

Comunicação dos Resultados da Investigação

Nível de dependência e acessibilidade aos cuidados de saúde da população idosa das Freguesias: Paredes Secas e Caires do Concelho de Amares.

08-01-2011

Enfermeira Deolinda Luísa Carvalho Santos  
Orientadora: Enfermeira Professora Doutora Alexandrina Lobo

## **RESUMO**

A qualidade de vida (QV) nos idosos é determinada em grande parte pelo seu estado funcional e condições de saúde. Com o objectivo de avaliar o nível de QV e os factores que a influenciam e identificar o grau de dependência dos idosos foi realizado um estudo observacional transversal do tipo exploratório-descritivo, englobando 93 idosos. Na recolha de dados utilizou-se o índice de Barthel e MOS-SF 36. Os resultados indicam-nos que 88% dos sujeitos refere uma pontuação inferior a 50%, em média reportam um QV de  $39 \pm 10\%$ . Verificando-se que existe uma correlação positiva entre o grau de dependência e o índice de QV, sobretudo na componente física. Assim, importa promover um envelhecimento saudável procurando-se privilegiar a preservação da autonomia e capacidade funcional dos idosos.

**Palavras-chave:** Idoso, dependência, qualidade de vida.

## INTRODUÇÃO

O envelhecimento é cada vez mais uma realidade demográfica nas sociedades actuais (Oliveira, 2008). Na última década assistiu-se a um aumento inédito da população idosa, representando actualmente cerca de 19% da população total, ao qual corresponde um índice de envelhecimento de 129 (INE, 2011). Esperando-se que entre 2010 e 2050 Portugal continue a envelhecer, esperando-se que a percentagem de idosos venha a duplicar, passando para 38,9%. (Eurostat, 2010). Estima-se que seja o quarto país da União Europeia com maior percentagem de idosos, apenas ultrapassado pela Espanha (35,6%), Itália (35,3%) e Grécia (32,5%) (INE, 2011).

A maior longevidade dos sujeitos só faz sentido se corresponder a uma boa qualidade de vida (QV), sendo este um dos principais desafios da sociedade actual. Embora exista alguma confusão entre o estado de saúde física e QV, entende-se que a QV refere-se a uma consequência directa do próprio estado de saúde. Paralelamente, o conceito de saúde alargado à noção de bem-estar sem limites cronológicos, ultrapassa a visão tradicional curativa e preconiza uma abordagem de prevenção, esperança de vida e bem viver (Nunes, 2008). Neste sentido, a QV tem vindo a assumir uma importância crescente, quer no âmbito económico-social, quer no domínio da saúde em geral, tornando-se tanto mais importante quanto mais se desenvolvem as doenças crónicas incapacitantes (Filho e Neto, 2006).

A QV é um conceito de amplo alcance afectado de um modo complexo pela saúde física, pelo estado psicológico, nível de independência, relações sociais e factores ambientais (WHOQoL, 2005). Considerando a multidimensionalidade, assim como os vários significados associados à definição de QV, observados no âmbito das diversas disciplinas, a organização mundial de saúde (WHOQoL, 2005), que conta com um grupo de QV, definiu-a como a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da sua cultura e sistema de valores, em relação com os seus objectivos pessoais, expectativas, padrões e preocupações. Segundo Born e Boechat (2006), a QV refere-se à forma subjectiva de o indivíduo encarar os aspectos da vida e funções humanas consideradas como essenciais para viver com plenitude.

A avaliação da QV dos idosos implica a adopção de múltiplos critérios de natureza biológica, psicológica e sócio-estrutural, pois vários elementos são apontados como

determinantes ou indicadores de bem-estar na velhice: longevidade, saúde biológica, saúde mental, satisfação, controle cognitivo, competência social, produtividade, actividade, eficácia cognitiva, status social, renda, continuidade de papéis familiares, ocupacionais e continuidade de relações informais com amigos (Pereira, *et al.* 2006). Sendo que nesta faixa etária, as dependências podem resultar quer de alterações biológicas, como de mudanças operadas a nível das exigências sociais, tanto que estas últimas parecem determinar as primeiras (Sousa *et al.*, 2003).

