

AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DE IDOSOS

Estudo Piloto no Ambulatório

M. A. Botelho*, A. B. Rendas**

Resumo: Foram objectivos do presente trabalho desenvolver uma metodologia de avaliação multidimensional em idosos portugueses, que respeitasse as recomendações internacionais e, num estudo piloto, testar a aplicabilidade do inquérito desenvolvido e da classificação das variáveis estudadas.

Avaliámos capacidade funcional, aspectos sociais, morbilidade e actividade física. O inquérito efectuado foi constituído por perguntas estruturadas e codificadas de acordo com escalas seleccionadas. Uniformizámos a classificação destas variáveis mediante o somatório da pontuação dos seus componentes, distinguindo posteriormente dois níveis em cada variável: um de "pior" e outro de "melhor" resultado.

Aplicámos o inquérito num estudo piloto em 55 idosos ambulatórios, com média de idades de 74.3 ± 7.0 anos. Houve predominio do "pior" resultado na classe social e na morbilidade, e do "melhor" resultado em autonomia física e na rede social. Encontrámos diferenças entre os sexos, apresentando as mulheres maior dependência por incontinência urinária, maior isolamento social e estudos e profissões de mais baixo nível. Quanto às diferenças entre faixas etárias, encontrámos o "pior" resultado apenas nos idosos com mais de 75 anos, para tomar banho e na confecção de refeições.

Consideramos que a metodologia que utilizámos nos permitiu caracterizar os idosos de um modo multidimensional e passível de avaliações longitudinais. No entanto, para que constitua uma abordagem multidimensional completa, deverá incluir a avaliação do estado mental e do estado nutricional, parâmetros que integrámos num estudo posterior que temos em curso.

Palavras-chave: Idosos; avaliação de idosos; actividades diárias; apoio social; classe social; morbilidade; exercício físico.

Summary: This project describes the development in portuguese of a multidimensional questionnaire for the elderly, taking into account international guidelines. The following domains were included: functional capacity, social status, morbidity and physical activity, and each was divided in two levels: "worse" and "better", based on standardised criteria.

In a pilot study performed in 55 ambulatory elderly, with an average age of 74.3 ± 7.0 years, we obtained the following results: the "worse" classification was found in social status and morbidity whereas the "better" classification occurred in physical activities of daily living, and social network. The women presented the "worse"

levels of dependency because of urinary incontinence, poor social contacts and lower educational and professional levels. Regarding the age differences, we found the "worse" classification in the elderly group (≥ 75 years) only in two tasks of daily living (bathing and preparing meals).

We consider that our questionnaire allowed the functional characterisation of the elderly using a multidimensional and standardised approach that can be applied to longitudinal studies. However, we admit that a complete multidimensional assessment should include evaluations of the mental and nutritional status, which we have already included in an ongoing study.

Key-words: Aged; geriatric assessment; activities of daily living; social support; social class; morbidity; physical exercise.

INTRODUÇÃO

O processo de envelhecimento condiciona a perda de capacidades, determinada por alterações orgânicas e do estilo de vida, na maioria dos idosos, surgindo ainda múltiplas patologias e alterações socio-económicas (1, 2). Por estes motivos as avaliações dos idosos devem ser multidimensionais (1, 3, 4) e estão já bem definidos os domínios a avaliar, que englobam a capacidade funcional, aspectos sociais e a morbilidade, incluindo esta a saúde física e a saúde mental (4-6). Há, no entanto, domínios para os quais não existem ainda escalas padronizadas, nomeadamente aspectos sociais como a rede de apoio social, facto que tem sido atribuído à multidisciplinaridade desse tema e à necessidade da sua adaptação à cultura de cada população (7, 8).

Existem vários estudos multidimensionais de idosos efectuados noutros países, sendo os de origem norte-americana pioneiros, como o estudo MAI (Multilevel Assessment Instrument) (9). Dos trabalhos europeus, mereceram-nos realce dois estudos epidemiológicos: o estudo médico-social da Organização Mundial de Saúde (10) e o estudo francês PÂQUID (11).

Quanto aos trabalhos originais portugueses em idosos, não existem estudos que analisem todos os domínios recomendados e são escassos os que utilizaram inquéritos em português baseados em escalas internacionais já existentes e validadas. Foram pioneiros os de Correia de Campos, que fez uma avaliação multidimensional de idosos da comunidade e hospitalizados (12, 13). Dos estudos posteriores em idosos da comunidade, alguns tiveram características de estudos multidimensionais (14-20). Em outros foi estudada a morbilidade e registados dados sociais, não havendo informação sobre a capacidade funcional (21-23). Houve também estudos sobre a capacidade funcional e componentes sociais, em que a morbilidade não foi abordada (24-27). Outros foram orientados para domínios específicos, como o estado de nutrição (28, 29), o estilo de vida (30, 31), o estado mental (32, 33), ou as relações familiares (34).

Por ser frequente existirem diferenças metodológicas entre os trabalhos de avaliação de idosos, surgiram recentemente recomendações que visam a sua uniformização, tanto em projectos de investigação como na prática clínica. Estão neste caso o relatório conjunto do Royal College of Physicians e da British Geriatrics Society (6) e um simpósio norte-americano sobre cuidados geriátricos (35).

