momento, para testar essa hipótese foi realizada uma análise de regressão linear múltipla que mostrou que apesar das características sociodemográficas da amostra, o fator idade pesa para a subescala Somática e de Desempenho, não interfere na subescala Cognitivo-Afetiva e fica no limite de significância na BDI Total (0.051).

Um segundo achado deste estudo foi a interferência dos fatores sexo e escolaridade sobre as respostas no instrumento BDI. A variável mais consistentemente associada a intensidade de depressão foi a escolaridade. O mais alto nível de escolaridade esteve presente como a variável de maior impacto tanto nos resultados parciais das subescalas do BDI, como no escore total. O tipo de associação matemática se dá na relação inversa: quanto maior a escolaridade menor a intensidade de sintomas psicológicos (cognitivos) ou de somatizações (somáticos). Assim, a escolaridade exerceria um papel protetor para sintomas depressivos, ou para sua expressão. Segundo Koenig e colaboradores²⁴, nível de escolaridade está associado com intensidade de sintomas depressivos. O fator sexo foi o segundo em importância, pela análise de regressão linear múltipla, a exercer influência sobre os escores do BDI, exceção feita à subescala Cognitivo-Afetiva. Esse resultado está em concordância com a mais alta prevalência de depressão entre mulheres de todas as idades.²⁵

Foram limitações deste estudo uma distribuição de variáveis sociodemográficas diferentes para adultos e idosos, bem como o fato da amostra ter sido realizada por conveniência. Ao mesmo tempo, a distribuição da amostra aleatória poderia contar com um número ainda maior de mulheres, entre outros, não espelhando a distribuição atual natural. Entendemos que as médias relativamente baixas do BDI não chegaram a ser uma restrição de nosso estudo.

Os resultados do presente estudo sugerem cautela, mesmo a partir de uma amostra oriunda de diferentes contextos, para a aferição de intensidade de depressão com o BDI em idosos no nosso meio. Diferentemente dos adultos, idosos pontuam mais nos itens Somáticos e de Desempenho. Outros estudos serão necessários para arbitrar o correto e específico ponto de corte para o grupo etário idoso.

Os achados concordam com a impressão de que idosos - em comparação com adultos - teriam um padrão específico de sintomas de depressão. Contudo, não se sabe qual a natureza da associação idade e maiores escores na subescala Somática e de Desempenho: se a) a real presença de mais sintomas somáticos em decorrência do envelhecimento levaria o idoso a maior sintomatologia na subescala Somática e de Desempenho (não necessariamente significando depressão), ou se b) idosos, quando deprimidos, por um padrão específico relacionado a idade,

tendem a manifestar mais sua depressão através de percepções somáticas, diferentemente dos adultos. Em concordância com a Segunda, alguns autores consideram que de fato idosos teriam uma depressão de caráter mais "somático" que adultos.^{11-13,18,23,26}

Conclusões

O envelhecimento biológico traz consigo maior quantidade de sintomas somáticos. As doenças concomitantes com o envelhecimento também. Sendo assim, seria esperado que na subescala Somática e de Desempenho do BDI, sujeitos idosos tivessem escores mais elevados. Segundo resultados desse estudo, os idosos pontuavam quase o dobro da média dos adultos para essa subescala. Respostas positivas nos itens somáticos devem ser avaliadas com cautela em sujeitos idosos, já que podem ser positivas em função da idade (pelo envelhecimento ou pela presença de mais doenças) e não por depressão maior. Outros estudos são sugeridos no sentido de compreender a real natureza deste achado.

Referências bibliográficas

1. Beck, AT, Ward, CH, Mendelson, M, Mock, J, Erbaugh, J. An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry* 1961;4:461-571.
2. Cunha, JA. *Manual da versão em português das Escalas Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.
3. Cunha, JA, Daudt, PE, Chioqueta, A, Fin, JN. Estudo sobre subescalas do BDI: subescala cognitivo-afetiva e subescala de queixas somáticas e de desempenho. Porto Alegre, RS: VII Encontro Nacional sobre Testes Psicológicos e I Congresso Ibero-Americano de Avaliação Psicológica, *Anais* 1997:317.
4. Beekman, AT, Deeg, DJ, van Tilburg, T, Smit, JH, Hooijer, C, van Tilburg, W. Major and minor depression in later life: a study of prevalence and risk factors. *Journal of Affective Disorders* 1995;36:65-75.

5. Reynolds, CF, Frank, E, Perel, JM, Imber, SD, Cornes, C, Miller, M, et al. Nortriptyline and interpersonal psychotherapy as maintenance therapies for recurrent major depression. *Journal of American Medical Association* 1999;281:39-45.
6. Anonymous. NIH consensus conference: diagnosis and treatment of depression in late life. *Journal of American Medical Association* 1992; 268:1018-1024.
7. Ray, DC, Raciti, MA, MacLean, WE. Effects of perceived responsibility on help-seeking decisions among elderly persons. *Journals of Gerontology: Psychological Sciences* 1992;47:199-205.
8. Davies, RM, Sieber, KO, Hunt, SL. Age-cohort differences in treating symptoms of mental illness: a process approach. *Psychology and Aging* 1994;9:446-453.
9. Blazer, D, Hughes, DC, George, LK. The epidemiology of depression in an elderly community population. *Gerontologist* 1987;27:281-287.
10. Stewart, RB, Blashfield, R, Hale, WE, Moore, MT, May, FE, Marks, RG. Correlate of Beck Depression Inventory scores in an ambulatory elderly population: symptoms, diseases, laboratory values, and medications. *Journal of Family Practice* 1991;32:497-502.
11. Bolla-Wilson, K, Bleecker, ML. Absence of depression in elderly adults. *Journal of Gerontology* 1989; 44(2):53-55.
12. Talbott, MM. Age bias in the Beck Depression Inventory: a proposed modification for use with older women. *Clinical Gerontologist* 1989;9(2):23-35.
13. Newmann, JP, Klein, M, Jensen, JE, Essex, MJ. Depressive symptoms experiences among older women: a comparison of alternative measurement approaches. *Psychology and Aging* 1996;11:112-126.
14. Cunha, JA, Argimon, IIL. A capacidade de instrumentos de auto-relato de discriminarem pessoas que vivem na comunidade ou em instituições de idosos. Porto Alegre, RS: VIII Congresso Nacional de Avaliação Psicológica. *Programa Pôsters* 1999;74.
15. Gallagher, D, Nies, G, Thompson, LW. Reliability of the Beck Depression Inventory with older adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1982;50:152-153.
16. Gallagher, D, Breckenridge, J, Steinmetz, J, Thompson, L. The Beck Depression Inventory and research diagnostic criteria: congruence in an older population. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1983;51:945-946.

17. Gallagher, D. The Beck Depression Inventory and older adults: review of its development and utility. *Clinical Gerontologist* 1986;5:149-163.
18. Cappeliez, P. Social desirability response set and self-report depression inventories in the elderly. *Clinical Gerontologist* 1989;9(2):45-52.
19. Berry, JM, Storandt, M, Coyne, A. Age and Sex differences in somatic complains associated with depression. *Journal of Gerontology* 1984;39:465-467.
20. Berkman, LF, Berkman, CS, Kasl, S, Freeman, DH, Leo, JL, Ostfeld, AM, Cornoni-Huntley, J, Brody, JA. Depressive symptoms in relation to physical health and functioning in the elderly. *American Journal of Epidemiology* 1986;124(3):372-388.
21. Wesley, AL, Gatchel, RJ, Polatin, PB, Kinney, RK, Mayer, TG. Differentiation between somatic and cognitive/affective components in commonly used measurements of depression in patients with chronic low-back pain: let's not mix apples and oranges. *Spine* 1991;16(6supl):s19-21.
22. Wallace, J, Pfohl, B. Age-related differences in the symptomatic expression of major depression. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 1995;183(2):99-102.
23. Kim, Y, Pilkonis, PA, Frank, E, Thase, ME, Reynolds, CF. Differential functioning of the Beck Depression Inventory in late-life patients: use of item response theory. *Psychology and Aging* 2002;17(3):379-391.
24. Koenig, HG, Meador, KG, Shelp, F, et al. Depressive disorders in hospitalized medically ill patients: a comparison of young and elderly men. *J Am Geriatr Soc* 1991;39:881-890.
25. Blazer, DG. Mood disorders: epidemiology. In Kaplan & Sadock's (Eds.). *Comprehensive textbook of psychiatry* 7ed. USA: Lippincott Williams & Wilkins, 2000: 1298-1308.
26. Gatz, M, Hurwicz, M. Are old people more depressed? Cross-sectional data center for epidemiological studies depression scale factors. *Psychology and Aging* 1990;5:284-290.

Endereço para correspondência:

Clarissa Marceli Trentini

Rua Duque de Caxias, 888 ap. 303 CEP 90.010-280 - Porto Alegre, RS, Brasil

E-mail: clarissatrentini@aol.com Fone: 051 3221.9156 ou 3222.3113

Tabela 1. Características sociodemográficas da amostra em estudo (n=556).

Variáveis	Adultos (n= 217)		Idosos (n= 339)		p
	n	%	n	%	
Sexo					0.058*
<i>Masculino</i>	114	53	149	44	
<i>Feminino</i>	103	47	190	56	
Idade (média; dp)	38.1 (±12.5)		73.4 (±8.3)		
Estado civil					<0.001#
<i>Solteiro</i>	92	42	54	16	
<i>Casado/com companheiro</i>	117	54	169	50	
<i>Viúvo</i>	8	4	116	34	
Escolaridade					<0.001#
<i>Ensino fundamental</i>	75	35	226	67	
<i>Ensino médio</i>	59	27	64	19	
<i>Ensino superior</i>	83	38	49	14	

* Teste de χ^2 com correção de Yates# Teste de χ^2 de Pearson**Tabela 2. Descrição (média ± dp) dos valores das subescalas Cognitivo-Afetiva e Somática e de Desempenho e BDI Total, segundo variáveis sociodemográficas (n=556).**

Variáveis	Subescala Cognitivo-Afetiva	Subescala Somática e de Desempenho	BDI Total
Sexo			
M	4.2±4.6	4.4±4.2	8.5±7.4
F	4.9±5.3	5.2±4.1	9.9±8.1
p*	0.108	0.017	0.030
Grupo etário#			
Adultos	4.5±4.9/3	3.3±3.5/2	7.6±7.1/5
Idosos	4.6±5.0/3	5.8±4.2/5	10.3±8.1/8
p*	0.919	<0.001	<0.001
Est. Civil			
Solteiro (G1)	4.6±5.2	3.9±3.7	8.4±7.4
Casado (G2)	4.6±5.1	4.7±4.3	9.4±8.1
Viúvo (G3)	4.4±4.3	6.3±3.9 ^A	10.6±7.4
p**	0.901	<0.001	0.062
Escolaridade			
Ens. Fundamental (G1)	5.0±5.2 ^C	6.0±4.3 ^B	10.9±8.2 ^B
Ens. Médio (G2)	4.5±4.8	4.0±3.7	8.1±7.0
Superior (G3)	3.6±4.4	2.9±3.1	6.5±6.5
p**	0.029	<0.001	<0.001

* teste t student

** ANOVA

^A grupo 3 diferente dos demais grupos, segundo o teste de comparações múltiplas de Tukey^B grupo 1 diferente dos demais grupos, segundo o teste de comparações múltiplas de Tukey^C grupo 1 diferente do grupo 3, segundo o teste de comparações múltiplas de Tukey

média±dp/mediana

Tabela 3. Resultados da Regressão Linear Múltipla entre BDI Cognitivo-Afetivo, BDI Somático e de Desempenho e BDI Total e as variáveis sociodemográficas (n=556).