Bryant *et al.* (2007) afirmam que a perda das capacidades físicas contribuem para o desenvolvimento da maior parte das doenças crónicas, instalando-se um ciclo vicioso entre as doenças crónicas, a incapacidade funcional e a performance física.

Pelo que a maioria dos investigadores que se dedicam às questões relacionadas com o envelhecimento, e acima de tudo com um envelhecimento bem sucedido, referem que, sempre que seja possível, as pessoas idosas devem permanecer no seu próprio ambiente, devendo existir, por parte da sociedade, políticas que lhes proporcionem apoio e acompanhamento (Paúl, 2005; Freitas *et al.*, 2007).

Neste âmbito, ao proporcionar-se mais apoio às famílias, aumenta-se a possibilidade destas cuidarem dos seus idosos e de se considerarem intervenientes imprescindíveis num sistema de cuidados partilhados, auxiliados por profissionais treinados para o efeito (Martins, 2006). Esta é uma resposta que continua a expandir-se e apresenta-se como a solução ideal para muitos idosos e famílias.

Face ao exposto, entendeu-se pertinente avaliar o nível de QV relacionada com a saúde e os factores que a influenciam, bem como o grau de dependência dos idosos que residem no domicílio. Procurando contribuir com indicadores de resultados úteis para a avaliação e intervenção nas necessidades de saúde desta população.

## **METODOLOGIA**

Foi realizado um estudo observacional transversal do tipo exploratório-descritivo, de natureza quantitativa. Para a identificação da nossa população, idosos das freguesias de Paredes Secas e Caires do Conselho de Amares (N=188 sujeitos), recorreu-se aos dados do Programa Apoio 65 – Idoso em segurança, da GNR de Amares. Tendo sido constituída uma amostra de 93 idosos, que cumpriam os critérios de inclusão definidos: i) ter 65 anos ou mais; ii) ter capacidade mental para avaliarem e responderem às questões solicitadas, determinada por um score superior ou igual a 24 pontos no Mini Mental State Examination; iii) não ter vínculo a nenhuma instituição de cuidados ou centro social que sirva esse fim; iv) ter residência na área geográfica definida.

A recolha de dados foi realizada sob a forma de inquérito, aplicado pelos próprios investigadores, no período compreendido entre Setembro e Novembro de 2011. Considerando-se: i) a caracterização socioeconómica, demográfica e cultural (idade, sexo, estado civil, habilitações literárias; actividade profissional desenvolvida, rendimentos mensais); ii) o índice de dependência operacionalizado pela escala de Barthel (Mahoney e Barthel, 1965); iii) e a avaliação da percepção da QV relacionada com a saúde, pela aplicação do MOS SF-36 (Ferreira, 2000).

### Índice de dependência

A escala de Barthel ou Índice de Barthel é um instrumento que avalia independência funcional e a morbidade em doentes com patologia crónica, indicando se estes necessitam de cuidados ou não, e pretende avaliar se o doente é capaz de desempenhar determinadas tarefas independentemente. A escala é constituída por 10 itens: alimentação, banho, asseio pessoal, vestir-se, controle vesical e intestinal, movimentação, transferência cadeira/cama, mobilidade e subir escadas, o seu total pode variar de 0 a 100, sendo que inferior a 20 indica dependente total; 20-35 dependente elevado; 40-55 dependente moderada; 60 - 99 dependente mínimo e 100 independente (Mahoney e Barthel, 1965).

### Percepção da qualidade de vida

O Medical Outcomes Study-Short Form (MOS-SF-36) é um questionário que possibilita avaliar a percepção individual do estado geral da saúde e de QV dos sujeitos. É constituída por 36 itens repartidos por oito dimensões de estado de saúde, assinalando tanto os estados positivos como os estados negativos de saúde.