* - Assistente de Fisiologia

** - Professor de Fisiopatologia, Faculdade de Ciências Médicas, UNL

Correspondência:

Dr^a M. Amália Botelho
Departamento de Fisiologia
Faculdade de Ciências Médicas
Campo dos Mártires da Pátria, 130
1198 Lisboa

Foram objectivos do presente trabalho desenvolver uma metodologia de avaliação multidimensional, em idosos portugueses, que respeitasse as recomendações internacionais e, num estudo piloto, testar a aplicabilidade do inquérito desenvolvido e da classificação das variáveis estudadas.

MATERIAL E MÉTODOS

O estudo decorreu em duas fases, a primeira em Dezembro de 1992, em idosos do concelho de Oeiras, e a segunda em Junho e Julho de 1993, em idosos residentes em Lisboa. Colhemos os dados mediante a aplicação de um inquérito estruturado, sendo quatro os entrevistadores na primeira fase e apenas um destes na segunda.

Amostra

Os idosos de Oeiras pertenciam a um grupo estudado no projecto "Imagem da Pessoa Idosa", efectuado no concelho de Oeiras (30) em indivíduos com 60 ou mais anos de idade. Quando os contactámos telefonicamente, um ano e meio depois desse inquérito, apenas pudemos recrutar 34 dos que tinham idade igual ou superior a 65 anos. Os idosos de Lisboa pertenciam a uma população inscrita nos Centros de Apoio Domiciliário da Mouraria, Ajuda, Vale Fundão e Benfica da Misericórdia de Lisboa. Destes, avaliamos 29 indivíduos nos dias em que consultaram o seu médico assistente.

Tivemos como critérios de inclusão a idade igual ou superior a 65 anos, a residência no seu domicílio e o seguimento clínico em regime ambulatório. Foram critérios de exclusão a existência de doenças que condicionassem perturbações funcionais temporárias.

Variáveis Estudadas

Avaliamos capacidade funcional, aspectos sociais e morbilidade, e, por pretendermos estudar um indicador do estilo de vida, também avaliamos actividade física. O inquérito efectuado foi constituído por perguntas estruturadas e codificadas de acordo com escalas seleccionadas. Uniformizámos a classificação destas variáveis mediante o somatório da pontuação dos seus componentes, distinguindo posteriormente dois níveis em cada variável: um de "pior" e outro de "melhor" resultado.

Capacidade Funcional - Conjunto de actividades diárias, englobando tarefas relacionadas com cuidados pessoais e tarefas de adaptação ao meio ambiente, integradas respectivamente nas designações de autonomia física e de autonomia instrumental. Apresentamos nos quadros I e II as escalas referentes a essas actividades.

Na classificação dos dois tipos de autonomia cada tarefa foi cotada de "0" quando era efectuada com a ajuda de uma ou mais pessoas, ou de "1" quando não era necessária a ajuda de terceiros, mesmo que fossem utilizados apoios mecânicos. A partir da pontuação total formámos os seguintes grupos:

- Dependentes (com ajuda de terceiros) - com 0 a 5 pontos em autonomia física, e 0 a 4 pontos no sexo masculino, ou 0 a 7 no sexo feminino, em autonomia instrumental.
- Independentes (sem ajuda de terceiros) - com 6 pontos em autonomia física e 5 pontos no sexo masculino ou 8 no sexo feminino, em autonomia instrumental.

Aspectos Sociais - Analisámos dois factores de funcionamento social, a rede social e a classe social.

A rede social constitui a ligação do idoso a outros indivíduos, podendo ser uma medida do seu grau de isolamento. Apresentamos no quadro III um conjunto de indicadores de rede social. Para a classificação desta variável, atribuímos aos seus indicadores a pontuação de "0" ou de "1", consoante representavam menor ou maior contacto social. Obtivemos, assim, uma pontuação final de 0 a 4, que dividimos nos seguintes grupos:

- Grupo 1 (considerados Muito Isolados) - 0 a 2 pontos;
- Grupo 2 (considerados Pouco ou Não Isolados) - 3 a 4 pontos.

A classe social foi caracterizada aplicando dois dos itens da escala de Graffar (38): nível máximo de estudos cumprido, apresentado no quadro IV, e principal profissão exercida, sendo apresentados alguns exemplos da sua classificação original no quadro V. A classificação final derivou da soma dos níveis destes factores, sendo a seguinte a divisão em duas classes sociais:

- Classe Baixa - de 10 a 7;
- Classes Média e Alta - de 6 a 2.

Morbilidade - Foi orientada para o conhecimento da sintomatologia presente no último mês. Fizemos uma pergunta aberta, sobre a presença de queixas de saúde, e analisámos a sua distribuição por órgãos e sistemas, segundo a "International Classification of Primary Care" (39), em gerais, hematológicas, digestivas, oftalmológicas, auditivas, circulatórias, músculo-esqueléticas, neurológicas, psicológicas, respiratórias, cutâneas, endócrino-metabólicas, urológicas e genitais. Posteriormente classificámos os idosos do seguintes modo:

- Presença de Morbilidade Activa - existência de queixas;
- Ausência de Morbilidade Activa - inexistência de sintomatologia actual.

