

Qualidade de vida, cognição e desempenho nas funções executivas de idosos

Quality of life, cognition and performance of executive functions in the elderly

Michele **BECKERT**¹
Tatiana Quarti **IRIGARAY**²
Clarissa Marcelli **TRENTINI**³

Resumo

A relação entre qualidade de vida e funções cognitivas em idosos tem sido pouco estudada. O objetivo deste estudo foi examinar a associação entre qualidade de vida, cognição e desempenho nas funções executivas de idosos. O estudo teve a participação de 88 idosos. Utilizou-se o método amostral de conveniência. Todos os participantes responderam sobre condições sociodemográficas, qualidade de vida (*World Health Organization Quality of Life Group-Bref*), funções cognitivas (Mini-Exame do Estado Mental e Instrumento de Avaliação Neuropsicológica Breve) e funções executivas (Teste Wisconsin de Classificação de Cartas). Os dados mostraram associações importantes entre os domínios de qualidade de vida Físico e Meio Ambiente e variáveis cognitivas, o que reforça a importância da cognição tanto na manutenção de cuidados físicos, quanto nas oportunidades de o idoso adquirir novas informações e habilidades no meio em que vive.

Unitermos: Cognição. Envelhecimento. Habilidade cognitiva. Idoso. Qualidade de vida.

Abstract

The relationship between quality of life and cognitive function in the elderly has been neglected by research. The aim of this study was to examine the association between quality of life, cognition and the performance of executive functions in elderly people. Eighty eight elderly people participated in the study and the convenience sampling method was used. All the participants answered questions on socio-demographic conditions, quality of life (World Health Organization Quality of Life Group-Bref), cognitive function (MiniMental State Examination and Brief Neuropsychological Assessment Instrument) and executive functions (Wisconsin Card Sort Test). The data retrieved showed an important association between the physical and environmental domains of quality of life and cognitive variables. This is turn suggests the importance of cognition in the maintenance of physical care, as well as in the chances of acquiring new information and skills in the surrounding environment.

Uniterms: Cognition. Aging. Cognitive ability. Elderly. Quality of life.

▼▼▼▼▼

¹ Wainer e Piccoloto Centro de Psicoterapia Cognitivo-Comportamental. Porto Alegre, RS, Brasil.

² Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Av. Ipiranga, 6681, Partenon, 90619-900, Porto Alegre, RS, Brasil. Correspondência para/Correspondence to: T.Q. IRIGARAY. E-mail: <tatiana.irigaray@superig.com.br>.

³ Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto de Psicologia. Porto Alegre, RS, Brasil.

A preocupação com a Qualidade de Vida (QV) na velhice ganhou expressão nas últimas décadas, devido ao aumento da expectativa de vida da população (Argimon, 2006). Embora ainda inexista um consenso sobre o significado de qualidade de vida, há certa unanimidade entre os estudiosos em utilizar a definição do Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (Grupo WHOQOL - *World Health Organization Quality of Life Group*). Segundo esse grupo, a qualidade de vida é definida como a percepção que o indivíduo tem de sua posição na vida, no contexto da cultura e no sistema de valores em que vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (*World Health Organization Quality of Life Group*, 1998). Assim, a percepção do indivíduo é afetada diretamente por sua saúde física, suas crenças pessoais, seu estado psicológico, suas relações sociais e sua interação com o meio ambiente (World Health Organization, 2005).

Segundo Browne et al. (1994), a qualidade de vida é “uma interação dinâmica entre as condições externas da vida de um indivíduo e a percepção interna dessas condições” (p.235). Para Neri (2006), a qualidade de vida na velhice é produto de uma interação histórica, ou seja, vai se delineando à medida que os indivíduos e as sociedades se desenvolvem, envolvendo comparação com critérios objetivos e subjetivos, associados a normas e a valores sociais e individuais, os quais são igualmente sujeitos a alterações com o decorrer do tempo.