Variáveis	Subescala Cognitivo-Afetiva			Subescala Somática e de Desempenho			BDI Total		
	b(IC _{95%})	β	p	b(IC _{95%})	β	p	b(IC _{95%})	β	p
Sexo									
<i>Masculino</i>	-0.7(-1.6;.09)	-.074	0.230	-0.7(-1.3;-.003)	-.081	0.049	-1.4(-2.8;-0.1)	-.092	0.033
Grupo etário									
<i>Idosos</i>	-0.4(-1.3;0.5)#	-.043#	0.332#	1.5(0.8;2.3)	.180	<0.001	1.4(-.01;2.9)	.090	0.051
Estado civil*									
<i>Casado/com companheiro</i>	—	—	—	0.1(-0.7;0.9)	.016	0.746	-.03(-1.6;1.5)	-.002	0.969
<i>Viúvo</i>	—	—	—	0.5(-0.5;1.5)	.050	0.340	-0.3(-2.3;1.8)	-.014	0.799
Escolaridade**									
<i>Ens. médio</i>	-0.6(-1.7;0.4)	-.054	0.230	-1.6(-2.5;-0.8)	-.164	<0.001	-2.6(-4.2;-1.0)	-.139	0.002
<i>Ens. superior</i>	-1.6(-2.6;-0.5)	-.133	0.004	-2.5(-3.3;-1.7)	-.257	<0.001	-4.0(-5.6;-2.3)	-.218	<0.001

* as 2 categorias de estado civil foram comparadas ao grupo de solteiros

** os 2 níveis de escolaridade foram comparados ao ensino fundamental

embora a variável grupo etário não tenha atingido a significância para entrar na análise de Regressão Linear Múltipla quando relacionada com o BDI Cognitivo-Afetivo, esta foi realizada por ser o principal fator em estudo

5.2 Versão em Inglês

Title: The influence of somatic symptoms on the performance of elderly in Beck's Depression Inventory (BDI).

Authors: Clarissa Marcelli Trentini^a, Flávio Merino de Freitas Xavier^b, Eduardo Chachamovich^c, Neusa Sica da Rocha^d, Vânia Hirakata^e, Marcelo Pio de Almeida Fleck^f.

Running head: Specific elderly BDI.

Abstract

Background: Beck's Depression Inventory (BDI) has been widely used to show depressive symptomatology prevalence in clinical and non-clinical samples. For elderly, the weight of the Somatic and Performance subscale have been discussed in the total score due to the aging process itself, as well as the frequency of clinical diseases at this age.

Objectives: To verify if there are differences in the answers of adults and elderly for the Somatic and Performance subscale of BDI.

Methods: Five hundred and fifty six subjects were interviewed. Two hundred and seventeen were adults (≥ 18 years) and 339 were elderly (≥ 60 years). Adults and elderly with terminal diseases or dementia were excluded. The sampling method was that of convenience.

Results: Elderly answered with statistically significant higher scores in the Somatic and Performance subscale as compared to adults ($p < 0.001$). Females and schooling level were also associated to higher scores in the Somatic subscale. No differences between the two age groups were found in the Cognitive-Affective subscale. ($p = 0.332$).

Conclusions: Positive answers in the BDI Somatic and Performance subscale must be evaluated with caution among elderly. The age factor either by aging or due to many diseases, can bring signs that are not necessarily bigger depression symptoms. Other studies are suggested.

Key words: Beck Depression Inventory (BDI); elderly; depression; somatic symptoms.

^a *Psychiatry Doctor's Degree student*

^b *PhD in Medicine*

^c *Master's Degree student*

^d *Master in Psychiatry*

^e *Master in Epidemiology*

^f *PhD. Assistant Professor of the Department of Psychiatry and Legal Medicine
UFRGS*

Background

Among the most commonly used instruments to measure depression intensity is Beck's Depression Inventory (BDI). Originally created by Beck and assistants¹ at the University of Philadelphia, in 1961 (English version), BDI is now available in a Portuguese version developed by Cunha and his staff.² Originally BDI was developed for use with psychiatric patients. However, later its use was widened to other contexts of research and people in general.

The Beck Depression Inventory (BDI) is a scale and not a diagnosis instrument. Its intention is, therefore, being a depression intensity measure. In its structure, BDI has a subgroup of cognitive-affective items (Cognitive-Affective subscale) and another that includes somatic and performance complaints (Somatic and Performance subscale). The study of BDI subscales can be of interest in some subpopulations of patients. For example, in a study to check if the two BDI subscales would show a difference between psychiatric patients, patients with medical clinic diseases and subjects from the community, Cunha and his staff³ found that both subscales (Cognitive-Affective and Somatic and Performance), in the Portuguese version showed the difference between the three subsamples.

Depression is considered as one of the most common mental problems among elderly. It is found in one out of every six medical clinic patients and has a high prevalence among elderly in hospitals and in institutions.^{4,5} Though prevalent, depression among elderly is few times diagnosticated and therefore, treated.⁶ In general, differently from adults, elderly look for help for their psychologic sufferings with general physicians instead of mental health professionals.^{7,8} Besides these, other studies suggest differences in depression standards (or depressive

symptomatology) among adults and elderly, among them, the complaint discourse.^{9,10} Such differences must be considered in measure scales that evaluate depressive symptomatology in different samples and in different age groups.¹¹⁻¹³

According to manuals, the use of BDI is recommended for subjects up to the age of 80, since studies with BDI psychometric properties have suggested that the reliability and validity of BDI with elderly is quite good.¹⁵⁻¹⁷ However, other researches point to bias in the item of body image among elderly widows¹² or answers that look for social acceptance and, as a consequence, minimize depressive symptoms among elderly.¹⁸ Elderly also refer to more somatic items.^{11,19-23} However, no studies were found about the performance of BDI subscales in a sample elderly Brazilian patients.

The goal of this study is to examine if there is a difference in the answers of adults and elderly for the Cognitive-Affective and Somatic and the Performance subscales, in a Brazilian sample.

Methods

Sample

The sample was formed by 556 subjects. 217 were adults with a minimum age of 18 and 339 were elderly with an age of 60 or more. Subjects with terminal diseases and elderly with dementia were excluded. The place of identification of the subjects was in clinics, hospitals, community groups and at home. Convenience was the sampling method.

Instruments

The instruments used were sociodemographic data and Beck's Depression Inventory – BDI.¹ BDI is a depression intensity measure. The total BDI score is obtained from the sum of the answers marked by the examinees in the 21 items. The highest score possible is 63. The authors of BDI refer to two subgroups of items of the inventory, (1) the 13 first items that form the Cognitive-Affective subscale, and (2) last eight that form the Somatic and Performance subscale. Cunha and his staff² point out the importance of the use of subscales to identify clinical, psychiatric or community patients. The Portuguese version of the instrument was used.

Procedure for data collection

Adults and elderly were interviewed in clinics, hospitals, community groups and at home. All of them filled out the Informed Agreement Term and then were invited to give sociodemographic and depressive symptoms information (BDI).

The project was duly examined and approved by the Ethics Committee of the Hospital de Clínicas de Porto Alegre, RS, BRAZIL (nr. 01.374).

Procedure for data analysis

The description of the variables was done by using absolute and relative frequencies, as well as the mean, medium and standard deviation.

The comparison of the Cognitive-Affective and Somatic and Performance subscale means was made by using the Student Test-t for dependent samples.

To compare Total BDI values, Cognitive-Affective BDI and Somatic and Performance BDI, the Student Test-t and Variance Analysis, followed by the Tukey multiple comparison test were used. The variables that presented an association with p values smaller than 0.20 were included in the Multiple Linear Regression Analysis which was done for Total BDI and for the respective subscales. The goal was to identify the variables that presented a statistically significant association independently of the others.

Associations with p values lower than 0.05 were considered significant.

All statistical analyses were performed with SPSS version 10.0 for Windows.

Results

Table 1 shows sociodemographic characteristics of the sample studied. According data of population in general, in our sample there are more elderly widowers. The elderly also had a lower schooling level than adults.

In table are the means and standard deviation values of the Cognitive-Affective and the Somatic and performance subscales, as well as Total BDI, according to sex, age group, marital status and schooling variables.

The Cognitive-Affective subscale had statistically significant higher values only for the schooling variable ($p=0.029$), where those with elementary school differed

only from those with higher education. In the Somatic and Performance subscale, differently from the statistically significant differences observed for all the variables studied: women and elderly had, respectively, higher scores than men and adults ($p=0.017$ and $p<0.001$, respectively). Widowers had more Somatic symptoms than subjects from other marital states from the same group ($p<0.001$). Subjects with elementary education had more somatic symptoms than subjects from different education levels ($p<0.001$).

For Total BDI score, a statistically significant difference was observed for all factors except for marital status, where there was no statistically significant difference between the different groups analyzed. Depression intensity was higher for women ($p=0.030$), for elderly ($p<0.001$) and for those with elementary education ($p<0.001$).

Aiming at identifying if elderly – when compared to adults – had different scores in the BDI subscale, weighted means were used for the two subscales (Cognitive-Affective subscale = 13 items; Somatic and Performance subscale = 8 items). For the adult age group, the Cognitive-Affective subscale presented a mean of 0.35 per question (± 0.38) and the Somatic and Performance subscale 0.42 (± 0.44), and this difference was statistically significant ($p=0.016$). Among elderly, the Cognitive-Affective subscale showed a weighted mean of 0.35 (± 0.39) and the Somatic and Performance subscale 0.72 (± 0.53), which is a statistically significant difference ($p<0.001$). Thus, both for adults and elderly the scores were significantly higher in the Somatic and Performance subscale, however, among elderly, the difference between the scores in the two subscales was proportionally even higher in the Somatic and Performance subscale, adding to almost the double of the adult mean.

In Table 3, are the results of the Multiple Linear Regression Analysis. For the Cognitive-Affective subscale, it was found that higher education was the only factor that was significantly associated when controlled for variables included in the model ($\beta=-0.133$). From the result, the conclusion is that higher education is associated with a lower level of cognitive-affective symptoms.

