

Velocidade de marcha e desnutrição em paciente hospitalizados e qualidade de vida de seus cuidadores

Gait speed and malnutrition in hospitalized patients and the quality of life of their caregivers

Velocidad de la marcha y desnutrición en pacientes hospitalizados y calidad de vida de sus cuidadores

Juliana Yukari Suganuma¹

ORCID: 0000-0002-0623-927X

Talita Yoshimura da Costa¹

ORCID: 0000-0002-3381-0486

Wanderson Roberto da Silva¹

ORCID: 0000-0001-8897-8772

Maria Claudia Bernardes Spexoto^{III}

ORCID: 0000-0001-7681-1422

¹ Universidade Federal da Grande Dourados, Hospital Universitário. Dourados, Mato Grosso do Sul, Brasil.

^{II} Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho. Araraquara, São Paulo, Brasil.

^{III} Universidade Federal da Grande Dourados. Dourados, Mato Grosso do Sul, Brasil.

Como citar este artigo:

Suganuma JY, Costa TY, Silva WR, Spexoto MCB.

Gait speed and malnutrition in hospitalized patients and the quality of life of their caregivers.

Rev Bras Enferm. 2020;73(Suppl 5):e20190776.

doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0137-2019-0776>

Autor Correspondente:

Maria Claudia Bernardes Spexoto

E-mail: mariaspexoto@ufgd.edu.br

EDITOR CHEFE: Antonio José de Almeida Filho

EDITOR ASSOCIADO: Hugo Fernandes

Submissão: 27-01-2020

Aprovação: 24-05-2020

RESUMO

Objetivo: Verificar a relação da idade, estado nutricional e velocidade de marcha de indivíduos hospitalizados com a qualidade de vida de seus cuidadores. **Métodos:** Estudo observacional do tipo transversal com 54 pacientes e seus respectivos cuidadores em um hospital universitário da região Centro-Oeste do Brasil. Análises foram realizadas no programa SPSS considerando $p < 0,05$. **Resultados:** O domínio Relações sociais obteve o escore médio mais elevado (71,45±18,64) e o mais baixo foi do domínio Físico (57,80±12,01). Segundo avaliação nutricional subjetiva, 72,2% apresentavam algum grau de desnutrição. A maioria foi classificada com baixa velocidade de marcha (82%). Encontrou-se correlação significativa entre a idade e os domínios Físico e Qualidade de vida geral. O domínio Ambiente correlacionou-se significativamente com a velocidade de marcha. **Conclusão:** A idade e a velocidade de marcha do paciente estiveram relacionadas com a qualidade de vida do cuidador, porém não encontramos impacto no estado nutricional.

Descritores: Cuidadores; Qualidade de Vida; Desnutrição; Estado Nutricional; Fragilidade.

ABSTRACT

Objective: To verify the age, nutritional status, and gait speed in hospitalized individuals, and their association with the quality of life of their caregivers. **Methods:** Observational cross-sectional study with 54 patients and their respective caretakers in a university hospital in the Brazilian Midwest. The analyses were carried out using the SPSS software, with $p < 0.05$. **Results:** The Social Relations domain had the highest mean score (71.45±18.64). The lowest score was in the Physical domain (57.80±12.01). According to a subjective nutritional evaluation, 72.2% presented some degree of malnutrition. Most were classified with low gait speeds (82%). There was a significant correlation between age and the Physical and General Quality of Life domains. The Environment domain was significantly correlated to the gait speed. **Conclusion:** The age and the gait speed of the patient were related to the quality of life of the caregiver, but the nutritional state was not affected.

Descriptors: Caregivers; Quality of Life; Malnutrition; Nutritional Status; Frailty.

RESUMEN

Objetivo: Verificar la relación de la edad, estado nutricional y velocidad de la marcha de individuos hospitalizados con la calidad de vida de sus cuidadores. **Métodos:** Estudio observacional del tipo transversal con 54 pacientes y sus respectivos cuidadores en un hospital universitario del Medio oeste de Brasil. Análisis han sido realizadas en el programa SPSS considerando $p < 0,05$. **Resultados:** El dominio Relaciones sociales obtuvo la calificación media más elevada (71,45±18,64) y la más baja ha sido del dominio Físico (57,80±12,01). Segundo evaluación nutricional subjetiva, 72,2% presentaban alguno grado de desnutrición. La mayoría ha sido clasificada con baja velocidad de la marcha (82%). Se encontró correlación significativa entre la edad y los dominios Físico y Calidad de vida general. El dominio Ambiente se ha correlacionado significativamente con la velocidad de marcha. **Conclusión:** La edad y la velocidad de la marcha del paciente han estado relacionadas con la calidad de vida del cuidador, pero no encontramos impacto en el estado nutricional.

Descritores: Cuidadores; Calidad de Vida; Desnutrición; Estado Nutricional; Fragilidad.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional vem acontecendo de modo acelerado no cenário mundial e se constitui como um desafio para a sociedade. O *World Population Prospects 2019: Highlights*, publicado pela Organização das Nações Unidas (ONU), estimou, para o ano de 2019, a existência de 1 idoso para cada 11 indivíduos no mundo; e a expectativa será de 1 para cada 6 até o ano de 2050, além de triplicar o número de indivíduos com 80 anos ou mais entre os anos de 2019 e 2050⁽¹⁾.