MOS SF-36 é uma medida genérica do estado de saúde, desenhada para ser auto-administrada, administrada por entrevista ou por telefone, sendo actualmente uma das medidas genéricas do estado de saúde mais conhecidas (Ferreira, 2000a). O MOS- SF-36 contempla escalas de itens múltiplos para medir as seguintes oito dimensões de saúde, que se agrupam em duas componentes: a componente física (função física, desempenho físico, dor corporal e saúde em geral); e a componente emocional (desempenho emocional, vitalidade, função social e saúde mental). Contempla ainda a escala de transição em saúde (não é considerado um conceito de saúde) que pretende medir a mudança, em geral na saúde. Para cada uma das dimensões a pontuação é expressa numa escala de 0 (pior estado de saúde possível) a 100 (melhor estado de saúde possível), apresentando um vasto conjunto de resultados que evidenciam a elevada fiabilidade, validade e poder de resposta deste instrumento de medição (Ferreira, 2000).

## **TRATAMENTO DE DADOS**

Para o tratamento de dado utilizou-se o Statistical Package for the Social Sciences, versão Windows (SPSS 17.0), empregando estatística descritiva e inferencial. Na descrição e caracterização da amostra utilizaram-se as medidas de tendência central (média) e de dispersão (amplitude e desvio padrão). Utilizou-se o T-teste para comparar os géneros, o One-Way Anova para analisar as diferenças de médias entre os grupos etários, a correlação de Pearson para verificar a existência de associação entre diferentes variáveis e a análise do Qui-quadrado no estudo das relações entre as diferentes variáveis nominais. Valores de  $p < 0,05$  foram considerados estatisticamente significativos.

## **RESULTADOS**

Os resultados das características sócio-demográficas indicam-nos uma maior percentagem de mulheres (67%). Observou-se que apresentam em média  $75,6 \pm 7$  anos, com um valor mínimo de 65 e o máximo de 98 anos, sendo que 46% pertencem ao grupo etário entre os 71 a 80 anos.

No que respeita ao estado civil 56% das pessoas idosas são casadas e 32% são viúvas. A maioria dos indivíduos (54%) têm o ensino primário e 44% são analfabetos. Destaca-se que 93% dos sujeitos são aposentados e que 86% desempenharam a sua actividade profissional na vida activa no sector primário.

Para o estudo das acessibilidades, analisou-se a distância média entre o domicílio e o centro de saúde, constatando-se que a maioria (56%) reside a menos de três quilómetros. Na análise dos cuidadores existentes observou-se que os principais cuidadores informais são os filhos (14%) seguidos do conjugue (8%). Dentro dos cuidadores formais apurou-se que 12% dizem respeito a famílias de acolhimentos e em 18% dos casos refere-se aos profissionais de enfermagem.

Na identificação dos níveis de dependência, que corresponde a um dos objectivos principais deste estudo, observa-se que 40% são independentes e 18% são dependentes mínimos, sendo 12 % dependente total. No que se refere ao nível de QV verifica-se que 4% dos sujeitos reportam uma percepção da QV inferior a 23 pontos o que se considera como “sem QV”, tendo sido identificado um valor mínimo de 15 e o máximo corresponde a 69 pontos, a média é de  $39 \pm 10$  pontos.

Tabela 1. Análise Qui-quadrado entre qualidade de vida e algumas variáveis em estudo

		Qualidade de Vida		Valor de P
		Não (n=17)	Sim (n=76)	
<b>Médico Família</b>	Não (n=17)	0,0	19,1	P=0,31
	Sim (n=76)	100,0	80,9	
<b>Cuidador Formal</b>	Não (n=74)	25,0	82,0	P=0,00*
	Sim (n=19)	75,0	18,0	
<b>Com quem Vive</b>	Sozinho (n=15)	0,0	16,9	P=0,00*
	Cônjuge (n=49)	25,0	53,9	
	Filho (s) (n=17)	0,0	19,1	
	Família Acolhim. (n=12)	75,0	10,1	
<b>Cuidador Informal</b>	Não (n=66)	75,0	70,8	P=0,00*
	Sim (n=27)	25,0	29,2	
<b>Nível Rendimentos</b>	≤200 (n=17)	0,0	19,1	P=0,41
	>200<450 (n=65)	100,0	68,5	
	≥450<1000 (n=11)	0,0	12,4	

