



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS  
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

ELAINE VALIAS SODRÉ PEREIRA

**A CASP-19 E SUA RELAÇÃO COM AS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E  
DE SAÚDE EM IDOSOS PARTICIPANTES DO ESTUDO FIBRA 80+.**

CAMPINAS

2020

ELAINE VALIAS SODRÉ PEREIRA

**A CASP-19 E SUA RELAÇÃO COM AS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E  
DE SAÚDE EM IDOSOS PARTICIPANTES DO ESTUDO FIBRA 80+.**

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas como parte dos requisitos exigidos para a obtenção do título de Mestra em Gerontologia.

ORIENTADORA: PROFA. DRA. MARIA JOSÉ D'ELBOUX

ESTE TRABALHO CORRESPONDE À VERSÃO FINAL DA DISSERTAÇÃO DEFENDIDA PELA ALUNA ELAINE VALIAS SODRÉ PEREIRA, E ORIENTADA PELA PROFA. DRA. MARIA JOSÉ D'ELBOUX.

CAMPINAS

2020

Ficha catalográfica  
Universidade Estadual de Campinas  
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas  
Maristella Soares dos Santos - CRB 8/8402

P414c Pereira, Elaine Valias Sodré, 1986-  
A CASP-19 e sua relação com as variáveis sociodemográficas e de saúde em idosos participantes do estudo FIBRA 80+ / Elaine Valias Sodré Pereira. – Campinas, SP : [s.n.], 2020.

Orientador: Maria José D'Elboux.  
Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Idoso de 80 anos ou mais. 2. Idoso. 3. Qualidade de vida. 4. CASP-19. I. D'Elboux, Maria José, 1958-. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

**Título em outro idioma:** CASP-19 and its relationship with sociodemographic and health variables in elderly people participating in the FIBRA 80+ study

**Palavras-chave em inglês:**

80 years and older

Elders

Quality of life

CASP-19

**Área de concentração:** Gerontologia

**Titulação:** Mestra em Gerontologia

**Banca examinadora:**

Maria José D'Elboux [Orientador]

Lúcia Figueiredo Mourão

Maria José Sanches Marin

**Data de defesa:** 12-11-2020

**Programa de Pós-Graduação:** Gerontologia

**Identificação e informações acadêmicas do(a) aluno(a)**

- ORCID do autor: <https://orcid.org/0000-0002-8722-6573>

- Currículo Lattes do autor: <http://lattes.cnpq.br/0398818220423543>

# **COMISSÃO EXAMINADORA DA DEFESA DE MESTRADO**

**ELAINE VALIAS SODRÉ PEREIRA**

**ORIENTADOR: MARIA JOSÉ D'ELBOUX**

## **MEMBROS TITULARES:**

- 1. PROFA. DRA. MARIA JOSÉ D'ELBOUX**
- 2. PROFA. DRA. LUCIA FIGUEIREDO MOURÃO**
- 3. PROFA. DRA. MARIA JOSÉ SANCHES MARIN**

Programa de Pós-Graduação em Gerontologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

A ata de defesa com as respectivas assinaturas dos membros encontra-se no SIGA/Sistema de Fluxo de Dissertação/Tese e na Secretaria do Programa da FCM.

**Data de Defesa: 12/11/2020**

A minha querida avó Mirian, que nos deixou tão cedo, mas trouxe a inspiração, o amor e a admiração que eu tenho pelos idosos.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, acima de tudo.

À minha família e aos meus amigos por compreenderem a minha ausência.

À minha orientadora Dra. Maria José D'Elboux, um exemplo de orientadora, soube ser paciente quando eu necessitava, firme em suas correções e carinhosa ao elogiar quando achava necessário, nunca me deixando fraquejar com seu exemplo profissional e sua personalidade dinâmica.

À minha família, em especial meu esposo Leandro, meu pai Afonso, minha mãe Regina e minha irmã Raquel, que são o meu ponto de apoio e referência, incentivaram-me nos momentos em que mais precisava. Souberam compreender meus períodos de ausência, lidar com minhas emoções nesse período peculiar e recarregaram minhas baterias de afeto quando foi preciso.

À professora Dra. Anita Liberalesso Neri, pela oportunidade ofertada em participar da coleta de dados do Projeto Fibra, além dos ensinamentos relacionados à gerontologia.

Às amigas Ediane, Natália e Maura pela convivência e apoio durante esse processo e coleta de dados.

Às amigas e incentivadoras Amanda, Patrícia e Carolina pela parceria e aprendizado construído.

Aos idosos que colaboraram com o nosso estudo, compartilharam histórias vividas e nos acolheram em suas casas.

Obrigada!

É preciso chegar ativo à terceira idade, não lamentar o envelhecimento, mas encará-lo como uma celebração da sabedoria

Alexandre Kalache

## RESUMO

**Introdução:** O aumento significativo dos idosos no Brasil e a queda acentuada no índice de natalidade trouxe uma realidade para o país: a necessidade de lidar melhor com esses indivíduos que envelheceram. A avaliação da qualidade de vida (QV) no idoso é um aspecto relevante para a elaboração das políticas públicas e de saúde. A CASP-19 é uma medida de QV mais ampla, baseada no modelo de Maslow, das necessidades humanas básicas, muito utilizadas em pesquisas do envelhecimento. **Objetivos:** O presente estudo teve os objetivos de identificar associação entre QV e variáveis sociodemográficas, de saúde e funcionalidade; diferenciar a QV, mensurada pela CASP-19, de grupos de indivíduos idosos separados de acordo com características sociodemográficas, de saúde e capacidade funcional em idosos do Estudo FIBRA 80+. **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal, realizado com dados secundários dos arquivos de idosos participantes do Estudo FIBRA 80+, com 233 idosos residentes na comunidade, do polo Unicamp, com idade igual e superior a 80 anos. Foram avaliadas as variáveis sociodemográficas: sexo idade, apoio social percebido; variáveis de saúde: percepção de saúde e sintomas depressivos, funcionalidade e a QV. O Teste qui-quadrado de Pearson e a análise de Regressão univariada e multivariada para QV foram utilizadas para avaliar a relação das variáveis associadas à QV. Para identificar e analisar subgrupos de participantes foi utilizada análise de grupamentos. **Resultados:** Houve predomínio de mulheres (69,09%), sendo a média de idade 83,46 anos ( $\pm 3,7$ ), 77,25% avaliaram sua saúde como regular ou boa e 79% não apresentaram sinais de depressão. A média na pontuação da CASP-19 foi 41,8 ( $\pm 2,62$ ) e os domínios autonomia e prazer obtiveram as maiores médias (11,15 e 11,64 respectivamente). Na comparação das variáveis com a QV, apresentaram significância estatística o suporte social ( $p=0,001$ ), sintomas depressivos ( $p<0,001$ ), autoavaliação de saúde ( $p<0,001$ ) e funcionalidade AAVD ( $p<0,001$ ), AIVD ( $p=0,006$ ) e ABVD ( $p=0,008$ ). Por meio das análises de regressão constatou-se que os idosos com maior chance de alta QV foram: os sem depressão (chance 5.6 vezes maior), os que ainda fazem  $\geq 70\%$  das AAVDs ( chance 2.2 vezes maior) e os com grau de escolaridade  $\geq 9$  anos (chance 6.4 vezes maior). A análise de grupamento identificou 3 grupos distintos cuja variabilidade nos dados, pode ser mais bem explicada em razão da idade, sintomas depressivos, e independência para AIVD, que apresentam maior coeficiente de determinação. Juntos, são responsáveis por 9,77% da variabilidade total observada. A depressão, enquanto variável isolada, tem grande impacto na QV de idosos mais velhos e dependentes.

**Palavras- chave:** Idoso de 80 anos ou mais; Idoso; Qualidade de vida, CASP-19.

## ABSTRACT

**Introduction:** The significant increase of the elderly in Brazil and the sharp fall in the birth rate brought a new reality to the country: the need to deal better with the elderly population. The evaluation of quality of life (QoL) in the elderly is a relevant aspect for the development of public and health policies. The CASP-19 is a wide-ranging theoretically derived measure of well-being developed for older people, spanning four domains of control, autonomy, self-realization and pleasure and widely used in aging research. **Goals:** This study aimed to identify the association of QoL with sociodemographic variables of health and function and to differentiate the QoL, measured by CASP-19, among groups of elderly individuals from the FIBRA 80+ Study, separated according to sociodemographic characteristics of health and functional ability. **Methods:** This was a cross-sectional study, carried out with secondary data from the archives of 233 participants aged 80 and older and living in the surroundings of Unicamp. The following sociodemographic variables were evaluated: gender, age, perceived social support and health variables (perception of health and depressive symptoms, functionality and QoL). Pearson's chi-square test, univariate and multivariate regression analysis were performed to assess the relation among the variables and group analysis was used to identify the analyze subgroups of participants. **Results:** There was a predominance of women (69.09%) with a mean age of  $83.46 \pm 3.7$  years, 77.25% assessed their health as regular or good and 79% showed no sign of depression. The mean CASP-19 score was  $41.8 \pm 2.62$  and the domains of autonomy and pleasure obtained the highest means (11.15 and 11.64, respectively). In the comparisons between variables and QoL, social support ( $p=0,001$ ), depressive symptoms ( $p<0,001$ ), self-assessed health ( $p<0,001$ ), functional status of advanced activities of daily living (AADL,  $p<0,001$ ), instrumental activities of daily living (IADL,  $p=0,006$ ) and basic activities of daily living (BADL,  $p=0,008$ ) were significant. Regression analyses showed that older adults with a higher chance of high QoL are those without depression (5.6 times higher chances), those who still make 70% of AADL (2.2 times) and those who have studied for 9 years or longer (6.4 times). The subgroup analysis identified 3 groups whose data variability can be better explained due to age, depressive symptoms and independence for IADL, which have shown a higher coefficient of determination. Together, they account for 9.77% of the total variability observed. Depression as an isolated variable has a great impact on the QoL of dependent and independent elders.

**Keywords:** 80 years and older, elders, quality of life and CASP-19.

## LISTA DE FIGURAS

|   |    |
|---|----|
| Figura 1. Análise das diferenças entre os clusters 1, 2 e 3. .... | 76 |
|---|----|

## LISTA DE QUADROS

### DISSERTAÇÃO

|   |    |
|---|----|
| Quadro 1. Fluxograma de seleção de artigos. Campinas, SP, 2019.....       | 22 |
| Identificação .....   | 22 |
| Quadro 2. Delineamento dos estudos analisados (n=13), Campinas, 2018..... | 24 |
| Quadro 3. Relação de itens e domínios da CASP-1935, Campinas, 2019. ....  | 42 |

### ARTIGO 2

|   |    |
|---|----|
| Quadro 1. Categorização das Variáveis. Campinas, Ermelino Matarazzo 2016-2017.<br>..... | 69 |
|---|----|

## LISTA DE TABELAS

### ARTIGO 1

|   |    |
|---|----|
| Tabela 1. Características sociodemográficas, de saúde, funcionalidade e de QV da amostra (n=233). Campinas e Ermelino, SP 2016/2017 .....                                     | 53 |
| Tabela 2. Análise de consistência interna da CASP-19 no presente estudo e outras publicações .....  | 55 |
| Tabela 3. Análise comparativa dos escores da CASP-19 com as variáveis sociodemográficas, de saúde e funcionalidade (n=233). Campinas e Ermelino, SP 2016/2017 .....           | 56 |
| Tabela 4. Resultados da análise de regressão logística univariada para o escore total da CASP-19, tercil superior QV total (n=206). Campinas e Ermelino, SP 2016/2017 .....   | 57 |
| Tabela 5. Resultados da análise de regressão logística multivariada para o escore total da CASP-19, tercil superior QV total (n=206). Campinas e Ermelino, SP 2016/2017 ..... | 58 |

### ARTIGO 2

|   |    |
|---|----|
| Tabela 1. Análise comparativa das variáveis categóricas entre os clusters (n=233). Campinas e Ermelino, SP 2016/2017. ....          | 73 |
| Tabela 2. - Resultados da análise de regressão logística univariada para a CASP-19 (n=208). Campinas e Ermelino, SP 2016/2017. .... | 75 |
| Tabela 1. Número de participantes em cada categoria de QV em cada cluster. (n=233). Campinas e Ermelino, SP 2016/2017 .....         | 83 |

## SUMÁRIO

|  |            |
|--|------------|
| <b>1 INTRODUÇÃO</b> .....  | <b>14</b>  |
| <b>1.1 Qualidade de vida e a origem do instrumento CASP-19</b> .....                                       | <b>16</b>  |
| <b>1.2 O uso do CASP 19 na avaliação da qualidade de vida de idosos: uma<br/>revisão integrativa</b> ..... | <b>19</b>  |
| <b>2 OBJETIVOS</b> .....   | <b>37</b>  |
| <b>3 METODOLOGIA</b> .....   | <b>38</b>  |
| <b>3.1 Tipo de estudo</b> .....  | <b>38</b>  |
| <b>3.2 Local e contexto do estudo fibra</b> .....  | <b>38</b>  |
| <b>3.3 Participantes do estudo</b> .....   | <b>40</b>  |
| <b>3.4 Variáveis e medidas</b> .....   | <b>40</b>  |
| <b>3.5 Análise de dados</b> .....  | <b>43</b>  |
| <b>3.6 Aspectos éticos</b> .....   | <b>44</b>  |
| <b>4 RESULTADOS</b> .....  | <b>45</b>  |
| <b>4.1 Artigo 1</b> .....  | <b>45</b>  |
| <b>4.2 Artigo 2</b> .....  | <b>65</b>  |
| <b>5 DISCUSSÃO GERAL</b> .....   | <b>84</b>  |
| <b>REFERÊNCIAS</b> .....   | <b>86</b>  |
| <b>ANEXOS</b> .....  | <b>91</b>  |
| <b>ANEXO I. SUBMISSÃO DE ARTIGO PARA A REVISTA INTELLECTUS</b> .....                                       | <b>91</b>  |
| <b>ANEXO II. SUBMISSÃO DE ARTIGO PARA A REVISTA CIÊNCIA E SAÚDE<br/>COLETIVA</b> .....                     | <b>92</b>  |
| <b>ANEXO III. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).<br/>FIBRA 80+</b> .....                   | <b>93</b>  |
| <b>ANEXO IV. IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE IDOSO E VARIÁVEIS<br/>SOCIODEMOGRÁFICAS</b> .....               | <b>95</b>  |
| <b>ANEXO V. AVALIAÇÃO SUBJETIVA DE SAÚDE</b> .....   | <b>97</b>  |
| <b>ANEXO VI. ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA</b> .....   | <b>98</b>  |
| <b>ANEXO VII. SINTOMAS DEPRESSIVOS</b> .....   | <b>102</b> |
| <b>ANEXO VIII. SUPORTE SOCIAL PERCEBIDO</b> .....  | <b>103</b> |
| <b>ANEXO IX. QUALIDADE DE VIDA</b> .....   | <b>105</b> |
| <b>ANEXO X. PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP</b> .....   | <b>107</b> |

## 1 INTRODUÇÃO

A população brasileira passa por um período de transição demográfica com aumento significativo no segmento dos idosos. Segundo dados do IBGE, na primeira década deste século os idosos já representavam 7,4% da população brasileira, sendo os longevos, especificamente os de “80 anos e mais”, a parcela que apresenta a maior taxa de crescimento (70%).<sup>1</sup> Este fato tem gerado crescente interesse entre os pesquisadores tanto a respeito das condições que favorecem à longevidade quanto aquelas que interferem na qualidade de vida (QV) desses idosos.<sup>2</sup>

As transformações demográficas seguidas do aumento significativo da expectativa de vida ecoaram na necessidade de estudar as condições de vida e saúde dos idosos, incluindo a QV. <sup>3</sup> Laslett (1996)<sup>4</sup>, em seu trabalho *A fresh map of life*, aponta para a existência de dois períodos na velhice, a “terceira idade”, uma fase em que o idoso é mais independente e saudável para desfrutar a vida, e a “quarta idade”, caracterizada pelo início do declínio funcional e comprometimento da sua saúde. O aumento da longevidade e da fase de manutenção da independência na velhice são decorrentes de melhores condições de atendimento à saúde e do estímulo ao envelhecimento ativo, entre outros, com vistas a incrementar as oportunidades de participação social como meio de lapidar sua QV ao longo dos anos. <sup>5</sup>

Em revisão bibliográfica sobre idosos muito idosos, entre as 36 publicações, apenas um estudo tratou sobre a QV de idosos com 80 anos ou mais internados em Unidade de Terapia Intensiva. Nas demais, o enfoque era direcionado para diagnósticos, tratamentos de doenças e afins, ou seja, com abordagem biológica e médica. Os autores destacam que, embora os longevos apresentem um crescimento exponencial, observa-se carência na produção de conhecimentos com essa população<sup>6</sup>.

Os idosos com idade avançada constituem-se em um grupo com grande heterogeneidade de características, em função da cronicidade das doenças comuns na velhice, podem conviver com alto grau de dependência por longos períodos. Ao mesmo tempo observa-se idosos centenários com boa saúde, mantendo suas afecções controladas e baixa dependência funcional.

Ter uma boa QV não depende exclusivamente do avanço da tecnologia e da medicina, mas inclui outras razões, como religiosidade, estilo de vida, bens adquiridos ao longo da vida, grupos de trabalho, rede de amigos e de apoio social, além de questões relacionadas ao *self* e ao demais domínios psicológicos. As relações em grupos envolve aspectos emocionais, físicos e comportamentais e são um modo de se manter ativo durante o processo de envelhecimento e de realizar atividades socialmente relevantes, propiciando uma melhor QV <sup>7,8,9</sup>.

Estudos sobre a QV com a população longeva numa perspectiva favorável do envelhecimento é escassa, uma vez que a maioria das investigações utilizam instrumentos de avaliação da QV com ênfase nos aspectos de saúde e sociais.

A saúde para ser integral, não deve ser focada apenas em evitar e tratar doenças, mas prolongar a vida e o bem-estar. É de suma importância assegurar meios e circunstâncias que proporcionem QV ao indivíduo.

Tendo em vista esta compreensão, optou-se por utilizar o instrumento “Controle, Autonomia, Realização pessoal e Prazer (CASP-19)”, que é uma medida de QV mais ampla, baseada no modelo de Maslow das necessidades humanas básicas, porém não hierarquizada. É um instrumento multidimensional rápido, eficaz e com boas propriedades psicométricas em geral, conforme afirmam seus autores <sup>10</sup>.

Em publicação sobre os dez anos de pesquisa após a criação da CASP, os autores encontraram avanços importantes sobre as suas propriedades psicométricas, associações da CASP-19 com doenças graves, com funcionalidade física e cognitiva e com o ambiente socio físico e familiar. Importante destacar que, de acordo com os autores, não ocorre uma trajetória linear na QV na vida adulta e, acima de 50 anos, a QV necessariamente não declina <sup>11</sup>.

Nesse sentido, questiona-se: quais condições favorecem a QV de idosos longevos?

Espera-se que esse estudo possa contribuir para a compreensão sobre os aspectos que podem ser modificados ao longo do envelhecimento, tendo em vista a elaboração e desenvolvimento de práticas assistenciais que promovam melhor QV a população idosa, especialmente à longeva.

## 1.1 Qualidade de vida e a origem do instrumento CASP-19

A literatura apresenta diferentes conceitos de QV. O mais utilizado pelos estudiosos é o definido pela Organização Mundial da Saúde, que afirma que a QV é a percepção que o indivíduo tem sobre a sua posição na vida, considerando o contexto de sua cultura e de acordo com os sistemas de valores da sociedade em que vive, bem como em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (WHOQOL Group, 1998)<sup>12</sup>.

Frente a sua complexidade e seu uso em diferentes especialidades, os pesquisadores apresentam indicadores heterogêneos e instrumentos pautados em constructos desenvolvidos de acordo com os interesses científicos e área de pesquisa<sup>13,14</sup>.

Pereira e colaboradores (2012)<sup>14</sup> citam saúde, felicidade e satisfação pessoal, condições de vida e estilo de vida como diferentes sinônimos adotados na literatura para QV.

Bastante explorada na literatura, a QV de diversos grupos de pessoas, de diferentes faixas etárias, afecções e tratamentos, pode ser avaliada por instrumentos que apresentam em seu construto a saúde como uma importante medida, originando a expressão Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS)<sup>15</sup>.

O *Short-Form Health Survey* (SF-36) é um questionário genérico que avalia a QVRS focado em indivíduos acima de 14 anos, portanto não se trata de um instrumento destinado especificamente ao público idoso.<sup>5</sup> Já o *World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL) se trata de um instrumento transcultural desenvolvido a pedido da Organização Mundial de Saúde que também avalia a QV. A sua primeira versão é composta de 100 itens. A versão abreviada tem 26 questões e não foi proposta notadamente para idosos.<sup>16</sup> Frente a necessidade de um instrumento específico para a população idosa, a Organização Mundial da Saúde (OMS) desenvolveu o WHOQOL-OLD, que contém 24 questões e que deve ser utilizado em conjunto com o WHOQOL-BREF.

Admitindo-se a afirmativa de Neri (2000)<sup>17</sup>, definir QV na velhice é uma incumbência de extrema dificuldade, uma vez que a velhice e a QV são fenômenos que dependem do tempo.

Lawton (1991)<sup>18</sup>, um dos principais estudiosos nesta área, baseia-se na inter-relação de muitos elementos e destaca a interação pessoa-ambiente nos momentos

atual, passado e futuro para descrever a QV na velhice, sendo esta resultado da construção histórica interacional entre os indivíduos e sociedades. Seu modelo é pautado em quatro dimensões que se inter-relacionam: qualidade de vida percebida, condições ambientais, competência comportamental e bem-estar subjetivo.

Perante a necessidade de se obter um instrumento de QV projetado para abranger os aspectos positivos e benéficos do envelhecimento, ao invés de focar apenas nos aspectos de saúde e sociais que tradicionalmente são tratados, o que pode estereotipar as pesquisas sobre o envelhecimento, foi criado o instrumento CASP-19, baseado no modelo de Maslow<sup>11</sup>.

Para Maslow (1970)<sup>19</sup> as necessidades básicas são consideradas a base da motivação e qualidade de vida global. O modelo de Maslow argumenta que a humanidade compartilha de algumas necessidades que os tornam comparáveis e, assim que algumas medidas de sobrevivência são atendidas, como abrigo, comida e vestuário, as pessoas buscam satisfazer outras necessidades, como realização pessoal e felicidade. Em sua teoria, o autor acredita que após uma necessidade ser atendida surge outra que carece de atenção.<sup>20</sup>

A CASP-19 surgiu com a junção da amostra de três estudos ingleses prospectivos: os sobreviventes da coorte do estudo de *Boyd-Orr*<sup>21,22</sup> de uma pesquisa via correspondência com pessoas acompanhadas desde a infância, da primeira onda do *English Longitudinal Study of Aging (ELSA)*<sup>23</sup> que ocorreu em 2002 e da décima primeira onda de o *British Household Panel Survey (BHP)*<sup>24</sup> que também aconteceu em 2002. Desde então, o instrumento possui diferentes versões que estão sendo avaliadas e testadas. A escala tem sido empregada como medida dependente em pesquisas realizadas em várias localidades: Inglaterra<sup>23,25</sup> os Estados Unidos<sup>26</sup>, Nova Zelândia<sup>27</sup> Irlanda<sup>28,29,30</sup>, e em estudos longitudinais e transnacionais europeus, como o HAPIEE<sup>31</sup> e o Health, Aging and Retirement in Europe (SHARE)<sup>32</sup>. O instrumento continua gerando pesquisas metodológicas.

A sua versão de 19 itens, a mais utilizada, apresenta quatro possibilidades de respostas para cada item (sempre, às vezes, não frequente, nunca), distribuídos em quatro domínios: *controle* (a capacidade de mudar a vida e o ambiente), *autonomia* (autodeterminação e ausência de interferência indesejada de outros, *autorrealização* (satisfação com a vida e realização de si mesmo) e *prazer* (aspectos hedônicos e prazerosos do bem-estar)<sup>10</sup>.

É de fácil compreensão, rápida aplicação e multidimensional, seu score varia de 0 a 57, sendo que altas pontuações correspondem a um maior bem-estar.<sup>10</sup>

Essa ferramenta já foi traduzida em 12 idiomas e adaptada a diferenças de países e culturas. Em um estudo, que marca os dez anos da implantação da escala, foi citado que a medida CASP-19 tem sido usada em mais de vinte países, localizados nos cinco continentes e ainda é foco de estudos de validação.<sup>11</sup>

Dados de um estudo Longitudinal Inglês de Envelhecimento (ELSA) já compara a medida da CASP-19 de duas ondas realizadas com 6452 participantes. Foram aplicadas avaliações longitudinais e transversais para medir a QV dos idosos ingleses e o instrumento mostrou-se efetivo para esse acompanhamento<sup>33</sup>.

No Brasil foi realizada a primeira adaptação semântico-cultural da escala em Recife, com uma amostra de 87 idosos. O objetivo do estudo foi traduzir e avaliar o uso do CASP-19 entre os idosos brasileiros. Os autores evidenciaram a necessidade da escala até mesmo para auxiliar em medidas públicas, já que o Brasil envelhece rapidamente. A versão validada pelo grupo foi incluída no protocolo do estudo do EpiFloripa<sup>34</sup>.

Posteriormente, uma nova validação semântico-cultural com estudo de indicadores psicométricos foi realizada com 368 sujeitos participantes de um projeto de 3ª idade no Brasil. As autoras enfatizam dois aspectos importantes do estudo, considerando a natureza da escala (modelo psicológico da QV): a maior consistência interna no grupo de escolaridade mais elevada. O segundo aspecto que as autoras destacam e atribuem como um dado novo na literatura é a prioridade do fator autorrealização/prazer, obtido com o emprego do método de equações estruturais com análises fatoriais exploratórias e confirmatórias que produziram um modelo com 19 itens e dois fatores (autorrealização/prazer, com  $\alpha$  de Cronbach 0,837 e controle/autonomia, 0,670)<sup>35</sup>.

## 1.2 O uso do CASP 19 na avaliação da qualidade de vida de idosos: uma revisão integrativa

### THE USE OF CASP 19 IN THE QUALITY ASSESSMENT OF ELDERLY LIFE: AN INTEGRATING REVIEW

(ARTIGO SUBMETIDO A REVISTA INTELLECTUS)

Elaine Valias Sodré Pereira  
Maria José D'Elboux

#### RESUMO

O objetivo desse estudo foi analisar e sistematizar por meio de uma revisão integrativa da literatura a produ o científica nacional e internacional acerca da utiliza o da escala CASP-19 para avalia o da qualidade de vida de idosos no período de 2008 a 2018. Essa escala abrange além do contexto saúde/doença, outros aspectos da vida desse sujeito, levando em conta o seu bem-estar global. Para a execu o dessa revisão foram adotadas as seguintes etapas: identifica o do tema, escolha da questão norteadora; confec o de critérios para inclusão e exclusão de estudos (amostragem); levantamento das publica es; leitura e avalia o dos estudos incluídos na revisão; interpreta o dos resultados; categoriza o dos estudos e apresenta o do resultado final. Foram levantados artigos indexados nas bases de dados: PUBMED, BVS/BIREME, CINAHL, SCOPUS, WEB OF SCIENCE, EMBASE e Cochrane Library. Obtiveram-se 178 artigos publicados em português, espanhol e inglês. Após analisar o conteúdo dos trabalhos e seguindo os critérios de exclusão, foram obtidos 13 artigos. Das análises emergiram os seguintes eixos temáticos: Estudos metodológicos e de revisão da escala CASP-19 (n=3); Pesquisas sobre a rela o entre QV e problemas de saúde (n=5); Investiga es sobre a associa o da CASP-19 com outras medidas de bem-estar (n=3); Estudos de avalia o da QV antes de após interven o (n=2). Desde o ano de 2011 as pesquisas que utilizam a escala aumentaram consideravelmente e em grande parte foi aplicada em estudos longitudinais.

**Palavras-chave:** Idoso, Idoso de 80 anos ou mais, Qualidade de vida, CASP-19.

#### ABSTRACT

The objective of this study was to analyze and systematize, through an integrative review of the literature, the national and international scientific production on the use of the CASP-19 scale to evaluate the quality of life of the elderly in the period from 2008 to 2018, in the context of health/illness and other aspects of the life of the subjects, taking into account their overall well-being. To carry out this integrative review, the following steps were taken: selection of the theme; choice of hypothesis and objective; establishment of criteria for inclusion and exclusion of studies (sampling); categorization of studies; evaluation of studies included in the review; interpretation of results; presentation of the result. Articles from 2008 to 2018 were

indexed in the databases: PUBMED, BVS / BIREME, CINAHL, SCOPUS, WEB OF SCIENCE, EMBASE and Cochrane Library. We obtained 178 articles published in Portuguese, Spanish or English. After analyzing the content of the articles and following the exclusion criteria, 13 articles remained. From the analyses, the following thematic axes emerged: Methodological and revision studies of the CASP-19 scale (n = 3); Research on the relationship between QoL and health problems (n = 5); Investigations on the association of CASP-19 with other measures of well-being (n = 3); Evaluation studies of QoL before and after intervention (n = 2). Since 2011, the studies that use the scale have increased considerably and to a large extent it has been applied in longitudinal studies.

**Keywords:** Aged, Aged 80 and over, Aged, Quality of life, CASP-19.

## INTRODUÇÃO

O crescente interesse científico pelo instrumento CASP-19 na avaliação de qualidade de vida em idoso, especialmente em âmbito internacional e nos últimos anos no Brasil, justifica a necessidade de verificar na literatura, de modo sistematizado, o delineamento dos estudos realizados, de maneira que ofereça subsídios para o planejamento e desenvolvimento de novas pesquisas, bem como para a prática assistencial com a população idosa.