Com o aumento da expectativa de vida, paralelamente ao processo natural do envelhecimento, diversas mudanças no organismo ocorrem, e a probabilidade de desenvolver algum tipo de doença crônica também aumenta. Por sua vez, esses fatores podem resultar em um maior número de indivíduos fragilizados, aumentando, assim, o número de idosos que necessitam de cuidados em longo prazo⁽²⁾.

A fragilidade é uma síndrome geriátrica e ocorre devido a alterações multifatoriais que levam a um declínio e desequilíbrio homeostático. É caracterizada pela perda de peso referida, redução de força, exaustão autorreferida, baixo desempenho de marcha e baixa atividade física⁽³⁾. Concomitante a essa alteração, uma condição frequentemente encontrada é a desnutrição comorbidades, Activities of Daily Living (ADL)⁽⁴⁾, que continua sendo um problema de saúde pública nos países em desenvolvimento. Segundo uma revisão sistemática com 29.474 pacientes de 12 países da América Latina, as taxas de prevalência de desnutrição encontraram-se em torno de 40% a 60% no momento da admissão hospitalar⁽⁵⁾.

Desse modo, é necessário que haja um rastreamento nutricional precoce e de qualidade para identificar o risco nutricional, além de uma avaliação nutricional detalhada, visando escolher a melhor conduta a ser tomada e traçar um plano de intervenção eficaz e individualizado⁽⁶⁾. Para tanto, em ambiente hospitalar a ferramenta considerada padrão-ouro e amplamente utilizada é a Avaliação Subjetiva Global (ASG)⁽⁷⁾, com versão mais recente produzida pelo paciente, denominada ASGPPP⁽⁸⁾.

Para auxiliar na avaliação da saúde do paciente, a velocidade de marcha (VM) pode ser investigada, uma vez que se trata de um teste rápido, seguro e confiável. A VM é um marcador clínico relevante para conhecer o estado funcional do paciente, sobretudo dos idosos. Como resultado do próprio processo de envelhecimento e da inatividade física, ocorre a diminuição do estado funcional, que pode vir a culminar no desenvolvimento da fragilidade e da sarcopenia, sendo, portanto, um fator importante a ser analisado⁽⁹⁻¹⁰⁾. Os pacientes que se encontram em quadro de desnutrição e com VM diminuída podem apresentar maiores complicações e desfechos clínicos desfavoráveis, tais como declínio funcional, quedas, maior número de hospitalizações e institucionalização, maior dependência de cuidados e aumento dos riscos de mortalidade⁽¹¹⁻¹⁴⁾.

Diante desse quadro de perda de independência, surge a figura do cuidador, definido de acordo com o Guia Prático do Cuidador⁽¹⁵⁾ como uma pessoa da família ou conhecido que presta cuidados a outro sujeito que apresente limitações físicas ou mentais, sendo tal trabalho remunerado ou não. O ato do cuidado vai além do simples fato de a pessoa estar responsável

pela higiene, medicação e alimentação do paciente, envolve também a doação de tempo e companhia. Tendo isso em vista, o cuidador muitas vezes altera sua própria rotina em função do indivíduo a ser cuidado, restringe sua vida social e por vezes profissional, além de estar exposto à sobrecarga tanto física quanto emocional⁽¹⁶⁾, podendo, assim, impactar de modo negativo a própria qualidade de vida (QV), nas relações com os idosos⁽¹⁷⁾ e no cuidado prestado ao paciente.

A QV é um conceito multidimensional que envolve diferentes fatores. De modo geral, pode ser entendida como a percepção do indivíduo quanto à sua posição na vida em consonância com aspectos físicos, psicológicos, meio ambiente e relações sociais⁽¹⁸⁾. Assim, considerando os comprometimentos a que o cuidador de um paciente hospitalizado está exposto, torna-se relevante conhecer a sua percepção sobre a própria QV.

Diante do exposto, será que o estado nutricional e a VM seriam aspectos relevantes em indivíduos hospitalizados e poderiam estar associados à QV de seus cuidadores? Essa indagação pode auxiliar na qualidade do cuidado prestado, visto que um cuidador com boa percepção da QV pode se sentir mais apto e motivado para desempenhar sua função e assim contribuir para a melhora do quadro clínico e recuperação do paciente⁽¹⁹⁾.

OBJETIVO

Verificar a relação da idade, estado nutricional e velocidade de marcha de indivíduos hospitalizados com a qualidade de vida de seus cuidadores.

MÉTODOS

Aspectos éticos

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal da Grande Dourados. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A Resolução nº 466/12 e seus preceitos éticos para a pesquisa envolvendo seres humanos foram respeitados.

Desenho, período e local do estudo

Trata-se de um estudo observacional do tipo transversal, realizado entre abril e setembro de 2019, nas Unidades de Clínica Cirúrgica e Médica do Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados – HU/UFGD, em Dourados (MS).