Lawton (1991) propõe um modelo taxonômico de qualidade de vida na velhice, com quatro domínios que devem ser investigados: 1) bem-estar subjetivo; 2) competências comportamentais; 3) condições objetivas do ambiente físico; e 4) qualidade de vida percebida em comparação com os recursos sociais disponíveis e com as expectativas sociais e individuais. Assim, torna-se de essencial importância a avaliação feita pelo próprio idoso, de acordo com seus critérios pessoais sobre o que ele considera qualidade de vida e o que é importante para ela, devido ao caráter subjetivo desse construto.

Atualmente, há poucos estudos que direcionam sua atenção à relação existente entre qualidade de vida e funções cognitivas em idosos. Pesquisadores têm buscado estabelecer as razões e os padrões do envelhecimento disfuncional, buscando a descrição sistemática das condições que antecederiam e contribuiriam para

mudanças provocadas pelo envelhecimento e para a determinação da qualidade de vida de idosos. Neri (2004) salienta a importância da integridade do funcionamento cognitivo e da continuidade dos mecanismos de autorregulação da personalidade, na determinação da longevidade e da boa qualidade de vida na velhice.

Em um estudo realizado por Ribeiro, Silva, Modena e Fonseca (2002), que buscaram analisar as representações de 29 idosos sobre envelhecimento e percepção de qualidade de vida, evidenciou-se que as representações de envelhecimento e de qualidade de vida ultrapassavam os limites biomédicos e se revestiam de significado próprio. Para os idosos desse estudo, qualidade de vida significava a capacidade de realizar atividades sem interferência de outras pessoas. Em estudo (Kwa, Limburg & Haan, 1996) investigativo sobre o prejuízo cognitivo na qualidade de vida de 129 idosos acometidos de Acidente Vascular Encefálico (AVE), os achados mostraram que o prejuízo nas funções cognitivas, o volume substancial de enfartes, as afasias, as funções motoras prejudicadas, as incapacidades nas atividades de vida diária e os distúrbios globais na saúde funcional estavam significativamente associados com pior qualidade de vida entre os pacientes.

Xavier (1999), em pesquisa com idosos da cidade de Veranópolis (RS), verificou que grande parte dos participantes não apresentava demência nem declínio cognitivo. O autor considerou a hipótese de que talvez fosse importante pensar como sendo “normal” no envelhecimento o sujeito não perder as funções cognitivas, pelo menos onde a qualidade de vida é boa, como é o caso da cidade pesquisada. De forma diferente, o estudo de Jonker, Comijs, Knipscheer e Deeg (2007) mostrou que o avançar da idade é frequentemente acompanhado por diversos e constantes declínios cognitivos e funcionais; no entanto, os autores verificaram que a percepção de qualidade de vida de pessoas idosas parece não declinar da mesma maneira, mesmo com a existência de perdas e deficiências associadas à idade. Para os autores, os aspectos cognitivos (satisfação com a vida e valorização da vida) e os elementos afetivos (afetos positivos) de bem-estar parecem ser influenciados negativamente pela deterioração persistente leve do funcionamento, enquanto o bem-estar parece não diminuir em pessoas com deterioração persistente mais severa do funcionamento. Isso pode ser devido à capaci-

dade para aceitar a situação inevitável de deterioração persistente severa do funcionamento.

A capacidade cognitiva é um dos determinantes da qualidade de vida na velhice, pois perdas nas funções cognitivas podem resultar em prejuízo no funcionamento físico, social e emocional de idosos (Ribeiro & Yassuda, 2007). Conforme Yassuda e Abreu (2006), o desempenho das funções cognitivas está inteiramente relacionado com as dimensões subjetivas que compreendem a definição de qualidade de vida para os idosos. Partindo-se do pressuposto de que o bom funcionamento cognitivo é responsável, entre outros aspectos, pela adequação do comportamento e pela resolução de situações cotidianas, e de que, quando prejudicado, altera a qualidade de vida como um todo e a percepção subjetiva dos participantes, o presente estudo objetivou investigar a relação entre qualidade de vida, cognição e desempenho nas funções executivas de idosos.