Desse modo, o objetivo desse estudo foi analisar e sistematizar por meio de uma revisão integrativa da literatura a produção científica nacional e internacional acerca da utilização da escala CASP-19 para avaliação da qualidade de vida de no período de 2008 a 2018.

## MÉTODO

Trata-se de uma revisão bibliográfica integrativa que consiste em realizar a síntese do conhecimento produzido sobre determinado assunto a partir de diferentes abordagens metodológicas, sendo construída por meio de análise sistemática e ampla dos estudos disponíveis na literatura científica<sup>1</sup>.

Para a execução dessa revisão integrativa foram adotadas as seguintes etapas: levantamento do tema, escolha da hipótese e objetivo; confecção de critérios para inclusão e exclusão de estudos (amostragem); categorização dos estudos; avaliação dos estudos incluídos na revisão; interpretação dos resultados; apresentação do resultado final<sup>2</sup>.

Com o tema em mente, definiu-se a questão norteadora do estudo: Qual é o delineamento dos trabalhos publicados e os temas estudados com o uso da CASP 19 em idosos? Entende-se por delineamento: autoria/ano e local de publicação, objetivos, tipo de estudo, composição da amostra, instrumentos utilizados e resultados.

Para a seleção da amostra foram utilizadas as bases de dados: PUBMED, BVS/BIREME, CINAHL, SCOPUS, WEB OF SCIENCE, EMBASE e Cochrane Library.

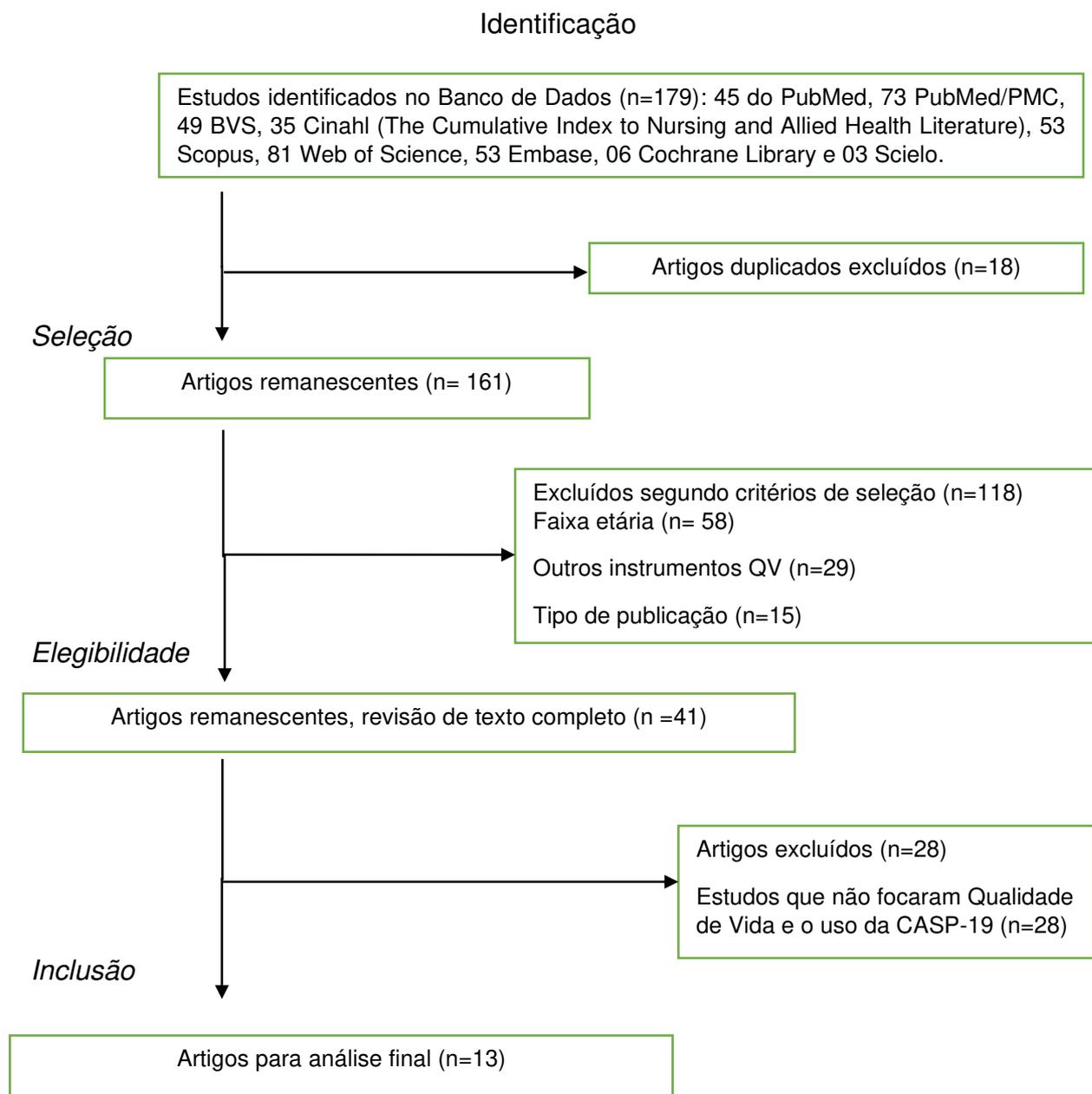
Utilizou-se combinações de descritores do Medical Subject Headings (MeSH) (aged, anciano e idoso; aged, 80 and over, anciano de 80 o más años, idoso de 80 anos ou mais; quality of life, calidad de vida, qualidade de vida) e o termo livre CASP-19. As combinações dos termos controlados utilizados sofreram modificações de acordo com a base de dados utilizada, como indicadas no Quadro 1.

As formas de obtenção dos trabalhos foram de acordo com cada base de dados, tendo como eixo norteador os descritores selecionados. Após essa etapa os resumos foram lidos e as publicações que atenderam aos critérios de inclusão foram selecionadas.

Como critérios de inclusão foram considerados artigos nacionais e internacionais elaborados nos últimos 10 anos, estudos transversais, descritivos e experimentais, bem como ensaios clínicos randomizados e não randomizados. Foram retirados os artigos que utilizavam a escala para outros fins que não fosse assistência à saúde em idosos (> ou = 60 anos), os que não utilizaram exclusivamente a CASP 19 para avaliar QV em idosos, as teses, dissertações, editoriais e os duplicados.

Foram encontrados dois artigos na língua portuguesa, dois na língua espanhola e o restante em inglês. Desses artigos, 44 provenientes do PUBMED, 73 PUBMED/PMC, 49 BVS, 35 CINAHL - *The Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*, 53 SCOPUS, 81 WEB OF SCIENCE, 53 EMBASE, 06 COCHRANE LIBRARY E 03 SCIELO.

Quadro 1. Fluxograma de seleção de artigos. Campinas, SP, 2019.



## RESULTADOS

Após a análise do conteúdo dos artigos e aplicação dos critérios de exclusão, obtiveram-se 13 artigos.

Os resultados estão apresentados no Quadro 2, onde se observa que nos anos 2008 e 2009 não houve publicação que atendesse aos critérios preestabelecidos, porém, na medida em que os anos avançaram, o número de publicações aumentou de forma expressiva.

Quanto ao país de origem, houve predomínio da Inglaterra, entretanto, chama atenção a presença do Brasil em três publicações.

A maioria dos estudos é de natureza quantitativa e transversal, (n=10).

Destaca-se o estudo de revisão narrativa realizado pelos autores da CASP-19 e publicado em 2015, com o objetivo de apresentar o “estado da arte” deste instrumento, após mais de dez anos da primeira e original publicação “Uma medida de qualidade de vida na velhice: a teoria, o desenvolvimento e as propriedades de um Modelo de Satisfação de Necessidades (CASP-19)” em 2003 <sup>3</sup>.

Houve grande diversidade entre o número de sujeitos na composição da amostra, sendo a menor composta por 21 idosos residentes em Instituição de longa permanência nos EUA. Aliás o único estudo com idosos institucionalizados, e a maior amostra com 6.182 residentes em comunidade integrantes do estudo ELSA <sup>4</sup>.

Os autores utilizaram outros instrumentos em associação com a CASP-19, dentre eles: escalas de *coping*, Escala de Provisões Sociais e a Escala de Eficácia de Quedas Modificada (M-FES), medidas de índice de massa corporal (IMC), índice de fragilidade (IF) e Escala Multidimensional de Suporte Social Percebido (MSPSS). Em um único estudo sobre incontinência urinária foram empregados seis instrumentos diferentes (ICIQ-SF - Questionário Internacional sobre Incontinência - *Short Form*-, ISI - *Incontinence Severity Index*-, GDS, AD8, além da CASP-19.

Quadro 2. Delineamento dos estudos analisados (n=13), Campinas, 2018.

| Autor(es), ano e local de publicação  | Objetivo (s) do estudo   | Tipo de estudo   | Amostra do estudo   | Instrumentos utilizados     | Principais resultados   |
|---|--|------------------|---|-----------------------------|---|
| 1. Hildon Z, Montgomery SM, Blane D, Wiggins, RD, Netuveli G (2010) <sup>5</sup> / Inglaterra | Examinar a resiliência em idades avançadas, enfocando as relações entre QV e adversidade | Estudo de coorte | 174 idosos da comunidade pertencentes a amostra Boyd Orr - estudo da sociologia médica sobre as influências do curso de vida na velhice precoce em Londres. | CASP 19<br>Escala de coping | Os resultados gerais indicam que as políticas que oferecem acesso à proteção e ajudam a minimizar a exposição à adversidade, quando possível, promoverão a resiliência. O escore médio para a escala CASP-19 foi de 40,3 (escores variaram de 14 a 56). A distribuição dos escores do CASP-19 foi negativamente, entretanto, repetir análises usando escores CASP-19 brutos e um escore transformado para normalidade não mostrou diferenças entre eles (resultados não mostrados).<br><br><b><i>Eixo: Investigações sobre a associação da CASP-19 com outras medidas de bem-estar.</i></b> |

|   |   |  |  |  |  |
|---|---|--|--|--|--|
| <p>2. Bell CS, Fain E, Daub E, Warren SH, Howell SH (2011)<sup>6</sup> / Estados Unidos (EUA)</p> | <p>Investigar os efeitos do Nintendo Wii na QV, nas relações sociais e na confiança na capacidade de prevenir quedas</p>  | <p>Estudo de intervenção</p>             | <p>21 idosos institucionalizados na Carolina do Norte</p>  | <p>Escala de Provisões Sociais (SPA) e a Escala de Eficácia de Quedas Modificada (M-FES e CASP-19.</p> | <p>Por meio dos dados qualitativos, os autores captaram reações positivas dos idosos perante o Nintendo Wii e foi perceptível a melhora da QV e vínculo entre eles. Já nos dados quantitativos em relação a CASP-19 somente o item na escala “Minha saúde me impede de fazer as coisas que quero fazer” apresentou significância.</p> <p><b>Eixo: Estudos de avaliação da QV antes e após intervenção.</b></p> |
| <p>3. Howel D (2012)<sup>7</sup> / Inglaterra</p>   | <p>Investigar como interpretar mudanças na escala de QV CASP-19 para pessoas idosas e se ela discrimina e é sensível a diferenças relevantes ou mudanças nas circunstâncias dos participantes</p> | <p>Estudo transversal e longitudinal</p> | <p>6.182 idosos da comunidade do estudo ELSA</p>   | <p>CASP-19</p>   | <p>A CASP-19 pode discriminar entre subgrupos que diferem na posição de saúde ou socioeconômica e responde a mudanças em fatores que refletem aspectos da QV.</p> <p><b>Eixo: Estudos metodológicos e de revisão da escala CASP-19.</b></p>  |
| <p>4. Gale CR, Cooper C, Deary IJ, Aihie Sayer A (2014)<sup>8</sup> / Inglaterra</p>              | <p>Investigar a associação prospectiva de 4 anos entre os escores no CASP-19 e risco de incidente, fragilidade física em homens e mulheres de 60 a 90 anos</p>                                    | <p>Estudo transversal e longitudinal</p> | <p>2557 idosos da comunidade com idade entre 60 a mais de 90 anos a partir do Inglês Longitudinal Study of Aging</p> | <p>CASP-19<br/>IMC</p>   | <p>Neste estudo prospectivo de homens e mulheres com idade entre 60 e 90 anos, aqueles que pontuaram mais em uma medida de bem-estar psicológico que avaliaram percepções de controle, autonomia, autorrealização e prazer tiveram menor risco de se tornarem frágeis durante o acompanhamento.</p> <p><b>Eixo: Pesquisas</b></p>  |

|   |   |   |   |  | <b>sobre a relação entre a QV e problemas de saúde.</b>   |
|---|---|---|---|--|---|
| 5. Nascimento RPN, Simões De Melo LH, Lima FM, Almeida MSC, Menezes TA, Petribú KLC et al. (2013) <sup>9</sup> / Brasil | Avaliar a relação entre a Insuficiência Urinária, a presença de sintomas depressivos e a QV em uma população idosa que recebe assistência do Sistema Único de Saúde em Recife, Brasil | Estudo transversal de base populacional | 536 indivíduos da comunidade acima de 60 anos   | ICIQ-SF (Questionário Internacional sobre Incontinência - Short Form) para avaliar a presença de IU e definir os tipos de IU e CASP-19 para avaliar QV. Outras ferramentas diagnósticas também foram utilizadas: ISI (Incontinence Severity Index) para avaliar a gravidade da IU, GDS5 (Geriatric Depression Scale) para avaliar a presença de sintomas depressivos e AD8 (Determinação da Demência) para avaliar o potencial declínio cognitivo entre os participantes | O escore médio do CASP-19 para a população geral foi de $32,9 \pm 7,5$ . A baixa QV foi associada a extravasamento urinário grave ( $p=0,02$ ), presença de depressão ( $p<0,0001$ ) e comprometimento cognitivo ( $<0,0001$ ). Analisando os vários tipos de incontinência, os pacientes que relataram “outros tipos” de perda urinária também relataram pior QV ( $p=0,001$ ).<br><br><b>Eixo: Pesquisas sobre a relação entre a QV e problemas de saúde.</b> |
| 6. Hubbard RE, Goodwin VA, Llewellyn DJ, Warmoth K, Lang IA (2014) <sup>10</sup> / Inglaterra                           | Investigar a associação entre fragilidade e bem-estar subjetivo em idosos; segundo, explorar o impacto da renda familiar nessa relação  | Estudo longitudinal                     | 3225 participantes com idade entre 65 e 79 anos | CASP-19 Índice de Fragilidade (FI)   | Nesta grande amostra de idosos residentes na comunidade, níveis mais altos de fragilidade foram associados a pior bem-estar subjetivo. O FI correlacionou-se bem com uma medida estabelecida de bem-estar, o CASP-19. Indivíduos com  |

|   |   |                                  |                                   |         |   |
|---|---|----------------------------------|-----------------------------------|---------|---|
|   |   |                                  |                                   |         | maiores recursos financeiros relataram melhor bem-estar subjetivo.<br><br><b>Eixo: Pesquisas sobre a relação entre a QV e problemas de saúde.</b>   |
| 7. Lima FM, Hyde M, Chungkham HS, Correia C, Campos AS, Campos M et al. (2014) <sup>11</sup> / Brasil | Traduzir e avaliar o uso do CASP-19 entre os idosos brasileiros   | Estudo exploratório de validação | 87 idosos da comunidade de Recife | CASP-19 |   |
| 8. Hyde M, Higgs P, Wiggins RD, Blane D (2015) <sup>12</sup> / Inglaterra.                            | Refletir sobre o desenvolvimento no uso da escala CASP -19 e verificar as novas pesquisas que estão sendo feitas. | Revisão narrativa                | Não há                            | CASP-19 | Além dos avanços sobre as propriedades psicométricas da CASP-19, os autores destacam evidências de associação com as seguintes variáveis. Doenças graves, função pulmonar, funcionamento físico, função cognitiva, índice de massa corporal e circunferência da cintura impactam na QV. Entretanto, pouco se sabe sobre os mecanismos por meio dos quais isso opera. Apenas um estudo verificou as maneiras pelas quais a deficiência física pode mediar a relação entre doenças crônicas e QV. Não ocorre uma trajetória linear na QV na vida adulta, acima de 50 anos a QV necessariamente não declina.<br><br>CASP-19 também associada a fatores materiais, como |

|   |  |  |  |  |   |
|---|--|--|--|--|---|
|   |  |  |  |  | posição socioeconômica; adversidade cumulativa ao longo da vida, histórias de emprego e dificuldades financeiras. Estudos sobre o impacto de fatores sociais e culturais na QV mostraram os efeitos positivos que o envolvimento em atividades socialmente produtivas, redes sociais e atividades religiosas podem ter para QV.     |
| 9. Tessari AA, Giehl MWC, Schneider IJC, Gonzalez-Chica DA (2016) <sup>13</sup> / Brasil                  | Analisar os efeitos da mudança das medidas antropométricas na QV em idosos, utilizando o índice de massa corporal (IMC) e a circunferência da cintura (CC) | Estudo longitudinal de base populacional | Idosos da comunidade (> = 60) avaliados em 2009 (n=1705) e acompanhados em 2013 (n=1197) | CASP-19<br>IMC   | Os escores de QV foram menores entre os idosos com excesso de peso. Ter excesso de peso e grande circunferência abdominal em ambas as ondas associou-se a menores escores de QV em idosos.<br><br><b>Eixo: Pesquisas sobre a relação entre a QV e problemas de saúde</b>  |
| 10. Nakhodaezadeh M, Jafarabadi MA, Allahverdipour HM, Matlabi H, Dehkordi FR (2017) <sup>14</sup> / Irã. | Investigar a contribuição do ambiente sociofísico com QV entre uma amostra de idosos iranianos residentes em uma área de baixa renda                       | Estudo transversal                       | 128 idosos da cidade de Shanhrekord  | Escala Multidimensional de Suporte Social Percebido (MSPSS)<br>CASP-19 | Os homens obtiveram níveis mais altos em todos os domínios da QV em comparação às mulheres. Os maiores e menores escores foram encontrados nos domínios prazer (9,33 ± 1,79) e controle (3,92 ± 1,66), respectivamente. A QV dos idosos pode ser afetada pelo ambiente sociofísico de seus lares.<br><br><b>Eixo: Investigações</b> |

|   |  |                                   |  |                                     |  |
|---|--|-----------------------------------|--|-------------------------------------|--|
|   |  |                                   |  |                                     | <b>sobre a associação da CASP-19 com outras medidas de bem-estar</b>   |
| 11. Ding YY (2017) <sup>15</sup> / Inglaterra                                 | Relacionar dois critérios de fragilidade do candidato em relação ao risco de mortalidade, comprometimento funcional e baixa QV em pessoas idosas | Estudo transversal e longitudinal | 4.368 idosos da comunidade de 65-89 anos (estudo ELSA) | CASP-19 Índice de Fragilidade (FI)  | Os níveis de QV avaliados pelos escores médios do CASP-19 são quase idênticos entre os sexos.<br><br>A fragilidade tem uma associação positiva a má QV.<br><br><b>Eixo: Pesquisas sobre a relação entre a QV e problemas de saúde</b>  |
| 12. Rylands D, Van Belle JP (2017) <sup>16</sup> / África do Sul              | Investigar o impacto que o uso do Facebook tem na QV de idosos vivendo na Cidade do Cabo   | Estudo de coorte                  | 59 idosos da comunidade da cidade do Cabo              | Kleine's Choice Framework e CASP-19 | Os resultados reforçam a ligação entre QV e o uso do Facebook. A pesquisa também revelou que os entrevistados usaram o Facebook principalmente para se manterem socialmente engajados com seus amigos e familiares, o que aumenta a felicidade de suas vidas e, em última análise, se traduz em uma melhor QV.<br><br><b>Eixo: Estudos de avaliação da QV antes e após intervenção</b> |
| 13. Di Gessa G, Corna, L, Price D, Glaser K (2018) <sup>17</sup> / Inglaterra | Estudar o motivo dos mais velhos terem um trabalho remunerado além da aposentadoria  | Estudo transversal e longitudinal | 2.502 idosos da comunidade do estudo inglês (ELSA)     | CASP-19                             | A decisão de continuar trabalhando após a aposentadoria afeta diretamente a QV. Os indivíduos que continuaram trabalhando por problemas financeiros tiveram scores de QV mais baixos, enquanto os que continuaram por opção apresentaram   |

|  |  |  |  |  |   |
|--|--|--|--|--|---|
|  |  |  |  |  | índices de QV mais altos.<br><br><b>Eixo:</b><br><b>Investigações</b><br><b>sobre a</b><br><b>associação da</b><br><b>CASP-19 com</b><br><b>outras medidas de</b><br><b>bem-estar</b> |
|--|--|--|--|--|---|

Após análise dos resultados dos trabalhos, emergiram dos seus conteúdos os seguintes eixos temáticos: Estudos metodológicos e de revisão da escala CASP-19; Pesquisas sobre a relação entre QV e problemas de saúde; Investigações sobre a associação da CASP-19 com outras medidas de bem-estar; Estudos de avaliação da QV antes de após intervenção.

## DISCUSSÃO

Há um pouco mais de 10 anos publicava-se o primeiro artigo que referenciava o instrumento CASP-19: *Uma Medida de Qualidade de Vida na Velhice: A Teoria, o Desenvolvimento e as Propriedades de um Modelo de Satisfação das Necessidades (CASP-19)*. Tornou-se o estudo mais citado no periódico *Aging and Mental Health*.

Em seguida, ocorreu uma grande diversidade de trabalhos, sendo a maior parte transversais e de base populacionais de amostras que variaram de 21 a 6.482 idosos, como no grande estudo publicado no Reino Unido, ELSA<sup>18</sup>.

### **A. Estudos metodológicos e de revisão da escala CASP-19 (n=3)**

Os últimos estudos com pessoas idosas mostraram que a QV é percebida além da saúde, englobando os contextos sociais e as limitações funcionais. A CASP-19 é uma ampla medida de bem-estar teoricamente desenvolvida para idosos, já que se destina à reflexão das questões da terceira idade. Tem sido muito usada em estudos observacionais dos EUA e toda Europa. Além disso, é capaz de discriminar subgrupos no âmbito da saúde e socioeconômico, conforme pesquisa realizada na Inglaterra (ELSA)<sup>18</sup>.

Estudos de validação no Brasil mostraram, em um deles, que a remoção de dois itens melhorou a consistência interna dos domínios de Autonomia e Prazer<sup>11</sup>. No outro, foi obtido um modelo com 19 itens e dois fatores: autorrealização/prazer com maior consistência interna e controle/autonomia<sup>19</sup>.

A utilização da CASP-19 provou ser rápida, objetiva e multidimensional, além de contar com boas propriedades psicométricas, o que justifica, em parte, sua utilização em mais de 20 países<sup>12</sup>. Pode-se citar os estudos longitudinais Longitudinal Study of Aging (ELSA)<sup>18</sup>, Estudo de Saúde e Survey of Health, Aging and Retirement in Europe (SHARE)<sup>20</sup>, o Health and Retirement Survey (HRS)<sup>21</sup>, Saúde, Álcool e fatores psicossociais na Europa Oriental (HAPIEE)<sup>22</sup>, o estudo GAZEL<sup>23,24</sup>, CONSTANCE<sup>25</sup> e o British Household Panel Survey<sup>26</sup>. A CASP-19, em todos esses estudos, mostrou estar associada à posição socioeconômica, dificuldades financeiras, estado fisiológico, função cognitiva e engajamento em atividades socialmente produtivas<sup>11</sup>.

Estudos posteriores à revisão bibliográfica realizada pelos autores da CASP - 19, reforçam a associação entre problemas de saúde, funcionalidade e função cognitiva, meio ambiente e tecnologia como variáveis impactantes na QV. Entretanto, mantém-se a pouca clareza sobre os mecanismos por meio dos quais isso opera<sup>12</sup>.

### ***B. Pesquisas sobre a relação entre a QV e problemas de saúde (n=5)***

Destaca-se neste eixo a constante inquietação dos estudiosos sobre a associação entre QV e problemas de saúde, tais como fragilidade<sup>8,10,15</sup>, incontinência urinária<sup>9</sup>, comprometimento funcional<sup>13</sup>, representado por cinco publicações entre as 13.

Nos últimos anos têm aumentado as evidências da relação entre QV e problemas de saúde. Estudos prospectivos descobriram que a QV está ligada a um melhor envelhecimento e, conseqüentemente, a um risco menor de desenvolvimento de doenças relacionadas a mobilidade e outras questões de vida diária, além de demonstrarem um declínio mais lento e recuperação mais rápida relacionados ao estado motor, cognitivo e funcional de um acidente vascular encefálico (AVE), por exemplo<sup>8</sup>.

Chida e Steptoe<sup>27</sup> realizaram uma metanálise de 35 estudos prospectivos em que uma melhor QV foi associada a um risco reduzido de mortalidade tanto em populações saudáveis ou não. Esses dados relacionam-se a um estudo realizado por Nascimento et al.<sup>9</sup> em que a QV teve um impacto importante no desfecho da

incontinência urinária. Dos 222 idosos, 41,4% tinham incontinência urinária e má QV.

Também foco de estudos relacionados à QV encontra-se a Síndrome da Fragilidade, que pode ser definida como um estado em que há maior vulnerabilidade e possível aumento da dependência e mortalidade diante da exposição a agentes estressores. Alguns estudos trabalham na hipótese quanto a má QV ser um precursor da Síndrome<sup>15</sup>.

Embora as ligações entre fragilidade, envelhecimento e QV não tenham sido tão exploradas, um menor número de estudos associa a fragilidade a uma pior QV. Em seu estudo pioneiro, Hubbard E. R et al.<sup>10</sup> realizou uma avaliação dos idosos e constatou a relação entre QV, fragilidade e renda. Os idosos com maior poder aquisitivo relataram ter mais QV, enquanto que indivíduos mais frágeis tendem a ter uma menor QV.

### *C. Investigações sobre a associação da CASP-19 com outras medidas de bem-estar (n=3)*

Outras medidas de bem-estar vêm sendo estudadas e relacionadas à CASP-19. Di Gessa<sup>17</sup> em um estudo com os dados ingleses do Estudo Longitudinal Inglês do Envelhecimento (ELSA), cita os motivos pelos quais os mais velhos estão trabalhando além da aposentadoria e, conseqüentemente, gerando impacto na QV desses idosos.

A permanência ou até mesmo a volta ao trabalho está ligada a uma maior QV, já que esses idosos são encorajados a realizarem mais atividades físicas, cognitivas e sociais. Desta forma, tendem a manter sua autonomia e independência por mais tempo. Em contrapartida, há alguns casos que o sujeito idoso ainda é o chefe de família e tem a responsabilidade de sustentá-la, mesmo já aposentado. Diante dessa situação esse idoso tende a ter uma menor QV.

Outra medida que tem levado a uma associação positiva com QV é a resiliência. Segundo Hildon et al.<sup>5</sup>, em seu estudo com 174 idosos londrinos com idade entre 68 e 82 anos, foi comprovado que os idosos mais resilientes tendem a

possuir uma melhor QV. Para alcançar essa resiliência, medidas em um contexto multidimensional devem ser tomadas, tais como políticas que ofereçam acesso à proteção, bem como redução das adversidades que possam acometer esse idoso, incluindo um bom acesso a medidas de saúde. Segundo os resultados do estudo, a exposição a uma adversidade associou-se a uma queda de oito pontos nos escores médios do CASP-19.

Esse último estudo relaciona-se com um realizado no Irã. Segundo Nakhodaezadeh<sup>14</sup>, o ambiente físico e social dos lares tem impacto significativo na QV dos idosos em uma comunidade de baixa renda no país.

#### *D. Estudos de avaliação da QV antes e após intervenção (n=2)*

Algumas pesquisas sobre os benefícios das tecnologias da informação e comunicação (TICS) em benefício aos idosos vêm sendo realizadas. Uma delas foi realizada nos Estados Unidos e o objetivo foi investigar os efeitos do Nintendo Wii na QV, nas relações sociais e prevenção de queda. A avaliação da QV foi feita por meio da CASP-19.

O artigo cita que os idosos que necessitam viver em casas de repouso acabam perdendo essa QV juntamente com sua independência e futuramente autonomia, diante disso promover estratégias terapêuticas, utilizando instrumentos como o Nintendo Wii por exemplo, impacta drasticamente na manutenção dessa QV em um contexto multifacetado<sup>6</sup>.

Outra pesquisa na África do Sul estudou o impacto do uso do Facebook na QV de 59 idosos da Cidade do Cabo. Os resultados reforçaram a ligação entre o uso da ferramenta e QV. Os indivíduos se mantêm engajados diante de sua rede social, incluindo familiares e, conseqüentemente, tornam-se indivíduos mais felizes <sup>16</sup>.

## **CONCLUSÃO**

Por meio dessa revisão foi possível reforçar a importância do instrumento de avaliação de QV, CASP-19. Tratamos de sua relevância, por meio do olhar holístico ao idoso, criação, desde o artigo: “Uma Medida de Qualidade de Vida na Velhice: A Teoria, o Desenvolvimento e as Propriedades de um Modelo de Satisfação das

Necessidades (CASP-19) há mais de 10 anos, contexto histórico e direções futuras de estudo”.

Em relação às perspectivas atuais e futuras, alguns estudos já relacionam a medida de QV com variáveis objetivas. Esses estudos foram evidenciados no quadro 2 do presente trabalho. Ressalta-se o considerável aumento da utilização do instrumento em grandes pesquisas longitudinais.