População; critérios de inclusão e exclusão

Utilizou-se amostra não probabilística por conveniências. Foram convidados 93 pacientes, de ambos os sexos, admitidos nas unidades de internação cirúrgica e clínica, nas primeiras 48 horas, com idade igual ou superior a 20 anos. Destes, apenas 73 concordaram com a participação, entretanto somente 54 deles, que possuíam cuidadores, foram incluídos na pesquisa. Cabe esclarecer que se trata de um estudo com amostra pareada, ou seja, para cada paciente incluído na amostra foi incluído também seu respectivo cuidador.

Os critérios de exclusão foram: pacientes em precaução respiratória, pacientes que não deambulavam, impossibilidade de avaliação nas primeiras 48 horas de admissão, déficit cognitivo, doenças neurodegenerativas ou disfunções psiquiátricas graves, indivíduos com idade inferior a 20 anos, gestantes/puérperas/lactantes e a população indígena.

Para compor a amostra de cuidadores, foram convidados a participar todos os indivíduos de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 20 anos, membros ou não da família, que estivessem responsáveis, totalmente, pelos cuidados do paciente durante o período de internação e, possivelmente, em casa.

Protocolo do estudo

Para caracterização da amostra total (pacientes e cuidadores), as variáveis sexo, idade (anos completos), estado civil (solteiro, casado, viúvo e separado/divorciado), presença de atividade laboral (presença ou ausência) e classe econômica foram investigadas. O Critério de Classificação Econômica Brasil – ABEP foi utilizado para classificar os indivíduos em níveis econômicos⁽²⁰⁾.

Para avaliar a QV do cuidador, utilizou-se a versão em português do *World Health Organization Quality of Life Instrument-Abbreviated version* (WHOQOL-Bref). Trata-se de um questionário autoaplicável composto por duas questões sobre qualidade de vida geral, sendo a primeira delas sobre a autopercepção geral da QV e a segunda sobre autoavaliação da saúde. Os demais itens (24) são divididos em quatro domínios. O domínio Físico abrange questões sobre dor, tratamento médico, energia, mobilidade, sono, atividades da vida cotidiana e trabalho (itens 3, 4, 10, 15, 16, 17 e 18). No domínio Psicológico, as questões referem-se a sentimento positivo, espiritualidade, concentração, imagem corporal, autoestima e sentimento negativo (itens 5, 6, 7, 11, 19 e 26). O domínio Relações sociais é sobre relacionamentos, atividade sexual e suporte social (itens 20, 21 e 22). E o domínio Meio ambiente trata de questões sobre segurança, quão o ambiente físico é saudável, finanças, informação, lazer, local da moradia, acesso aos serviços de saúde e transporte (itens 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24 e 25).

Dessa forma, o instrumento é baseado em 26 itens com respostas dispostas em escala do tipo Likert de 5 pontos, incluindo muito ruim (1) a muito bom (5); muito insatisfeito (1) a muito satisfeito (5); nada (1) a extremamente (5); e nada (1) a completamente (5). Há três itens na escala com pontuação inversa: quanto a sua dor física impede de você de fazer o que precisa (item 3), o quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida (item 4) e a frequência com que tem sentimentos negativos (item 26). O escore médio indica a percepção de QV em cada domínio, sendo que, quanto maior a pontuação, melhor a QV^(18,21).

Os itens do WHOQOL-Bref foram processados de acordo com a recomendação do WHOQOL group⁽²¹⁾. As pontuações obtidas nos itens 3, 4 e 26 foram recodificadas (1 = 5, 2 = 4, 3 = 3, 4 = 2 e 5 = 1). A média de cada domínio foi calculada com escores variando entre 0 e 100, que foram multiplicados por 4, por -4 e por 100/16. Vale mencionar que a autorização para utilização do WHOQOL-Bref nesta pesquisa foi dada pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Cabe esclarecer que, embora o instrumento seja autoaplicável, o formato de entrevista neste estudo foi escolhido visando garantir o preenchimento de todos os itens do instrumento.

As variáveis clínicas do paciente, tais como como doenças crônicas progressivas e enfermarias onde o paciente se encontrava, foram obtidas por meio do prontuário e durante a entrevista pessoal nas primeiras 48 horas de admissão.

O estado nutricional do paciente foi avaliado com base no Índice de Massa Corporal (IMC), calculado por meio das medidas de peso (kg) e altura (m²) e da Avaliação Subjetiva Global produzida pelo Paciente (ASG-PPP). O IMC foi classificado de acordo com o padrão de referência da Organização Mundial da Saúde⁽²²⁾ e de Lipschitz et al.⁽²³⁾ para adultos e idosos, respectivamente. Para a ASG-PPP, foi utilizada a versão validada para o português do Brasil⁽²⁴⁾. O instrumento constitui-se de duas partes, sendo a primeira preenchida pelo próprio paciente (com ou sem o auxílio do cuidador); e a segunda, pelo profissional de saúde. Ao fim, classifica-se o paciente em três categorias (A = bem nutrido, B = desnutrição suspeita/moderada ou C = desnutrição grave), e gera-se um escore que define as intervenções nutricionais necessárias, segundo a pontuação (0-1 = nenhuma intervenção necessária no momento, 2-3 = aconselhamento do paciente e de seus familiares, 4-8 = requer intervenção nutricional e ≥ 9 = indica necessidade urgente de conduta nutricional para melhora dos sintomas)⁽⁸⁾.