Actividade Física - Definida como um conjunto de movimentos, produzidos pelos músculos esqueléticos, resultantes em dispêndio de energia (40).

Apresentamos no quadro VI a escala que utilizámos para a graduação desta variável (41). Com base nessa graduação e no facto dos

Quadro I - Autonomia Física

Escala de Katz (36)	
Tarefas	Pontuação*
• Tomar banho, lavar-se	0 / 1
• Vestir-se	0 / 1
• Usar os sanitários	0 / 1
• Deitar-se e levantar-se da cama, sentar-se e levantar-se de uma cadeira	0 / 1
• Ter continência urinária e fecal	0 / 1
• Comer, alimentar-se	0 / 1
* critérios no texto	total 0 - 6

Quadro II - Autonomia Instrumental

Escala de Lawton (37)	
Tarefas	Pontuação*
• Usar o telefone	0 / 1
• Usar meios de transporte	0 / 1
• Tomar medicamentos	0 / 1
• Gerir o seu dinheiro	0 / 1
• Efectuar compras	0 / 1
• Preparar refeições	0 / 1
• Fazer a lida da casa	0 / 1
• Tratar da roupa	0 / 1
* critérios no texto	total 0 - 8

Nota: de acordo com o autor, as perguntas relacionadas com tarefas domésticas (preparar refeições, fazer a lida da casa e tratar da roupa) não foram aplicadas ao sexo masculino.

Quadro III - Rede Social

Indicadores segundo Fillenbaum (4)		
Indicadores	Gradação	Pontuação
• Estado civil	1 pessoa / 2 pessoas	0 / 1
• Agregado familiar	1 pessoa / ≥ 2 pessoas	0 / 1
• Estar só (dia ou noite)	≥ 8 horas / < 8 horas	0 / 1
• Ter com quem desabafar	ninguém / ≥ 1 pessoa	0 / 1
		total 0 - 4

idosos serem ambulatoriais, dividimo-los distinguindo os seguintes grupos:

- Com Prática de Actividade Física Ligeira - graus 2, 3 e 4L;
- Com Prática de Actividade Física Moderada e Intensa - graus 4M, 5 e 6.

Quadro IV - Classe Social / Estudos

Escala de Graffar (38)	
Anos de escolaridade completados	Nível
• 0 a 3 - analfabetismo ou ensino primário incompleto	5
• 4 a 6 - ensino primário completo ou 1º ciclo	4
• 8 a 9 - 2º ciclo, curso técnico	3
• 10 a 11 - 3º ciclo, curso técnico superior	2
• ≥12 - ensino universitário ou equivalente	1

Quadro V - Classe Social / Profissões

Escala de Graffar (38)	
Exemplos de profissões	Nível
• Empregadas de limpeza, trabalhadores no campo	5
• Operários especializados como costureiras ou motoristas	4
• Ajudantes técnicos, encarregados ou mestres de obras	3
• Chefes de secção, peritos, comerciantes	2
• Licenciados, directores	1

Quadro VI - Actividade Física

Escala de Grimby (41)			
Tipo	Duração semanal	Grau	
Sem actividade física		1	
Com actividade física ligeira	ocasional	2	
	2 a 4 horas	3	
moderada	> 4 horas	4 (4L)	
	1 a 2 horas	4 (4M)	
intensa	> 3 horas	5	
	frequente	6	

Nota: são exemplos de actividade física: ligeira - andar a pé devagar ou fazer tarefas domésticas, profissionais ou passatempos leves; moderada - andar a pé depressa, fazer tarefas domésticas, profissionais ou passatempos pesados, ginástica ou desporto moderados; intensa - a prática desportiva vigorosa.

Métodos Estatísticos

Fizemos o tratamento estatístico das variáveis estudadas na totalidade da amostra e nos agrupamentos sexo e idade, sendo esta dividida nas faixas etárias dos 65 aos 74 anos e igual ou superior a 75 anos.

Para cada variável apresentamos o valor médio e o respectivo desvio padrão (dp). Comparámos a prevalência da classificação de cada variável e dos seus componentes, utilizando o teste χ^2 e considerámos significativas as diferenças com um valor de p inferior a 0.05.

RESULTADOS

A amostra analisada fez um total de 55 idosos, uma vez que oito foram excluídos por não cumprirem os critérios de inclusão. Destes, dois tinham apenas 64 anos, e seis, apesar de terem sido observados em regime ambulatorio, residiam em lares.

Por respeitarmos os mesmos critérios de inclusão e de exclusão, fizemos a análise dos resultados para o conjunto das duas amostras. Como é aparente, no quadro VII, a média das idades foi de 74.3 ± 7.0 anos, com predomínio do sexo feminino.

A duração da aplicação do inquérito foi cronometrada em oito casos, sendo os seus valores extremos de 20 e 55 minutos.