Por ser um instrumento psicométrico é necessário adaptar seu uso com às diversas populações, por isso a importância das traduções em mais de 20 países e validações constantes. Alguns estudos de grande impacto para o envelhecimento ocorrem nos Estados Unidos, Irlanda, Nova Zelândia, Brasil e países da Europa utilizando a medida CASP-19.

Alguns estudos mostraram que a QV relaciona-se positivamente com o bem-estar subjetivo, bem como a obesidade e o aumento do IMC e CC relaciona-se negativamente com QV.

O uso contínuo desse instrumento para avaliar a QV é importante e se faz necessário em nossa comunidade, já que fornece as evidências para implantação de medidas públicas nos níveis nacional, regional e global, para que se garanta uma boa QV na velhice para todos.

## **REFERÊNCIAS**

1. Whittemore R, Knafl K. The integrative review: updated methodology. *J Adv Nurs* 2005;52(5):546-53.
2. Rodgers BL, Knafl KA. *Concept development in nursing: Foundations, techniques, and applications*. 2th ed. Ann Arbor: Saunders, 2000.
3. Hyde, M., Wiggins, R.D., Higgs, P., & Blane, D.B. (2003). A measure of quality of life in early old age: the theory, development and properties of a needs satisfaction model (CASP-19).
4. Marmot M, Banks J, Blundell R, Lessof C, Nazroo J. *Health, wealth and life styles of the older population in England: the 2002 English Longitudinal Study of Ageing*. London: Institute for Fiscal Studies; 2002.
5. Hildon Z, Montgomery SM, Blane D, Wiggins RD, Netuveli G. Examining resilience of quality of life in the face of health-related and psychosocial adversity at older ages: what is “right” about the way we age? . *Gerontologist* 2010; 50(1): 36-47.

6. Bell CS, Fain E, Daub E, Warren SH, Howell SH. Effects of Nintendo Wii on quality of life, social relationships, and confidence to prevent falls. *Phys Occup Ther Geriatr.* 2011;29(3).
7. Howel D. Interpreting and evaluation the CASP-19 quality of life measure in older people. *Age Ageing.* 2012, 41(5):612-7.
8. Gale CR, Cooper C, Deary IJ, Aihie Sayer A. Psychological well-being and incident frailty in men and women: The English Logitudinal Study of Ageing. *Psychol Med.* 2014; 44(4):697-706.
9. Nascimento RPN, Simões De Melo LH, Lima FM, Almeida MSC, Menezes TA, Petribú KCL et al. Depressive Symptoms and Quality of Life in Elderly People with Urinary Incontinence Who Receive Public Health Basic Assistance: A Population-Based Cross-Sectional Study. In: Ellsworth P, editor. Annual Meeting of the ICS: Abstracts of the 43rd Annual Meeting of the International Continence Society; 2013 Aug 26-30.
10. Hubbard RE, Goodwin VA, Llewellyn DJ, Warmoth K, Lang IA. Frailty, financial resources and subjective well-being in later life. *Arch Gerontol Geriatr.* 2014; 58(2014):364-9.
11. Lima FM, Hyde M, Chungkham HS, Correia C, Campos AS, Campos M, et al. Quality of life amongst older Brazilians: a cross-cultural validation of the CASP-19 into Brazilian-Portuguese. *PLoS One.* 2014; 9(4).
12. Hyde M, Higgs P, Wiggins RD, Blane, D. A decade of research using the CASP scale: key findings and future directions. *Aging Ment Health.* 2015;19(7):571-5.
13. Tessari AA, Giehl MWC, Schneider IJC, Gonzalez-Chica DA. Anthropometric measures change and quality of life in elderly people: a longitudinal population-based study in Southern Brazil. *Qual Life Res.* 2016;25:3057-66.
14. Nakhodaezadeh M, Jafarabadi MA, Allahverdipour HM, Matlabi H, Dehkordi, FR. Home environment and its relation with quality of life of older people. *J Hous Elderly.* 2017;31(3):272-85.
15. Ding YY. Predictive validity of two physical frailty photype specifications developed for investigation of frailty pathways in older people. *Gerontol.* 2017;63:401-10.
16. Rylands D, Van Belle JP. The impact of Facebook on the quality of life of senior citizens in Cape Town. In: Bayissa ZR, Midekso D. *Agile methods in Ethiopia: an empirical study.* Heidelberg: Springer-Verlag, 2017. p. 740-52.

17. Di Gessa G, Corna L, Price D, Glaser K. The decision to work after state pension age and how it affects quality of life: evidence from a 6-year English panel study. *Age Ageing*. 2018;47:450-7.
18. Marmot M, Banks J, Blundell R, Lessof C, Nazroo J. Health, wealth and life styles of the older population in England: the 2002 English Longitudinal Study of Ageing. London: Institute for Fiscal Studies; 2002.
19. Neri AL, Borim FSA, Batistoni SST, Cachioni M, Rabelo DF, Fontes AP et al. Nova validação semântico-cultural e estudo psicométrico da CASP-19 em adultos e idosos brasileiros. *Cad. Saúde Pública*. 2018; 34(10):e00181417.
20. Börsch-Supan A, Brügiavini A, Jürges H, Makenbach J, Siegrist J, Weber G. Health, ageing and retirement in Europe. First results from the survey of health, ageing and retirement in Europe (SHARE). Mannheim: Mannheim Research Institute for the Economics of Aging; 2005.
21. National Institute on Aging (2007) Growing Older in America: The Health and Retirement Study Michigan: NIA.
22. Pikhart H, Nicholson A, Pajak A, Malyutina S, Kubinova R, et al. Lifecourse social status and quality of life in early old age in Eastern Europe: the HAPIEE study. *European Journal of Public Health*. 2007; 17, 120–120.
23. Goldberg M, Leclerc A, Bonenfant S, Chastang JF, Schmaus A, et al. Cohort profile: the GAZEL Cohort Study. *Int J Epidemiol*. 2007; 36(1): 32–9.
24. Wahrendorf M, Ribet C, Zins M, Siegrist J. Social productivity and depressive symptoms in early old age—results from the GAZEL study. *Ageing & Mental Health*. 2008; 12(3): 310–316.
25. Zins M, Bonenfant S, Carton M, Coeuret-Pellicer M, Gueguen A, et al. The CONSTANCES cohort: an open epidemiological laboratory. *Bmc Public Health*. 2010; 10: 479.
26. Wiggins RD, Netuveli G, Hyde M, Higgs P, Blane D (2008) A avaliação de uma escala autoenumerada de qualidade de vida (CASP-19) no contexto da pesquisa sobre envelhecimento: uma combinação de exploratório e confirmatório abordagens . *Social Indicators Research* 89 (1) : 61–77.
27. Chida Y, Steptoe A. Positive psychological well-being and mortality: a quantitative review of prospective observational studies. *Psychosom Med*. 2008; 70(7):741-56.

## 2 OBJETIVOS

- a) Identificar a associação entre QV e variáveis sociodemográficas, de saúde e funcionalidade, em idosos com idade igual e superior a 80 anos do estudo FIBRA 80+.
- b) Diferenciar a QV, mensurada pela CASP-19, de grupos de indivíduos idosos separados de acordo com características sociodemográficas, de saúde e capacidade funcional.

## **3 METODOLOGIA**

### **3.1 Tipo de estudo**

Trata-se de um estudo transversal, em que se utilizou os dados secundários dos registros de idosos participantes da pesquisa FIBRA 80+.

### **3.2 Local e contexto do estudo fibra**

Esta pesquisa foi realizada baseada nos dados do estudo de seguimento FIBRA 80+ (acrônimo de Fragilidade em Idosos Brasileiros), realizado com idosos residentes na comunidade que participaram da primeira onda do FIBRA, cuja coleta foi realizada no período de 2008 a 2009. O estudo FIBRA equivale à primeira investigação de natureza multicêntrica sobre fragilidade realizada com idosos de 65 anos ou mais<sup>36</sup>.

O polo Unicamp, constituído por grupos de pesquisa de universidades sediadas em Campinas/SP; Belém/PA; Parnaíba/PI; Campina Grande/PB; Poços de Caldas/MG; Ermelino Matarazzo/SP; e Ivoti/RS, em associação com outros três polos (Universidade de São Paulo em Ribeirão Preto/ USP-RP, Universidade Federal de Minas Gerais/UFMG e Universidade Estadual do Rio de Janeiro/UERJ) compõem a denominada Rede FIBRA. Dentre os objetivos delineados pela Rede FIBRA, buscou-se estabelecer a prevalência de fragilidade, identificar os fatores de risco e discriminar perfis de fragilidade (segundo variáveis de saúde, sociodemográficas, capacidade funcional, medidas cognitivas e psicológicas em idosos residentes na comunidade). Mediante dados coletados e padrões identificados, pretendeu-se desenvolver indicadores de validade de medidas diagnósticas de fragilidade para emprego na atenção primária à saúde do idoso<sup>37</sup>.

A amostra probabilística por conglomerados do polo Unicamp teve, como unidade de amostragem, os setores censitários urbanos, constituídos por 250 a 350 domicílios localizados em áreas urbanas, conforme disposto pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Para as cidades de Campinas e Belém, que dispõem de mais de um milhão de habitantes, foi estipulado um número de 601 idosos, com erro amostral de 4% em cada uma delas, para compor a amostra nestas cidades. Nas demais, excetuando-se o município de Ivoti, foi estimado o número de 385 idosos e

erro amostral de 5%. A amostra total do polo Unicamp foi constituída por 3.465 idosos, sendo 900 em Campinas, 721 em Belém, 484 em Parnaíba, 389 em Campina Grande, 390 em Poços de Caldas, 384 em Ermelino Matarazzo, e 197 em Ivoti. A pesquisa foi divulgada em emissoras de rádio e televisão, jornais, igrejas, clubes, associações de moradores e centros de saúde. Foram realizadas palestras com objetivo de divulgar o projeto e difundir a proposta na comunidade<sup>37</sup>.

Após a fase de divulgação, procedeu-se com o recrutamento em ondas sucessivas. Os recrutadores visitaram os domicílios existentes em cada setor censitário e mapearam aqueles em que havia idosos residentes e que cumpriam os critérios de inclusão estabelecidos para participar da pesquisa, a saber: (1) ter idade mínima de 65 anos; (2) compreender as instruções; (3) consentir em participar do estudo; e (4) residir permanentemente no domicílio e no setor censitário. Foram excluídos da amostra os idosos que apresentaram comprometimento de funções cognitivas sugestivos de demência, avaliados segundo o Mini Exame do Estado Mental (MEEM), adotando-se pontos de corte propostos por Brucki, Nitrini, Caramelli, Bertolucci e Okamoto<sup>38</sup>, que se encontravam acamados; afásicos; com comprometimento da motricidade, fala ou afetividade provocados por Doença de Parkinson em estágio avançado; com grave perda da acuidade visual e auditiva; e idosos em estágio terminal.

Os dados foram coletados em sessão única, realizada em local comunitário e de fácil acesso. Os idosos eram recepcionados por um coordenador que os designavam para um dos entrevistadores, para coleta de dados demográficos e socioeconômicos, medidas antropométricas, de fragilidade, pressão arterial e rastreio cognitivo, em sistema denominado carrossel. Os idosos que obtinham score no MEEM superior à nota de corte progrediam para a próxima fase da pesquisa e respondiam a questões relativas à funcionalidade, condições de saúde física, sintomas depressivos, expectativa de cuidado e satisfação com a vida<sup>37</sup>.

No estudo de seguimento do FIBRA 80+, os domicílios em que residiam idosos que haviam participado da primeira onda do estudo FIBRA foram visitados novamente em 2016 e 2017. As visitas ocorreram com duplas de pesquisadores treinados e o encontro foi realizado em sessão única, com duração média de 1h20 minutos. Nesta visita, mediante entrevista com familiares, foi mapeado o número de óbitos e fatores relacionados. Os idosos que ainda residiam em seus domicílios foram convidados a participar do estudo de seguimento e orientados

quanto aos procedimentos a serem realizados. Aqueles que aceitaram participar desta etapa responderam ao questionário de pesquisa após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

O protocolo do Fibra 80+ foi composto dos seguintes blocos: status mental, pressão arterial, medidas antropométricas, fragilidade, variáveis de saúde, avaliação subjetiva da saúde, depressão, suporte social percebido, atividades de vida diária, propósito de vida, neuroticismo, satisfação global e referenciada a domínios, eventos estressantes, controle, autonomia, autorrealização e prazer, espaço de vida, prestação de cuidados e religiosidade e espiritualidade.

### **3.3 Participantes do estudo**

Para este estudo foram incluídas na amostra os idosos residentes no município de Campinas e no distrito Ermelino Matarazzo, totalizando 233 idosos.

Foram excluídos os idosos com comprometimento cognitivo, com sequelas de acidente vascular encefálico (AVE), com doença de Parkinson avançada, deficit auditivo e visual grave, bem como idosos em estágio terminal.

### **3.4 Variáveis e medidas**

O protocolo de pesquisa aplicado no estudo de seguimento do FIBRA 80+ foi organizado em 18 grupos, a saber: (A) identificação do participante; (B) dados sociodemográficos; (C) status mental, (D) pressão arterial; (E) medidas antropométricas; (F) fragilidade; (G) variáveis de saúde; (J) atividades de vida diária; (K) espaço de vida; (L) suporte social percebido; (M) depressão; (N) satisfação global e referenciada a domínios; (O) eventos estressantes na infância, adolescência e velhice; (P) controle, autonomia, autorrealização e prazer; (Q) propósito; (R) neuroticismo; (T) avaliação relacionamento conjugal; e (U) espiritualidade.

Para este estudo foram utilizadas as variáveis dos blocos B, G, J, L, P e M.

#### **Bloco B - Medidas Sociodemográficas:**

- Idade: em anos;
- Gênero: feminino ou masculino;

- Estado civil – casado/a ou vive com companheiro/a; solteiro/a; divorciado/a, separado/a ou desquitado/a; viúvo/a.
- Arranjo de moradia – sozinho/a; marido/mulher/companheiro/a; filho/s ou enteado/s; neto/s; bisneto/s; outro/s parente/s; amigo/a; empregada doméstica ou cuidador pago.

### **Bloco G – Variáveis de saúde**

- Avaliação subjetiva de saúde: mensurado por meio de cinco questões, apresentadas em escala tipo likert, com cinco opções de resposta, que avaliam o quanto o idoso sente-se satisfeito com a sua saúde no momento atual, avalia a sua saúde em comparação a de um ano atrás.

### **Bloco J – Atividades de vida diária**

- Atividades Avançadas de Vida Diária (AAVD), Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) e Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD). Neste estudo as AAVD e AIVD foram consideradas indicadoras de participação social. Para sua medida foram contadas o nº de atividades que o idoso ainda realizava em comparação com às que deixou de fazer. As ABVD foram avaliadas por meio do “Índice de Katz”, que inclui as atividades consideradas básicas: banho, vestir, banheiro, transferência, continência e alimentação<sup>39</sup>. Para cada atividade há a opção de independência, dependência parcial, ou dependência total para a realização das atividades básicas.<sup>40</sup>

### **Bloco L – Suporte social percebido**

- Mensurado por meio de cinco questões, com cinco opções de resposta, apresentadas em escala tipo *likert*, que avaliam o quanto o idoso sente-se satisfeito com a ajuda que recebe de familiares e amigos em relação a: necessidade de companhia e/ou diálogo; auxílio no cuidado de tarefas domésticas, incluindo trato de animais e compras; auxílio para tomada de decisão e/ou obtenção de informações; suporte emocional mediante

sentimento de tristeza e isolamento; e necessidade de materiais como alimentos, remédios, dinheiro e roupas.

### **Bloco M - Sintomas Depressivos:**

- Avaliado por meio da Escala de Depressão Geriátrica (EDG), desenvolvida por Yesavage et al.<sup>41</sup> e validada no Brasil por Almeida e Almeida (1999)<sup>42</sup>. A versão reduzida dispõe de 15 questões e oferece medidas válidas e confiáveis para detecção de transtorno depressivo maior em idosos, conforme critérios do CID-10 e DSM-IV<sup>42</sup>. O ponto de corte para sintomatologia depressiva no referido instrumento é 5 (cinco).

### **Bloco P - Qualidade de vida:**

- Utilizou-se a CASP 19 que contempla 19 afirmações que avaliam controle, autonomia, autorrealização e prazer. Há quatro opções de resposta, como nada, um pouco, muito e muitíssimo.<sup>10</sup>

Quadro 3. Relação de itens e domínios da CASP-19<sup>35</sup>, Campinas, 2019.

|                 |  |    |
|-----------------|--|----|
| Controle        | Minha idade me impede de fazer as coisas que eu gostaria         | 1  |
|                 | Sinto que não tenho controle sobre o que acontece comigo         | 2  |
|                 | Sinto-me livre para planejar o futuro.                           | 3  |
|                 | Sinto-me deixado de lado.  | 4  |
| Autonomia       | Eu consigo fazer as coisas que quero.                            | 5  |
|                 | As responsabilidades familiares me impedem de fazer o que quero. | 6  |
|                 | Sinto-me realizado com o que faço.                               | 7  |
|                 | Minha saúde me impede de fazer as coisas que quero.              | 8  |
| Prazer          | A falta de dinheiro me impede de fazer as coisas que quero.      | 9  |
|                 | Eu tenho vontade de viver cada dia.                              | 10 |
|                 | Eu sinto que minha vida tem sentido.                             | 11 |
|                 | Eu gosto das coisas que faço.                                    | 12 |
|                 | Eu gosto de estar na companhia de outras pessoas.                | 13 |
| Autorrealização | Quando avalio a minha vida até aqui, eu me sinto feliz.          | 14 |
|                 | Ultimamente, eu tenho me sentido cheio de energia.               | 15 |
|                 | Eu escolho fazer coisas que nunca fiz antes.                     | 16 |
|                 | Eu me sinto satisfeito com o rumo da minha vida.                 | 17 |
|                 | Eu sinto que a vida me proporciona muitas oportunidades.         | 18 |
|                 | Eu acho que o futuro reserva coisas boas para mim.               | 19 |

### 3.5 Análise de dados

Os dados foram transportados para o programa Excel for Windows/XP e então para o programa SPSS – “*System for Windows*” (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 24.0. Foram realizadas as seguintes análises:

- Descritiva com posterior confecção de tabelas contendo: valores absolutos, percentuais, medidas de posição (média, mínima e máxima) e dispersão (desvio-padrão);
- Coeficiente  $\alpha$  de *cronbach* para análise da consistência interna do instrumento CASP-19. Valores de  $\alpha$  de *cronbach* maior do que 0,80 tem a consistência interna quase perfeita, valores de 0,80 a 0,61 podem ser considerados substancial, 0,60 a 0,41 equivale a consistência moderada, 0,40 a 0,21 razoável e menor do que 0,21 pode ser considerada pequena.<sup>43</sup>
- Teste qui-quadrado de *Pearson* para análise de comparação entre QV (transformada em variável dicotômica classificada como tercil superior em oposição a valores inferiores) e as variáveis de interesse;
- Análise de regressão univariada e multivariada para QV com critério *Stepwise* de seleção de variáveis para avaliar a relação das variáveis associadas à maior QV pelo escore total da CASP-19, dividido pelo tercil superior.
- Análise de grupamentos: utilizado para identificar subgrupos de participantes com características semelhantes. As características inclusas neste modelo foram: medidas sociodemográficas, variáveis de saúde, atividades de vida diária, suporte social percebido, sintomas depressivos e qualidade de vida. A análise de grupamento gerou 3 grupos distintos. Para identificar as variáveis que contribuíram com as diferenças entre grupos, foi utilizado o método de partição. A QV vida total e cada um dos domínios desta foi descrita em mediana e intervalo interquartil, visto que os dados não apresentaram distribuição normal (teste de *Shapiro-Wilk*). Para comparar QV entre os três grupos formados, realizou-se 5 análises de regressão, tendo cada um dos componentes da CASP-19 (QV total e pelos domínios controle, autonomia, prazer e autorrealização) e a QV total como variáveis dependentes, e os 3 grupos como variáveis independentes. O grupo 3 foi considerado o grupo de referência e o  $p < 0,05$  foi considerado significativo para diferente razão de chance de ter boa QV comparado aos grupos 1 e 2.

### **3.6 Aspectos éticos**

Com relação às considerações éticas, na elaboração dos protocolos e na obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos participantes (Anexo A), o estudo Fibras 80+ cumpriu as exigências da resolução 466/2012 CNS/MS e complementares, bem como aprovado em 23/11/2015, mediante o parecer no 1.332.651, e foi cadastrado na Plataforma Brasil / Ministério da Saúde sob o C.A.A.E. 49987615.30000.5404. A presente investigação é um subprojeto aprovado pelo Comitê como um adendo do FIBRA 80+, polo Unicamp, sob o parecer número 3.387.672.

## 4 RESULTADOS

Os resultados serão apresentados sob forma de artigos. As formatações, referências e citações obedeceram às normas do periódico.

### 4.1 Artigo 1

(Submetido à revista Ciência e Saúde Coletiva)

#### **A CASP-19 E SUA RELAÇÃO COM AS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E DE SAÚDE EM IDOSOS PARTICIPANTES DO ESTUDO FIBRA 80+.**

#### **CASP-19 AND ITS RELATIONSHIP WITH SOCIODEMOGRAPHIC AND HEALTH VARIABLES IN ELDERLY PEOPLE PARTICIPATING IN THE FIBRA 80+ STUDY.**

**Elaine Valias Sodré Pereira** Programa de Pós-Graduação em Gerontologia,  
Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Universidade Estadual de Campinas  
(UNICAMP)

**Carolina Pessoni Garcia** Programa de Pós-Graduação em Gerontologia da FCM da  
UNICAMP.

**Anita Liberalesso Neri** Professor titular, Colaborador no Programa de Pós-  
Graduação em Gerontologia da FCM da UNICAMP.

**Maria José D'Elboux** Professor Livre Docente, Colaborador no Programa de Pós-  
Graduação em Gerontologia da FCM da UNICAMP.

## A CASP-19 E SUA RELAÇÃO COM AS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E DE SAÚDE EM IDOSOS PARTICIPANTES DO ESTUDO FIBRA 80+

### CASP-19 AND ITS RELATIONSHIP WITH SOCIODEMOGRAPHIC AND HEALTH VARIABLES IN ELDERLY PEOPLE PARTICIPATING IN THE FIBRA 80+ STUDY

Elaine Valias Sodré Pereira<sup>1</sup>

Carolina Pessoni Garcia<sup>1</sup>

Anita Liberalesso Neri<sup>2</sup>

Maria José D'Elboux<sup>2</sup>

#### RESUMO

**Introdução:** A avaliação da qualidade de vida (QV) no idoso é um aspecto relevante tendo em vista o aumento significativo dessa população. A CASP-19 é uma medida de QV mais ampla, baseada no modelo de Maslow, das necessidades humanas básicas, e concentra-se nos aspectos positivos da vida dos idosos, independente das condições de saúde e de outros fatores que possam influenciá-la. **Objetivo:** Identificar associação entre QV e variáveis sociodemográficas, de saúde e funcionalidade em idosos com idade igual e superior a 80 anos. **Metodologia:** Esta pesquisa foi realizada com base nos dados do estudo de seguimento FIBRA 80+ (acrônimo de Fragilidade em Idosos Brasileiros), com 233 idosos residentes na comunidade, do polo Unicamp, com idade igual ou superior a 80 anos. Foram avaliadas as variáveis sociodemográficas: sexo, idade, apoio social percebido; variáveis de saúde: percepção de saúde e sintomas depressivos, funcionalidade e a QV. O Teste qui-quadrado de *Pearson* e a análise de Regressão univariada e multivariada para QV foram utilizadas para avaliar a relação das variáveis associadas à maior QV. **Resultados:** Houve predomínio de mulheres (69,09%), sendo a média de idade 83,46 anos ( $\pm 3,7$ ), 77,25% avaliaram sua saúde como regular ou boa e 79% não apresentaram sinais de depressão. A média na pontuação da CASP-19 foi 41,8 ( $\pm 2,62$ ) e os domínios autonomia e prazer obtiveram as maiores médias (11,15 e 11,64 respectivamente). Na comparação das variáveis com a QV, apresentaram significância estatística o suporte social ( $p=0,001$ ), sintomas depressivos ( $p<0,001$ ), auto avaliação de saúde ( $p<0,001$ ) e funcionalidade AAVD ( $p<0,001$ ), AIVD ( $p=0,006$ ) e ABVD ( $p=0,008$ ). Por meio das análises de regressão constatou-se que os idosos com maior chance de alta QV foram: os sem depressão (chance 5.6 vezes maior), os que ainda fazem  $\geq 70\%$  das AAVDs (chance 2.2 vezes maior) e os com grau de escolaridade  $\geq 9$  anos (chance 6.4 vezes maior). **Conclusão:** A ausência de depressão, maior grau de escolaridade e independência para AAVD foram as variáveis de maior impacto para mais altos valores de QV dos idosos longevos. A CASP-19 mostrou-se efetiva para a avaliação da QV de forma holística, sendo os domínios Autonomia e Prazer com maiores pontuações, que

dizem respeito a realização pessoal, capacidade de decisão e satisfação com a vida independente de condições de saúde.

**Palavras-Chave:** Idoso; Idoso de 80 anos ou mais; Qualidade de vida.

## RESUME

**Introduction:** The evaluation of quality of life (QoL) of the elderly is a relevant aspect in view of the significant increase in this population. CASP-19 is a broader measure of QoL based on the Maslow model of basic human needs and focuses on the positive aspects of the elders' life, regardless of health conditions and other factors that may influence it. **Objective:** This work aimed to exam the association of QoL with sociodemographic variables of health and functional ability in older adults aged 80 and over. **Methodology:** The research was conducted based on data from the follow-up study FIBRA 80+ (acronym for Frailty among Brazilian Elders) which included 233 participants aged 80 and older and living in surroundings of Unicamp. Gender, age, perceived social support, perception of health, depressive symptoms, functional abilities and QoL were evaluated. We used Pearson's chi-square test, univariate and multivariate regression analysis to assess the relation among the variables associated with higher QoL. **Results:** There was a predominance of women (69.09%) with mean age of  $83.46 \pm 3.7$  years, 77.25% assessed their health as regular or good and 79% showed no signs of depression. The mean CASP-19 score was  $41.8 \pm 2.62$  and the domains of autonomy and pleasure obtained the highest means (11.15 and 11.64, respectively). In the comparisons between variables and QoL, social support ( $p=0.001$ ), depressive symptoms ( $p<0.001$ ), self-assessed health ( $p<0.001$ ), functional status of advanced activities of daily living (AADL,  $p<0.001$ ), instrumental activities of daily living (IADL,  $p=0.006$ ) and basic activities of daily living (BADL,  $p=0.008$ ) were statistically significant. Regression analyses showed that older adults with a higher chance of high QoL are those without depression (5.6 times higher chances), those who still make 70% of AADL (2.2 times) and those who have studied for 9 years or longer (6.4 times). We demonstrated that the most relevant variables associated with the highest QoL values were the absence of depression, the high level of education and the independence for AADL. CASP-19 has proven to have discriminatory power for the evaluation of QoL in a holistic approach and autonomy and pleasure domains, which concern personal performance, decision-making capacity and life satisfaction, obtained the highest scores.

**Key words:** Elders, 80 years and older and quality of life

<sup>1</sup> UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS (UNICAMP), Programa de Pós-Graduação em Gerontologia, Campinas, SP.

<sup>2</sup> UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS (UNICAMP), Docente do Programa de Pós-Graduação em Gerontologia.

## INTRODUÇÃO

A velhice é caracterizada por inúmeras particularidades e interações que se estabelecem entre diferentes âmbitos de natureza biológica, psicológica e social. Atualmente constitui-se numa fase longa da vida, ao se considerar o aumento da expectativa de vida e a longevidade.

Alguns críticos e pioneiros da área de gerontologia, como Berenice Naugarten, já pontuavam a necessidade de divisão entre “idosos jovens” e “velhos-velhos”<sup>5</sup>.

O grande interesse em indicadores de saúde e, principalmente, de qualidade de vida (QV), tem instigado pesquisadores da área a compreender os elementos que proporcionam bem-estar do grupo dos idosos, especialmente dos longevos, no sentido de proporcionar melhor assistência a essa população<sup>1</sup>.

Pesquisas revelam que variáveis subjetivas, como a QV, são impactantes com a mesma densidade ou até maior do que indicadores objetivos de saúde, de bem-estar físico, econômico e social<sup>2-3-4</sup>.

A QV tem sido relacionada à saúde tendo em vista a avaliação do impacto de determinadas afecções e da perda da funcionalidade sobre a população idosa. Contudo, na velhice, faz-se necessário abranger outros aspectos de vida do sujeito, além da saúde<sup>6</sup>.

Nesse sentido, o instrumento CASP-19, elaborado com base no modelo de Maslow das necessidades humanas básicas, concentra-se nos aspectos positivos e holísticos da vida dos idosos e é independente das condições de saúde e de outros fatores que possam influenciá-la. Contempla quatro domínios: controle, autonomia, autorrealização e prazer, que, conforme destacam Neri et al. (2018), são necessidades básicas inerentes à natureza humana.

Esse instrumento foi criado originalmente e validado no Reino Unido com uma amostra de 264 de idosos jovens (65-75 anos) e se destina a avaliação da QV de pessoas com 55 anos e mais<sup>7</sup>.

Os primeiros e grandes estudos com a CASP-19 foram realizados com amostras de três pesquisas inglesas prospectivas: sobreviventes da coorte do estudo de *Boyd-Orr*<sup>8</sup>, participantes da primeira onda de medidas do *English Longitudinal Study of Aging* (ELSA)<sup>9</sup> e participantes da 11ª onda de medidas do *British Household Panel Survey*<sup>10</sup>.