A VM (m/s) foi avaliada na distância de um percurso de 4 metros, contemplando 1 metro para aceleração e 1 metro para desaceleração. Os pacientes usaram seu calçado habitual e foram orientados a andar na sua velocidade normal, e o tempo de deslocamento foi cronometrado pelo avaliador⁽²⁵⁾.

A VM foi utilizada como variável contínua, utilizando-se o ponto de corte de $\leq 0,8$ m/s, ou seja, o paciente deveria cumprir o percurso estabelecido em um tempo de ≤ 5 segundos, indicado pelo *European Working Group Sarcopenia in Older People* (EWGSOP2) como o valor mais sensível para identificar desfechos adversos⁽¹⁰⁾.

Análise dos resultados e estatística

Inicialmente, realizou-se estatística descritiva. Os dados contínuos foram apresentados em média e desvio-padrão; e os categóricos, em frequências e percentuais. A fim de investigar a relação entre idade, estado nutricional e VM dos pacientes com a qualidade de vida dos seus cuidadores, foi calculado e analisado o coeficiente de correlação de Spearman. Com o objetivo de estudo de comparação entre os escores médios para cada domínio do WHOQOL-Bref, realizou-se Análise de Variância (ANOVA). Diante da violação do pressuposto de homocedasticidade, utilizou-se correção de Welch; e, nessa condição, foi usado como pós-teste o Games-Howell. Os testes foram considerados significativos quando se observou $p < 0,05$. As análises foram efetuadas no programa IBM SPSS Statistics (v. 22, SPSS An IMB Company, Chicago, IL).

RESULTADOS

Na Tabela 1, encontram-se as características da amostra de estudo.

A amostra do grupo de cuidadores foi composta por 54 indivíduos, com média de idade igual a $48,96 \pm 13,71$ anos, sendo a maioria do sexo feminino (79,6%), casada (57,4%), com presença de atividade laboral (57,7%) e pertencente à classe econômica C (61,1%).

Tabela 1 – Caracterização dos participantes do estudo

Variável	Total n (%)
Cuidador	54 (100,0)
Sexo	
Masculino	11 (20,4)
Feminino	43 (79,6)
Estado civil	
Casado(a)	31 (57,4)
Solteiro(a)	13 (24,1)
Viúvo(a)	2 (3,7)
Desquitado(a)/divorciado(a)	8 (14,8)
Atividade laboral	
Não	22 (42,3)
Sim	30 (57,7)
Classe econômica	
A	-
B	15 (27,8)
C	33 (61,1)
D e E	6 (11,1)
Paciente	54 (100,0)
Sexo	
Masculino	26 (48,1)
Feminino	28 (51,9)
Estágio da vida	
Adulto (< 60 anos)	12 (22,2)
Idoso (≥ 60 anos)	42 (77,8)
Estado civil	
Casado(a)	35 (64,8)
Solteiro(a)	4 (7,4)
Viúvo(a)	11 (20,4)
Desquitado(a)/divorciado(a)	4 (7,4)
Atividade laboral	
Não	40 (74,1)
Sim	14 (25,9)
Classe econômica*	
A	-
B	6 (11,1)
C	40 (74,1)
D e E	8 (14,8)
Doenças crônicas	
Nenhuma	10 (18,5)
1 a 3	42 (77,8)
4 ou mais	2 (3,7)
Enfermarias	
Cirúrgica	30 (55,6)
Clínica	24 (44,4)
Índice de Massa Corporal (IMC)	
Baixo peso	7 (13,0)
Adequado	26 (48,1)
Excesso de peso	21 (38,9)
ASG-PPP escore	
0-1 pontos	4 (7,4)
2-3 pontos	4 (7,4)
4-8 pontos	20 (37,0)
≥ 9 pontos	26 (48,1)
ASG-PPP classificação	
Bem nutrido (A)	15 (27,8)
Moderadamente desnutrido (B)	29 (53,7)
Gravemente desnutrido (C)	10 (18,5)

Nota: ASG-PPP: Avaliação Subjetiva Global Produzida Pelo Paciente; * Renda média domiciliar: A = R\$ 25.554,33; B = R\$ 5.641,64 a 11.279,14; C = R\$ 1.748,59 a 3.085,48; D e E = R\$ 719,81.

Dos 54 pacientes, a maioria era mulher (n = 28, 51,9%). A média de idade deles foi 67,48±10,04 anos, sendo 55,6% admitidos na clínica cirúrgica, a maioria (77,8%) era idoso e possuía de uma a três doenças crônicas (77,8%). De acordo com o indicador IMC,

48,1% (n = 26) apresentavam-se adequados; e, quando avaliados por meio da ASG-PPP, 48,1% (n = 26) totalizaram 9 pontos ou mais, ou seja, necessitavam com urgência de algum tipo de intervenção nutricional, e 72,2% (n = 39) apresentavam algum grau de desnutrição (categorias B e C). A média de velocidade de marcha dos pacientes foi igual a 9,25±4,32 segundos, sendo a mínima de 2,38 e a máxima de 23,05 segundos, estando a maioria na classificação de baixa velocidade de marcha (82%).

