



QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO INSTITUCIONALIZADO FRENTE AOS GRUPOS DE AFECÇÕES CRÔNICAS¹

QUALITY OF LIFE OF INSTITUTIONALIZED ELDERLY PEOPLE AND THE CRONIC DISEASES

José Alexandre MENDONÇA²

João Francisco MARQUES NETO³

RESUMO

Objetivo

Foi avaliar a qualidade de vida do idoso institucionalizado acima de 60 anos de idade e a frequência de suas afecções crônicas.

Métodos

A comparação dos fatores clínicos, relacionado aos idosos institucionalizados, através de correlações com os instrumentos *Medical Outcomes Study 36 – Item Short - Form Health Survey* e o *Health Assessment Questionnaire*, respectivamente. Foram entrevistados 60 idosos do Lar dos Velhinhos de Campinas.

Resultados

Verifica-se significância estatística em relação as afecções e os domínios aspecto físico, aspecto social, capacidade funcional e vitalidade. Em relação ao *Health Assessment Questionnaire*, não houve significância estatística.

¹ Artigo elaborado a partir da dissertação de mestrado de autoria de J.A. Mendonça: "Qualidade de vida do idoso institucionalizado". Área de concentração Clínica Médica, Faculdade de Medicina, Centro de Ciências da Vida, PUC-Campinas, 2003.

² Ambulatório de Reumatologia, Hospital e Maternidade Celso Pierro. Av. John Boyd Dunlop, s/n, Jd.Ipaussurama, 13059-900, Campinas, SP, Brasil. Correspondência para/Correspondence to: J.A. MENDONÇA.

³ Programa de Pós-Graduação do Curso de Medicina, Centro de Ciências da Vida, PUC-Campinas.

Conclusão

Conclui-se que a qualidade de vida sofre influência de diversas afecções e, embora esta situação seja perceptível, não colabora em muitas vezes, como um fator de suporte para melhorar as condições clínicas do idoso institucionalizado.

Termos de indexação: idoso, saúde do idoso, qualidade de vida, doença crônica.

ABSTRACT

Objective

Form Health Survey and the Health Assessment Questionnaire, respectively. Evaluation of elderly people over 60 years of age, of a Shelter Institution of Campinas City, and the rate of their chronic diseases.

Methods

Clinical factors comparison, related to institutionalized elderly people, through co-relations with 'Medical Outcomes Study 36 – Item Short – From health Survey and the Health Assessment Questionnaire, respectively. Sixty elderly people from the 'Old People's Home' in Campinas City were interviewed.

Results

Regarding the analysis in relation to the Physical Aspect, Social Aspect, Vitality and; Physical Ability. According to Health Assessment Questionnaire, there wasn't any statistical relevance.

Conclusion

The conclusion is that the quality of life is influenced from several diseases expressed by the individual and, although it is noticeable, it is not considered a support factor to improve the quality of life of institutionalized elderly people.

Index terms: *aged, aging health, quality of life, chronic disease.*

INTRODUÇÃO

No Brasil, o principal impacto no setor da saúde, na segunda metade do século XX, foi proporcionado pelo aumento absoluto e relativo da nossa população de adultos e idosos. Este fenômeno, chamado transição demográfica, se caracteriza pela passagem de uma situação de alta mortalidade e alta fecundidade, com a população predominantemente jovem e em franca expansão, para uma baixa mortalidade, e gradualmente, baixa fecundidade. Pode-se chegar ao ponto em que a taxa de nascimento caia mais que a taxa de mortalidade, a

ter o crescimento negativo da população, que é o que ocorre atualmente na Dinamarca, Hungria, Canadá¹ e que acontecia na Alemanha antes da unificação.

Uma rápida transição nos perfis de saúde do país caracteriza o predomínio das enfermidades crônicas não transmissíveis, e o aumento crescente de diversos fatores de risco para a saúde. Isto requer ações preventivas em diversos níveis.