O instrumento tem sido utilizado em vários países, entre eles a Inglaterra <sup>11-12</sup>, Estados Unidos <sup>13</sup>, Irlanda <sup>14-15-16</sup> e Nova Zelândia <sup>17</sup>. Também em estudos longitudinais e transnacionais europeus, tais como o *Health, Aging and Retirement in Europe - SHARE* <sup>18</sup> e o *HAPIEE* <sup>19</sup>. Hyde et al. (2013), publicaram um trabalho em comemoração aos 10 anos de origem e utilização da escala onde comentam que a medida CASP-19 tem sido usada em mais de vinte países, localizados nos cinco continentes, e tem sido submetido a adaptação cultural e validação em muitos locais <sup>7</sup>.

No Brasil, a primeira adaptação semântico-cultural da escala foi realizada em Recife, por Lima et al. (2014). Os autores aplicaram o instrumento em uma amostra de 87 idosos residentes na cidade de Recife e, após análise por testes psicométricos, recomendou-se o instrumento com 16 itens. Posteriormente, uma nova validação semântico-cultural foi realizada por Neri et al. (2018), que considerou o Brasil como um país de dimensões continentais, de diversas etnias e subculturas. Para essa nova validação, foram realizados novos testes psicométricos e trabalhado com uma amostra maior de indivíduos e sugeriu a utilização do instrumento com os 19 itens, com adultos mais velhos e idosos brasileiros com bom nível de escolaridade.

A CASP-19 tem sido utilizada em estudos brasileiros, tais como: *Estudo Longitudinal de Saúde do Idoso ELSI-Brasil* <sup>20</sup>, *Fragilidade, saúde e bem estar em idosos: FIBRA* <sup>21</sup> esses que adotaram a última versão do instrumento validada no Brasil com 19 itens de Neri (2018), e *EpiFlora Idoso*, em Santa Catarina, que adotou a versão de Lima et al. (2014) <sup>22-23-24</sup>.

Considerando que na literatura gerontológica há poucos trabalhos sobre a percepção dos idosos longevos brasileiros de QV, bem como sobre os elementos que influenciam essa percepção, o estudo teve como objetivo identificar associação entre QV e variáveis sociodemográficas, de saúde e funcionalidade em idosos com idade igual e superior a 80 anos do estudo FIBRA 80+.

## **MATERIAL E MÉTODO**

Trata-se de estudo transversal e analítico com abordagem quantitativa, cujos dados foram coletados no seguimento do Estudo FIBRA (Fibra é o acrônimo de Fragilidade em Idosos Brasileiros), cujas coletas foram realizadas nos anos de 2016 e 2017 nos municípios de Campinas e Ermelino Matarazzo, locais estes integrantes do polo Universidade Estadual de Campinas - Unicamp.

Participaram da amostra 233 idosos com idade igual ou superior a 80 anos, eleitos entre os integrantes da linha de base do Estudo FIBRA que contou com 1284 idosos nesses locais. Foram excluídos os idosos que apresentaram comprometimento cognitivo, identificado a partir do Mini Exame do Estado Mental (MEEM), conforme pontuação de corte adequada ao nível educacional dos participantes <sup>25</sup>.

No estudo de seguimento, denominado FIBRA 80+, os domicílios em que residiam idosos que haviam participado da primeira onda do estudo FIBRA foram visitados novamente. Nesta visita, mediante entrevista com familiares, foi mapeado o número de óbitos e fatores relacionados. Os idosos que ainda residiam em seus domicílios, foram convidados a participar do estudo de seguimento. Aqueles que aceitaram participar desta etapa, responderam ao questionário de pesquisa, cujos dados foram tabulados em pacote estatístico.

De todas as variáveis do estudo FIBRA, foram selecionadas para o presente estudo as variáveis sociodemográficas referentes ao gênero (variável dicotômica), idade (transformada em variável categórica 80-84 anos e  $\geq 85$  anos), escolaridade (número de anos de frequência escolar), estado civil (casado, solteiro, divorciado/separado/desquitado e viúvo) e arranjo de moradia (sozinho, com cônjuge, com cônjuge/outros e demais). Os dados foram obtidos por autorrelato.

A variável suporte social percebido foi mensurada por meio de cinco questões, com o mesmo número de opções de resposta, apresentadas em escala tipo *likert*. Neste quesito foi avaliado o quanto o idoso sentia-se satisfeito com a ajuda que recebe de familiares e amigos em relação a: necessidade de companhia e/ou diálogo; auxílio no cuidado de tarefas domésticas, incluindo trato de animais e compras; auxílio para tomada de decisão e/ou obtenção de informações; suporte emocional mediante sentimento de tristeza e isolamento; e necessidade de materiais como alimentos, remédios, dinheiro e roupas. Foi considerada baixa percepção de suporte social valores  $\leq 18$ , moderada percepção entre 19-20 e alta percepção de suporte social valores  $\geq 21$  <sup>21</sup>.

As variáveis de saúde utilizadas foram a autoavaliação de saúde e sintomas depressivos. A primeira avaliada pela questão “De um modo geral, como o/a senhor/a avalia a sua saúde no momento atual?”, em que os idosos tinham as seguintes opções de resposta: Muito ruim, ruim, regular, boa, muito boa ou sem resposta. Essa estratégia de autoavaliação teve como base o instrumento utilizado

por Ware (1993), que avaliou qualidade de vida e saúde de indivíduos nos EUA <sup>26</sup> e também foi utilizada no Estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento (SABE) <sup>27</sup>.

A presença de sintomas depressivos foi considerada por meio da Escala de Depressão Geriátrica (EDG), desenvolvida por Yesavage et al. <sup>32</sup> e validada no Brasil por Almeida e Almeida (1999)<sup>33</sup>. A versão reduzida dispõe de 15 questões e oferece medidas válidas e confiáveis para detecção de transtorno depressivo maior em idosos, conforme critérios do CID-10 e DSM-IV <sup>33</sup>. O ponto de corte sintomatologia depressiva no referido instrumento é 5 (cinco).

A variável funcionalidade foi avaliada por meio de instrumentos já consolidados para medidas de: Atividades básicas de vida diária (ABVD), Atividades Instrumentais de Vida Diária e Atividades Avançadas de Vida Diária (AAVD). Para as ABVD, foi utilizado o Índice de Katz <sup>28</sup>, cuja pontuação varia de 0 a 6 pontos, sendo que valores mais baixos indicam maior independência. Neste estudo os idosos foram classificados como independentes quando o escore foi 0 e dependentes quando o escore foi  $\geq 1$ , ou seja, apresentaram dependência para no mínimo uma atividade.

Quanto às AIVD os idosos foram classificados de acordo com a sua independência e pontuaram 7 se realizavam todas as atividades sem ajuda, ou seja, independentes, e de 1 a 6 quando apresentavam dependência em alguma atividade.

As AAVD foram compostas por 12 itens relacionados à participação em eventos sociais, como visitas; grupos de convivência e reuniões sociais; culturais; políticos, como participar de diretorias de organizações; religiosos, como frequentar igreja; viagens; trabalho e direção veicular. Esses itens foram baseados no Inquérito do *Berlin Ageing Study* <sup>30</sup>. Os idosos foram classificados de acordo com o total de atividades que realizavam, ou seja,  $\geq 70\%$  das atividades elencadas, entre 50 a 69% e menos do que 50% das atividades listadas.

Como variável subjetiva de avaliação da QV, utilizou-se a CASP-19 que contempla 19 afirmações que avaliam controle, autonomia, autorrealização e prazer. Há quatro opções de resposta, como “nada”, “um pouco”, “muito” e “muitíssimo”. Para cada domínio há uma pontuação máxima esperada, somente o domínio *Controle* atinge 12 pontos. No restante dos domínios *Autonomia*, *Prazer* e *Autorrealização* o idoso pode atingir até 15 pontos em cada um, somando no total 57 pontos. Optou-se por divisão em tercís em cada domínio e no escore total. Os que pontuaram no tercil superior do escore total (45 pontos ou mais) foram considerados portadores de melhor QV <sup>7</sup>.

Foram incluídos na amostra os idosos com idade igual e superior a 80 anos que participaram do Estudo FIBRA na linha de base, polo Unicamp. Foram excluídos os idosos com comprometimento cognitivo, com sequelas de acidente vascular encefálico (AVE), com doença de Parkinson avançada, deficit auditivo e visual grave e idosos em estágio terminal.

Os dados foram transportados para o programa Excel for Windows/XP e então para o programa SPSS - “*System for Windows*” (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 24.0. Foram realizadas as seguintes análises:

- Descritiva com posterior confecção de tabelas contendo: valores absolutos, percentuais, medidas de posição (média, mínima e máxima) e dispersão (desvio-padrão);
- Coeficiente  $\alpha$  de *Cronbach* para análise da consistência interna do instrumento CASP-19. Valores de  $\alpha$  de *Cronbach* maior do que 0,80 tem a consistência interna quase perfeita, valores de 0,80 a 0,61 podem ser considerados substancial, 0,60 a 0,41 equivale a consistência moderada, 0,40 a 0,21 razoável e menor do que 0,21 pode ser considerada pequena <sup>43</sup>.
- Teste qui-quadrado de *Pearson* para análise de comparação entre QV (transformada em variável dicotômica classificada como tercil superior em oposição a valores inferiores) e as variáveis de interesse;
- Análise de Regressão univariada e multivariada para QV com critério *Stepwise* de seleção de variáveis para avaliar a relação das variáveis associadas à maior QV pelo score total do CASP-19, dividido pelo tercil superior.

O nível de significância adotado para os testes estatísticos foi de 5%, ou seja,  $p < 0.05$ .

O estudo Fibras 80+ cumpriu as exigências da resolução 466/2012 CNS/MS e complementares. Foi aprovado em 23/11/2015, mediante o parecer no 1.332.651 e foi cadastrado na Plataforma Brasil / Ministério da Saúde sob o C.A.A.E. 49987615.30000.5404. A presente investigação é um subprojeto aprovado pelo Comitê como um adendo do FIBRA 80+, polo Unicamp, sob o parecer número 3.387.672.

## RESULTADOS

Dos 233 idosos participantes do estudo, a faixa etária predominante foi de 80 a 84 anos (69,96%), ( $\mu=83,46\pm 3,7$  anos), sendo 66,0% mulheres, 22,51% moram sozinhos, 40,28% relataram perceber apoio social enquanto que 32,28% não conseguem perceber esse suporte dentro de suas casas; 39,48% consideram sua saúde regular e 79,83% não apresentam sinais de depressão segundo a escala de GDS.

Com relação às atividades diárias, 37,77% dos idosos continuavam a realizar mais de 70,0% das AAVD, 78,11% são independentes para as ABVD e metade da amostra é independente para todas as AIVD.

A média da pontuação da CASP 19 foi de 41,08 ( $\pm 8,29$ ) e variou entre 12 a 57 pontos. É possível afirmar que 51,92% apresenta boa QV. Os domínios autonomia e prazer tiveram melhores escores, quando comparados a controle e autorrealização. Os resultados estão descritos na Tabela 1.

A distribuição dos idosos nos tercis das pontuações da CASP-19 apresentou valores próximos, sendo que 33,65% pontuaram no tercil superior ( $\mu=41,08\pm 8,29$ ). Observa-se que os domínios autonomia e prazer tiveram melhores escores quando comparadas a controle e autorrealização. Outras informações do perfil dos idosos da amostra estão apresentadas na Tabela 1.

Tabela 1. Características sociodemográficas, de saúde, funcionalidade e de QV da amostra (n=233). Campinas e Ermelino, SP 2016/2017

| Variáveis                   | Categorias                                  | n (%)       | Média (dp)             | Varição |
|-----------------------------|---|-------------|------------------------|---------|
| Idade (anos)                | 80-84                                       | 163 (69,96) | 83,46<br>(3,70)        | 80 - 99 |
|                             | ≥85   | 70 (30,04)  |                        |         |
| Sexo                        | Masculino                                   | 79 (33,91)  |                        |         |
|                             | Feminino                                    | 154 (66,09) |                        |         |
| Estado civil<br>(missing=2) | Casado(a)                                   | 103 (44,59) |                        |         |
|                             | Solteiro(a)                                 | 8 (3,46)    |                        |         |
|                             | Divorciado(a), separado(a) ou desquitado(a) | 6 (2,60)    |                        |         |
|                             | Viúvo(a)                                    | 114 (49,35) |                        |         |
| Escolaridade                | 0   | 35 (15,02)  | 4,32<br>(3,81)<br>anos | 0 - 18  |
|                             | 1 a 4                                       | 141 (60,52) |                        |         |
|                             | 5 a 8                                       | 32 (13,73)  |                        |         |
|                             | ≥9  | 25 (10,73)  |                        |         |

|  |                          |                 |                             |        |
|--|--------------------------|-----------------|-----------------------------|--------|
| Arranjo de moradia<br>(missing =2)               | Sozinho                  | 52 (22,51)      | 2,59<br>(1,64)<br>moradores | 1 - 15 |
|  | Cônjuge                  | 51 (22,08)      |                             |        |
|  | Cônjuge/outros           | 46 (19,91)      |                             |        |
|  | Demais*                  | 82 (35,50)      |                             |        |
| Escore Apoio social<br>percebido<br>(missing=22) | ≤18                      | 66 (32,28)      | 19,33<br>(4,44)             | 5 - 25 |
|  | 19-20                    | 60 (28,44)      |                             |        |
|  | ≥21                      | 85 (40,28)      |                             |        |
| Avaliação subjetiva<br>de saúde                  | Boa                      | 88 (37,77)      |                             |        |
|  | Muito boa                | 37 (15,88)      |                             |        |
|  | Regular                  | 92 (39,48)      |                             |        |
|  | Ruim/Muito ruim          | 16 (6,87)       |                             |        |
| Sintomas depressivos<br>(GDS > 5)**              | Não                      | 186 (79,83)     | 3,33<br>(2,62)              | 0 - 12 |
|  | Sim                      | 47 (20,17)      |                             |        |
| AAVD (missing=2)                                 | <50%                     | 67 (28,76)      | 8,61<br>(1,78)              | 3 - 12 |
|  | 50% a 69%                | 78 (33,48)      |                             |        |
|  | >70%                     | 88 (37,77)      |                             |        |
| AIVD (missing=2)                                 | 0-6                      | 104 (50,00)     | 5,66<br>(1,76)              | 0 - 7  |
|  | 7                        | 104 (50,00)     |                             |        |
| ABVD (missing=1)                                 | 0                        | 182 (78,11)     | 0,24<br>(0,49)              | 0 - 3  |
|  | ≥1                       | 51 (21,89)      |                             |        |
| CASP-19<br>(divisão por tercís)                  | Domínio Controle*        |                 | 9,03<br>(2,19)              | 0 - 12 |
|  | ≤ 8                      | 63 (30,29)      |                             |        |
|  | 9 – 10                   | 90 (43,27)      |                             |        |
|  | ≥ 11                     | 55 (26,44)      |                             |        |
|  | Domínio Autonomia*       |                 | 11,15<br>(2,69)             | 2 - 15 |
|  | ≤ 10                     | 76 (36,54)      |                             |        |
|  | 11 – 12                  | 56 (26,92)      |                             |        |
|  | ≥ 13                     | 76 (36,54)      |                             |        |
|  | Domínio Prazer*          |                 | 11,64<br>(2,66)             | 4 - 15 |
|  | ≤ 10                     | 87 (41,83)      |                             |        |
|  | 11 – 13                  | 56 (26,92)      |                             |        |
|  | ≥ 14                     | 65 (31,25)      |                             |        |
|  | Domínio Autorrealização* |                 | 9,25<br>(3,29)              | 1 - 15 |
|  | ≤ 7                      | 64 (30,77)      |                             |        |
|  | 8 -10                    | 83 (39,90)      |                             |        |
|  | ≥ 11                     | 61 (29,33)      |                             |        |
| Escore total                                     |                          | 41,08<br>(8,29) | 12 - 57                     |        |
| ≤37  | 71 (34,13)               |                 |                             |        |
| 38-44  | 67 (32,21)               |                 |                             |        |
| ≥45  | 70 (33,65)               |                 |                             |        |

\*Entende-se por demais filho ou enteado, neto, bisneto, outro parente, amigo, empregada doméstica ou cuidador pago.

\*\*Escala de Depressão Geriátrica: > 5 indica depressão.

A Tabela 2, a seguir, apresenta os coeficientes de consistência interna ( $\alpha$  de Cronbach) do instrumento CASP 19 e seus domínios, obtidos no presente estudo e demais publicações que utilizaram o instrumento portando 19 itens.

Tabela 2. Análise de consistência interna da CASP-19 no presente estudo e outras publicações

| Escala/Domínio                  | Nº de Itens | Presente estudo | Hyde et al (2003) | Kim et al (2015) |               |                | Neri et al. (2018) |
|---------------------------------|-------------|-----------------|-------------------|------------------|---------------|----------------|--------------------|
| CASP-19/Total (n=208)           | 19          | <b>0,86</b>     | --                | <b>0,83*</b>     | <b>0,86**</b> | <b>0,84***</b> | <b>0,85</b>        |
| CASP-19/Controle (n=208)        | 4           | 0,49            | 0,59              | 0,63             | 0,62          | 0,47           | 0,50               |
| CASP-19/Autonomia (n=208)       | 5           | 0,57            | 0,65              | 0,58             | 0,57          | 0,53           | 0,59               |
| CASP-19/Prazer (n=208)          | 5           | <b>0,84</b>     | <b>0,74</b>       | <b>0,72</b>      | <b>0,78</b>   | <b>0,78</b>    | <b>0,72</b>        |
| CASP-19/Autorrealização (n=208) | 5           | <b>0,78</b>     | <b>0,77</b>       | <b>0,74</b>      | <b>0,75</b>   | <b>0,73</b>    | <b>0,72</b>        |

\*Dados referentes a Rússia;

\*\* Dados referentes a Polônia

\*\*\* Dados referentes a República Tcheca

Observa-se elevada consistência interna da CASP-19 total no presente estudo, com valor semelhante à de outras investigações. Destaca-se o domínio Prazer, que apresentou valor superior neste estudo quando comparado aos demais e os domínios Controle e Autonomia, que assim como nas outras investigações, apresentaram valores de  $\alpha$  de Cronbach inferiores à 0,80.

Para a análise comparativa da CASP-19 com as variáveis de interesse, foi considerado o tercil superior da CASP-19 ( $\geq 45$ ) como melhor QV, conforme demonstrado na Tabela 3.

Tabela 3. Análise comparativa dos escores da CASP-19 com as variáveis sociodemográficas, de saúde e funcionalidade (n=233). Campinas e Ermelino, SP 2016/2017

| Variáveis                                     | Categorias       | Casp19 ≤ 44<br>n (%) | Casp19 ≥ 45<br>n (%) | p*valor          |
|---|------------------|----------------------|----------------------|------------------|
| Idade (anos)                                  | 80-84            | 95 (68,84)           | 49 (70,00)           | 0,864            |
|   | ≥85              | 43 (31,16)           | 21 (30,00)           |                  |
| Sexo  | Masculino        | 50 (36,23)           | 22 (31,43)           | 0,491            |
|   | Feminino         | 88 (63,77)           | 48 (68,57)           |                  |
| Estado civil<br>(missing=2)                   | Com acompanhante | 64 (46,38)           | 24 (35,29)           | 0,131            |
|   | Sem acompanhante | 74 (53,62)           | 44 (64,71)           |                  |
| Escolaridade                                  | 0                | 23 (16,67)           | 5 (7,14)             | <b>0,040</b>     |
|   | 1 a 4            | 86 (62,32)           | 40 (57,14)           |                  |
|   | 5 a 8            | 19 (13,77)           | 13 (18,57)           |                  |
|   | ≥9               | 10 (7,25)            | 12 (17,14)           |                  |
| Arranjo moradia<br>(missing=2)                | Sozinho          | 28 (20,29)           | 20 (28,99)           | 0,250            |
|   | Cônjuge          | 30 (21,74)           | 15 (21,74)           |                  |
|   | Cônjuge/outros   | 30 (21,74)           | 8 (11,59)            |                  |
|   | Demais*          | 50 (36,23)           | 26 (37,68)           |                  |
| Escore Apoio social<br>percebido (missing=22) | ≤18              | 41 (33,88)           | 19 (28,79)           | <b>0,006</b>     |
|   | 19 – 20          | 41 (33,88)           | 11 (16,67)           |                  |
|   | ≥21              | 39 (32,23)           | 36 (54,55)           |                  |
| Avaliação subjetiva de<br>saúde               | Muito ruim       | 11 (7,97)            | 1 (1,43)             | <b>0,013</b>     |
|   | Regular          | 61 (44,20)           | 21 (30,00)           |                  |
|   | Boa              | 49 (35,51)           | 31 (44,29)           |                  |
|   | Muito boa        | 17 (12,32)           | 17 (24,29)           |                  |
| Sintomas depressivos<br>(GDS>5)               | Sim              | 38 (27,54)           | 4 (5,71)             | <b>&lt;0,001</b> |
|   | Não              | 100 (72,46)          | 66 (94,29)           |                  |
| AAVD (missing=2)                              | <50%             | 45 (32,61)           | 15 (21,43)           | <b>0,004</b>     |
|   | 50% a 69%        | 51 (36,96)           | 17 (24,29)           |                  |
|   | >70%             | 42 (30,43)           | 38 (54,29)           |                  |
| AIVD (missing=2)                              | 0 – 6            | 80 (57,97)           | 24 (34,29)           | <b>0,001</b>     |
|   | 7                | 58 (42,03)           | 46 (65,71)           |                  |
| ABVD (missing=1)                              | 0                | 104 (75,36)          | 60 (85,71)           | 0,084            |
|   | ≥1               | 34 (24,64)           | 10 (14,29)           |                  |

\*Teste de qui-quadrado de Pearson.

Observa-se diferença significativa entre QV total e as variáveis escolaridade, avaliação subjetiva de saúde, depressão, suporte social, AAVDs e AIVDs, sendo maior frequência de melhor QV para: 5-8 anos e ≥9 anos de escolaridade, aqueles que referiram saúde boa e muito boa, ausência de sintomas depressivos, maior suporte social, realizam mais de 70% das AAVDs e que pontuaram 7 nas AIVDs.

Nas tabelas 4 e 5 estão os resultados das análises de regressão logística univariada e multivariada que estudaram a relação dos fatores associados à maior qualidade de vida pelo escore total do CASP-19, dividido pelo tercil superior.

Na análise univariada (Tabela 4) destacam-se os idosos com maior chance de melhor QV: os que estudaram  $\geq 9$  anos (chance 5.5 vezes maior em comparação a àqueles que não frequentaram escola), os que avaliaram sua saúde como muito boa (chance 11.00 vezes maior do que aqueles que avaliaram como ruim e muito ruim), os que não apresentaram sinais de depressão (chance 6.27 vezes maior quando comparados aos que apresentaram sintomas depressivos) e aqueles que ainda realizam mais de 70,00% das AAVD (chance 2.71 vezes maior que aqueles que ainda fazem menos de 50,00%).

Tabela 4. Resultados da análise de regressão logística univariada para o escore total da CASP-19, tercil superior QV total (n=233). Campinas e Ermelino, SP 2016/2017

| Variável           | Categorias             | Valor-P          | O.R.* | IC 95% O.R.* |
|--------------------|------------------------|------------------|-------|--------------|
| Idade              | 80-84 anos (ref.)      | ---              | 1.00  | ---          |
|                    | $\geq 85$ anos         | 0.865            | 0.95  | 0.51 – 1.77  |
| Sexo               | Masculino (ref.)       | ---              | 1.00  | ---          |
|                    | Feminino               | 0.492            | 1.24  | 0.67 – 2.29  |
| Status conjugal    | Com companheiro (ref.) | ---              | 1.00  | ---          |
|                    | Sem companheiro        | 0.132            | 1.59  | 0.87 – 2.89  |
| Escolaridade       | 0 ano (ref.)           | ---              | 1.00  | ---          |
|                    | 1-4 anos               | 0.151            | 2.14  | 0.76 – 6.04  |
|                    | 5-8 anos               | 0.061            | 3.15  | 0.95 – 10.42 |
|                    | $\geq 9$ anos          | <b>0.009</b>     | 5.52  | 1.53 – 19.86 |
| Arranjo de moradia | Sozinho (ref.)         | ---              | 1.00  | ---          |
|                    | Cônjuge                | 0.408            | 0.70  | 0.30 – 1.63  |
|                    | Cônjuge/Outros         | <b>0.046</b>     | 0.37  | 0.14 – 0.98  |
|                    | Demais                 | 0.403            | 0.73  | 0.35 – 1.53  |
| Avaliação de saúde | Muito ruim/Ruim (ref.) | ---              | 1.00  | ---          |
|                    | Regular                | 0.215            | 3.79  | 0.46 – 31.12 |
|                    | Boa                    | 0.070            | 6.96  | 0.86 – 56.60 |
|                    | Muito boa              | <b>0.029</b>     | 11.00 | 1.28 – 94.87 |
| Depressão          | Sim (ref.)             | ---              | 1.00  | ---          |
|                    | Não                    | <b>&lt;0.001</b> | 6.27  | 2.14 – 18.39 |
| Suporte social     | $\leq 18$ (ref.)       | ---              | 1.00  | ---          |
|                    | 19-20                  | 0.213            | 0.58  | 0.25 – 1.37  |
|                    | $\geq 21$              | 0.056            | 1.99  | 0.98 – 4.04  |
| AAVD ainda faz     | <50% (ref.)            | ---              | 1.00  | ---          |
|                    | 50%-69%                | 1.000            | 1.00  | 0.45 – 2.23  |
|                    | $\geq 70\%$            | <b>0.007</b>     | 2.71  | 1.31 – 5.64  |
| AIVD independ.     | 0-6 (ref.)             | ---              | 1.00  | ---          |
|                    | $\geq 7$               | <b>0.001</b>     | 2.64  | 1.45 – 4.81  |
| ABVD/Katz depend.  | 0 (ref.)               | ---              | 1.00  | ---          |
|                    | $\geq 1$               | 0.088            | 0.51  | 0.24 – 1.11  |

\* OR (*Odds Ratio*) = Razão de risco para maior qualidade de vida; (n=138 baixa QV e n=70 alta QV). IC 95% OR = Intervalo de 95% de confiança para a razão de risco. Ref.: nível de referência.

Por sua vez, a análise de regressão logística multivariada (Tabela 5) identificou que os idosos com maior chance de alta QV foram: os sem depressão (chance 5.6 vezes maior), os que ainda fazem  $\geq 70\%$  das AAVDs (chance 2.2 vezes maior) e os com grau de escolaridade  $\geq 9$  anos (chance 6.4 vezes maior).

Tabela 5. Resultados da análise de regressão logística multivariada para o escore total da CASP-19, tercil superior QV total (n=233). Campinas e Ermelino, SP 2016/2017

| Variáveis Seleccionadas | Categorias    | Valor-P      | O.R.* | IC 95% O.R.* |
|-------------------------|---------------|--------------|-------|--------------|
| 1. Depressão            | Sim (ref.)    | ---          | 1.00  | ---          |
|                         | Não           | <b>0.002</b> | 5.64  | 1.86 – 17.11 |
| 2. AAVD ainda faz       | <50% (ref.)   | ---          | 1.00  | ---          |
|                         | 50%-69%       | 0.475        | 0.73  | 0.31 – 1.73  |
|                         | $\geq 70\%$   | <b>0.044</b> | 2.26  | 1.02 – 4.99  |
| 3. Escolaridade         | 0 ano (ref.)  | ---          | 1.00  | ---          |
|                         | 1-4 anos      | 0.270        | 1.85  | 0.62 – 5.50  |
|                         | 5-8 anos      | 0.106        | 2.86  | 0.80 – 10.23 |
|                         | $\geq 9$ anos | <b>0.008</b> | 6.40  | 1.64 – 24.89 |

\* OR (*Odds Ratio*) = Razão de risco para maior qualidade de vida; (n=138 baixa QV e n=68 alta QV).

IC 95% OR = Intervalo de 95% de confiança para a razão de risco. Critério *Stepwise* de seleção de variáveis.

## DISCUSSÃO

O estudo contou com a participação de 233 idosos, sendo que a maior parte da amostra foi composta por mulheres de 80 a 84 anos. Seguindo os resultados de alguns estudos brasileiros<sup>36-37</sup> e fora do país<sup>38</sup>, são viúvas e moram sozinhas.

A elevada consistência interna do instrumento CASP-19 como um todo é compatível com outros trabalhos, o que evidencia boa confiabilidade, ou seja, existe forte correlação entre os itens. Por outro lado, assim como em outros estudos, os domínios Controle e Autonomia apresentaram razoável consistência, enquanto os domínios Prazer e Autorrealização apresentaram valores elevados de confiabilidade 20-35-39-40.

No estudo de validação da CASP-19 realizado por Lima et al. (2014) com idosos, os autores sugerem a eliminação de dois itens no instrumento: *responsabilidades familiares* do domínio Autonomia que ( $\alpha=0,23$ ) e para o item *nunca feito antes* do domínio Autorrealização, com uma correlação de ( $\alpha=0,20$ ).

Já no estudo de Neri et al. (2018) as autoras verificaram a presença de mais alta consistência interna entre os sujeitos com maior grau de escolaridade, bem

como indicam a validade da CASP-19 para adultos mais velhos e idosos brasileiros com bom nível de escolaridade.

Os resultados do presente estudo mostram que os idosos, em sua maioria (66,34%), pontuaram valores inferiores da CASP-19 ( $\leq 45$ ), o que reforça outros trabalhos que evidenciaram menores escores para QV em idosos mais velhos<sup>35-39-40</sup>.