A Tabela 2 apresenta a distribuição geral das respostas dadas aos itens do WHOQOL-Bref pelos cuidadores. Na autoavaliação sobre a própria QV geral, a maioria dos cuidadores considerou como sendo boa (53,8%). Quanto à satisfação com a própria saúde, 50,9% (n = 27) encontravam-se satisfeitos.

Ao serem questionados sobre a dor física, 37% (n = 20) dos cuidadores responderam que esse fator os impede de fazer alguma coisa do dia a dia, enquanto 41,5% (n = 22) realizam algum tipo de tratamento médico. Apesar disso, esses cuidadores estão satisfeitos (48,1%) quanto à sua capacidade para o trabalho.

Tabela 2 – Frequências de respostas dadas aos itens do World Health Organization Quality of Life-Abbreviated version (WHOQOL-Bref) pelos cuidadores

Questões	1		2		3		4		5	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1 Autopercepção geral da qualidade de vida	-	-	-	-	16	30,8	28	53,8	8	15,4
2 Autoavaliação da saúde	1	1,9	5	9,4	12	22,6	27	50,9	8	15,1
3 Dor (física)	3	5,6	9	16,7	9	16,7	13	24,1	20	37,0
4 Tratamento médico	3	5,7	13	24,5	9	17,0	6	11,3	22	41,5
5 Sentimento positivo	3	5,6	11	20,4	16	29,6	19	35,2	5	9,3
6 Espiritualidade	-	-	3	5,7	7	13,2	28	52,8	15	28,3
7 Concentração	1	1,9	4	7,4	21	38,9	23	42,6	5	9,3
8 Segurança	2	3,7	3	5,6	10	18,5	34	63,0	5	9,3
9 Quão o ambiente físico é saudável	6	11,3	1	1,9	13	24,5	25	47,2	8	15,1
10 Energia	1	1,9	6	11,1	18	33,3	17	31,5	12	22,2
11 Imagem corporal	2	3,8	4	7,5	12	22,6	11	20,8	24	45,3
12 Finanças	3	5,6	12	22,2	30	55,6	5	9,3	4	7,4
13 Informação	4	7,5	3	5,7	19	35,8	21	39,6	6	11,3
14 Lazer	9	16,7	16	29,6	12	22,2	12	22,2	5	9,3
15 Mobilidade	1	2,0	3	5,9	6	11,8	13	25,5	28	54,9
16 Sono	1	1,9	8	14,8	16	29,6	17	31,5	12	22,2
17 Atividades da vida cotidiana	3	5,6	5	9,3	14	25,9	25	46,3	7	13,0
18 Atividades de trabalho	5	9,3	3	5,6	11	20,4	26	48,1	9	16,7
19 Autoestima	2	3,7	1	1,9	15	27,8	25	46,3	11	20,4
20 Relacionamento	-	-	2	3,7	12	22,2	23	42,6	17	31,5
21 Atividade sexual	9	16,7	2	3,7	8	14,8	28	51,9	7	13,0
22 Suporte social	-	-	3	5,6	4	7,4	29	53,7	18	33,3
23 Local de moradia	-	-	4	7,5	8	15,1	26	49,1	15	28,3
24 Acesso aos serviços de saúde	2	3,7	2	3,7	14	25,9	25	46,3	11	20,4
25 Meio de transporte	-	-	4	7,4	5	9,3	29	53,7	16	29,6
26 Sentimentos negativos	5	9,3	5	9,3	9	16,7	24	44,4	11	20,4

Nota: Opções de resposta do WHOQOL-bref: muito ruim (1) a muito bom (5); muito insatisfeito (1) a muito satisfeito (5); nada (1) a extremamente (5); e nada (1) a completamente (5).

Tabela 3 – Escores médios e comparação entre os domínios do World Health Organization Quality of Life-Abbreviated version (WHOQOL-bref) dos cuidadores

Domínios	Média±Desvio-padrão*
Físico	57,80±12,01 ^a
Psicológico	62,03±13,43 ^a
Relações sociais	71,45±18,64 ^b
Meio ambiente	62,73±13,81 ^a
QV geral	68,51±17,46

Nota: ^{a,b} Letras iguais indicam similaridade estatística.

Tabela 4 – Correlação dos domínios Físico, Psicológico, Relações sociais, Meio ambiente e Qualidade de vida geral do cuidador com as variáveis idade, estado nutricional e velocidade de marcha do paciente

Variáveis	Domínio Físico		Domínio Psicológico		Domínio Relações sociais		Domínio Ambiente		Domínio Qualidade de Vida geral	
	ρ	p	ρ	p	ρ	p	ρ	p	ρ	p
Idade (anos)	-0,412*	0,002	-0,120	0,386	-0,187	0,175	-0,112	0,421	-0,296*	0,030
IMC (kg/m ²)	0,031	0,826	0,015	0,914	-0,010	0,945	0,111	0,422	0,056	0,686
ASG-PPP escore	-0,259	0,059	0,136	0,326	-0,122	0,381	-0,120	0,388	-0,124	0,370
VM (segundos)	-0,134	0,353	0,051	0,723	-0,061	0,674	-0,312*	0,027	-0,175	0,224

Nota: Rô de Spearman (ρ); Valor de p (p); * $p < 0,05$; IMC: Índice de Massa Corporal; ASG-PPP: Avaliação Subjetiva Global Produzida Pelo Paciente; VM: velocidade de marcha.