Total dos idosos

No quadro VIII assinalamos as classificações mais prevalentes das variáveis estudadas no total dos idosos. A sua análise revela que 42 dos 55 idosos pertenciam a classe social baixa e que 49 referiam ter queixas de saúde, sendo estas as variáveis que apresentaram maior prevalência da "pior" classificação. Em relação à autonomia física e à rede social, 40 idosos eram independentes e 43 foram classificados como pouco ou não isolados. Quanto à autonomia instrumental e à actividade física não houve diferenças nas classificações globais.

Nos 49 idosos que apresentavam morbilidade activa, foi maior a prevalência de queixas circulatórias e músculo-esqueléticas, referidas respectivamente por 26 e 14 idosos.

Comparação por sexos

No respeitante à distribuição por sexos da "pior" classificação de cada variável, representada no quadro IX esta foi mais prevalente no sexo feminino em autonomia física e na rede social, em que eram

Quadro VII - Distribuição da amostra por sexos e idades

	Mulheres	Homens	65-74 anos	≥75 anos	Total
n	35	20	33	22	55
%	63.6	36.4	60.0	40.0	100.0
Idade média					
± dp (anos)	75.1±7.3	72.8±6.2	69.3±2.5	81.8±4.5	74.3±7.0

n - n° de idosos avaliados, % percentagem de idosos avaliados; dp - desvio padrão do valor médio da idade.

Quadro VIII - Classificação das variáveis estudadas (total dos idosos n=55)

	"Pior" classificação (n)	"Melhor" classificação (n)	p
Autonomia Física	15	40	< 0.001
Autonomia Instrumental	23	32	ns
Rede de Apoio Social	12	43	< 0.0001
Classe Social	42	13	< 0.001
Morbilidade	49	6	< 0.001
Actividade Física	29	26	ns

Quadro IX - Diferenças por sexos na distribuição da "pior" classificação de cada variável e dos seus componentes

	Mulheres (n=35)	Homens (n=20)	p
Autonomia Física: dependente	14	1	< 0.01
continência urinária: incontinente	10	0	
Autonomia Instrumental: dependente	15	8	ns
Rede Social: muito isolado	11	1	< 0.05
estado civil: viúvo ou só	27	3	< 0.0001
agregado: um elemento	19	2	< 0.01
estar só: >8h dia	17	3	< 0.05
Classe Social: baixa	29	13	ns
estudos: níveis 5 e 4	32	14	< 0.05
profissão: níveis 5 e 4	28	10	< 0.05
Morbilidade: presente	32	17	ns
Actividade Física: com actividade ligeira	16	13	ns

dependentes 14 das 35 mulheres e apenas um dos 20 homens, e dos 12 idosos considerados "muito isolados" 11 eram mulheres. De igual modo se pode verificar, no mesmo quadro, que os componentes das variáveis que apresentaram o "pior" resultado foram mais prevalentes nas mulheres quanto à autonomia física e aos indicadores sociais. Em autonomia física, existia incontinência urinária apenas no sexo feminino. Na rede social, eram viúvas ou sós 27 das 35 mulheres e apenas 3 dos 20 homens, e foi superior o número de mulheres que viviam sós e que estavam sós mais do que oito horas por dia. Na classe social, tinham quatro anos de estudos 15 mulheres e 11 homens, sendo analfabetas 17 mulheres e 3 homens. Tinham a "pior" classificação na profissão 28 mulheres e 10 homens, dos quais 19 mulheres e apenas dois homens tinham sido trabalhadores não especializados.

Comparação por faixas etárias

A distribuição por faixas etárias da "pior" classificação das variáveis e dos seus componentes, que apresentamos no quadro X, foi obtida apenas em tarefas de autonomia física e de autonomia instrumental, em que o número de idosos dependentes para tomar banho e para preparar refeições foi maior na faixa etária com mais de 75 anos.

Quadro X - Diferenças por faixas etárias na distribuição da "pior" classificação de cada variável e dos seus componentes

	65-74 anos (n=33)	>75 anos (n=22)	p
Autonomia Física: dependente	6	9	ns
tomar banho: dependente	1	5	<0.05
Autonomia Instrumental: dependente	11	12	ns
preparar refeições: dependente	1	4	<0.05
Rede Social: muito isolado	8	4	ns
Classe Social: baixa	25	17	ns
Morbilidade: presente	29	20	ns
Actividade Física: com actividade ligeira	13	16	ns

DISCUSSÃO

Foram objectivos deste trabalho desenvolver uma metodologia de avaliação multidimensional em idosos e testar, num estudo piloto, a aplicação do inquérito e a classificação das variáveis estudadas. O inquérito foi de aplicação simples e a sua duração aceitável, tratando-se de uma avaliação preliminar. A classificação de tipo dicotómico "pior" ou "melhor", que empregámos para as variáveis estudadas, ajudou-nos a caracterizar a amostra e facilitou a análise estatística. Esta divisão teve como base a maior vulnerabilidade associada à "pior" classificação de cada variável (4, 7, 8, 40, 42).

Os resultados que obtivemos estão de acordo com as características da amostra, constituída por idosos ambulatoriais sem doenças agudas, e evidenciam condicionalismos de algumas das escalas utilizadas, como é o caso da dependência em autonomia física ter sido determinada pela presença de incontinência urinária e da dependência em autonomia instrumental ter sido devida a limitações na prática de tarefas domésticas, inquiridas apenas ao sexo feminino.