A importância de avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde tem como objetivo monitorizar o atendimento à saúde de uma população, diagnosticar a natureza, gravidade e prognóstico das

doenças, avaliar os efeitos dos tratamentos, descobrir os fatores etiológicos, avaliar os efeitos das políticas de saúde e políticas sociais e alocar recursos de acordo com as necessidades.

Na última década do século XX, um dos maiores desenvolvimentos no campo da saúde tem sido o reconhecimento da importância do ponto de vista do paciente, em relação à sua doença, bem como a monitoração da qualidade das medidas terapêuticas empregadas²⁻⁵.

Os estudos sobre a institucionalização de idosos no Brasil são pouco sistematizados e mesmo publicações de referência na área deixam de avaliar esse tema com profundidade⁶.

Assim, o objetivo deste estudo foi avaliar a qualidade de vida do idoso institucionalizado acima de 60 anos de idade e a frequência de suas afecções crônicas.

CASUÍSTICA E MÉTODOS

A avaliação da qualidade de vida dos idosos foi realizada através dos instrumentos genérico e específico, respectivamente o *Medical Outcomes Study 36 - item Short Form Health Survey* (SF-36) e Health Assessment Questionnaire (HAQ), questionários já anteriormente validados no Brasil. O SF-36 que se caracteriza por questões subseqüentes, de 1 a 11, referem-se aos itens componentes do instrumento de avaliação da qualidade de vida e foi desenvolvido por Ware & Sherbourne⁷. A escolha deste instrumental fundamentou-se na disponibilidade já traduzido para o português e aplicado no Brasil por Ciconelli⁸.

O HAQ tem escores que variam de zero (sem qualquer dificuldade) a três (atividade incapaz de ser executada pelo paciente), divididos em oito sub-escalas. Foi validado por Ferraz *et al.*⁹, sendo utilizado por Ciconelli¹⁰ que obteve uma correlação estatística significativa entre os componentes do SF-36 e o HAQ, com exceção feita aos componentes aspectos físicos e saúde mental.

Assim, optou-se, por avaliar a qualidade de vida em 60 idosos institucionalizados no período de

1998 a 2002 do Lar dos Velinhos de Campinas (LVC), situado a Rua Irmã Maria da Santa Paula Terrier, 300, Vila Proost Souza, Campinas, SP.

Para rejeitar a hipótese de igualdade entre os grupos foi considerado um nível mínimo de significância de 5%, isto é, sempre que o nível descritivo de probabilidade foi menor ou igual a 0,05, rejeitou-se a hipótese de igualdade entre os grupos, e conseqüentemente aceitou-se que existia diferença significativa entre eles ao nível de 5%. O teste de Wilcoxon foi utilizado para efetuar a comparação entre dois grupos, enquanto o teste de Kruskal-Wallis foi utilizado para três grupos ou mais¹¹.

RESULTADOS

Neste estudo foi verificado que os 60 idosos apresentaram 376 ocorrências de afecções crônicas caracterizadas em grupos segundo o Código Internacional de Doenças (CID-10)¹². As doenças mais prevalentes foram do Aparelho Circulatório 20,7%, seguidas das doenças do Sistema Osteomuscular 14,4% (a osteoartrite com 8,2% e a osteoporose com 4,5%) (Tabelas 1 e 2).

Tabela 1. Distribuição dos grupos de afecções crônicas apresentadas pelos idosos.

Grupo de Afecções	nº	%
Doenças do Aparelho Circulatório	78	20,7
Doença do olho e ouvido	37	9,8
Transtornos mentais e comportamentais	27	7,2
Doenças do Aparelho Digestivo	31	8,2
Doenças do Sistema Osteomuscular e do tecido conjuntivo	54	14,4
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	54	14,4
Doenças do Sistema Nervoso	31	8,2
Doenças infecciosas e parasitárias	1	0,3
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	6	1,6
Doenças do Aparelho Geniturinário	7	1,9
Doenças do Aparelho Respiratório	23	6,1
Traumatismos envolvendo múltiplas regiões do corpo	6	1,6
Neoplasias	6	1,6
Lesões, envenenamentos e outras conseqüências	1	0,3
Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos	6	1,6
Malformações congênicas e deformidades	8	2,1
Total	376	100,0

A maioria dos idosos tinha entre 7 e 9 afecções, e que todos apresentavam uma ou mais afecções. Observou-se ainda que 31 idosos (51,7%) eram portadores de osteoartrite.