Melhor percepção da QV foi obtida entre os idosos com mais alta escolaridade. Estes percebem sua saúde boa e muito boa, não apresentam sintomas depressivos, relatam maior suporte social e mantêm-se ativos e independentes em AAVDs e AIVDs.

As mais altas pontuações da CASP-19 foram nos domínios *Prazer* e *Autonomia* que contemplam questões relacionadas a ter autossuficiência e capacidade para realizar as atividades que proporcionam prazer, bem como ter condições financeiras para tal e contar com companhia. Embora o instrumento não apresente questões explícitas sobre particularidades da saúde, o domínio *Autonomia* leva em conta seu aspecto de modo geral e a independência para diferentes atividades.

As concepções “autonomia” e “independência”, valorizadas e integrantes como domínios neste instrumento, são considerados na velhice como paradigmas da saúde. Para Baltes (1995) a dependência na velhice vai além da dependência física para as atividades cotidianas e é resultado de mudanças biológicas e sociais. A CASP-19 contempla os diferentes tipos de independência descritas pelo autor na medida em que aborda questões relacionadas a dependência estruturada, que está relacionada a questão financeira e a dependência comportamental que é socialmente induzida, pois vem das ações e julgamento de outras pessoas<sup>44</sup>.

Além disso, o instrumento também inclui outras questões significativas para a população idosa, entre elas a satisfação, o bem-estar e situações que promovem o prazer.

A ausência de depressão, maior independência nas AAVDs e alta escolaridade favorecem melhor QV na longevidade, pactuando com os achados de Webb E. et al. (2011) que colocam em evidência a depressão e as AAVD como fatores impactantes para a QV do idoso<sup>41</sup>.

A alta escolaridade, por sua vez, pode estar associada a possibilidade de o idoso ter mais acesso a diferentes oportunidades, maior interação social e não

precisar mais trabalhar, podendo usufruir de sua aposentadoria conforme deseja. Os idosos que necessitam aumentar sua renda para sobreviver, por meio da continuidade de atividades laborais, tem QV mais baixa conforme evidenciado por Di G. et al. (2018) <sup>42</sup>.

Cabe destacar a necessidade deste instrumento ser aplicado em diferentes amostras de idosos, na busca de conhecimento e compreensão das várias faces da QV enquanto um constructo subjetivo.

## **CONCLUSÃO**

O presente estudo identificou associação entre QV, avaliada pelo instrumento CASP-19, e as variáveis ausência de depressão, manutenção de mais de 70% das AAVD e escolaridade igual ou maior que 9 anos.

O aumento da longevidade da população é um fato e exigirá mais pesquisas para favorecer a QV. A CASP-19 é um instrumento que aborda outros pontos fortes que influenciam a vida do idoso.

Ainda existem poucos trabalhos na literatura nacional focados no idoso acima de 80 anos e é importante que os pesquisadores produzam para essa parcela da população que necessita de maior atenção.

## **REFERÊNCIAS**

1. Grant RL, Bowling A. As implicações para os indicadores nacionais de bem-estar: uma análise secundária de duas pesquisas transversais.
2. Fatores associados à qualidade de vida percebida em adultos mais velhos: ELSI-Brasil.
3. Li H, Ji Y, Chen T. The roles of different sources of social support on the emotional well-being among Chinese elderly. PLoS One. 9(3):e90051. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0090051>.
4. Gildner TE, Liebert MA, Capistrant BD, D'Este C, Snodgrass JJ, Kowal P. Perceived income adequacy and well-being among older adults in six low and

middle-income countries. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2016:gbw145. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/geronb/gbw145>.

5. Neugarten BL. Age Groups in American Society and the Rise of the Young-Old. *Ann Am Acad Pol Soc Sci*. 1974; 415(1):187-98.

6. Howel D. Interpreting and evaluation the CASP-19 quality of life measure in older people. *Age Ageing*. 2012; 41(5):612-7.

7. Hyde M, Higgs P, Wiggins RD, Blane, D. A decade of research using the CASP scale: key findings and future directions. *Aging Ment Health*. 2015; 19(7):571-5.

8. Gunnel D, Davey-Smith G, Frankel S, Nanchahal K, Braddon FM, Peters T. Life course exposure and later diseases: a follow-up study based on a survey of family diet and health in prewar Britain (1937-1939). *Public Health* 1996; 110:85-94.

9. Marmot M, Banks J, Blundell R, Lessof C, Nazroo J. Health, wealth and life styles of the older population in England: the 2002 English Longitudinal Study of Ageing. London: Institute for Fiscal Studies; 2002.

10. Taylor M, Brice J, Buck N, Prentice-Lane E. British household panel survey user manual. Volume A. Introduction, Technical Report and Appendices. Colchester: UK Data Archive, University of Essex; 2003.

11. Marmot M, Banks J, Blundell R, Lessof C, Nazroo J. Health, wealth and life of the older population in England: the 2002 English Longitudinal Study of Ageing. London: Institute for Fiscal Studies; 2002.

12. Sim J, Bartlam B, Bernard M. The CASP-19 as a measure of quality of life in old age: evaluation.

13. National Institute on Aging. Growing older in America: the Health and Retirement Study. [acessado 2017 out 02]. Disponível em: <http://www.umich.edu/sitedocs/brochure/HRS-brochure.pdf>

14. Sexton E, King-Kallimanis BL, Conroy RM, Hickey A. Psychometric evaluation of the CASP-19 quality of life scale in an older Irish cohort. *Qual Life Res* 2013; 22:2549-59.

15. Layte R, Sexton E, Savva G. Quality of life in older age: evidence from an Irish cohort study. *J Am Geriatr Soc* 2013; 61 Suppl 2:S299-305.

16. Sexton E, King-Kallimanis BL, Layte R, Hickey A. How does chronic disease status affect CASP quality of life at older ages? Examining the WHOICF disability domains as mediators of this relationship. *Aging Ment Health* 2015; 19:622-33.

17. Towers A, Yeung P, Stevenson B, Stephens C, Alpass F. Quality of life in indigenous and non-indigenous older adults: assessing the CASP-12 factor structure and identifying a brief CASP-3. *Qual Life Res* 2015; 24:193-203.
18. Börsch-Supan A, Brüglavini A, Jürges H, Makenbach J, Siegrist J, Weber G. Health, ageing and retirement in Europe: First results from the survey of health, ageing and retirement in Europe (SHARE). Mannheim: Mannheim Research Institute for the Economics of Aging; 2005.
19. Kim GR, Netuveli G, Blane D, Peasey A, Malyutina S, Simonova G, et al. Psychometric properties and confirmatory factor analysis of the CASP-19, a measure of quality of life in early old age: the HAPIEE study. *Aging Ment Health* 2015; 19:595-609.
20. Lima-Costa MF, Andrade FB, Souza PRB, Neri AL, Oliveira Duarte YA, Castro-Costa E et al. The Brazilian Longitudinal Study of Aging (ELSI-BRAZIL): objectives and design. *Am J Epidemiol* 2018; 187:1345-53.
21. Neri AL, Yassuda MS, Fortes-Burgos ACG, Mantovani EP, Arbex FS, Torres SVS, Silva DD. FIBRA Campinas: fundamentos e metodologia de um estudo sobre fragilidade em idosos da comunidade. In: Neri AL, Guariento ME, organizadoras. *Fragilidade, saúde e bem estar em idosos: dados do estudo FIBRA Campinas*. Campinas: Ed. Alínea, 2011.
22. Schneider IJC, Cofortin SC, Bernardo CO, Bolsoni CC, Antes D, Pereira KG et al. Estudo de corte EpiFloripa Idoso: métodos, aspectos operacionais e estratégias de seguimento. *Rev Saúde Pública* 2017; 51:104.
23. Marques LP, Schneider IJ, d'Orsi E. Quality of life and its association with work, the Internet, participation in groups and physical activity among the elderly from EpiFloripa survey, Florianópolis, Santa Catarina State, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2016; 32:e00143615.
24. Tessari AA, Giehl MWC, Schneier IJC, Gonzales- Chica DA. Anthropometric measures change and quality of life in elderly people: a longitudinal population-based study in Southern Brazil. *Qual Life Res* 2016; 25:3057-66.
25. Brucki SMD, Nitrini R, Caramelli P, Bertolucci PHF, Okamoto IH. Sugestões para o uso do minixame do estado mental no Brasil. *Arq. Neuropsiquiatr* 2003; 61(3B).
26. Ware JE. Measuring patients' views: the optimum outcome measure. *BMJ*. 1993; 306(6890):1429-30.
27. Duarte YAO, Andrade CL, Lebrão ML. O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. *Rev Esc Enferm USP*. mar./abr. 2007; 41(2):317-25.

28. Lino VTS, Pereira SRM, Camacho LAB, Ribeiro ST F<sup>o</sup>, Buksman S. Adaptação transcultural da Escala de Independência em Atividades da Vida Diária (Escala de Katz). *Cad Saúde Pública*. 2008; 24(1):103-12. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100010>
29. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*. 1969; 9(3):179-86. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1093/geront/9.3\\_Part\\_1.179](http://dx.doi.org/10.1093/geront/9.3_Part_1.179)
30. Baltes PB, Mayer KU, editors. *The Berlin Aging Study: Aging from 70 to 100*. New York: Cambridge University Press; 1999.
31. Ribeiro LHM, Neri AL. Exercícios físicos, força muscular e atividades de vida diária em mulheres idosas. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012; 17(8):2169-80. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000800027>
32. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiat Res*. 1983; 17(1):37-49.
33. Almeida OP, Almeida SA. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão Geriátrica (GDS) versão reduzida. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria* 1999; 57(2)-B:421- 426.
34. Hendricks J, Cutler SJ. Volunteerism and socioemotional selectivity in later life. *J Gerontol* 2004; 59B:S251–7.
35. Denise Howel, Interpretando e avaliando a medida de qualidade de vida CASP-19 em idosos. *Idade e envelhecimento*. set. 2012; 41(5):612-617. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/ageing/afs023>
36. Campos ACV FE, Vargas AMD, Gonçalves LH. Healthy aging profile in octogenarians in Brazil. *Rev.Latinoam. Enfermagem*. 2016.
37. Sousa, JAV et al . Modelo preditivo de fragilidade física em idosos longevos, Ribeirão Preto. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2018 [acessado 2020 apr. 06]; 26(e3023). Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692018000100346&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692018000100346&lng=en&nrm=iso)
38. Yi Z, Yuzhi L, George LK. Gender Differentials of the Oldest Old in China. *Research on aging*. 2003; 25(1):65-80.
39. NERI, Anita Liberalesso et al. Nova validação semântico-cultural e estudo psicométrico da CASP-19 em adultos e idosos brasileiros, Rio de Janeiro. *Cad. Saúde Pública* 2018 [acessado 2020 abr. 06]; 34(10):e00181417. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo>.  
311X2018001004002&lng=pt&nrm=iso

[php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-](http://www.scielo.br/scielo/php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018001004002&lng=pt&nrm=iso)

40. Netuveli G, Wiggins RD, Hildon Z, et al. Quality of life at older ages: evidence from the English longitudinal study of aging (wave 1). *Journal of Epidemiology & Community Health* 2006; 60:357-363.

41. Webb E, Proximal predictors of change in quality of life at older ages. 2011.

42. Di Gessa G, Corna L, Preço D, Glaser K. A decisão de trabalhar após a idade de aposentadoria do estado e como isso afeta a qualidade de vida: evidências de um estudo de painel de 6 anos em inglês. 2018.

43. Landis, JR, Koch GG (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*. 33:159.

44. Rodrigues MR, Brêtas ACP. As relações entre as concepções de idosos e de auxiliares de enfermagem sobre o cuidado em ambiente hospitalar. *Acta Paul Enferm*. 2003; 16(4):38-4.

## 4.2 Artigo 2

### A INFLUÊNCIA DA IDADE, INDEPENDÊNCIA E DEPRESSÃO NA QV MENSURADA PELA CASP-19 NOS IDOSOS DO ESTUDO FIBRA 80+

### THE EFFECTS OF AGE, INDEPENDENCE AND DEPRESSION ON QOL OF ELDERLY FROM THE FIBRA80+ STUDY MEASURED BY CASP-19

Elaine Valias Sodré Pereira <sup>1</sup>  
Amanda Veiga Sardeli <sup>2</sup>  
Anita Liberalesso Neri  
Flávia Silva Arbex Borim  
Maria José D´Elboux<sup>4</sup>

**Introdução:** Apreender as relações existentes entre elementos de natureza biológica, psicossocial e de saúde em idosos longevos, de modo a integrar as características inerentes à velhice, pode contribuir para o reconhecimento dos aspectos mutáveis na senescência com intuito de propiciar melhor qualidade de vida (QV) à população idosa. **Objetivo:** Distinguir a QV, mensurada pela CASP-19, de grupos de indivíduos idosos participantes do Estudo FIBRA 80+, separados de acordo com características sociodemográficas, de saúde e capacidade funcional. **Metodologia:** Trata-se de um estudo transversal em que foram utilizados os dados dos registros de idosos que participaram do Estudo FIBRA 80+. Integraram a amostra 233 idosos residentes no município de Campinas e no distrito de Ermelino Matarazzo, com idade igual e superior a 80 anos. Utilizou-se a análise de agrupamentos que gerou 3 grupos distintos e o método de partição foi utilizado para avaliar variáveis que contribuíram com as diferenças. O grupo 3 foi considerado o grupo de referência. **Resultados:** A variabilidade nos dados, pode ser mais bem explicada em razão da idade, sintomas depressivos, e independência para atividades instrumentais da vida diária, que apresentam maior coeficiente de determinação. Juntos, são responsáveis por 9,77% da variabilidade total observada. No *cluster* 1, com 173 idosos, observou-se predomínio de indivíduos do sexo masculino, mais jovens, sem sintomas depressivos, independentes AVD e com 9,44 vezes mais chances de melhor QV total e nos domínios autonomia (18,69), controle (14,8) e prazer (3,3). No *cluster* 2 houve predomínio de idosos com idade  $\geq 85$  anos, do sexo feminino, sem sintomas depressivos, dispõem de 5,95 vezes mais chances para melhor QV. O *cluster* 3 caracteriza-se por indivíduos com média de 84,95 anos, sexo feminino, maior comprometimento para as atividades básicas da vida diária. **Conclusão:** No presente estudo, a avaliação da QV foi influenciada pela presença de sintomas depressivos, incapacidade funcional e aumento da idade. Neste estudo, de grupamentos, pode-se afirmar que entre idosos longevos da comunidade, ter menor idade, independência para as AVD e ausência de sintomas depressivos são características de boa QV. A presença de depressão, idade

avançada e dependência para AVD foram encontradas no grupamento com piores escores da QV total e nos seus domínios.

**Palavras-Chave:** Idoso; Idoso de 80 anos ou mais; Qualidade de vida.

**Introduction:** Learning the relations among biological, psychosocial and health elements in long-lived elderly may contribute to the recognition of mutable aspects of senescence and the provision of a better quality of life (QoL) for the elder population. **Objective:** This study aims to distinguish the QoL, measured by CASP-19, in groups of old individuals who participated in the FIBRA 80+ Study and grouped according to sociodemographic, health and functional variables. **Methodology:** This cross-sectional study evaluated the data originated from the FIBRA 80+ Study, which involved 233 people aged 80 and over and living in the city of Campinas and Ermelindo Matarazzo. Clustering analysis revealed three distinct groups and the partition method was used to evaluate the variables which most contributed to the differences. Group 3 was considered as the reference group. **Results:** Age, depression symptoms and independence to perform instrumental activities of daily living (IADL) which presented the highest coefficient of determination, explained the large variability of data. Together, those variables account for 9.77% of the total observed variability. Cluster 1 included 173 individuals and presented a predominance of male and younger individuals, with no depressive symptoms, independence for IADL and 9.44 times more chances of a better total QoL, spanning the domains of autonomy (18.69), control (14.8) and pleasure (3.3). In cluster 2, there was a predominance of female individuals, aged 85 and over, with no depressive symptoms and 5.95 times more chances of better QoL. Cluster 3 grouped female individuals with a mean age of 84.95 years and greater commitment to basic activities of daily living (BADL). **Conclusion:** The present study demonstrated that the presence of depressive symptoms, functional disability and advancing age did influence the evaluation of QoL and that being younger, independent to perform BADL and having no signs of depression are important factors for a good QoL. In addition, we found that groups of individuals with the worst scores of total QoL and its domains did present depression, advancing age and dependency on assistance for performing BADL.

**Keywords:** elders, elder aged 80 and over and quality of life.

1 UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS (UNICAMP), Programa de Pós-Graduação em Gerontologia, Campinas, SP.

2 UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS (UNICAMP), Livre docente do Programa de Pós-Graduação em Gerontologia

Correspondência: Elaine Valias Sodré Pereira [/e208889@dac.unicamp.br](mailto:e208889@dac.unicamp.br)

## 1 INTRODUÇÃO

O aumento da expectativa de vida tem como grande desafio a acréscimo de anos saudáveis a serem vividos. Conforme afirmam Veras & Oliveira (2018) <sup>1</sup>, “Viver mais é importante desde que se consiga agregar qualidade aos anos adicionais de vida”. Viver com qualidade, principalmente na velhice mais avançada, tem sido traduzido como viver livre de doenças e incapacidades. Entretanto, estudiosos têm buscado outros elementos que possam ser agregados à qualidade de vida (QV) de idosos mais velhos, além das questões associadas a saúde ou doenças<sup>2</sup>.

A maior parte dos instrumentos utilizados para avaliação da QV em idosos, independentemente de abordarem aspectos subjetivos da vida, ainda priorizam a saúde do indivíduo e não são direcionados especificamente para o público idoso.

Moons, Budts & Geest (2006)<sup>3</sup>, ao discutirem sobre a construção dos instrumentos de avaliação de QV, apontam para o destaque dos componentes negativos quando comparados aos positivos, sendo que alguns deles priorizam as perdas e limitações do indivíduo, o que pode levar a percepções mais negativas quanto à sua QV.

É sabido que o envelhecimento bem-sucedido está pautado no prazer e no bem-estar do indivíduo <sup>(2)</sup>. Desta forma, na avaliação da QV de idosos faz-se necessária a utilização de instrumentos que contemplem essas facetas, seja prático, de fácil entendimento e com bons resultados de medidas psicométricas.

Perante a necessidade de se obter um instrumento de QV projetado para abranger os aspectos positivos e benéficos do envelhecimento, pesquisadores do Reino Unido criaram e validaram o instrumento CASP-19, acrônimo de Controle, Autonomia, Autorrealização e Prazer, que correspondem aos seus domínios. *Controle* é a capacidade do idoso de mudar a vida e o ambiente; *autonomia* diz respeito a autodeterminação e ausência de interferência indesejada de outros; *autorrealização* corresponde a satisfação com a vida e realização de si mesmo; e *prazer* aos aspectos hedônicos e prazerosos do bem-estar. A CASP-19 é centrada no modelo de Maslow de satisfação das necessidades básicas<sup>(2)</sup> que discute a preocupação dos indivíduos em manterem sua sobrevivência física. Entretanto, uma vez que essas necessidades fundamentais estejam satisfeitas, apresentam necessidades mais elevadas, tais como a autorrealização, felicidade e estima <sup>4</sup>.

A teoria que embasa a CASP-19 limita o interesse relativo aos aspectos negativos da vida do idoso e das suas necessidades sociais e de saúde de saúde, bem como se propõe a avaliar a QV positiva de idosos centrado nos benefícios e aspectos agradáveis do envelhecimento<sup>3</sup>.

Neri e colaboradores <sup>(5)</sup> constataram que os altos índices de QV em idosos longevos brasileiros, avaliados pela CASP-19, estão associados à presença e manutenção de vínculos, suporte emocional e instrumental, reforçando a importância de aspectos mais dissociados à doença.

Na revisão bibliográfica realizada pelos autores da CASP-19, foi evidenciado estudos que reforçam os problemas de saúde, funcionalidade e função cognitiva, meio ambiente e tecnologia como variáveis impactantes na QV. Entretanto, chamam a atenção para a falta de clareza sobre os mecanismos por meio dos quais isso se opera<sup>6</sup>.

Tendo em vista que o envelhecimento é um processo contínuo, complexo e heterogêneo, entender as relações entre elementos de natureza psicossocial e de saúde em idosos longevos, de modo a integrar as características comuns, pode contribuir para a compreensão sobre os aspectos que podem ser modificados na senescência com intuito de propiciar melhor QV para a população idosa.

Desta forma, o presente estudo objetivou diferenciar a QV, mensurada pela CASP-19, de grupos de indivíduos idosos com 80 anos e mais participantes do Estudo FIBRA 80+, separados de acordo com características sociodemográficas, de saúde e capacidade funcional.

## **2 MATERIAL E MÉTODO**

### **2.1 Participantes**

Trata-se de um estudo transversal em que foram utilizados os dados dos registros de idosos que participaram do Estudo FIBRA 80+, conduzido entre 2016 e 2017, que buscou reconhecer as relações entre situação de fragilidade e variáveis de diferentes naturezas.

A amostra foi composta por 233 idosos com idade igual e superior a 80 anos, provenientes do município de Campinas e do distrito Ermelino Matarazzo.

Foram excluídos os idosos que apresentaram deficits físicos, que impedissem a participação, e cognitivos, identificados a partir do Mini Exame do Estado Mental

(MEEM), conforme pontuação de corte adequada ao nível educacional dos participantes <sup>(7)</sup>.

O estudo atendeu aos princípios éticos da Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 13554419 0 0000 5404 e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa mediante o parecer nº 1.332.651 Todos os participantes foram orientados sobre a pesquisa e apresentaram sua anuência com assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Quando o idoso não podia assinar, registrava sua digital ou alguém da família assinava o termo consentindo a entrevista. A presente investigação é um subprojeto aprovado pelo Comitê como um adendo do FIBRA 80+, polo Unicamp, sob o parecer número 3.387.672.

## 2.2 Métodos de avaliação

Quadro 1. Categorização das Variáveis. Campinas, Ermelino Matarazzo 2016-2017.

| Variável   | Descrição  |
|--|--|
| <b>Sócio demográficas</b>  | Variáveis obtidas por meio do autorrelato do idoso   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>idade</li> </ul>                      | Variável quantitativa, obtida na data da entrevista e que foi posteriormente agrupada nas seguintes categorias 80-84 anos e ≥85 anos   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>sexo</li> <li>Estado civil</li> </ul> | Variável qualitativa, categórica e nominal, obtida por meio do autorrelato do (a) idoso (a), caracterizado neste estudo pelas opções feminino (2) e masculino (1).<br>Variável qualitativa, categórica, tendo como opções de resposta: casado, solteiro, divorciado/separado/desquitado e viúvo  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Arranjos de moradia</li> </ul>        | Variável qualitativa, categórica e dicotômica, sobre com quem o (a) idoso (a) reside, tendo como opções de resposta “sim (1)” ou “não (2)” para cada uma das seguintes opções: sozinho, com cônjuge, com cônjuge/outros e demais).   |
| <b>Suporte social percebido</b>  | Variável qualitativa, categórica, mensurada por meio de cinco questões, com resposta em escala tipo <i>likert</i> . Foi avaliado o quanto o idoso sentia-se satisfeito com a ajuda que recebe de familiares e amigos em relação a: (1) necessidade de companhia e/ou diálogo; (2) auxílio no cuidado de tarefas domésticas, incluindo trato de animais e compras; (3) auxílio para tomada de decisão e/ou obtenção de informações; (4) suporte emocional mediante sentimento de tristeza e isolamento; (5) e necessidade de materiais como alimentos, remédios, dinheiro e roupas. Considerou-se baixa percepção de suporte social valores ≤ 18, moderada percepção entre 19-20 e alta percepção de suporte social valores ≥ 21 <sup>(8)</sup> . |
| <b>Variáveis de Saúde</b>  |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Autoavaliação de saúde</li> </ul>     | Variável qualitativa, categórica e obtida por meio do autorrelato, mensurada pela questão “De um modo geral, como o/a senhor/a avalia a sua saúde no momento atual?”;  |

|  |  |
|--|--|
|  | opções de resposta: Muito ruim, ruim, regular, boa, muito boa ou sem resposta..  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Sintomas depressivos</li> </ul>                           | Variável qualitativa, dicotômica (presença de sintomas depressivos ou não) avaliada meio da Escala de Depressão Geriátrica (EDG), desenvolvida por Yesavage e colaboradores <sup>9</sup> e validada no Brasil por Almeida e Almeida (1999) <sup>10</sup> . Escore $\geq 5$ significa presença de depressão.  |
| <b>Expectativa de cuidados</b>   | Trata-se de uma variável qualitativa, categórica e nominal, que questiona o (a) idoso (a) sobre o fato de ele ter com quem contar caso precise de ajuda (sim ou não) e sobre quem é esta pessoa (cônjuge ou companheiro (a) (1), filha (2), nora (3), filho (4), genro (5), outro parente (6), um (a) vizinho (a) ou amigo (a) (7), um profissional pago (8)).   |
| <b>Variáveis de Funcionalidade</b>   | Variáveis aferidas por meio de instrumentos já consolidados  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD)</li> </ul>       | Variável qualitativa avaliada pelo instrumento de Katz <sup>(11)</sup> . Os escores foram categorizados em independência (0) e dependência ( $\geq 1$ ), ou seja, quando o idoso apresentou dependência para no mínimo uma atividade.  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD)</li> </ul> | Variável qualitativa medida pelo instrumento de Lawton e Brody. <sup>12</sup> Os resultados da avaliação foram categorizados em independência (pontuação 7 se o idoso realizava todas as atividades sem ajuda) e dependência (de 1 a 6 pontos, quando apresentava dependência em alguma atividade).  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Atividades Avançadas da Vida Diária (AAVD)</li> </ul>     | Foram compostas por 12 itens relacionados à participação em eventos sociais, como visitas, grupos de convivência e reuniões sociais; culturais; políticos, como participar de diretorias de organizações; religiosos, como frequentar igreja; viagens; trabalho e direção veicular. Esses itens foram baseados no Inquérito do <i>Berlin Ageing Study</i> <sup>(13)</sup> . Os idosos foram classificados de acordo com o total de atividades que realizavam, ou seja, $\geq 70\%$ das atividades elencadas, entre 50 a 69% e menos do que 50% das atividades listadas.  |
| <b>Qualidade de vida</b>   | Trata-se de uma variável quantitativa, medida pelo instrumento CASP-19 que contém 19 afirmações distribuídas em quatro domínios: <i>controle</i> (6 questões relacionadas a capacidade de mudar a vida e o ambiente), <i>autonomia</i> (5 questões sobre autodeterminação e ausência de interferência indesejada de outros), <i>autorrealização</i> (4 questões sobre satisfação com a vida e auto realização) e <i>prazer</i> (4 questões sobre aspectos hedônicos e prazerosos do bem-estar). O instrumento conta com quatro opções de resposta: nada, um pouco, muito e muitíssimo. Realizou-se a divisão em tercís das pontuações de cada domínio e no escore total para definição de pontos de corte. Os que obtiveram escore total de 41 pontos e mais foram considerados portadores de melhor QV <sup>(2)</sup> . |

### 2.3 Análise estatística

Os dados foram analisados no programa SPSS, versão 24.0. Para identificar subgrupos de participantes com características semelhantes utilizamos uma análise

de agrupamentos. As características incluídas neste modelo de agrupamento foram: medidas sociodemográficas, variáveis de saúde, atividades de vida diária, suporte social percebido, sintomas depressivos e qualidade de vida.

A análise de agrupamento gerou 3 grupos distintos. Foi utilizado o método de partição para identificar as variáveis que contribuíram com as diferenças entre grupos.

A QV vida total e cada um dos domínios desta foi descrita em mediana e intervalo interquartil, visto que os dados não apresentaram distribuição normal (teste de Shapiro-Wilk). Para comparar QV entre os três grupos formados, realizamos 5 análises de regressão tendo cada um dos componentes da CASP-19 (QV total e pelos domínios Controle, Autonomia, Prazer e Autorrealização) e a QV total como variáveis dependentes, e os 3 grupos como variáveis independentes. O grupo 3 foi considerado o grupo de referência e o  $p < 0,05$  foi considerado significativo para diferente razão de chance de ter boa QV comparado aos grupos 1 e 2.

## 5 RESULTADOS

A amostra final ( $n=233$ ) foi composta, predominantemente, por mulheres (66,09%). A média de idade dos participantes foi de 84,97 anos. Em relação à escolaridade, a média de anos de estudo foi de 3,76 ( $\pm$ ) anos, sendo que 60,51% dos entrevistados tinham entre um e quatro anos de estudo. Apenas 7,77% dos participantes relataram ausência de doenças. Sintomas depressivos foram identificados em 20,17% dos participantes. Avaliações mais positivas quanto à percepção subjetiva de saúde foram encontradas entre 53,64% dos entrevistados.

A fim de analisar a formação de conglomerados, segundo as variáveis de interesse, foram realizadas análises com dois, três e quatro grupos. No presente estudo, foi selecionada a solução com a formação de três *cluster*, dado que os resultados obtidos revelam uma melhor interpretação dos mesmos. A formação de três grupos teve um coeficiente de determinação ( $R^2$ ) de 0,184, o que significa que 18,4% da variação nos dados pode ser explicada pelo modelo. O perfil de cada *cluster* é demonstrado na Tabela 1.

