

Qualidade de vida, síndrome de fragilidade e declínio cognitivo em idosos institucionalizados

Quality of life, frailty syndrome and cognitive decline in institutionalized elderly people

Calidade de vida, síndrome de fragilidade y declínio cognitivo en ancianos institucionalizados

Edvaldo Soares
Ane Elise Bassiga da Cruz
Sebastião Marcos Ribeiro de Carvalho

RESUMO: A pesquisa, realizada com idosos institucionalizados, objetivou analisar possíveis relações entre fragilidade (FR) e declínio cognitivo (DC) e percepção da qualidade de vida (QV). Para medida das variáveis, foram utilizados os seguintes instrumentos: Escala de Fragilidade de Edmonton (EFS); Mini Exame do Estado Mental (MEEM); e o WHOQOL-Bref. Não foram observadas correlações entre os indicativos: DC e FR. Constatou-se, porém, uma equivocada percepção da QV, cuja média foi considerada boa.

Palavras-chave: Qualidade de Vida; Frágil; Cognição; Institucionalização.

ABSTRACT: *The search, done with institutionalized elderly people, aimed to analyse possible relations among frailty (FR) and cognitive decline (CD) and quality of life perception (QOL). In order to measure the aspects, the following instruments were used: Edmontom Frail Scale (EFS), Mini Mental Status Exam (MMSE), and WHOQOL-bref. It was observed that there were no correlations among the factors: CD, FR. However, there was a mistaken perception of QOL, its average was considered good.*

Keywords: *Quality of life; Frail; Cognition; Institutionalization.*

RESUMEN: *La investigación, realizada con ancianos institucionalizados, objetivó analizar posibles relaciones entre fragilidad (FR) y declinación cognitiva (DC) y percepción de calidad de vida (QV). Para medir las variables se utilizaron los siguientes instrumentos: Escala de Fragilidad de Edmonton (EFS); Examen del Estado Mental (MEEM) y el WHOQOL-Bref. No se observaron correlaciones entre los indicativos: DC, FR. Se constató una equivocada percepción de la CV, cuya media fue considerada buena.*

Palabras clave: *Calidad de Vida, Frágil; Cognición; Institucionalización.*

Introdução

Constata-se através de projeções censitárias que o contingente populacional de idosos em escala mundial se ampliou. Tal situação se caracteriza por uma queda na taxa de natalidade e pelo aumento da expectativa de vida (Silva, & Finocchio, 2011). De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, IBGE, no Brasil em 1991 a população com 65 anos ou mais era de 4,8%; em 2000 já atingia 5,9%; e no último censo, em 2010, representava 7,4% da população (IBGE, 2011). Em 2020, o número de indivíduos longevos pode alcançar a marca de 32 milhões no país (Gonçalves, Vieira, Siqueira, & Hallal, 2008). Leve-se em consideração que uma parcela significativa deste agrupamento se encontrará em instituições de longa permanência para idosos (ILPI's).

As internações em ILPI's podem acontecer por diversos fatores, tais como: econômicos, quando a família não sustenta a si e ao idoso; estruturais, quando não há pessoas que cuidem e/ou quando o núcleo parental não consegue lidar com longevos que são acometidos por doenças, especialmente as crônicas e/ou fatores relacionados a comprometimentos funcionais e/ou cognitivos; psicológicos, quando os envolvidos não se dão bem entre si e/ou com o idoso, ou ainda quando o próprio indivíduo decide ficar nas instituições (Soares, Demartini, Suzuki, Oliveira, & Komatsu, 2012; Meireles, *et al.*, 2010; Torres, Gasparetto Sé, & Queroz, 2004). Sadock e Sadock (2007) discorrem que, em 1980, menos de 2 milhões de idosos residiam em ILPI's, e que a projeção para 2040 é que eles alcancem a casa dos 4 milhões de institucionalizados.

As alterações comuns do envelhecimento e as doenças pré-existentes podem se agravar nas ILPI's devido às dificuldades adaptativas que a nova rotina lhes requer e, não raramente, em decorrência de dificuldades relacionadas à convivência com outros idosos (Soares, Demartini, & Carvalho, 2014). Outro fator que pode piorar o quadro de saúde do idoso é o sedentarismo, o qual seria agravado por fatores diversos, tais como: a falta de oferta de atividades nas ILPI's; a impossibilidade de realizá-las em função da saúde precária ou mesmo da carência de motivação por parte do sujeito idoso (Soares, & Rossignoli, 2014; Soares, Demartini, & Carvalho, 2014; Borges, Silva, Clares, Bessa, & Freitas, 2013). Todos esses fatores contribuem para que os indivíduos se tornem mais frágeis e apresentem maior declínio em suas funções cognitivas.

A fragilidade (FR) é considerada uma síndrome multidimensional, que envolve vários fatores: biológicos, físicos, cognitivos, sociais, econômicos e ambientais, que pode se manifestar em indivíduos de todas as faixas etárias (Rolfson, Majumdar, Tsuyuki, Tahir, & Rockwood, 2006; Rockwood, Hogan, & Macknigh, 2000). Até a década de 1980, as pesquisas relacionadas à fragilidade enfatizavam o ponto de vista da funcionalidade. Ou seja, a fragilidade era concebida como uma redução da autonomia do indivíduo para a realização das atividades da vida diária (AVD's) (Lima-Costa, Firmo, & Uchôa, 2004). O conceito passou por modificações a partir da década de 1990 quando, o conceito de “ser frágil” passa a ser substituído pela condição de “tornar-se frágil”. Tal mudança de parâmetro se deu especialmente em função da constatação de que: a) nem todo o indivíduo com limitação no desempenho de AVD's é necessariamente frágil; e b) nem todas as pessoas frágeis apresentam limitações no desempenho das AVD's (Sousa, 2010).