Tabela 2. Distribuição dos idosos segundo as afecções crônicas de maior prevalência (n=60).

Afecções crônicas	nº	%
Hipertensão arterial	38	63,3
Osteoartrite	31	51,7
Perda não qualificada da visão	24	40,0
Doença vascular periférica (varizes, úlcera varicosa)	22	36,7
Doença pulmonar obstrutiva crônica	20	33,3
Obesidade	18	30,0
Osteoporose	17	28,3
Hiperlipidemia	17	28,3
Constipação intestinal crônica	14	23,3
Perda não especificada de audição	13	21,7
Gastrite	13	21,7
<i>Diabetes Mellitus</i>	12	20,0

O número de afecções apresentou correlação linear negativa com todos os indicadores de qualidade de vida do SF-36, porém apenas as correlações com capacidade funcional, aspectos físicos, aspectos sociais e vitalidade foram significativas ($p \leq 0,05$). Observe-se, contudo, que essas correlações são fracas ou apenas moderadas, pois o menor coeficiente de correlação foi igual a -0,333 (Tabela 3).

A comparação entre as categorias de osteoartrite para os indicadores de qualidade de vida SF-36 e para o HAQ. O teste de Wilcoxon não acusou diferença significativa ($p > 0,05$) para todos os indicadores, evidenciando que o idoso tendo ou não osteoartrite não influencia significativamente as observações dos indicadores (Tabela 4).

DISCUSSÃO

As doenças crônicas mais prevalentes entre os idosos desta pesquisa foram: hipertensão arterial

Tabela 3. Coeficientes de correlação de Spearman e teste "t", para o cruzamento de número de afecções com os indicadores de qualidade de vida do SF-36 e com o HAQ.

EGS	CF	AF	AE	AS	DOR	VITAL	SM	HAQ
-0,186 ^{ns}	-0,298*	-0,333**	-0,183 ^{ns}	-0,285*	-0,019 ^{ns}	-0,301*	-0,157 ^{ns}	0,248 ^{ns}

ns = Não significativo, pelo teste "t", considerando-se um n.m.s. de 5% ($p > 0,05$); (*) = Significativo, pelo teste "t", considerando-se um n.m.s. de 5% ($p < 0,05$); (**) = Significativo, pelo teste "t", considerando-se um n.m.s. de 1% ($p < 0,01$); EGS = Estudo Geral de Saúde; CF = Capacidade Funcional; AF = Aspectos Físicos; AE = Aspecto Emocional; AS = Aspectos Sociais; VITAL = Vitalidade; SM = Saúde Mental; HAQ = Health Assessment Questionnaire.

Tabela 4. Médias, medianas e desvios-padrão para HAQ e para os indicadores de qualidade de vida do SF-36 em função da osteoartrite.

Indicadores	Osteoartrite						p
	Sim (n = 31)			Não (n = 29)			
	Média	\bar{X}	Desvio-Padrão	Média	\bar{X}	Desvio-Padrão	
EGS	60,95	60,00	20,72	63,23	70,53	26,87	0,5382
CF	54,84	65,22	27,42	61,32	73,91	29,03	0,2234
AF	43,55	0,00	49,15	66,38	100,00	47,38	0,0793
AE	80,65	100,00	40,16	78,16	100,00	41,09	0,7097
AS	58,47	62,50	39,05	61,68	100,00	44,65	0,5854
DOR	58,39	55,68	32,43	75,35	81,82	25,72	0,0687
VITAL	38,04	37,50	20,85	42,53	41,67	24,07	0,4100
SM	65,48	70,00	27,43	58,10	60,00	32,50	0,4063
HAQ	0,76	0,50	0,88	0,63	0,13	0,98	0,1864

p = nível descritivo de probabilidade do teste de Wilcoxon; EGS = Estudo Geral de Saúde; CF = Capacidade Funcional; AF = Aspectos Físicos; AE = Aspecto Emocional; AS = Aspectos Sociais; VITAL = Vitalidade; SM = Saúde Mental; HAQ = Health Assessment Questionnaire.

sistêmica (63%), OA (52%); perda não qualificada da visão (40%) e doença vascular periférica (37%). Em relação às afecções crônicas em pessoas maiores de 60 anos, no Brasil, em 1990, mais da metade das mortes em idosos foi causada por doenças do Aparelho Circulatório e 15% por neoplasias⁶.