\* estatisticamente significativo  $p \leq 0,05$

De modo a analisar-se os rácios dos sujeitos com e sem QV tendo em conta as diferentes variáveis, concretamente: a existência de médico de família, cuidador formal e informal; níveis de rendimento e com quem vive procedeu-se a uma análise de qui-quadrado, tendo sido estatisticamente significativo para todas as análises excepto para o nível de rendimentos (tabela 1). Pela análise do *crosstabs*, verifica-se que todos sujeitos que se percebem sem QV não têm médico de família, 75% tem cuidador formal e não tem cuidador informal e 75% vive em famílias de acolhimento. Paralelamente, nos sujeitos com QV, verifica-se que 81% têm médico de família, 82% não tem cuidador formal e 71% não tem cuidador informal e 54% vive com o marido.

Tabela 2. Análise Qui-quadrado entre nível de dependência e algumas variáveis em estudo

		Nível dependência				Valor de P
		Independente (n=50)	Dependente Mínimo (n=23)	Dependente moderado (n=5)	Dependente total (n=15)	
<b>Médico Família</b>	Não (n=17)	24,0	13,0	20,0	6,7	P=0,41
	Sim (n=76)	76,0	87,0	80,0	93,3	
<b>Cuidador Formal</b>	Não (n=74)	<b>98,0</b>	87,0	60,0	13,3	P=0,00
	Sim (n=19)	2,0	13,0	40,0	<b>86,7</b>	
<b>Com quem Vive</b>	Sozinho (n=15)	<b>20,0</b>	17,4	0,0	6,7	P=0,00
	Cônjuge (n=49)	<b>62,0</b>	56,5	40,0	20,0	
	Filho(s) (n=17)	<b>16,0</b>	<b>26,1</b>	20,0	13,3	
	Família Acolhim. (n=12)	2,0	0,0	<b>40,0</b>	<b>60,0</b>	
<b>Cuidador Informal</b>	Não (n=66)	<b>100,0</b>	21,7	40,0	60,0	P=0,00
	Sim (n=27)	<b>0,0</b>	<b>78,3</b>	60,0	<b>40,0</b>	
<b>Nível Rendimentos</b>	≤200 (n=17)	<b>20,0</b>	17,4	40,0	6,7	P=0,09
	>200<450 (n=65)	<b>74,0</b>	69,6	60,0	60,0	
	≥450<1000 (n=11)	6,0	13,0	0,0	<b>33,3</b>	

De modo a determinarmos os rácios de sujeitos com médico de família, cuidador formal e informal, níveis de rendimento e com quem vivem, considerando o seu nível de dependência procedeu-se a uma análise de qui-quadrado, tendo sido estatisticamente significativo para todas as análises excepto para a existência ou não de médico de família (tabela 2). Pela análise do crosstables, verifica-se que a maioria dos independentes não têm cuidador formal (98%) e 86,7% dos “dependentes total” apresentam cuidador formal. Esta tendência também se regista no caso dos cuidadores informais, apesar de não ser tão evidente: nos independentes 100% não tem cuidador informal, comparativamente 78,3% dos dependentes mínimo, 60% dos moderados e 40% dos dependentes total possuem cuidador informal. No estudo da variável “com quem vive”, observa-se que 62% das pessoas independentes e 56,5% das pessoas com dependência mínima vivem com o cônjuge. Paralelamente, 60% das pessoas com dependência total e 40% das pessoas com dependência moderada vivem em famílias de acolhimento.

Na análise do nível de rendimentos, contacta-se que a maioria dos sujeitos (n=65) auferem rendimentos entre 200 e 450 euros, sendo que 33,3% dos que apresentam rendimentos superiores são dependentes total e 20% dos que recebem menos são independentes.