Differently, for the Somatic and Performance subscale, the sex, age group and education factors remained associated, showing that women, elderly and those with a lower education level, present higher scores in this subscale. Through calculations of β , it was possible to verify that, among the variables included in the model, the

higher education factor also presented the greatest influence in the Somatic and Performance subscale ($\beta=-0.257$).

For Total BDI, it was noticed that the sex and education variables remained significantly associated with the total score when controlled for age and marital status group variables. The age group reached a bordering significance. Women and those with lower education obtained the highest Total BDI score. The variable with greatest influence, was again, higher education ($\beta=-0.218$).

Discussion of the results

The most important finding of this study is that the highest score intensity in Total BDI for elderly takes place due to higher points in the Somatic and Performance subscale.

The explanation for this finding could be in the fact that elderly present differences in their appearance, a natural decline of vitality and is frequently affected by physical diseases. As a result, elderly get tired more easily and have a greater number of somatic concerns. In agreement with this result, studies with non-Brazilian samples of elderly have found higher scores in somatic items among elderly.^{11,19,23} A larger number of medical co-morbidities, as well as a larger number of medications used by the elderly age group, even in community samples, may suggest an interference in the answers of elderly. According to Talbot¹², there can be an even greater difference in the answers of elderly widows, especially in the “self image change” item. Studies using BDI with patients in chronic pain also suggest a bias in the depression evaluation as a result of pain.

A second possible explanation for this finding could be in the sociodemographic characteristics of the sample studied. Our sample was formed by a larger number of women and subjects with low education in the elderly age group. At first, this distribution could explain the higher score in the Somatic and Performance subscale among elderly. All scores (total score and scores in both subscales) could be higher for the elderly age group due to the larger number of women and subjects with low education and not by the fact of being elderly (confusion bias). On a second instance, to test this hypothesis, a multiple linear regression analysis was done, which showed that in spite of the sociodemographic

characteristics of the sample, the age factor for Somatic and Performance subscale, does not interfere with the Cognitive-Affective subscale and is at the significance limit of Total BDI ($p=0.051$).

A second finding of this study was the interference of sex and education factors on the answers of the BDI instrument. The variable most consistently associated with depression intensity was education. The highest education level was present as the variable of greatest impact, both on the partial results of the BDI subscales and total score. The mathematical kind of association takes place at an inverse relation. The higher the education, the lower the intensity of psychological symptoms (cognitive) or somatizations (somatic). Thus, education would play a protecting role for depressive symptoms, or for its manifestation. According to Koenig and collaborators²⁴, the level of education is associated with the intensity of depressive symptoms. The sex factor is second in importance, according to multiple linear regression, to influence BDI scores, except for the Cognitive-Affective subscale. This result is in agreement with the highest depression prevalence among women of all ages.²⁵

Restrictions of this study were the sociodemographic variables, different for adults and elderly, as well as the fact that the sample done by convenience. At the same time, the distribution of the aleatory sample could count on a greater number of women, among others, not showing the current natural distribution. We understand that the relatively low BDI means did not become a restriction to our study.

The results of this study suggest caution, even considering that the sample comes from different contexts, to measure the depression intensity with BDI with elderly in our context. Differently from adults, elderly have higher points in Somatic and Performance items. Other studies will be necessary to appraise the correct and specific cut off point for the elderly age group.

The findings agree with the impression that elderly - as compared to adults - have a specific depression standard. However, we don't know the nature of the association of age and higher scores in the Somatic and Performance subscale: if a) the effective presence of more somatic symptoms as a result of aging would lead the elderly to a higher symptoms in the Somatic and Performance subscale (not necessarily meaning depression), or if b) elderly when depressed, by a specific standard related to age, tend to showing their depression more through somatic

perceptions, differently from adults. In agreement with the Second, some authors consider that elderly, in fact, have a more “somatic” kind of depression than adults.^{11-13,18,23,26}

Conclusions

Biological aging brings along a larger quantity of somatic symptoms. Concurrent diseases with aging, too. Thus, it is expected that in Somatic and Performance BDI, elderly subjects have higher scores. According to results of this study, the points of elderly were almost the double of the mean of adults for this subscale. Positive answers of elderly in somatic items must be evaluated with caution, since they can be positive due to age (aging or the existence of other diseases) and not to greater depression. Other studies are suggested in order to understand the real nature of this finding.

References

1. Beck, AT, Ward, CH, Mendelson, M, Mock, J, Erbaugh, J. An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry* 1961;4:461-571.
2. Cunha, JA. *Manual da versão em português das Escalas Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.
3. Cunha, JA, Daudt, PE, Chioqueta, A, Fin, JN. Estudo sobre subescalas do BDI: subescala cognitivo-afetiva e subescala de queixas somáticas e de desempenho. Porto Alegre, RS: VII Encontro Nacional sobre Testes Psicológicos e I Congresso Ibero-Americano de Avaliação Psicológica, *Anais* 1997:317.
4. Beekman, AT, Deeg, DJ, van Tilburg, T, Smit, JH, Hooijer, C, van Tilburg, W. Major and minor depression in later life: a study of prevalence and risk factors. *Journal of Affective Disorders* 1995;36:65-75.
5. Reynolds, CF, Frank, E, Perel, JM, Imber, SD, Cornes, C, Miller, M, et al. Nortriptyline and interpersonal psychotherapy as maintenance therapies for recurrent major depression. *Journal of American Medical Association* 1999;281:39-45.
6. Anonymous. NIH consensus conference: diagnosis and treatment of depression in late life. *Journal of American Medical Association* 1992; 268:1018-1024.

7. Ray, DC, Raciti, MA, MacLean, WE. Effects of perceived responsibility on help-seeking decisions among elderly persons. *Journals of Gerontology: Psychological Sciences* 1992;47:199-205.
8. Davies, RM, Sieber, KO, Hunt, SL. Age-cohort differences in treating symptoms of mental illness: a process approach. *Psychology and Aging* 1994;9:446-453.
9. Blazer, D, Hughes, DC, George, LK. The epidemiology of depression in an elderly community population. *Gerontologist* 1987;27:281-287.
10. Stewart, RB, Blashfield, R, Hale, WE, Moore, MT, May, FE, Marks, RG. Correlate of Beck Depression Inventory scores in an ambulatory elderly population: symptoms, diseases, laboratory values, and medications. *Journal of Family Practice* 1991;32:497-502.
11. Bolla-Wilson, K, Bleecker, ML. Absence of depression in elderly adults. *Journal of Gerontology* 1989; 44(2):53-55.
12. Talbott, MM. Age bias in the Beck Depression Inventory: a proposed modification for use with older women. *Clinical Gerontologist* 1989;9(2):23-35.
13. Newmann, JP, Klein, M, Jensen, JE, Essex, MJ. Depressive symptoms experiences among older women: a comparison of alternative measurement approaches. *Psychology and Aging* 1996;11:112-126.
14. Cunha, JA, Argimon, IIL. A capacidade de instrumentos de auto-relato de discriminarem pessoas que vivem na comunidade ou em instituições de idosos. Porto Alegre, RS: VIII Congresso Nacional de Avaliação Psicológica. *Programa Pôsters* 1999;74.
15. Gallagher, D, Nies, G, Thompson, LW. Reliability of the Beck Depression Inventory with older adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1982;50:152-153.
16. Gallagher, D, Breckenridge, J, Steinmetz, J, Thompson, L. The Beck Depression Inventory and research diagnostic criteria: congruence in an older population. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1983;51:945-946.
17. Gallagher, D. The Beck Depression Inventory and older adults: review of its development and utility. *Clinical Gerontologist* 1986;5:149-163.
18. Cappeliez, P. Social desirability response set and self-report depression inventories in the elderly. *Clinical Gerontologist* 1989;9(2):45-52.

19. Berry, JM, Storandt, M, Coyne, A. Age and Sex differences in somatic complains associated with depression. *Journal of Gerontology* 1984;39:465-467.
20. Berkman, LF, Berkman, CS, Kasl, S, Freeman, DH, Leo, JL, Ostfeld, AM, Cornoni-Huntley, J, Brody, JA. Depressive symptoms in relation to physical health and functioning in the elderly. *American Journal of Epidemiology* 1986;124(3):372-388.
21. Wesley, AL, Gatchel, RJ, Polatin, PB, Kinney, RK, Mayer, TG. Differentiation between somatic and cognitive/affective components in commonly used measurements of depression in patients with chronic low-back pain: let's not mix apples and oranges. *Spine* 1991;16(6supl):s19-21.
22. Wallace, J, Pfohl, B. Age-related differences in the symptomatic expression of major depression. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 1995;183(2):99-102.
23. Kim, Y, Pilkonis, PA, Frank, E, Thase, ME, Reynolds, CF. Differential functioning of the Beck Depression Inventory in late-life patients: use of item response theory. *Psychology and Aging* 2002;17(3):379-391.
24. Koenig, HG, Meador, KG, Shelp, F, et al. Depressive disorders in hospitalized medically ill patients: a comparison of young and elderly men. *J Am Geriatr Soc* 1991;39:881-890.
25. Blazer, DG. Mood disorders: epidemiology. In Kaplan & Sadock's (Eds.). *Comprehensive textbook of psychiatry* 7ed. USA: Lippincott Williams & Wilkins, 2000: 1298-1308.
26. Gatz, M, Hurwicz, M. Are old people more depressed? Cross-sectional data center for epidemiological studies depression scale factors. *Psychology and Aging* 1990;5:284-290.

Correspondence to:

Clarissa Marcelli Trentini

Rua Duque de Caxias, 888 ap. 303

CEP 90.010-280 - Porto Alegre, RS, Brasil

E-mail: clarissatrentini@aol.com

Fone: 051 3221.9156 ou 3222.3113

Table 1. Sociodemographic characteristics of the sample studied (n=556).