A osteoartrite é caracterizada por alterações degenerativas da cartilagem hialina e acomete principalmente 50% da população da faixa etária dos 30 aos 35 anos e, após a quinta década, em praticamente 100% dos indivíduos desta faixa de idade.

Os estudos epidemiológicos dos últimos 30 anos demonstraram que a osteoartrite é mais freqüente e disseminada em mulheres (duas vezes mais comum) e em indivíduos acima de 50 anos. O abuso mecânico de determinadas articulações pode ser o responsável pelo desencadeamento de grande parte dos casos de osteoartrite. Como exemplos típicos têm-se os traumatismos esportivos e a obesidade, importantes promotores da osteoartrite de joelho. Do ponto de vista social, em função de sua cronicidade e incapacidade física, causa grande impacto econômico nos países desenvolvidos. Os custos diretos de cuidados médicos, enfermagem, hospitalização, medicamentos e da própria mobilização de toda família, produzem grandes gastos.

Estatisticamente, a osteoartrite é a segunda doença mais freqüente e incapacitante de todas, somente suplantada pela hipertensão arterial sistêmica^{13,14}.

A hipertensão arterial em idosos é considerada uma das causas mais atuantes de morbidade e mortalidade prematura, não só pela sua alta prevalência, como também por constituir maior fator de risco para complicações cardiovasculares, estando diretamente relacionado com a incapacidade e perda de autonomia, o que leva à diminuição da qualidade de vida do idoso¹⁵⁻¹⁸.

Ela representa uma das causas mais comuns de incapacidade laborativa e de piora da qualidade de vida de pessoas jovens, adultas e inclusive idosas,

sendo também fator de risco de doenças coronarianas e acidente vascular cerebral¹⁶.

Outra doença é a osteoporose que consiste em um distúrbio osteometabólico caracterizado pela diminuição da densidade mineral óssea, com deterioração da microarquitetura óssea, levando a um aumento da fragilidade esquelética e do risco de fraturas¹⁹. As principais manifestações clínicas desta entidade patológica, são as fraturas, sendo as mais freqüentes as de vértebras, fêmur e antebraço²⁰, tendo prevalência em 30% das mulheres brancas e pós-menopausadas e 13% em homens da raça branca sendo que podem ser acometidos pela osteoporose secundária com freqüência de 30 a 60%, quando em uso de glicocorticóides e hipogonadismo e em etilismo crônico²¹.

Estas ocorrências têm grande importância na sociedade brasileira considerando o seu envelhecimento progressivo com graves consequências físicas, financeiras e psicossociais, afetando o idoso, a família e a comunidade²².

Os problemas de saúde, típicos da terceira idade, se avolumam nos pacientes institucionalizados, entre eles a incontinência urinária no idoso hospitalizado, depressão nos idosos em enfermarias, etiologias de demências não devidamente relatadas em prontuários médicos, foram denominados por Bernard Isaacs como os "Gigantes da Geriatria"; constitui-se no maior desafio para os que cuidam de idosos⁶.

As doenças crônicas revelam proporção interessante de transtornos afetivos, provavelmente refletindo na deterioração da qualidade de vida da população idosa⁶.

A falta da discussão adequada dos determinantes socioeconômicos do processo de saúde e enfermidade em nossos Cursos Universitários se constitui numa das principais causas da inadequada avaliação socioeconômica do paciente idoso.