Quanto à amostra estudada, a selecção de indivíduos sem patologia aguda deveu-se ao facto de querermos evitar que a morbilidade fosse factor determinante dos resultados de outras variáveis. Considerámos não ser relevante a diferente proveniência das duas amostras, assim como o número de idosos avaliados, porque com este estudo piloto pretendíamos sobretudo testar a metodologia de avaliação multidimensional. O facto de termos avaliado mais mulheres do que homens, e de estas serem mais velhas, está de acordo

com as estatísticas demográficas nacionais para os dois sexos (43). Encontrámos, tal como outros autores (42), piores resultados no sexo feminino, como é o caso das variáveis sociais e da morbilidade, que possivelmente estão relacionados com a idade ou com factores extrínsecos como a escolaridade. A divisão dos idosos em duas faixas etárias mostrou poucas diferenças, possivelmente porque os idosos ambulatoriais mais velhos mantinham hábitos que lhes conferiram características de autonomia semelhantes às dos mais novos, sem o declínio tradicionalmente considerado próprio da idade (2).

Capacidade funcional

Estudámos a capacidade de execução de tarefas de autonomia física e autonomia instrumental utilizando as escalas originais (36, 37) mais referenciadas na literatura (3-6).

Em relação à utilização da escala de Katz para avaliação da autonomia física (36) partilhamos a opinião de Kane (44) que considera controversa a avaliação do controle de esfíncteres neste contexto, uma vez que a presença de incontinência não condiciona invariavelmente dependência. Sendo incluída, seria preferível que a classificação dessa função se baseasse na necessidade de apoio de terceiros, como sucede com os outros componentes desta variável. Por outro lado, nesta escala não se faz a avaliação da capacidade de locomoção, omissão que alguns autores evitaram acrescentado-lhe esse componente (42, 45-47), enquanto que outros a incluíram nas escalas que desenvolveram, como o índice de Barthel (48).

Obtivemos uma grande prevalência de idosos independentes em autonomia física, o que era de esperar em indivíduos ambulatoriais, tendo sido obtidos resultados idênticos noutros estudos com idosos residentes na comunidade (42, 44-46). A dependência foi superior nas mulheres, devido a incontinência urinária, não tendo nenhum homem apresentado esta perturbação. Nos idosos com mais de 75 anos houve maior número de dependentes apenas para tomar banho, tendo esta tarefa sido descrita como a primeira a estar perturbada quando há compromisso funcional (36, 49).

Em relação à utilização da escala de Lawton para avaliação da autonomia instrumental (37), a não aplicação de perguntas sobre actividades domésticas aos homens constituiu uma lacuna de informação, uma vez que é necessário que alguém faça esse tipo de tarefas para que qualquer indivíduo possa residir no seu domicílio. Além disso, a capacidade para fazer compras não foi uniformemente abordada ao ser listada como tarefa doméstica na descrição dos métodos e sendo apresentados resultados do seu desempenho em ambos os sexos.

No nosso estudo houve menor número de idosos independentes em autonomia instrumental em que a autonomia física, o que está de acordo com outros estudos em que foram avaliadas estas duas vertentes da capacidade funcional (37, 42, 45, 46). A dependência foi superior no sexo feminino, devido às actividades domésticas, e nos idosos com mais de 75 anos na confecção de refeições, questão que também só foi avaliada nas mulheres.

A maior dependência em autonomia instrumental também traduz a maior complexidade das suas tarefas, tendo Spector (49) concluído existir continuidade hierárquica entre tarefas de autonomia física, como tomar banho, e tarefas de autonomia instrumental como fazer compras ou usar transportes. Este facto não se verificou na nossa amostra, em que dois dos seis idosos dependentes para tomar banho eram independentes nessas duas tarefas de autonomia instrumental.

Aspectos Sociais

Devido à inexistência de padrões para a avaliação social, optámos por analisar dois factores: a rede social, representando o acesso do idoso a outras pessoas, e a classe social, indicativa de alguns dos seus recursos.

Para o estudo da rede social agrupámos um conjunto de indicadores, descritos por outros autores (4, 7, 8), para os quais estabelecemos uma pontuação que nos permitiu fazer a classificação desta

variável e o seu tratamento estatístico. A maioria dos idosos tinha quem os acompanhasse, sendo o sexo feminino o grupo mais vulnerável, o que é parcialmente explicado pela sua maior longevidade e maior prevalência de viuvez. Estes resultados foram semelhantes aos de outros trabalhos nacionais e internacionais em idosos (10, 18, 20, 42). Na nossa amostra não se verificou o efeito da idade como factor de isolamento social, sendo possível que a selecção de indivíduos ambulatoriais nos tenha impedido a observação dos mais idosos e mais isolados.