Método

Participantes

Participaram deste estudo 88 idosos, com idade entre 60 e 88 anos, de ambos os sexos, sendo 80 mulheres e 8 homens. A seleção dos participantes foi realizada por meio da técnica de amostragem por conveniência, em três grupos de convivência de idosos de Porto Alegre. Para participar do estudo, os indivíduos deveriam ter 60 anos ou mais; apresentar pontuação superior a 18 no Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) para idosos com baixa/média escolaridade, e igual ou superior a 26 para idosos com alta escolaridade (Bertolucci, Brucki, Campacci & Juliano, 1994); pontuação inferior a 5 pontos na Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15); e pontuação inferior a 20 pontos no Inventário de Ansiedade de Beck (BAI).

Instrumentos

Para este estudo foram aplicados, além do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, uma Ficha de Dados Sociodemográficos, o Mini-Exame do Estado Mental, a Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15), o Inventário de Ansiedade de Beck, o Instrumento de

Avaliação Neuropsicológica Breve (NEUPSILIN), o Teste Wisconsin de Classificação de Cartas (WCST) e o WHOQOL-Bref, conforme descritos a seguir.

Ficha de Dados Sociodemográficos: a ficha de dados sociodemográficos incluiu as seguintes variáveis: sexo, idade, estado civil, tempo de escolaridade, renda, percepção de saúde, uso de medicação e realização de atividade física.

Mini-Exame do Estado Mental: o MEEM é um instrumento de rastreio cognitivo e foi empregado neste estudo com o objetivo de excluir os idosos que apresentassem critérios positivos para demência. Foi utilizada a versão em português traduzida por Bertolucci et al. (1994).

Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15): a GDS-15 é uma medida utilizada para identificação e quantificação de sintomas depressivos em idosos, sendo utilizada no presente estudo para excluir os idosos com sintomas depressivos, o que corresponde a escores ≥ 5 pontos (Yesavage et al., 1983).

Inventário de Ansiedade de Beck: o BAI é uma medida de intensidade de ansiedade e foi aplicado no presente estudo com o intuito de retirar da amostra indivíduos com ansiedade, ou seja, com pontuação ≥ 20 pontos (Cunha, 2001).

Instrumento de Avaliação Neuropsicológica Breve: o NEUPSILIN (Fonseca, Salles & Parente, 2009) é um instrumento de avaliação neuropsicológica breve, composto por 32 tarefas que avaliam oito funções cognitivas: orientação têmporo-espacial, atenção, percepção, memória (memória de trabalho, memória verbal: evocação imediata, evocação tardia e reconhecimento, memória semântica de longo prazo, memória visual de curto prazo, memória prospectiva), habilidades aritméticas, linguagem (oral e escrita), praxias (ideomotora, construtiva e reflexiva) e funções executivas (resolução de problemas e fluência verbal).

Teste Wisconsin de Classificação de Cartas: o WCST é considerado uma medida das funções executivas e requer a capacidade do examinando para desenvolver e manter uma estratégia apropriada de solução de problema por meio de condições de estímulos mutáveis, a fim de atingir uma meta futura (Cunha et al., 2005).

WHOQOL-Bref: é uma versão abreviada do instrumento WHOQOL-100, que foi desenvolvido pelo

grupo de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde. É um instrumento que avalia quatro domínios de qualidade de vida (físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente), incluindo questões de avaliação global de qualidade de vida que geram um escore global, chamado qualidade de vida geral (Fleck et al., 2000).

Procedimentos

Primeiramente, o projeto foi examinado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), Porto Alegre (RS), Brasil, sob nº 07/03730. Após, foram realizados contatos com os grupos de idosos, procedendo-se, assim, à inclusão dos participantes na amostra.