Portanto, o modelo existente hospitalar ou asilar, não pode ser a base do sistema. Entretanto, pensar apenas em tratamento ambulatorial, com

medicamentos, exames para-clínicos e idas constantes aos serviços de saúde, é permanecer na prática dos antigos modelos hospitalares e asilares.

É necessário usar a criatividade e propor alternativas mais eficientes e adequadas. A assistência médica formal, além de ter um alto custo, não consegue suprir todas as necessidades dos idosos. Deve-se incentivar a criação de espaços alternativos ou instâncias intermediárias, tais como: hospital-dia, centros de convivência, além de centros-noite, lares abrigados e protegidos para aqueles que necessitam de cuidados institucionais.

Para os demais idosos, deve-se incentivar os modelos de avaliação geriátrica ampla, utilizando métodos de seleção e acompanhamento, testes de desempenho e da abordagem epidemiológica dos fatores de risco⁶.

À medida que a população envelhece, aumenta a demanda por instituições para idosos. Nos Estados Unidos, cerca de 5% dos idosos (25% das mulheres acima de 85 anos) residem em *nursing homes*, asilos que oferecem serviços de saúde, lazer e assistência social. Os principais motivos para a institucionalização e longa permanência são as dependências causadas por doenças já mencionadas, crônicas e degenerativas como, por exemplo: cardiopatias, demências (Alzheimer), osteoartrite, entre outros. Na Inglaterra a frequência da institucionalização é minimizada através do atendimento em hospitais-dia que, embora ofereçam assistência multidisciplinar à saúde, principalmente na área de reabilitação, se prestam em grande parte a "aliviar" o trabalho extra dos familiares de pacientes dependentes. O oferecimento de suporte domiciliar, mencionado anteriormente, é gratuito e permite prolongar o período vivido na comunidade²³.

Os estudos sobre a institucionalização de idosos no Brasil são pouco sistematizados e mesmo publicações de referência na área deixam de avaliar esse tema com profundidade⁶. Embora a grande proporção de idosos institucionalizados seja dependente por problemas físicos ou mentais, geralmente a miséria e o abandono são os principais

motivos da internação em asilos (alguns inclusive denominados "Asilos da Mendicidade"), cuja maioria, pelo menos na região metropolitana de Belo Horizonte e São Paulo, são mantidos por instituições de caridade²⁴. Entretanto a baixa proporção de idosos internados ou institucionalizados se deve às condições médico-sociais, bem como também à falta de vagas disponíveis no sistema vigente.

Cabe à sociedade civil ampliar o debate sobre a transição demográfica e suas conseqüências para o sistema de saúde, avaliando alternativas que possibilitem minimizar seu impacto sobre a qualidade de vida da população, e exigindo do Estado o cumprimento de seu papel na implementação de políticas públicas direcionadas a manutenção da saúde da população idosa⁶.

CONCLUSÃO

A qualidade de vida avaliada através do questionário SF-36 aplicado aos idosos institucionalizados em relação ao número de afecções crônicas, revelou melhores condições no que se refere aos aspectos físico-sociais, a capacidade funcional e à vitalidade.

A qualidade de vida avaliada através do HAQ em nosso campo de estudo não foi significativa. A Osteoartrite analisada isoladamente não influenciou os indicadores de qualidade de vida do SF-36 e do HAQ.

As dificuldades em pesquisar o idoso são intensas, pois existe um grande envolvimento de sentimentos e emoções, positivas e negativas, que no decorrer do processo foi aparecendo. Ao trabalhar com pessoas que externam seus sentimentos mais profundos e contam suas histórias de vida, deve-se encarar essas realidades individualmente, respeitando esse sentimento de forma mais ética possível.

A falta de instrumentos específicos traduzidos e validados para nossa realidade, que tenta avaliar a qualidade da população idosa não deve ser um fator limitante para o pesquisador. A criação de

instrumentos de avaliação é um empreendimento de anos de trabalho e demanda um longo esforço de pesquisadores para a comprovação das propriedades e medidas do instrumento.

Conclui-se que a qualidade de vida do idoso sofre influência de diversas afecções e, embora esta situação seja perceptível, não colabora em muitas vezes, como um fator de suporte para melhorar as condições clínicas do idoso institucionalizado.