De modo a simplificar a avaliação da classe social, estudámos apenas os factores escolaridade e profissão da escala de Graffar (38), que em trabalhos de análise desta escala mostraram a melhor e mais elevada correlação com a pontuação total (50, 51). A escala inclui ainda o tipo de rendimentos, o alojamento e o bairro habitados, que não estudámos por terem uma correlação inferior e por serem menos fiáveis em inquérito. Assim, segundo Sitkewich (51), para a pontuação do alojamento e do bairro habitados seria preferível a sua observação, ou o recurso a uma fonte objectiva de informação, opinião que nós partilhamos. Quanto à proveniência dos rendimentos não distinguiria grupos entre os idosos que, por receberem todos pensão de reforma, pertenciam ao mesmo grupo de nível inferior.

Predominaram os idosos de baixa classe social, o que está de acordo com a proveniência da amostra, sendo os idosos de Lisboa assistidos pela Misericórdia de Lisboa e os de Oeiras um pouco mais heterogéneos. Apesar de não termos encontrado diferenças de classe social entre os sexos, foram as mulheres que tiveram um menor nível de estudos e de profissão, tal como em outros trabalhos nacionais e internacionais (10, 16, 18, 20, 22, 42). Não houve diferenças de classe social relacionadas com as faixas etárias, o que revela que as coortes dos idosos que avaliamos foram sujeitas ao mesmo tipo de influência determinante da sua escolaridade e profissão.

Morbilidade

Optámos por determinar a prevalência das queixas activas, consideradas como o factor de morbilidade mais causador de disfunção (52). Fizemos a sua identificação com uma pergunta aberta, a única deste tipo em todo o inquérito, de modo a não induzirmos respostas, e a sua ordenação por órgãos e sistemas. A análise dos dados foi feita sem separação de grupos devido ao número reduzido da nossa casuística.

A maioria dos idosos referiu ter queixas, o que era esperado, uma vez que é frequente terem patologias crónicas e é conhecida a sua maior vulnerabilidade aos agentes mórbidos (1). A elevada prevalência de morbilidade activa não teve repercussões idênticas na capacidade funcional, sendo as tarefas de autonomia física praticadas de um modo independente pela maioria dos idosos e as de autonomia instrumental por cerca de metade. Esta aparente discrepância entre morbilidade e dependência foi também encontrada por outros autores em idosos residentes na comunidade (10, 11).

Actividade física

A escala de Grimby (41) permitiu-nos inquirir sem dificuldade sobre esta matéria do quotidiano dos idosos, havendo da nossa parte experiência na sua aplicação (53). O facto de dividirmos a sua classificação na transição entre a actividade ligeira de maior grau e a actividade moderada de menor grau mostrou ter aplicabilidade, uma vez que nos permitiu distinguir os idosos cuja actividade física regular constituía uma atitude dirigida para a prática de exercício físico.

Verificámos que muitos idosos tinham actividade física de intensidade moderada, uma vez que andavam bastante a pé ou praticavam regularmente actividades domésticas. Este facto foi também constatado por Grimby, levando-o a testar este aspecto e a acrescentar à sua escala a descrição das actividades domésticas (54).

Dos trabalhos nacionais e estrangeiros que temos comentado, apenas o estudo da OMS (10) fez uma avaliação da actividade física,

tendo verificado que poucos idosos praticavam exercício físico, quando o faziam este era pouco intenso, e que a sua prática diminuía com o avanço da idade.

Comentário Final

Uma vez que o presente trabalho constituiu um estudo piloto para testar metodologias e que o tamanho da amostra estudada foi reduzido, não podemos tirar conclusões em relação à implicação dos resultados obtidos. Consideramos, contudo, que a metodologia que utilizámos nos permitiu caracterizar os idosos de um modo multidimensional e passível de avaliações longitudinais. No entanto, para que constitua uma abordagem multidimensional completa, deverá incluir a avaliação do estado mental (55) e do estado nutricional, parâmetros que integrámos num estudo posterior que temos em curso.

Agradecimentos

Dra Teresa Gamboa - apoio na conceptualização da análise dos resultados e elaboração da análise estatística; Dra Lucinda Bogalho, Dra Teresa Serejo e Dra Susana Pereira - aplicação do inquérito em idosos de Oeiras; Dra Cristina Cunha - recrutamento dos idosos de Oeiras; Dr. Ernesto Madeira - utilização das instalações dos Serviços Sociais das Forças Armadas de Oeiras; Dr Fernando Álvares - apoio na concretização do projecto da Misericórdia de Lisboa e revisão cuidadosa do texto final; Dr Mariano Antunes, Dra M. Elisa Marques, Dra Beatriz Rodrigues, Dra Natalina Ferreira - recrutamento dos idosos de Lisboa, respectivamente nos Centros de Apoio Domiciliário (CADs) da Mouraria, Ajuda, Vale Fundão e Benfica; Prof. Pedro Costa e Dra Patrícia Rosado Pinto - revisão cuidadosa do texto final.