Nos dias atuais, a fragilidade é concebida como um tipo de síndrome que possui uma base específica e independente, e que pode ser evitada quando identificada precocemente ou, intervindo com base em seus indicadores, pelo menos postergada (Fhon, *et al.*, 2012; Sousa, 2010; Hardy, Dubin, Holford, & Gill, 2005). Apesar de não ser sinônimo de “velhice”, a fragilidade é uma síndrome clínica com alta prevalência entre populações idosas. Nessas populações, a síndrome de fragilidade ocasiona maior vulnerabilidade a fatores estressantes, o que resulta no declínio das reservas fisiológicas, com redução da eficiência da homeostase e, por conseguinte, na diminuição da capacidade para executar atividades de vida diária (Linck, & Crossetti, 2011).

Idosos fragilizados apresentam maior risco de sofrer quedas, níveis elevados de incapacidade, transtornos de humor (depressão e/ou ansiedade), hospitalizações e morte. A fragilidade em idosos, em função da grande demanda por cuidados, é um dos fatores para a institucionalização (dos Santos Amaral, Guerra, Nascimento, & Maciel, 2013; Bergman, *et al.*, 2007). Entretanto, apesar dos cuidados dispensados aos internos nas ILPI's, as alterações próprias do envelhecimento e as doenças pré-existentes podem ser agravadas pelas dificuldades de adaptação dos idosos às novas condições de vida nas ILPI's (Araújo, & Ceolim, 2007).

Cognição, de forma geral, se refere ao processo de aquisição de conhecimento obtido pela percepção, atenção, memória, linguagem, e funções executivas que incluem o raciocínio, a lógica, as estratégias, a tomada de decisões e a resolução de problemas, garantindo comportamentos adaptativos as mais diversas situações (Fontes, & Fischer, 2014; Leventhal, & Scherer, 1987). O declínio cognitivo (DC) se caracteriza por alterações nessas funções cognitivas, as quais podem decorrer de fatores diversos entre os quais podemos citar os processos fisiológicos que ocorrem normalmente na fase senil; o uso de medicamentos; a presença transtornos de humor e presença de algum tipo de demência (Soares, & Rossignoli, 2014; Charchat-Fichman, Caramelli, Sameshima, & Nitrini, 2005).

Todos esses elementos (FR e DC), isolados, ou em conjunto, contribuem para que haja um baixo índice em termos de qualidade de vida. É importante destacar que a 'Qualidade de Vida' (QV) é definida pela Organização Mundial da Saúde, OMS como:

[...] percepção que o indivíduo possui de sua posição na vida, de acordo com o contexto cultural e sistema de valor com os quais convive e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (Group, 1998, p.1570).

O conceito de QV está intimamente relacionado ao de autonomia, a qual, na fase senil pode ser entendida como: “capacidade que o idoso tem de desempenhar as funções necessárias à manutenção da sua vida diária e prática, de modo a torná-lo independente dentro do seu contexto socioeconômico e cultural” (Abreu, Forlanza, & Barros, 2011, p. 133).

Há um consenso de que a FR e o DC interferem negativamente na condição de vida dos idosos (Clegg, Young, Iliffe, Rikkert, & Rockwood, 2013; Vieira, 2013; Veras, 2009; Gonçalves, *et al.*, 2006; Dos Santos, *et al.*, 2002; Neri, 2001). Por exemplo, Neri (2001) relata que a fragilidade física associada a variáveis sociodemográficas causam o declínio da qualidade de vida, principalmente em mulheres. Vieira, *et al.* (2013) mostram que os idosos pré-frágeis e frágeis apresentaram, maior predisposição para desenvolverem dependência, limitações nas atividades instrumentais de vida diária, restrição de atividades avançadas, utilização de dispositivos auxiliares da marcha, acometimento por maior quantidade de comorbidades, ocorrência de quedas, sintomas depressivos, redução da autoeficácia, hospitalização e idade avançada. Em relação ao DC, Smits, Deeg, e Schmand (1999) afirmam que ter a cognição em boa funcionalidade é importante para a longevidade, autonomia e vida ativa do idoso. Para Yassuda e Abreu (2006), o DC aumenta o risco de os indivíduos terem suas atividades instrumentais de vida diária comprometidas. Ribeiro e Yassuda (2007) destacam que perdas cognitivas resultam em comprometimentos múltiplos em relação a aspectos físicos, sociais e emocionais.

Nesse contexto, se pode questionar se as variáveis DC e FR interferem na percepção dos idosos sobre sua QV? Assim este estudo tem por objetivo analisar possíveis relações entre fragilidade (FR) e declínio cognitivo (DC) e percepção de qualidade de vida (QV). Tal análise se mostra importante, pois, se a FR e o DC podem alterar a autonomia e a independência do indivíduo idoso e ainda interferir na sua qualidade de vida, se faz necessário que indivíduos que apresentam FR e DC sejam identificados para que se estabeleçam procedimentos adequados de intervenção, objetivando combater a instalação de altos graus de dependência (Santos, Fernandes, Casotti, Coqueiro, & Carneiro, 2015; Remor, Bós, & Werlang, 2011).

Métodos e Procedimentos

A pesquisa foi realizada em uma ILPI localizada na cidade de Marília, SP. A investigação fez parte das atividades desenvolvidas no projeto “Memória e Envelhecimento Humano” aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Filosofia e Ciências, FFC, UNESP, Campus de Marília, SP (Processo 2322/2006).

Foram sujeitos da pesquisa 24 idosos, dos quais 14 mulheres e 10 homens. Foram excluídos do estudo os indivíduos severamente comprometidos cognitivamente e aqueles que não aceitaram participar da pesquisa.

Os dados foram coletados a partir da aplicação individual dos seguintes instrumentos: *Escala de Fragilidade de Edmonton* (EFS); *Mini-Exame do Estado Mental* (MEEM) e *WHOQOL-Bref*. A EFS foi utilizada para detectar índices de fragilidade (FR). A ferramenta, composta por 11 itens e já adaptado à realidade brasileira, avalia cognição, estado geral de saúde, independência funcional, suporte social, uso de medicamentos, nutrição, humor, continência e desempenho funcional do idoso (Fabrício-Wehbe, *et al.*, 2009). A EFS auxilia na identificação de pessoas idosas que se encontram numa condição subclínica da síndrome e que podem se beneficiar com intervenções preventivas, com o objetivo de evitar ou postergar ao máximo a ocorrência de respostas adversas à mesma. Sua pontuação máxima é 17 e representa o nível mais elevado de FR; escores de 0-4 indicam que o sujeito não apresenta FR; de 5-6 é aparentemente vulnerável; de 7-8 apresenta FR leve; de 9-10 apresenta FR moderada; e 11 ou mais pontos indica FR grave (Fabrício-Wehbe, 2013; Fabrício-Wehbe, *et al.*, 2009).