Quando questionados sobre o quanto sua vida tem sentido, 52,8% (n = 28) consideraram a resposta “bastante”. Já com relação à frequência com que sentem sentimentos negativos: 44,4% (n = 24) os sentem muito frequentemente; e 20,4% (n = 11), sempre.

No tocante à satisfação com suas relações pessoais, vida sexual e com o apoio que recebem de seus amigos e parentes, observou-se que os cuidadores estavam satisfeitos 42,6%, 51,9% e 53,7%, respectivamente.

Com relação ao domínio Ambiente, que contém questões sobre segurança, a maioria (63%) relatou estar bastante satisfeita, embora 29,6% relataram pouca oportunidade de lazer (29,6%).

Na Tabela 3, apresentam-se os escores médios e a comparação entre os domínios Físico, Psicológico, Relações sociais, Meio ambiente e Qualidade de vida geral, obtidos do WHOQOL-Bref para a amostra de cuidadores.

Observa-se que o escore médio mais elevado de qualidade de vida foi no DRS, com 71,45±18,64; e o domínio mais comprometido (prejudicado) foi DF, com 57,80±12,01. Quando comparados os escores médios, foram encontradas diferenças significativas entre os domínios (F = 116,740; poder do teste = 1,000; p < 0,001).

Na Tabela 4, apresenta-se a correlação dos domínios Físico, Psicológico, Relações sociais, Ambiente e Qualidade de vida geral com as variáveis “idade”, “estado nutricional” e “velocidade de marcha dos pacientes”.

Encontrou-se correlação significativa entre a idade e os domínios Físico ($\rho = -0,412$; p = 0,002) e QV geral (p = -0,296; p = 0,030). Além disso, o domínio Meio ambiente apresentou correlação significativa com a velocidade de marcha avaliada pelo teste de caminhada de 4 m (p = 0,312; p = 0,027).

DISCUSSÃO

Este estudo buscou contribuir com a literatura no que se refere à identificação de que o declínio da velocidade de marcha é uma característica do paciente relacionada com a qualidade de vida do cuidador, especialmente com aspectos ligados ao ambiente. Além disso, observamos que a desnutrição, embora culmine com desfechos desfavoráveis ao paciente, neste estudo não foi associada à qualidade de vida do cuidador, mesmo a maioria dos pacientes estando classificada com algum grau de desnutrição. Ainda, constatamos que a idade do paciente é uma variável relacionada com a QV geral do cuidador e com o aspecto físico, uma vez que a população deste estudo é

predominantemente idosa, exigindo uma maior necessidade de atenção e cuidado.

A predominância de indivíduos do sexo feminino neste estudo pode ser explicada pelo fato de que o ato de cuidar é naturalizado como exercício da mulher, portanto o cuidado com a família, incluindo os indivíduos dependentes, é visto, socialmente, como uma tarefa cotidiana sua, perpetuando a ideia de que as responsabilidades domésticas devem ser atribuídas à mulher. Da mesma forma, os homens são responsáveis por tarefas

políticas e econômicas e, quando inseridos no contexto de cuidado, configuram-se como cuidadores secundários, lhes sendo atribuídas atividades indiretas, como transporte e organização financeira da pessoa cuidada⁽²⁶⁾.

Tanto os pacientes quanto os cuidadores deste estudo encontram-se, em sua maioria, na classe econômica C. Em estudo epidemiológico, conduzido por Alexandre et al.⁽²⁷⁾, que avaliou 1.413 idosos com o objetivo de analisar as diferenças de gênero sobre a incidência e determinantes dos componentes do fenótipo de fragilidade, a maioria dos indivíduos apresentou-se com percepção de renda insuficiente, assim como em nosso estudo. Níveis socioeconômicos mais baixos podem interferir na limitação do acesso aos cuidados alimentares, sociais e de saúde. Isso talvez possa justificar o número de casos de desnutrição obtido.

Quanto aos domínios da QV do cuidador, o escore mais elevado foi encontrado no DRS, cujos itens investigam as relações sociais, suporte (apoio) social e atividade sexual. Podemos especular que os cuidadores deste estudo tenham recebido apoio de amigos e familiares, visto que isso auxilia no fortalecimento de parcerias e minimiza as dificuldades encontradas no ato de cuidar. No geral, os cuidadores parecem estar satisfeitos com a sua QV. Tal fato pode ser justificado pela amostra do estudo, pois os pacientes que a compuseram não possuíam demências e/ou doenças neurodegenerativas, deambulavam (mesmo que com ajuda) e encontravam-se aptos inclusive a realizar o teste de velocidade de marcha, preenchendo critérios de elegibilidade bem específicos.