Variables	Adults (n= 217)		Elderly (n= 339)		p
	n	%	n	%	
Gender					0.058*
<i>Male</i>	114	53	149	44	
<i>Female</i>	103	47	190	56	
Age (mean; sd)	38.1 (±12.5)		73.4 (±8.3)		
Marital status					<0.001#
<i>Single</i>	92	42	54	16	
<i>Married/with a companion</i>	117	54	169	50	
<i>Widowed</i>	8	4	116	34	
Level of education					<0.001#
<i>Elementary school</i>	75	35	226	67	
<i>High school</i>	59	27	64	19	
<i>College degree</i>	83	38	49	14	

* χ^2 test with Yates's correction# Pearson's χ^2 test**Table 2. Description (mean ± sd) subscale values Cognitive-Affective and Somatic and Performance and Total BDI, according to sociodemographic variables (n=556).**

Variables	Subscale Cognitive-Affective	Subscale Somatic and Performance	Total BDI
Gender			
M	4.2±4.6	4.4±4.2	8.5±7.4
F	4.9±5.3	5.2±4.1	9.9±8.1
p*	0.108	0.017	0.030
Age group#			
Adults	4.5±4.9/3	3.3±3.5/2	7.6±7.1/5
Elderly	4.6±5.0/3	5.8±4.2/5	10.3±8.1/8
p*	0.919	<0.001	<0.001
Marital status			
Single (G1)	4.6±5.2	3.9±3.7	8.4±7.4
Married/with a companion (G2)	4.6±5.1	4.7±4.3	9.4±8.1
Widowed (G3)	4.4±4.3	6.3±3.9 ^A	10.6±7.4
p**	0.901	<0.001	0.062
Level of education			
Elementary School (G1)	5.0±5.2 ^C	6.0±4.3 ^B	10.9±8.2 ^B
High School (G2)	4.5±4.8	4.0±3.7	8.1±7.0
College (G3)	3.6±4.4	2.9±3.1	6.5±6.5
p**	0.029	<0.001	<0.001

* t student test

** ANOVA

^A group 3 different from others groups, according to the Tukey's Test for Multiple Comparisons

^B group 1 different from other groups, according to the Tukey's Test for Multiple Comparisons

^C group 1 different from group 3, according to the Tukey's Test for Multiple Comparisons

mean±sd/median

Table 3. Results of the Multiple Linear Regression between BDI Cognitive-Affective, BDI Somatic and Performance and Total BDI, and the sociodemographic variables (n=556).

Variables	Subescala Cognitivo-Afetiva			Subescala Somática e de Desempenho			Total BDI		
	b(IC _{95%})	β	p	b(IC _{95%})	β	p	b(IC _{95%})	β	p
Gender									
<i>Male</i>	-0.7(-1.6;.09)	-.074	0.230	-0.7(-1.3;-.003)	-.081	0.049	-1.4(-2.8;-0.1)	-.092	0.033
Age group									
<i>Elderly</i>	-0.4(-1.3;0.5)#	-.043#	0.332#	1.5(0.8;2.3)	.180	<0.001	1.4(-.01;2.9)	.090	0.051
Marital status*									
Married/with a companion	—	—	—	0.1(-0.7;0.9)	.016	0.746	-.03(-1.6;1.5)	-.002	0.969
<i>Widowed</i>	—	—	—	0.5(-0.5;1.5)	.050	0.340	-0.3(-2.3;1.8)	-.014	0.799
Level of education**									
<i>High School</i>	-0.6(-1.7;0.4)	-.054	0.230	-1.6(-2.5;-0.8)	-.164	<0.001	-2.6(-4.2;-1.0)	-.139	0.002
<i>College</i>	-1.6(-2.6;-0.5)	-.133	0.004	-2.5(-3.3;-1.7)	-.257	<0.001	-4.0(-5.6;-2.3)	-.218	<0.001

* both age ranges were compared to the 60-69 year-old group

** both levels of education were compared to elementary school

although the age group variable has attained the significance to enter the Multiple Linear Regression Analysis, when related to the Cognitive-Affective BDI, it was done because it was the main factor being studied

II CONCLUSÕES

A partir da investigação de qualidade de vida e depressão em idosos, pôde-se concluir que:

- ❖ Os idosos constituem um grupo particular e, como tal, apresentam especificidades de importante relevância para a qualidade de vida;
- ❖ Profissionais e idosos beneficiar-se-ão de instrumentos específicos para avaliação de qualidade de vida na velhice;
- ❖ A avaliação dos idosos em relação às suas percepções de QV está associada a sexo, idade, estado civil, classe social e percepção de saúde, mas mais fortemente associada a níveis de sintomas depressivos;
- ❖ Existe uma tendência de o cuidador perceber a QV do idoso pior do que a própria percepção do idoso. Contudo, apesar disso, há uma forte correlação para todos os domínios e na medida QV geral na percepção do par idoso-cuidador;
- ❖ As variáveis sintomatologia depressiva e nível de independência são importantes para a percepção saudável ou doente. Quanto maior a intensidade de depressão, maior a associação com percepção "doente", já quanto maior o nível de independência, maior a correlação com percepção "saudável" entre idosos internados;
- ❖ A intensidade de depressão do idoso aferida pelo BDI pode estar maximizada em decorrência de fatores somáticos e de desempenho. Pontos de corte diferenciados da população adulta são sugeridos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Backman, L., Mäntyla, T., Herlitz, A. (1990). The optimization of episodic remembering in old age. In Baltes, P.B. e Baltes, M.M. (eds.). *Successful aging: perspectives from the behavioral sciences*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Baiyewu, O. (1992). Life satisfaction in elderly nigerians: reliability and factor composition of life satisfaction index Z. *Age and ageing*, 21:256-261.
- Baltes, P.B., Baltes, M.M. (1990). *Successful aging: perspectives from the behavioral sciences*. Cambridge University Press, New York.
- Birren, J.E., Bengston, V.L. (1988). *Emergent theories of aging*. Nova York: Springer.
- Blazer, D.G. (1993). *Depression in late life*. Second edition. Mosby Ed. p. 55.
- Bowling, A. (1995). What things are important in people's lives? *Soc Sci Med*, 41(10): 1447-1462.
- Browne, J.P., O'Boyle, C.A., McGee, H.M. et al. (1994). Individual quality of life in the healthy elderly. *Quality of Life Research*. 3:235-244.
- Busse, E.W. (1987). Primary and secondary aging. In G.L. Maddox (Ed.), *The encyclopedia of aging*. New York: Springer.
- Carpenito, L.J. (1995). *Nursing diagnosis: application to clinical practice*. 6.ed. Philadelphia, Lippincott.
- Farran, C.J., Herth, K.A., Popovich, J.M. (1995). *Hope and hopelessness: critical clinical constructs*. Thousand Oaks, Sage.
- Fleck, M., Louzada, S., Silva, A.F., Santos, L., Provenzi, V., Chachamovich, E., Pinzon, V.D., Chachamovich, R. (1998). Apresentação do instrumento de medida de qualidade de vida – módulo HIV/AIDS. *Revista HCPA*, vol 18:265.

Fleck, M., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L., Pinzon, V. (1998^b). Application of the Portuguese version of the instrument for the assessment of quality of life of the World Health Organization (WHOQOL-100). *Revista de Saúde Pública*, 33, 2: 198-205. São Paulo.

Fleck, M., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G.M., Santos, L., Pinzon, V. (2000). Application of the Portuguese version of the abbreviated instrument of quality of life Whoqol-Bref. *Rev Saúde Pública*, Apr;34(2):178-83.

Fleck, M.P., Borges, Z.N., Bolognesi, da Rocha N.S. (2003). Development of WHOQOL spirituality, religiousness and personal beliefs module. *Rev Saúde Pública*, Aug;37(4):446-55.

Freitas, E.V., Py, L., Neri, A.L., Cançado, F.A.X., Gorzoni, M.L., Rocha, S.M. (2002). *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A.

Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2000). Disponível em <http://www.ibge.gov.br>.

Goldstein, L. L. (1995). Stress e coping na vida adulta e na velhice. In Neri, Anita Liberalesco (org.). *Psicologia do envelhecimento: temas selecionados na perspectiva de curso da vida*. Campinas, SP: Papyrus.

Hänninen, T. et al. (1996). Prevalence of ageing-associated cognitive decline in a elderly population. *Age and ageing*, 25:201-205.

Haug, M., Belkgrave, L., Gratton, B. (1984). Mental health and the elderly: factors in stability and change over time. *Journal of Health and Social Behavior*, 25, 100-115.

Havighurst, R.J. (1963). Sucessful aging. In *Processes of Aging* (Edited by Williams, R.H., Tibbits, C. and Donahueeds, W.), Vol.I. Atherton Press, New York.

Horn, J.C., Meer, J. (1987). The vintage years. *Psychology Today*, May:76-90.

Katz, S., Branch, L.G., Branson, M.H., Papsidero, J.A., Beck, J.C., Greer, D.S. (1983). Active life expectancy. *New England Journal of Medicine*, 309:1218-1224.

Lawton, M.P. (1991). A multidimensional view of quality of life in frail elders. In Birren, J.E., Lubben, J.E., Rowe, J.C. et al. *The concept and measurement of quality of life in the frail elderly*. San Diego, Academic Press.

Leme, L.E.G. (1996). A gerontologia e o problema do envelhecimento. Visão histórica. In Papaléo Netto M (Ed.), *Gerontologia*. São Paulo: Ed. Atheneu, 13-25.

Lindgren, A.M. (1994). Factors related to perceived health among elderly people: the Albertina project. *Age and aging*, 23:328-333.

- Fallowfield, L. (1990). *The quality of life: the missing measure in health care*. Souvenir Press.
- Longino, C.E. (1987). *The oldest Americans: State profiles for data-based planning*. Coral Gables, FL: University of Miami, Department of Sociology.
- Miller, J.F. (1985). Hope doesn't necessarily spring eternal - sometimes it has to be carefully mined and channeled. *AJN* 85:23-25.
- Neri, A.L. (1993). *Qualidade de vida e idade madura*. Campinas, SP: Papirus.
- Neri, A.L. (2000). Qualidade de vida na velhice e atendimento domiciliário. In Duarte, YAO. e Diogo, MJD. (orgs.) *Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico*. São Paulo: Editora Atheneu.
- Netto, M.P. (2002). O estudo da velhice no século XX: histórico, definição do campo e termos básicos. In EV Freitas et al. (Eds.), *Tratado de geriatria e gerontologia* (2-12). Guanabara Koogan, RJ.
- Papalia, D.E., Olds, S.W. (2000). *Desenvolvimento humano*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul.
- Rocha, N.S. (2002). *Associação entre estado de saúde, espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais e qualidade de vida*. [dissertação de mestrado]. UFRGS. PPG em Psiquiatria.
- Rosenberg, H.M., Ventura, S.J., Maurer, J.D., et al. (1996). *Births and deaths: United States, 1995* (Monthly Vital Statistics Report V.45(3sl2)). Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics.
- Rowe, J.W., Kahn, R.L. (1987). Human aging: usual and successful. *Science*, 237:143- 149.
- Rudinger, G., Thomae, H. (1990). The Bonn Longitudinal Study of aging: coping, life adjustment, and life satisfaction. In: P.B. Baltes & M.M. Baltes (1990). *Successful aging: perspectives from the behavioral sciences*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Shekhar, K.O., Suzannes, S., Fleck, M.P.A., Group W.H. (2003). Preliminary development of the World Health Organization's Quality of Life HIV instrument (WHOQOL-HIV): analysis of the pilot version. *Social Science and Medicine*, 57(7):1259-1275.

The WHOQOL group. (1998). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Soc Sci Med*, 46:1569-85.