O *cluster* 1 é constituído por 173 idosos (74,25%), e contempla o maior número de indivíduos do sexo masculino (41,62%). Caracteriza-se por indivíduos mais jovens, com 82,30 anos ( $\pm 2,52$ ;  $p < 0,001$ ), a maioria com companheiro e alta

percepção de apoio social. Os participantes deste grupo reportaram avaliações mais positivas em medidas de saúde subjetiva, sendo que 57,23% destes classificaram sua saúde como boa e muito boa. Os participantes também, em sua maioria, não apresentaram sintomas depressivos ( $2,72 \pm 2,12$ ;  $p < 0,001$ ) e são independentes para as AVDs avaliadas.

O segundo *cluster*, por sua vez, compreende idosos longevos (75,61%), com predomínio de indivíduos do sexo feminino (87,80%), de baixa escolaridade ( $4,22 \pm 3,37$  anos) e sem companheiros (92,50%). Avaliações positivas em relação à saúde foram encontradas em 60,97% dos idosos deste agrupamento. Sintomas depressivos foram observados em apenas 21,95% dos participantes.

O perfil dos idosos que compõem o *cluster* 3 caracteriza-se por indivíduos com média de 84,95 ( $\pm 3,69$ ) anos, majoritariamente do sexo feminino ( $\chi^2 = 17,85$ ; g.l.= 2;  $p < 0,001$ ) e com menor número de anos de escolaridade ( $2,53 \pm 3,08$ ;  $p = 0,033$ ). Trata-se de indivíduos com pior avaliação subjetiva de saúde (94,74%), com maior comprometimento para ABVDs (73,68%) e pior avaliação em relação ao suporte social recebido ( $16,06 \pm 4,66$ ;  $p = 0,003$ ). Os indivíduos deste grupo diferem significativamente dos demais em relação à presença de sintomas depressivos ( $\chi^2 = 63,68$ ; g.l.= 2;  $p < 0,001$ ).

A variabilidade nos dados pode ser mais bem explicada em razão da idade, sintomas depressivos e independência para atividades instrumentais da vida diária, que apresentam maior coeficiente de determinação. Juntos, são responsáveis por 9,77% da variabilidade total observada.

Tabela 1. Análise comparativa das variáveis categóricas entre os clusters (n=233).  
Campinas e Ermelino, SP 2016/2017.

| Variável                               | Categoria           | Cluster 1<br>(n=173) | Cluster 2<br>(n=41) | Cluster 3<br>(n=19) |
|--|---------------------|----------------------|---------------------|---------------------|
| Idade (anos)                           | 80 – 84             | 144 (83,24)          | 10 (24,39)          | 9 (47,37)           |
|  | ≥ 85                | 29 (16,76)           | 31 (75,61)          | 10 (52,63)          |
| Sexo                                   | Masculino           | 72 (41,62)           | 5 (12,20)           | 2 (10,53)           |
|  | Feminino            | 101 (58,38)          | 36 (87,80)          | 17 (89,47)          |
| Estado civil <sup>a</sup>              | Com comp.           | 94 (54,65)           | 3 (7,50)            | 6 (31,58)           |
|  | Sem comp.           | 78 (45,35)           | 37 (92,50)          | 13 (68,42)          |
| Escolaridade<br>(anos)                 | 0                   | 23 (13,29)           | 6 (14,63)           | 6 (31,58)           |
|  | 1 a 4               | 103 (59,54)          | 26 (63,41)          | 12 (63,16)          |
|  | 5 a 8               | 27 (15,61)           | 5 (12,20)           | 0 (0,00)            |
|  | ≥ 9                 | 20 (11,56)           | 4 (9,76)            | 1 (5,26)            |
| Arranjo<br>moradia <sup>a</sup>        | Sozinho             | 45 (26,16)           | 5 (12,50)           | 2 (10,53)           |
|  | Cônjuge             | 48 (27,91)           | 0 (0,00)            | 3 (15,79)           |
|  | Cônjuge/Outros      | 41 (23,84)           | 3 (7,50)            | 2 (10,53)           |
|  | Demais <sup>d</sup> | 38 (22,09)           | 32 (80,00)          | 12 (63,16)          |
| Apoio Social<br>Percebido <sup>b</sup> | ≤18                 | 46 (29,68)           | 10 (25,64)          | 10 (58,82)          |
|  | 19 - 20             | 48 (30,97)           | 7 (17,95)           | 5 (29,41)           |
|  | ≥21                 | 61 (39,35)           | 22 (56,41)          | 2 (11,76)           |
| Avaliação<br>Subjetiva de<br>Saúde     | Muito ruim          | 5 (2,89)             | 2 (4,88)            | 9 (47,37)           |
|  | Regular             | 69 (39,88)           | 14 (34,15)          | 9 (47,37)           |
|  | Boa                 | 68 (39,31)           | 19 (46,34)          | 1 (5,26)            |
|  | Muito boa           | 31 (17,92)           | 6 (14,63)           | 0 (0,00)            |
| Sintomas<br>Depressivos                | Sim                 | 152 (87,86)          | 32 (78,05)          | 2 (10,53)           |
|  | Não                 | 21 (12,14)           | 9 (21,95)           | 17 (89,47)          |

**Nota:** Atividades Avançadas de Vida Diária (AAVD), Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD), Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD). Os resultados das variáveis categóricas são apresentados em frequências e porcentagens. <sup>a</sup> Dois participantes não responderam; <sup>b</sup> Vinte e dois participantes não responderam; <sup>c</sup> Um participante não respondeu; <sup>d</sup> Demais: neto, bisneto, outros parentes, amigo, empregada doméstica ou cuidador formal remunerado.

Tabela 1. Análise comparativa das variáveis categóricas entre os clusters (n=233).  
Campinas e Ermelino, SP 2016/2017 (continuação).

| Variável          | Categoria | Cluster 1<br>(n=173) | Cluster 2<br>(n=41) | Cluster 3<br>(n=19) |
|-------------------|-----------|----------------------|---------------------|---------------------|
| AAVD              | <50%      | 43 (24,86)           | 16 (39,02)          | 8 (42,11)           |
|                   | 50% a 69% | 60 (34,68)           | 11 (26,83)          | 7 (36,84)           |
|                   | >70%      | 70 (40,46)           | 14 (34,15)          | 4 (21,05)           |
| AIVD              | 0 - 6     | 66 (38,15)           | 36 (87,80)          | 18 (94,74)          |
|                   | 7         | 107 (61,85)          | 5 (12,20)           | 1 (5,26)            |
| ABVD <sup>c</sup> | 0         | 148 (85,55)          | 29 (70,73)          | 5 (26,32)           |
|                   | ≥1        | 25 (14,45)           | 12 (29,27)          | 14 (73,68)          |

Na Tabela 2 são apresentados os resultados das análises de regressão logística univariada em relação aos domínios que compõem o constructo QV, referentes à comparação entre os três *clusters*. As análises revelam diferenças significativas nas medidas de QV total, autonomia, controle e prazer. Os indivíduos que compõem o *cluster 1* apresentam 9,44 vezes mais chances de relatar melhor QV total, enquanto aqueles que perfazem o *cluster 2* dispõem de 5,95 vezes mais chances para melhor QV.

Um padrão similar de resultados foi encontrado em relação ao domínio controle, dado que os participantes do *cluster 1* apresentam 14,80 vezes mais chances de avaliar mais positivamente a vida neste domínio. O mesmo se observa em relação aos participantes do *cluster 2*, que têm 9,13 mais chances.

Em relação ao domínio autonomia, nota-se que os indivíduos que compõem o *cluster 1* tem 18,69 mais chances de qualificar positivamente sua vida, enquanto os participantes do *cluster 2* apresentam 10,22 vezes mais chances. Já no domínio prazer, observa-se 3,37 mais chances de relatos positivos entre os participantes do *cluster 1*.

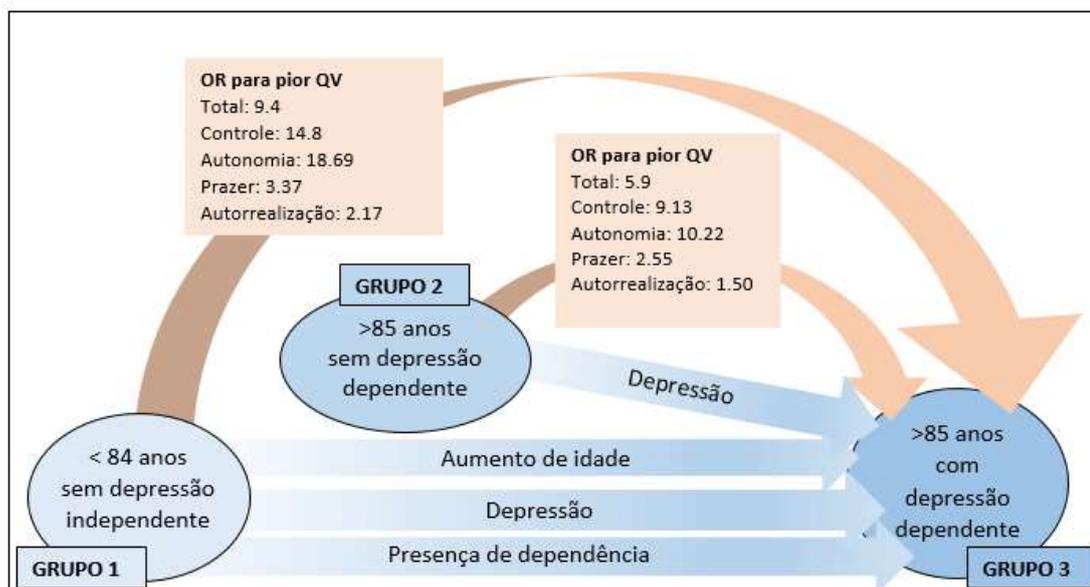
Tabela 2. - Resultados da análise de regressão logística univariada para a CASP-19 (n=233). Campinas e Ermelino, SP 2016/2017.

| Categoria              | p                  | O.R. <sup>a</sup> | IC 95% O.R. <sup>b</sup> |
|------------------------|--------------------|-------------------|--------------------------|
| <b>QV Total</b>        |                    |                   |                          |
| <i>Cluster 1</i>       | 0,004 <sup>c</sup> | 9,44              | 2,07 – 42,96             |
| <i>Cluster 2</i>       | 0,031 <sup>c</sup> | 5,95              | 1,18 – 29,96             |
| <b>Controle</b>        |                    |                   |                          |
| <i>Cluster 1</i>       | 0,010 <sup>c</sup> | 14,80             | 1,91 – 114,79            |
| <i>Cluster 2</i>       | 0,042 <sup>c</sup> | 9,13              | 1,08 – 76,82             |
| <b>Autonomia</b>       |                    |                   |                          |
| <i>Cluster 1</i>       | 0,005 <sup>c</sup> | 18,69             | 2,41 – 144,95            |
| <i>Cluster 2</i>       | 0,032 <sup>c</sup> | 10,22             | 1,22 – 85,82             |
| <b>Prazer</b>          |                    |                   |                          |
| <i>Cluster 1</i>       | 0,043 <sup>c</sup> | 3,37              | 1,04 – 10,91             |
| <i>Cluster 2</i>       | 0,159              | 2,55              | 0,69 – 9,39              |
| <b>Autorrealização</b> |                    |                   |                          |
| <i>Cluster 1</i>       | 0,168              | 2,17              | 0,72 – 6,54              |
| <i>Cluster 2</i>       | 0,523              | 1,50              | 0,43 – 5,20              |

**Nota:** Teste de Qui-Quadrado de Pearson. *Cluster 3* = nível de referência; <sup>a</sup> *Odds Ratio* (O.R.) = Razão de Risco para maior qualidade de vida; <sup>b</sup> Intervalo de 95% de Confiança para Razão de Risco; <sup>c</sup> Diferença significativa, onde p=0,05.

Nota-se, a partir da Figura 1, uma transição contínua entre os grupos, onde o *cluster 1* apresentou características supostamente protetoras para a QV, tal como independência para AIVDs, média de idade inferior (mais jovens) e ausência de sintomas depressivos. Os dados obtidos sugerem uma associação negativa entre incapacidade funcional, depressão e QV.

Figura 1. Análise das diferenças entre os clusters 1, 2 e 3.



#### 4 DISCUSSÃO

O agrupamento realizado neste estudo permitiu identificar mudanças contínuas inerentes ao processo de envelhecimento, com determinantes tanto não modificáveis, como alguns alvos modificáveis que merecem ser investigados em futuras pesquisas intervencionais.

Em consonância com a literatura gerontológica, no presente estudo, a avaliação da QV foi impactada pela presença de sintomas depressivos, incapacidade funcional e aumento da idade. A redução da QV em decorrência à progressão na idade foi reportada em outros estudos<sup>(14-18)</sup>. De acordo com Netuveli e Blane<sup>(19)</sup>, o avanço da idade pode influenciar a QV diretamente, como efeito do envelhecimento, e também indiretamente, mediada por outras dimensões como a presença de demência e depressão.

Os aspectos aparentemente propícios para melhor QV, tais como idade inferior a 85 anos, contar com um companheiro, alta percepção de apoio social, independência para as atividades diárias e ausência de sintomas depressivos, destacaram-se no grupo que apresentou os mais elevados escores da CASP-19. Tais resultados confirmam outros estudos que, embora não tenham utilizado este instrumento para avaliação de QV, obtiveram variáveis semelhantes associadas à QV<sup>(20-22)</sup>.

A independência nas AVD (*cluster 1*) talvez justifique o maior número de chances (18,69) dos idosos atribuírem valores superiores à QV quando examinados no domínio autonomia, uma vez que conseguem manter seu poder de decisão e autodeterminação, assim como impedir a interferência indesejada de outras pessoas. Ademais, esta situação pode favorecer o idoso a ter controle (outro domínio da CASP-19), ou seja, condições de mudar sua vida e o ambiente<sup>(23-26)</sup>.

Sanches-Garcia et al.<sup>(26)</sup>, ao pesquisarem sobre a percepção de autonomia para idosos da comunidade, encontraram que limitações nas AVD, o suporte social e a espiritualidade, bem como o comprometimento cognitivo e ansiedade, desempenham um papel significativo para o grau de autonomia percebida nessa população.

Acrescentam ainda que a baixa autonomia resulta em risco de menor participação nas decisões sobre seu projeto de vida, o que pode interferir na sua autorrealização e prazer.

Tais achados mostram as inter-relações entre a funcionalidade e os domínios da CASP-19, vez que os idosos do *cluster 1*, quando analisados nos domínios prazer e autorrealização, apresentaram maior número de chances de resultados positivos na QV. Idosas com idade entre 80 e 84 anos, sem sintomas depressivos apresentam maiores chances de mostrarem satisfação com a vida e com sua realização pessoal. Vivenciam as situações de prazer e felicidade associadas ao bem-estar.

Ao se comparar os *cluster 2* e 3, sendo semelhantes quanto ao sexo, idade, ausência de companheiro e dependência para AVD; e divergentes quanto a presença de depressão, observa-se que os idosos, mesmo diante de idade mais avançada e tal dependência (*cluster 2*), apresentam chances maiores que os idosos do *cluster 3* quanto aos relatos positivos de QV ao serem avaliados nos domínios autonomia e controle.

A depressão talvez tenha tido uma influência importante no grupo, uma vez que os idosos sem sintomas depressivos, mesmo com a sua funcionalidade comprometida, mantem sua capacidade de decisão e governo sobre si e o ambiente. Este achado sugere que a dependência não necessariamente significa perda da autonomia. Mesmo sem a competência física para a realização das atividades cotidianas, a manutenção da competência psicológica para gerir sua própria vida,

valendo-se das suas vontades e princípios garante a continuidade da sua autonomia e controle.

Moons, Budts & Geest (2006)<sup>3</sup> referem que os indivíduos podem experimentar reações diferentes à uma mesma situação desfavorável. Existem aqueles que a enfrentam de maneira otimista, valorizam a vida e demonstram atitudes mais assertivas e positivas, dependendo do seu humor e personalidade.

Os resultados obtidos podem ser comparados aos resultados do grande estudo Pesquisa de Saúde e Envelhecimento e Aposentadoria na Europa (SHARE) realizada com 66.561 indivíduos entre 50 e 106 anos cujo objetivo foi investigar fatores psicossociais que modificam a satisfação com a vida e a QV avaliada pela CASP-19<sup>(27)</sup>.

Observou-se que a presença de depressão modifica a relação entre incapacidade nas AVD, satisfação e QV. Além disso, variáveis sociodemográficas, como morar sozinho ou com outras pessoas, também não alterou a associação entre incapacidades nas AVD, satisfação com a vida e QV.

O impacto da dependência nas AIVD sobre a satisfação com a vida e QV foi maior entre as pessoas com 50 anos e diminuiu gradativamente com o aumento da idade, com a ocorrência de níveis mais baixos de QV nas idades mais avançadas, ou melhor, perdem seu impacto negativo para desfrutar de uma vida boa mais tarde.<sup>(29)</sup>

Ao analisarem os efeitos sociodemográficos sobre a QV, Puvill et al, 2019<sup>(28)</sup> observaram que a solidão e relações sociais, tais como visita dos filhos e participação em atividades sociais, também influenciaram a QV, embora com menor intensidade.

No presente estudo, a idade mais avançada, dependência para as AVD e a presença de sintomas depressivos foram as variáveis de destaque para as diferenças de avaliação da QV total e seus domínios. Porém, cabe lembrar que o melhor *cluster* contou com idosos, os quais, em sua maioria, contavam com a presença de companheiro e apresentava alta percepção de saúde. Além disso, foi o grupamento que apresentou maiores valores para QV quando investigados nos domínios prazer e autorrealização. Os demais *clusters* foram formados por idosos que em sua maioria não tinha companheiro.

Sugere-se novas investigações, com amostras maiores, de caráter longitudinal e que busquem a associação entre essas variáveis e possibilitem

explicações mais afirmativas para os resultados obtidos. Como exemplo disso, observou-se neste estudo dois *clusters* em que os idosos eram dependentes para as AVD, sem companheiro e com menores escores para os domínios prazer e autorrealização.

Outro ponto a ser lembrado é que as medidas autorreferidas são mais dependentes do humor geral do entrevistado e QV em seu constructo, contempla a mutabilidade (por exemplo, QV e sintomas depressivos)<sup>29</sup>.

## **5 CONCLUSÃO**

Neste estudo de grupamentos, pode-se afirmar que entre idosos longevos da comunidade, ter menor idade, independência para as AVD e ausência de sintomas depressivos são características determinantes de boa QV.

A presença de depressão, idade avançada e dependência para AVD foram encontradas no grupamento com piores escores da QV total e nos seus domínios.

Isto posto, sugere-se que, cuidadores e profissionais que atuam com idosos, devem investir em intervenções que contribuam para o diagnóstico precoce e tratamento da depressão, bem como estimulem e mantenham a independência e autonomia desta população visando a melhor QV de idosos longevos.

## 6 REFERÊNCIAS

1. Veras RP, Oliveira M. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. *Ciência & Saúde Coletiva* 2018; 23(6):1929-1936.
2. Hyde M, Wiggins R, Higgs P, Blane DB. A measure of quality of life in early old age: The theory, development and properties of a needs satisfaction model (CASP-19). *Aging & mental health* 2003;7:186-194.
3. Moons P., Budts W., Geest S.D. Critique on the conceptualisation of quality of life: A review and evaluation of different conceptual approaches. *International Journal of Nursing Studies* 2006; (43): 891-901.
4. Wiggins, RD., Higgs, PF.D., Hyde, M., & Blane, DB. Quality of life in the third age: Key predictors of the CASP-19 measure. *Ageing & Society* 2004, 24, 693–708.
5. Neri AL, Borim FSA, Batistoni SST, Cachioni M, Rabelo DF, Fontes AP, et al. Nova validação semântico-cultural e estudo psicométrico da CASP-19 em adultos e idosos brasileiros. *Cadernos de Saúde Pública* 2018;34.
6. Hyde M, Higgs P, Wiggins RD, Blane, D. A decade of research using the CASP scale: key findings and future directions. *Aging Ment Health*. 2015;19(7):571-5
7. Neri AL, Yassuda MS, Araújo LFd, Eulálio MdC, Cabral BE, Siqueira MECd, et al. Metodologia e perfil sociodemográfico, cognitivo e de fragilidade de idosos comunitários de sete cidades brasileiras: Estudo FIBRA. *Cadernos de Saúde Pública* 2013;29:778-92.
8. Neri AL, Yassuda MS, Garofe AC, Fortes-Burgos EPM, Arbex FS, Torres SVd, et al. FIBRA Campinas: fundamentos e metodologia de um estudo sobre fragilidade em idosos da comunidade. In: Neri A, L., Guariento ME, editors. *Fragilidade, Saúde e Bem-estar em Idosos: dados do estudo FIBRA Campinas*. Campinas: Alínea; 2011.
9. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, et al. Development and validation of a Geriatric Depression Screening Scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research* 1982;17(1):37-49.
10. Almeida OP, Almeida SA. Short versions of the geriatric depression scale: a study of their validity for the diagnosis of a major depressive episode according to ICD-10 and DSM-IV. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 1999;14(10):858-865.
11. Lino VTS, Pereira SRM, Camacho LAB, Ribeiro Filho ST, Buksman S. Adaptação transcultural da Escala de Independência em Atividades da Vida Diária (Escala de Katz). *Cadernos de Saúde Pública* 2008;24:103-112.

12. Lawton MP, Brody EM. Assessment of Older People: Self-Maintaining and Instrumental Activities of Daily Living<sup>1</sup>. *The Gerontologist* 1969;9(3\_Part\_1):179-186.
13. Baltes, P. B., & Mayer, K. U. (Eds.). *The Berlin Aging Study: Aging from 70 to 100*. New York: Cambridge University Press, 1999.
14. Blane D, Higgs P, Hyde M, Wiggins R. Quality of life in the third age: Key predictors of the CASP-19 measure. *Ageing and Society* 2004;24.
15. Demakakos P, McMunn A, Steptoe A. *Well-being in older age: a multidimensional perspective*, 2010.
16. Li C-I, Lin C-H, Lin W-Y, Liu C-S, Chang C-K, Meng N-H, et al. Successful aging defined by health-related quality of life and its determinants in community-dwelling elders. *BMC Public Health* 2014;14(1):1013.
17. Neri AL, Borim FSA, Fontes AP, Rabello DF, Cachioni M, Batistoni SST, et al. Factors associated with perceived quality of life in older adults: ELSI-Brazil. *Revista de Saúde Pública* 2018;52.
18. Marques LP, Schneider IJC, d'Orsi E. Quality of life and its association with work, the Internet, participation in groups and physical activity among the elderly from the EpiFloripa survey, Florianópolis, Santa Catarina State, Brazil. *Cadernos de Saúde Pública* 2016;32.
19. Netuveli G, Blane D. Quality of life in older ages. *British Medical Bulletin* 2008;85(1):113-126.
20. Toscano JJ, Oliveira AC. Qualidade de vida em idosos com distintos níveis de atividade física. *Rev Bras Med Esporte*. 2009; 169-173.
21. Oliveira, LC; Pivoto, EA; Vianna, PC. Análise dos resultados de qualidade de vida em idosos praticantes de dança sênior através do SF-36. *Acta fisiátrica* ;2009, 16(3), 101-104.
22. Neves, RT, Laham, CF, Aranha, VC, Santiago A, Solimar F, et al. Envelhecimento e doenças cardiovasculares: depressão e qualidade de vida em idosos atendidos em domicílio. *Psicologia Hospitalar*.2003; 11(2), 72-98.
23. Tai YW, Wei CC, Jen PL, Chen KL, Gopalakrishnan N, David B. Association of quality of life with laboratory measurements and lifestyle factors in community dwelling older people in Taiwan. *Aging Mental Health*; 2015;19(6):548-59
24. Layte R, Sexton E, Savva G. Quality of life in older age: evidence from an Irish cohort study. *J Am Geriatr Soc* 2013;61 Suppl 2:S299-S305.

25. Palgi Y, Shrira A, & Zaslavsky O. Quality of life attenuates age-related decline in functional status of older adults. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care & Rehabilitation* 2015; 24(8), 1835–1843.
26. Sánchez-García S, García-Peña C, Ramírez-García E, Moreno-Tamayo K, Cantú-Quintanilla GR. Decreased Autonomy In Community-Dwelling Older Adults. *Clin Interv Aging* 2019; 2041-2053.
27. Börsch-Supan A, Brugiavini A, Jürges H, Makenbach J, Siegrist J, Weber G. Health, ageing and retirement in Europe. First results from the survey of health, ageing and retirement in Europe (SHARE). Mannheim: Mannheim Research Institute for the Economics of Aging; 2005.
28. Puvill T, Kusumastuti S, Lund R, Mortensen EL, Slaets J, Lindenberg J, et al. Do psychosocial factors modify the negative association between disability and life satisfaction in old age? *PLOS ONE* 2019;14(10):e0224421
29. Tamai SA, Paschoal SM, Litvoc J, Machado AN, Curiati PK, Prada LF et al . Impact of a program to promote health and quality of life of elderly. Einstein (São Paulo). 2011;Disponível em:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-45082011000100008&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-45082011000100008&lng=en)

**Tabela suplementar:**

Análises complementares de comparação de grupos (Tabela suplementar 1), utilizando o teste de qui-quadrado de Pearson, reforçam a ausência de diferença entre grupos para o domínio da autorrealização ( $p=0.26$ ) e apenas uma tendência a diferença para o domínio prazer ( $p=0.09$ ).

Tabela 1. Número de participantes em cada categoria de QV em cada cluster.  
( $n=233$ ). Campinas e Ermelino, SP 2016/2017

| QV Total         | <b>&lt;=40</b> | <b>&gt;=41</b> | <b>*p valor</b>  |
|------------------|----------------|----------------|------------------|
| 1                | 66 (42,58%)    | 89 (57,42%)    | <b>0.002</b>     |
| 2                | 20 (54,05%)    | 17 (45,95%)    |                  |
| 3                | 14 (87,50%)    | 2 (12,50%)     |                  |
| Total            | 100            | 108            |                  |
| QV Controle(%)   | <b>&lt;=9</b>  | <b>&gt;=10</b> | <b>0.003</b>     |
| 1                | 78 (50,32%)    | 77 (49,68%)    |                  |
| 2                | 23 (62,16%)    | 14 (37,84%)    |                  |
| 3                | 14 (87,50%)    | 2 (12,50%)     |                  |
| Total            | 116            | 92             |                  |
| QV Autonomia(%)  | <b>&lt;=11</b> | <b>&gt;=12</b> | <b>&lt;0.001</b> |
| 1                | 69 (44,52%)    | 86 (55,48%)    |                  |
| 2                | 22 (59,46%)    | 15 (40,54%)    |                  |
| 3                | 15 (93,75%)    | 1 (6,25%)      |                  |
| Total            | 106            | 102            |                  |
| QV Prazer(%)     | <b>&lt;=11</b> | <b>&gt;=12</b> | 0.093            |
| 1                | 73 (47,10%)    | 82 (52,90%)    |                  |
| 2                | 20 (54,05%)    | 17 (45,95%)    |                  |
| 3                | 12 (75,00%)    | 4 (25,00%)     |                  |
| Total            | 105            | 103            |                  |
| QV Autorreal.(%) | <b>&lt;=9</b>  | <b>&gt;=10</b> | 0.266            |
| 1                | 78 (50,32%)    | 77 (49,68%)    |                  |
| 2                | 22 (59,46%)    | 15 (40,54%)    |                  |
| 3                | 11 (68,75%)    | 5 (31,25%)     |                  |
| Total            | 111            | 97             |                  |

## 5 DISCUSSÃO GERAL

A teoria que embasa a CASP-19 pressupõe que os idosos podem adaptar suas vidas, mesmo com as limitações provenientes da idade. Ela é focada nos benefícios e nos aspectos agradáveis do envelhecimento. O instrumento CASP-19 mostrou-se confiável com uma elevada consistência interna, fortalecendo a sua utilização como medida de QV de importância mundial e com seu uso crescente entre os estudiosos da área.

Assim como em outros estudos, os domínios Controle e Autonomia, que levam em conta seu aspecto de modo geral e a independência para diferentes atividades, apresentaram razoável consistência, enquanto os domínios Prazer e Autorrealização apresentaram valores elevados de confiabilidade, esses relacionados a questões de autossuficiência e capacidade para realizar as atividades que proporcionam prazer, bem como ter condições financeiras para tal e contar com companhia<sup>33,34</sup>.

Os resultados evidenciaram menores escores de QV em idosos mais velhos, o que corrobora com outras pesquisas<sup>33,35,44</sup>. Além disso, a ausência de depressão, maior independência nas AAVDs e alta escolaridade parecem favorecer para uma melhor QV na longevidade. Webb e colegas (2011)<sup>45</sup> também colocam em evidência a depressão e as AAVD como fatores impactantes para a QV do idoso. A alta escolaridade, por sua vez, parece estar associada a melhores condições de vida, pleno desfrute da aposentadoria, interação social e acesso a distintas oportunidades.

Quando agrupados em clusters, constatou-se que as variáveis significativas para a QV foram idade, independência e depressão, sendo que esta tem importante papel na diferença da QV entre os idosos longevos, maiores de 85 anos. Esse resultado convergiu com um estudo recente realizado com idosos ingleses portadores de demências, cuja depressão também foi uma variável determinante na QV<sup>46</sup>.

Outrossim, ser mais velho, dependente e ter depressão parece não reduzir a autorrealização, como reduz os demais domínios e QV total. E além disso, apesar de a depressão sozinha, reduzir QV total e alguns domínios da CASP em idosos mais velhos e dependentes, ela não reduz o domínio do prazer e nem mesmo a autorrealização.

## CONCLUSÃO

O aumento da longevidade da população é um fato e exigirá mais pesquisas para favorecer a QV, enquanto a CASP-19 é um instrumento que aborda outros pontos fortes influenciadores na vida do idoso, contribuindo para o melhor entendimento da população.