Para avaliar a presença ou não de DC foi aplicado o MEEM, que é composto por diversas questões agrupadas em sete categorias, as quais têm como objetivo avaliar as seguintes funções cognitivas: orientação temporal (5 pontos); orientação espacial (5 pontos); memória imediata: registro de palavras (3 pontos); evocação, memória – lembrança de palavras (3 pontos); linguagem (8 pontos); e capacidade construtiva visual (1 ponto) (Folstein, Anthony, Parhad, Duffy, & Gruenberg, 1985; Folstein, M.F., Folstein, S.E., & Mchugh, 1975). Para os indivíduos com escolaridade, o escore esperado é de 25 até 30, a menos que isso já demonstra indicativo de DC; para os indivíduos sem escolaridade o escore mínimo é 20, sendo que um valor abaixo deste indica DC. (Lourenço & Veras, 2006; Abreu, Forlanza, & Barros, 2005).

O WHOQOL-Bref foi utilizado, neste estudo, para analisar a percepção relativa à QV. O instrumento é composto de 26 questões, sendo 2 (gerais) de QV; e outras 24 relacionadas aos domínios: (D1) físico (7 itens); (D2) psicológico (6 itens); (D3) relações sociais (3 itens); e (D4) meio ambiente (8 itens).

O instrumento inclui questões sobre intensidade (nada/extremamente), capacidade (nada/completamente), frequência (nunca/sempre) e avaliação (muito insatisfeito/muito satisfeito; muito ruim/muito bom). As pontuações variam de 0 a 100, sendo que as maiores indicam melhor QV (Fleck, *et al.*, 1999). As pontuações obtidas por meio dos escores brutos de cada domínio (físico, psicológico, relações sociais e ambiente), escores de autoavaliação da QV (questões 1 e 2) e escore de QV Total - (média aritmética das 26 questões) foram transformadas numa escala com variação de 0 a 100, obtidas por meio da seguinte operação aritmética: valor absoluto do escore do domínio respectivo, ou da autoavaliação da QV, ou escore QV Total, subtraindo-se o valor 4, o resultado obtido multiplicando-se por 100 e dividido por 16, sendo que as maiores indicam melhor qualidade de vida (Fleck., *et al.*, 1999).

Para a avaliação qualitativa com a utilização do Whoqol-Bref, foi utilizada uma escala para quantificar a qualidade de vida, considerando-se cada domínio do instrumento, a QV auto-avaliada e a QV Total (Quadro 1).

Quadro 1 – Escala comparativa dos valores médios dos domínios do WHOQOL-Bref

0 - 20%	21% - 40%	41% - 60%	61% - 80%	81% - 100%
Muito ruim	Fraca	Nem boa nem ruim	Boa	Muito boa

Fonte: Fleck, *et al.*, 1999

O resumo dos escores foi realizado por meio de tabelas, frequências: absolutas, percentuais; valor: mínimo, máximo; média, desvio-padrão e escore transformado (0-100%). As estatísticas e os gráficos para os instrumentos WHOQOL-Bref foram obtidos por meio de planilhas eletrônicas em Excel, segundo, os escores foram resumidos por meio de tabelas, anotadas as médias, desvios-padrão e valor p do Teste t de Student para dois grupos independentes (Fleck, *et al.*, 1999). Os resultados do instrumento WHOQOL-Bref foram analisados e apresentados mediante escores brutos mínimo, máxima e média das coletas realizadas. Esta média foi correlacionada com as pontuações máximas de cada domínio, resultando a porcentagem sendo equivalente ao total. Para avaliar qualitativamente as correlações entre o WHOQOL-Bref, MEEM (DC) e Escala de Edmonton (FR) foi calculado o coeficiente de correlação de Pearson (r), adotando-se os seguintes critérios para a correlação: i) nula: $r=0$; ii) fraca: $0 < r < 0,3$; iii) regular: $0,3 \leq r < 0,6$; iv) forte: $0,6 \leq r < 0,9$; v) muito forte: $0,9 \leq r < 1$; e vi) perfeita: $r=1$ (Callegari-Jacques, 2003).

Adotou-se, para todos os testes, o nível de significância de 5,0% de probabilidade para a rejeição da hipótese nula em todos os testes e na avaliação das correlações.

Resultados

Na amostra analisada houve predomínio de mulheres (58,3%). A média de idade dos sujeitos foi de 74,5 anos. Entre as mulheres, a média foi de 74,07 anos e entre os homens, foi 75,10 anos. O nível de escolaridade relatado (79,2%) foi ensino médio incompleto. Foi encontrada uma porcentagem alta (83,3%) de idosos com indicativo de DC. Em relação à FR: 41,7% dos sujeitos mostraram-se sem FR; 33,3% são aparentemente vulneráveis a desenvolvê-la; e 25% apresentam FR-leve. A média dos escores do MEEM em mulheres (19,07) apresenta-se menor que dos homens (22,90). E em relação à FR, a média dos escores obtidos na EFS para as mulheres foi 5,0 e para os homens, 4,4. É importante salientar que, conforme o critério de exclusão desta pesquisa, foram excluídos os idosos que apresentavam comprometimento cognitivo severo.

Em termos de avaliação de QV, 54,2 % dos idosos avaliou sua QV como boa (W1); 37,5 % como sendo nem ruim/nem boa; 4,2% como ruim; e 4,2% como muito boa. Já em relação à satisfação com a saúde (W2), 54,2% avaliaram-na como boa; 29,2% a consideraram nem ruim/nem boa; 12,5% estão insatisfeitos com sua saúde; e 4,2% estão muito satisfeitos com a mesma. A QV auto-avaliada das mulheres foi de 62,50; e QV total foi de 66,46. Para os homens, a média em termos de QV auto-avaliada foi de 65,00; e da QV total foi 67,52.