Treas, J. (1995). Older Americans in the 1990s and beyond. *Population Bulletin*, 50(2). Washington, DC: Population Reference Bureau.

Zimpel, R. (2003). *Avaliação de qualidade de vida em pacientes com HIV/AIDS*. [dissertação de mestrado]. UFRGS. PPG em Psiquiatria.

ANEXOS

ANEXO 1

Etapas do Projeto WHOQOL-OLD

Metodologia e Estratégia de ação

A metodologia e estratégia de ação deste projeto seguirá um conjunto de passos claramente definidos e já utilizados no desenvolvimento de outros módulos do WHOQOL com considerável sucesso. Um grupo coordenador associado ao Centro coordenador em Edimburgo, Escócia, com experiência em desenvolvimento de medidas em qualidade de vida sistematizará diretrizes para obtenção de informações em grupos focais em cada um dos centros participantes. Estas diretrizes buscarão identificar possíveis lacunas na versão para adultos não idosos do WHOQOL-100 que servirão de base para a discussão em grupos focais. O material oriundo dos grupos focais nos diferentes centros servirá de base para a formulação de perguntas (itens) pelo grupo coordenador a partir de critérios definidos para elaboração de itens já utilizados pelos outros módulos do projeto WHOQOL. Estes itens serão enviados a cada Centro Colaborador para tradução e retrotradução até haver uma concordância em relação aos itens centrais. Além disso, cada centro terá a liberdade de incluir “Itens nacionais” aos itens nucleares. A possibilidade de inclusão destes itens reflete a preocupação de permitir que aspectos específicos ligados a uma determinada cultura possam ser contemplados ao lado de itens universais transculturalmente aceitos.

A segunda fase deste projeto consistirá na coleta de dados de um teste piloto a partir de uma amostra pré-definida de adultos idosos em cada centro. O objetivo desta etapa é a coleta de pelo menos 300 respondedores utilizando o WHOQOL-100 e o módulo para idosos junto com os eventuais itens adicionais de cada centro.

Os dados de cada centro deste piloto serão enviados para o Centro colaborador em Edimburgo onde será realizada a checagem para a análise inicial. Os dados serão analisados com uma variedade de técnicas estatísticas para a seleção de itens e facetas baseados nas características psicométricas dos mesmos. O objetivo desta etapa será o de combinar uma análise empírica e conceitual do desempenho do módulo piloto a fim de produzir uma versão para Teste de campo do módulo de adultos idosos.

A terceira etapa quando uma versão do WHOQOL-OLD já estará disponível, será realizado um estudo utilizando o novo instrumento para avaliar a qualidade de vida no envelhecimento saudável. Este estudo incluirá uma análise de vários parâmetros individuais, sociais e transculturais a fim de identificar fatores que contribuam para um envelhecimento saudável.

Passo 1: Revisão

Objetivo: Revisão do instrumento WHOQOL pelos centros participantes para identificar lacunas ou áreas de expansão do WHOQOL-OLD.

Metodologia: Coordenado pelo Centro Coordenador em Edimburgo, envolvendo os centros participantes. Revisão da literatura em qualidade de vida em idosos, revisão do conteúdo de medidas já existentes e sugestões preliminares de experts em cada uma dos centros. Um encontro geral de todos os participantes permitirá uma decisão preliminar de lacunas e diretrizes para os grupos focais.

Produto: Lista de lacunas relevantes para idosos no WHOQOL.

Conjunto de diretrizes para os grupos focais traduzidos para a língua local.

Passo 2: Grupos focais

Objetivo: Realização de grupos focais com idosos, profissionais de saúde e quando apropriado com cuidadores com a finalidade de identificar áreas a serem incluídas no módulo WHOQOL.

Metodologia: Os grupos focais serão desenvolvidos segundo as diretrizes definidas no passo 1. O resultado dos grupos focais em cada um dos centros serão sumarizados pelo Centro Coordenador. Aspectos de qualidade de vida levantados pela maioria dos centros serão incluídos como facetas nucleares do instrumento que serão definidos pelo Centro Coordenador em parceria com os centros participantes. Facetas específicas de uma determinada cultura não partilhados pelos demais serão incluídos como “itens nacionais”.

Produto: Sumarização do conteúdo dos grupos focais.

Passo 3: Módulo Piloto

Objetivos: Gerar questões (itens) para cada uma das facetas definidas no passo 2.

Metodologia: Serão gerados pelo seis itens por faceta para possibilitar do ponto de vista psicométrico a escolha dos 4 melhores itens por faceta, seguindo o modelo utilizado de 4 itens por faceta do WHOQOL-100. Os itens serão gerados em Inglês e depois traduzidos e retrotraduzidos e avaliados tanto pelo centro participante como pelo centro coordenador.

Produto: Conjunto de questões nucleares disponível na língua de cada um dos centros.

Passo 4: Coleta de dados para o Piloto

Objetivos: Coleta dados de no mínimo 300 respondedores em cada centro.

Metodologia: Esta amostra será de conveniência e dividida igualmente em doentes/sadios, homens/mulheres, 60 a 69 anos, 70 a 79 anos e > 80 anos. Os dados de cada um dos respondentes incluirão o WHOQOL-100, módulo do WHOQOL-OLD, avaliação da importância das facetas, dados sociodemográficos e status de saúde.

Produto: Um conjunto de 16 bancos de dados de cada um dos 16 centros participantes.

Passo 5: Análise dos dados do piloto

Objetivos: Análise e recomendações preliminares a respeito do conteúdo do WHOQOL-OLD

Metodologia: A análise preliminar das características dos itens seguirá o modelo utilizado pelo WHOQOL-100 e será realizado com os dados colhidos por todos os centros no centro coordenador. Análises de alguns dados individuais poderão ser feitas em cada centro participante. A base de dados será inicialmente checada. Dados faltantes (“missing values”) serão trabalhados caso forem poucos e dentro de limites pré-determinados, caso contrários estes casos serão eliminados. Os casos serão inicialmente analisados pela frequência de resposta de item, análise de confiabilidade da faceta e correlação intra e inter facetas. Estas análises serão feitas em três níveis: nos centros individuais, comparativa entre os centros e com a amostra global para decisão de quais itens serão mantidos. Análise discriminante será realizada para avaliar que itens distinguem idosos doentes de sadios. Análise adicional será realizada para investigar a estrutura do WHOQOL-OLD.

Produto: Sumário estatístico para apresentação e discussão com os centros participantes.

Passo 6: Módulo para o Teste de Campo.

Objetivos: Produção de uma versão do WHOQOL-OLD para ser testada .

Metodologia: Os dados do piloto serão analisados baseado na análise empírica e conceitual. Quatro itens serão selecionados para representar cada faceta. Facetas serão selecionadas se preencherem critérios psicométricos aceitáveis (Coeficiente de Cronbach) e facetas não serão aceitas se meramente repetirem facetas incluídas no WHOQOL-100. Se alguns

centros incluírem “itens nacionais” análises empíricas ajudarão a decidir a necessidade de manter estes itens.

Produto: Versão do instrumento para o Teste de Campo.

Passo 7: Medida de atitude em relação ao envelhecimento

Objetivos: Produção de um questionário para avaliar “Atitudes em relação ao envelhecimento”, baseado nos dados dos grupos focais e da coleta preliminar do Piloto.

Metodologia: Alguns centros explorarão atitudes em relação ao envelhecimento como um construto separado nos grupos focais. Uma sub-escala breve será desenvolvida para explorar atitudes em relação ao envelhecimento no Piloto subsequente e no Teste de Campo no WHOQOL-OLD.

Produto: Um questionário sobre “Atitudes diante do Envelhecimento” de 20-30 itens que poderá ser usado no Teste de Campo.

Passo 8: Teste de Campo

Objetivos: Teste de Campo

Metodologia: A produção do teste de campo permitirá a inclusão de uma ampla variedade de projetos simultâneos nos diferentes centros. Serão estimulados (1) estudos epidemiológicos com amostras representativas da população para fornecer dados de representatividade e que podem fornecer dados normativos e hipóteses testáveis para comparação com sub-grupos específicos; (2) análises de confiabilidade teste-reteste; (3) análise de sensibilidade a mudança em relação a intervenções específicas; (4) estudos comparativos de diferentes tipos de intervenção,

Produto: Diferentes estudos que relaciona qualidade de vida e envelhecimento.

Passo 9: Análise dos dados do Teste de Campo

Objetivos: Analisar dados relativos a amostra global e/ou das amostras de cada centro.

Testar a possibilidade de uma versão abreviada do WHOQOL-OLD.

Examinar a questão do envelhecimento normal entre e dentro das culturas.

Metodologia: Exame do desempenho do WHOQOL-OLD e a possibilidade de desenvolver uma versão reduzida do instrumento com preservação das propriedades psicométricas. As análises também examinarão a relação entre qualidade de vida e envelhecimento saudável.

Produto: Desempenho psicométrico de uma possível versão abreviada do instrumento.

Passo 10: Publicação e disseminação dos resultados

Objetivos: Publicar e disseminar os resultados do WHOQOL-OLD e os achados em relação ao envelhecimento saudável em revistas de circulação nacional e internacional, conferências, serviços de saúde pública e grupos da comunidade.

Metodologia: Cada centro será responsável pela publicação e disseminação dos achados nacionais em envelhecimento normal e qualidade de vida. Centro coordenador se responsabilizará por articular pesquisadores dos diferentes centros para se responsabilizar pelas publicações principais, apresentação em conferências e outras formas de divulgação.

Produto: Publicações em revistas nacionais, internacionais e outras publicações (p.ex. um livro genérico sobre o WHOQOL-OLD, com traduções nacionais).

ANEXO 2

CONVITE À PARTICIPAÇÃO DE UM ESTUDO SOBRE QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS

Estamos realizando um trabalho de pesquisa sobre como é que as pessoas acima de 60 anos acham que está a sua vida nas últimas semanas. Para isto, gostaríamos de contar com a sua colaboração durante alguns minutos para responder a um questionário. Serão feitas várias perguntas sobre diferentes aspectos de sua vida: sua saúde física, sua vida emocional, sua relação com amigos e familiares, seu meio-ambiente.

Esta pesquisa está sendo feita em conjunto com mais 22 países em todo mundo, e é coordenada pelas Organização Mundial de Saúde. Em Porto Alegre, o grupo coordenador pertence ao Hospital de Clínicas de Porto Alegre e tem como responsável o Dr. Marcelo Fleck (fone HCPA: 51 3316.8413).

Gostaríamos de deixar claro que o(a) senhor(a) deve ter toda a liberdade para interromper o questionário se desejar ou negar-se a responder, caso o(a) senhor(a) não esteja de acordo em participar. Asseguramos que todas as informações prestadas pelo(a) senhor(a) são sigilosas e serão utilizadas somente para esta pesquisa. A divulgação das informações serão anônimas e em conjunto com as respostas de um grupo de 300 pessoas.