O presente estudo identificou associação entre QV e as variáveis depressão, independência, idade e escolaridade igual ou maior a 9 anos (esta não se mostrou significativa quando comparada entre os clusters). Já a depressão sozinha tem grande impacto na QV de idosos mais velhos e dependentes.

Logo, cuidadores e profissionais da área de geriatria e gerontologia devem investir no diagnóstico e tratamento precoce da depressão, assim como em intervenções que estimulem e mantenham a independência funcional na velhice de modo a promover melhor QV da população longeva.

Algumas limitações podem ser pontuadas no presente estudo. A nossa amostra de 233 idosos não é elevada quando comparada a outros estudos realizados com a CASP-19. O estudo é transversal, e além disso, por se tratar de um banco de dados, foram incluídas para a análise apenas variáveis presentes no banco, o que limitou agregar outras variáveis e outros elementos.

Isto posto, sugere-se novas investigações, com amostras maiores, de caráter longitudinal, que busquem maior análise do instrumento CASP-19 e sua associação com outras variáveis, assim como que possibilitem explicações mais afirmativas para os resultados obtidos.

## REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Estimativa população residente.[acesso em 10 Jan 2019] Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/popSC.def>.
2. Lourenco TM, Lenardt, MH, Kletemberg DF, Seima MD, Tallmann AE, Neu DKM, et al. Capacidade funcional no idoso longevo: uma revisão integrativa. *Rev. Gaúcha Enferm.*, 2012, 33(2):176-85.
3. Brown J, Bowling A, Flynn T. Models of Quality of Life: a taxonomy, overview and systematic review of the literature. Bruxelas: European Forum on Population Ageing Research; 2004; 6-77.
4. Laslett P. A fresh map of life. London: Macmillan Press Ltd; 1996.
5. Jenkins A, Mostafa T. The effects of learning on wellbeing for older adults in England. *Ageing Soc.* 2015:1-18.
6. Marques PP, Freiria CN, Santiago CN, et al. Idosos mais idosos: uma revisão da literatura. *Revista Kairós-Gerontologia* 2019; 22 (1) :<https://revistas.pucsp.br/kairos/article/view/45961> (acessado em 11/11/2019).
7. Netuveli G, Blane D. Qualidade de vida em idosos. *British Medical Bulletin* 2008; 85 (1) :. <https://academic.oup.com/bmb/article/85/1/113/291398> (acessado em 04/10/2019).
8. Tahan J, Carvalho A. Reflexões de idosos participantes de grupos de promoção de saúde acerca do envelhecimento e da qualidade de vida. *Saude soc.* 2010 Dez [citado 2020 Set 07] ; 19( 4 ): 878-888. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902010000400014&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902010000400014&lng=pt). <https://doi.org/10.1590/S0104-12902010000400014>.
9. Marques LP, Schneider IJ, d'Orsi E. Qualidade de vida e sua associação com trabalho, internet, participação em grupos e atividade física em idosos da pesquisa EpiFloripa, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. *Caderno de Saúde Pública* 2016; 32 (12) :[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2016001205009&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016001205009&lng=en). (acessado em 04/10/2019).
10. Hyde M., Wiggins, R.D., Higgs, P., & Blane, D.B. A measure of quality of life in early old age: the theory, development and properties of a needs satisfaction model (CASP-19). *Ageing & Mental Health.* 2003; 7(3), 186 194.

11. Hyde M, P. Higgs, R.D. Wiggins & D. Blane. A decade of research using the CASP scale: key findings and future directions, *Aging & Mental Health*. 2015; 19:7, 571-575.
12. World Health Organization. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Social, Science and Medicine*. (1998);46 (12), 1569-85.
13. Irigaray TQ, Trentini CM. Qualidade de vida em idosas: a importância da dimensão subjetiva. *Estudos de Psicologia (Campinas)*. 2009; 26(3), 297-304.
14. Pereira EF, Teixeira CS, Santos A. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. *Rev. bras. educ. fís. esporte* . 2012; 26( 2 ): 241-250. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1807-55092012000200007&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1807-55092012000200007&lng=en). (acessado em 07/10/2019).
15. Neri AL, Borim FSA, Fontes AP, Rabello DF, Cachioni M, Batistoni SST et al . Fatores associados à qualidade de vida percebida em adultos mais velhos: ELSI-Brasil. *Rev. Saúde Pública*. 2018 ; 52( Suppl 2 ): 16s. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102018000300502&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102018000300502&lng=en). (acessado em 07/01/2019).
16. Fleck MPA. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. *Ciênc. saúde coletiva* . 2000 ; 5( 1 ): 33-38. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232000000100004&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000100004&lng=en). <https://doi.org/10.1590/S1413-81232000000100004>
17. Neri, A. L. Qualidade madura no atendimento domiciliário. In Y. A. O. Duarte & M. J. D. Diogo (Orgs.), *Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico*. 2000; 33-47. São Paulo: Atheneu.
18. Lawton, M. P. A multidimensional view of quality of life in frail elderly. In J. E. Birren, J. E. Lubben & J. C. Rowe, D. E. Deutchmann (Eds.), *The concept and measurement of quality of life in the frail elderly*. 1991; .3-27.
19. Maslow, AH. *Motivation and Personality*. 2.ed. New York: Harper & Row, 1970.
20. Maslow AH. *Toward a psychology of being*. Princeton, NJ: Van Nostrand; 1968.
21. Gunnel D, Davey-Smith G, Frankel S, Nanchahal K, Braddon FM, Peters T. Life course exposure and later diseases: a follow-up study based on a survey of family diet and health in prewar Britain (1937-1939). *Public Health* 1996;110:85-94.22.

22. Wiggins, RD, Netuveli, G., Hyde, M. et al. Avaliação de uma escala autoenumerável de qualidade de vida (CASP-19) no contexto da pesquisa sobre envelhecimento: uma combinação de abordagens exploratórias e confirmatórias. *Soc Indic Res.* 2008; 89, 61-77.
23. Marmot M, Banks J, Blundell R, Lessof C, Nazroo J. Health, wealth and life styles of the older population in England: the 2002 English Longitudinal Study of Ageing. London: Institute for Fiscal Studies; 2002.
24. Taylor M, Brice J, Buck N, Prentice-Lane E. British household panel survey user manual. Volume A. Introduction, Technical Report and Appendices. Colchester: UK Data Archive, University of Essex; 2003.
25. Sim J, Bartlam B, Bernard M. The CASP-19 as a measure of quality of life in old age: evaluation of its use in a retirement community. *Qual Life Res* 2011; 20:997-1004.
26. National Institute on Aging. Growing older in America: the Health and Retirement Study. <http://www.umich.edu/sitedocs/brochure/HRS-brochure.pdf> (acessado em 02/Out/2017).
27. Towers A, Yeung P, Stevenson B, Stephens C, Alpass F. Quality of life in indigenous and non-indigenous older adults: assessing the CASP-12 factor structure and identifying a brief CASP-3. *Qual Life Res* 2015; 24:193-203.
28. Sexton E, King-Kallimanis BL, Conroy RM, Hickey A. Psychometric evaluation of the CASP-19 quality of life scale in an older Irish cohort. *Qual Life Res* 2013; 22:2549-59.
29. Layte R, Sexton E, Savva G. Quality of life in older age: evidence from an Irish cohort study. *J Am Geriatr Soc* 2013; 61 Suppl 2:S299-305.
30. Sexton E, King-Kallimanis BL, Layte R, Hickey A. How does chronic disease status affect CASP quality of life at older ages? Examining the WHOICF disability domains as mediators of this relationship. *Aging Ment Health* 2015; 19:622-33.
31. Kim GR, Netuveli G, Blane D, Peasey A, Malyutina S, Simonova G, et al. Psychometric properties and confirmatory factor analysis of the CASP-19, a measure of quality of life in early old age: the HAPIEE study. *Aging Ment Health* 2015; 19:595-609.
32. Börsch-Supan A, Brugiavini A, Jürges H, Makenbach J, Siegrist J, Weber G. Health, ageing and retirement in Europe. First results from the survey of health, ageing and retirement in Europe (SHARE). Mannheim: Mannheim Research Institute for the Economics of Aging; 2005.
33. Howel D. Interpreting and evaluation the CASP-19 quality of life measure in older people. *Age Ageing.* 2012, 41(5):612-7

34. Lima FM, Hyde M, Chungkham HS, Correia C, Campos AS, Campos M, et al. Quality of life amongst older Brazilians: a cross-cultural validation of the CASP-19 into Brazilian-Portuguese. *PLoS One* 2014; 9:e94289.
35. Neri AL, Borim FSA, Batistoni SST, Cachioni M, Rabelo DF, Fontes AP et al. Nova validação semântico-cultural e estudo psicométrico da CASP-19 em adultos e idosos brasileiros. *Cad. Saúde Pública*. 2018; 34(10):e00181417.
36. Neri A, Yassuda MS, Garofe AC, Fortes-Burgos EPM, Arbex, F. S, Torres SV, et al. FIBRA Campinas: fundamentos e metodologia de um estudo sobre fragilidade em idosos da comunidade. In: Neri AL, Guariento ME, organizadores. *Fragilidade, Saúde e Bem-estar em Idosos: dados do estudo FIBRA Campinas*. Campinas: Alínea, 2011
37. Neri AL, Yassuda MS, Araújo LF, Eulálio MD, Cabral BE, Siqueira MEC, et al. Metodologia e perfil sociodemográfico, cognitivo e de fragilidade de idosos comunitários de sete cidades brasileiras: Estudo FIBRA. *Cad. Saúde pública*. 2013; 29(4), 778-92.
38. Brucki SMD, Nitrini R, Caramelli P, Bertolucci PHF, Okamoto IH. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. *Arq. Neuro-Psiquiatr*. 2003; 61(3B):777-81.
39. . Duarte YAO, Andrade CL, Lebrão ML. O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. **Rev Esc Enferm USP**. 2007; 41(2):317-25, mar./abr. 2007.
40. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 192 p. il. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 19).
41. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiat Res*. 1983;17(1):37-49.
42. Almeida OP, Almeida AS. Confiabilidade da versão brasileira da escala de depressão em geriatria (GDS) versão reduzida. *Arq. Neuro - Psiquiatr*. 1999; 57(2-B):421-6.
43. Landis, JR., Koch, G-G (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*. 33:159.
44. Netuveli G, Wiggins RD, Hildon Z, et al. Quality of life at older ages: evidence from the English longitudinal study of aging (wave 1). *Journal of Epidemiology & Community Health* 2006; 60:357-363.
45. Webb E, *Proximal predictors of change in quality of life at older ages*. 2011.

46. Stoner C, Orrell M, Spector A. The psychometric properties of the control, autonomy, self-realisation and pleasure scale (CASP-19) for older adults with dementia. *Aging and Mental Health*. 2018;23.

## ANEXOS

### ANEXO I. SUBMISSÃO DE ARTIGO PARA A REVISTA INTELLECTUS



● **Revista Intellectus** <noreply@faj.br>

Para: intellectus@faj.br, elaine.valias@yahoo.com.br

Nome: ELAINE VALIAS SODRÉ PEREIRA

Email: elaine.valias@yahoo.com.br

Área de Concentração: Saúde

Tipo de Trabalho: Artigo científico

Mensagem: Prezados, Encaminho meu artigo para apreciação. Desde já agradeço pela atenção dispensada. Grata.

## ANEXO II. SUBMISSÃO DE ARTIGO PARA A REVISTA CIÊNCIA E SAÚDE COLETIVA

22-Jul-2020

Dear Mrs. Pereira:

Your manuscript entitled "A CASP-19 e sua relação com as variáveis sociodemográficas e de saúde em idosos participantes do estudo FIBRA 80+." has been successfully submitted online and is presently being given full consideration for publication in the *Ciência & Saúde Coletiva*.

Your manuscript ID is CSC-2020-2715.

Please mention the above manuscript ID in all future correspondence or when calling the office for questions. If there are any changes in your street address or e-mail address, please log in to ScholarOne Manuscripts at <https://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo> and edit your user information as appropriate.

You can also view the status of your manuscript at any time by checking your Author Center after logging in to <https://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>.

Thank you for submitting your manuscript to the *Ciência & Saúde Coletiva*.

Sincerely,  
Ciência & Saúde Coletiva Editorial Office

## ANEXO III. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE). FIBRA 80+



### TCLE - IDOSOS

EFEITO DE VARIÁVEIS DE SAÚDE, PERSONALIDADE E BEM-ESTAR  
PSICOLÓGICO SOBRE FRAGILIDADE, MORTE E DECLÍNIO  
COGNITIVO EM IDOSOS DE 80 ANOS E MAIS: ESTUDO FIBRA

O/a senhor/a está sendo convidado a participar de um estudo sobre saúde em idosos de 80 anos e mais, na qualidade de voluntário. Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, visa a assegurar seus direitos e deveres como participante. É elaborado em duas vias. Uma deverá ficar com o/a senhor/a e a outra com o pesquisador.

Por favor, leia este documento com atenção e calma, aproveitando para esclarecer suas dúvidas. Se houverem perguntas antes ou mesmo depois de assiná-lo, o/a senhor/a poderá esclarecê-las com o pesquisador. Pode consultar seus familiares ou outras pessoas antes de decidir participar.

Se o/a senhor/a não quiser participar, ou se, a qualquer momento, quiser retirar sua autorização, não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo. O/a senhor/a não pagará nada para participar. Não será remunerado/a e nem receberá nenhuma ajuda de custo pela participação.

**Objetivo e justificativa do estudo.** A pesquisa tem por objetivo investigar relações entre fragilidade, características pessoais e familiares, condições de saúde, atividade e bem-estar de idosos com 80 anos e mais. Queremos saber se as condições de saúde dos idosos nascidos até o ano de 1935, que foram entrevistados em 2008 e em 2009, melhoraram, continuaram iguais ou pioraram. Acreditamos que essas informações poderão contribuir para o planejamento de serviços de atenção à saúde das pessoas mais velhas.

**Procedimentos que serão adotados para a coleta de dados.** O senhor tomará parte numa entrevista com cerca de 60 minutos de duração, aqui mesmo em seu domicílio. Solicitamos que, nessa ocasião, esteja presente, também, um familiar ou outra pessoa da confiança do idoso. As perguntas serão sobre características pessoais, tais como sexo, idade e estado civil; características da família (por exemplo: com quem mora); as doenças, as atividades e o nível de bem-estar psicológico dos idosos. Serão feitas medidas de pressão arterial, peso, altura, força de preensão manual e circunferência da cintura, do abdômen, do quadril, do braço e da perna. Dois entrevistadores participarão dos trabalhos de coleta de dados, para torná-lo mais rápido e preciso. Algumas informações serão coletadas junto ao familiar, para tornar o processo mais ágil, mas o idoso poderá fazer sugestões ou ser perguntado sobre elas.

**Acompanhamento em caso de sentimentos de desconforto e de riscos ao bem-estar dos participantes.** A participação na entrevista não deverá causar desconfortos ou riscos físicos ou psicológicos aos idosos. Caso o participante se canse e queira fazer uma pequena pausa, seu desejo será atendido. Caso seja observada alguma ocorrência fora do esperado, os entrevistadores informarão os idosos e farão sugestões de acompanhamento por um profissional ou serviço de saúde. O/a senhor/a tem garantido o seu direito à indenização, diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa.

**Benefícios potenciais associados à participação.** A participação oferecerá oportunidade para os participantes avaliarem suas condições de saúde, em comparação com as que desfrutavam 6 ou 7 anos atrás. Os dados desta pesquisa poderão trazer esclarecimentos e sugestões para que cuidem melhor da própria saúde e para que os profissionais da saúde cuidem melhor da saúde dos idosos de 80 anos e mais.

**Sigilo e privacidade.** O/a senhor/a tem a garantia de que sua identidade será mantida em sigilo e que nenhuma informação será dada a outras pessoas que não façam parte da equipe de pesquisadores. Na divulgação dos resultados deste estudo, seu nome não será citado.

**Contato.** Em caso de dúvida sobre o estudo, o/a senhor/a poderá entrar em contato com a coordenadora, Profa. Dra. Anita Liberalesso Neri, no Programa de Pós-Graduação em Gerontologia da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, de 2ª a 6ª feira, das 14 às 17 horas, pelo telefone 19 – 9 9601 2271, ou pelo e-mail [anitalbn@fcm.unicamp.br](mailto:anitalbn@fcm.unicamp.br).

Em caso de denúncia ou reclamação sobre sua participação no estudo, o/a senhor/a poderá entrar em contato com a secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Unicamp, na Av. Tessália Vieira de Camargo, 126; CEP 13083-887, Campinas – SP; telefone (19) 3521-8936; fax (19) 3521-7187; e-mail: [cep@fcm.unicamp.br](mailto:cep@fcm.unicamp.br)

**Consentimento livre e esclarecido.** Após ter sido esclarecido/a sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos e riscos e desconfortos que possa causar, aceito participar:

Nome do/a participante: \_\_\_\_\_  
Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Assinatura do participante:

*Responsabilidade do pesquisador. Asseguro ter cumprido as exigências da resolução 466/2012 CNS/MS e complementares, na elaboração do protocolo e na obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Asseguro, também, ter explicado e fornecido uma cópia deste documento ao participante. Informo que o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Unicamp, ao qual o projeto foi apresentado. Comprometo-me a utilizar o material e os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento e conforme o consentimento dado pelo participante.*



\_\_\_\_\_  
Anita Liberalesso Neri  
Coordenadora da pesquisa

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nome do entrevistador:

Assinatura do entrevistador:

## ANEXO IV. IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE IDOSO E VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS

### BLOCO B

VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS (do participante idoso, sobre as quais o familiar responderá)

**B 1.** Qual é a idade do sr. ou da sra.

\_\_\_\_\_ (nome do/a idoso/a)?

\_\_\_\_\_ anos

( ) 999. NR

**B 2.** Qual é a data de nascimento do sr.

ou da sra. \_\_\_\_\_?

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

( ) 99. NR

**B 3.** Gênero do sr. ou da sra.

\_\_\_\_\_?

( ) 1. Masculino

( ) 2. Feminino

99. NR

( ) 1. Casado/a ou vive com  
companheiro/a

( ) 2. Solteiro/a

( ) 3. Divorciado/a, separado/a ou  
desquitado/a

( ) 4. Viúvo/a

( ) 99. NR

**B 4.** Qual é o estado civil do sr. ou da sra.

\_\_\_\_\_?

**B 11.** O sr. ou a sra. \_\_\_\_\_ é capaz  
de ler e escrever um bilhete simples?

( ) 1. Sim

( ) 2. Não

99. NR

**B 12.** Até que ano de escola o sr. ou a  
sra. \_\_\_\_\_ estudou? \_\_\_\_ ano do nível

\_\_\_\_\_.

### Arranjo de moradia

|   |     |     |                                   |   |   |
|---|-----|-----|-----------------------------------|---|---|
| Com quem o sr. ou a sra. _____ mora?      | Sim | Não | <b>B 17.</b> Filho/s ou enteado/s | 1 | 2 |
|   |     |     | <b>B 18.</b> Neto/s               | 1 | 2 |
| <b>B 15.</b> Sozinho/a                    | 1   | 2   | <b>B 19.</b> Bisneto/s            | 1 | 2 |
| <b>B 16.</b> Marido/mulher /companheiro/a | 1   | 2   | <b>B 20.</b> Outro/s parente/s    | 1 | 2 |

|   |   |   |               |   |   |
|---|---|---|---------------|---|---|
| <b>B 21a.</b> Amigo/a                             | 1 | 2 | <b>99. NR</b> | 1 | 2 |
| <b>B21b.</b> Empregada doméstica ou cuidador pago | 1 | 2 |               |   |   |

**B 21c.** Quantas pessoas moram nesta casa, incluindo o sr. ou a sra. \_\_\_\_\_?

99. NR

**B 22.** O sr. ou a sra. \_\_\_\_\_ é proprietário/a da residência?

1. Sim

2. Não

99. NR

## ANEXO V. AVALIAÇÃO SUBJETIVA DE SAÚDE

### AVALIAÇÃO SUBJETIVA DA SAÚDE(mencione os níveis da resposta mostrando a figura).

**G 45.** De um modo geral, como o/a senhor/a avalia a sua saúde no momento atual?

|            |      |         |     |           |    |
|------------|------|---------|-----|-----------|----|
| 1          | 2    | 3       | 4   | 5         | 99 |
| Muito ruim | Ruim | Regular | Boa | Muito boa | NR |

**G 46.** Como o/a senhor/a avalia sua saúde em comparação com a de outras pessoas da sua idade?

|            |      |       |        |              |    |
|------------|------|-------|--------|--------------|----|
| 1          | 2    | 3     | 4      | 5            | 99 |
| Muito pior | Pior | Igual | Melhor | Muito Melhor | NR |

**G 401.** Como o/a senhor/a avalia sua memória em comparação com a de outras pessoas da sua idade?

|            |      |       |        |              |    |
|------------|------|-------|--------|--------------|----|
| 1          | 2    | 3     | 4      | 5            | 99 |
| Muito pior | Pior | Igual | Melhor | Muito Melhor | NR |

**G 47.** Como o/a senhor/a avalia a sua saúde hoje, em comparação com a de 1 ano atrás

|            |      |       |        |              |    |
|------------|------|-------|--------|--------------|----|
| 1          | 2    | 3     | 4      | 5            | 99 |
| Muito pior | Pior | Igual | Melhor | Muito Melhor | NR |

**G 48.** Como o/a senhor/a avalia sua atividade hoje, em comparação com um ano atrás?

|            |      |       |        |              |    |
|------------|------|-------|--------|--------------|----|
| 1          | 2    | 3     | 4      | 5            | 99 |
| Muito pior | Pior | Igual | Melhor | Muito Melhor | NR |

## ANEXO VI. ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA

### BLOCO J

#### ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA

#### AAVDs

| Para cada atividade que eu disser, peço que o (a) senhor (a) diga se nunca fez, se parou de fazer e porque parou, ou se faz a atividade.         | 1.Nunca fez  | 2.Parou de fazer.<br>Por que?<br>(anotar a 1ª resposta; se o idoso mencionar dois motivos, pedir que escolha o mais importante). | 3.Faz      |
|--|--------------|--|------------|
| <b>J 1.</b> Fazer visitas na casa de amigos ou familiares  |              |  |            |
| <b>J 2.</b> Receber visitas em sua casa para conversar, realizar atividades de lazer ou fazer refeições.   |              |  |            |
| <b>J 3.</b> Ir à igreja ou ao templo para rituais religiosos ou atividades sociais ligadas à religião  |              |  |            |
| <b>J 4.</b> Participar de reuniões sociais, festas ou bailes   |              |  |            |
| <b>J 5.</b> Encontrar-se com outras pessoas em lugares públicos, tais como restaurantes, cinemas, teatros, concertos, clubes etc.                |              |  |            |
| <b>J 6.</b> Dirigir automóvel.   |              |  |            |
| <b>J 7.</b> Fazer viagens de 1 dia para fora da cidade   |              |  |            |
| <b>J 8.</b> Fazer viagens de duração mais longa para fora da cidade ou do país   |              |  |            |
| <b>J 9.</b> Fazer trabalho voluntário  |              |  |            |
| <b>J 10.</b> Fazer trabalho remunerado   |              |  |            |
| <b>J 11.</b> Participar de diretorias ou conselhos de associações, clubes, escolas, sindicatos, cooperativas ou desenvolver atividades políticas |              |  |            |
| <b>J 121.</b> Participar de Universidade Aberta à Terceira Idade, centros de convivência ou cursos de atualização, fora de casa.                 |              |  |            |
| <b>J122.</b> Ler livros, jornais e revistas para se divertir e para se informar.   |              |  |            |
|  | <b>Nunca</b> | <b>Parou de fazer</b>  | <b>Faz</b> |

|   | fez | Por que? |  |
|---|-----|----------|--|
| <b>J 123.</b> Manter contato por telefone ou carta com amigos e familiares.                             |     |          |  |
| <b>J124.</b> Usar e-mail ou as redes sociais para se comunicar com amigos, familiares e outras pessoas. |     |          |  |
| <b>J125.</b> Usar a Internet para se informar.  |     |          |  |
| <b>J126.</b> Usar a Internet para fazer compras ou movimentar sua conta bancária.                       |     |          |  |

## AIVD

Agora eu vou perguntar sobre sua capacidade para fazer coisas do dia-a-dia. Gostaria que me dissesse se é capaz de fazê-las sozinho, ou seja, sem ajuda nenhuma, se precisa de alguma ajuda ou se precisa de ajuda total para realizá-las.

|   | Resultad<br>o<br>(marcar<br>1, 2 ou 3) | NR |
|---|--|----|
| <b>J 14.</b> <u>Usar o telefone</u><br>1. <b>I:</b> É capaz de discar os números e atender sem ajuda?<br>2. <b>A:</b> É capaz de responder às chamadas, mas precisa de alguma ajuda para discar os números?<br>3. <b>D:</b> É incapaz de usar o telefone? (não consegue nem atender e nem discar) |  | 99 |
| <b>J 15.</b> <u>Uso de transporte</u><br>1. <b>I:</b> É capaz de tomar transporte coletivo ou táxi sem ajuda?<br>2. <b>A:</b> É capaz de usar transporte coletivo ou táxi, porém não sozinho?<br>3. <b>D:</b> É incapaz de usar transporte coletivo ou táxi?                                      |  | 99 |
| <b>J 16.</b> <u>Fazer compras</u><br>1. <b>I:</b> É capaz de fazer todas as compras sem ajuda?<br>2. <b>A:</b> É capaz de fazer compras, porém com algum tipo de ajuda?<br>3. <b>D:</b> É incapaz de fazer compras?   |  | 99 |
| <b>J 17.</b> <u>Preparo de alimentos</u><br>1. <b>I:</b> Planeja, prepara e serve os alimentos sem ajuda?<br>2. <b>A:</b> É capaz de preparar refeições leves, porém tem dificuldade de preparar refeições maiores sem ajuda?<br>3. <b>D:</b> É incapaz de preparar qualquer refeição?            |  | 99 |
| <b>J 18.</b> <u>Tarefas domésticas</u><br>1. <b>I:</b> É capaz de realizar qualquer tarefa doméstica sem ajuda?<br>2. <b>A:</b> É capaz de executar somente tarefas domésticas mais   |  | 99 |

|  |       |    |
|--|-------|----|
| leves?<br>3. <b>D:</b> É incapaz de executar qualquer trabalho doméstico?  |       |    |
| J 19. <u>Uso de medicação</u><br>1. <b>I:</b> É capaz de usar medicação de maneira correta sem ajuda?<br>2. <b>A:</b> É capaz de usar medicação, mas precisa de algum tipo de ajuda?<br>3. <b>D:</b> É incapaz de tomar medicação sem ajuda?   |       | 99 |
| J 20. <u>Manejo do dinheiro</u><br><b>I:</b> É capaz de pagar contas, aluguel e preencher cheques, de controlar as necessidades diárias de compras sem ajuda?<br><b>A:</b> Precisa de algum tipo de ajuda para realizar estas atividades?<br><b>D:</b> É incapaz de realizar estas atividades? | _____ | 99 |
| J 21. Soma de Is   | _____ |    |
| J 22. Soma de As   | _____ |    |
| J 23. Soma de Ds   | _____ |    |

## ABVD

Vou agora perguntar sobre sua capacidade de cuidar de si mesmo. Para cada atividade que eu disser, peço que responda se é capaz de fazer sozinho, ou seja sem ajuda, se precisa de alguma ajuda ou se precisa de ajuda total. **Em cada item, circule a letra correspondente à resposta**

|  | <b>Resultado<br/>(marcar<br/>1, 2 ou<br/>3)</b> | <b>NR</b> |
|--|---|-----------|
| <b>J 24. Tomar banho</b> (leito, banheira ou chuveiro)<br><b>I:</b> Não recebe ajuda (entra e sai da banheira se esse for o modo habitual de tomar banho).<br><b>I:</b> Recebe ajuda para lavar apenas uma parte do corpo (por ex. as costas ou uma perna).<br><b>D:</b> Recebe ajuda para lavar mais do que uma parte do corpo ou não toma banho sozinho. |   | 99        |
| <b>J 25. Vestir-se</b> (pega as roupas, inclusive peças íntimas, nos armários e gavetas, e manuseia fechos, inclusive de órteses e próteses, quando forem utilizadas e veste-se completamente sem ajuda)<br><b>I:</b> Pega as roupas e veste-se completamente, sem ajuda.  |   | 99        |

|   |  |    |
|---|--|----|
| <p><b>I:</b> Pega as roupas e veste-se completamente sem ajuda, exceto para amarrar os sapatos.</p> <p><b>D:</b> Recebe ajuda para pegar as roupas e vestir-se ou permanece total ou parcialmente sem roupas</p>  |  |    |
| <p>J 26. <u>Usar o vaso sanitário</u></p> <p><b>I:</b> Ida ao banheiro ou local equivalente, limpa-se e ajeita as roupas sem ajuda (pode usar objetos de apoio, como bengala, andador ou cadeira de rodas e pode usar comadre ou urinol à noite, esvaziando-os de manhã)</p> <p><b>D:</b> Recebe ajuda para ir ao banheiro ou local equivalente, ou para limpar-se, ou para ajeitar as roupas após evacuação ou micção, ou para usar a comadre ou o urinol à noite.</p> <p><b>D:</b> Não vai ao banheiro ou equivalente para eliminações fisiológicas</p> |  | 99 |
| <p>J 27. <u>Transferência</u></p> <p><b>I:</b> Deita-se e sai da cama, senta-se e levanta-se da cadeira sem ajuda (pode estar usando objeto para apoio, como bengala ou andador)</p> <p><b>D:</b> Deita-se e sai da cama, senta-se e levanta-se da cadeira com ajuda</p> <p><b>D:</b> Não sai da cama</p>   |  | 99 |
| <p>J 28. <u>Controle esfinteriano</u></p> <p><b>I:</b> Controla inteiramente a evacuação e a micção</p> <p><b>D:</b> Tem “acidentes” ocasionais</p> <p><b>D:</b> Necessita de ajuda para manter o controle da evacuação e da micção; usa cateter ou é incontinente</p>  |  | 99 |
| <p>J 29. <u>Alimentar-se</u></p> <p><b>I:</b> Alimenta-se sem ajuda</p> <p><b>I:</b> Alimenta-se sozinho, mas recebe ajuda para cortar ou passar manteiga no pão</p> <p><b>D:</b> Recebe ajuda para alimentar-se ou é alimentado parcialmente ou completamente por meio de cateteres ou fluidos intravenosos</p>  |  | 99 |
| <p>J 30. TOTAL: _____</p> <p>0: independente em todas as seis funções</p> <p>1: independente em cinco funções e dependente em uma função</p> <p>2: independente em quatro funções e dependente em duas</p> <p>3: independente em três funções e dependente em três</p> <p>4: independente em duas funções e dependente em quatro</p> <p>5: independente em uma função e dependente em cinco</p> <p>6: dependente em todas as seis funções</p>   |  |    |