À medida que a idade avança, maiores são as chances de se desenvolver a síndrome de fragilidade⁽²⁸⁾, que pode culminar em maiores chances de hospitalizações, incremento nos custos diários dos cuidados e dependência⁽²⁹⁾. Essa prestação de cuidados no longo prazo acarreta sobrecarga física, emocional e até mesmo o surgimento de doenças crônicas como artrite e doenças vasculares periféricas⁽³⁰⁾, alterando, assim, aspectos inerentes à qualidade de vida do cuidador. Isso confirma os nossos resultados de que, quanto mais avançada a idade, maior o impacto negativo sobre os domínios Físico e Qualidade de vida geral.

Limitações do estudo

Uma limitação do estudo foi o seu desenho transversal, que não permite inferirmos relações de causa. Outra foi o fato de a entrevista com o cuidador ter sido realizada nas primeiras 48 horas de admissão do paciente, pois muitas vezes a necessidade

do cuidado pode ter ocorrido apenas no momento da cirurgia ou hospitalização.

que assim o trabalho do cuidador seja menos árduo e haja melhoria em sua própria qualidade de vida e no cuidado prestado.

Contribuições para a área da Enfermagem, Saúde ou Política Pública

Como contribuições, destacamos que este estudo poderá propiciar o desenvolvimento de novas pesquisas que visem fortalecer as discussões acerca da temática abordada dentro da perspectiva multimodal. Dessa forma, será possível o auxílio na formulação de políticas públicas direcionadas aos cuidadores, com maior capacitação e atenção da equipe de saúde, bem como realização de ações e intervenções voltadas a este público, para

CONCLUSÃO

A idade do paciente foi uma característica que se relacionou significativamente com a qualidade de vida do cuidador no domínio Físico. Já a velocidade de marcha do paciente se relacionou com a qualidade de vida geral dos cuidadores. Para a amostra investigada, não encontramos impacto do estado nutricional na QV do cuidador, mesmo considerando os resultados da avaliação pelo IMC e o fato de os pacientes estarem em sua maioria desnutridos segundo a ASG-PPP.

REFERÊNCIAS

1. United Nations. World Population Prospects 2019: Highlights. Department of Economic and Social Affairs [Internet]. 2019 [cited 2019 Sep 16]. Available from: https://population.un.org/wpp/Publications/Files/WPP2019_Highlights.pdf
2. Veras R, Oliveira M. Care pathway for the elderly: detailing the model. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2016;19(6):887-905. doi: 10.1590/1981-22562016019.160205
3. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol Ser A Biol Sci Med Sci*. 2001;56(3):146-56. doi: 10.1093/gerona/56.3.m146
4. Boulos C, Salameh P, Barberger-Gateau P. Malnutrition and frailty in community dwelling older adults living in a rural setting. *Clin Nutr*. 2016;35(1):138-43. doi: 10.1016/j.clnu.2015.01.008
5. Correia MITD, Perman MI, Waitzberg DL. Hospital malnutrition in Latin America: a systematic review. *Clin Nutr*. 2017;36(4):958-67. doi: 10.1016/j.clnu.2016.06.025
6. Cederholm T, Jensen GL, Correia MITD, Gonzalez MC, Fukushima R, Higashiguchi T, et al. GLIM criteria for the diagnosis of malnutrition: a consensus report from the global clinical nutrition community. *Clin Nutr*. 2019;38(1):1-9. doi: 10.1016/j.clnu.2018.08.002
7. Detsky AS, McLaughlin JR, Baker JP, Johnston N, Whittaker S, Mendelson RA, et al. What is subjective global assessment of nutritional status? *JPEN J Parenter Enteral Nutr*. 1987;11(1):8-13. doi: 10.1177/014860718701100108
8. Jager-Wittenaar H, Ottery FD. Assessing nutritional status in cancer: role of the patient-generated subjective global assessment. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care*. 2017;20(5):322-9. doi: 10.1097/MCO.0000000000000389
9. Martinez BP, Batista AKMS, Ramos IR, Dantas JC, Gomes IB, Forgiarini LA, et al. Viabilidade do teste de velocidade de marcha em idosos hospitalizados. *J Bras Pneumol*. 2016;42(3):196-202. doi: 10.1590/S1806-37562015000000058
10. Cruz-Jentoft AJ, Bahat G, Bauer J, Boirie Y, Bruyère O, Cederholm T, et al. Sarcopenia: revised European consensus on definition and diagnosis. *Age Ageing*. 2019;48(1):16-31. doi: 10.1093/ageing/afy169
11. Waitzberg DL, Correia MI. Strategies for High-Quality Nutrition Therapy in Brazil. *J Parenter Enter Nutr*. 2015;40(1):73-82. doi: 10.1177/0148607115596159
12. Velázquez-Alva MC, Irigoyen-Camacho ME, Zepeda-Zepeda MA, et al. Sarcopenia, nutritional status and type 2 diabetes mellitus: a cross-sectional study in a group of Mexican women residing in a nursing home. *Nutr Diet* 2019. doi: 10.1111/1747-0080.12551
13. Studenski S, Faulkner K, Inzitari M, Brach J, Chandler J, Cawthon P, et al. Gait speed and survival in older adults. *JAMA J Am Med Assoc*. 2015;305(1):50-8. doi: 10.1001/jama.2010.1923
14. Guedes RC, Dias RC, Neri AL, Ferrioli E, Lourenço RA, Lustosa LP. Declínio da velocidade da marcha e desfechos de saúde em idosos: dados da Rede Fibra. *Fisioter Pesqui*. 2019;26(3):304-10. doi: 10.1590/1809-2950/18036026032019
15. Ministério da Saúde (BR). Guia Prático do Cuidador [Internet]. Ministério da Saúde. Brasília; 2008 [cited 2019 Sep 16]. 64 p. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_cuidador.pdf
16. Peres PA, Buchalla CM, Silva SM. Aspectos da sobrecarga e qualidade de vida de cuidadores de pacientes hospitalizados: uma análise baseada na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). *Rev Bras Saúde Ocup*. 2018;6369:1-7. doi: 10.1590/2317-6369000013617
17. Nunes DP, Brito TRP, Corona LP, Alexandre TS, Duarte YAO. Elderly and caregiver demand: proposal for a care need classification. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(suppl 2):844-50. [Thematic Issue: Health of the Elderly]. doi: 10.1590/0034-7167-2017-0123
18. Fleck MP, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, et al. Application of the Portuguese version of the abbreviated instrument of quality life WHOQOL-bref. *Rev Saude Publica*. 2000;34(2):178-83. doi: 10.1590/S0034-89102000000200012

