

A percepção de qualidade de vida do idoso avaliada por si próprio e pelo cuidador

Clarissa Marcell Trentini

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Eduardo Chachamovich

Centro Universitário Feevale

Michelle Figueiredo

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

Vânia Naomi Hirakata

Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Marcelo Pio de Almeida Fleck

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Resumo

O objetivo deste estudo foi investigar a relação entre a percepção de qualidade de vida (QV) do idoso por ele próprio e por seu cuidador. Assim, 27 pares de idosos-e-cuidadores foram avaliados. Os idosos foram convidados a responder sobre condições sociodemográficas, QV (WHOQOL-100) e sintomatologia depressiva (BDI). Os cuidadores responderam os mesmos itens com relação a sua própria pessoa e também o WHOQOL-100 adaptado. Os dados mostraram uma tendência de o cuidador apresentar 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. A intensidade de depressão do idoso exerceu forte influência tanto na sua própria percepção de QV quanto na percepção do cuidador.

Palavras-chave: percepção de qualidade de vida; idosos; cuidadores

Abstract

The perception of older adults' quality of life assessed by themselves and their caregiver. The objective of this study was to look into the relationship between the older adult's quality of life (QoL) perception and the perception of the same QoL in the caregiver's opinion. Therefore, 27 pairs of old adults-caregivers were assessed. Elders were asked to answer questions on socio-demographic conditions, QoL (WHOQOL-100), and depressive symptomatology (BDI). Caregivers were asked to answer the same items concerning themselves as well as the adapted WHOQOL-100. Data show a tendency for the caregiver to answer with worse elder's QoL estimation as compared to the caree's. Despite this, 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 were observed. The intensity of depression in the elder plays strong influence on their own quality of life perception as well as on the perception of the caregivers about the elders.

Keywords: quality of life perception; elderly; caregivers

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. O tema sobre a qualidade do relacionamento da díade fornecedor e receptor de cuidados insere-se no 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 associada a um relacionamento mais próximo e afetivo (Chappell & Kuehne, 1998; Long, Sudha, & Mutran, 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 (Carter & Carter, 1994; Chappell & Kuehne, 1998; Long et al., 1998; MacKenzie, Robiner, & Knopmen, 1989; Pearlin, Mullan, Semple, & Skaff, 1990; Teri & Wagner, 1991; Wetle, Levkoff, Cwikel, & Rosen, 1988; Zweibel & Lydens, 1990). Especula-se que algum grau de discordância possa estar relacionado às condições do cuidador. Segundo Pruchno, Burant e Peters (1997), os cuidadores cansados ou deprimidos podem perceber erroneamente o idoso, que seria 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 qualidade de vida (QV) do idoso, e os fatores preditivos de tal concordância. Investigou também a relação entre a sintomatologia depressiva (de idosos e cuidadores), as percepções da QV dos idosos e a concordância destas.

Método

Participantes

Participaram do estudo 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 subgrupo.

A. Para o idoso

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.

WHOQOL-100. O WHOQOL-100 é um instrumento desenvolvido pelo grupo de QV da Organização Mundial de Saúde-OMS (WHOQOL Group, 1998). Ele possui 100 questões que estão formuladas para uma escala do tipo Likert, com uma escala de intensidade (*nada – extremamente*), capacidade (*nada – completamente*), frequência (*nunca – sempre*) e avaliação (*muito insatisfeito – muito satisfeito; muito ruim – muito bom*). As 100 questões compõem 6 domínios

(físico, psicológico, nível de independência, relacionamentos sociais, meio ambiente, e espiritualidade), sendo cada domínio constituído por facetadas (compostas por quatro itens cada). Assim, o instrumento é composto por 24 facetadas específicas e uma facetada 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) com o objetivo de apreender a percepção do próprio idoso sobre sua QV.

Inventário de Depressão de Beck – BDI. O BDI (Beck, Ward, Mendelson, Mock & Erbaugh, 1961; Cunha, 2001) 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 examinados nos 21 itens, sendo 63 o maior escore possível. Foi utilizada a versão do instrumento em Português (Cunha, 2001).