## ANEXO VII. SINTOMAS DEPRESSIVOS

### BLOCO M DEPRESSÃO

Vou lhe fazer algumas perguntas para saber como o/a senhor/a tem se sentido na última semana.

|  | <b>Sim</b><br><b>1</b> | <b>Não</b><br><b>2</b> | <b>NR</b><br><b>99</b> |
|--|------------------------|------------------------|------------------------|
| <b>M 1.</b> Está basicamente satisfeito com sua vida?                      |                        |                        |                        |
| <b>M 2.</b> Deixou muitos de seus interesses e atividades?                 |                        |                        |                        |
| <b>M 3.</b> Sente que sua vida está vazia?                                 |                        |                        |                        |
| <b>N 4.</b> O/a senhor/a se aborrece com frequência?                       |                        |                        |                        |
| <b>M 5.</b> Sente-se de bom humor a maior parte do tempo?                  |                        |                        |                        |
| <b>M 6.</b> Tem medo de que algum mal vá lhe acontecer?                    |                        |                        |                        |
| <b>M 7.</b> Sente-se feliz a maior parte do tempo?                         |                        |                        |                        |
| <b>M 8.</b> Sente que sua situação não tem saída?                          |                        |                        |                        |
| <b>M 9.</b> Prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?             |                        |                        |                        |
| <b>M 10.</b> Sente-se com mais problemas de memória do que a maioria?      |                        |                        |                        |
| <b>M 11.</b> Acha maravilhoso estar vivo?                                  |                        |                        |                        |
| <b>M 12.</b> Sente-se um/a inútil nas atuais circunstâncias?               |                        |                        |                        |
| <b>M 13.</b> Sente-se cheio/a de energia?                                  |                        |                        |                        |
| <b>M 14.</b> Acha que sua situação é sem esperança?                        |                        |                        |                        |
| <b>M 15.</b> Sente que a maioria das pessoas está melhor que o/a senhor/a? |                        |                        |                        |

## ANEXO VIII. SUPORTE SOCIAL PERCEBIDO

### BLOCO L SUPORTE SOCIAL PERCEBIDO

Vou lhe perguntar sobre suas relações sociais. Para cada afirmação que lhe apresentar, por favor, pense o quanto esta satisfeito. **Mostrar a escala plastificada.**

|                    |              |                      |              |                   |
|--------------------|--------------|----------------------|--------------|-------------------|
| <b>1</b>           | <b>2</b>     | <b>3</b>             | <b>4</b>     | <b>5</b>          |
| <b>Muito pouco</b> | <b>Pouco</b> | <b>Mais ou menos</b> | <b>Muito</b> | <b>Muitíssimo</b> |

O/a senhor/a está satisfeito/a com a ajuda que recebe de seus familiares e amigos quando:

|          |          |          |          |          |           |
|----------|----------|----------|----------|----------|-----------|
| <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> | <b>5</b> | <b>NR</b> |
|----------|----------|----------|----------|----------|-----------|

**L601.** Precisa de companhia ou alguém para conversar?

|   |   |   |   |   |    |
|---|---|---|---|---|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 99 |
|---|---|---|---|---|----|

**L603.** Fica doente e precisa de alguém para cuidar da sua casa e de seus animais ou para fazer compras?

**L604.** Precisa de uma informação ou de ajuda para tomar uma decisão?

**L606.** Precisa de apoio, consolo ou conforto emocional porque esta se sentindo triste ou sozinho?

**L607.** Tem alguma necessidade material (alimentos, dinheiro, remédios ou roupas)?

**B 23.** O sr. ou a sra. \_\_\_\_\_ é o principal responsável pelo sustento da família?

1. Sim. Ir para a **B25**.
  2. Não. Ir para a **B23a**.
99. NR

**B23a.** O sr. ou a sra. \_\_\_\_\_ contribui para o sustento da família?

1. Sim
  2. Não
99. NR

**B 25.** Qual a renda mensal das pessoas que moram nesta casa, incluindo o sr ou a sra.  
\_\_\_\_\_?

R\$ \_\_\_\_\_(em valor bruto)            99. NR

**Aplicar apenas se o respondente for cônjuge ou companheiro/a do participante idoso:**

**B 26.** Há quanto tempo o senhor/a senhora está casado ou vive com o seu ou a sua  
companheiro/a?: \_\_\_\_\_anos.            99. NR

## ANEXO IX. QUALIDADE DE VIDA

### BLOCO P

#### CONTROLE, AUTONOMIA, AUTORREALIZAÇÃO E PRAZER – CASP 19

Agora eu vou lhe apresentar algumas afirmações, perguntando o quanto o senhor concorda com elas. **Mostrar a escala em papel plastificado.**

| 0    | 1        | 2     | 3          |
|------|----------|-------|------------|
| Nada | Um pouco | Muito | Muitíssimo |

| Itens  | 0 | 1 |  | 2 | 3 | 99 |
|--|---|---|--|---|---|----|
| P1. Minha idade me impede de fazer algumas coisas que eu gostaria    |   |   |  |   |   |    |
| P2. Sinto que não tenho controle sobre o que acontece comigo.        |   |   |  |   |   |    |
| P3. Sinto-me livre para planejar o futuro.                           |   |   |  |   |   |    |
| P4. Sinto-me deixado de lado.  |   |   |  |   |   |    |
| P5. Eu consigo fazer as coisas que quero.                            |   |   |  |   |   |    |
| P6. As responsabilidades familiares me impedem de fazer o que quero. |   |   |  |   |   |    |
| P7. Sinto-me realizado com o que faço.                               |   |   |  |   |   |    |
| P8. Minha saúde me impede de fazer as coisas que quero.              |   |   |  |   |   |    |
| P9. A falta de dinheiro me impede de fazer as coisas que quero.      |   |   |  |   |   |    |
| P10. Eu tenho vontade de viver cada dia.                             |   |   |  |   |   |    |
| P11. Eu sinto que minha vida tem sentido.                            |   |   |  |   |   |    |
| P12. Eu gosto das coisas que faço.                                   |   |   |  |   |   |    |
| P13. Eu gosto de estar na companhia de outras pessoas.               |   |   |  |   |   |    |
| P14. Quando avalio minha vida até aqui, eu me sinto feliz.           |   |   |  |   |   |    |
| P15. Ultimamente eu tenho me sentido cheio de energia.               |   |   |  |   |   |    |
| P16. Eu escolho fazer coisas que nunca fiz antes.                    |   |   |  |   |   |    |
| P17. Sinto-me satisfeito com as minhas realizações.                  |   |   |  |   |   |    |

|   |  |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|--|
| <b>P18.</b> Sinto que a vida me proporciona muitas oportunidades. |  |  |  |  |  |  |
| <b>P19.</b> Eu acho que o futuro reserva coisas boas para mim.    |  |  |  |  |  |  |

## **ANEXO X. PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

### **PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

#### **DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** O uso do CASP 19 na avaliação da qualidade de vida de idosos: análise de agrupamento dos participantes do estudo FIBRA 80+ 2016/2017.

**Pesquisador:** ELAINE VALIAS SODRÉ PEREIRA **Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 13554419.0.0000.5404

**Instituição Proponente:** FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS -

**CEP/CHS Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### **DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 3.387.672

#### **Apresentação do Projeto:**

A população brasileira passa por um período de transição demográfica com um aumento significativo no segmento dos idosos. Segundo dados do IBGE<sup>1</sup>, na primeira década deste século, os idosos já representavam 7,4% da população brasileira, sendo os longevos, especificamente os de “80 anos e mais”, a parcela que apresenta a maior taxa de crescimento (70%). Este fato tem gerado crescente interesse entre os pesquisadores tanto a respeito das condições que favorecem à longevidade quanto aquelas que interferem na qualidade de vida (QV) desses idosos. Com o aumento do número de longevos são necessárias medidas para manter a saúde, o bem-estar e a QV destas pessoas tendo em vista postergar ou evitar a presença de limitações funcionais. No trabalho realizado por Pereira, Borim e Neri<sup>3</sup>, com o objetivo de buscar a associação entre o índice de fragilidade e mortalidade em idosos no estudo da Rede FIBRA- 2008-2009 em Campinas, verificou-se que o risco para morte nos homens foi 1,73 vezes maior do que nas mulheres. Além disso, os homens morrem mais de doenças agudas e as mulheres, embora vivam mais tempo, convivem com doenças incapacitantes, apresentando piores condições de saúde. Entretanto, outros aspectos da longevidade, que não a saúde, merecem ser identificados e avaliados. Neste sentido a avaliação da QV do idoso longevo é uma questão relevante a ser estudada, tendo em vista a elaboração das políticas públicas e de saúde. Bastante explorada na literatura, a QV de diversos grupos de pessoas, de diferentes faixas etárias, afecções e tratamentos, pode ser avaliada por instrumentos que apresentam em seu construto a saúde como

uma importante medida da QV, daí a expressão Qualidade de Vida

Relacionada a Saúde (QVRS). Podem-se citar os instrumentos SF-36 e WHOQOL, medidas

amplamente utilizadas, cuja validade é confirmada por inúmeras pesquisas. Porém, conforme enfatiza Howel<sup>4</sup>, na velhice, faz-se necessário abranger outras questões de vida do sujeito, além da saúde. O instrumento CASP-19 criado originalmente e validado no Reino Unido com uma amostra de 264 de idosos jovens (65-75 anos) foi concebido especialmente para a avaliação da QV de pessoas com 55 anos e mais. Concentra-se nos aspectos positivos da vida dos idosos e é independente das condições de saúde e de outros fatores que possam influenciá-la. É uma medida de QV mais ampla, baseada no modelo de Maslow, das necessidades humanas básicas, porém não hierarquizada. Associada a uma individualizada avaliação da QV, o auto julgamento dos idosos

sobre a sua saúde tem se mostrado um indicador importante do impacto na QV, já que a longevidade traz consigo importantes implicações em diferentes facetas da vida: física, psíquica e social. Ressalta-se que mais anos vividos podem significar sofrimento para o sujeito e sua família. Pesquisas mostram que o fato de o indivíduo longoestar satisfeito com a vida está diretamente relacionado com a avaliação subjetiva de saúde, quando comparado a um padrão ideal, baseado num sistema de valores e crenças que este possui, instituídos social e culturalmente. A maneira como lida com as perdas e os recursos individuais podem definir sua visão de QV e saúde subjetiva. Em um estudo realizado em Campinas, Sposito, D'Elboux, Neri e Guariento<sup>8</sup>, com a participação de 125 idosos, dentre eles também longevos, evidenciou-se que mesmo com a diminuição da mobilidade física, os idosos mais velhos apresentaram melhores pontuações na satisfação com a vida. Outrossim, Sato et al.<sup>9</sup>, acrescentam que essa associação também pode sofrer influências da combinação de personalidade, cultura e fatores ambientais. Um dos elementos ambientais é o suporte social ao longoestar, que no país é deficiente e não atende as reais necessidades da população. Consequentemente, o suporte familiar, amigos e rede de apoio ao redor desse sujeito tem sido a única forma de suporte disponível. A percepção do idoso sobre sua rede de apoio, especialmente familiar, também pode interferir na sua QV uma vez que as pessoas esperam poder contar com alguém quando as complicações inerentes ao processo de envelhecimento ou às doenças incapacitantes o impedirem de manter

sua independência funcional. A manutenção da independência funcional é um dos objetivos descritos na Política Nacional de Saúde do Idoso e corresponde a meta dos profissionais na assistência à saúde desta população. A maioria das doenças crônicas não transmissíveis acaba por comprometer a funcionalidade do idoso e, consequentemente, sua QV. Paralelamente, os transtornos psiquiátricos, especialmente a depressão, que é um transtorno prevalente nessa faixa etária juntamente com a demência, são considerados os principais motivos do comprometimento da QV dessa população. Em nosso país, considerando que ainda

são escassos os estudos sobre a QV de idosos longevos, em particular com o uso do CASP-19, questiona-se como se comporta a avaliação da QV desses idosos ao ser aplicado um instrumento cujo constructo se baseia nas necessidades humanas; indaga-se ainda se as variáveis que a literatura aponta como determinantes na construção do perfil dos idosos com elevado e baixo escores na avaliação da QV, se mantém ao se utilizar o CASP-19. A compreensão da associação e inter-relações das variáveis apontadas na literatura como influenciadoras na QV dos idosos permite a elaboração de agrupamentos que caracterizem melhor os perfis presentes em populações uniformes, como as de idosos com 80 e mais, ainda pouco descritas na literatura. Deste modo, espera-se que os resultados deste estudo respondam às indagações apresentadas e possam contribuir para a elaboração de perfis de idosos com elevada QV, de modo a oferecer subsídios para a prática assistencial e elaboração de programas educativos e políticas públicas destinadas a essa população.

### **Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário:

O presente estudo tem o objetivo de avaliar o comportamento de variáveis sócio demográficas e de saúde em idosos com 80 anos e mais, residentes na comunidade, identificando o perfil destes idosos quanto a QV avaliada pelo CASP-19.

Objetivo Secundário:

- a) Avaliar a QV de idosos com 80 anos e mais;
- b) Caracterizar esses idosos quanto ao sexo, avaliação subjetiva de saúde, suporte social percebido, funcionalidade e depressão;
- c) Analisar a correlação dessas variáveis buscando agrupamento que caracterizem o perfil destes idosos;
- d) Identificar perfis de idosos associados aos escores da CASP-19.

### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos:

A participação não apresenta riscos previsíveis à integridade física e psicológica do participante. Os profissionais envolvidos na entrevista possuem experiência com este tipo de abordagem e com idosos; além disso, as questões são totalmente importantes para o trabalho. O idoso poderia interromper o questionário ou não

responder alguma pergunta específica sempre que quisesse, sem ser penalizado por isso.

Benefícios:

A participação oferece duas vantagens aos idosos. Uma a oportunidade de auto observação e de autoavaliação de suas condições de saúde criada pela entrevista, que pode evidenciar aspectos importantes do seu bem-estar, que não podem ser negligenciados. A segunda vantagem deve beneficiar a população de um modo geral, principalmente os idosos, pesquisadores, estudantes e profissionais que atuam nas redes pública e privada de atenção à saúde do idoso. Pretendemos atingir essas pessoas por meio de entrevistas, programas de TV, Internet, cursos, aulas, conferências, livros e artigos publicados em revistas especializadas.

### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de um projeto de pesquisa associado à Dissertação (Mestrado) de uma aluna, graduada em enfermagem e também docente em duas Faculdades particulares, matriculada no programa de pós graduação em Gerontologia-Faculdade de Ciências Médicas-Unicamp, orientada por uma docente dessa Unidade. O Histórico Escolar dessa aluna revela que ela ingressou, mediante processo seletivo, nesse programa, em Março2018, cursou, e foi aprovada, em 2 disciplinas de pós graduação, como Estudante Especial, sendo uma (Biologia do Envelhecimento) no primeiro período letivo de 2017 e outra (Seminários de Pesquisa em Gerontologia II) no segundo período desse mesmo ano. Segundo a Diretoria Acadêmica (DAC), disciplinas cursadas como Estudante Especial não são válidas para o programa. Serão envolvidos neste estudo 204 participantes. O cronograma mostra que este estudo foi iniciado em Março19 e o término está previsto para Nov19, com duração de apenas 9 meses. Foi apresentado orçamento e a proponente afirma que o projeto será custeado com seus próprios recursos.

Tipo de estudo

Trata-se de um estudo epidemiológico de caráter exploratório e descritivo com delineamento transversal e abordagem quantitativa no qual todas as variáveis serão mensuradas simultaneamente em um dado momento utilizando agrupamento hierárquico aglomerativo.

#### 4.2 Local e contexto do estudo

Esta pesquisa será realizada com base nos dados do estudo de seguimento FIBRA 80+ (acrônimo de Fragilidade em Idosos Brasileiros), realizado com idosos residentes na comunidade, do polo Unicamp, com idade igual ou superior a 80 anos, que participaram da

primeira onda do FIBRA, cuja coleta foi realizada no período de 2008 a 2009. O estudo FIBRA equivale à primeira investigação de natureza multicêntrica sobre fragilidade realizada com idosos de 65 anos ou mais.

O polo Unicamp, constituído por grupos de pesquisa de universidades sediadas em Campinas/SP; Belém/PA; Parnaíba/PI; Campina Grande/PB; Poços de Caldas/MG; Ermelino Matarazzo/SP; e Ivoti/RS, em associação com outros três polos (Universidade de São Paulo em Ribeirão Preto/ USP-RP, Universidade Federal de Minas Gerais/UFMG e Universidade Estadual do Rio de Janeiro/UERJ) compõem a denominada Rede FIBRA. Dentre os objetivos delineados pela Rede FIBRA, buscou-se estabelecer a prevalência de fragilidade, identificar os fatores de risco e discriminar perfis de fragilidade, segundo variáveis de saúde, sociodemográficas, capacidade funcional, medidas cognitivas e psicológicas em idosos residentes na comunidade. Mediante aos dados coletados e padrões identificados, pretendeu-se desenvolver indicadores de validade de medidas diagnósticas de fragilidade para emprego na atenção primária à saúde do idoso. O estudo FIBRA foi submetido para aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, sob o parecer número 208/2007. A amostra probabilista por conglomerados do polo Unicamp, teve como unidade de amostragem os setores censitários urbanos, constituídos por 250 a 350 domicílios localizados em áreas urbanas, conforme disposto pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Para as cidades de Campinas e Belém, que dispõem de mais de um milhão de habitantes, foi estipulado um número de 601 idosos com erro amostral de 4%, em cada uma delas, para compor a amostra nestas cidades. Nas demais cidades, excetuando-se o município de Ivoti, foi estimado o número de 385 idosos e erro amostral de 5%. A amostra total do polo Unicamp foi constituída por 3.465 idosos, sendo 900 em Campinas, 721 em Belém, 484 em Parnaíba, 389 em Campina Grande, 390 em Poços de Caldas, 384 em Ermelino Matarazzo, e 197 em Ivoti<sup>13</sup>. A pesquisa foi divulgada em emissoras de rádio e televisão, jornais, igrejas, clubes, associações de moradores e centros de saúde. Foram realizadas palestras, com objetivo em divulgar o projeto e difundir a proposta na comunidade. Após a fase de divulgação, procedeu-se com o recrutamento em ondas sucessivas. Os recrutadores visitaram os domicílios existentes em cada setor censitário e mapearam aqueles em que havia idosos residentes e que cumpriam os critérios de inclusão estabelecidos para participar da pesquisa, a saber: (1) ter idade mínima de 65 anos; (2) compreender as instruções; (3) consentir em participar do estudo; e (4) residir permanentemente no domicílio e no setor censitário. Foram excluídos da amostra os idosos que apresentaram comprometimento de funções cognitivas sugestivos de demência, avaliados segundo o Mini Exame do Estado Mental (MEEM), adotando-se pontos de corte propostos por Brucki, Nitrini, Caramelli, Bertolucci e Okamoto<sup>16</sup>; que se encontravam acamados; afásicos; com comprometimento da motricidade, fala ou afetividade provocados por Doença de Parkinson em estágio avançado; com grave perda da acuidade visual e auditiva; e idosos em estágio terminal. Os dados foram coletados em sessão única, realizada em local comunitário e de fácil acesso. Os idosos eram recepcionados por um coordenador, que os designavam para um dos entrevistadores, para coleta de dados demográficos e socioeconômicos, medidas antropométricas, de fragilidade, pressão

arterial e rastreio cognitivo, em sistema denominado carrossel. Os idosos que obtinham escore no MEEM superior à nota de corte, progrediam para a próxima fase da pesquisa, e respondiam a questões relativas à funcionalidade, condições de saúde física, sintomas depressivos, expectativa de cuidado e satisfação com a vida.

## Participantes

Integrará a amostra do presente estudo, os idosos que participaram da avaliação de seguimento do estudo FIBRA 80+, polo Unicamp, que responderam às questões de interesse, definidas segundo os objetivos propostos.

### Critérios de Inclusão

Serão incluídos na amostra os idosos com idade igual ou superior a 80 anos, que participaram do Estudo FIBRA, polo Unicamp.

### Critérios de Exclusão

Serão excluídos da amostra os idosos que apresentarem comprometimento cognitivo, identificado a partir do Mini Exame do Estado Mental (MEEM), conforme pontuação de corte adequada ao nível educacional dos participantes.

## Material

O protocolo de pesquisa, aplicado no estudo de seguimento do FIBRA 80+ é organizado em 18 grupos, a saber: (A) identificação do participante; (B) dados sociodemográficos; (C) status mental, (D) pressão arterial; (E) medidas antropométricas; (F) fragilidade; (G) variáveis de saúde; (J) atividades de vida diária; (K) espaço de vida; (L) suporte social percebido; (M) depressão; (N) satisfação global e referenciada a domínios; (O) eventos estressantes na infância, adolescência e velhice; (P) controle, autonomia, autorrealização e prazer; (Q) propósito; (R) neuroticismo; (T) avaliação relacionamento conjugal; e (U) espiritualidade.

Para este estudo serão utilizadas as variáveis: QV, sociodemográficas e de saúde.

Qualidade de vida: utiliza-se a CASP 19 que contempla 19 afirmações que avaliam controle, autonomia, autorrealização e prazer, dentre elas estão afirmações como: minha idade

me impede de fazer algumas coisas que eu gostaria, sinto que não tenho controle sobre o que acontece comigo; sinto-me livre para planejar o futuro; sinto-me deixado de lado; eu consigo fazer as coisas que quero; as responsabilidades familiares me impedem de fazer o que quero; sinto-me realizado com o que faço; minha saúde me impede de fazer as coisas que quero; a falta de dinheiro me impede de fazer as coisas que quero; eu tenho vontade de viver cada dia; eu sinto

que minha vida tem sentido; eu gosto das coisas que faço; eu gosto de estar na companhia de outras pessoas; quando avalio minha vida até aqui, eu me sinto feliz; ultimamente eu tenho me sentido cheio de energia; eu escolho fazer coisas que nunca fiz antes; sinto-me satisfeito com as minhas realizações; sinto que a vida me proporciona muitas oportunidades; eu acho que o futuro reserva coisas boas para mim. Serão possíveis cinco opções de resposta, como muito pouco, pouco, mais ou menos, muito e muitíssimo.

#### 1) Medidas Sociodemográficas:

Gênero: Em relação à variável sexo, os mesmos foram enquadrados em feminino ou masculino; Idade;

Estado civil: casado e/ou vive com companheiro; solteiro/a; divorciado/a, separado/a ou desquitado/a; viúvo ou nenhuma delas.

Arranjo moradia: Mora sozinho; com marido, esposa ou companheiro; filhos ou enteados; netos ou bisnetos. Suporte Social Percebido: mensurado por meio de cinco questões, com cinco opções de

resposta, que avaliam o quanto o idoso sente-se satisfeito com a ajuda que recebe de familiares e amigos em relação a: necessidade de companhia e/ou diálogo; auxílio no cuidado de tarefas domésticas, incluindo trato de animais e compras; auxílio para tomada de decisão e/ou obtenção de informações; suporte emocional mediante sentimentos de tristeza e isolamento; e necessidade de materiais como alimentos, remédios, dinheiro e roupas.

#### 2) Medidas de saúde:

Avaliação subjetiva de saúde: mensurado por meio de cinco questões, com cinco opções de

resposta, que avaliam o quanto o idoso sente-se satisfeito com a sua saúde no momento atual, satisfeito com a memória em comparação com outras pessoas de sua idade, avalia a sua saúde em comparação a de um ano atrás e avalia a atividade hoje em relação a um ano atrás.

AAVDs: foi utilizado o conjunto de questões relativas às AAVDs, quando o participante foi perguntado sobre a realização de atividades educacionais, cívicas, religiosas e de lazer. As

respostas foram indicadas nas alternativas “nunca fez”, “parou de fazer” e “ainda faz”<sup>18</sup>. Sintomas

Depressivos: por meio da Escala de Depressão Geriátrica (EDG), desenvolvida por Yesavage et al.<sup>19</sup>. A versão reduzida dispõe de 15 questões e oferece medidas válidas e

confiáveis para detecção de transtorno depressivo maior em idosos, conforme critérios do CID- 10 e DSMIV20. O ponto de corte para sintomatologia depressiva no referido instrumento é 5 (cinco).

#### 4.5 Procedimentos

No estudo de seguimento do FIBRA 80+, os domicílios em que residiam idosos que

havia participado da primeira onda do estudo FIBRA, foram visitados novamente. Nesta visita foi mapeado o número de óbitos e fatores relacionados, mediante entrevista com familiares. Os idosos que ainda residiam em seus domicílios, foram convidados a participar do estudo de seguimento. Aqueles que aceitaram participar do estudo de seguimento, responderam ao questionário de pesquisa, cujos dados foram tabulados em pacote estatístico.

## 5 PLANO DE ANÁLISE DOS DADOS

Os dados serão analisados por meio do programa estatístico Statistical Package for Social Science (SPSS) para Windows, versão 24, com adoção do nível de significância para os testes estatísticos de 5%. Será aplicada análise descritiva aos dados para descrever o perfil da amostra de acordo com as variáveis sociodemográficas definidas para estudo, e análise inferencial para mensuração das variáveis contínuas de interesse. A análise de agrupamentos (Cluster) será adotada e se trata de uma técnica descritiva usada para identificar subgrupos de sujeitos semelhantes.

### **Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Foram apresentadas a Folha de Rosto, assinada pelo Diretor Associado-Faculdade de Ciências Médicas Unicamp, o documento com Informações Básicas do projeto e o projeto detalhado. Há, também uma carta, assinada pela Coordenadora do Estudo Fibrá-Unicamp, autorizando a aluna usar dados secundários desse estudo para seu Trabalho de Conclusão de Curso. Em carta enviada ao CEP-Unicamp a proponente solicita, e justifica, a dispensa de aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, pois este projeto fará uso de dados secundários, já coletados, relativos aos projetos: CAEE 39547014.0.1001.5404 (Estudo Fibrá), aprovado pelo CEP em 10Dez2004; CAEE 0151.1.146.000-07 (Estudo Fibrá), aprovado pelo CEP em 25Mai07; CAEE 49987615.3.0000.5404 (Estudo Fibrá 80+) aprovado pelo CEP em 09Nov15.

### **Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Aprovado.

### **Considerações Finais a critério do CEP:**

- O participante da pesquisa deve receber uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (quando aplicável).
  
- O participante da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (quando aplicável).

- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Se o pesquisador considerar a descontinuação do estudo, esta deve ser justificada e somente ser realizada após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou. O pesquisador deve aguardar o parecer do CEP quanto à descontinuação, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao participante ou quando constatar a superioridade de uma estratégia diagnóstica ou terapêutica oferecida a um dos grupos da pesquisa, isto é, somente em caso de necessidade de ação imediata com intuito de proteger os participantes.

- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo. É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas e aguardando a aprovação do CEP para continuidade da pesquisa. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial.

- Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente seis meses após a data deste parecer de aprovação e ao término do estudo.

- Lembramos que segundo a Resolução 466/2012, item XI.2 letra e, “cabe ao pesquisador apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento”.

- O pesquisador deve manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|----------------|---------|----------|-------|----------|
|----------------|---------|----------|-------|----------|

Página 09 de

|   |   |                     |                             |        |
|---|---|---------------------|-----------------------------|--------|
| Informações Básicas do Projeto                            | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1351449.pdf | 12/05/2019 01:34:41 |                             | Aceito |
| Folha de Rosto  | CARTADIRETOR.pdf                              | 12/05/2019 01:31:39 | ELAINE VALIAS SODRÉ PEREIRA | Aceito |
| Outros  | TERMOAUTORIZACAOFIBRA.pdf                     | 08/05/2019 16:11:40 | ELAINE VALIAS SODRÉ PEREIRA | Aceito |
| Outros  | HistoricoEscolar.pdf                          | 08/05/2019 16:00:41 | ELAINE VALIAS SODRÉ PEREIRA | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TERMOASSINADO.pdf                             | 08/05/2019 15:57:59 | ELAINE VALIAS SODRÉ PEREIRA | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador                 | Projetodepesquisa.pdf                         | 08/05/2019 15:55:44 | ELAINE VALIAS SODRÉ PEREIRA | Aceito |

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

CAMPINAS, 13 de Junho de 2019

---

**Assinado por:**

**Renata Maria dos Santos Celeghini  
(Coordenador(a))**