Todos os idosos que concordaram em participar responderam a uma entrevista individual, na qual cada um preencheu o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e respondeu a informações sociodemográficas, funções cognitivas MEEM e NEUPSILIN, funções executivas WCST, sintomas depressivos GDS-15, sintomas de ansiedade BAI e percepção de qualidade de vida WHOQOL-Bref. Os instrumentos foram aplicados por três psicólogas e uma aluna do curso de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), que tinham experiência em avaliação psicológica e haviam sido treinadas para a aplicação dos instrumentos. O tempo de duração da entrevista variou entre 1h15min e 1h30min. Foram avaliados 93 idosos no total, sendo excluídas 5 idosas por não atenderem aos critérios de inclusão no estudo.

A descrição das variáveis foi realizada por meio das frequências absolutas e relativas, bem como médias e desvios padrão. As associações entre o escore total do MEEM, as variáveis do NEUPSILIN, o número de categorias completadas do WCST, os domínios de qualidade de vida e QV Geral (WHOQOL-Bref) foram medidas pelo coeficiente de Correlação de Pearson. Foram consideradas significativas as associações com valores de $p \leq 0,05$. Para a análise dos dados foi utilizado o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) para ambiente *Windows*, versão 15.0.

Resultados

Observa-se na Tabela 1 que a amostra contou com 88 idosos, na faixa etária entre 60 e 88 anos, com idade média de 69,5 (DP=7,0). O estado civil mais frequente foi o de viúvo (38,6%), e a escolaridade mais prevalente foi o ensino Superior/Pós-Graduação (42,1%). Os idosos, em sua maioria, tinham uma renda que variava de um a quatro salários-mínimos (37,5%) e de cinco a oito salários-mínimos (37,5%). A percepção de saúde predominante foi a de saudável (97,7%). O uso de medicação (83%) e a realização de atividade física (80,7%) também foram citados pela maioria dos idosos.

Conforme se pode verificar na Tabela 2, por meio do Coeficiente de Correlação de Pearson, foram encontradas correlações positivas e fracas, porém significativas, entre o domínio de qualidade de vida Físico e o número

Tabela 1. Dados sociodemográficos da amostra estudada (n=88). Porto Alegre (RS), 2010.

Variáveis	n	%
<i>Sexo</i>		
Feminino	80	90,9
Masculino	8	9,1
<i>Idade</i>		
	M=69,5	DP=6,5
<i>Estado civil</i>		
Solteiro(a)	5	5,7
Casado(a)/com companheiro(a)	32	36,4
Viúvo(a)	17	19,3
Separada(o)/divorciado(a)	34	38,6
<i>Anos de Escolaridade</i>		
	M=12,4	DP=4,5
<i>Escolaridade</i>		
Ensino Fundamental	4	4,5
Ensino Médio	23	26,1
Ensino Superior	37	42,1
<i>Renda</i>		
1 a 4 salários-mínimos	33	37,5
5 a 8 salários-mínimos	33	37,5
>8 salários-mínimos	22	25
<i>Percepção de Saúde</i>		
Saudável	86	97,7
Doente	2	2,3
<i>Uso de medicação</i>		
Sim	74	84,1
Não	14	15,9
<i>Realiza atividade física</i>		
Sim	71	80,7
Não	17	19,3

Tabela 2. Correlações entre as variáveis cognitivas e os domínios de qualidade de vida do WHOOL-Bref (n=88). Porto Alegre (RS), 2010.

Variáveis	Domínios de Qualidade de Vida do WHOQOL-Bref				
	Físico	Psicológico	Relações sociais	Meio ambiente	QV geral
WCST					
Nº de categorias completadas	0,279**	0,201	0,149	0,260*	0,288**
MEEM (score total)	0,305**	0,194	0,082	0,277**	0,239*
NEUPSILIN					
Orientação têmporo-espacial	-0,092	-0,003	-0,101	0,025	0,036
Atenção	0,227*	0,222*	0,008	0,300**	0,154
Percepção	0,055	-0,090	0,133	-0,018	-0,049
Memória	0,010	-0,046	0,074	0,103	-0,025
Habilidades Aritméticas	0,141	-0,010	-0,113	0,093	0,095
Linguagem	0,242*	0,128	0,169	0,226*	0,073
Praxias	0,151	0,009	0,088	0,160	-0,019
Resolução de Problemas	0,075	0,070	-0,039	0,111	0,003
Fluência Verbal	0,178	-0,046	0,046	0,059	0,006