O resultado do instrumento WHOQOL-Bref aponta para uma satisfação dos idosos quanto aos domínios (físico, psicológico, relações sociais, meio ambiente), que influenciam em sua QV. Em relação aos domínios do WHOQOL-Bref, o domínio físico (D1) que aborda as questões relacionadas à dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, locomoção, atividades do dia a dia, dependência de medicamentos e capacidade para o trabalho, obteve uma média de 68,65%, sendo classificado como bom. Nesse domínio, a média para as mulheres foi de 67,14; e, para os homens, 70,75.

A maioria dos idosos, em relação ao (D1), relataram estar satisfeitos com seu sono e capacidade de locomoção; que não se cansam facilmente, pois não realizam atividades que demandem muito esforço físico e realizam de forma independente suas atividades cotidianas. Em relação ao domínio psicológico (D2), o qual remete às questões sobre sentimentos positivos/negativos, autoestima, satisfação com a aparência, se obteve a média 68,44%, o que é classificado, de forma semelhante ao domínio físico, como bom.

Em relação ao sexo, a média para as mulheres em relação a (D2) foi de 68,57; e, para os homens, de 68,25. Foi observado que os idosos pesquisados aceitam bem sua aparência e relataram não se apegar a sentimentos negativos.

No que se refere ao domínio das relações sociais (D3), a média foi de 70,52%, sendo também classificado como bom. Entre as mulheres, a média foi de 72,14; e, entre os homens, de 68,25.

É importante salientar que, entre os domínios, o (D3) obteve o percentual mais alto, o que indica a importância de se manter uma rede de apoio e atividades de lazer para um envelhecimento mais saudável. Nesse sentido, a maioria dos idosos pesquisados relatou ter bom relacionamento com os familiares e que parte deles os visitam.

Os sujeitos também relatam serem raros os conflitos entre moradores, procurando-se manter a harmonia no local e estabelecerem-se laços de amizade; relataram também gostar de conversar com os profissionais, com os voluntários e visitantes.

Em relação ao domínio meio ambiente (D4), que diz respeito ao ambiente físico, transporte, oportunidades de lazer/ recreação, segurança física e proteção, acesso à informação, cuidados de saúde, a média foi de 63,70%; também considerada uma média boa, apesar de representar a menor média entre os domínios avaliados. Entre as mulheres, a média foi de 63,13% em relação à (D4) e, entre os homens, de 64,50%. No tocante ao meio ambiente, os sujeitos relataram que o meio no qual vivem se mostra tranquilo, agradável, arejado e bem adaptado; relatam também que os profissionais atendem às suas necessidades e que gostam quando a instituição oferece passeios diversos e comemorações.

Relataram, porém, que ainda possuem bastante tempo ocioso e que, em relação aos profissionais da instituição, relatam que poderia haver um maior contingente atuando diretamente com os idosos.

Em relação ao sexo, os resultados dos testes t de Student foram não significantes ($p > 0,05$) para todas as variáveis, a saber: idade, do Whoqol-Bref, DC e FR.

Os dados relativos à QV (WHOQOL-Bref), ao DC (MEEM) e à FR (EFS) podem ser, da seguinte forma, resumidos na Tabela 1:

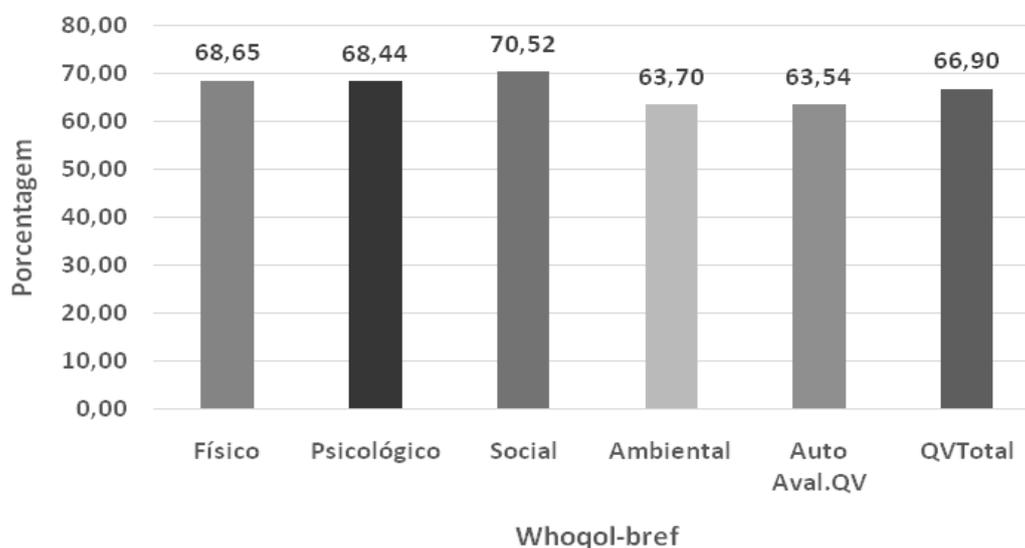
Tabela 1 - Resumo dos dados para idade (anos) e por meio do Whoqol-Bref (escala 100), W1, W2, MEEM (DC) e EFS (FR) em 24 idosos institucionalizados, Marília, SP, 2014

	Média	DP
Idade	74,50	9,64
Whoqol 1 (W1)	3,58	0,65
Whoqol 2 (W2)	3,50	0,78
Domínio Físico (D1)	68,65	8,94
Domínio Psicológico (D2)	68,44	8,93
Domínio Social (D3)	70,52	5,61
Domínio Ambiental (D4)	63,70	7,92
(QV)-Auto	63,54	16,03
(QV)-Total	66,90	5,72
(DC)	20,67	5,01
(FR)	4,75	2,07

As questões gerais de qualidade de vida (W1 e W2) obtiveram média 3,58 e 3,50, respectivamente e, quando transformadas na escala 100 (QVAA), a média foi considerada boa. Considerando ainda ambos os sexos conjuntamente, a média do (D1) do Whoqol-Bref foi de 68,65; a do (D2) foi de 68,44; do (D3) foi 70,52; e o (D4) obteve média de 63,70. A QV auto-avaliada obteve a média de 63,54 na escala de 0 a 100; e a média da QV total foi de 66,90 na mesma escala. O escore médio do MEEM foi 20,67, o que representa uma pontuação baixa, levando-se em consideração que apenas um sujeito não possuía escolaridade. Em relação à FR, a média da pontuação na EFS foi 4,75, o que indica, de forma geral, uma situação de não-FR na amostra analisada.