Para algumas pessoas que concordarem, estaremos fazendo novo questionário no prazo de até uma semana da data do primeiro encontro, com o objetivo de melhor avaliar os instrumentos deste estudo.

Se você tiver alguma pergunta a fazer antes de decidir, sinta-se a vontade para fazê-la.

Data: ____/____/200_

Nome do(a) entrevistado(a): _____

Assinatura: _____

Nome do(a) entrevistador(a): _____

Assinatura: _____

ANEXOS 3 e 4

Nº _____

INFORMAÇÕES SÓCIODEMOGRÁFICAS

Método de administração:

1. Por E-mail 3. Feita pelo entrevistador 5. Outro: _____
 2. Auto-administrada 4. Feita pelo telefone _____

Nome: _____

1 Sexo: 1. Masculino 2. Feminino

2 Idade: _____

3 Estado civil atual:

1. Solteiro (nunca casou)
 2. Casado
 3. Vivendo maritalmente
 4. Separado/Divorciado (sem companheiro atual)
 5. Viúvo

4 Mais alto nível de escolaridade alcançado:

1. Ensino fundamental
 2. Ensino médio
 3. Curso técnico
 4. College
 5. Curso superior
 6. Analfabeto (incapaz de ler ou escrever)
 7. Outra: Por favor, especifique
- _____

5 Situação de moradia:

1. Morando na sua casa (apoiado pela família, cuidador ou companheiro)
 2. Morando com sua família, mas não na sua própria casa
 3. Morando na sua casa (sem apoio da família/cuidador ou companheiro)
 4. Morando em um lar de idosos
 5. Morando em um abrigo protegido/cuidado pela comunidade
 6. Morando num lar com cuidados de enfermagem
 7. Morando numa enfermagem de longa permanência (hospital)

- 8.Outro (por favor, dê detalhes abaixo)

6 Qual era a sua ocupação anterior?

- 1.**Profissional graduado ou Administrador** (por ex., médico, professor, engenheiro, artista, contador, executivo, funcionário público graduado, etc.)
- 2.**Vendas e Serviços** (por ex., gerente de vendas, proprietário de loja, vendedor, corretor de seguros, policial, garçom, zelador, cabeleireiro, etc.)
- 3.**Trabalhador técnico e Auxiliar** (por ex., mecânico, auxiliar de gráfica, costureira, eletricitista, secretária, auxiliar de escritório, técnico de contabilidade, gerente de escritório, etc.)
- 4.**Trabalhador semi ou Não qualificado** (por ex., trabalhador de construção civil, motorista de ônibus, operário, padeiro, porteiro, etc.)
- 5.**Fazenda** (por ex., fazendeiro ou trabalhador rural, etc.)
- 6.**Militar**
- 7.**Afazeres domésticos**
- 8.**Trabalho não remunerado**
- 9.**Outro: Por favor, especifique**

7 Por favor, assinale **qualquer** das alternativas abaixo que melhor se aplica a você.

- 1.Empregado em tempo integral
- 2.Empregado em tempo parcial (um turno)
- 3.Empregado eventualmente
- 4.Trabalhador autônomo
- 5.Desempregado, procurando trabalho
- 6.Aposentado
- 7.Permanentemente incapacitado para o trabalho
- 8.Estudante
- 9.Afazeres domésticos
- 10.Trabalho voluntário

8 Se você está empregado atualmente, qual é a sua ocupação no momento?

- 1.**Profissional graduado ou Administrador** (por ex., médico, professor, engenheiro, artista, contador, executivo, funcionário público graduado, etc.)

- 2. **Vendas e Serviços** (por ex., gerente de vendas, proprietário de loja, vendedor, corretor de seguros, policial, garçom, zelador, cabeleireiro, etc.)
- 3. **Trabalhador técnico e Auxiliar** (por ex., mecânico, auxiliar de gráfica, costureira, eletricitista, secretária, auxiliar de escritório, técnico de contabilidade, gerente de escritório, etc.)
- 4. **Trabalhador semi ou Não qualificado** (por ex., trabalhador de construção civil, motorista de ônibus, operário, padeiro, porteiro, etc.)
- 5. **Fazenda** (por ex., fazendeiro ou trabalhador rural, etc.)
- 6. **Militar**
- 7. **Afazeres domésticos**
- 8. **Trabalho não remunerado**
- 9. **Outro: Por favor, especifique**

9 Em comparação a outras pessoas da sua idade, como você classificaria a sua situação financeira e bens (posses)?

- 1. Bem acima da média
- 2. Levemente acima da média
- 3. Na média
- 4. Levemente abaixo da média
- 5. Bem abaixo da média

10 Sobre seu relacionamento com o seu companheiro:

- 1. Eu não tenho companheiro
- 2. Eu não tenho relacionamento íntimo e próximo
- 3. Raramente íntimo e próximo
- 4. Algumas vezes íntimo e próximo
- 5. Muito íntimo e próximo

11 Quantos filhos você tem? _____

12 Quão satisfeito você está com o seu relacionamento com os seus filhos?

- 1. Muito satisfeito
- 2. Satisfeito
- 3. Nem satisfeito e nem insatisfeito
- 4. Insatisfeito
- 5. Muito insatisfeito
- 6. Não se aplica

13 Quantos netos você tem? _____

14 Quanto satisfeito você está com o seu relacionamento com os seus netos?

- 1.Muito satisfeito
- 2.Satisfeito
- 3.Nem satisfeito e nem insatisfeito
- 4.Insatisfeito
- 5.Muito insatisfeito
- 6.Não se aplica

15 Você se considera, de um modo geral, uma pessoa saudável ou doente?

- 1.Saudável
- 2.Doente

16 Por favor, dê detalhes de qualquer problema de saúde que você tenha que possa interferir com sua qualidade de vida.

--

17a Caso você tenha algum problema de saúde, você usa medicação em função dele?

- 1.Sim
- 2.Não
- 3.Nenhum problema de saúde devido à medicação
- 4.Não se aplica

17b Se sim, por favor, dê detalhes das medicações que você usa:

Medicação	Para quê usa?
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	

18a Você usa algum remédio complementar (por ex., vitaminas, ou outras substâncias não prescritas por um médico)?

- 1.Sim 2.Não

18b Se sim, por favor dê detalhes das substâncias que você usa e quão frequentemente você as usa.

--

19 Você fuma cigarros?

- 1.Fumante
 - 1a.Quantos por semana: _____
- 2.Ex-fumante
 - 2a.Há quanto tempo você deixou de fumar? ____anos
____ meses
- 3.Nunca fumou

20 Quão freqüentemente você consome bebida alcoólica?

- 1.Diariamente
- 2.Muitas vezes na semana
- 3.Aproximadamente uma vez por semana
- 4.Aproximadamente duas vezes por mês
- 5.Uma vez por mês ou menos
- 6.Nunca

21 Quantos copos de bebida alcoólica consome nos dias em que bebe?

- 1) 1 ou 2
- 2) 3 ou 4
- 3) 5 ou 6
- 4) 7 a 9
- 5) 10 ou mais
- 6) Não se aplica

22 Condição:

- 1.Internação
- 2.Ambulatório
- 3.Comunitário

O Sr.(a) poderia nos fornecer um telefone para contato? _____

Obrigado(a) por completar este formulário!

ESCALA PARA NÍVEL SOCIOECONÔMICO

A Associação Brasileira de Institutos de Pesquisa de Mercado criou, em 1978, um novo sistema de classificação socioeconômica. O conceito básico desta classificação é discriminar as pessoas sócio-economicamente mediante informações sobre sua escolaridade e a posse de determinados 'itens de conforto', tais como televisor, geladeira, rádio, automóvel e empregados domésticos. É levado em consideração o número de entidades possuídas, item por item ao invés de simplesmente atribuírem-se pontos conforme a presença ou ausência de cada item. A soma dos pontos obtidos vai incluir a pessoa entrevistada nas classes A, B, C, D e E, conforme mostrado a seguir.

Critério

Item	Não tem	1	2	3	4	5	6 ou mais
TV	0	2	4	6	8	10	12
Rádio	0	1	2	3	4	5	6
Banheiro	0	2	4	6	8	10	12
Carro	0	4	8	12	16	16	16
Empregada	0	6	12	18	24	24	24
Telefone	0	5	5	5	5	5	5
Geladeira	0	2	2	2	2	2	2

Instrução do chefe da família	Pontos
Analfabeto/Primário incompleto	0
Primário completo/Ginásial incompleto	1
Ginásial completo/Colegial incompleto	3
Colegial completo/Superior incompleto	5
Superior completo	10

Por exemplo:

O sujeito X possui 1 televisão, 3 rádios, 1 automóvel, 1 telefone e 1 geladeira.

X tem nível superior incompleto. Assim, X tem a seguinte pontuação:

$$2 + 3 + 4 + 5 + 2 + 5 = 21$$

Com isto, X é classificado na classe B.

Classe	Pontos
A	35 ou mais
B	21 a 34
C	10 a 20
D	5 a 9
E	0 a 4

Obrigado(a)!

ANEXO 5

MEDINDO QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE
AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA
WHOQOL-100 (OMSQDV-100)
versão em Português

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. Por favor, responda todas as questões. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser a sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência **às duas últimas semanas**.

Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

<i>Quanto você se preocupa com sua saúde?</i>				
nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você se preocupou com sua saúde nas últimas duas semanas. Portanto, você deve fazer um círculo no número 4 se você se preocupou "bastante" com sua saúde, ou fazer um círculo no número 1 se você não se preocupou "nada" com sua saúde. Por favor, leia cada questão, veja o que você acha, e faça um círculo no número que lhe parece a melhor resposta.

Muito obrigado por sua ajuda.

As questões seguintes são sobre *o quanto* você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas. Por exemplo, sentimentos positivos tais como *felicidade* ou *satisfação*. Se você sentiu estas coisas "*extremamente*", coloque um círculo no número abaixo de "*extremamente*". Se você não sentiu nenhuma destas coisas, coloque um círculo no número abaixo de "*nada*". Se você desejar indicar que sua resposta se encontra entre "*nada*" e "*extremamente*", você deve colocar um círculo em um dos números entre estes dois extremos. As questões se referem **às duas últimas semanas**.