B. Para o cuidador

Ficha de dados sociodemográficos. A ficha de dados sociodemográficos incluiu as seguintes variáveis: sexo, idade, estado civil, escolaridade, ocupação e, ainda, outras duas questões que eram respondidas numa escala do tipo Likert: “O quanto você considera que conhece a pessoa de quem você cuida?” (*nada a completamente*) e “Como é a qualidade de seu relacionamento com a pessoa de quem você cuida?” (*muito ruim a muito boa*).

Percepção da própria qualidade de vida – WHOQOL-100. Instrumento descrito anteriormente e também utilizado para que o cuidador avaliasse sua própria qualidade de vida.

Percepção da própria qualidade de vida do idoso – WHOQOL-100 adaptado. O WHOQOL-100 adaptado (avaliado através dos diferentes domínios e QV geral) 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 terceira pessoa. Por exemplo:

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.

Inventário de Depressão de Beck – BDI. Foi utilizado para avaliar a intensidade de sintomas depressivos do cuidador.

Procedimentos para coleta de dados

Após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, RS, Brasil (Parecer nº 01.374), contatos iniciais com hospitais, instituições de idosos e recrutamento de idosos na comunidade foram realizados. A partir do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido 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.

Na seqüência da aplicação dos instrumentos no idoso, o respectivo cuidador era contatado via telefone e, em seguida pessoalmente, para o preenchimento dos instrumentos. Tanto para os idosos como, especialmente, para os cuidadores (que eram convidados a responder a um número maior de instrumentos), os questionários foram respondidos em apenas um encontro. Embora todos os questionários fossem auto-administráveis, um auxiliar de pesquisa (estudante de psicologia ou medicina) esteve à disposição dos sujeitos para qualquer esclarecimento durante a aplicação dos mesmos, sendo que, em nenhum caso, os instrumentos para avaliação de QV ou sintomas depressivos foram aplicados na forma de entrevista, somente a ficha de dados sociodemográficos.

Procedimentos para análise dos dados

A descrição das variáveis foi realizada, considerando as frequências absolutas e relativas bem como médias e desvios-padrão. As variáveis sociodemográficas de cuidadores e idosos foram comparadas pelo teste 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 pelo método *enter* foram realizadas para controlar o efeito da depressão do cuidador e do idoso na qualidade de vida do idoso, quando levada em conta a qualidade de vida do idoso avaliada pelo cuidador. O tamanho de efeito padronizado também foi calculado. Foram consideradas significativas as associações com probabilidade menor que 5%.

Para desenvolver as análises dos dados, foi usado o programa SPSS para ambiente Windows.

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 ($DP = \pm 16,3$) e é predominantemente composto por pessoas casadas, que possuem trabalho atual, com escores médios no BDI de 3,8 ($DP = \pm 3,5$). Já o grupo dos idosos tem idade média de 75,3 ($DP = \pm 8,9$), está distribuído de forma homogênea entre casados e viúvos, em sua maior parte aposentados, e apresentaram escores médios no BDI de 11,5 ($DP = \pm 7,8$).

As variáveis sexo, escolaridade e trabalho voluntário não apresentam 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 psicológicos (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 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 ($p < 0,001$) entre os dois grupos para todos os domínios e QV geral (Tabela 3).

Na Tabela 4 são apresentados os resultados das regressões lineares múltiplas para verificar a associação de cada um dos domínios e da QV geral do idoso avaliada pelo cuidador, controlando para a intensidade de sintomas depressivos do cuidador na QV do idoso. Os coeficientes $\hat{\alpha}$ permanecem altos e praticamente inalterados em relação à análise sem controle.

No entanto, quando a intensidade de sintomas depressivos do idoso é controlada (Tabela 5), há uma marcada diminuição da intensidade da correlação, desaparecendo a significância estatística no domínio psicológico. 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, há a hipótese de que o idoso passe a perceber sua QV de forma ainda melhor em relação à estimativa do cuidador, quando a intensidade de depressão dele (idoso) é controlada.