Em termos gerais, a QV, considerando-se os critérios adotados neste estudo (Quadro 1), foi avaliada como boa (entre 61 e 80%) pelos idosos participantes, tanto em termos de auto-avaliação da QV, como na QV-Total, bem como boa nos diferentes domínios. Os resultados dos domínios da QV podem ser verificados e melhor visualizados no gráfico abaixo (Figura 1):

Figura 1 – QV avaliada por meio do WHOQOL-Bref, segundo os domínios, QV auto-avaliação e QV-Total, em escores transformados (0-100), de 24 idosos institucionalizados, de ambos os sexos, Marília, SP, 2014



Os dados deste estudo indicam, para esta amostra: a) forte correlação positiva significativa ($0,6 \leq r < 0,9$) entre QV Total e QV Auto-Avaliada (QVAA), Domínios Físico (D1), Psicológico (D2), Social (D3) e Meio Ambiente (D4) entre QVAA e questões W1 e W2; b) correlação regular positiva significativa ($0,3 \leq r < 0,6$) entre QVAA e D4; QV Total e W1, W2; W1 e W2, D3, D4, QVAA e QV Total; c) correlação regular negativa ($0,3 \leq r < 0,6$) entre FR e W2, D1, D4, QVAA, QV Total e DC (Tabela 2). Não foram observadas, nessa amostra, correlações significativas ($p > 0,05$) entre: a) QVAA e Idade, D1, D2 e D3; b) QV Total e idade, D3; c) DC e W1, W2, QVAA, QV Total; d) D1 e W1, W2; e) D2 e W1, W2 e D1; f) D3; e idade, W2, D1, D2; g) D4 e idade, W2, D1, D3; h) FR e idade, W1, D2, D3 (Tabela 2).

Tabela 2 – Correlações¹ entre QV e domínios; DC e FR

		W 1	W 2	D1	D2	D3	D4	QVAA	QVTotal	DC	FR
Idade	r	-0,166	-0,185	-0,004	0,063	0,089	0,192	-0,197	0,070	-0,048	-0,031
	p	0,439	0,387	0,984	0,772	0,678	0,369	0,356	0,745	0,825	0,887
	n	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24
W 1	r		0,597**	0,271	0,033	0,476*	0,415*	0,873**	0,545**	0,168	-0,337
	p		0,002	0,200	0,880	0,019	0,043	0,000	0,006	0,432	0,107
	n		24	24	24	24	24	24	24	24	24
W 2	r			0,335	0,055	0,211	0,391	0,912**	0,548**	0,278	-0,458*
	p			0,109	0,800	0,322	0,059	0,000	0,006	0,188	0,024
	n			24	24	24	24	24	24	24	24
D 1	r				0,143	0,155	0,103	0,342	0,607**	0,016	-0,566**
	p				0,506	0,468	0,633	0,102	0,002	0,940	0,004
	n				24	24	24	24	24	24	24
D 2	r					0,071	0,516**	0,050	0,658**	-0,058	0,143
	p					0,741	0,010	0,817	0,000	0,787	0,506
	n					24	24	24	24	24	24
D 3	r						0,248	0,371	0,390	-0,028	-0,166
	p						0,242	0,074	0,060	0,895	0,438
	n						24	24	24	24	24
D 4	r							0,450*	0,780**	0,312	-0,435*
	p							0,027	0,000	0,138	0,034
	n							24	24	24	24
Qv AA	r								0,611**	0,255	-0,450*
	p								0,002	0,229	0,027
	n								24	24	24
QVTotal	r									0,170	-0,488*
	p									0,426	0,016
	n									24	24
DC	r										-0,486*
	p										0,016
	n										24

1 Correlações significativas estão notadas em negrito: ** significantes ao nível de 1%; * significantes ao nível de 5%

Discussão

Conforme destacado, a literatura indica que, quanto maior o indicativo de FR e/ou de DC, pior a qualidade de vida do sujeito idoso (Clegg, *et al.*, 2013; Vieira, 2013; Veras, 2009; Lourenço, 2008; Ribeiro, & Yassuda, 2007; Neri, 2006; Gonçalves, Martín, Guedes, Cabral-Pinto, & Fonseca, 2006; Yassuda, & Abreu, 2006; Dos Santos, da Costa Santos, Maria das Graças, Henriques, 2002; Neri, 2001; Smits, Deeg, & Schmand, 1999).

Neste estudo, porém, os resultados indicam que não houve correlação entre DC e QV percebida, pois apesar de a maioria dos idosos apresentarem indicativo de DC (83,3%), tal fato não influenciou em uma pior percepção da QV, a qual foi considerada, conforme a avaliação, como ‘boa’.

Sobre esse tópico Paschoal (2006) ressalta a questão da ‘subjetividade’, ao relatar que a QV percebida se refere à avaliação subjetiva que as pessoas fazem sobre seu próprio funcionamento em qualquer domínio das competências comportamentais; relata ainda que ela reflete a avaliação da própria vida, influenciada pelos valores que o indivíduo foi agregando e pelas expectativas pessoais e sociais.

Dessa forma, mesmo que haja um declínio das funções cognitivas, este pode não ser perceptível ao idoso de forma significativa, simplesmente porque não se sobressai diante de outros aspectos de sua existência, o que, por sua vez, pode levar a uma má percepção de sua própria QV.