BIBLIOGRAFIA

- 1 - Rowe JW: Health care of the elderly. *N Engl J Med* 312: 827-835, 1985.
- 2 - Rowe JW, Kahn R: Human aging: usual and successful. *Science* 237:143-149, 1987.
- 3 - Pinholt EM, Kroenke K, Hanley JF et al: Functional assessment of the elderly. A comparison of standard instruments with clinical judgment. *Arch Intern Med* 147: 484-488, 1987.
- 4 - Fillenbaum GG: Troisième âge et bien-être. Approches d'une évaluation multidimensionnelle. Genève, Organization Mondiale de la Santé, 1986.
- 5 - Applegate WB, Blass JP, Williams TF: Instruments for the functional assessment of older patients. *N Engl J Med* 322: 1207-1213, 1990.
- 6 - The Royal College of Physicians of London and The British Geriatrics Society: Standardised assessment scales for elderly people. London, Royal College of Physicians of London, 1992.
- 7 - Kane RA, Kane RL: Measures of social functioning in long-term care. In: Kane RA, Kane RL. *Assessing the elderly. A practical guide to measurement*. Toronto, Lexington Books, 133-208, 1981.
- 8 - Comallonga MI, Zamariego GI: Valoración social en el anciano. In: Salgado A, Alarcon MT. *Valoración del paciente anciano*. Barcelona, Masson SA, 105-124, 1993.
- 9 - Lawton MP, Moss M, Fulcomer M, Kleban MH: A research and service oriented multilevel assessment instrument. *J Geront* 37: 91-99, 1982.
- 10 - Heikkinen E, Waters WE, Brzezinski ZJ: The elderly in eleven countries: a sociomedical survey. Copenhagen: WHO, 1983.
- 11 - Dartigues JF, Barbager-Gateau M, Ganong M et al: PAQUID: étude épidémiologique du vieillissement normal et pathologique. *Rev Gériat* 16: 5-15, 1991.
- 12 - Campos C: A adequação da intensidade de cuidados aos níveis de dependência dos idosos. Análise económica das ineficiências. Tese de Doutoramento, Lisboa, 1982.
- 13 - Campos C: Validade de critérios de colocação recomendada para idosos que utilizam serviços de saúde e segurança social. *Rev Port Saúde Pública* 3: 21-34, 1983.
- 14 - Machado MT: Sobre algumas necessidades em saúde da população idosa da vila de Montemor-o-Novo. *Rev Port Saúde Pública* 6: 90-96, 1988.
- 15 - Gonçalves AGA: Idosos da Maia. Aspectos demográficos e avaliação multidimensional do bem-estar dos idosos numa freguesia da Maia (Gueifães). Comissão Nacional para a Política da Terceira Idade, Lisboa, 1989.