Tabela 1
Dados sociodemográficos de cuidadores e idosos

Variáveis	Cuidador (n = 27)		Idoso (n = 27)		Valor do teste	p
	n	%	n	%		
Sexo					$\chi^2_1 = 2,22^*$	0,136
Masculino	5	18,5	11	40,7		
Feminino	22	81,5	16	59,3		
Idade (média; DP)	51,5	(16,3)	75,3	(8,9)	$t_{22} = 6,66^\dagger$	0,014
Estado civil					$\chi^2_2 = 12,48^\#$	0,002
Solteiro	5	18,5	2	7,4		
Casado/com companheiro	21	77,8	13	48,1		
Viúvo	1	3,7	12	44,4		
Escolaridade					$\chi^2_2 = 4,88^\#$	0,087
Ensino fundamental	11	40,7	19	70,4		
Ensino médio	5	18,5	3	11,1		
Ensino superior	11	40,7	5	18,5		
Ocupação					$\chi^2_1 = 16,47^\#$	0,001
Estudante	2	7,4	0	0,0		
Com trabalho atual	14	51,8	3	11,1		
Aposentado	5	18,5	18	66,7		
Do lar	6	22,2	6	22,2		
Trabalho voluntário					$\chi^2_1 = 0,001^*$	1,000
Sim	3	11,1	4	14,8		
Não	24	88,9	23	85,2		
Percepção de saúde						
Saudável	–	–	16	59,3		
Doentes	–	–	11	40,7		
BDI total	3,8	(3,5)	11,5	(7,8)	$t_{52} = 4,68^\dagger$	0,037

* Teste de χ^2 com correção de Yates

Teste de χ^2 de Pearson

† Teste *t* de Student

Tabela 2

Descrição (média ± 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)	Valor do teste (gl = 26)	TEP**
Domínio I - Domínio Físico	64,5 ± 12,2	56,6 ± 16,1	53,6 ± 17,2	1,33	0,255
Domínio II - Domínio Psicológico	66,2 ± 14,9	65,9 ± 12,6	60,1 ± 13,9*	2,66	0,519
Domínio III - Domínio Nível de Independência	76,7 ± 18,4	55,7 ± 24,3	51,2 ± 24,4	1,40	0,268
Domínio IV - Domínio Relacionamentos Sociais	71,8 ± 13,9	68,8 ± 14,8	63,9 ± 15,1*	2,20	0,426
Domínio V - Domínio Meio Ambiente	64,2 ± 10,8	63,7 ± 11,3	61,9 ± 11,8	1,48	0,287
Domínio VI - Domínio Espiritualidade/Religião	77,6 ± 16,5	74,1 ± 16,0	70,8 ± 18,4	1,18	0,231
QV geral	71,1 ± 16,8	67,4 ± 15,0	61,1 ± 21,2*	2,19	0,425

* Significativamente diferente dos valores de QV respondidos pelo idoso (Teste *t* de Student; $p < 0,05$)

** Tamanho de efeito padronizado (razão entre a diferença das médias de duas amostras e o desvio-padrão ponderado das mesmas) das médias dos idosos em relação às médias de idosos avaliados pelo cuidador