Tal possibilidade não significa, de forma objetiva, que a manutenção da qualidade de vida não esteja diretamente relacionada ao bom funcionamento cognitivo, como sugerem, por exemplo, Ribeiro e Yassuda (2007); Yassuda, e Abreu (2006), ou como apontavam Smits, Deeg, e Schmand (1999).

Da mesma forma, neste estudo, não foi verificada correlação entre FR e uma pior percepção da QV. Em relação a isso se deve considerar que 41,7% dos sujeitos mostraram-se sem FR; que 33,3% são aparentemente vulneráveis a desenvolvê-la; e que 25% apresentam FR-leve.

Nesse sentido, a mesma observação de Paschoal (2006) poderia ser aplicada à questão da FR; ou seja, na avaliação subjetiva, cujos elementos percebidos não são vistos pelo indivíduo como significativos, se forem consideradas todas as dimensões de sua vida, não necessariamente estas corresponderão à situação avaliada objetivamente, mediante os instrumentos (escalas) utilizados, o que não descarta a hipótese de se ter idosos fragilizados que não apresentam baixos níveis em termos de QV, conforme relatam, por exemplo, Vieira, *et al.* (2013) e Lourenço (2008).

É importante destacar que houve correlação positiva entre ambiente (D4) e (QVAA), o que reforça a importância de um ambiente adequado que certamente proverá uma melhor qualidade de vida.

Considerações Finais

No presente estudo obteve-se a percepção da QV de idosos institucionalizados, de ambos os sexos, residentes em Marília, SP, a partir da identificação sócio-demográfica, utilizando-se os instrumentos Whoqol-Bref, MEEM e EFS.

O número de participantes (n) se mostrou a principal limitação do estudo, e a dificuldade dos idosos em termos de compreensão das questões apresentadas, a maior dificuldade encontrada durante a pesquisa.

Foi possível constatar que, apesar da literatura ressaltar os aspectos negativos, que a FR, o DC e mesmo a institucionalização causem prejuízos à QV dos idosos, o presente estudo não demonstrou correlações significativas entre as variáveis.

Dessa forma, esta pesquisa pode contribuir no sentido de apontar ser o conceito de QV muito amplo e que, portanto, nas pesquisas sobre o tema, não se deve levar em consideração apenas os dados objetivos, mas também a percepção subjetiva e singular que cada um possui sobre sua qualidade de vida.

Referências

Abreu, I. D., Forlanza, O. Z., & Barros, H. L. (2005). Demência de Alzheimer: correlação entre memória e autonomia. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 32(3), 131-136. Recuperado em 01 junho, 2015, de: <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v32n3/a05v32n3.pdf>.

Araújo, M. O., & Ceolim, M. F. (2007). Assessment of the level of Independence of elderly residents in long-term care institutions. *Rev Esc Enferm USP*, 41(3), 378-385. Recuperado em 01 junho, 2015, de: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n3/06.pdf>

Bergman, H., Ferrucci, L., Guralnik, J., Hogan, D. B., Hummel, S., Karunanathan, S., & Wolfson, C. (2007). Frailty: an emerging research and clinical paradigm-issues and controversies. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 62(7), 731-737. Recuperado em 01 junho, 2015, de: <https://academic.oup.com/biomedgerontology/article/62/7/731/581906/Frailty-An-Emerging-Research-and-Clinical-Paradigm>.

Borges, C. L., Silva, M. J. D., Clares, J. W. B., Bessa, M. L. P., & Freitas, M. C. D. (2013). Avaliação da fragilidade de idosos institucionalizados. *Acta Paul Enferm*, 26(4), 318-322. Recuperado em 01 junho, 2015, de: https://www.researchgate.net/profile/Cintia_Borges/publication/261730728_Avaliacao_da_fragilidade_de_idosos_institucionalizados/links/00463535659bb5436c000000.pdf.

Callegari-Jacques, S. M. (2003). Testes não-paramétricos. *Bioestatística: princípios e Aplicações*, 165-184. Porto Alegre, RS: Artmed.

Charchat-Fichman, F. H., Caramelli, P., Sameshima, K., & Nitrini, R. (2005). Declínio da capacidade cognitiva durante o envelhecimento [Decline of cognitive capacity during aging]. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27(21), 79-82. Recuperado em 01 junho, 2015, de: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/rbp/v27n1/23718.pdf>.

Clegg, A., Young, J., Iliffe, S., Rikkert, M. O., & Rockwood, K. (2013). Frailty in elderly people. *The Lancet*, 381(9868), 752-762. Recuperado em 01 junho, 2015, de: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673612621679>.

dos Santos Amaral, F. L. J., Guerra, R. O., Nascimento, A. F. F., & Maciel, Á. C. C. (2013). Apoio social e síndrome da fragilidade em idosos residentes na comunidade. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 18(6), 1835-1845. Recuperado em 01 junho, 2015, de: https://www.researchgate.net/profile/Alvaro_Maciel4/publication/237097053_Social_support_and_the_frailty_syndrome_among_elderly_residents_in_the_community/links/55e85d6208ae3e12184230b5.pdf.

dos Santos, S. R., da Costa Santos, I. B., Maria das Graças, M. F., & Henriques, M. E. R. M. (2002). Qualidade de vida do idoso na comunidade: aplicação da Escala de Flanagan. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 10(6), 757-764. Recuperado em 01 junho, 2015, de: <http://www.journals.usp.br/rlae/article/view/1714/1759>.

Fabrizio-Wehbe, S. C. C., Schiaveto, F. V., Vendrusculo, T. R. P., Haas, V. J., Dantas, R. A. S., & Rodrigues, R.A.P. (2009). Adaptação cultural e validade da Edmonton Frail Scale-EFS em uma amostra de idosos brasileiros. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 17(6), 1043-1049. Recuperado em 01 junho, 2015, de: <http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/4083>.

Fabricio-Wehbe, S. C. C. (2013). Reprodutibilidade da versão brasileira adaptada da Edmonton Frail Scale para idosos residentes na comunidade, *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 21(6), 1330-1336. Recuperado em 01 junho, 2015, de: http://www.scielo.br/pdf/rlae/2013nahead/pt_0104-1169-rlae-0104-1169-2933-2371.pdf.