F1.2 Você se preocupa com sua dor ou desconforto (físicos)?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F1.3 Quão difícil é para você lidar com alguma dor ou desconforto?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F1.4 Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F2.2 Quão facilmente você fica cansado(a)?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F2.4 O quanto você se sente incomodado(a) pelo cansaço?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F3.2 Você tem alguma dificuldade para dormir (com o sono)?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F3.4 O quanto algum problema com o sono lhe preocupa?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F4.1 O quanto você aproveita a vida?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F4.3 Quão otimista você se sente em relação ao futuro?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F4.4 O quanto você experimenta sentimentos positivos em sua vida?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F5.3 O quanto você consegue se concentrar?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F6.1 O quanto você se valoriza?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F6.2 Quanta confiança você tem em si mesmo?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F7.2 Você se sente inibido(a) por sua aparência?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F7.3 Há alguma coisa em sua aparência que faz você não se sentir bem?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F8.2 Quão preocupado(a) você se sente?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F8.3 Quanto algum sentimento de tristeza ou depressão interfere no seu dia-a-dia?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F8.4 O quanto algum sentimento de depressão lhe incomoda?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F10.2 Em que medida você tem dificuldade em exercer suas atividades do dia-a-dia?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F10.4 Quanto você se sente incomodado por alguma dificuldade em exercer as atividades do dia-a-dia?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F11.2 Quanto você precisa de medicação para levar a sua vida do dia-a-dia?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F11.3 Quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F11.4 Em que medida a sua qualidade de vida depende do uso de medicamentos ou de ajuda médica?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F13.1 Quão sozinho você se sente em sua vida?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F15.2 Quão satisfeitas estão as suas necessidades sexuais?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F15.4 Você se sente incomodado(a) por alguma dificuldade na sua vida sexual?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F16.1 Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F16.2 Você acha que vive em um ambiente seguro?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F16.3 O quanto você se preocupa com sua segurança?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F17.1 Quão confortável é o lugar onde você mora?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F17.4 O quanto você gosta de onde você mora?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F18.2 Você tem dificuldades financeiras?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F18.4 O quanto você se preocupa com dinheiro?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F19.1 Quão facilmente você tem acesso a bons cuidados médicos?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F21.3 O quanto você aproveita o seu tempo livre?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F22.1 Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F22.2 Quão preocupado(a) você está com o barulho na área que você vive?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F23.2 Em que medida você tem problemas com transporte?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F23.4 O quanto as dificuldades de transporte dificultam sua vida?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre *quão completamente* você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas. Por exemplo, atividades diárias tais como lavar-se, vestir-se e comer. Se você foi capaz de fazer estas atividades *completamente*,

coloque um círculo no número abaixo de "*completamente*". Se você não foi capaz de fazer nenhuma destas coisas, coloque um círculo no número abaixo de "*nada*". Se você desejar indicar que sua resposta se encontra entre "*nada*" e "*completamente*", você deve colocar um círculo em um dos números entre estes dois extremos. As questões se referem **às duas últimas semanas**.

F2.1 Você tem energia suficiente para o seu dia-a-dia?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F7.1 Você é capaz de aceitar a sua aparência física?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F10.1 Em que medida você é capaz de desempenhar suas atividades diárias?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F11.1 Quão dependente você é de medicação?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F14.1 Você consegue dos outros o apoio que necessita?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F14.2 Em que medida você pode contar com amigos quando precisa deles?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F17.2 Em que medida as características de seu lar correspondem às suas necessidades?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F18.1 Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F20.1 Quão disponível para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F20.2 Em que medida você tem oportunidades de adquirir informações que considera necessárias?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F21.1 Em que medida você tem oportunidades de atividades de lazer?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F21.2 Quanto você é capaz de relaxar e curtir você mesmo?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F23.1 Em que medida você tem meios de transporte adequados?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre o quão *satisfeito(a)*, *feliz* ou *bem* você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas. Por exemplo, na sua vida familiar ou a respeito da energia (disposição) que você tem. Indique quão satisfeito(a) ou não satisfeito(a) você está em relação a cada aspecto de sua vida e coloque um círculo no número que melhor represente como você se sente sobre isto. As questões se referem às **duas últimas semanas**.

G2 Quão satisfeito(a) você está com a qualidade de sua vida?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

G3 Em geral, quão satisfeito(a) você está com a sua vida?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

G4 Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F2.3 Quão satisfeito(a) você está com a energia (disposição) que você tem?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F3.3 Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F5.2 Quão satisfeito(a) você está com a sua capacidade de aprender novas informações?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F5.4 Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de tomar decisões?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F6.3 Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F6.4 Quão satisfeito(a) você está com suas capacidades?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F7.4 Quão satisfeito(a) você está com a aparência de seu corpo?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F10.3 Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F13.3 Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F15.3 Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F14.3 Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de sua família?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F14.4 Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F13.4 Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de dar apoio aos outros?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F16.4 Quão satisfeito(a) você está com com a sua segurança física (assaltos, incêndios, etc.)?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F17.3 Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F18.3 Quão satisfeito(a) você está com sua situação financeira?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F19.3 Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F19.4 Quão satisfeito(a) você está com os serviços de assistência social?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F20.3 Quão satisfeito(a) você está com as suas oportunidades de adquirir novas habilidades?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F20.4 Quão satisfeito(a) você está com as suas oportunidades de obter novas informações?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F21.4 Quão satisfeito(a) você está com a maneira de usar o seu tempo livre?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F22.3 Quão satisfeito(a) você está com o seu ambiente físico (poluição, clima, barulho, atrativos)?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F22.4 Quão satisfeito(a) você está com o clima do lugar em que vive?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F23.3 Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F13.2 Você se sente feliz com sua relação com as pessoas de sua família?

muito infeliz	infeliz	nem feliz nem infeliz	feliz	muito feliz
1	2	3	4	5

G1 Como você avaliaria sua qualidade de vida?

muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	2	3	4	5

F15.1 Como você avaliaria sua vida sexual?

muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	2	3	4	5

F3.1 Como você avaliaria o seu sono?

muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
1	2	3	4	5

F5.1 Como você avaliaria sua memória?

muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	2	3	4	5

F19.2 Como você avaliaria a qualidade dos serviços de assistência social disponíveis para você?

muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a *com que frequência* você sentiu ou experimentou certas coisas, por exemplo, o apoio de sua família ou amigos ou você teve experiências negativas, tais como um sentimento de insegurança. Se, nas duas últimas semanas, você não teve estas experiências de nenhuma forma, circule o número abaixo da resposta "nunca". Se você sentiu estas coisas, determine com que frequência você os experimentou e faça um círculo no número apropriado. Então, por exemplo, se você sentiu dor o tempo todo nas últimas duas semanas, circule o número abaixo de "sempre". As questões referem-se **às duas últimas semanas**.

F1.1 Com que frequência você sente dor (física)?

nunca	raramente	às vezes	repetidamente	sempre
1	2	3	4	5

F4.2 Em geral, você se sente contente?

nunca	raramente	às vezes	repetidamente	sempre
1	2	3	4	5

F8.1 Com que frequência você tem sentimentos negativos, tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?

nunca	raramente	às vezes	repetidamente	sempre
1	2	3	4	5

As questões seguintes se referem a qualquer *trabalho* que você faça. *Trabalho* aqui significa qualquer atividade principal que você faça. Pode incluir trabalho voluntário, estudo em tempo integral, cuidar da casa, cuidar das crianças, trabalho pago ou não. Portanto, *trabalho*, na forma que está sendo usada aqui, quer dizer as atividades que você acha que tomam a maior parte do seu tempo e energia. As questões referem-se **às últimas duas semanas**.

F12.1 Você é capaz de trabalhar?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F12.2 Você se sente capaz de fazer as suas tarefas?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F12.4 Quão satisfeito(a) você está com a sua capacidade para o trabalho?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F12.3 Como você avaliaria a sua capacidade para o trabalho?

muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre *quão bem você é capaz de se locomover* referindo-se às duas últimas semanas. Isto em relação à sua habilidade física de mover o seu corpo, permitindo que você faça as coisas que gostaria de fazer, bem como as coisas que necessite fazer.

F9.1 Quão bem você é capaz de se locomover?

muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
1	2	3	4	5

F9.3 O quanto alguma dificuldade de locomoção lhe incomoda?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F9.4 Em que medida alguma dificuldade em mover-se afeta a sua vida no dia-a-dia?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F9.2 Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de se locomover?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se às *suas crenças pessoais*, e o quanto elas afetam a sua qualidade de vida. As questões dizem respeito à religião, à espiritualidade e outras crenças que você possa ter. Uma vez mais, elas referem-se **às duas últimas semanas**.

F24.1 Suas crenças pessoais dão sentido à sua vida?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F24.2 Em que medida você acha que sua vida tem sentido?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F24.3 Em que medida suas crenças pessoais lhe dão força para enfrentar dificuldades?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F24.4 Em que medida suas crenças pessoais lhe ajudam a entender as dificuldades da vida?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

Obrigado(a) pela sua atenção!

ANEXO 6

MEDINDO QUALIDADE DE VIDA DE UMA OUTRA PESSOA

**ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE
AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA
WHOQOL-100 (OMSQDV-100)
versão em Português**

Instruções

Neste questionário você avaliará como o seu familiar ou a pessoa que você cuida se sente em relação à sua própria qualidade de vida, saúde e outras áreas da vida dela. Por favor, responda todas as questões. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser a sua primeira escolha.

Por favor, procure responder tendo em mente os valores, aspirações, prazeres e preocupações de seu familiar ou pessoa que você cuida. Nós estamos perguntando o que ele/ela acha de sua própria vida, tomando como referência **as duas últimas semanas**.

Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

<i>O quanto ele(a) se preocupa com sua própria saúde?</i>				
nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto ele(a) se preocupou com a saúde dele(a) nas últimas duas semanas. Portanto, você deve fazer um círculo no número 4 se ele(a) se preocupou "bastante" com a sua própria saúde, ou fazer um círculo no número 1 se ele(a) não se preocupou "nada" com a sua própria saúde. Por favor, leia cada questão, veja o que você acha, e faça um círculo no número que lhe parece a melhor resposta.

Muito obrigado por sua ajuda.

As questões seguintes são sobre *o quanto* ele(a) tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas. Por exemplo, sentimentos positivos tais como *felicidade* ou *satisfação*. Se ele(a) sentiu estas coisas "*extremamente*", coloque um círculo no número abaixo de "*extremamente*". Se ele(a) não sentiu nenhuma destas coisas, coloque um círculo no número abaixo de "*nada*". Se você desejar indicar que sua resposta se encontra entre "*nada*" e "*extremamente*", você deve colocar um círculo em um dos números entre estes dois extremos. As questões se referem **às duas últimas semanas**.