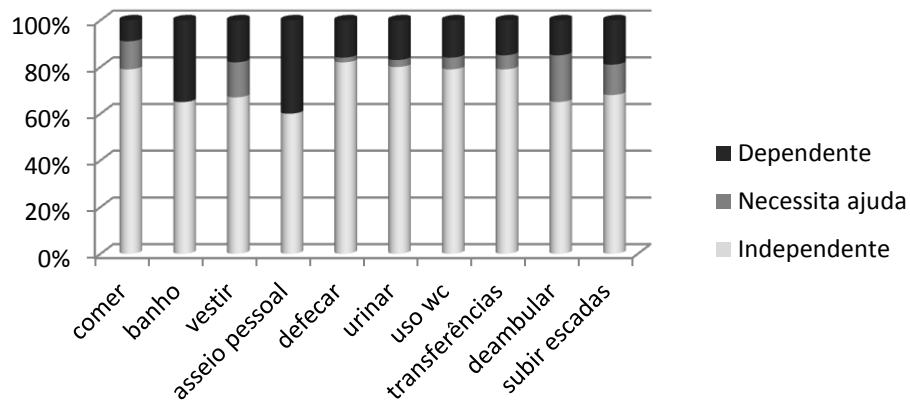


Figura 1. Distribuição dos sujeitos (%) pelo nível de dependência nos itens da escala de Barthel

Na figura 1, apresentam-se os resultados obtidos nos diferentes itens da escala de Barthel, podendo-se verificar que, de um modo geral, os sujeitos são mais independentes no comer, defecar, urinar, uso do wc e nas transferências, em oposição são mais dependentes na higiene e no asseio pessoal. Quando analisamos esta distribuição por grupos etários, constata-se que com o aumento da idade aumenta o nível de dependência e de uma forma mais evidente no deambular, na higiene, no vestir e na arrumação (figura 2).

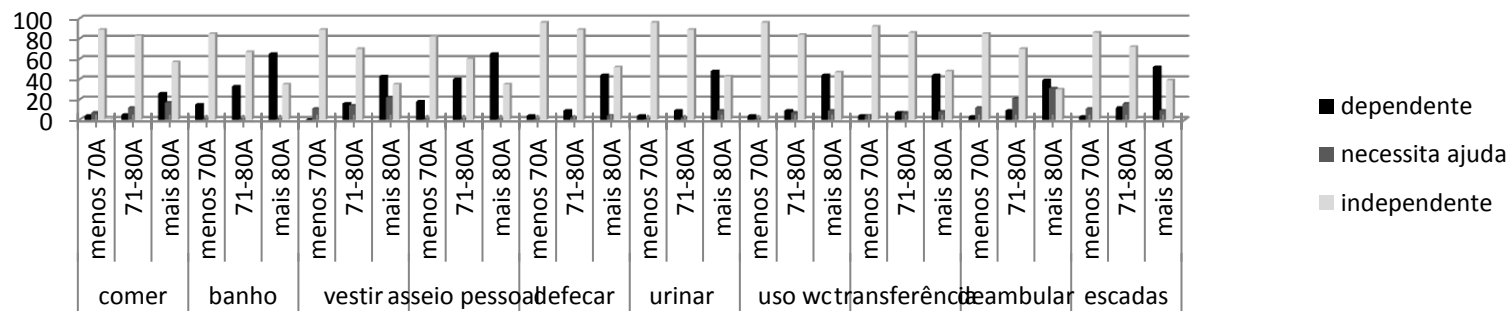


Figura 2. Distribuição dos sujeitos (%) pelo nível de dependência nos itens da escala de Barthel  
 \* Diferença estatisticamente significativa  $p \leq 0,05$

Na figura 3, apresentam-se os resultados obtidos nas diferentes dimensões da QV por género, podendo-se verificar que, de um modo geral, o sexo masculino apresenta melhores resultados, sendo essa diferença estatisticamente significativa para as componentes FF e DF. Quando analisamos esta distribuição por grupos etários (figura 4), constata-se que com o aumento da idade os sujeitos tendem a referir pior QV na FF, DF e DE, sendo que os sujeitos com menos de 70 anos apresentam resultados significativamente melhores e em oposição os sujeitos com mais de 91 anos apresentam resultados muito baixos nestas componentes, as quais se acrescenta a DC.