Fabrício-Wehbe, S. C. C., Schiaveto, F. V., Vendrusculo, T. R. P., Haas, V. J., Dantas, R. A. S., & Rodrigues, R. A. P. (2009). Adaptação cultural e validade da Edmonton Frail Scale-EFS em uma amostra de idosos brasileiros. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 17(6), 1043-1049. Recuperado em 01 junho, 2015, de: <http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/4083/4938>.

Fleck, M., Lousada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L., & Pinzon, V. (1999). Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100). *Revista de Saúde Pública*, 33(2), 198-205. Recuperado em 01 junho, 2015, de: <http://www.scielo.org/pdf/rsp/v33n2/0061.pdf>.

Fhon, J. R. S., Diniz, M. A., Leonardo, K. C., Kusumota, L., Haas, V. J., & Rodrigues, R. A. P. (2012). Síndrome de fragilidade relacionada à incapacidade funcional no idoso. *Acta Paul Enferm*, 25(4), 589-594. Recuperado em 01 junho, 2015, de: <http://www.producao.usp.br/bitstream/handle/BDPI/39148/S0103-21002012000400017.pdf?sequence=1>.

Folstein, M., Anthony, J. C., Parhad, I., Duffy, B., & Gruenberg, E. M. (1985). The meaning of cognitive impairment in the elderly. *Journal of the American Geriatrics Society*, 33(4), 228-235. Recuperado em 01 junho, 2015, de: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1532-5415.1985.tb07109.x/full>.

Folstein, M. F., Folstein, S. E., & Mchugh, P. R. (1975). Mini-mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189-198. Recuperado em 01 junho, 2015, de: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0022395675900266>.

Fontes, M. A. & Fischer, C. P. (2014). *Neuropsicologia e as funções cognitivas*. São Paulo, SP: Plenamente. Recuperado em 2 maio, 2015, de: <http://www.plenamente.com.br/artigo/66/neuropsicologia-as-funcoes-cognitivas.php#>.

Gonçalves, D., Martín, I., Guedes, J., Cabral-Pinto, F., & Fonseca, A. M. (2006). Promoção da qualidade de vida dos idosos portugueses através da continuidade de tarefas produtivas. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 7(1), 137-143. Recuperado em 01 junho, 2015, de: www.sp-ps.pt/downloads/download_jornal/103.

Gonçalves, L. G., Vieira, S. T., Siqueira, F. V., & Hallal, P. C. (2008). Prevalência de caídas em ancianos asilados del município de Rio Grande, Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 42(5), 938-945. Recuperado em 01 junho, 2015, de: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n5/6845.pdf>.

Group, T. W. (1998). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Social science & medicine*, 46(12), 1569-1585. Recuperado em 01 junho, 2015, de: http://www.psychology.hku.hk/ftbcstudies/refbase/docs/thewhoqolgroup/1998/71_TheWHOQOLGroup1998.pdf.

Hardy, S. E., Dubin, J. A., Holford, T. R., & Gill, T. M. (2005). Transitions between states of disability and independence among older persons. *American Journal of Epidemiology*, 161(6), 575-584. Recuperado em 01 junho, 2015, de: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.486.8561&rep=rep1&type=pdf>.

- IBGE. (2011). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Censo demográfico [2010]*. Recuperado em 24 abril, 2015, de: <http://censo2010.ibge.gov.br/noticias-censo?busca=1&id=3&idnoticia=1866&view=noticia>.
- Lima-Costa, M. F., Firmo, J. O. A., & Uchôa, E. A. (2004). A estrutura de auto-avaliação da saúde entre idosos: projeto Bambuí. *Rev S Publ*, 38(6), 827-834. Recuperado em 01 junho, 2015, de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102004000600011.
- Leventhal, H., & Scherer, K. R. (1987). The relationship of emotion to cognition: A functional approach to a semantic controversy. *Cognition and Emotion*, 1(Issue 1), 3-28. Recuperado em 01 junho, 2015, de: doi: <http://dx.doi.org/10.1080/02699938708408361>.
- Linck, C. L., & Crossetti, M. G. (2011). Fragility in the elderly: what has being produced by nursing. *Rev Gaúcha Enferm*, 32(2), 385-393. Recuperado em 01 junho, 2015, de: <http://www.scielo.br/pdf/rngen/v32n2/a24v32n2.pdf>.
- Lourenço, R. A., & Veras, R. P. (2006). Mini-exame do estado mental: características psicométricas em idosos ambulatoriais. *Revista de Saúde Pública*, 40(4), 712-719. Recuperado em 01 junho, 2015, de: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40n4/23.pdf>.
- Lourenço, R. A. (2008). A Síndrome de fragilidade no idoso: marcadores clínicos e biológicos. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto*, 7(1), 1-9. Recuperado em 01 junho, 2015, de: http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=187.
- Meirelles, B. H. S., Arruda, C., Simon, E., Vieira, F. M. A., Cortezi, M. D. V., & Natividade, M. S. L. (2010). Condições associadas à qualidade de vida dos idosos com doença crônica. *Cogitare Enfermagem*, 15(3). Recuperado em 01 junho, 2015, de: revistas.ufpr.br/cogitare/article/download/18884/12193.
- Neri, A. L. (2001). Envelhecimento e qualidade de vida na mulher. In: *Congresso Paulista de Geriatria e Gerontologia*, 2. Campinas, SP: GERP, 1-19. Recuperado em 01 junho, 2015, de: <http://www.portaldoenvelhecimento.org.br/artigos/maio2007/2congresso.pdf>.
- Neri, A. L. (2006). Qualidade de vida no adulto maduro: interpretações teóricas e evidências de pesquisa. In: Neri, A. L. (Org.). *Qualidade de vida e idade madura*, 9-55. (6ª ed.). Campinas, SP: Papirus.
- Paschoal, S. M. P. (2006). Qualidade de vida na velhice. In: Freitas, E. V., Py, L., Caçado, F. A. X., Doll, J., & Gorzoni, M. L. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*, 147-153. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan.
- Remor, C. B., Bós, A. J. G., & Werlang, M. C. (2011). Características relacionadas ao perfil de fragilidade no idoso. *Scientia Medica*, 21(3), 107-112. Recuperado em 01 junho, 2015, de: revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/scientiamedica/article/download/.../6716.
- Ribeiro, P. C. C., & Yassuda, M. S. (2007). Cognição, estilo de vida e qualidade de vida na velhice. In: Neri, A. L. (Ed.). *Qualidade de vida na velhice: enfoque multidisciplinar*, 189-204. Campinas, SP: Atheneu.
- Rockwood, K., Hogan, D., & Macknigh, C. (2000). Conceptualisation and measurement of frailty in elderly people. *Drug Aging*, 17, 295-302. Recuperado em 01 junho, 2015, de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11087007>.