- 16 - Nunes B: Os idosos no concelho de Alfândega da Fé. *Rev Port Clin Geral* 8: 237-241, 1991.
- 17 - Oliveira MM: A saúde e a incapacidade funcional dos idosos. Estudo na freguesia de Cavês, concelho de Cabeceiras de Basto. *Rev Port Saúde Pública* 9: 45-54, 1991.
- 18 - Amorim Cruz JA, Martins I, Mano MC, et al: Nutrição e saúde dos idosos de Vila Franca de Xira. I Enquadramento no estudo SENECA, metodologias e participação. *Rev Port de Nutrição III*: 7-12, 1991.
- 19 - Broeiro P, Ramos V, Tavares I, Cunha E, Amorim J: Avaliação de estados funcionais no idoso. Exercício de aplicação de uma versão portuguesa da escala COOP/WONCA Charts. *Acta Med Port* 8: 279-288, 1995.
- 20 - Mateus AL, Cortez AI, Lourenço I, Rocha O: O que sabemos dos nossos idosos. Um estudo sobre avaliação funcional. *Rev Port Clin Geral* 12: 92-99, 1995.
- 21 - Canhota C: A depressão nos idosos na consulta de medicina familiar - avaliação através de uma escala (HARD). *Rev Port Clin Geral* 41: 6-12, 1988.
- 22 - Seabra MFD: Que idosos temos? *Geriatria VIII (75)*: 22-27, 1995.
- 23 - Santos IP, Kalache A, Jordão JG, Pires FM, Vaughan P: A morbilidade dos idosos em cuidados de saúde primários - Um estudo piloto. *Rev Port Clin Geral* 13: 109-116, 1995.
- 24 - Garcia MAO: Uma perspectiva de abordagem dos idosos por um centro de saúde urbano. *Rev Port Clin Geral* 39: 6-12, 1988.
- 25 - Augusto A, Reis I, Pina ME: Estudo da situação dos idosos portadores de grande invalidez num concelho semi-rural do Norte do País. *Geriatria III (27)*: 44, 47, 1990.
- 26 - Marques RC: Obstrução crónica na terceira idade e diminuição da actividade física - um estudo "caso-controle". *Rev Port Saúde Pública* 10: 21-27, 1992.
- 27 - Botelho MA, Pereira SM, Bogalho LM, Serejo MT, Rendas AB: Capacidade funcional e estilo de vida: modelos de protocolos utilizados. In: Universidade Internacional, Centro de Estudos de Ecologia Humana, Centro de Estudos de Gerontologia Social. *Imagem e capacidade funcional da pessoa idosa*. Lisboa, Editora Internacional: 125-134, 1994.
- 28 - Silva MJ, Veríssimo MT: Avaliação do estado nutricional em idosos no concelho de Catanhede. *Geriatria II (15)*: 16-18, 23-24, 1989.
- 29 - San-Bento R, Moreira A, Ermida G et al: Avaliação do estado de nutrição no idoso. *Médico* 118: 390-394, 1988.
- 30 - Sámouco MHC: Imagem da pessoa idosa. In: Universidade Internacional, Centro de Estudos de Ecologia Humana, Centro de Estudos de Gerontologia Social. *Imagem e capacidade funcional da pessoa idosa*. Lisboa: Editora Internacional: 9-121, 1994.
- 31 - Ramilo MT: Comportamento do idoso face ao exercício da actividade física adaptada. In: Universidade Internacional, Centro de Estudos de Ecologia Humana, Centro de Estudos de Gerontologia Social. *Imagem e capacidade funcional da pessoa idosa*. Lisboa, Editora Internacional: 135-145, 1994.
- 32 - Silva R: Situação familiar e doença mental no idoso. *Geriatria II (11)*: 36-38, 1989.
- 33 - Lopes JS: Estilos de vida e saúde mental nos idosos. *Geriatria VI (57)*: 34, 37-40, 43-44, 1993.
- 34 - Azeredo Z, Matos E: Avaliação do relacionamento do idoso com a família em medicina familiar. *Geriatria II (20)*: 24-30, 1989.
- 35 - Fleming KC, Evans JM, Weber DC, Chutkan DS: Symposium on geriatrics - Part III. Practical functional assessment of elderly persons: a primary care approach. *Mayo Clin Proc* 70: 890-910, 1995.
- 36 - Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW: Studies of illness in the aged: the index of ADL; a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA* 185: 914-919, 1963.
- 37 - Lawton MP, Brody EM: Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist* 9: 179-186, 1969.
- 38 - Graffar M: Une méthode de classification sociale d'échantillons de population. *Courrier* 6: 455-459, 1956.
- 39 - ICPC Working Party: *International Classification of Primary Care*. Oxford, Oxford University Press, 1987.
- 40 - Pate RR, Pratt M, Blair SN et al: Physical activity and public health. A recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. *JAMA* 273: 402-407, 1995.
- 41 - Grimby G: Physical activity and muscle training in the elderly. *Acta Med Scand Suppl* 711: 233-237, 1986.
- 42 - Barbager-Gateau P, Chaslerie A, Dartuigues JF, Commenges D, Ganong M, Salamon R: Health measures correlates in a French elderly community population: The PAQUID Study. *J Gerontol: Social Sci* 47: S88-S95, 1992.
- 43 - Nazareth M: Estimativas de população residente segundo o sexo e por idades, por Nuts e Distritos. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, Gabinete de Estudos Demográficos, 1992.
- 44 - Kane RA, Kane RL: Measures of physical functioning in long-term care. In: Kane RA, Kane RL. *Assessing the elderly. A practical guide to measurement*. Toronto, Lexington Books: 25-67, 1981.
- 45 - Nejari C, Tessier JF, Barbager-Gateau P, Jacqmin H, Dartuigues JF, Salamon R: Functional status of elderly people treated for asthma related symptoms: a population based case-control study. *Eur Respir J* 7: 1077-1083, 1994.
- 46 - Mor V, Wilcox V, Rakowski W, Hiris J: Functional transitions among the elderly: patterns, predictors, and related hospital use. *Am J of Public Health* 84: 1274-1280, 1994.
- 47 - Fitzhugh CP: A patient-completed screening for functional disability in the elderly. *Am J Med* 90: 320-327, 1991.
- 48 - Mahoney FI, Barthel DW: Functional evaluation: the Barthel Index. *Maryland State Med J* 14: 61-65, 1965.
- 49 - Spector WD, Katz S, Murphy JB, Fulton JP: The hierarchical relationship between activities of daily living and instrumental activities of daily living. *J Chronic Dis* 40: 481-489, 1987.
- 50 - Hertoghe P, De Wals P, Bouckaert A: Influence des facteurs sociaux sur la santé. Problèmes de mesure. *Arch Belg Med Soc, Hyg, Med Trav et Med Leg* 5-6: 221-230, 1980.
- 51 - Sitkewich A, Grunberg J: Un método simplificado de classification social. Análisis de validez, reproducibilidad, simplification y eficiencia operativa del método de M Graffar. Adaptación para su aplicación a las características demográficas regionales. *Courrier* 31: 485-494, 1981.
- 52 - Wilson IB, Cleary PD: Linking clinical variables with health-related quality of life. A conceptual model of patient outcomes. *JAMA* 273: 59-65, 1995.
- 53 - Rendas AB, Gamboa T, Ramilo T et al: Respiratory muscle function in physically active elderly women. *Arch Gerontol Geriatr* 22: 123-130, 1996.
- 54 - Mattiasson-Nilo I, Sonn U, Johannesson K, Gosman-Hedstrom G, Persson GB, Grimby G: Domestic activities and walking in the elderly: evaluation from a 30-hour heart rate recording. *Aging* 2: 191-198, 1990.
- 55 - Guerreiro M, Silva AP, Botelho MA et al: Adaptação à população portuguesa da tradução do "Mini Mental State Examination" (MMSE), abst. Reunião da Primavera da Sociedade Portuguesa de Neurologia, 1994.