* significativo para $p \leq 0,05$; ** significativo para $p \leq 0,01$; WCST: Teste Wisconsin de Classificação de cartas; MEEM: Mini-Exame do Estado Mental; NEUPSILIN: Instrumento de Avaliação Neuropsicológica Breve; WHOQOL-Bref: World Health Organization Quality of Life - Bref.

de categorias completadas no WCST ($r=0,279$; $p \leq 0,01$), o escore total do MEEM ($r=0,305$; $p \leq 0,01$) e o escore total nos subtestes de atenção ($r=0,227$; $p \leq 0,05$) e de linguagem ($r=0,242$; $p \leq 0,05$) do NEUPSILIN.

Obeve-se uma correlação positiva e fraca, porém significativa, entre o domínio de qualidade de vida Psicológico e o escore total no subteste de atenção do NEUPSILIN ($r=0,222$; $p \leq 0,01$).

Para o domínio de qualidade de vida Meio Ambiente e as variáveis cognitivas, foram encontradas correlações significativas positivas, embora fracas, com o número de categorias completadas no WCST ($r=0,260$; $p \leq 0,05$), o escore total do MEEM ($r=0,277$; $p \leq 0,01$) e o escore total nos subtestes de atenção ($r=0,300$; $p \leq 0,01$) e de linguagem do NEUPSILIN ($r=0,226$; $p \leq 0,05$).

Para o domínio de qualidade de vida Geral, foram verificadas correlações significativas positivas, ainda que fracas, entre o número de categorias completadas no WCST ($r=0,288$; $p \leq 0,01$) e o escore total do MEEM ($r=0,239$; $p \leq 0,05$).

Discussão

O grupo de idosos investigado foi composto em sua maioria por mulheres (90,9%). Esse fato está relacionado à predominância de mulheres em grupos de idosos, que representam em sua maioria a população total (Debert, 1999; Goldstein, 1995). Além disso, as mulhe-

res vivem, em média, cerca de quatro anos a mais do que os homens, o que provavelmente resulta em sua maior participação nos grupos de idosos (Camarano, Beltrão, Pascom, Medeiros & Goldani, 1999).

No presente estudo, verificou-se que, quanto melhor a qualidade de vida dos idosos no domínio Físico, melhor é o seu desempenho em tarefas de funções executivas, WCST, atenção NEUPSILIN, linguagem NEUPSILIN e funcionamento cognitivo global MEEM. Uma possível explicação para esse resultado poderia estar no fato de que, quanto melhor a saúde física e a capacidade do idoso de locomoção e desempenho para atividades de vida diária, melhor o seu desempenho em tarefas cognitivas. Provavelmente, o melhor estado físico influencia na autonomia e na capacidade de autocuidado, levando o idoso a se sentir mais seguro para viver de forma independente e, conseqüentemente, esse tipo de envelhecimento ativo resulta em melhor funcionamento cognitivo. Segundo Schaie e Willis (1996), as pessoas com maior capacidade cognitiva tendem a obter melhor educação e a cuidar de sua saúde. Por outro lado, pode-se pensar que o melhor desempenho nas tarefas de funções executivas, atenção, linguagem e funcionamento cognitivo global é que pode ter levado a uma melhor percepção de qualidade de vida dos idosos. Sabe-se que a percepção de qualidade de vida é influenciada tanto pela percepção subjetiva do indivíduo sobre a sua posição na vida,

quanto pelos sistemas de valores da sociedade em que vive em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (The WHOQOL Group, 1998). Assim, pode-se pensar que a percepção do indivíduo sobre sua qualidade de vida pode ser influenciada pela maneira como percebe o seu desempenho cognitivo ou vice-versa.