- Rolfson, D. B., Majumdar, S. R., Tsuyuki, R. T., Tahir, A., & Rockwood, K. (2006). Validity and reliability of the Edmonton Frail Scale. *Age and Ageing*, 35(5), 526-529. Recuperado em 01 junho, 2015, de: <https://academic.oup.com/ageing/article-lookup/doi/10.1093/ageing/afl041>
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2007). *Compêndio de Psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica*. Porto Alegre, RS: Artmed.
- Santos, P. H. S., Fernandes, M. H., Casotti, C. A., Coqueiro, R. D. S., & Carneiro, J. A. O. (2015). The profile of fragility and associated factors among the elderly registered in a Family Health Unit. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(6), 1917-1924. Recuperado em 01 junho, 2015, de: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n6/1413-8123-csc-20-06-1917.pdf>.
- Silva, B. R., & Finocchio, A. L. (2011). A velhice como marca da atualidade: uma visão psicanalítica. *Vínculo-Revista da NESME*, 8(2), 1-7. Recuperado em 01 junho, 2015, de: http://www.redalyc.org/pdf/1394/Resumenes/Resumen_139422412004_1.pdf.
- Smits, C. H., Deeg, D. M., & Schmand, B. (1999). Cognitive functioning and health as determinants of mortality in an older population. *American Journal of Epidemiology*, 150(9), 978-986. Recuperado em 01 junho, 2015, de: <https://academic.oup.com/aje/article-lookup/doi/10.1093/oxfordjournals.aje.a010107>.
- Soares, E., & Demartini, S. M. (2014). Indicadores de depressão e de declínio cognitivo em idosos institucionalizados: um estudo de caso. *RBCEH. Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, 10, 30-41. Recuperado em 01 junho, 2015, de: http://seer.upf.br/index.php/rbceh/article/view/1727/pdf_1.
- Soares, E., Demartini, S. M., Suzuki, M. M., Oliveira, T. P., & Komatsu, P. S. (2012). Estudo epidemiológico do perfil do idoso institucionalizado do interior paulista. *Revista Ciência em Extensão*, 8, 35-61. Recuperado em 01 junho, 2015, de: http://ojs.unesp.br/index.php/revista_proex/article/view/686.
- Soares, E., & Rossignoli, P. S. (2014). Depression and Cognitive Decline: Factors Related to Demographics and Psycho Pharmacotherapy on Elderly in Nursing Homes. *African Journal of Psychiatry* (Craighall), 17, 1-9. Recuperado em 01 junho, 2015, de: <http://200.145.6.238/bitstream/handle/11449/115506/ISSN19948220-2014-17-06-01-09.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- Sousa, A. C. P. A. (2010). *Síndrome de fatores associados em idosos comunitários do município de Santa Cruz, RN*. Dissertação de mestrado. Natal, RN: Universidade Federal do Rio Grande do Norte, UFRN (59p).
- Torres, S. V. S., Gasparetto Sé, E. V., & Queroz, N. C. (2006). Fragilidade, dependência e cuidado: desafios ao bem-estar dos idosos e de suas famílias. In: Diogo, M. J. D'E., Neri, A. L., & Cachioni, M. (Orgs.). *Saúde e qualidade de vida na velhice*. (2ª ed.). Campinas, SP: Alínea.
- Veras, R. (2009). Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev Saúde Pública*, 43(3), 548-554. Recuperado em 01 junho, 2015, de: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n3/224.pdf>.
- Vieira, R. A., Guerra, R. O., Giacomini, K. C., Vasconcelos, K. S. D. S., Andrade, A. C. D. S., Pereira, L. S. M., & Dias, R. C. (2013). Prevalência de fragilidade e fatores associados em idosos comunitários de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: dados do estudo FIBRA. *Cad Saúde Pública*, 29(8), 1631-1643. Recuperado em 01 junho, 2015, de: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n8/v29n8a15.pdf>.

Yassuda, M. S., & Abreu, V. P. S. (2006). Avaliação Cognitiva. In: Freitas, E. V., Py, L., Cançado, F. A. X., Doll, J., & Gorzoni, M. L. (Orgs.). *Tratado de geriatria e gerontologia*, 1252-1266. Rio de Janeiro, RJ: Koogan.

Recebido em 22/09/2016

Aceito em 30/12/2016

Edvaldo Soares - Doutor em Neurociência e Comportamento. Docente na Universidade Estadual Paulista, UNESP, Marília, SP. Pesquisador em "Psicobiologia: Processos Associativos, Controle Temporal e Memória" da USP. Coordenador do Projeto "Memória e Envelhecimento Humano" e do Laboratório de Neurociência Cognitiva, LaNeC.

E-mail: edsoares@marilia.unesp.br

Ane Elise Bassiga da Cruz - Terapeuta Ocupacional. Membro do Grupo de Pesquisa em Neurociência e Comportamento: Memória, Plasticidade, Envelhecimento e Qualidade de Vida.

E-mail: anebassiga@gmail.com

Sebastião Marcos Ribeiro de Carvalho – Doutor em Energia na Agricultura; Mestre em Medicina Interna e Terapêutica; Docente do Departamento de Psicologia da Educação da FFC, UNESP, Campus de Marília (SP).

E-mail: smrc60@gmail.com