F1.2 Ele(a) se preocupa com sua própria dor ou desconforto (físicos)?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F1.3 Quão difícil é para ele(a) lidar com alguma dor ou desconforto?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F1.4 Em que medida você acha que a dor (física) dele(a) o(a) impede de fazer o que ele(a) precisa?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F2.2 Quão facilmente ele(a) fica cansado(a)?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F2.4 O quanto ele(a) se sente incomodado(a) pelo cansaço?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F3.2 Ele(a) tem alguma dificuldade para dormir (com o sono)?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F3.4 O quanto algum problema com o sono preocupa a ele(a)?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F4.1 O quanto ele(a) aproveita a vida?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F4.3 Quão otimista ele(a) se sente em relação ao futuro?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F4.4 O quanto ele(a) experimenta sentimentos positivos na vida dele(a)?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F5.3 O quanto ele(a) consegue se concentrar?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F6.1 O quanto ele(a) se valoriza?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F6.2 Quanta confiança ele(a) tem em si mesmo(a)?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F7.2 Ele(a) se sente inibido(a) por sua própria aparência?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F7.3 Há alguma coisa na aparência dele(a) que o(a) faz não se sentir bem?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F8.2 Quão preocupado(a) ele(a) se sente?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F8.3 Quanto algum sentimento de tristeza ou depressão interfere no dia-a-dia dele(a)?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F8.4 O quanto algum sentimento de depressão incomoda a ele(a)?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F10.2 Em que medida ele(a) tem dificuldade em exercer suas atividades do dia-a-dia?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F10.4 Quanto ele(a) se sente incomodado por alguma dificuldade em exercer as atividades do dia-a-dia?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F11.2 Quanto ele(a) precisa de medicação para levar a sua vida do dia-a-dia?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F11.3 Quanto ele(a) precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F11.4 Em que medida a qualidade de vida dele(a) depende do uso de medicamentos ou de ajuda médica?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F13.1 Quão sozinho(a) ele(a) se sente em sua vida?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F15.2 Quão satisfeitas estão as necessidades sexuais dele(a)?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F15.4 Ele(a) se sente incomodado(a) por alguma dificuldade na sua vida sexual?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F16.1 Quão seguro(a) ele(a) se sente em sua vida diária?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F16.2 Ele(a) acha que vive em um ambiente seguro?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F16.3 O quanto ele(a) se preocupa com a segurança dele(a)?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F17.1 Quão confortável é o lugar onde ele(a) mora?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F17.4 O quanto ele(a) gosta de onde ele(a) mora?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F18.2 Ele(a) tem dificuldades financeiras?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F18.4 O quanto ele(a) se preocupa com dinheiro?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F19.1 Quão facilmente ele(a) tem acesso a bons cuidados médicos?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F21.3 O quanto ele(a) aproveita o seu tempo livre?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F22.1 Quão saudável é o ambiente físico dele(a) (clima, barulho, poluição, atrativos)?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F22.2 Quão preocupado(a) ele(a) está com o barulho na área em que ele(a) vive?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F23.2 Em que medida ele(a) tem problemas com transporte?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F23.4 O quanto as dificuldades de transporte dificultam a vida dele(a)?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre *quão completamente* ele(a) tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas. Por exemplo, atividades diárias tais como lavar-se, vestir-se e comer. Se ele(a) foi capaz de fazer estas atividades *completamente*, coloque um círculo no número abaixo de "*completamente*". Se ele(a) não foi capaz de fazer nenhuma destas coisas, coloque um círculo no número abaixo de "*nada*". Se você desejar indicar que sua resposta sobre ele(a) se encontra entre "*nada*" e "*completamente*", você deve colocar um círculo em um dos números entre estes dois extremos. As questões se referem **às duas últimas semanas**.

F2.1 Ele(a) tem energia suficiente para o seu dia-a-dia?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F7.1 Ele(a) é capaz de aceitar a sua própria aparência física?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F10.1 Em que medida ele(a) é capaz de desempenhar suas atividades diárias?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F11.1 Quão dependente ele(a) é de medicação?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F14.1 Ele(a) consegue dos outros o apoio de que necessita?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F14.2 Em que medida ele(a) pode contar com amigos quando precisa deles?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F17.2 Em que medida as características do lar dele(a) correspondem às suas próprias necessidades?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F18.1 Ele(a) tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas próprias necessidades?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F20.1 Quão disponível para ele(a) estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F20.2 Em que medida ele(a) tem oportunidades de adquirir informações que considera necessárias?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F21.1 Em que medida ele(a) tem oportunidades de atividades de lazer?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F21.2 Quanto ele(a) é capaz de relaxar e curtir?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F23.1 Em que medida ele(a) tem meios de transporte adequados?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre o quão *satisfeito(a)*, *feliz ou bem* ele(a) se sentiu a respeito de vários aspectos de sua própria vida nas últimas duas semanas. Por exemplo, na vida familiar dele(a) ou a respeito da energia (disposição) que ele(a) tem. Indique quão satisfeito(a) ou não satisfeito(a) ele(a) está em relação a cada aspecto de sua vida e coloque um círculo no número que melhor represente como ele(a) se sente sobre isto. As questões se referem às **duas últimas semanas**.

G2 Quão satisfeito(a) ele(a) está com a sua qualidade de vida?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

G3 Em geral, quão satisfeito(a) ele(a) está com a sua própria vida?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

G4 Quão satisfeito(a) ele(a) está com a sua própria saúde?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F2.3 Quão satisfeito(a) ele(a) está com a energia (disposição) que ele(a) tem?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F3.3 Quão satisfeito(a) ele(a) está como o seu sono?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F5.2 Quão satisfeito(a) ele(a) está com a sua capacidade de aprender novas informações?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F5.4 Quão satisfeito(a) ele(a) está com sua capacidade de tomar decisões?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F6.3 Quão satisfeito(a) ele(a) está consigo mesmo(a)?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F6.4 Quão satisfeito(a) ele(a) está com suas próprias capacidades?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F7.4 Quão satisfeito(a) ele(a) está com a aparência do seu próprio corpo?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F10.3 Quão satisfeito(a) ele(a) está com a capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F13.3 Quão satisfeito(a) ele(a) está com as suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F15.3 Quão satisfeito(a) ele(a) está com a sua vida sexual?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F14.3 Quão satisfeito(a) ele(a) está com o apoio que ele(a) recebe da sua família?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F14.4 Quão satisfeito(a) ele(a) está com o apoio que ele(a) recebe dos seus amigos?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F13.4 Quão satisfeito(a) ele(a) está com a sua própria capacidade de dar apoio aos outros?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F16.4 Quão satisfeito(a) ele(a) está com a sua própria segurança física (assaltos, incêndios, etc.)?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F17.3 Quão satisfeito(a) ele(a) está com as condições do local onde mora?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F18.3 Quão satisfeito(a) ele(a) está com sua própria situação financeira?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F19.3 Quão satisfeito(a) ele(a) está com o seu acesso aos serviços de saúde?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F19.4 Quão satisfeito(a) ele(a) está com os serviços de assistência social?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F20.3 Quão satisfeito(a) ele(a) está com as suas oportunidades de adquirir novas habilidades?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F20.4 Quão satisfeito(a) ele(a) está com as suas oportunidades de obter novas informações?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F21.4 Quão satisfeito(a) ele(a) está com a maneira de usar o seu próprio tempo livre?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F22.3 Quão satisfeito(a) ele(a) está com o seu ambiente físico (poluição, clima, barulho, atrativos)?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F22.4 Quão satisfeito(a) ele(a) está com o clima do lugar em que vive?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F23.3 Quão satisfeito(a) ele(a) está com o seu meio de transporte?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F13.2 Ele(a) se sente feliz com a relação que tem com as pessoas da sua família?

muito infeliz	infeliz	nem feliz nem infeliz	feliz	muito feliz
1	2	3	4	5

G1 Como ele(a) avaliaria a sua própria qualidade de vida?

muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	2	3	4	5

F15.1 Como ele(a) avaliaria a sua própria vida sexual ?

muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	2	3	4	5

F3.1 Como ele(a) avaliaria o seu sono?

muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
1	2	3	4	5

F5.1 Como ele(a) avaliaria a sua memória?

muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	2	3	4	5

F19.2 Como ele(a) avaliaria a qualidade dos serviços de assistência social disponíveis para ele(a)?

muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a *com que frequência* ele(a) sentiu ou experimentou certas coisas, por exemplo, o apoio de sua família ou amigos ou ele(a) teve experiências negativas, tais como um sentimento de insegurança. Se, nas duas últimas semanas, ele(a) não teve estas experiências de nenhuma forma, circule o número abaixo da resposta "nunca". Se ele(a) sentiu estas coisas, determine com que frequência ele(a) os experimentou e faça um círculo no número apropriado. Então, por exemplo, se ele(a) sentiu dor o tempo todo nas últimas duas semanas, circule o número abaixo de "sempre". As questões referem-se **às duas últimas semanas**.

F1.1 Com que frequência ele(a) sente dor (física)?

nunca	raramente	às vezes	repetidamente	sempre
1	2	3	4	5

F4.2 Em geral, ele(a) se sente contente?

nunca	raramente	às vezes	repetidamente	sempre
1	2	3	4	5

F8.1 Com que frequência ele(a) tem sentimentos negativos, tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?

nunca	raramente	às vezes	repetidamente	sempre
1	2	3	4	5

As questões seguintes se referem a qualquer *trabalho* que ele(a) faça. *Trabalho* aqui significa qualquer atividade principal que ele(a) faça. Pode incluir trabalho voluntário, estudo em tempo integral, cuidar da casa, cuidar das crianças, trabalho pago ou não. Portanto, *trabalho*, na forma que está sendo usada aqui, quer dizer as atividades que você acha que tomam a maior parte do tempo e energia dele(a). As questões referem-se **às últimas duas semanas**.

F12.1 Ele(a) é capaz de trabalhar?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F12.2 Ele(a) se sente capaz de fazer as suas tarefas?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F12.4 Quão satisfeito(a) ele(a) está com a sua própria capacidade para o trabalho?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F12.3 Como ele(a) avaliaria a sua própria capacidade para o trabalho?

muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre *quão bem ele(a) é capaz de se locomover* referindo-se às duas últimas semanas. Isto em relação à habilidade física dele(a) de mover o seu corpo, permitindo que ele(a) faça as coisas que gostaria de fazer, bem como as coisas que necessite fazer.

F9.1 Quão bem ele(a) é capaz de se locomover?

muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
1	2	3	4	5

F9.3 O quanto alguma dificuldade de locomoção incomoda a ele(a)?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F9.4 Em que medida alguma dificuldade em se mover afeta a vida dele(a) no dia-a-dia?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F9.2 Quão satisfeito(a) ele(a) está com a sua própria capacidade de se locomover?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se às *crenças pessoais dele(a)*, e o quanto elas afetam a sua própria qualidade de vida. As questões dizem respeito à religião, à espiritualidade e a outras crenças que ele(a) possa ter. Uma vez mais, elas referem-se **às duas últimas semanas**.

F24.1 As crenças pessoais dele(a) dão sentido à sua própria vida?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F24.2 Em que medida ele(a) acha que a sua própria vida tem sentido?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F24.3 Em que medida as suas próprias crenças pessoais dão força a ele(a) para enfrentar dificuldades?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F24.4 Em que medida as suas próprias crenças pessoais ajudam a ele(a) a entender as dificuldades da vida?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

Obrigado(a) pela sua atenção!

ANEXO 7

ANEXO 8