Uma segunda hipótese proposta a respeito dessa associação é a de que idosos com melhor desempenho cognitivo, principalmente em tarefas de funções executivas, poderiam utilizar mais estratégias de *coping* diante das perdas físicas próprias do processo de envelhecimento normal e, conseqüentemente, apresentariam melhor qualidade de vida física. Assim, o estado cognitivo desempenharia um papel protetor sobre a perda de qualidade de vida física na velhice, ou vice-versa. Por outro lado, pode-se pensar que o mau funcionamento cognitivo levaria à perda da independência, da autonomia e da capacidade de desempenhar atividades de vida diária, afetando diretamente a qualidade de vida física do idoso (Wlodarczyk, Brodaty & Hawthorne, 2004).

Os resultados mostraram ainda que, quanto melhor a percepção de qualidade de vida psicológica, caracterizada pela presença de sentimentos positivos, boa autoestima, sentido de vida, capacidade de concentração e aprendizagem, melhor o desempenho em tarefas de atenção NEUPSILIN. Uma explicação possível para essa associação seria a de que idosos que se percebem com boa qualidade de vida psicológica teriam melhor senso de autoeficácia e resiliência, vivenciando menos *stress* em situações que demandam mais esforço pessoal, apresentando-se menos ansiosos e deprimidos. Em decorrência disso, conseguiriam prestar mais atenção, processando melhor as informações, pensamentos ou ações relevantes, enquanto ignorariam outros irrelevantes ou dispersivos.

Para Falcão e Bucher-Maluschke (2010), a resiliência e a autoeficácia percebida atuam como formas de o idoso ter uma melhor qualidade de vida e uma saúde mental favorável à superação de adversidades, capaz de responder de diferentes formas diante de um fracasso. Da mesma maneira, Winocur et al. (2007) afirmam que a qualidade de vida contribui para o envelhecimento bem-sucedido e, mais especificamente, para preservar o funcionamento cognitivo. Na velhice, um

estilo de vida saudável está relacionado com bem-estar psicológico, que se reflete em atributos como autoeficácia, sentimentos de controle pessoal e autoestima.

Outro achado deste estudo foi que idosos que vivem em um ambiente seguro e saudável, que têm recursos financeiros para satisfazer as necessidades e que têm oportunidades de lazer e de aquisição de novas informações e habilidades, apresentam melhor desempenho em tarefas de funções executivas WCST, atenção e linguagem NEUPSILIN e funcionamento cognitivo global MEEM. Uma possível explicação para esse achado poderia estar no fato de que, por viverem em um ambiente enriquecido, mantêm níveis mais altos de competência na velhice, que se manifestam em maior flexibilidade mental e maior capacidade para resolver problemas no dia a dia, para processar informações, pensamentos ou ações relevantes e para manter as funções linguísticas. Para Neri (1993), quanto mais ativo for o idoso, maior será a sua satisfação com a vida e, conseqüentemente, melhor será a sua qualidade de vida. Além disso, pode-se supor que um ambiente favorável e propício ao desenvolvimento favorece a manutenção da linguagem e de outras funções cognitivas relacionadas a ela (Brandão & Parente, 2001).

Uma segunda possibilidade de explicação para esse achado estaria nas características sociodemográficas da amostra estudada, que foi composta apenas por idosos participantes de grupos de convivência, isto é, idosos já inseridos em ambientes complexos e desafiadores. Schooler (1990) sustenta a hipótese da complexidade ambiental, propondo que a complexidade do ambiente de um indivíduo é definida pelos estímulos e pelas demandas características. Assim, ambientes complexos seriam caracterizados por diversos estímulos, pela requisição de múltiplas e complexas decisões e contingências. Tais padrões de exigência dentro do ambiente auxiliariam esforços cognitivos, ou seja, os idosos seriam motivados pelo ambiente complexo dos grupos de convivência a desenvolver suas capacidades intelectuais e generalizar os resultados para outras situações.