REFERÊNCIAS

1. Fries JF. Aging, natural death and the compression of mortality. *N Engl J Med* 1980; 303:130-135.
2. Geigle R, Jones JB. Outcomes measurement. A report from the front. *Inquiry* 1990; 27:7-13.
3. Ruta DA, Garrat AM, Leng M, Russel IT, McDonald LM. A new approach to the measurement of quality of life. The patient generated index. *Med Care* 1994; 32: 1109-26.
4. McHorney CA, Tarlov AR. Individual-patient monitoring in clinical practice: are available health status survey adequate? *Qual Life Res* 1995; 4:293-307.
5. Bayley BK, London MR, Grunkemeier GL, Lansky D. Measuring the success of treatment in patient terms. *Med Care* 1995; 33:AS226-AS235.
6. Chaimowicz F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. *Rev Saúde Pública* 1997; 31(2):184-200.
7. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): I. conceptual framework and item selection. *Med Care* 1992; 30:473-83.
8. Ciconelli RM. Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida "Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36)". [doutorado] Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, 1997.
9. Ferraz CE, Oliveira LM, Araújo PMP, Atra E, Tugwell P. Crosscultural Reliability of the Physical Ability Dimension of the Health Assessment Questionnaire. *J Rheumatol* 1990; 17:813-17.
10. Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma NR. Tradução para a língua portuguesa do questionário de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Rev Bras Reumatol* 1999; 39(3):145-50.
11. Campos H. Estatística experimental não-paramétricos. 4.ed. Piracicaba: FEALQ; 1983.
12. Organização Mundial da Saúde. Classificação Internacional de Doenças (CID-10). São Paulo: Edusp; 1997. v.1.
13. Krammer JS, Yelin EH. Social economics impacts of four musculoskeletal conditions. *Arthritis Reum* 1990; 29:471-73.
14. Ling SM, Bathon JM. Osteoarthritis in older adults. *J Am Geriatr Soc* 1998; 46(2):216-25.
15. Abernethy DR, Andrawis N. Hipertensão no idoso. *In: Calkins E, Ford AB, Katz PR. Geriatria prática.* 2.ed. Rio de Janeiro: Revinter; 1997. p.483-90.
16. Carvalho Filho ET. *et al.* Hipertensão arterial. *In: Carvalho Filho, ET, Papaléo Netto, M. Geriatria: fundamentos, clínica e terapêutica.* São Paulo: Atheneu; 1994. p.155-69.
17. Sgambatti MS. A medida da pressão arterial no idoso com alterações cardiovasculares: uma análise de fatores intervenientes [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1999.
18. Ramos LV. Perfil do idoso em área metropolitana na região sudeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. *Rev Saúde Pública* 1993; 25(2):87-94.
19. NIH Consensus Development Panel on Osteoporosis Prevention, Diagnosis and Therapy. Osteoporosis Prevention, diagnosis na therapy. *JAMA* 2001; 285:785.
20. American Association of Clinical Endocrinologists. 2001 Medical Guidelines for Clinical Practice for the Prevention and Management of

- Postmenopausal Osteoporosis. *Endoc Pract* 2001; 7:293.
21. McClung MR, Geusens P, Miller PD. Effect of risedronate on the risk of hip fracture elderly women. *N Engl J Med* 2001; 344(5):333.
22. Wimalawansa SJ. Combined therapy with estrogen and etidronate has an additive effect on bone mineral density in the hip and vertebrae: four year randomized study. *Am J Med* 1995; 99:36.
23. Brocklehurst JC. The geriatric service and the day hospital in the United Kingdom. *In*: Brocklehurst JC, Tallis RC, Fillit HM. *Textbook of geriatric medicine and gerontology*. 4th ed. Edinburgh.
24. Chaimowicz F, Greco DB. Dinâmica da institucionalização de idosos em Belo Horizonte, Brasil. *Rev Saúde Publ* 1999; 33(5):454-60.

Recebido para publicação em 16 de junho e aceito em 5 de novembro de 2003.