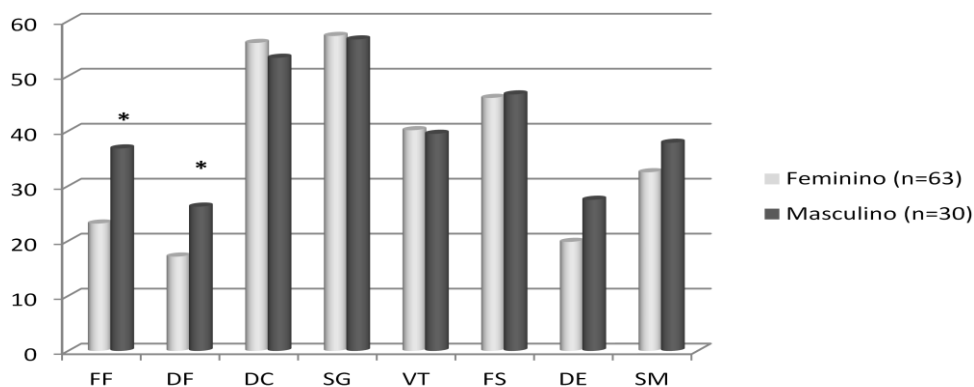


Figura 3. Resultados das diferentes dimensões da QV pelos géneros

\*Diferença estatisticamente significativa  $p \leq 0,05$

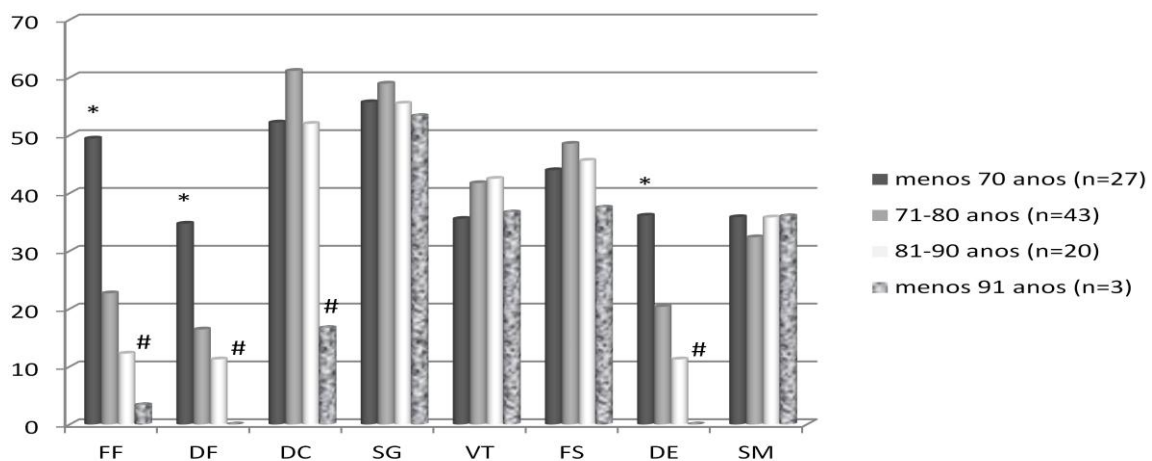


Figura 4. Resultados das diferentes dimensões da QV por grupos etários

\*# Diferença estatisticamente significativa  $p \leq 0,05$

Pela análise da Figura 5, na qual se apresentam os resultados das diferentes dimensões da QV por níveis de dependência observa-se que as componentes mais afectadas pelo nível de dependência são também a FF, DF e DE, sendo esse achado evidente desde a partir da classificação dependente mínimo.