Nesse estudo, verificou-se ainda que, quanto melhor a percepção de qualidade de vida geral, melhor o funcionamento cognitivo global MEEM e o desempenho executivo WCST. Esses resultados corroboraram estudos anteriores, que afirmam existir uma relação

entre qualidade de vida e funcionamento cognitivo (Argimon, Bicca, Timm & Vivan, 2006; Logsdon, Gibbons, McCurry & Teri, 2002; Włodarczyk et al., 2004). Assim, idosos com menos prejuízo nas funções cognitivas teriam maior satisfação com a vida e, por sua vez, melhor qualidade de vida (Jonker et al., 2007). A partir dos resultados do presente estudo, pode-se concluir que a percepção de qualidade de vida de idosos está relacionada com o funcionamento cognitivo. No entanto, na velhice, a qualidade de vida parece não estar vinculada apenas à ausência de doenças e incapacidades, mas também aos recursos positivos disponíveis no meio ambiente e ao bom estado psicológico do idoso, que acarreta o uso de estratégias de enfrentamento mais adequadas e eficazes.

De modo geral, no presente estudo, foram encontradas correlações entre os domínios de qualidade de vida avaliados, o funcionamento cognitivo e o desempenho nas funções executivas de idosos. É importante ressaltar que as correlações encontradas são fracas, porém significativas, e que a relação entre funcionamento cognitivo e, mais especificamente, entre funções executivas e qualidade de vida em idosos, é pouca explorada na literatura. Assim, as pesquisas nessa área tornam-se necessárias, a fim de obter informações que possam auxiliar na compreensão da complexa relação entre qualidade de vida e desempenho cognitivo de idosos.

Entre as possíveis limitações deste estudo cabe ressaltar que ele foi conduzido com uma amostra com características relativamente homogêneas, nível de escolaridade elevado e boa situação socioeconômica, o que pode não refletir a realidade dos idosos em geral. Nesse sentido, sugerem-se novos estudos, com amostras mais diversificadas, a fim de investigar melhor a relação entre qualidade de vida e funcionamento cognitivo em idosos.

Referências

- Argimon, I. I. L. (2006). Aspectos cognitivos em idosos. *Avaliação Psicológica*, 5 (2), 243-245.
- Argimon, I. I. L., Bicca, M., Timm, L. A., & Vivan, A. (2006). Funções executivas e a avaliação de flexibilidade de pensamento em idosos. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, 3 (2), 35-42.
- Bertolucci, P. H. F., Brucki, S. M. D., Campacci, S. R., & Juliano, Y. (1994). O mini-exame do estado mental em uma população geral: Impacto da escolaridade. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 52 (1), 1-7.
- Brandão, L., & Parente, M. A. P. (2001). Os estudos de linguagem no último século. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*, 3, 37-53.
- Browne, J. P., O'Boyle, C. A., McGee, H. M., Joyce, C. F. L. B., McDonald, N. J., O'Malley, K., et al. (1994). Individual quality of life in the healthy elderly. *Quality of Life Research*, 3 (4), 235-244.
- Camarano, A. A., Beltrão, K. I., Pascom, A. R. P., Medeiros, M., & Goldani, A. M. (1999). Como vive o idoso brasileiro? In A. A. Camarano (Org.), *Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros* (pp.19-74). Rio de Janeiro: IPEA
- Cunha, J. A. (2001). *Manual da versão em português das Escalas Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Cunha, J. A., Trentini, C. M., Argimon, I. L., Oliveira, M. S., Werlang, B. G., & Priebe, R. G. (2005). *Teste Wisconsin de Classificação de Cartas: manual*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Debert, G. G. (1999). *A reinvenção da velhice: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento*. São Paulo: USP.
- Falcão, D. V. S., & Bucher-Maluschke, J. S. N. F. (2010). Resiliência e saúde mental dos idosos. In D. V. S. Falcão & L. F. Araújo (Orgs.), *Idosos e saúde mental* (pp.33-52). São Paulo: Papyrus.
- Fleck, M. P. A., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L., et al. (2000). Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação de qualidade de vida WHOQOL-BREF. *Revista de Saúde Pública*, 34 (2), 178-183.
- Fonseca, R. P., Salles, J. F., & Parente, M. A. M. P. (2009). Instrumento de avaliação neuropsicológica breve NEUPSILIN. São Paulo: Vetor.
- Goldstein, L. L. (1995). *Estresse, enfrentamento e satisfação de vida entre idosos: um estudo do envelhecimento bem-sucedido*. Tese de doutorado não-publicada, Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas.
- Jonker, A. A. G. C., Comijs, H. C., Knipscheer, K. C. P. M., & Deeg, D. J. H. (2007). Persistent Deterioration of Functioning (PDF) and change in well-being in older person. *Aging Clinical and Experimental Research*, 20 (5), 462-468.
- Kwa, V. I. H., Limburg, M., & Haan, R. J. (1996). The role of cognitive impairment in the quality of life after ischaemic stroke. *Journal of Neurology*, 243 (8), 599-604.
- Lawton, M. P. (1991). 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* (pp.3-27). San Diego, CA: Academic Press.
- Logsdon, R., Gibbons, L. G., McCurry, S. M., & Teri, L. (2002). Assessing quality of life in older adults with cognitive impairment. *Psychosomatic Medicine*, 64 (3), 510-519.
- Neri, A. L. (1993). *Qualidade de vida e idade madura*. Campinas: Papyrus.