Tabela 3

Coefficiente de correlação de Pearson (r) da QV do idoso (WHOQOL-100) versus 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 do cuidador*	Com controle: depressão do idoso**
Domínio I - Domínio Físico	$r = 0,75$ ($p < 0,001$)	$r = 0,75$ ($p < 0,001$)	$r = 0,64$ ($p < 0,001$)
Domínio II - Domínio Psicológico	$r = 0,65$ ($p < 0,001$)	$r = 0,65$ ($p < 0,001$)	$r = 0,37$ ($p = 0,062$)
Domínio III - Domínio Nível de Independência	$r = 0,76$ ($p < 0,001$)	$r = 0,76$ ($p < 0,001$)	$r = 0,66$ ($p < 0,001$)
Domínio IV - Domínio Relacionamentos Sociais	$r = 0,70$ ($p < 0,001$)	$r = 0,72$ ($p < 0,001$)	$r = 0,68$ ($p < 0,001$)
Domínio V - Domínio Meio Ambiente	$r = 0,85$ ($p < 0,001$)	$r = 0,85$ ($p < 0,001$)	$r = 0,81$ ($p < 0,001$)
Domínio VI - Domínio Espiritualidade/Religião	$r = 0,66$ ($p < 0,001$)	$r = 0,66$ ($p < 0,001$)	$r = 0,51$ ($p = 0,008$)
QV geral	$r = 0,72$ ($p < 0,001$)	$r = 0,72$ ($p < 0,001$)	$r = 0,66$ ($p < 0,001$)

* Coeficiente de correlação parcial de Pearson, controlando para depressão (BDI) do cuidador

** Coeficiente de correlação parcial de Pearson, controlando para depressão (BDI) do idoso

Tabela 4

Coefficiente de correlação de Pearson (r) da QV do idoso (WHOQOL-100) vs QV do idoso avaliada pelo cuidador (WHOQOL-100 adaptado), conforme diferentes domínios e QV geral ($n = 27$)

QV do idoso vs QV do idoso avaliada pelo cuidador	r	p
Domínio I - Domínio Físico	0,75	< 0,0001
Domínio II - Domínio Psicológico	0,65	0,0003
Domínio III - Domínio Nível de Independência	0,76	< 0,0001
Domínio IV - Domínio Relacionamentos Sociais	0,70	< 0,0001
Domínio V - Domínio Meio Ambiente	0,85	< 0,0001
Domínio VI - Domínio Espiritualidade/Religião	0,66	0,0002
QV geral	0,72	< 0,0001

Tabela 5

Análises de regressão linear múltipla da QV do idoso avaliada pelo cuidador (WHOQOL-100 adaptado), conforme diferentes domínios e QV geral, tendo como variáveis dependentes a QV do idoso, respectivamente, controlando para depressão do idoso avaliada pelo BDI ($n = 27$)

QV do idoso avaliada pelo cuidador	R^2	β	t	p
Domínio I - Domínio Físico	0,61	0,59	4,11	< 0,001
Domínio II - Domínio Psicológico	0,58	0,31	1,96	0,062
Domínio III - Domínio Nível de Independência	0,69	0,54	4,32	< 0,001
Domínio IV - Domínio Relacionamentos Sociais	0,64	0,57	4,55	< 0,001
Domínio V - Domínio Meio Ambiente	0,74	0,76	6,72	< 0,001
Domínio VI - Domínio Espiritualidade/Religião	0,44	0,51	2,87	0,008
QV geral	0,67	0,54	4,34	< 0,001

Discussão

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. A pesquisa realizada por Santos-Eggimann, Zobel e Clerc Bérode (1999) com pares de idosos (cronicamente dependentes) e cuidadores (profissionais ou informais), mostrou 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 et al., 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 do 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 sob seus cuidados (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 de o que de fato seria e de o que eles estariam capazes de admitir, e (b) os cuidadores enxergam com maior fragilidade a situação dos idosos, lamentando o estado que observam de fora mais do que o necessário.

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 “remove” o efeito da depressão do idoso, as avaliações se afastam ainda mais. Isso nos levaria a pensar na segunda hipótese 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 et al. (1998) e Zweibel e Lydens (1990) encontraram, da mesma maneira, uma tendência do cuidador a exagerar o prejuízo ou a 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 (Cotrell & Schulz, 1993; Pearlin et al., 1990; Pruchno et al., 1997).

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 OMS considera a percepção do próprio indivíduo como um ponto central desta definição. Não se pretende questionar o conceito, mas discutir as possíveis congruências (ou não) de avaliações subjetivas. Trata-se, dentro da ótica dos autores, de um estudo exploratório que visa, talvez, ampliar o conceito de QV uma vez que a subjetividade pessoal não estaria sendo avaliada, mas sim a partir da percepção do “outro próximo (cuidador)” e, mesmo assim, obteve boa concordância.