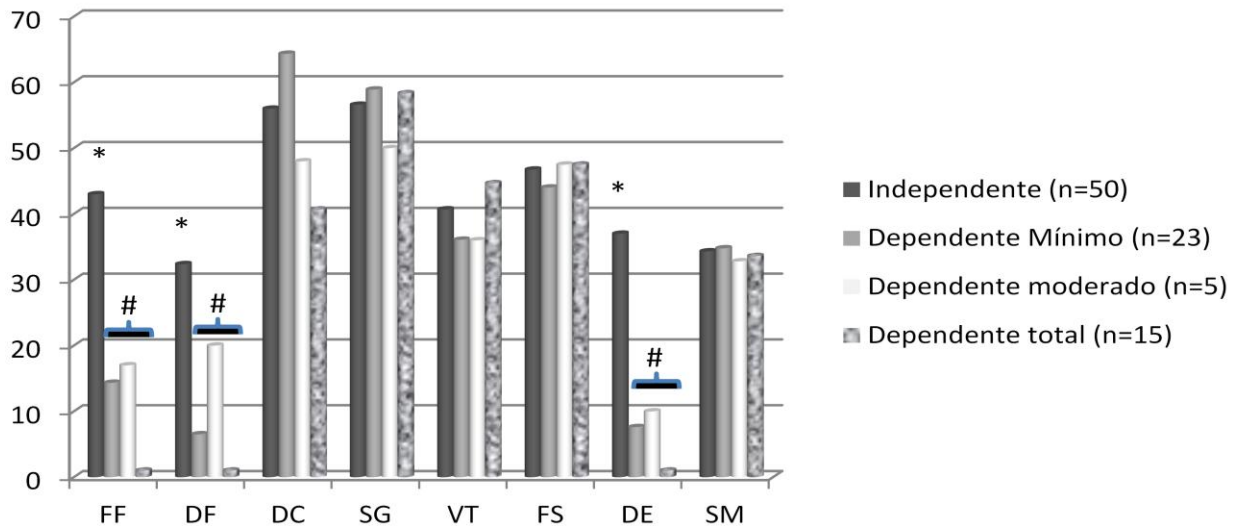


Figura 5. Resultados das diferentes dimensões da QV por níveis de dependência  
 \*# Diferença estatisticamente significativa  $p \leq 0,05$

Na tabela 3 apresentam-se as correlações entre as variáveis em estudo, verificando-se que com o aumento da idade diminui a componente física do SF-36 ( $r = -0,54$ ), aumenta o nível de dependência ( $r = 0,48$ ) e por último diminui a componente física do SF-36 ( $r = -0,28$ ). Observa-se ainda uma forte correlação negativa entre o nível dependência e a componente física do SF-36 ( $r = -0,62$ ) e emocional ( $r = -0,34$ ).

Tabela 3. Correlações entre as variáveis em estudo

	Nível dependência	Componente Física	Componente Emocional
Idade	0,48**	-0,54**	-0,28**
Nível dependência	1	-0,62**	-0,34*

\*\*estatisticamente significativa  $p \leq 0,01$

\*estatisticamente significativa  $p \leq 0,05$

## Discussão

No tocante aos dados sócio económicos e demográficos analisados atesta-se que não existem diferenças significativas entre os sujeitos em estudo. A maioria dos nossos sujeitos estão aposentados, desenvolveram a sua actividade profissional no sector primário e apresentam o ensino primário com habilitação literária máxima, sendo que existe uma grande percentagem (44%) de analfabetos, o que vai de encontro aos resultados obtidos no recenseamento da população portuguesa (INE, 2011). De acordo com Inoye & Pedrazzani, 2007; Fernandino, *et al*, 2008, o nível de instrução mais elevado facilita o acesso à informação, nomeadamente a que se refere à disponibilidade de cuidados para uma qualquer condição de saúde e, melhor informação, afectando a sua percepção que QV.

Genericamente os participantes deste estudo demonstraram uma baixa percepção de QV relacionada com a saúde, evidenciando-se que a mesma é muito afectada pelo nível de dependência, idade avançada e o sexo.

Pela análise das pontuações obtidas através da aplicação do SF-36, os resultados indicam que as componentes mais afectadas são a FF, DF e DE, particularmente o género feminino, os indivíduos de idade mais avançada e com maior índice de dependência, o que não se afasta muito do que é reportado em outros estudos similares (Turner *et al.*, 2003;Pereira *et al*, 2006; Sousa, *et a*, 2003). Muito embora mais importante do que a semelhança entre as pontuações, seja a relevância do seu significado, que na presente análise se deve a percepção que os indivíduos de serem autónomos.