- Neri, A. L. (2004). Contribuições da psicologia ao estudo e à intervenção no campo da velhice. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, 1 (1), 69-80.
- Neri, A. L. (2006). Paradigmas contemporâneos sobre o desenvolvimento humano em psicologia e sociologia. In A. L. Neri (Ed.), *Desenvolvimento e envelhecimento: perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas* (pp.11-35). Campinas: Papirus.
- Ribeiro, P. C. C., & Yassuda, M. (2007). Cognição, estilo de vida e qualidade de vida na velhice. In A. L. Neri (Org.), *Qualidade de vida na velhice: enfoque multidisciplinar* (pp.189-204). Campinas: Atheneu.
- Ribeiro, R. C. L, Silva, A. I. O., Modena, C. M., & Fonseca, M. C. (2002). Capacidade funcional e qualidade de vida de idosos. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*, 4 (1), 85-96.
- Schaie, K. W., & Willis, S. L. (1996). Psychometric intelligence and aging. In E. Blanchard-Fields & T. M. Hess (Eds.), *Perspectives on cognitive change in adulthood and aging* (pp.293-322). New York: McGraw-Hill.
- Schooler C. (1990). Psychosocial factors and effective cognitive functioning in adulthood. In J. E. Birren & K. W. Schaie (Eds.), *Handbook of the psychology of aging* (pp.347-358). San Diego: Academic Press.
- Winocur, G., Palmer, H., Dawson, D., Binns, M., Bridges, K., & Stuss, D. (2007). Cognitive rehabilitation in the elderly: an evaluation of psychosocial factors. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 13 (1), 153-165.
- Wlodarczyk, J. H., Brodaty, H., & Hawthorne, G. (2004). The relationship between quality of life, Mini-Mental State Examination, and the Instrumental Activities of Daily Living in patients with Alzheimer's disease. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 39 (1), 25-33.
- World Health Organization. (2005). *WHOQOL: measuring quality of life*. Retrieved on December 19, 2009, from <http://www.who.int/mental_health>.
- World Health Organization Quality of Life Group. (1998). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Social, Science and Medicine*, 46 (12), 1569-1585.
- Xavier, F. M. F. (1999). *Prevalência de declínio cognitivo associado ao envelhecimento em população de idosos com mais de 80 anos residentes na comunidade*. Dissertação de mestrado não-publicada, Universidade Federal de São Paulo.
- Yassuda, M. S., & Abreu V. P. S. (2006). Avaliação cognitiva. In E. V. Freitas, L. Py, F. A. X. Cançado, J. Doll & M. L. Gorzoni (Eds.), *Tratado de geriatria e gerontologia* (pp.1252-1266). Rio de Janeiro: Koogan.
- Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., et al. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17 (1), 37-49.

Recebido em: 3/5/2010

Versão final reapresentada em: 18/4/2011

Aprovado em: 13/6/2011