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 de a 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. Afora as limitações apontadas também seriam considerados como ressalvas o fato da variável sexo do cuidador e do idoso cuidado não ter sido examinada e nem o tempo de convivência entre cuidador e idoso, entre outras.

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 et al. (2002), a qualidade do relacionamento é sabidamente uma variável de impacto, tanto na avaliação que o cuidador tem sobre o idoso, quanto 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.

Agradecimentos

Os autores agradecem pelo apoio financeiro recebido do Fundo de Incentivo a Pesquisas e Eventos do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (FIPE/HCPA) e do CNPq.

Referências

- Beck, A. T., Ward, C. H., 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, R. E., & Carter, C. A. (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, N. L., & Kuehne, V. K. (1998). Congruence among husband and wife caregivers. *Journal of Aging Studies*, 12, 239-254.
- Chiu, E. (2000). Demência, depressão e qualidade de vida. In O. V. Forlenza & P. Caramelli (Orgs.), *Neuropsiquiatria geriátrica* (pp. 39-43). São Paulo: 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, J. A. (2001). *Manual da versão em português das Escalas Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Fleck, M. P. A., Leal, O. F., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L., & Pinzon, V. (1999). Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100). *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21, 19-28.
- Kristjanson, L. J., Nikolett, 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, E. J. (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, K. S., Zarit, S. H., Sayer, A. G., & Whitlatch, C. J. (2002). Caregiving as a dyadic process: perspectives from caregiver and receiver. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 57B(3), 195-204.
- MacKenzie, T. B., Robiner, W. N., & Knopmen, D. S. (1989). Differences between patient and family assessments of depression in Alzheimer's disease. *American Journal of Psychiatry*, 146, 1174-1178.
- Pearlin, L. I., Mullan, J. T., Semple, S. J., & Skaff, M. M. (1990). Caregiving and the stress process: an overview of concepts and their measures. *The Gerontologist*, 30, 583-594.
- Pruchno, R. A., Burant, C. J., & Peters, N. D. (1997). Understanding the well-being of care receivers. *The Gerontologist*, 37, 102-109.
- Santos-Eggimann, B., Zobel, F., & Clerc Béro, A. (1999). Functional status of elderly home care users: do subjects, informal and professional caregivers agree? *Journal of Clinical Epidemiology*, 52(3), 181-186.
- Teri, L., & Wagner, A. W. (1991). Assessment of depression in patients with Alzheimer's disease: concordance among informants. *Psychology and Aging*, 6, 280-285.
- 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, 1569-1585.
- Zarit, S. H. (1994). Research perspectives on family caregiving. In M. H. Cantor (Org.), *Family caregiving: agenda for the future*. San Francisco: American Society on Aging.
- Zweibel, N., & Lydens, L. A. (1990). Incongruent perceptions of older adult/caregiver dyads. *Family Relations*, 39, 63-67.

Clarissa Marcell Trentini, doutora em Psiquiatria pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul, é professora adjunta nos cursos de graduação e pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Endereço para correspondência: Rua Ramiro Barcelos, 2600, sl. 120; Porto Alegre, RS; CEP 90035-003. Tel.: (51) 3316-5352, Fax: (51) 3316-5246. E-mail: clarissatrentini@terra.com.br

Eduardo Chachamovich, mestre em Psiquiatria pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul, é professor no Centro Universitário Feevale.

Michelle Figueiredo é aluna de medicina da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Vânia Naomi Hirakata, mestre em Epidemiologia pela Universidade Federal de Pelotas, é estatística do Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Marcelo Pio de Almeida Fleck, doutor em Ciências Médicas pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul, é professor adjunto no departamento de Psiquiatria e Medicina Legal e do Programa de Pós-graduação em Ciências Médicas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.