Ao verificar-se que o comprometimento da capacidade funcional dos idosos nas AVD se associa as componentes FF, DF, DE da QV, passamos a distinguir estes conceitos. De acordo com Salgueiro (2007), a FF diz respeito a avaliação das limitações para execução de actividades físicas ligeiras (como tomar banho ou vestir-se) até às actividades mais vigorosas, passando por actividades intermédias como levantar ou carregar compras da mercearia, subir lanços de escadas, inclinar-se, ajoelhar-se, baixar-se ou mesmo andar uma determinada distância. Paralelamente, a escala do DF e DE procuram inclui um juízo de valor, auto reportado sobre as implicações das suas limitações, concretamente no tipo e quantidade de trabalho executado. Sendo cerdo que, estes conceitos estão inter-relacionados e actuam sobre a competência funcional do indivíduo.

Neste trabalho podemos apontar como principal limitação o reduzido tamanho da amostra. No entanto, procurou-se seleccionar uma mostra aleatória que se pode considerar representativa para a análise do nível de dependência e QV desta população. Sendo que, para esta análise à que considerar múltiplos factores que se inter-relacionam, ao que se acrescenta o facto deste grupo etário ser muito heterogéneo, dificultando a generalização dos resultados.

## BILBIOGRAFIA

- Born, T., Boechat, NS. (2006). A qualidade dos cuidados ao idoso institucionalizado. In E. V. Freitas, *et al.*, Tratado de geriatria e gerontologia (2ª ed.): 1131-1141. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Bryant, L., Grigsby, J., Swenson, C., Scarbo, S., Baxter, J. (2007). Chronic pain increases the risk of decreasing physical performance in older adults: The San Luis Valley Health and Aging Study. In L. Ferrucci (Ed.) Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences. 62A (9): 989-96.
- Eurostat, 2010. [Consult. 2011]. Disponível em WWW: <URL:<http://www.europedirect.uac.pt>
- Fernandino, A. Et al. (2008). Determinantes da qualidade de vida em idosos diabéticos. [Consult. 2011]. Disponível em WWW: <URL: <http://efdeportes.com> .
- Ferreira, P. (2000). Criação da versão Portuguesa do MOS SF-36: Parte I – Adaptação cultural e linguística. Acta Médica Portuguesa, 13, 55-63.
- Filho, E., Neto, M. (Eds). (2006). Geriatria: fundamentos, clínica e terapêutica. São Paulo: Atheneu.
- Instituto Nacional de Estatística - INE. (2011). Recenseamento Geral da População.
- Inouye, K., Pedrazzani, E.. (2007). Nível de instrução, status socioeconómico e avaliação de algumas dimensões da qualidade de vida de octagenários. Rev. Latino-Americana enfermagem.
- Mahoney, F, Barthel, D. (1965). Functional evaluation: the Barthel Index. Md Med J. 1965; 14: 61– 65.
- Martins, R. (2006). Envelhecimento e políticas sociais. Educação, ciência e tecnologia. *Políticas Sociais Idosos-eBook*: 126-140.
- Nunes, B. (2008). Envelhecer com saúde. Guia para melhorar a sua saúde física e psíquica. LIDEL – edições técnicas, Lda
- Oliveira, B. (2008). Psicologia do envelhecimento e do idoso (3º ed): LIVPSIC.
- Paúl, C. (2005). A construção de um modelo de envelhecimento humano. In: C. Paúl e A. M. Fonseca (Eds.), Envelhecer em Portugal. Lisboa: Climepsi Editores.
- Pereira, R. J., et al. (2006). Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. Rev. Psiquiatria Rio

Grande do Sul. [Consult. 2011]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.scielo.br.com> .

Salgueiro, Hugo A. G. (2007). Percepção do estado de saúde e de qualidade de vida da família que coabita e cuida de um idoso dependente. *Investigação em Enfermagem*. 2008; FEV. 51-63.

Sousa, L., Galante, H., Figueiredo, D. (2003). Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. *Revista Saúde Pública*, 37(3): 364-371.

TURNER, J. A. et al. (2003). Comparison of the Roland-Morris Disability Questionnaire and generic health status measures : a population-based study of workers' compensation back injury claimants. *Spine*. 28 : 10 (2003) 1061-1067; discussion 1067.

WHOQoL. (2005). The world health organization quality of life assessment (WHOQoL): position paper from the world health organization. *Social Science & Medicine*, 41 (10): 1403-1409.