19. Jesus ITM, Orlandi AAS, Zazzetta MS. Sobrecarga, perfil e cuidado: cuidadores de idosos em vulnerabilidade social. *Rev Bras Geriatr e Gerontol.* 2018;21(2):194–204. doi: 10.1590/1981-22562018021.170155
20. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP). Critério de Classificação Econômica Brasil 2018 [Internet]. São Paulo: ABEP. 2018 [cited 2019 Oct 06]. Available from: <http://www.abep.org/criterio-brasil>
21. The World Health Organization Quality of Life Group. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *The WHOQOL Group. Psychol Med [Internet].* 1998 [cited 2019 Sep 20];28(3):551-8. Available from: <https://pdfs.semanticscholar.org/e8ff/ae53509590129240f132b354ad36e649d6bd.pdf>
22. World Health Organization-WHO. Physical status: the use and interpretation of anthropometry: report of a WHO Expert Committee [Internet]. Geneva: World Health Organization. 1995 [cited 2019 Oct 6]. Available from: http://www.who.int/childgrowth/publications/physical_status/en/index.html
23. Lipschitz DA. Screening for nutritional status in the elderly. *Prim Care [Internet].* 1994[cited 2019 Oct 06];21(1)55-67. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8197257>
24. Gonzalez MC, Borges LR, Silveira DH, Assunção MCF, Orlandi SP. Validação da versão em português da avaliação subjetiva global produzida pelo paciente. *Rev Bras Nutr Clin [Internet].* 2010[cited 2019 Oct 6];25(2):102-8. Available from: <http://www.braspen.com.br/home/wp-content/uploads/2016/12/02-Valida%C3%A7%C3%A3o-da-vers%C3%A3o-em-portugu%C3%AAs-da-avalia%C3%A7%C3%A3o-subjetiva-global-produzida-pelo-paciente.pdf>
25. Maggio M, Ceda GP, Ticinesi A, De Vita F, Gelmini G, Costantino C, et al. Instrumental and non-instrumental evaluation of 4-meter walking speed in older individuals. *PLoS One.* 2016;11(4):1–10. doi: 10.1371 / journal.pone.0153583
26. Kantorski LP, Jardim VMR, Treichel CAS, Andrade APM, Silva MSSJ, Coimbra VCC. Gênero como marcador das relações de cuidado informal em saúde mental. *Cad Saúde Colet.* 2019;27(1):60-6. doi: 10.1590/1414-462x201900010071
27. Alexandre TS, Corona LP, Brito TRP, Santos JLF, Duarte YAO, Lebrão ML. Gender differences in the incidence and determinants of components of the frailty phenotype among older adults: findings from the SABE Study. *J Aging Health.* 2018;30(2):190-212. doi: 10.1177/0898264316671228
28. Duarte M, Paúl C. Prevalence of phenotypic frailty during the aging process in a Portuguese community. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2015;18(4):871-80. doi: 10.1590/1809-9823.2015.14160
29. Butler A, Gallagher D, Gillespie P, Crosby L, Ryan D, Lacey L, et al. Frailty: a costly phenomenon in caring for elders with cognitive impairment. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2016;31(2):161-8. doi: 10.1590/1809-9823.2015.14160
30. Brigola AG, Luchesi BM, Rossetti ES, Mioshi E, Inouye K, Pavarini SCI. Perfil de saúde de cuidadores familiares de idosos e sua relação com variáveis do cuidado: um estudo no contexto rural. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2017;20(3): 410-422. doi: 10.1590/1981-22562017020.160202